

**Developing an effective substance abuse prevention program for adolescents in
Bangladesh**

*Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the Degree of M.Phil in Clinical
Psychology awarded by the University of Dhaka,*

Sharmin Ara

Registration No: 061/2017-2018

Department of Clinical Psychology

University of Dhaka



October 2022

Approval of the Thesis

I am certifying that the thesis **“Developing an effective substance abuse prevention program for adolescents in Bangladesh”** submitted by **Sharmin Ara** to fulfill the partial requirements of Clinical Psychology M.Phil degree in the University of Dhaka is an original work done by her. This research was carried out under my guidance and supervision. I believe this study is an important work, which can be implicated in the field of Clinical psychology.

Kamal Uddin Ahmed Chowdhury

Professor

Department of Clinical Psychology

University of Dhaka.

Declaration

I, Sharmin Ara, here by declare that this is an original work containing original material and data, which have not been subjected to any other degree or diploma in any university or other institution. I also declare that, to the best of my knowledge, the thesis contains no material previously published or written by another individual, unless otherwise noted in the thesis text.

.....

Sharmin Ara

Abstract

The present study aims to develop an effective substance abuse prevention program for adolescents in Bangladesh. The study also explored the efficacy of the developed substance abuse prevention program. There were two groups, an experimental and a control group containing 143 (72 in the experimental and 71 in the control) participants aged 12 to 18 in each group. A convenient sampling technique was used to collect the data from the participants. To measure the baseline data, four self-report questionnaires named Substance Use Risk Profile Scale (SURPS), Hostility scale, Spence Children's Anxiety Scale – 20, and the Short Moods and Feelings Questionnaire and also a short demographic information form was administered. Based on existing literature as well as with the expert and judge evaluation two sessions of training materials containing emotion regulation and assertive communication skills were developed for the adolescents in Bangladesh. After ensuring that there was no significant difference between the two groups by analyzing the independent sample t-test in the four measures, intervention (prevention program) was administered to the experimental group while the control group didn't receive any intervention (control group received the same intervention after follow-up assessment). After the intervention post assessment was taken from both groups and one month later, those questionnaires were conducted again to see if there was any significant change among pre-intervention, post-intervention, and follow-up assessments. Two-way repeated measure ANOVA was used to analyze the data. Results indicate that within-subjects there was a significant main effect of time on the four questionnaires. There was also a significant main effect of group on all measures except the SCAS-20 and also there was a significant main interaction effect of time and group. This means adolescents hostility, risk of substance abuse, depression and anxiety reduced over time in the experimental group

that was significantly differed (except the anxiety) from the control group, and also the rate of change in the Experimental group was significantly different from the Control group over time. This indicates the prevention program that used in the present study was effective to prevent substance abuse.

Key terms: Substance Abuse, Prevention, Adolescents.

Acknowledgements

My sincere gratitude to my supervisor, Prof. Kamal Uddin Ahmed Chowdhury, for his supervision, guidance and support and also inspiration throughout the work.

I am incredibly grateful to my former supervisor Dr. Farah Deeba for giving me her expert opinion and valuable feedback in the initial planning of this research and enriching my knowledge regarding research work.

I must express my gratitude to all of my respected teachers, especially Prof. Dr. Kamruzzaman Mozumder and Tarun Kanti Gayen, for their valuable advice, encouragement, and cooperation.

My heartfelt gratitude goes to the judges who evaluated the substance abuse prevention program and Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) in midst of their busy schedule.

A special thank you to the administrators of the institutions where I obtained the data, as well as to all of the participants and data contributors.

I want to express my gratitude to every one of my family. Without their unwavering love, care and, support, I would not be able to finish this journey.

Additionally, I want to thank all of my friends, notably Rehnuma Pervin Nijhum, as well as my colleagues Md. Aminul Islam and Mahady Hasan for their spontaneous assistance with each step.

Sharmin Ara

Dedicated

To

My beloved parents, Mst. Meherun Neccha and Md. Khairul Islam

Table of Contents

	Page no.
Approval of the Thesis	i
Declaration	ii
Abstract	Iv
Acknowledgements	vi
Dedication	vii
Chapter 1	
Introduction	1-19
1.1. Substance Abuse	2
1.2. Prevalence of Substance Abuse	2
1.3. Substance Abuse during Adolescence	3
1.4. Substances Used by Adolescents	5
1.5. Impacts of Substance Use on Adolescents	6
1.5.1. Effects on the Individual	7
1.5.1.1 Biological Impacts	7
1.5.1.2. Psychological Impacts	8
1.5.1.3. Legal Consequences	9
1.5.2. Effects of Substance Abuse on Family	10
1.5.3. Social Impacts	11
1.6. Reasons for Substance Abuse	11
1.6.1. Biological Factors	12
1.6.2. Social Factors	12

1.6.3. Psychological Factors	13
1.6.3.1. Peer Pressure & Emotion regulation	14
1.7. Prevention Programs to Protect Adolescents from Substance Abuse	16
1.8. Rationale	18
1.9. Objectives	19
Chapter 2	
Methodology	20-29
2.1. Research Design	21
2.2. Participants	21
2.3. Instruments	23
2.3.1. <i>Demographic Information Form</i>	23
2.3.2. <i>Substance Use Risk Profile Scale</i>	23
2.3.3. <i>Hostility scale</i>	24
2.3.4. <i>Spence Children's Anxiety Scale - 20</i>	25
2.3.5. <i>The Short Moods and Feelings Questionnaire</i>	26
2.4. Prevention Program	26
2.4.1. Module Development Procedure	27
2.5. Data Collection Procedure	28
2.6. Ethical consideration	29
Chapter 3	
Result	30 - 36
Chapter 4	
Discussion	37 – 42
4.1. The implication of the Study	41

4.2. Limitation of the Study	42
4.3. Recommendations	42
References	43 – 63
Appendices	64 – 105

List of Tables

Table No.		Page No.
Table 1	Demographic Characteristics	22
Table 2	Results of Four Questionnaires Examining the Random Assignment of Subjects to Groups	31
Table 3	Summary of the Descriptive Data in Three Phases of Two Groups	32
Table 4	Repeated Measure ANOVA for Four Questionnaires	33
Table 5	Post Hoc Analysis for the four Measures among All the phases	35

List of Figure

No.	Title	Page No.
Figure 1:	<i>Estimated Marginal Means of the Groups (Experimental and Control) Over Time (Pre, Post and Follow-up) On the Outcome Measures.</i>	36

List of Appendices

Appendix No.	Appendices Name	Page No.
Appendix A:	Demographic Information Sheet	65
Appendix B:	Substance Use Risk Profile Scale (SURPS)	66
Appendix C:	Hostility Scale	67
Appendix D:	Spence Children's Anxiety Scale-20	68
Appendix E:	Short mood and Feeling Questionnaire	69
Appendix F:	Explanatory Statement	70
Appendix G:	Consent Form	71
Appendix H:	Ethical Clearance Certificate	72
Appendix I:	List of Expert and Judges	73
Appendix J:	Educational Intuitional Approval Certificate	74
Appendix K:	Substance Abuse Prevention Program	79 - 105

Chapter 1
Introduction

1.1. Substance Abuse

One of the most significant public health issues is substance abuse (Gopiram & Kishore, 2014; Akanbi et al., 2015; Alam et al., 2018). According to American Psychiatric Association (2013), the compulsive pattern of substance use that is accompanied by repeated serious interpersonal, social, professional, or legal negative effects, such as repeated absences from work or school, arrests, or marital issues is called substance abuse. On the other hand, a state of psychological or physical dependency (or both) on the use of a substance, which could be alcohol or other narcotics, is known as addiction. The word "addiction" is frequently used interchangeably with the term "substance dependence" and is occasionally used to refer to behavioral illnesses including gambling, internet, and sexual addictions.

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) diagnose a substance use disorder based on some criteria of impaired control over substance use, social impairment, risky use, and pharmacologic. An indication of a substance use disorder (SUD) is persistent alcohol and/or drug use that results in clinically significant impairment, such as health issues, disability, and an inability to fulfill important obligations at work, school, or family (American Psychiatric Association, 2013). Substance use or substance use disorder has a long-term impact on the individual. These impacts maximize if they took place during childhood or adolescents.

1.2. Prevalence of Substance Abuse

Data indicated that an estimated 35 million people are thought to be affected by drug use disorders, and about 270 million people (5.5% of the world population between the ages of 15 and 64) used psychoactive drugs (World Health Organization, 2022). United Nations Office on Drug and Crime (UNODC, 2022) revealed that around 284 million people aged 15-64 used drugs worldwide in 2020, a 26 percent increase over the

previous decade. Report indicated that substance use level is getting higher than in previous generations in many countries. This indicates young people are using more drugs. In Africa and Latin America, people under 35 represent the majority of people being treated for drug use disorders (UNODC, 2022).

According to Kacha-Ochana et al. (2022), in the United States of America, 65.8 million people reported excessive use of alcohol and 35.8 million adults reported misusing prescription painkillers or using illicit substances in 2019. Overdose and other hazards are very likely to happen to people who have substance use disorders. This prevalence may vary according to the socioeconomic conditions of the countries. In the United Kingdom, regardless of demographics, cannabis was the most often used substance. For particular substances, the prevalence of drug use was typically higher in males, youths, and students (Fu et al., 2018). The prevalence rates of drug use and internet addiction are 5 and 4%, respectively in China (Gong et al., 2009). According to a study conducted in Gujrat, India, the prevalence of substance usage was 18.86% overall (Dadwani & Thomas, 2016).

In Bangladesh, more than a million substance users are assumed to exist, and they spend more than BDT 70 million on illicit drugs each day (Islam et al., 2015). People of 19–24-year-olds had a 28.6% addiction rate, and 25–35-year-olds had a 23.5% addiction rate (Hassan et al., 2020). In a nationwide study of National Institute of Mental Health (Dhaka) revealed that prevalence of substance abuse in the adults (18 years and over) was 3.3%. where 4.8% were male and 0.6% were female (Alam et al., 2018).

1.3. Substance Abuse during Adolescence

Although substance abuse affects people of all ages, adolescence is the most crucial phase. Because evidence reports that most of the onset of substance abuse occurs in adolescence. Typically, during this period of time, adolescents' starts to substance abuse (Gutierrez & Sher, 2015). More than 90% of substance abusers who exhibit substance

abuse behavior first experiment with drugs before entering adulthood (Moonajilin et al., 2021).

Ages 10 to 19 are considered adolescent years, a crucial developmental stage that is characterized by numerous physical, psychological, and social changes (WHO Adolescent Health, 2022). This transition from childhood to adulthood occurs throughout adolescence which is marked by experimentation, adventure, curiosity, and the search for one's identity. Risk-taking is a component of this period, which also includes the use and abuse of psychoactive substances (Akanbi et al., 2015). However, the early experiences of adolescence are crucial in developing patterns of substance use and misuse that might last into adulthood (Botvin & Griffin, 2007). In a study, Trucco (2020) reported that adolescent substance use can carry over into adulthood which increases the likelihood of developing a drug dependency. Adolescence is thought to be the most transitional stage of a person's life because of the sudden physiological and psychosocial changes that occur during this time (Luciana et al., 2018). Many adolescents may experience changes in their use of unhealthy habits and behaviors, such as smoking, drinking alcohol, and using illegal drugs (Moonajilin et al., 2021). The report revealed that more than one in three boys and one in four girls in the eighth grade had tried smoking, while more than half of the boys and almost half of the girls had consumed alcohol (Young et al., 2002). Nearly 5% of the boys in this age range had used marijuana or other stimulant drugs, and one in three females and almost two-thirds of the males had used energy drinks. Additionally, nearly one in four male eighth-graders had tried three of these substances (Gallimberti et al., 2015).

The use of alcohol by young people is becoming a global concern. In low- and middle-income countries, 14% of adolescent girls and 18% of adolescent boys start drinking between the ages of 13 and 15 years, which is concerning. Consequently, alcohol

abuse is to blame for 5% of deaths among young people under 30. According to reports, Western Europe, Australasia, and North America all have high drug use rates, and Central and Eastern Europe have a lifetime cannabis use rate of 25% of people under the age of 20. With the exception of South Africa, where the age of onset was 20, all countries had similar age ranges (16–19 years) (Dykes & Casker, 2021). Early adolescent smoking significantly increases the risk of developing nicotine dependence in the future, whereas alcohol and tobacco use during this developmental stage can result in later attempts at more dangerous addictive substances (such as heroin, hashish, and narcotics) (Moonajilin et al., 2021). In Bangladesh, about 7.5 million population abuse substances, among them 80% are young individuals and 50% are linked with various illegal behaviors (Rabbi, 2019). Prevalence of substance abuse in children and adolescents were 0.2% and 1.5% respectively (Alam et al., 2018).

1.4. Substances Used by Adolescents

There are so many substances available all over the world. Among them, alcohol, marijuana, and tobacco as well as opioid and stimulant are the most commonly used by adolescents (Fu et al., 2018; Volkow et al., 2021; Mojtabai, 2022). According to Mojtabai, (2022), among adolescents and young adults aged 12 and older, the prevalence rates for substance dependence were 20.27% for alcohol, 7.57% for cannabis, 3.4% for opioid, 1.91% for stimulants, and 0.7% for hallucinogens Anthony et al. (1994). In an assessment regarding older adolescents (mean age = 17.9 years) Reinherz et al. (1993), found a 9.8% lifetime prevalence rate for substance used disorders. In a study of Rohde et al. (1996), 6.2% of adolescents in a high school sample met the criteria for an alcohol use disorder, and 8% met the criteria for a drug use disorder. SUD can coexist with other conditions in individuals (Merikangas, 2009). The three substance used disorder comorbidities that were

most prevalent were alcohol (20.6 16.0%), caffeine (23.8 12.5%), and tobacco (36.1 23.1%) (Bahji et al., 2019).

Individuals of all ages who used any kind of nicotine products were significantly more prone than nonusers to use alcohol, marijuana, other drugs, and multiple substances, as well as to meet the diagnostic criteria for a substance use disorder (Richter et al., 2017). In the past ten years, the abuse of several classes of prescription drugs has significantly increased in the United States, reaching alarming levels for some substances, particularly opioid analgesics and stimulants (Compton & Volkow, 2006).

People used a variety of drugs from different categories. A nationwide study in Bangladesh showed Amphetamine and cannabis were the most popular drugs (76% and 75%, respectively). The study also reported that alcohol and Phensedyl (a cough medicine) were used by about half of the participants, whereas heroin and sleeping pills were used by 47% and 21.6%, respectively. Nevertheless, from 0 to 10% of people reported using drugs like morphine/pethidine, buprenorphine, cocaine, opium, LSD, and painkillers (Hawlder et al., 2020). Alam et al. (2018) showed Cannabis (42.7% of users), alcohol (27.5%), amphetamine (yaba), opioids (5.3%), and sleeping pills (3.4%) are among the most commonly used substances in Bangladesh.

1.5. Impacts of Substance Abuse on Adolescents

The use of the substances has intense effects on one's social and personal life (Hawkins et al., 1992, Daley, 2013; Tanweer et al., 2019). Adolescents who abuse substances also suffer from a variety of economic, legal repercussions, and developmental problems (Newcomb & Bentler, 1988; Martha & Ignaszewski, 2021). The consequences of substance abuse come in many forms, including issues with mental health, physical health, and the economy (Moonajilin et al., 2021).

1.5.1. Effects on the Individual

Substance abuse can have a detrimental effect on a person's life. Their performance at work, school, or in their personal relationships could all be impacted, as well as their physical and emotional health (Morris et al., 2018; Merikangas, 2009). In a study Akanbi et al. (2015) showed that students who are on substances frequently score significantly worse academically than those who do not.

Substance use-related disorders are also linked to issues like unstable employment, unwanted pregnancies, and the spread of sexually transmitted diseases. "Heavy drug use" throughout adolescence is linked to crimes like theft, vandalism, and violence. Negative acute effects take place (e.g., overdoses and accidents) (Andersen, 2019). In fact, older adolescents and younger adults are twice as likely to drive after drinking than as the general population (Bennett et al., 1993). According to Patoari (2021), The results also demonstrate that abusing drugs negatively impacts the user's body and thinking. Memory is hampered, and productivity is decreased. The life of the addict may be at danger due to drug addiction.

1.5.1.1. Biological Impacts. Substance abuse have primary impact on the brain and cause sedation, stimulation, or mood changes in the user (Akanbi et al., 2015). Because the human body experiences significant physical growth and psychological changes during adolescence, including changes to the brain as well as to other parts of the body ((Morojele & Ramsoomar, 2016).

Substance abuse also contributes to the emergence of adult health issues such as high blood pressure, sleep disturbances, and heart disease. which also leads to death. Each year, alcohol consumption contributes to ten times more deaths than opioids. (Nutt, 2021). According to Sambo (2008), persistent substance use can impair adolescent growth physically and psychologically. Sometimes it can be a permanent change in the brain that

can impair a person's functionality (Whitesell et al., 2013). Risk-taking behaviors of youngsters could actually be dangerous to their health and well-being, which include being pregnant, smoking cigarettes, drinking too much alcohol, and abusing drugs (Akanbi et al., 2015).

1.5.1.2. Psychological Impacts. The most common negative effects of substance use on mental health are depression, anxiety, and insomnia (Morris et al., 2018). Substance misuse and major depression both contributed to the likelihood of suicidal thoughts and attempts (Levy & Deykin, 1989). Adolescent drug abuse is linked to depressive symptoms, difficulty sleeping, anxiety, low self-esteem, aggression, antisocial behavior, delinquency, crime, and disobedience (Moonajilin et al., 2021). Both substance use disorders and mental health problems are at an increased risk due to substance addiction (Winstanley, 2019).

Drug and alcohol abuse in the developing young adult reduces motivation (Koob, 2011; Volkow, et al., 2016), messes with cognitive functions (Juárez-Portilla et al., 2017), causes crippling mood disorders (Messer, et al., 2017), and raises the possibility of an accident leading to death or injury (Yuodelis-Flores & Ries, 2015).

According to Daley (2013), Substance abuse linked with loss of interest in one's job, a lack of concern for one's family, an inability to concentrate, which may harm family ties, an increase in libido or inappropriate behavior, violence or social nuisance, and an increase in criminal offenses are just a few of the common problems that arise as a result of drug use.

Adolescents who misuse substances usually assume adult roles like work and procreation early on and eventually fail at them. Therefore, instead of going through the process of individuation that leads to becoming independent adults, they go through a pseudo- or incomplete maturation, which could lead them to approach adulthood too soon

and unprepared. The most successful nonusers appropriately postpone these obligations (Newcomb & Bentler, 1988).

According to Winters et al. (2011), the physiological and psychological effects of drugs on the developing adolescent brain make adolescents more susceptible to substance addiction. Adolescent substance use can range from early-stage experimentation to compulsive and problematic drug use. These problems are then aggravated by a variety of social issues, such as relationship difficulties, difficult family interactions, and difficult peer relationships.

Though the prevalence of dysfunctional thinking is unknown, drug-using youths are also more likely to exhibit disorganized thinking and unusual beliefs, which may impair their capacity for problem-solving and emotional regulation, as well as increase social isolation and depression (Sussman & Ames, 2001; Luciana, 2018). Adolescents who abuse substances experience side effects from additional issues like drug tolerance, withdrawal symptoms, and a focus on using drugs over other activities (Sussman et al., 2008). Increased rates of negative affect disorders and associated symptoms have been observed in adolescents with SUD, with female adolescents having greater rates than male adolescents (Winters et al., 2008).

Because of the immature nature of the adolescent brain, long-term use of drugs and alcohol can affect the decision-making capacity of adolescents which leads to engaging in substance use more (Whitesell et al., 2013).

1.5.1.3. Legal Consequences. Besides physical, psychological, or social impacts there are legal consequences as well. Approximately half (49.5%) of the people users in Bangladesh, got arrested and more than half (52.1%) were sent to jails for using substances (54.8%), drug trafficking (44.3%), drug business, hijacking, and robbery (Hawlader et al., 2020).

1.5.2. Effects of Substance Abuse on Family

In families where substance abuse is common, the emotional reactions of family members deteriorate over time. Families frequently struggle with significant stress-related issues, such as depression, anxiety, and insomnia (Templeton et al., 2007; (Tanweer, 2019). According to Lander et al. (2013) the entire family has been affected by a substance use disorder (SUD) member. All family members are impacted by a person's drug use, but each person is impacted differently by factors such as unmet developmental needs, impaired, economic hardship, legal issues, emotional distress, and occasionally violence. The way a family deals with or handles the addiction issue has a significant impact on how other people experience the issue, as well as the nature and severity of the issue (Tanweer, 2019).

Few studies have specifically addressed the problem of trust between siblings. The family needed to be on guard at all times and that the substance-abusing sibling couldn't be trusted inside the home. When things go missing from the house, additional costs must be incurred to make up for the missing items (Dykes & Casker, 2021). Garney (2002) and Webber (2003) reported a breakdown in trust between siblings and their substance-abusing sibling.

The financial burden of a family member's drug use falls overwhelmingly on the shoulders of family members. Given what is known about substance abuse and its impact on families, it is reasonable to assume that these costs are substantial and extensive (Copello et al., 2010). The parents of substance abusers bear an excessive burden as a result of their behavior. Parents of substance users frequently experience helplessness, guilt, frustration, anger, or depression (Daley, 2013). Substance abuse also might have an adverse impact on children and developing fetuses, as well as families and the economy Daley (2013).

However, very little research has focused on the effects on the family when it is an adolescent. It has been found that alcohol and substance use have significant effects on family well-being. The majority of research studies emphasized parents as a contributing factor to adolescents' subsequent substance abuse, but they did not elicit the concurrent experiences of their parents and siblings (Dykes & Casker, 2021; Swartbooi, 2013).

1.5.3. Social Impacts

The social stigma was most prevalent (71.4%) in terms of social impacts. Among the participants, 59.5% experienced bullying, 50% reported having poor relationships with or interactions with coworkers or colleagues, 38.2% reported lacking social support, and 12.8% reported feeling isolated from society (Tanweer, 2019; Hawlader et al., 2020). Adolescent substance abuse costs society as a whole a lot in terms of medical expenses, educational failure, mental health services, drug and alcohol treatment, and juvenile crime (Hawkins et al., 1992; Luciana, 2018). By using the substance, people faced social and familial losses. Such as a lack of family interaction, disrupted family bonds, moving out of the house, and divorce (Hawlader et al., 2020).

1.6. Reasons for Substance Abuse

A person can become prone to substance misuse due to a variety of reasons like biological, psychological and environmental factors (Luciana, 2018). Moreover, heredity/genetics, medical history, age, etc. also play a crucial role. Among those psychological factors are one of the most important factors (Rogers et al., 2020). The majority of addiction researchers have abandoned linear etiology theories and now consider addiction to be a biopsychosocial phenomenon that is influenced by the interaction of biological, psychological, and environmental or social factors (Donovan, 1988; Luciana, 2018). Both biological and non-biological factors are seen as crucial components of addiction (Peele, 1985).

A study in Bangladesh reported, for various social and cultural factors about 65.45% of people are dependent on substances, while 25% abuse substances for psychological reasons, 8.08% abuse because of family issues, and 1.47% are dependent on substances for other reasons (Patoari, 2021).

1.6.1. Biological Factors

Zuckerman et al. (1987) suggested, platelet monoamine oxidase (MAO) activity is biochemically connected to sensation seeking, which has also been linked to early-onset alcoholism (Tabakoff & Hoffman, 1988; Von Knorring et al., 1987). Numerous other risk variables, including as genetic susceptibility, prenatal alcohol or drug exposure, parental neglect or monitoring, affiliation with drug-using friends, and genetic susceptibility all play a significant part (Nash et al., 2005). Historically, the genetic component has frequently been identified as the primary cause of addiction (Donovan, 1988).

In a study Kober (2014) suggested that the neurological mechanisms behind the inability to regulate emotion in substance use disorders may involve variations in the prefrontal cortex's (PFC) function and structure.

Deficits in the connectivity of the white matter, as well as between the insula and amygdala in individuals with substance use disorders may precipitate impaired emotion regulation (Goldin et al., 2013).

1.6.2. Social Factors

Poor parental supervision, family conflict, poor communication and parenting styles, poor family economic position, and parental substance use are just a few of the factors connected to family alienation that has been linked to teenage drug liability (Winters et al., 2008). Among them, one significant risk factor is having stressful early life events, such as abuse or other forms of trauma. Adolescents who have experienced physical or sexual abuse are more likely to have substance use problems diagnosed (Shane

et al., 2006). In underdeveloped areas, youth turn to methamphetamine through gang membership as a source of income (Hobkirk et al., 2016).

Substance use disorders run in families for a variety of reasons, including genetics as well as the potential direct effects of a family member's illness on those close to them (Kumpfer, 2014). Parental Substance use can increase a child's risk of being neglected, abused, violently exposed, and other negative childhood experiences (Mersky et al., 2013; Brown et al., 2019; Miller & Cook, 2017). These stressors may increase a child's susceptibility to beginning substance use at a young age and later developing a substance use disorder (Miller & Cook, 2017). Children may also lose a parent due to overdose, incarceration, or loss of parental rights as a result of parental substance abuse (Smith et al., 2016). Children who have experienced these traumas may be more susceptible to substance abuse and the financial toll of substance abuse takes on the entire family (Shek et al., 2020; Van Ryzin et al., 2012). When a family member has a substance use disorder, the people in their close surroundings frequently have easier access to drugs, which increases their risk of substance use (Van Ryzin et al., 2012). Among other things, these factors can lead to a cycle of substance abuse in families. In the United States, parental substance abuse affects more than 9 million children, and millions more have siblings who have the disease. 185 people pass away every day from drug overdoses, so even though there are no data on the number of children who lose a parent to this illness, the numbers are probably remarkable (Lipari & Van Horn, 2017). The epidemic of overdose deaths that is currently ravaging our nation can be prevented by implementing targeted prevention interventions (Stockings, et al., 2016).

1.6.3. Psychological Factors

Sensation seeking is an indicator of the early onset of alcoholism (Cloninger et al., 1988). Childhood impulsivity predicts frequent marijuana use at the age of 18 (Shedler &

Block, 1990). An additional route to substance use disorder may be through psychological disturbance and its associated disorders (such as anxiety disorders and mood disorders) (Winters et al., 2008). It has been demonstrated that among teenagers, depression has a positive correlation with drug use and drug use disorders (Winters et al., 2008).

People frequently use drugs for recreational purposes, though international drug control conventions forbid their use for purposes other than medicine (Degenhardt & Hall, 2012; Rehm et al., 2017).

1.6.3.1. Peer Pressure & Emotion Regulation. Emotion regulation and peer pressure are two major reasons for adolescents to be unable to control impulses. Peer pressure was found as the most influencing risk factor. About 55% of the respondents take substances due to peer pressure (Kamal et al., 2018).

There are so many strategies to help adolescents individually to strengthen their personal capacities to evaluate a situation and be assertive/ protective enough to say no or be resilient enough to stay away from becoming dependent on a substance. According to Nabi et al., (2020), the most common causes of using substances were family discord (29.5%), peer pressure (27.4%), alleviating depression (24.8%), and drug cravings (24.3%). Cravings for substances are strongly correlated with a lack of assertive communication and emotional dysregulation (Badie et al., 2020). Relapse was also found to be correlated with difficulties in assertive communication (Rahman et al., 2016). The need for unrestrained self-indulgence, "cool or fun" activities, being in a good mood, and peer approval are all associated with intensive substance use in adolescents (Romo-Avilés et al., 2016). According to Oldfield et al. (2016), adolescents seek guidance from their peers rather than their families and become less subject to parental control.

The use of alcohol and other drugs is a common aspect of high school life for many teenagers. According to Johnson et al. (1991), emotional stress, low self-esteem, and

identity confusion frequently increase a person's susceptibility to social pressure. Adolescents' views about and use of alcohol and other drugs are also influenced by their limited or distorted knowledge of these substances, as well as by their family's history of substance misuse. Although most teenagers are susceptible to the combination of these environmental and emotional stressors, the effects can be particularly catastrophic for those who lack the emotional capacity to deal with the variety and speed of change that is such a crucial part of this stage of life (Chickering, 1990). As a result, consuming alcohol and other drugs frequently develops into a main coping mechanism and may be a sign of dependency (Scott, 1996).

Adolescents undergo a variety of developmental changes. They develop their identities through exploration which is a very naturally occurring element of this phase (Akanbi et al., 2015). As a part of this trying out unfamiliar activities, they do various risky behaviors like substance abuse to get acceptance and respect from their peers (Sue et al., 2009; Luciana, 2018). Risky behaviors also correlated with inability to regulate emotion which is a risk factor for developing substance abuse disorders (Estévez et al., 2017). Sometimes they may also use alcohol or other substances to blend in with their classmates or to fit in the groups (Beman, 1995).

Emotion regulation is the capacity to gain control over one's emotional state. Emotion is connected with cognition, behavior, and the body. Sometimes people make decisions, especially those which may have negative consequences, based on immediate emotion rather than factual analysis (Steinberg, 2007). In the onset and persistence of substance abuse, emotion regulation plays a crucial role (Simons et al., 2009; Quinn & Fromme, 2010; Schreiber et al., 2012).

Fox et al. (2008; 2007) reported people who abuse alcohol and substances have trouble controlling their emotions. The frequency of substance use has been linked to adolescents' inability to regulate their emotions (Hessler & Katz, 2010; Wills et al., 2013).

Emotion regulation has a significant and complicated part in substance use disorders. People sometimes abuse substances to control their immediate mood and feelings. For example, enhancing pleasant affect, improving a previous negative mood, or reducing craving (Siegel, 2015). It can be both a potential cause of and a possible impact of substance abuse. Inability to regulate emotion during childhood and adolescence may be initial risk factor and/or proximal contributing factor to substance abuse (Kober, 2014). Those who struggle with substance-abusing behaviors seem to have more trouble controlling their emotions than those who don't (Stellern et al., 2022).

Emotion regulation is correlated with impulsivity and inadequate behavioral control which leads to substance abuse (Claire et al., 2016). People who take drugs to cope with negative emotions are more likely to engage in compulsive substance abuse practices (Cisler et al., 2010). Not only substance-related disorders but also non-substance-related addictions (Ex. gambling, internet and video game addictions) are correlated with emotion regulation (Estévez et al., 2017).

1.7. Prevention Programs to Protect Adolescents from Substance Abuse

Evidence-based substance abuse prevention programs have the potential to significantly reduce substance use (Stockings et al., 2016; Embry, 2011; Griffin & Botvin, 2010). It has been demonstrated that a number of initiatives significantly reduce drug use, some by more than 50% (Onrust et al., 2016).

Evidence-based prevention strategies, particularly those that target young children, not only help to lower substance misuse but also delinquency, and mental health issues, and enhance academic motivation and success (Griffin & Botvin, 2010). As a result, these

initiatives may have enormous, long-term advantages for individuals, families, and society at large.

According to a report by Das et al. (2016), different methods of substance abuse prevention programs such as school-based prevention program, family-based intensive interventions, internet-based intervention, policy initiatives, incentives, etc. are effective or helps to reduce the intensity of substance abuse. While family-based interventions have a modest but long-lasting impact on adolescent alcohol misuse, school-based alcohol prevention interventions have been linked to decreased frequency of drinking. School-based interventions that combine social influence and competence strategies have shown protective effects against drug abuse and cannabis use. Among the interventions targeting combined substance abuse, school-based primary prevention programs are effective (Das et al., 2016).

Whatever the underlying cause, it might result in increased drug usage and other criminal behavior. So, understanding the risk factors that contribute to teenage substance abuse will help to better comprehend the entire issue (Beman, 1995). Providing information to potential users about the risks associated with drug use, reinforcing the skills that make it possible to resist the social pressure associated with drug use; correcting the false impression about using drugs can prevent substance abuse (Botvin & Griffin, 2007).

According to Gallimberti et al., (2015) the middle school years are identified as the first period at risk concerning the use of the substance. So, prevention programs should begin in early adolescence, focusing on delaying the use or abuse of any of the “gateway drugs. As adolescents is a vulnerable group to substance abuse. So, if we can develop an effective substance abuse prevention program then it will work as a resource to deal with

the adolescents' problems. Though it's a substance abuse prevention program but it will also help to reduce or mitigate risk of other disorders (Macklem, 2014; Embry, 2011).

During this period, they face difficulties communicating properly (Kapetanovic et al., 2020) and regulating emotions (Pisani et al., 2013) in a healthy way, which leads them to various unhealthy coping mechanisms (ex. substance abuse) (Kapetanovic et al., 2020, Young et al, 2019). So, if we can help to learn and adopt those skills, then they will be able to communicate and regulate emotions in a healthy way. which will prevent substance abuse.

1.8. Rationale

Though substance abuse affects people of all ages, among them, adolescence is the most crucial phase. Because evidence reports that most of the onset of substance abuse occurs in adolescence (Gutierrez & Sher, 2015). so, if we want to prevent the use of substances, then it is best to address adolescents (Botvin & Wills, 1985). Evidence suggests that lack of assertive communication skills and emotion regulation skills are associated with substance abuse among adolescents ((Winters et al., 2008; Hessler & Katz, 2010; Wills et al., 2013; Rahman et al., 2016; Schreiber et al., 2012; Fox et al., 2008; Fox et al., 2007; Badie et al., 2020; Hadley et al., 2019). Therefore, it is reasonable to assume that increasing assertive communication skills and emotion regulation skills can be protective factors among adolescents. However, little research exists in Bangladesh to demonstrate the efficacy of a substance abuse prevention program for adolescents incorporating skills of assertive communication and emotion regulation. Hence, the present study attempts to develop a substance abuse prevention program designed for adolescents.

1.9. Objectives

The study's general objective is to develop an effective substance abuse prevention program for adolescents in Bangladesh.

Specific objectives

1. Developing a manual for substance abuse prevention program for adolescents.
2. To explore the efficacy of the developed substance abuse prevention program.

Chapter 2

Methodology

Methodology

2.1. Research Design

The study was conducted by following a quasi-experimental design to test the efficacy of the substance abuse prevention program. Studies to evaluate interventions but without the use of randomization are known as quasi-experiments. Similar to randomized trials, the goal of quasi-experiments is to show that an intervention causes an outcome.

2.2. Participants

A total of 143 participants were recruited to conduct the study. Among them, 72 participants were in the control group while the remaining 71 were in the experimental group. Participants were recruited from three different schools and colleges in Dhaka division by using a convenient sampling technique in consideration of the availability of respondents, time, and budgets. However, assigning participants in groups was determined by simple random sampling. All respondents and their parents/caregivers were given written informed consent to participate in the study (Appendix G). Participants' inclusion ages ranged from 12 to 18 years. Participants having self-reported mental health issues were excluded from the sample. The demographic properties of participants are presented in Table 1.

Table 1*Demographic Characteristics*

	n	%
Location		
City	13	9%
Town	58	41%
Village	72	50%
Family Type		
Nuclear	116	81%
Joint	27	19%
Parents		
Both Parents	133	93%
Only Mother	5	3%
Only Father	3	2%
Both Dead	2	1%
Father's education		
Uneducated	21	15%
Primary	40	28%
Secondary	42	29%
Higher Secondary	18	13%
Honors	13	9%
Masters	9	6%
Mother's education		
Uneducated	24	17%
Primary	44	31%
Secondary	55	38%
Higher Secondary	12	8%
Honors	7	5%
Masters	1	1%
Socio-economic status		
Lower Class	14	10%
Lower Middle Class	22	15%
Middle Class	99	69%
Upper Middle Class	7	5%
Upper Class	1	1%

2.3. Instruments

The following instruments were used to collect data.

2.3.1. Demographic Information Form

A short demographic information form was used with the questionnaire to collect information about respondents' age, sex, grade, number of family members, number of siblings, birth order, occupation and educational qualification of parents, monthly income, and socio-economic status (Appendices A).

2.3.2 Substance Use Risk Profile Scale (SURPS; Woicik et al., 2009)

The widely used Substance Use Risk Profile Scale (SURP) was developed by Woicik et al. (2009). The short version of the 23-item self-reported Substance Use Risk Profile Scale assesses four psychological factors linked to a higher risk of substance misuse. Four subscales make up the scale: impulsivity (five items), sensation seeking (six items), hopelessness (seven items), and anxiety sensitivity (5 items). On a 4-point Likert scale, from 1 (strongly disagree) to 4, respondents were asked to indicate how much they agreed with each statement (strongly agree). The Hopelessness subscale's items were all reverse scored, with one exception (Woicik et al., 2009).

According to an analysis of the factor structure, four factors accounted for 51.3% of the variance in item scores for the 23-item scale. An analysis of the subscales' internal reliability indicated modest inter-scale correlations, and the SURPS subscales' internal consistency ranged from adequate to good. The Cronbach's coefficient alpha (α) was 0.8 for Hopelessness, 0.7 for Anxiety Sensitivity, 0.7 for Impulsivity, and 0.8 for Sensation Seeking subscale. The SURPS convergent and discriminant validity was established. Convergent/divergent relationships between the SURPS subscales and other theoretically relevant personality and drug use criterion measures support the concurrent, discriminant, and incremental validity of the SURPS (Woicik et al., 2009). It has been validated in many

languages and reported very good psychometric properties. Such as the Lithuanian population (Kaminskaite et al., 2020), the Spanish population (Fernández et al., 2018), Australian adolescents (Newton et al., 2015), etc. In the present study, SURPS's Bengali version was used. At first, items were translated by the researcher whose first language is Bengali but who has a good understanding of English and the contents that are covered by the SURP. To check the validity, two clinical psychologists and three assistant clinical psychologists served as a judge to whom the translated questionnaire was given to find and correct any inappropriate translation expressions or concepts. The forward translation and the English versions of a few words had very few discrepancies, so they suggested substitutions. Following judge evaluation, the researcher gathered potential Bengali options based on the judges' comments. The first draft was then formed.

A psychologist who had no prior knowledge of the scale and had skills in both languages translated the first draft back into English. During the back, translation focus was placed on the conceptual and cultural context rather than linguistic equivalence. After being translated back into English, the two versions were compared, and there were no significant differences. So, prepared the scale's final draft to use in the study (see scale, Appendix B).

2.3.3. Hostility scale (Derogatis et al., 1976)

The hostility scale was developed by Derogatis et al. in 1976. It was translated and validated into Bengali by Uzzaman and Karim (2015). It measures symptoms of underlying hostility, reflecting qualities such as aggression, irritability, rage, and resentment. Six Likert-type items with four response options each—"never" (1), "sometimes (2)," "pretty often (3)," and "most of the time"—make up the measure (4). For each respondent, the point totals are added and divided by the number of items. A higher score denotes more antagonism, with the recommended range of scoring being 1- 4.

Exploratory Factor Analysis (EFA) was administered in the six items Bengali version and found one factor named 'Hostility'. Confirmatory Factor Analysis (CFA) showed that the one-factor model with 6 items is a good fit [$\chi^2(8) = 17.38$, RMSEA = .05; RMR = .03; CFI = .98, GFI = .99] model to the data. Its face and content validity were good which ensured the validity of the translation. Convergent validity was checked with LACERQ (Less Adaptive Cognitive Emotion Regulation) ($r = .07$, $p < .05$) and CHS (Children Hopelessness scale) ($r = .26$, $p < .01$). However, with the correlation of School Engagement Scale (SES) ($r = -.23$, $p < .01$), Family Environment Scale (FES) ($r = -.19$, $p < .01$) and Classroom Environment Scale (CES) ($r = -.17$, $p < .01$), which indicate good discriminant validity. The scale's internal consistency was .77 (Uzzaman & Karim, 2015) (see Appendix C).

2.3.4. Spence Children's Anxiety Scale - 20 (SCAS-20, Spence, 1997)

The SCAS-20 is a short version of the more widely used 38-item SCAS-20 (Spence 1997; Barrett & Turner, 2003) and a quick self-reported questionnaire to evaluate anxiety symptoms in adolescents (Deeba et al., 2014). In the present study, the Bengali version of SCAS-20 was used. The responses to the items are scored on a 4-point Likert-type scale as 0 (never), 1 (sometimes), 2 (often), and 3 (always). Factor analyses of the full version were used to choose the items for the short version. Higher scores denote higher levels of anxiety. One higher-order factor connects each subscale to the entire scale (Deeba et al., 2014). According to Deeba et al. (2014), the psychometric properties of the SCAS-20 among Bangladeshi children and adolescents demonstrated satisfactory construct validity (convergent validity, $r = .60$, $p = .001$) and good internal consistency (Cronbach's alpha .84), which is also consistent with the original scale. Cronbach's alpha reliability for the current sample is .85, indicating that the scale is still operational (see scale, Appendix D).

2.3.5. The Short Moods and Feelings Questionnaire (SMFQ; Angold et al., 1995)

The Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) is a 13- item scale that was developed by Angold et al. in 1995 to identify symptoms of depressive disorders in children and adolescents aged 6 to 17 years. The Bengali version of the scale was used in the present study (Deeba et al., 2014). The scale has three possible scores: 0 (Never); 1 (Sometimes true); and 2 (Always true). The sum of all the items yields a possible score ranging from 0 to 26, with higher scores indicative of lower mood and a higher risk of clinical depression. The SMFQ has been demonstrated to consist of a single factor and to have good discriminant validity and criterion-related validity for detecting clinical depression in children and adolescents (Angold et al., 1995; Thapar & McGuffin, 1998). According to reports, the SMFQ's Cronbach's alpha ranges from .87 to .90 (Angold et al., 1995). Cronbach's alpha for the Bangladeshi children and adolescents was strong at .80, and convergent validity was ($r=.44$, $p=.001$) (Deeba et al., 2014). For the current sample, reliability was .79 Cronbach's alpha (see scale, Appendix E).

2.4 Prevention Program

Emotion regulation and assertiveness are important factors in substance abuse. People who lack those skills face difficulty processing various psychological and social contextual issues. So, we had planned to use a simple behavioral skill-based strategy to help adolescents express their emotions and have effective communication with the people they interact with. The following contents are covered in the prevention program.

First session

Emotion

Types of emotion

Meaning of emotion

Identifying the feeling/emotion

Situation – emotion – behavior

Management:

Do opposite

Deep Breathing

Second session

Assertive Communication:

Step-1: Appreciation

Step-2: Main Issue with Genuine Feeling (Feeling Words List)

Step-3: Expectation, Suggestion, Opinion

Step-4: What Do You Think?"

Roleplay

2.4.1. Module Development Procedure

Two sessions of training materials containing emotion regulation and assertive communication skills were developed for the adolescents. Based on existing literature and discussion with the experts, core components were identified and selected for the prevention program. The first draft of the manual was prepared and presented to the judge for evaluation (Appendix I). Then compiled the feedback of the judges and developed the final manual for adolescents which was administered in the present study (Appendix K).

The second session that was used in this study was developed by Deeba, F (personal communication) based on clinical works with more than 100 patients. The section included the methods to express one's emotions and conflict resolution via a method of effective communication. The method comprises the processes, to express the emotion/feeling and having an assertive conversation with the person an individual is feeling reactive.

2.5. Data Collection Procedure

At first, ethical permission was taken from the Dept. of Clinical Psychology ethical committee to conduct the study (MP220801, Appendix H). A standard data collection procedure was followed to collect the data from the participants. The participants were collected from three educational institutions. As it's a quasi-experimental design, there were two groups named "experimental" and "control group." Respondents were selected according to the inclusion and exclusion criterion and then assigned to both groups by following simple random sampling.

At first, we communicated with the authorities of the schools. After getting permission (Appendix J), the class teacher asked for written consent from the parents as the participants were minors, through school authorities. A consent form detailing the purpose of the study was provided to the parents/caregivers. In addition to that, the rationale for the study, confidentiality, importance, and implications of the study was also mentioned. They were informed about their children giving up participating in the study at any time if they wanted. After properly explaining the research, the parents were then asked to permit their children to participate in the study. Children were asked for their verbal assent too. After the verbal assent of the participants, self-reported questionnaires were conducted on them.

To see if there was any significant difference between the experimental and control group, an independent sample t-test was administered by using SPSS version 26. Results showed there was no significant difference between the two groups. So, then the two sessions of the prevention program were administered to the experimental group only. After administering the prevention program, a post-assessment was done on both groups. After one month of post-assessment, follow-up measures were taken. The control group also received the same prevention program but after the follow-up session, which was

mentioned in the consent form, information on psychological services was provided to parents and adolescents. After completion, participants were thanked by the researcher for their cooperation.

2.6. Ethical consideration

In this study, respondents' participation was entirely voluntary, and their choice was whether to participate or not. Participants were informed that they were free to withdraw their participation from this study at any time after giving the initial consent. Participants' names and any identifying information are kept confidential and anonymous throughout the research process. During the data analysis process, the name or personal information of the participants were removed. A hard copy of the data was stored in a secured locker with a key. There was no health risk in participating in the study as didn't collect any body fluid or tissue. Though no question can cause psychological distress or trigger painful experiences. However, the researcher was trained to provide immediate psychological support whenever required during the data collection. No compensation was provided for participating in the study.

Chapter 3

Results

Results

Analysis was done by using the Statistical Package for Social Studies (SPSS) software version 26. To see the efficacy of the substance abuse prevention program a descriptive analysis (mean and standard deviation) of the scores obtained from the four measures Hostility scale, Substance Use Risk Profile Scale (SURPS), The Short Moods and Feelings Questionnaire (SMFQ) and Spence Children's Anxiety Scale – 20 in three phases pre-training, post-training and follow-up, with two groups (Experimental and Treatment as usual) was used. We performed independent sample t-tests to see if there was any significant mean difference between the experimental and control group in the pre-intervention phase of data collection in terms of hostility, SURPS, SMFQ and SCAS. The results are provided in Table 2

Table 2

Results of Four Questionnaires Examining the Random Assignment of Subjects to Groups

	Experimental		Control		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Hostility	5.82	2.884	5.77	3.590	.082	.935
SURPS	55.43	12.793	53.68	13.896	.786	.433
SMFQ	11.38	5.403	12.31	5.214	-1.053	.294
SCAS	22.26	9.324	20.38	7.811	1.309	.193

From Table 2 we can see that there was no significant mean difference between the experimental and control group in Hostility, SURPS, SMFQ and SCAS-20 in the pre-intervention phase. Post-intervention and follow-up data were then collected and analyzed to understand the intervention's effect on the four questionnaires.

Table 3*Summary of the Descriptive Data in Three Phases of Two Groups*

Measures	Group	Pre-training		Post-training		Follow-up	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Hostility	Experimental	5.82	2.88	4.11	2.25	3.22	1.64
	Control	5.77	3.59	5.80	3.58	5.55	2.98
SURPS	Experimental	55.43	12.79	46.67	10.75	43.75	10.26
	Control	53.68	13.89	53.28	13.79	53.20	13.76
SMFQ	Experimental	11.38	5.40	10.37	5.11	9.22	4.82
	Control	12.31	5.21	12.28	4.98	12.13	4.92
SCAS	Experimental	22.26	9.32	20.07	8.07	18.49	7.73
	Control	20.38	7.81	20.37	7.79	20.23	7.59

To find out whether the mean scores of the Hostility scale, Substance Use Risk Profile Scale (SURPS), The Short Moods and Feelings Questionnaire (SMFQ), and Spence Children's Anxiety Scale (SCAS– 20) differed significantly among the three phases and between two groups, we ran a two-way repeated measure ANOVA. Mauchly's Test of Sphericity indicated that the assumption of sphericity for repeated measure ANOVA had been violated in each of the four measures- for Hostility $\chi^2(2) = 49.16, p < .01, \epsilon = .772$; for SURPS $\chi^2(2) = 154.07, p < .01, \epsilon = .600$; for SMFQ $\chi^2(2) = 15.14, p = .001, \epsilon = .907$; for SCAS $\chi^2(2) = 143.57, p < .01, \epsilon = .609$ and therefore, Huynh-Feldt correction for *df* was used for interpreting the within-subject effect of time on Hostility and SMFQ and the Greenhouse-Geiser correction for *df* was used for interpreting the within-subject effect of time on SURPS and SCAS-20.

Table 4*Repeated Measure ANOVA for Four Questionnaires*

	Sum of squares	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Hostility					
Between Subjects					
Group	188.19	1	8.23	.005	.055
Error	3222.06	141			
Within Subjects					
Time	144.13	1.57	60.06	.000	.299
Time \times Group	107.78	1.57	44.91	.000	.242
Error	338.36	217.57			
SURPS					
Between Subjects					
Group	2439.35	1	5.20	.024	.036
Error	66106.21	141			
Within Subjects					
Time	2868.59	1.2	318.45	.000	.693
Time \times Group	2425.49	1.2	269.26	.000	.656
Error	1270.10	169.14			
SMFQ					
Between Subjects					
Group	393.44	1	5.15	.025	.035
Error	10778.10	141			
Within Subjects					
Time	97.99	1.85	103.50	.000	.423
Time \times Group	69.35	1.85	73.25	.000	.342
Error	133.50	255.79			
SCAS-20					
Between Subjects					
Group	.277	1	.001	.970	.000
Error	36913.53	141			
Within Subjects					
Time	277.84	1.22	51.22	.000	.289
Time \times Group	237.84	1.22	48.98	.000	.258
Error	684.70	171.81			

The table 4 shows that there was significant main effect of time on Hostility, $F(1.57, 217.57) = 60.06, p < .001, \eta^2 = .299$, SURPS, $F(1.2, 169.14) = 318.45, p < .001, \eta^2 = .693$, SMFQ, $F(1.85, 255.79) = 103.50, p < .001, \eta^2 = .423$, and SCAS-20, $F(1.22, 171.81) = 51.22, p < .001, \eta^2 = .289$. This indicated that overall adolescent Hostility, SURPS, SMFQ and SCAS-20 scores changed significantly over time.

There was also a significant main effect of group on Hostility, $F(1, 141) = 8.23, p < .01, \eta^2 = .055$, SURPS, $F(1, 141) = 5.20, p < .05, \eta^2 = .036$, and SMFQ, $F(1, 141) = 5.15, p < .01, \eta^2 = .035$. This indicated that overall, there was a significant difference in the adolescents' Hostility, SURPS and SMFQ scores from the experimental to control group. But there was no significant main effect of the group on SCAS-20, $F(1, 141) = .001, p > .05, \eta^2 = .000$, which indicated that in the overall SCAS-20 score, there was no difference in the experimental and control group.

There was also a significant interaction between time and group in Hostility, $F(1.57, 217.57) = 44.91, p < .001, \eta^2 = .242$, SURPS, $F(1.2, 169.14) = 269.26, p < .001, \eta^2 = .656$, SMFQ, $F(1.85, 255.79) = 73.25, p < .001, \eta^2 = .342$, and SCAS-20, $F(1.22, 171.81) = 48.98, p < .001, \eta^2 = .258$. These indicate that while overall scores of Hostility, SURPS, SMFQ, and SCAS-20 changed over time, the rate of change in the Experimental group was significantly different from the Control group over time.

The repeated measure ANOVA for four questionnaires showed that there are significant within-group main effects of time. These effects tell us that if we ignore all other variables, scores were significantly different for pre-intervention, post-intervention, and follow-up assessment. In other words, data from pre-intervention, post-intervention, and follow-up assessments differed significantly. To understand which time assessment differed from which one, results of a post hoc analysis with a Bonferroni adjustment can be taken into account (see Table 5).

Table 5*Post Hoc Analysis for the four Measures among All the phases*

<i>Measures</i>	<i>Phases (I)</i>	<i>Phases (J)</i>	<i>Mean Difference (I-J)</i>	<i>P</i>	<i>95% CI</i>	
					<i>LL</i>	<i>UL</i>
Hostility	Pre-intervention	Post-intervention	0.840*	.000	.595	1.09
		Follow-up	1.411*	.000	1.02	1.799
	Post-intervention	Follow-up	0.571*	.000	.279	.863
SURPS	Pre-intervention	Post-intervention	4.579*	.000	3.898	5.260
		Follow-up	6.080*	.000	5.324	6.836
	Post-intervention	Follow-up	1.501*	.000	1.228	1.773
SMFQ	Pre-intervention	Post-intervention	0.514*	.000	.337	.691
		Follow-up	1.168*	.000	.942	1.394
	Post-intervention	Follow-up	0.654*	.000	.470	.838
SCAS-20	Pre-intervention	Post-intervention	1.104*	.000	.737	1.472
		Follow-up	1.966*	.000	1.368	2.565
	Post-intervention	Follow-up	0.862*	.000	.538	1.186

CI = Confidence Interval, LL = Lower Limit, UL = Upper Limit

* The mean difference is significant at the .001 level

Post hoc analysis showed that severity of Hostility significantly reduced from pre-intervention to post-intervention ($M_{\text{change}} = .840, p = .00$) and follow-up phase ($M_{\text{change}} = 1.411, p = .00$). The severity of Hostility also significantly reduced from post-intervention to follow-up phase ($M_{\text{change}} = .571, p = .00$).

In terms of Substance Use Risk Profile Scale (SURPS), severity of the measure reduced from pre-intervention to post-intervention ($M_{\text{change}} = 4.579, p = .00$) and follow-up phase ($M_{\text{change}} = 6.080, p = .00$). The severity of SURPS also significantly reduced from post-intervention to follow-up phase ($M_{\text{change}} = 1.501, p = .00$).

Severity of SMFQ also significantly reduced from pre-intervention to post-intervention ($M_{\text{change}} = .514, p = .00$) and follow-up phase ($M_{\text{change}} = 1.168, p = .00$). The severity of SMFQ also significantly reduced from post-intervention to follow-up phase ($M_{\text{change}} = .654, p = .00$).

Severity of SCAS-20 significantly reduced from pre-intervention to post-intervention ($M_{\text{change}} = 1.104, p = .00$) and follow-up phase ($M_{\text{change}} = 1.966, p = .00$). The severity of SCAS also significantly reduced from post-intervention to follow-up phase ($M_{\text{change}} = .862, p = .00$).

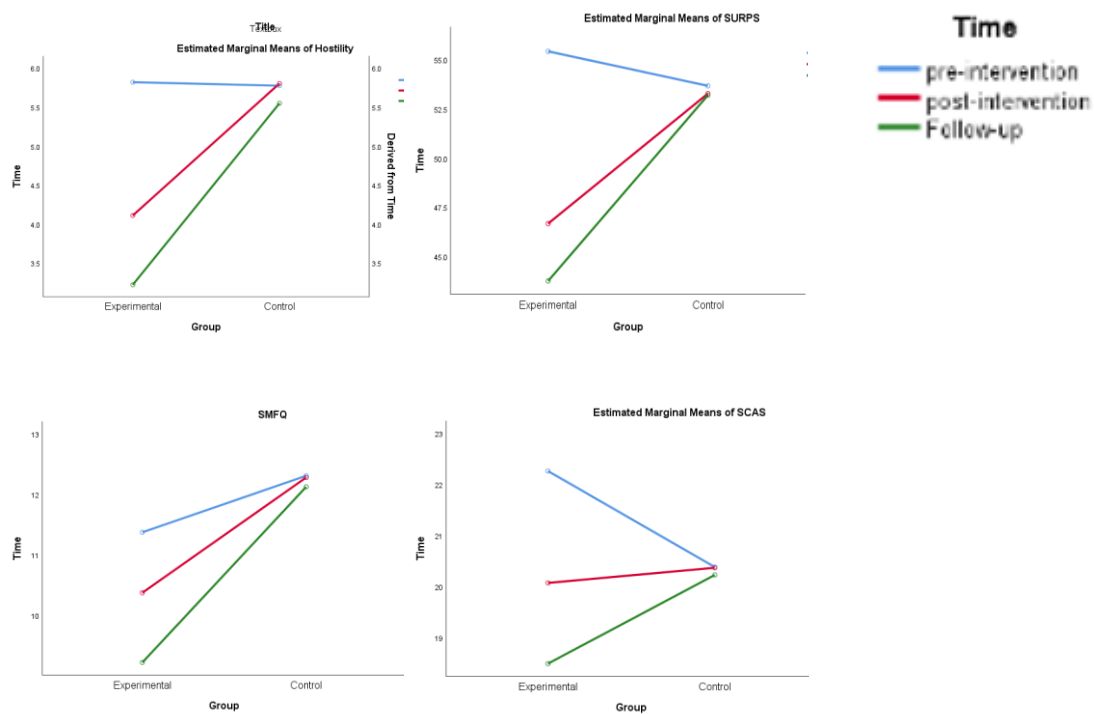


Figure 1

Estimated Marginal Means of the Groups (Experimental and Control) Over Time (Pre, Post and Follow-up) On the Outcome Measures.

Chapter 4

Discussion

Discussion

The study's general objective was to develop an effective substance abuse prevention program for adolescents in Bangladesh. The further objectives were to develop a manual for substance abuse prevention program for adolescents and explore the efficacy of the developed substance abuse prevention program. As we know, to measure the efficacy of intervention the best way is the comparison of an experimental group with a no-treatment group. That's why we chose the quasi-experimental design. So, participants who were included in the experimental group received the intervention after baseline assessment and the control group didn't receive the intervention during the research procedure. But for ethical considerations, we provided the intervention after the follow-up assessment. We faced challenges with available measures in Bengali. So, to measure the risks of a person's substance abuse we translated a widely used questionnaire in Bengali whose face validity was checked by two clinical psychologists and three assistant clinical psychologists. After baseline assessment, we ran independent sample t-tests to see whether there was any significant difference between the two groups. Results showed there was no significant mean difference in the four questionnaires of both experimental and control groups. Then we administered the two sessions intervention program in the experimental group. Right after the intervention, we collected the post-intervention data from both groups. And after one month, administered another follow-up assessment. To see the effect of time on the four questionnaires, Hostility, SURPS, SMFQ, and SCAS-20 that we had used in the study and two groups, a two-way repeated measure ANOVA analysis was administered by using the SPSS 26 version.

Results showed that within-subjects there was a significant main effect of time on Hostility, $F(1.57, 217.57) = 60.06, p < .001, \eta^2 = .299$, SURPS, $F(1.2, 169.14) = 318.45,$

$p < .001$, $\eta^2 = .693$, SMFQ, $F(1.85, 255.79) = 103.50$, $p < .001$, $\eta^2 = .423$, and SCAS-20, $F(1.22, 171.81) = 51.22$, $p < .001$, $\eta^2 = .289$. This indicated that overall, adolescents' Hostility, SURPS, SMFQ, and SCAS-20 scores changed significantly over time. In other words, data from pre-intervention, post-intervention and follow-up assessments differed significantly. That indicates that within subjects the prevention program had an impact over time.

There was also a significant main effect of group on Hostility, $F(1, 141) = 8.23$, $p < .01$, $\eta^2 = .055$, SURPS, $F(1, 141) = 5.20$, $p < .05$, $\eta^2 = .036$, and SMFQ, $F(1, 141) = 5.15$, $p < .01$, $\eta^2 = .035$. This indicated that overall, there was a significant difference in the adolescents' Hostility, SURPS and SMFQ scores from the experimental to the control group. But there was no significant main effect of the group on SCAS-20, $F(1, 141) = .001$, $p > .05$, $\eta^2 = .000$, which indicated that in the overall SCAS-20 score, there was no difference in the experimental and control group. As there was significant difference among the three scores of the questionnaires between the two groups that suggested that the prevention program had an impact on the experimental group.

There was also a significant interaction between time and group in Hostility, $F(1.57, 217.57) = 44.91$, $p < .001$, $\eta^2 = .242$, SURPS, $F(1.2, 169.14) = 269.26$, $p < .001$, $\eta^2 = .656$, SMFQ, $F(1.85, 255.79) = 73.25$, $p < .001$, $\eta^2 = .342$, and SCAS-20, $F(1.22, 171.81) = 48.98$, $p < .001$, $\eta^2 = .258$. These indicate that while overall scores of Hostility, SURPS, SMFQ and SCAS-20 changed over time, the rate of change in the Experimental group was significantly different from the Control group over time.

As intervention significantly reduced the score of the four questionnaires which measures the hostility, risk of substance abuse, depression, and anxiety in adolescents within subjects and also significantly differed from the control group's score. which

indicated skills of assertive communication and emotional regulations had an impact on the participants of the experimental group.

Evidence suggested that adolescents are vulnerable to substances. Sometimes, in this phase, they develop various risky and unhealthy coping mechanisms along with substance abuse (Gutierrez & Sher, 2015). Which can lead to substance use disorders later and can affect every aspect of the individual (Botvin & Griffin, 2007). Again, substance abuse is significantly correlated with hostility, risks of substance abuse, depression, and anxiety. People who suffer from these psychological issues are more prone to substance abuse (Schreiber, et al. 2012). Those who have difficulties in regulating emotions and communicating assertively, their risk of developing substance abuse is high (Fox, et al. 2008; Fox, et al, 2007). So, emotion regulation and assertive communication skills can reduce the intensity of these measures and can work as protective factors in adolescents by which substance abuse can be prevented (Axelrod et al., 2011; Kober, 2014; Siegel, 2015; Estévez et al., 2017).

The efficacy of these prevention programs was also found high for different groups and subgroups. For example, a study done by Baydala et al., (2009) showed that a culturally adapted prevention program with aboriginal children and youth is effective when protective factors are adapted based on their own culture. Again, the effectiveness of these tailored programs depends mostly on minimizing the risk and developing effective skills. As suggested by Hawkins et al. (1992).

Other different studies also support current study findings. The Theory-Based Substance Abuse Prevention Program for Adolescents of Bashirian et al. (2013) demonstrated that treatment brought about significant changes in the experimental group rather than the control group that might contribute to and is effective in the prevention of substance abuse among adolescents. Griffin et al. (2004) reported that in comparison to

participants in the control group who did not get the substance prevention program in junior high school who participated in it had a lower likelihood of receiving tickets and points on their driving records.

Though multiple prevention programs were found to be effective as prevention programs, they might not be universal for all sorts of addictions. As suggested by Sloboda et al. (2009) it was mentioned that a single-designed prevention program should not be delivered as a universal prevention intervention.

4.1. The implication of the Study

The Prevention Program is brief, less time-consuming, and cost-effective. It is also easy to implement. It's new and checked the efficacy in Bangladeshi adolescents. Though the manual's effectiveness is in preventing substance abuse, the contents of the manual don't address substances directly, which can protect us from the stigma/ negative impression regarding implications.

The manual can be used to prevent substance abuse in adolescents. By administrating the manual, we can build up protective factors in adolescents vulnerable to substance use. Though the manual was administered in a group, it is thought that this program may also be helpful in individual sessions. That is if clinicians identify any risk of substance abuse, they can use the manual as a tool for risk management. As the prevalence of adolescent substance abuse in Bangladesh is very alarming, if we implement the program, it is possible to minimize the risks of addiction in of adolescents, which will save the individual from the adverse impacts of substances and from becoming a burden to the family or society. The program may help to shed light on different other behavioral addiction management programs for adolescents and young adults.

4.2. Limitation of the Study

The small sample size was one of the limitations of the study. Initially, 100 participants were in the experimental group and 100 in the no-treatment. But only 143 participants participated in the whole program. Again, the spread of effect and the tool for long-term management of risk are not available and therefore no available data for the long-term efficacy is established. Also, the prevention program was evaluated by four judges (one clinical psychologist, one psychiatrist, and two assistant Clinical psychologists) for the limitation of time and budget. Participants were from the non-clinical population, so the long-term impact could not be established for the clinical population. Subjects of the study were collected from only one region of Bangladesh, limiting the maximum variability. All measures were self-reported, which can be biased. The study's time, budget, and availability were significant issues. Aside from that, the covid-19 situation was also a barrier initially.

4.3. Recommendations

Further study can be done by ensuring maximum variability of the sample. Holistic prevention programs can be made for the high-risk population. Further exploration is required to see if there is any significant difference in age, gender, socio-economic status, and geographical location in the efficacy of the prevention program. A comparative study can be done with other prevention programs for substance abuse.

References

References

- Akanbi, M.I., Augustina, G., Theophilus, A.B., Muritala, M., & Ajiboye, A.S. (2015). Impact of Substance Abuse on Academic Performance among Adolescent Students of Colleges of Education in Kwara State, Nigeria. *Journal of Education and Practice*, 6, 108-112.
- Alam, M. F., Sarkar, M., Alam, M. T., Ahmed, H. U., Bhowmik, A. D., & Roy, S. (2020). Prevalence of substance use in Bangladesh. *Bangladesh Journal of Psychiatry*, 32(1), 1–8. <https://doi.org/10.3329/bjpsy.v32i1.53043>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andersen S. L. (2019). Stress, sensitive periods, and substance abuse. *Neurobiology of Stress*, 10, 100140. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2018.100140>
- Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., & Pickles, A. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5(4), 237–249.
- Anthony, J. C., Warner, L. A., & Kessler, R. C. (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2(3), 244–268. <https://doi.org/10.1037/1064-1297.2.3.244>
- Axelrod, S.R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 37(1):37-42. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.535582>

- Badie, A., Makvandi, B., Bakhtiarpour, S., & Pasha, R. (2020). Drug cravings and its relationship with family communication patterns and resiliency through the mediatory role of difficulty in cognitive emotion regulation. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 6(2), 125-134. <https://doi.org/10.32598/JCCNC.6.2.329.1>
- Bahji A., Mazhar, M.N., Hudson, C.C., Nadkarni, P., MacNeil, B.A., Hawken, E. (2019). Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*, 273, 58-66. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.007>
- Bashirian, S., Hidarnia, A., Allahverdipour, H., & Hajizadeh, E. (2013). The Theory-Based Substance Abuse Prevention Program for Adolescents. *Health Educ Health Promot* 1 (1), 3-12
URL: <http://hehp.modares.ac.ir/article-5-2161-en.html>
- Baydala, L.T., Sewlal, B., Rasmussen, C., Alexis, K., Fletcher, F., Letendre, L., ... Kootenay, B. (2009). A Culturally Adapted Drug and Alcohol Abuse Prevention Program for Aboriginal Children and Youth. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action* 3(1), 37-46. doi:10.1353/cpr.0.0054.
- Beman, S. D. (1995). Risk Factors Leading to Adolescent Substance Abuse. *Adolescence*. Vol.30, No. 117, spring 1995, Libra Publishers, Inc., 3089C Clairemont Dr., Suite 383, San Diego, CA 92117
<file:///C:/Users/CST/Desktop/Thesis%20SAPP/Article/eisk%20factors.pdf>
- Bennett, M. E., McCrady, B. S., Frankenstein, W., Laitman, L. A., Van Horn, D. H., & Keller, D. S. (1993). Identifying young adult substance abusers: the Rutgers Collegiate Substance Abuse Screening Test. *Journal of Studies on Alcohol*, 54(5), 522–527. <https://doi.org/10.15288/jsa.1993.54.522>

- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry, 19*(6), 607–615.
<https://doi.org/10.1080/09540260701797753>
- Botvin, G. J., & Wills, T. A. (1985). Approaches to Substance Abuse. Prevention research: Detering drug abuse among children and adolescents, 63, 8.
- Brown, S. M., Rienks, S., McCrae, J. S., & Watamura, S. E. (2019). The co-occurrence of adverse childhood experiences among children investigated for child maltreatment: A latent class analysis. *Child abuse & neglect, 87*, 18-27.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.010>
- Chickering, A. W. (1990). Education and identity. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
childhood internalizing problems in a Bangladeshi sample. *British Journal of Clinical Psychology, 72*
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2009). Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*(1), 68–82. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9161-1>
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism: clinical and experimental research, 12*(4), 494-505. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1988.tb00232.x>
- Compton, W. M., & Volkow, N. D. (2006). Abuse of prescription drugs and the risk of addiction. *Drug and alcohol dependence, 83*, S4–S7.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.10.020>
- Copello, A., Templeton, L., & Powell, J. (2010). The impact of addiction on the family: Estimates of prevalence and costs. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 17*(sup1), 63–74. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514798>

- Dadwani, R.S., & Thomas, T. (2016). Prevalence of substance abuse: a community based study *Int. J. Community Med*, 3(3), 647-650. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20160626>
- Daley, D. C. (2013). Family and social aspects of substance use disorders and treatment. *Journal of Food and Drug Analysis*, 21(4), S73–S76. <https://doi.org/10.1016/j.jfda.2013.09.038>
- Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, Y., & Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 59(4S), S61–S75. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.021>
- Deeba, F., Rapee, R. M., & Prvan, T. (2014). *Psychometric properties of two measures of childhood internalizing problems in a Bangladeshi sample. British Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 214–232. <https://doi.org/10.1111/bjc.12071>
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet (London, England)*, 379(9810), 55–70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61138-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61138-0)
- Derogatis L. R., Rickles, K., & Rock A. F. (1976). Psychological and cognitive assessment. In L. L. Dahlberg, B. S. Toal, H. M. Swahn & B. C. Behrens (Eds.), *Measuring violence related attitudes, behaviors and influences among youths: A compendium of assessment scales* (pp. 64-65). Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and prevention.
- Donovan, D. M. (1988). *Assessment of addictive behaviors: Implications of an emerging biopsychosocial model*. In D. M. Donovan & G. A. Marlatt (Eds.), *Assessment of addictive behaviors* (pp. 3-50). New York: Guilford.

- Dykes, G., & Casker, R. (2021). Adolescents and substance abuse: the effects of substance abuse on parents and siblings. *International Journal of Adolescence and Youth*, 26(1), 224-237. <https://doi.org/10.1080/02673843.2021.1908376>
- Embry, D. D. (2011). Behavioral vaccines and evidence-based kernels: nonpharmaceutical approaches for the prevention of mental, emotional, and behavioral disorders. *Psychiatric Clinics*, 34(1), 1-34. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.11.003>
- Estévez A., Jáuregui P., Sánchez-Marcos I., López-González H., and Griffiths D. M., (2017), Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(4), 534-544. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.086>
- Feldstein, S., & Miller, W. (2006). Substance use and risk-taking amongst adolescents. *Journal of Mental Health*, 15(6), 633–643. <https://doi.org/10.1080/09638230600998896>
- Fernández-Calderón F., Díaz-Batanero, C., Rojas-Tejada, A. J., Castellanos-Ryan, N., & Lozano-Rojas, Ó. M. (2018). Adaptation to the Spanish population of the Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) and psychometric properties. *Adicciones*. 30(3), 208-218. <https://doi.org/10.20882/adicciones.909>
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and alcohol dependence*, 89(2-3), 298-301. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.12.026>
- Fox, H. C., Hong, K. A., & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive behaviors*, 33(2), 388-394. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.10.002>

- Gallimberti, L., Buja, A., Chindamo, S., Lion, C., Terraneo, A., Marini, E., Gomez Perez, L. J., & Baldo, V. (2015). Prevalence of substance use and abuse in late childhood and early adolescence: What are the implications? *Preventive Medicine Reports*, 2, 862–867. <https://doi.org/10.1016/J.PMEDR.2015.09.018>
- Garney, K. (2002). *How substance abuse affects sibling relationships: A qualitative study* [unpublished masters thesis and advanced graduate certificate]. Rochester Institute of Technology.
- Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Hahn, K., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2013). Impact of Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder on the Neural Dynamics of Cognitive Reappraisal of Negative Self-beliefs. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1048. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.234>
- Gong, J., Chen, X., Zeng, J., Li, F., Zhou, D., & Wang, Z. (2009). Adolescent addictive internet use and drug abuse in Wuhan, China. *Addiction Research & Theory*, 17(3), 291 - 305. <https://doi.org/10.1080/16066350802435152>
- Gopiram, P., & Kishore, M. T. (2014). Psychosocial Attributes of Substance Abuse Among Adolescents and Young Adults: A Comparative Study of Users and Non-users. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(1), 58. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.127252>
- Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2010). Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 19(3), 505-526. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2010.03.005>
- Griffin, K.W., Botvin, G. J., & Nichols, T.R. (2004). Long-Term Follow-Up Effects of a School-Based Drug Abuse Prevention Program on Adolescent Risky Driving. *Prev Sci* 5, 207–212 <https://doi.org/10.1023/B:PREV.0000037643.78420.74>

Gutierrez, A., & Sher, L. (2015) Alcohol and drug use among adolescents: an educational overview. *Int J Adolesc Med Health*, 27(2), 207–212.

<https://doi.org/10.1515/ijamh-2015-5013>

Hadley, W., Houck, C., Brown, L. K., Spitalnick, J. S., Ferrer, M., & Barker, D. (2019). Moving beyond role-play: Evaluating the use of virtual reality to teach emotion regulation for the prevention of adolescent risk behavior within a randomized pilot trial. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(4), 425–435.

<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy092>

Hadley, W., Houck, C., Brown, L.K., Spitalnick, J.S., Ferrer, M., & Barker, D.(2019). Moving Beyond Role-Play: Evaluating the Use of Virtual Reality to Teach Emotion Regulation for the Prevention of Adolescent Risk Behavior Within a Randomized Pilot Trial. *J Pediatr Psychol*, 44(4):425-435.

<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy092>

Hassan, T., Alam, M. M., Wahab, A., & Hawlader, M. D. (2020). Prevalence and associated factors of internet addiction among young adults in Bangladesh. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 95(1), 3.

<https://doi.org/10.1186/s42506-019-0032-7>

Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull*, 112(1), 64-105.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>

Hawlader, M.D.H., Nabi, M.H., Hussain, A. Al Amin, S.U., Zaman, S., & Masud, I.(2020). Legal and social consequences of substance use: Results from a nationwide study in Bangladesh. *J Ethn Subst Abuse*, 20,1-11.

<https://doi.org/10.1080/15332640.2020.1846008>

- Hessler, D. M., & Katz, L. F. (2010). Brief report: Associations between emotional competence and adolescent risky behavior. *Journal of adolescence*, 33(1), 241-246. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.04.007>
- Hobkirk, A., Watt, M., Myers, B., Skinner, D., & Meade, C. (2016). A qualitative study of methamphetamine initiation in Cape Town, South Africa. *International Journal of Drug Policy*, 30(2016), 99–106. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.10.006>
- Johnson, L. D., Bachman, & CYMalley, P. M. (1991). *Drug use among American high school seniors, college students and young adults, 1975-1990*. (DHHS Publication No. ADM 91-1835). Rockville, MD: U.S. Government Printing Office.
- Juárez-Portilla, C., Molina-Jiménez, T., Morin, J., Roldán-Roldán, G., & Zepeda, R. C. (2017). Influence of Drugs on Cognitive Functions. In (Ed.)Health and Academic Achievement. *Intech Open*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.71842>
- Kacha-Ochana A, Jones C. M, Green JL, et al. (2022). Characteristics of Adults Aged ≥18 Years Evaluated for Substance Use and Treatment Planning — United States, 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 71,749–756. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7123a1>
- Kamal, M., N, H., B, M., H, A., & SMY, A. (2018). Epidemiology of Substance Abuse in Bangladesh: A Narrative Review. *Journal of Mental Disorders and Treatment*, 04(02). <https://doi.org/10.4172/2471-271x.1000165>
- Kaminskaite, M., Pranckeviciene, A., Bunevicius, A. *et al.* (2020). Validation of the Substance Use Risk Profile Scale in Lithuanian population. *Health Qual Life Outcomes*, 18, 276. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01527-5>
- Kapetanovic, S., Rothenberg, W. A., Lansford, J. E., Bornstein, M. H., Chang, L., Deater-Deckard, K., ... & Bacchini, D. (2020). Cross-cultural examination of links between parent–adolescent communication and adolescent psychological problems

in 12 cultural groups. *Journal of youth and adolescence*, 49(6), 1225-1244.

<https://doi.org/10.1007/s10964-020-01212-2>

- Kober, H. (2014). *Emotion regulation in substance use disorders*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 428–446). The Guilford Press
- Koob, G. F. (2011). Theoretical frameworks and mechanistic aspects of alcohol addiction: alcohol addiction as a reward deficit disorder. *Behavioral neurobiology of alcohol addiction*, 3-30. https://doi.org/10.1007/7854_2011_129
- Kumpfer, K. L. (2014). Family-based interventions for the prevention of substance abuse and other impulse control disorders in girls. *International Scholarly Research Notices*, 1-23. <https://doi.org/10.1155/2014/308789>
- Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorder on families and children: From theory to practice. *Social Work in Public Health*, 28(3–4), 194–205. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759005>
- Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The Impact of Substance Use Disorders on Families and Children: From Theory to Practice. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 194–205. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759005>
- Levy, J. C., & Deykin, E. Y. (1989). Suicidality, depression, and substance abuse in adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 146(11), 1462–1467. <https://doi.org/10.1176/AJP.146.11.1462>
- Lipari, R. N., & Van Horn, S. L. (2017). Children living with parents who have a substance use disorder. *The CBHSQ report*.
- Luciana, M., Bjork, J.M., Nagel, B. J., Barch, D. M., Gonzalez, R., Nixon, S. J., Banich, M. T. (2018). Adolescent neurocognitive development and impacts of substance use: Overview of the adolescent brain cognitive development (ABCD) baseline

neurocognition battery. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 32(1), 67-79.

<https://doi.org/10.1016/j.dcn.2018.02.006>

Macklem, G. L. (2014). *Preventive mental health at school: evidence-based services for students*. New York: Springer.

Mamun, M. A. (2021). Substance use behavior and its lifestyle-related risk factors in Bangladeshi high school-going adolescents: An exploratory study. *PloS one*, 16(7), e0254926. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254926>

Martha, J., & Ignaszewski, M.D. (2021). The Epidemiology of Drug Abuse. *The Journal of clinical pharmacology*, 61(S2), S10-S17. <https://doi.org/10.1002/jcph.1937>

Merikangas K. R., Erin F. Nakamura & Ronald C. Kessler (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7-20. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/krmerikangas>

Mersky, J. P., Topitzes, J., & Reynolds, A. J. (2013). Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: A cohort study of an urban, minority sample in the US. *Child abuse & neglect*, 37(11), 917-925. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.011>

Messer, T., Lammers, G., Müller-Siecheneder, F., Schmidt, R. F., & Latifi, S. (2017). Substance abuse in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 253, 338-350. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.067>

Miller, A., & Cook, J. M. (2017). The Adolescent Substance Use Risk Continuum: A Cultural, Strengths-Based Approach to Case Conceptualization. *Professional Counselor*, 7(1), 1-14. <https://doi.org/10.15241/am.7.1.1>

- Mojtabai R. (2022). Estimating the Prevalence of Substance Use Disorders in the US Using the Benchmark Multiplier Method. *JAMA Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2756>
- Moonajilin, M. S., Kamal, M., Mamun, F. A., Safiq, M. B., Hosen, I., Manzar, M. D., & Mamun, M. A. (2021). Substance use behavior and its lifestyle-related risk factors in Bangladeshi high school-going adolescents: An exploratory study. *PloS one*, *16*(7), e0254926. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254926>
- Morojele, N., & Ramsoomar, L. (2016). Addressing adolescent alcohol use in South Africa. *South African Medical Journal*, *106* (6), 551.
<https://doi.org/10.7196/SAMJ.2016.v106i6.10944>
- Morris, D. H., Davis, A. K., Lauritsen, K. J., Rieth, C. M., Silvestri, M. M., Winters, J. J., & Chermack, S. T. (2018). Substance use consequences, mental health problems, and readiness to change among Veterans seeking substance use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *94*, 113–121.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.08.005>
- Nabi, M. H., Masud, I., Humaira, T., Hussain, A., Naz, F., Chakraborty, P. A., & Hawlader, M. (2020). Reasons of relapse and pattern of drug use among the substance users in Bangladesh: A nationwide study. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, *20*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/15332640.2020.1801549>
- Nash, S. G., McQueen, A., & Bray, J. H. (2005). Pathways to adolescent alcohol use: family environment, peer influence, and parental expectations. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *37*(1), 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.06.004>

- Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1988). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 64–75. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.1.64>
- Newton, N.C., Barrett, E.L., Castellanos-Ryan, N., Kelly, E., Champion, K.E., Stapinski, L., Conrod, P.J., Slade, T., Nair, N., Teesson, M.(2016). The validity of the Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) among Australian adolescents. *Addict Behav, 53*, 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.09.015>
- Ng, F. L., Rockhill, K., Black, J., May, K. P., Whittington, M. D., Wood, D. M., ... Green, J. L. (2018). UK survey of non-medical use of prescription drugs (NMURx) as a valuable source of general population illicit drug use data. *Postgraduate Medical Journal, 94*(1117), 627–633. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-135798>
- Nutt D. (2021). UK drugs strategy promises to be tough on criminals, but evidence shows this doesn't work. *BMJ, 375*, n3066. <https://doi.org/10.1136/bmj.n3066>
- Oldfield, J., Humphrey, N., & Jebron, J. (2016). The role of parental and peer attachment relationships and school connectedness in predicting adolescent mental health outcomes. *Child and Adolescent Mental Health, 21*(1), 21–29. <https://doi.org/10.1111/camh.12108>
- Onrust, S. A., Otten, R., Lammers, J., & Smit, F. (2016). School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clinical psychology review, 44*, 45-59. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.002>
- Patoari, M. M. H. (2021). Socio-cultural, psychological and family aspects of drug addiction of adolescents and its impact: An analysis from Bangladesh perspective. *Journal of Advanced Research in Social Sciences and Humanities, 6*(1), 01-14. <https://dx.doi.org/10.26500/JARSSH-06-2021-0101>

- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*.
Lexington Books/D. C. Heath and Com.
- Pisani, A. R., Wyman, P. A., Petrova, M., Schmeelk-Cone, K., Goldston, D. B., Xia, Y., &
Gould, M. S. (2013). Emotion regulation difficulties, youth–adult relationships,
and suicide attempts among high school students in underserved communities.
Journal of youth and adolescence, 42(6), 807-820.
<https://dx.doi.org/10.1007/s10964-012-9884-2>
- Quinn, P.D., & Fromme, K.(2010). Self-regulation as a protective factor against risky
drinking and sexual behavior. *Psychol Addict Behav, 24*(3), 376–385.
<https://dx.doi.org/10.1037/a0018547>
- Rabbi, A. R. (2019). *43% of unemployed population addicted to drugs*. Retrieved from
[https://bit.ly/ 2Zh3cwh](https://bit.ly/2Zh3cwh)
- Rahman, M. M., Rahaman, M. M., Hamadani, J. D., Mustafa, K., & Shariful Islam, S. M.
(2016). Psycho-social factors associated with relapse to drug addiction in
Bangladesh. *Journal of Substance Use, 21*(6), 627-630.
<https://doi.org/10.3109/14659891.2015.1122099>
- Rehm, J., Gmel, G. E., Sr, Gmel, G., Hasan, O., Imtiaz, S., Popova, S., Probst, C.,
Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., Shield, K. D., & Shuper, P. A.
(2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the
burden of disease-an update. *Addiction, 112*(6), 968–1001.
<https://doi.org/10.1111/add.13757>
- Reinherz H.Z, Giaconia, R.M., Lefkowitz, E.S., Pakiz, B., & Frost, A.K. (1993).
Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older
adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 32*(2), 369–377.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199303000-00019>

- Richter, L., Pugh, B. S., Smith, P. H., & Ball, S. A. (2017). The co-occurrence of nicotine and other substance use and addiction among youth and adults in the United States: implications for research, practice, and policy. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 43(2), 132–145. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1193511>
- Rogers, A. H., Shepherd, J. M., Garey, L., & Zvolensky, M. J. (2020). Psychological factors associated with substance use initiation during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 293, 113407. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113407>
- Rohde, P., Lewinsohn, P.M., & Seely, J.R. (1996). Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(1), 101–109. <https://doi.org/10.1097/00004583-199601000-00018>
- Romo-Avilés, N., Marcos-Marcos, J., Marquina-Márquez, A., & Gil-García, E. (2016). Intensive alcohol consumption by adolescents in Southern Spain: The importance of friendship. *International Journal of Drug Policy*, 31, 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.01.014>
- Sambo, S. (2008). *Understanding Guidance and Counselling*, Zaria: Ahamadu Bello University Press Limited.
- Schreiber, L. R., Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2012). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of psychiatric research*, 46(5), 651-658. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.02.005>
- Scott G. C., (1996). Understanding Attitude Change in Developing Effective Substance Abuse Prevention Programs for Adolescents. *The School Counselor*, 43 (1), 187-195
- Shane, P., Diamond, G. S., Mensinger, J. L., Shera, D., & Wintersteen, M. B. (2006). Impact of victimization on substance abuse treatment outcomes for adolescents in

- outpatient and residential substance abuse treatment. *The American journal on addictions*, 15 (Suppl 1), 34–42. <https://doi.org/10.1080/10550490601003714>
- Shariful Islam, S. M., Biswas, T., Bhuiyan, F. A., Islam, M. S., Rahman, M. M., & Nessa, H. (2015). Injecting drug users and their health seeking behavior: A cross-sectional study in dhaka, bangladesh. *Journal of Addiction*, 756579. <https://doi.org/10.1155/2015/756579>
- Shedler, J., & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American psychologist*, 45(5), 612. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.5.612>
- Shek, D. T., Zhu, X., Dou, D., & Chai, W. (2020). Influence of family factors on substance use in early adolescents: A longitudinal study in Hong Kong. *Journal of Psychoactive Drugs*, 52(1), 66-76. <https://doi.org/10.1080/02791072.2019.1707333>
- Siegel, J. P. (2015). Emotional regulation in adolescent substance use disorders: Rethinking risk. [Journal of Child & Adolescent Substance Abuse](https://doi.org/10.1080/1067828X.2012.761169), 24(2), 67–79. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2012.761169>
- Simons, J.S., Carey, K.B., & Wills, T.A. (2009). Alcohol abuse and dependence symptoms: a multidimensional model of common and specific etiology. *Psychol Addict Behav*, 23(3), 415-27. <https://doi.org/10.1037/a0016003>
- Sloboda, Z., Stephens, R.C., Stephens, P.C., Grey, S.F., Teasdale, B., Hawthorne, R.D., Williams, J., & Marquette, J.F. (2009). The Adolescent Substance Abuse Prevention Study: A randomized field trial of a universal substance abuse prevention program. *Drug and Alcohol Dependence*, 102(1–3), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.01.015>

- Smith, V.C., Wilson, C.R, COMMITTEE ON SUBSTANCE USE AND PREVENTION(2016). Families Affected by Parental Substance Use. *Pediatrics*, *138*(2), e20161575. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1575>
- Spence, S.H., Barrett, P.M., & Turner, C.M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *J Anxiety Disord*, *17*(6), 605-25. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(02\)00236-0](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(02)00236-0)
- Spence, S.H., Barrett, P.M., & Turner, C.M.(2003) Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *J Anxiety Disord*, *17*(6), 605-25. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(02\)00236-0](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(02)00236-0)
- Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current directions in psychological science*, *16*(2), 55-59. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00475.x>
- Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2022). Emotion regulation in substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/add.16001>
- Stellern, J., Xiao, K.B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J.L., & Sloan, M.E.(2022). Emotion regulation in substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 1– 18. <https://doi.org/10.1111/add.16001>
- Stockings, E., Hall, W.D., Lynskey, M., Morley, K.I., Reavley, N., Strang, J., Patton, G., & Degenhardt, L. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *Lancet Psychiatry*, *3*(3), 280-96. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00002-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00002-X)
- Sue, D., Sue, D. W., & Sue, S. (2009). *Understanding Abnormal Behaviour* (8th Ed.) Boston: Houghton Mifflin Company.

- Sussman, S., & Ames, S. L. (2001). *The Social Psychology of Drug Abuse*. Buckingham, UK: Open University press.
- Sussman, S., Skara, S., & Ames, S. L. (2008). Substance abuse among adolescents. *Subst Use Misuse*, 43(12-13),1802-28. <https://doi.org/10.1080/10826080802297302>
- Swartbooi, M. (2013). *A phenomenological study on parents' experiences of their adolescent's substance abuse* [Unpublished master's thesis]. University of the Western Cape.
- Tabakoff, B., & Hoffman, P. L. (1988). *A neurobiological theory of alcoholism*. Theories on alcoholism (pp. 29–72). Addiction Research Foundation. <https://psycnet.apa.org/record/1989-97198-002>
- Tabakoff, B., & Hoffman, P. L. (1988). Tolerance and the etiology of alcoholism: hypothesis and mechanism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1988.tb00157.x>
- Tanweer, H., Batool, Z., Shabbir Chudhary, M., & Mahmood, S. (2019). The Social Impact of Substance Abuse on Males livelihood in Punjab, Pakistan. *European Online Journal Of Natural And Social Sciences*, 8(4), 777-783. Retrieved from <https://european-science.com/eojnss/article/view/5875>
- Templeton, L., Zohadi, S., & Velleman, R. (2007). Working with family members in specialist drug and alcohol services: Findings from a feasibility study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 14(2), 137–150. <https://doi.org/10.1080/09687630600901123>
- Thapar, A., & McGuffin, P.(1998). Validity of the shortened Mood and Feelings Questionnaire in a community sample of children and adolescents: a preliminary research note. *Psychiatry Res*, 81(2), 259-68. [https://dx.doi.org/10.1016/s0165-1781\(98\)00073-0](https://dx.doi.org/10.1016/s0165-1781(98)00073-0)

- Thapar, A., & McGuffin, P.(1998). Validity of the shortened Mood and Feelings Questionnaire in a community sample of children and adolescents: a preliminary research note. *Psychiatry Res*, *81*(2), 259-68. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(98\)00073-0](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(98)00073-0)
- Trucco, E. (2020). A review of psychosocial factors linked to adolescent substance use. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, *196*(Sep1), 172969.
- UN Office on Drugs and Crime, UNODC, (2022). <https://reliefweb.int/report/world/unodc-world-drug-report-2022>
- UNODC (2022). World drug report 2022. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
- Uzzaman, M., & Karim, A.K.M. (2015). Validation of the Hostility Scale in Bangladeshi Culture. *Jagannath University journal of psychology*, *5*(1), 21-30
- Van Ryzin, M. J., Fosco, G. M., & Dishion, T. J. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive behaviors*, *37*(12), 1314-1324. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.06.020>
- Volkow, N.D., Han, B., Einstein, E.B., & Compton, W.M. (2021). Prevalence of Substance Use Disorders by Time Since First Substance Use Among Young People in the US. *JAMA Pediatr*, *175*(6), 640–643. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.6981>
- Volkow, N.D., Swanson, J.M., Evins, A.E., DeLisi, L.E., Meier, M.H., Gonzalez, R., Bloomfield, M.A., Curran, H.V., & Baler, R.(2016). Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry*, *73*(3),292-297. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3278>

- Von Knorring, L., Orelund, L., & Von Knorring, A. L. (1987). Personality traits and platelet MAO activity in alcohol and drug abusing teenage boys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75(3), 307-314
- Webber, R. (2003). The impact of illicit drug use on non-using siblings in the Vietnamese community. *Australian Journal of Social Issues*, 38(2), 229–245.
<https://doi.org/10.1002/j.1839-4655.2003.tb01144.x>
- Whitesell, M., Bachand, A., Peel, J., & Brown, M. (2013). Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. *Journal of addiction*, 2013, 579310. <https://doi.org/10.1155/2013/579310>
- Wilcox, C. E., Pommy, J. M., & Adinoff, B. (2016). Neural Circuitry of Impaired Emotion Regulation in Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 344–361. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15060710>
- Wills, T. A., Bantum, E. O. C., Pokhrel, P., Maddock, J. E., Ainette, M. G., Morehouse, E., Winters, K., Botzet, A., & Fahnmost, T. (2011). Advances in adolescent substance abuse treatment. *Current Psychiatry Report*, 13(5), 416–421.
<https://doi.org/10.1007/s11920-011-0214-2>
- Wills, T.A., Bantum, E.O., Pokhrel, P., Maddock, J.E., Ainette, M.G., Morehouse, E., & Fenster, B.(2013). A dual-process model of early substance use: tests in two diverse populations of adolescents. *Health Psychol*, 32(5), 533-42.
<https://doi.org/10.1037/a0027634>
- Winstanley E. L., & Amanda N. S. (2019). The Impact of the Opioid Epidemic on Children and Adolescents, *Clinical Therapeutics*, 41(9), 1655-1662.
<https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2019.06.003>
- Winters, K. C. Randy D. Stinchfield, Susanne Lee & William W. Latimer . (2008). Interplay of Psychosocial Factors and the Long-Term Course of

- Adolescents with a Substance Use Disorder. *Substance Abuse*, 29(2), 107-119.
<https://doi.org/10.1080/08897070802093460>
- Woicik, P. A., Stewart, S. H., Pihl, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The Substance Use Risk Profile Scale: a scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addict Behav.* 34(12),1042-55.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.07.001>
- World Health Organisation, (2022). https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_2
- Young, K. S., Sandman, C. F., & Craske, M. G. (2019). Positive and negative emotion regulation in adolescence: links to anxiety and depression. *Brain sciences*, 9(4), 76.
<https://doi.org/10.3390/brainsci9040076>
- Young, K.S. (1998). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology and Behaviour*, 1 (3), 237–244.
<https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>
- Young, S. E., Corley, R. P., Stallings, M. C., Rhee, S. H., Crowley, T. J., & Hewitt, J. K. (2002). Substance use, abuse and dependence in adolescence: prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug and alcohol dependence*, 68(3), 309-322.
[https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(02\)00225-9](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00225-9)
- Yuodelis-Flores, C., & Ries, R. K. (2015). Addiction and suicide: A review. *The American journal on addictions*, 24(2), 98-104. <https://doi.org/10.1111/ajad.12185>
- Zuckerman, B. S., Amaro, H., & Beardslee, W. R. (1987). Mental health of adolescent mothers: The implications of depression and drug use. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 8(2), 111–116. <https://doi.org/10.1097/00004703-198704000-00008>

Appendices

Appendix A

Demographic Information Sheet

ID	
তারিখ	

ব্যক্তিগত তথ্যাবলি

SECTION A. Demographic Information

A1. লিঙ্গ: (1) পুরুষ (2) মহিলা	A2. বয়স : বছর	A3. শ্রেণি:
A4. বাসস্থান : (1) নগর (2) শহর (3) গ্রাম		A5. পরিবারের সদস্য সংখ্যা: জন
A6. জন্মক্রম:	A7. ভাই - বোনের সংখ্যা: ভাই, জন, বোন জন	
A8. পরিবারের ধরণ: (1) একক পরিবার (2) যৌথ পরিবার (3) অন্যান্য		
A9. বাবামা: (1) উভয়ই জীবিত (2) শুধুমাত্র জীবিত (3) শুধুমাত্র মৃত (4) উভয়ই মৃত (5) অন্যান্য		
A10. বাবার পেশা: (1) বেকার (2) চাকুরীজীবী (3) কৃষিকাজ (4) ব্যবসা (5) অন্যান্য		
A11. বাবার শিক্ষা: (1) নিরক্ষর (2) প্রাথমিক পর্যন্ত (3) এসএসসি পর্যন্ত (4) এইচএসসি পর্যন্ত (5) অনার্স (6) মাস্টার্স		
A12. মায়ের পেশা: (1) গৃহিণী (2) চাকুরীজীবী (3) কৃষিকাজ (4) ব্যবসা (5) অন্যান্য		
A13. মায়ের শিক্ষা: (1) নিরক্ষর (2) প্রাথমিক পর্যন্ত (3) এসএসসি পর্যন্ত (4) এইচএসসি পর্যন্ত (5) অনার্স (6) মাস্টার্স		
A14. মাসিক আয়:	টাকা	
A16. আর্থ সামাজিক অবস্থা: (1) নিম্নবিত্ত (2) নিম্নমধ্যবিত্ত (3) মধ্যবিত্ত (4) উচ্চমধ্যবিত্ত (5) উচ্চবিত্ত		

Appendix B

Substance Used Risk Profile Scale (SURPS)

Substance Use Risk Profile Scale (SURPS)

নির্দেশনা: লক্ষ্য করুন প্রতিটি বিবৃতির পাশে সন্ধ্যা চার (৪) ধরণের উত্তর রয়েছে। প্রথমত প্রদত্ত বামপার্শ্বের বিবৃতিগুলো পড়ে সেগুলো আপনার ক্ষেত্রে কতটা প্রযোজ্য তা বিবৃতির ডানপার্শ্বের সন্ধ্যা চারটি উত্তরের যেটি প্রযোজ্য সেটির ঘরে টিক (✓) চিহ্ন দিয়ে নির্দেশ করুন। অনুগ্রহ করে লক্ষ্য করুন সবগুলো বিবৃতির উত্তর দিয়েছেন কিনা।

ক্রমিক নং	বিবৃতি	একদমই একমত নই [১]	একমত নই [২]	একমত [৩]	সম্পূর্ণ একমত [৪]
১	আমি পরিপূর্ণ				
২	আমি অনেক সময় কোন কিছু ভালোভাবে চিন্তা না করেই বলে ফেলি				
৩	আমার স্বাইডাইট করতে ইচ্ছা হয়				
৪	আমি সুস্থি				
৫	মাঝে মাঝে আমি এমন কিছুতে জড়িয়ে যাই যা নিয়ে পরে আমি অনুশোচনা বোধ করি				
৬	প্রচলিত নিয়ম নীতির বাইরে হলেও আমি নতুন ও রোমাঞ্চকর অভিজ্ঞতা বেশ উপভোগ করি				
৭	আমার বিশ্বাস আছে যে, আমার ভবিষ্যৎ অনেক সম্ভাবনাময়।				
৮	মাথা ঘোরা বা অজ্ঞান হওয়ার অনুভূতি বেশ ভীতিকর				
৯	যে কাজগুলো আমায় কিছুটা ভয় লাগে সেগুলো করতে আমার ভালো লাগে				
১০	আমার হাটবিট/রুৎযন্ত্রের গতির পরিবর্তন বুঝতে পারলে আমি ভয় পাই				
১১	আমি সাধারণত চিন্তা করা বন্ধ না করে কোন কাজ করে ফেলি				
১২	আমি মোটরসাইকেল চালানো শিখতে চাই				
১৩	আমি আমার অর্জন/কৃতিত্ব ওলো নিয়ে বেশ গর্ববোধ করি				
১৪	যখন আমি বেশী নার্ভাস থাকি, আমি ভয় পেয়ে যাই				
১৫	সাধারণত, আমি একজন বোঁকের বেশ কাজ করা মানুষ				
১৬	আমি অভিজ্ঞতা অর্জনকে প্রাধান্য দেই এমন কি তা করা যদি বেআইনিও হয়				
১৭	আমার মনে হয় আমি বার্থ				
১৮	অস্বাভাবিক কোন শারীরিক অনুভূতি হলে আমি ভয় পেয়ে যাই				
১৯	কোন বন্য বা জনবসতিহীন এলাকায় দীর্ঘ পথ হাইকিং করতে / হেঁটে ভ্রমণ করতে আমি উপভোগ করবো				
২০	আমি আনন্দিত বোধ করি				
২১	যখন কোন একটি কাজে মনোযোগ দিতে না পারি আমার আতঙ্কিত লাগে				
২২	আমার মনে হয় আমি যা চাই তা পেতে গেলে আমার অন্য ব্যক্তি বা পরিষ্কৃতির উপর প্রভাব বিস্তার করতে হবে				
২৩	আমার ভবিষ্যৎ নিয়ে আমি বেশ আগ্রহবোধ করি				

Appendix C

Hostility Scale

Hostility Scale

নির্দেশনাঃ লক্ষ্য করুন প্রতিটি বিবৃতির পাশে সম্ভাব্য চার (৪) ধরনের উত্তর রয়েছে। প্রশ্নমালায় প্রদত্ত বামপার্শ্বের বিবৃতিগুলো পড়ে সেগুলো আপনার ক্ষেত্রে কতটা প্রযোজ্য তা বিবৃতির ডানপার্শ্বের সম্ভাব্য চারটি উত্তরের যেটি প্রযোজ্য সেটির ঘরে টিক (√) চিহ্ন দিয়ে নির্দেশ করুন। অনুগ্রহ করে লক্ষ্য করুন সবগুলো বিবৃতির উত্তর দিয়েছেন কিনা।

	বিবৃতি	কখনোই নয়	কখনো কখনো	প্রায়ই	বেশীরভাগ সময়
	আপনি কত ঘনঘনঃ				
১	সহজেই বিরক্ত বা অতিষ্ট হয়ে পড়েন?				
২	মেজাজ অত্যধিক খারাপ হয় এবং নিয়ন্ত্রণ করতে পারেন না?				
৩	কাউকে মারধর করা, আহত করা বা ক্ষতি করার ইচ্ছা হয়?				
৪	কোন জিনিস ভাঙচুর করতে বা চূর্ণবিচূর্ণ করতে ইচ্ছা হয়?				
৫	প্রায়ই বাগবিতণ্ডায় জড়িয়ে পড়েন?				
৬	চিৎকার করেন বা জিনিস ছুড়ে মারেন?				

Appendix D

Spence Children's Anxiety Scale -20 (SCAS-20) Short Form

SPENCE CHILDREN'S ANXIETY SCALE- 20					
SCAS-20					
(SHORT FORM of SCAS)					
		অনুগ্রহ করে বাঁ-পাশের বিষয়টি তোমার ক্ষেত্রে যতবার হয় তা তান পাশের যে শব্দটি দিয়ে সঠিকভাবে প্রকাশ করে সেটিকে বৃত্ত এঁকে চিহ্নিত করো। এখানে সঠিক বা ভুল উত্তর বলে কিছু নেই।			
১	আমার কেবল দুঃচিন্তা হয়	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
৩	আমার কোন সমস্যা হলে আমার পেটে কেমন অস্থিত অনুভূতি হয়	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
৬	পরীক্ষা দিতে হলে আমার ভয় লাগে	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
৯	আমি অন্যদের সামনে নিজেকে বোকা বানাবো ভেবে ভয় পাই	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
১০	আমি আমার স্কুলের কাজে খুব খারাপ করবো ভেবে দুঃচিন্তায় থাকি	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
১২	আমার পরিবারের কারো সাথে খারাপ কোনাে কিছু ঘটবে ভেবে আমি দুঃচিন্তায় থাকি	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
১৩	কোন কারণ ছাড়াই হঠাৎ আমার শ্বাস নিতে পারছি না বলে মনে হয়	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
১৫	আমাকে একা ঘুমতে হলে আমি ভয় পাই	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
১৬	নাড়াপি বা ভয় লাগার কারণে সকালে জেগে যাবার সময় আমার সমস্যা হয়	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
১৯	আমি মাথা থেকে বাজে আর ভ্রূহ চিন্তাগুলো সরতে পারি না	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
২২	আমার সাথে খারাপ কিছু ঘটবে বলে দুঃচিন্তা হয়	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
২৪	যখন আমার কোন সমস্যা হয় তখন আমি বিচলিত বোধ করি	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
২৭	খারাপ কিছু ঘটা খামাতে আমাকে বিশেষ ধরনের চিন্তা মনে আনতে হয় (যেমন: সংখ্যা বা শব্দ)	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
২৯	অন্যরা আমাকে নিয়ে কি ভাবছে তা নিয়ে আমি দুঃচিন্তায় থাকি	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
৩২	কোন কারণ ছাড়াই হঠাৎ আমি সত্য ভীতবোধ করি	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
৩৬	কোন কারণ ছাড়াই হঠাৎ আমার হৃদস্পন্দন খুব দ্রুত হতে থাকে	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
৩৭	ভয় পাবার মত কিছু না থাকলেও আমি হঠাৎ সজ্ঞবোধ করতে পারি বলে আমার দুঃচিন্তা হয়	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
৪১	আমার মনে আসা বাজে অথবা ভ্রূহ চিন্তা/ ছবিগুলো আমাকে খুব বিরক্ত করে	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
৪২	খারাপ কিছু ঘটা খামাতে আমাকে কিছু কাজ নির্দিষ্ট নিয়মে করতে হয়	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়
৪৪	রাতে বাজার বাইরে থাকতে হলে আমার ভয় লাগে	কখনই হয় না	মাকে মাকে হয়	প্রায়ই হয়	সবসময় হয়

© 1994 Susan H. Spence

Deeba F(1), Rapee RM, Prvan T., Psychometric properties of two measures of childhood internalizing problems in a Bangladeshi sample. Br J Clin Psychol. 2015 Jun;54(2):214-32. doi: 10.1111/bjc.12071. Epub 2014 Dec 18.

Translated by- Farah Deeba

Appendix E

Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)

Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)

নির্দেশনা: এই ফর্মটি দু'মি গত ২ সপ্তাহ যাবত কেমন অনুভব করছেন আর তার জন্য কি করছেন তা বোঝার জন্য। প্রতিটি প্রশ্নের ক্ষেত্রে তোমার জন্য কোনটি কতখানি প্রযোজ্য তা পাশের ১টি সংখ্যাকে বৃত্তে একে চিহ্নিত করো। যদি একটি বাক্য তোমার জন্য বেশীরভাগ সময় সত্য হয় তাহলে সত্য চিহ্নিত করো। যদি বাক্যটি তোমার জন্য সবসময় সত্য না নয় কিন্তু কখনও কখনও সত্য হয়, তাহলে মাঝে মাঝে চিহ্নিত করো এবং যদি বাক্যটি তোমার জন্য কখনও সত্য না হয়, তাহলে কখনও নয় চিহ্নিত করো।

	কখনও নয়	মাঝে মাঝে	সত্য
1. আমি দুঃখিত বা অসুখীবোধ করছিলাম	০	১	২
2. আমি কোন কিছু উপভোগ করছিলাম না.....	০	১	২
3. আমি এত ক্লান্ত বোধ করছিলাম যে শুধু বসে থেকেছি এবং কিছু করিনি	০	১	২
4. আমি খুব অস্থির ছিলাম	০	১	২
5. আমার মনে হচ্ছিল যে আমি আর ভালো কিছু করার মতো নেই.....	০	১	২
6. আমি অনেক কঁদেছি	০	১	২
7. আমার সঠিকভাবে চিন্তা করা আর মনোযোগ দেয়া কঠিন ছিল	০	১	২
8. আমি নিজেকে ঘৃণা করছিলাম	০	১	২
9. আমি যেন একজন খারাপ মানুষ	০	১	২
10. আমি একদাঁড়ে ছুঁগছিলাম	০	১	২
11. আমি ভাবছিলাম কেউ আসলে আমাকে ভালোবাসে না.....	০	১	২
12. আমি ভাবছিলাম আমি কখনও অন্য শিশুদের মত ভালো হতে পারবো না	০	১	২
13. আমি সবকিছু ভুল করেছি.....	০	১	২

@Angold et al., (1995)

Translated by Farah Deeba (2010)

Deeba F(1), Rapee RM, Prvan T., Psychometric properties of two measures of childhood internalizing problems in a Bangladeshi sample. Br J Clin Psychol. 2015 Jun;54(2):214-32. doi: 10.1111/bjc.12071. Epub 2014 Dec 18.

Appendix F

Explanatory Statement

ব্যখ্যামূলক বিবৃতি

সন্মানিত মহোদয়,

আমি শারমিন আরা, ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়ের ক্লিনিক্যাল সাইকোলজি বিভাগের একজন এমফিল গবেষক। আমি আমার গবেষণাটি উক্ত বিভাগের সহযোগী অধ্যাপক ড. ফারাহ দীবা এর তত্ত্বাবধানে করছি। আমার গবেষণার শিরোনাম “Developing an effective substance abuse prevention program for adolescents in Bangladesh”। আমরা জানি কৈশোরকাল হল শৈশব এবং যৌবনের মধ্যবর্তী একটি পর্যায় যা জীবনের অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ সময়। এই বয়সে ছেলেমেয়েদের বিভিন্ন ধরনের শারীরিক এবং মানসিক সমস্যা শুরু হয়। গবেষণা থেকে দেখা যায় বেশিরভাগ মানসিক সমস্যা এই বয়স থেকেই শুরু হয়। তাছাড়াও কোন নির্দিষ্ট দ্রব্যের প্রতি নির্ভরশীলতা তৈরি হওয়ার জন্য এই বয়সটি সবচেয়ে সূক্ষ্ম। এই নির্ভরশীলতা তৈরি হবার পেছনে আবেগ নিয়ন্ত্রণ করতে না পারা, সঠিকভাবে যোগাযোগের দক্ষতার অভাব বা ‘না’ করতে না পারা ইত্যাদি বিষয় কাজ করে। তাই আমরা যদি এইসব দক্ষতা শেখানোর জন্য একটি প্রতিরোধমূলক প্রোগ্রাম গড়ে তুলতে পারি তাহলে কৈশোরকালীন সময়ের এই বিভিন্ন দ্রব্যের প্রতি নির্ভরশীল হয়ে পরার সমস্যা কমানো সম্ভব হবে।

এই গবেষণায় আপনার এবং আপনার শিশুর অনুমতি নিয়ে নাম ঠিকানা জানার পর একটি প্রলম্বা দেওয়া হবে। প্রলম্বা মাধ্যমে তার মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত অনেক গুলো বিষয় সম্পর্কে তথ্য সংগ্রহ করা হবে। এই তথ্যগুলো দেখতে আনুমানিক ৩০ মিনিট সময় লাগবে। গবেষণার প্রলম্বা পর্যালোচনা করে দেখা গেছে, এখানে শারীরিক বা মানসিক অসুবিধা সৃষ্টি করতে পারে এমন কোন প্রশ্ন নেই। তবুও যদি কোন রকম খারাপ লাগা বা অস্বস্তি তৈরি হয় তাহলে সাথে সাথে বাবস্থা নেওয়া হবে। এই গবেষণায় অংশগ্রহণের সিদ্ধান্ত সম্পূর্ণ আপনার এবং আপনার সন্তানের/অংশগ্রহণকারী উপর নির্ভর করছে। আপনারা গবেষণার যেকোন সময় অংশগ্রহণ প্রত্যাহার করতে পারেন যার জন্য আপনাদের কোন প্রশ্ন বা ক্ষতির সম্মুখীন হতে হবেনা।

এই গবেষণায় এমন কোন তথ্য প্রকাশ করা হবেনা যা থেকে অংশগ্রহণকারীদের চিহ্নিত করা যায়। ব্যক্তিগত তথ্য সাংকেতিক চিহ্নের মাধ্যমে গবেষকের কাছে সংরক্ষণ করা হবে। উল্লেখ্য যে, এই গবেষণাটি পরিচালনা করার জন্য বিশ্ববিদ্যালয়ের নৈতিক বিধিমালা সম্পর্কিত কমিটি অবগত রয়েছেন।

প্রতিষ্ঠান প্রধানের নাম, স্বাক্ষর এবং তারিখ

গবেষকের নাম, স্বাক্ষর ও তারিখ

Appendix G

Consent Sheet

সম্মতিপত্র (অভিভাবক)

আমি "Developing an effective substance abuse prevention program for adolescents in Bangladesh" শীর্ষক ড. ফারাহ দীবা, সহযোগী অধ্যাপক, ক্লিনিক্যাল সাইকোলজি বিভাগ, ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয় এর তত্ত্বাবধানে এমফিল গবেষক শারমিন আরা'র ডিগ্রীর অংশ হিসেবে পরিচালিত এই গবেষণায় স্বেচ্ছায় আমার সন্তানকে অংশগ্রহণের জন্য অনুমতি প্রদান করছি। আমাকে গবেষণা টির উদ্দেশ্য এবং প্রক্রিয়া সম্পর্কে বিস্তারিত বুঝিয়ে দেওয়া হয়েছে। এই সম্পর্কিত ব্যাখ্যামূলক বিবৃতি আমি পড়েছি/ আমাকে পড়ে শোনানো হয়েছে। আমি, আমার এবং আমার সন্তানের এই গবেষণায় প্রদান করা সম্মতিপত্র, প্রশ্নমালা এবং তথ্য উপাত্ত উক্ত গবেষকের কাছে রেকর্ড রাখার জন্য সম্মতি দিচ্ছি।

আমি নিশ্চিত করছি যে, আমার সন্তানের অংশগ্রহণ এবং গবেষণাটি সম্পর্কে প্রশ্ন করার সুযোগ দেওয়া হয়েছে। আমি বুঝতে পেরেছি যে আমাদের ব্যক্তিগত তথ্যের ব্যাপারে গোপনীয়তা রক্ষা করা হবে এবং এমন কোন তথ্য প্রকাশ করা হবেনা যা থেকে আমাদের চিহ্নিত করা যায়। তাছাড়াও আমি এবং আমার সন্তান যেকোন সময় এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করা থেকে বিরত থাকতে পারি যার জন্য আমাকে অথবা আমার সন্তানকে কোনভাবেই ক্ষতিগ্রস্ত অথবা প্রশ্নের সম্মুখীন হতে হবে না।

অভিভাবকের নাম.....

তারিখ.....

স্বাক্ষর.....

সম্মতিপত্র (অংশগ্রহণকারী)

আমি "Developing an effective substance abuse prevention program for adolescents in Bangladesh" শীর্ষক ড. ফারাহ দীবা, সহযোগী অধ্যাপক, ক্লিনিক্যাল সাইকোলজি বিভাগ, ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয় এর তত্ত্বাবধানে এমফিল গবেষক শারমিন আরা'র ডিগ্রীর অংশ হিসেবে পরিচালিত এই গবেষণায় স্বেচ্ছায় আমার অংশগ্রহণের জন্য অনুমতি প্রদান করছি। আমাকে গবেষণা টির উদ্দেশ্য এবং প্রক্রিয়া সম্পর্কে বিস্তারিত বুঝিয়ে দেওয়া হয়েছে। এই সম্পর্কিত ব্যাখ্যামূলক বিবৃতি আমি পড়েছি/ আমাকে পড়ে শোনানো হয়েছে। আমার এই গবেষণায় প্রদান করা সম্মতিপত্র, প্রশ্নমালা এবং তথ্য উপাত্ত উক্ত গবেষকের কাছে রেকর্ড রাখার জন্য সম্মতি দিচ্ছি।

আমি নিশ্চিত করছি যে, আমাকে গবেষণাটি সম্পর্কে প্রশ্ন করার সুযোগ দেওয়া হয়েছে। আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার ব্যক্তিগত তথ্যের ব্যাপারে গোপনীয়তা রক্ষা করা হবে এবং এমন কোন তথ্য প্রকাশ করা হবেনা যা থেকে আমাকে চিহ্নিত করা যায়। তাছাড়াও আমি যেকোন সময় এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করা থেকে বিরত থাকতে পারি যার জন্য আমাকে কোনভাবেই ক্ষতিগ্রস্ত অথবা প্রশ্নের সম্মুখীন হতে হবে না।

অংশগ্রহণকারী নাম.....

তারিখ.....

স্বাক্ষর.....

Appendix H

Ethical Clearance Certificate

চিকিৎসা মনোবিজ্ঞান বিভাগ
ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়
কলা ভবন (৫ম তলা)
ঢাকা – ১০০০, বাংলাদেশ



DEPARTMENT OF CLINICAL PSYCHOLOGY
UNIVERSITY OF DHAKA
Arts Building (4th Floor)
Dhaka 1000, Bangladesh

Tel: 9661900-73, Ext. 7801, Fax: 880-2-9667222, E-mail: clinpsy@du.ac.bd

Date: September 27, 2022

Certificate of Ethical Approval

Project Number : **MP220801**

Project Title : **Developing an effective substance abuse prevention program for adolescents in Bangladesh.**

Investigators : **Sharmin Ara and Kamal Uddin Ahmed Chowdhury**

Approval Period : **27 September 2022 to 26 September 2024**

Terms of Approval

1. Any changes made to the details submitted for ethical approval should be notified and sought approval by the investigator(s) to the Department of Clinical Psychology Ethics Committee before incorporating the change.
2. The investigator(s) should inform the committee immediately in case of occurrence of any adverse unexpected events that hampers wellbeing of the participants or affect the ethical acceptability of the research.
3. The research project is subject to monitoring or audit by the Department of Clinical Psychology Ethics Committee.
4. The committee can cancel approval if ethical conduction of the research is found to be compromised.
5. If the research cannot be completed within the approved period, the investigator must submit application for an extension.
6. The investigator must submit a research completion report.

.....
Chairperson
Ethics Committee
Department of Clinical Psychology
University of Dhaka

Appendix I

List of Expert and Judges

List of experts

S. No.	Name	Designation
1.	Dr. Farah Deeba	Associate professor and Clinical Psychologist, Department of Clinical Psychology, University of Dhaka.
2.	Tarun Kanti Gayen	Part- time faculty and Clinical Psychologist, Department of Clinical Psychology, University of Dhaka.
3.	Shahana Pervin Panna	Clinical Psychologist Telepsychiatry Research and Innovation Network Ltd.
4.	Saima Akter	Assistant Clinical Psychologist Dept. of Clinical Psychology, DU
5.	Md. Omar Faruk	Assistant Clinical Psychologist Dept. of Clinical Psychology, DU
6.	Mahadi Hasan	Psychologist Telepsychiatry Research and Innovation Network Ltd.

List of Judges

S. No.	Name	Designation
1.	Dr. Farah Deeba	Associate professor and Clinical Psychologist, Department of Clinical Psychology, University of Dhaka.
2.	Dr. Tanjir Rashid Soron	Senior Psychiatrist, Telepsychiatry Research and Innovation Network Ltd.
3.	Md. Aminul Islam	Technical Expert, Mental Health Centre for Disability in Development (CDD)
4.	Rehnuma Pervin	Assistant Clinical Psychologist Dept. of Clinical Psychology, DU

Appendix J1

Intuitional Approval Certificate

March 6th, 2022

To,

Principal

.....
.....

Through: Chairperson, Department of Clinical Psychology, University of Dhaka

Subject: Permission for data collection at.....

Dear Sir,

With due respect, I humbly want to state that, I am a post-graduate student at the Department of Clinical Psychology, University of Dhaka. As a requirement of my M.Phil degree, I am conducting research on "Developing an Effective Substance Abuse Prevention Program for Adolescents in Bangladesh" under the supervision of Dr. Farah Deeba, Associate Professor of Dept. of Clinical Psychology, University of Dhaka. The data will be collected through some self-report questionnaire and this data collection procedure requires minimum 30 minutes. All the data will be anonymous and written consent from the participants will be taken. I assure that the conduction of this research will not violate research ethics.

I therefore pray and hope that you will give permission to collect data from the students in your authorized institution.

Sincerely

Sharmin
06.03.22
Sharmin Ara

M.Phil Part-2

Session: 2017-18 Department of Clinical Psychology

Registration no: 63 University of Dhaka

Department of Clinical Psychology

University of Dhaka

Chairperson

Jobeda
6.3.2022

Jobeda Khatun
Chairman
Dept. of Clinical Psychology
Assistant Professor University of Dhaka

Appendix J2

Intuitional Approval Certificate

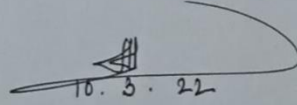
পরামর্শমূলক বিবৃতি

সম্মানিত মহোদয়,

আমি শারমিন আরা, ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়ের ত্রি-নিকায়ল সাইকোলজি বিভাগের একজন এমফিল গবেষক। আমি আমার গবেষণাটি উক্ত বিভাগের সহযোগী অধ্যাপক ড. ফারাহ দীবা এর তত্ত্বাবধানে করছি। আমার গবেষণার শিরোনাম "Developing an effective substance abuse prevention program for adolescents in Bangladesh"। আমরা জানি কৈশোরকাল হল শৈশব এবং যৌবনের মধ্যবর্তী একটি পর্যায় যা জীবনের অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ সময়। এই বয়সে ছেলেমেয়েদের বিভিন্ন ধরনের শারীরিক এবং মানসিক সমস্যা শুরু হয়। গবেষণা থেকে দেখা যায় বেশিরভাগ মানসিক সমস্যা এই বয়স থেকেই শুরু হয়। তাছাড়াও কোন নির্দিষ্ট দ্রব্যের প্রতি নির্ভরশীলতা তৈরি হওয়ার জন্য এই বয়সটি সবচেয়ে সূক্ষ্মপূর্ণ। এই নির্ভরশীলতা তৈরি হবার পেছনে আবেগ নিয়ন্ত্রণ করতে না পারা, সঠিকভাবে যোগাযোগের দক্ষতার অভাব বা 'না' করতে না পারা ইত্যাদি বিষয় কাজ করে। তাই আমরা যদি এইসব দক্ষতা শেখানোর জন্য একটি প্রতিরোধমূলক প্রোগ্রাম গড়ে তুলতে পারি তাহলে কৈশোরকালীন সময়ের এই বিভিন্ন দ্রব্যের প্রতি নির্ভরশীল হয়ে পরার সমস্যা কমানো সম্ভব হবে।

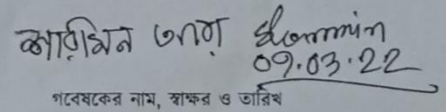
এই গবেষণায় আপনার এবং আপনার শিশুর অনুমতি নিয়ে নাম ঠিকানা জানার পর একটি প্রশ্নমালা দেওয়া হবে। প্রশ্নমালার মাধ্যমে তার মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত অনেক গুলো বিষয় সম্পর্কে তথ্য সংগ্রহ করা হবে। এই তথ্যগুলো দেখতে আনুমানিক ৩০ মিনিট সময় লাগবে। গবেষণার প্রশ্নমালা পর্যালোচনা করে দেখা গেছে, এখানে শারীরিক বা মানসিক অসুবিধা সৃষ্টি করতে পারে এমন কোন প্রশ্ন নেই। তবুও যদি কোন রকম খারাপ লাগা বা অসস্থি তৈরি হয় তাহলে সাথে সাথে ব্যবস্থা নেওয়া হবে। এই গবেষণায় অংশগ্রহণের সিদ্ধান্ত সম্পূর্ণ আপনার এবং আপনার সন্তানের/অংশগ্রহণকারী উপর নির্ভর করছে। আপনারা গবেষণার যেকোন সময় অংশগ্রহণ প্রত্যাহার করতে পারেন যার জন্য আপনাদের কোন প্রশ্ন বা ক্ষতির সম্মুখীন হতে হবে না।

এই গবেষণায় এমন কোন তথ্য প্রকাশ করা হবে না যা থেকে অংশগ্রহণকারীদের চিহ্নিত করা যায়। ব্যক্তিগত তথ্য সাংকেতিক চিহ্নের মাধ্যমে গবেষকের কাছে সংরক্ষণ করা হবে। উল্লেখ্য যে, এই গবেষণাটি পরিচালনা করার জন্য বিশ্ববিদ্যালয়ের নৈতিক বিধিমালা সম্পর্কিত কমিটি অবগত রয়েছেন।


10.3.22

প্রতিষ্ঠান প্রধানের নাম, স্বাক্ষর এবং তারিখ

অধ্যক্ষ
তেজগাঁও কলেজ, ঢাকা।


09.03.22

গবেষকের নাম, স্বাক্ষর ও তারিখ

Appendix J3

Intuitional Approval Certificate

ব্যাখ্যামূলক বিবৃতি

সম্মানিত মহোদয়,

আমি শারমিন আরা, ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়ের ক্লিনিক্যাল সাইকোলজি বিভাগের একজন এমফিল গবেষক। আমি আমার গবেষণাটি উক্ত বিভাগের সহযোগী অধ্যাপক ড. ফারাহ দীবা এর তত্ত্বাবধানে করছি। আমার গবেষণার শিরোনাম "Developing an effective substance abuse prevention program for adolescents in Bangladesh"। আমরা জানি কৈশোরকাল হল শৈশব এবং যৌবনের মধ্যবর্তী একটি পর্যায় যা জীবনের অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ সময়। এই বয়সে ছেলেমেয়েদের বিভিন্ন ধরনের শারীরিক এবং মানসিক সমস্যা শুরু হয়। গবেষণা থেকে দেখা যায় বেশিরভাগ মানসিক সমস্যা এই বয়স থেকেই শুরু হয়। তাছাড়াও কোন নির্দিষ্ট দ্রব্যের প্রতি নির্ভরশীলতা তৈরি হওয়ার জন্য এই বয়সটি সবচেয়ে ঝুঁকিপূর্ণ। এই নির্ভরশীলতা তৈরি হবার পেছনে আবেগ নিয়ন্ত্রণ করতে না পারা, সঠিকভাবে যোগাযোগের দক্ষতার অভাব বা 'না' করতে না পারা ইত্যাদি বিষয় কাজ করে। তাই আমরা যদি এইসব দক্ষতা শেখানোর জন্য একটি প্রতিরোধমূলক প্রোগ্রাম গড়ে তুলতে পারি তাহলে কৈশোরকালীন সময়ের এই বিভিন্ন দ্রব্যের প্রতি নির্ভরশীল হয়ে পরার সমস্যা কমানো সম্ভব হবে।

এই গবেষণায় আপনার এবং আপনার শিশুর অনুমতি নিয়ে নাম ঠিকানা জানানোর পর একটি প্রশ্নমালা দেওয়া হবে। প্রশ্নমালার মাধ্যমে তার মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত অনেক গুলো বিষয় সম্পর্কে তথ্য সংগ্রহ করা হবে। এই তথ্যগুলো দেখতে আনুমানিক ৩০ মিনিট সময় লাগবে। গবেষণার প্রশ্নমালা পর্যালোচনা করে দেখা গেছে, এখানে শারীরিক বা মানসিক অসুবিধা সৃষ্টি করতে পারে এমন কোন প্রশ্ন নেই। তবুও যদি কোন রকম খারাপ লাগা বা অসস্থি তৈরি হয় তাহলে সাথে সাথে ব্যবস্থা নেওয়া হবে। এই গবেষণায় অংশগ্রহণের সিদ্ধান্ত সম্পূর্ণ আপনার এবং আপনার সন্তানের/অংশগ্রহণকারী উপর নির্ভর করছে। আপনারা গবেষণার যেকোন সময় অংশগ্রহণ প্রত্যাহার করতে পারেন যার জন্য আপনাদের কোন প্রশ্ন বা ক্ষতির সম্মুখীন হতে হবেনা।

এই গবেষণায় এমন কোন তথ্য প্রকাশ করা হবেনা যা থেকে অংশগ্রহণকারীদের চিহ্নিত করা যায়। ব্যক্তিগত তথ্য সাংকেতিক চিহ্নের মাধ্যমে গবেষকের কাছে সংরক্ষণ করা হবে। উল্লেখ্য যে, এই গবেষণাটি পরিচালনা করার জন্য বিশ্ববিদ্যালয়ের নৈতিক বিধিমালা সম্পর্কিত কমিটি অবগত রয়েছেন।

প্রতিষ্ঠান প্রধানের নাম, স্বাক্ষর ও তারিখ

শারমিন আরা
০৬/০৩/২০২২
রাখা চন্দ্র শীল
এমফিল গবেষক, ডি.এড
অধ্যাপক
হরি ফুল প্রসাদ
চালদা কে.বি. হরি ফুল প্রসাদ
ডায়ালিসিস বিভাগ, কুমিল্লা মেডিকেল কলেজ, কুমিল্লা

Sharmin
06.03.22

গবেষকের নাম, স্বাক্ষর ও তারিখ

Appendix J4

Intuitional Approval Certificate

March 6th, 2022

To:
Principal
Chandla K.B High School and College
Brahmanpara, Comilla

Through: Chairperson, Department of Clinical Psychology, University of Dhaka

Subject: Permission for data collection at..... Chandla K.B High School and College

Dear Sir,

With due respect, I humbly want to state that, I am a post-graduate student at the Department of Clinical Psychology, University of Dhaka. As a requirement of my M.Phil degree, I am conducting research on "Developing an Effective Substance Abuse Prevention Program for Adolescents in Bangladesh" under the supervision of Dr. Farah Deeba, Associate Professor of Dept. of Clinical Psychology, University of Dhaka. The data will be collected through some self-report questionnaire and this data collection procedure requires minimum 30 minutes. All the data will be anonymous and written consent from the participants will be taken. I assure that the conduction of this research will not violate research ethics.

I therefore pray and hope that you will give permission to collect data from the students in your authorized institution.

Sincerely

Sharmim
6.03.22
Sharmin Ara
M.Phil Part-2

Chairperson
Jobeda Khatun
Assistant Professor
6.3.2022

Principal
Chandla K.B. high
school and college
Jobeda

Jobeda Khatun
Chairman
Dept. of Clinical Psychology
University of Dhaka

Session: 2017-18 Department of Clinical Psychology
Registration no: 63 University of Dhaka
Department of Clinical Psychology
University of Dhaka

Appendix J5

Intuitional Approval Certificate

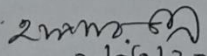
বাহ্যামূলক বিবৃতি

সন্মানিত মহোদয়,

আমি শারমিন আরা, ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়ের ক্লিনিক্যাল সাইকোলজি বিভাগের একজন এমফিল গবেষক। আমি আমার গবেষণাটি উক্ত বিভাগের সহযোগী অধ্যাপক ড. ফারাহ দীবা এর তত্ত্বাবধানে করছি। আমার গবেষণার শিরোনাম "Developing an effective substance abuse prevention program for adolescents in Bangladesh"। আমরা জানি কৈশোরকাল হল শৈশব এবং যৌবনের মধ্যবর্তী একটি পর্যায় যা জীবনের অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ সময়। এই বয়সে ছেলেমেয়েদের বিভিন্ন ধরনের শারীরিক এবং মানসিক সমস্যা শুরু হয়। গবেষণা থেকে দেখা যায় বেশিরভাগ মানসিক সমস্যা এই বয়স থেকেই শুরু হয়। তাছাড়াও কোন নির্দিষ্ট দ্রব্যের প্রতি নির্ভরশীলতা তৈরি হওয়ার জন্য এই বয়সটি সবচেয়ে ঝুঁকিপূর্ণ। এই নির্ভরশীলতা তৈরি হবার পেছনে আবেগ নিয়ন্ত্রণ করতে না পারা, সঠিকভাবে যোগাযোগের দক্ষতার অভাব বা 'না' করতে না পারা ইত্যাদি বিষয় কাজ করে। তাই আমরা যদি এইসব দক্ষতা শেখানোর জন্য একটি প্রতিরোধমূলক প্রোগ্রাম গড়ে তুলতে পারি তাহলে কৈশোরকালীন সময়ের এই বিভিন্ন দ্রব্যের প্রতি নির্ভরশীল হয়ে পরার সমস্যা কমানো সম্ভব হবে।

এই গবেষণায় আপনার এবং আপনার শিশুর অনুমতি নিয়ে নাম ঠিকানা জানার পর একটি প্রশ্নমালা দেওয়া হবে। প্রশ্নমালার মাধ্যমে তার মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত অনেক গুলো বিষয় সম্পর্কে তথ্য সংগ্রহ করা হবে। এই তথ্যগুলো দেখতে আনুমানিক ৩০ মিনিট সময় লাগবে। গবেষণার প্রশ্নমালা পর্যালোচনা করে দেখা গেছে, এখানে শারীরিক বা মানসিক অসুবিধা সৃষ্টি করতে পারে এমন কোন প্রশ্ন নেই। তবুও যদি কোন রকম খারাপ লাগা বা অসস্থি তৈরি হয় তাহলে সাথে সাথে বাবস্থা নেওয়া হবে। এই গবেষণায় অংশগ্রহণের সিদ্ধান্ত সম্পূর্ণ আপনার এবং আপনার সন্তানের/অংশগ্রহণকারী উপর নির্ভর করছে। আপনারা গবেষণার যেকোন সময় অংশগ্রহণ প্রত্যাহার করতে পারেন যার জন্য আপনাদের কোন প্রশ্ন বা ক্ষতির সম্মুখীন হতে হবেনা।

এই গবেষণায় এমন কোন তথ্য প্রকাশ করা হবেনা যা থেকে অংশগ্রহণকারীদের চিহ্নিত করা যায়। ব্যক্তিগত তথ্য সাংকেতিক চিহ্নের মাধ্যমে গবেষকের কাছে সংরক্ষণ করা হবে। উল্লেখ্য যে, এই গবেষণাটি পরিচালনা করার জন্য বিশ্ববিদ্যালয়ের নৈতিক বিধিমালা সম্পর্কিত কমিটি অবগত রয়েছেন।


20/06/2022
প্রতিষ্ঠান প্রধানের নাম, স্বাক্ষর এবং তারিখ
হাজেরা পারভীন
উপাধ্যক্ষ
তেজগাঁও মহিলা কলেজ।

গবেষকের নাম, স্বাক্ষর ও তারিখ

Appendix K

Substance Abuse Prevention Program

কিশোর কিশোরীদের মাদক ব্যবহার প্রতিরোধ
বিষয়ক প্রশিক্ষণ সহায়িকা



সেশন-১: আবেগ ও আবেগ নিয়ন্ত্রণ (Emotion Regulation)

সেশনের লক্ষ্য: আবেগ, আবেগের গুরুত্ব এবং আবেগ নিয়ন্ত্রণ সম্পর্কে জ্ঞান লাভ। শিথিলায়ন শিখতে সহায়তা করা এবং দৈনন্দিন জীবনে ব্যক্তিগত ও প্রাতিষ্ঠানিক চাপ নিয়ন্ত্রণে শিথিলায়নের ব্যবহার শেখা।

সেশন পরিকল্পনা

বিষয়	সময়	মাধ্যম	প্রয়োজনীয় সরঞ্জাম
১. আবেগ ২. আবেগের গুরুত্ব ৩. আবেগ নিয়ন্ত্রণ (Emotion Regulation) ৪. শিথিলায়ন (Relaxation)	১.৫ ঘন্টা	লেকচার ও অনুশীলন	ল্যাপটপ প্রজেক্টর ফ্লিপ চার্ট মার্কার ফিলিং চার্ট নোটবুক

আবেগ কি ?

কোন উদ্দীপকের প্রতি সারা দেয়ার ফলে আমাদের দেহ মনে বিশেষ প্রতিক্রিয়া বা আলোড়ন সৃষ্টি হয়, যার ফলে আমরা হাসি, কান্না, দুঃখ, রাগ ইত্যাদি নানান ধরনের অভিজ্ঞতা অনুভব করি আর প্রকাশ করি, এই অনুভূতি গুলো হলো আবেগ।

আবেগ হলো একজন মানুষের বিভিন্ন রকম কার্যক্রমের মধ্যে একটি অন্যতম জৈবিক বৈশিষ্ট্য। আবেগ শিশুকাল থেকেই বিকশিত হয় এবং বড় হতে হতে মানুষ প্রতিনিয়ত এতে দক্ষ হয়ে ওঠে।

আবেগ আমাদের ভেতর স্বতঃস্ফূর্তভাবে তৈরি হয় এবং এর পরবর্তীতে আমাদের আচরণ এবং শারীরিক প্রতিক্রিয়ায় পরিবর্তন আসে।

পরিবেশ বা উদ্দীপক ব্যক্তির মধ্যে আবেগ তৈরি করে। বাইরের যেকোন বস্তু বা বস্তু সম্পর্কে জ্ঞান অভিজ্ঞতা বা ধারণা সবকিছুই আবেগ সৃষ্টি করতে পারে। অর্থাৎ আবেগ তৈরি কারী উদ্দীপক বাহ্যিক বা অভ্যন্তরীণ উভয় প্রকার হতে পারে।

আবেগের প্রকাশ বাহ্যিকভাবে হয়। একই উদ্দীপনায় এক এক মানুষের মধ্যে একেক রকম আবেগ এবং ফলশ্রুতিতে আবেগের প্রকাশের ভিন্নতা আনতে পারে। মানুষ চাইলে উপকারী আবেগের অনুশীলন করে এতে দক্ষতা আনতে পারে।

আবেগের গুরুত্ব

এখন আমরা জানবো আবেগের গুরুত্ব কতটা। কিন্তু আবেগের গুরুত্ব জানার আগে আমাদের মাথায় প্রশ্ন আসতে পারে আমাদের দৈনন্দিন জীবনে বিভিন্ন রকম আবেগের প্রয়োজনীয়তা কেন?

১. আবেগ আছে বলে আমরা নির্দিষ্ট একটি লক্ষ্যে প্রতিক্রিয়া দেখাতে পারি। পরিবেশ এবং পরিবেশের প্রতি প্রতিক্রিয়াকে সামঞ্জস্যপূর্ণ করা আবেগের অন্যতম কাজ।

উদাহরণ হিসেবে বলতে পারি- যখন আমরা রাতে অন্ধকার একটি ঘরে থাকি তখন আমাদের ভেতর ভয় নামক আবেগ তৈরি হয়। আর এই ভয় নামক আবেগ থাকে বলেই আমরা আমাদের দরজা জানালা বন্ধ রাখি।

২. আবেগ আমাদের ভবিষ্যৎ পরিকল্পনা করতে সহায়তা করে। যেসব আচরণের কারণে আমাদের ভেতর খারাপ অনুভূতি তৈরি হয়, পরবর্তীতে দেখা যায় সে ধরনের আচরণ আমরা এড়িয়ে চলি। যেমন- কেউ যদি

আমাদের সাথে খারাপ আচরণ করে আমরা তাকে পরবর্তীতে এড়িয়ে চলি অথবা বলা যায় যে মানুষের সাথে আমরা ভালো অনুভব করি আমরা তার সাথে বেশি সময় কাটাতে চাই।

৩. আবেগ বা অনুভূতি অন্য মানুষের সাথে কি ধরনের আচরণ করব তা নির্ধারণ করতে সহায়তা করে। অনেক ক্ষেত্রে দেখা যায় আবেগকে মৌখিকভাবে, শারীরিক কোন অঙ্গভঙ্গির মাধ্যমে, কিংবা অমৌখিক যোগাযোগের মাধ্যমে প্রকাশ করা হয়। একে "আবেগীয় বুদ্ধিমত্তা" বলে। সহজভাবে বলতে গেলে আবেগীয় বুদ্ধিমত্তা হলো নিজের ও অন্যের আবেগ-অনুভূতি বোঝা, পাশাপাশি বিভিন্ন রকম আবেগ এবং আবেগের প্রতিক্রিয়া সম্পর্কে ধারণা রাখা।

দৈনন্দিন জীবনে অন্যের আবেগ বোঝা ও এর নিজের উপযুক্ত আবেগ প্রকাশের জন্য, উপযুক্ত যোগাযোগের পদ্ধতি শেখার জন্যই আমাদের "আবেগীয় বুদ্ধিমত্তার" অনুশীলন শেখা উচিত।

উপকারিতা:

- আবেগীয় বুদ্ধিমত্তার ফলে আমরা আমাদের আবেগ এর নিয়ন্ত্রণ করতে পারি।
- আমাদের ভেতর কি চলছে যদি আমরা বুঝতে না পারি তখন এটি আমাদের বুঝতে সহায়তা করে।
- যেকোনো আবেগ সহজ ভাবে প্রকাশ করতে সাহায্য করে
- আবেগীয় বুদ্ধিমত্তা অনুশীলন না করলে অনিয়ন্ত্রিত আবেগ ব্যক্তিগত এবং প্রাতিষ্ঠানিক জীবনে খারাপ ভাবে প্রভাব ফেলে

আবেগ নিয়ন্ত্রণ (Emotion Regulation)

আবেগ নিয়ন্ত্রণের মাধ্যমে একজন ব্যক্তি তার চিন্তা আচরণ এবং আবেগের প্রতিক্রিয়া কে সামাজিক ও গ্রহণযোগ্য উপায়ে প্রকাশ করতে পারে।

আবেগের প্রতিক্রিয়ার স্থায়িত্বকে অবদমন করে বা চেপে (suppression) রেখে অথবা বৃদ্ধি (enhance) করে একজন তার আবেগীয় বহিঃ প্রকাশের নিয়ন্ত্রণ করতে পারে।

এ আবেগ নিয়ন্ত্রণের বিভিন্ন পদ্ধতি রয়েছে যেটা বাহ্যিক বা অভ্যন্তরীণ হতে পারে।

বাহ্যিকভাবে আবেগ নিয়ন্ত্রণ করতে হলে সচেতন ও নিয়ন্ত্রিত ভাবে আবেগ পরিচালনা করতে হয়। যেমন উদ্ভিন্ন অনুভব করা সত্ত্বেও বাহ্যিকভাবে নিজেকে শান্ত রাখা।

অভ্যন্তরীণ ভাবে আবেগ নিয়ন্ত্রণ অসচেতন এবং তড়িৎ ভাবে কোন কাজ হতে পারে। যেমন বিরক্তিকর কোনো বিষয়বস্তু কে দ্রুত এড়িয়ে যাওয়া।

আবেগ নিয়ন্ত্রণের উপকারীতা:

বিভিন্ন কারণে মানুষ নিজের আবেগের নিয়ন্ত্রণ করতে পারে। সাধারণত মানুষ নিজের নেতিবাচক আবেগ যেমন উদ্ভিন্নতা, রাগ, দুঃখ ইত্যাদিকে অবদমন করতে আবেগ নিয়ন্ত্রণের চেষ্টা করে। এ কি ভাবে ইতিবাচক আবেগ যেমন আনন্দ ভালোবাসা আকাঙ্ক্ষা ইত্যাদি আবেগকে আরো বর্ধিত করতে মানুষ আবেগ নিয়ন্ত্রণ অনুশীলন করে। কখনো কখনো কিছু কিছু ক্ষেত্রে এর বিপরীত ও দেখা যায়। যেমন- অনেক বেশি গুরুত্বপূর্ণ পরিস্থিতিতে আনন্দের আবেগকে অবদমন করা হয়।

গবেষণায় দেখা গেছে একজন শিশুর আবেগ নিয়ন্ত্রণের দক্ষতা পরবর্তীতে তার শিক্ষক এবং অন্যান্য সহপাঠীদের সাথে দীর্ঘস্থায়ী সামঞ্জস্যপূর্ণ সম্পর্ক রাখতে প্রভাব ফেলে। জীবনে আবেগ নিয়ন্ত্রণ দক্ষতা অনেক গুরুত্বপূর্ণ। এ কারণে মানুষের নিজের বিভিন্ন রকম আবেগ এবং এর নিয়ন্ত্রণ দক্ষতা অনুশীলন করার খুব দরকার।

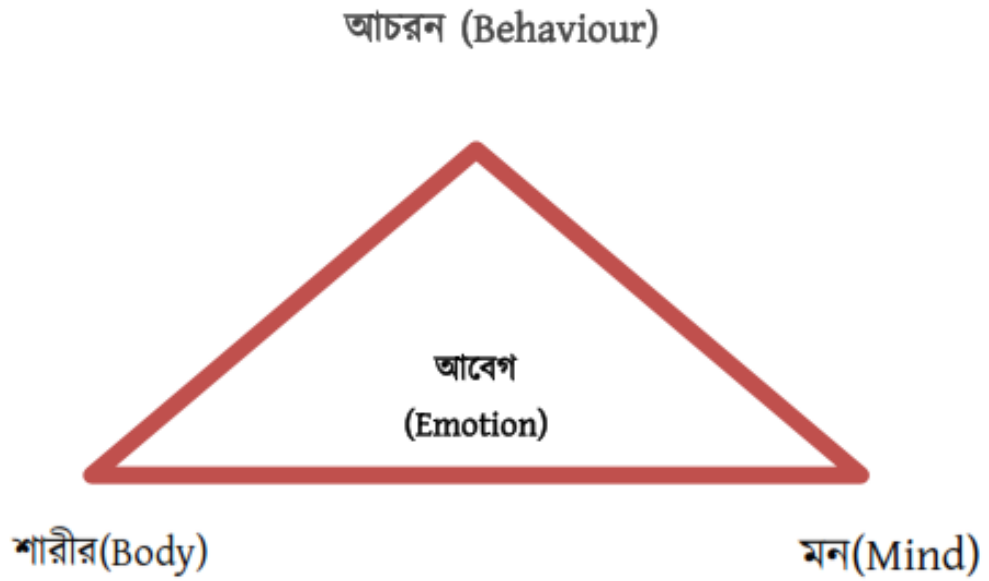
আবেগ নিয়ন্ত্রণ শেখা:

কিছু কিছু আবেগের অভ্যন্তরীণ অর্থ বা ব্যাখ্যা জানলে সে অনুযায়ী আবেগ নিয়ন্ত্রনে কাজ করা যায়।

Basic Emotion	Emotion Message	Behavior
ভয় (Fear)	আপনি বিপদে আছেন!(You are in danger!)	???
রাগ (Anger)	আপনার সাথে অন্যায়ভাবে আচরণ করা হচ্ছে! (You are being treated unfairly!)	???
নিরানন্দ (Sadness)	আপনি গুরুত্বপূর্ণ কিছু হারিয়ে গেছে! You have lost/missed something important!	???
অপরাধবোধ (Guilt)	আপনি ভুল কিছু করেছেন! You have done something wrong!	???
আনন্দ (Joy)	আপনি কিছু গুরুত্বপূর্ণ খুঁজে পেয়েছেন! You have found something important to you!	???
সন্তুষ্টি(Contentment)	সবকিছু ঠিক আছে! Everything is okay!	???

আবেগীয় ত্রিভুজ:

নিম্নের চিত্র ব্যক্তির আবেগ কীভাবে তার চিন্তাভাবনা এবং আচরণকে প্রভাবিত করে থাকে এবং ব্যক্তির চিন্তাভাবনা এবং আচরণের দ্বারা তার আবেগ কীভাবে প্রভাবিত হয় তা প্রকাশ করে।



কিভাবে আবেগীয় প্রতিক্রিয়া নিয়ন্ত্রণ করবো?

প্রথম ধাপ: নিজের আবেগীয় প্রতিক্রিয়া সম্পর্কে সচেতনতা বাড়ানো

- নিজের আবেগের প্রতি গ্রহণযোগ্যতা বাড়াতে শেখা এবং নিজের আবেগকে সহ্য করতে শেখা এবং তা অনুশীলন করা
- আবেগের নাম দেয়া
- নিজের জীবন সংক্রান্ত চাপ কমিয়ে, স্বাস্থ্যকর জীবন যাপন করে, স্বাস্থ্যকর খাবার এবং ব্যায়ামের মাধ্যমে নিজের আবেগীয় দুর্বলতাকে কমানো।

দ্বিতীয় ধাপ: বিভিন্ন রকম পদ্ধতি ব্যবহার করে আবেগীয় প্রতিক্রিয়া পরিবর্তন নিয়ে করা

- **শারীরিক:** গভীর নিঃশ্বাস নেয়া, নিজেকে পরিস্থিতি সম্পর্কে সচেতন করা, সিথিলায়ন।
- **মানসিক:** অন্য কিছু চিন্তা করা, নিজের র আবেগকে নিয়ে নিজেকে প্রশ্ন করা, মন ছবির মাধ্যমে শান্তিপূর্ণ স্থান কল্পনা করা, মাইন্ডফুলনেস অনুশীলন।
- **আচরণ:** আবেগের উদ্দীপক নিয়ন্ত্রণ করা, বিপরীত কোন প্রতিক্রিয়া করা, নিজের কর্মপদ্ধতি পরিকল্পনা করা, স্বাস্থ্যকর জীবন যাপনের অনুশীলন করা।

তৃতীয় ধাপ: আবেগের ইতিবাচক/ স্বাস্থ্যকর প্রতিক্রিয়াকে এবং নিজের সহ্য করার ক্ষমতাকে বাড়ানো

ইতিবাচক আবেগকে বাড়ানো

- আনন্দদায়ক অভিজ্ঞতাকে বাড়ানো
- নিজের জীবনের কাজিত পরিবর্তনের পথে লক্ষ্য নির্ধারণ করা

মাইন্ডফুলনেসের মাধ্যমে নিজের আবেগের প্রতি সচেতন হওয়া

- নিজের লক্ষ্য নির্ধারণ করা
- যেকোনো আবেগ অনুভূত হওয়ার সময় মাইন্ডফুল / মনযোগী থাকা
- বর্তমান সময়ে মনোযোগী থাকা
- বর্তমান আবেগীয় অনুভূতির প্রতি সচেতন থাকা

যেসকল ইচ্ছা-আকাঙ্ক্ষা আবেগকে বাড়ায় সেগুলোকে দমন করা

- প্রতিটি আবেগের পেছনে কোন ইচ্ছা বা আকাঙ্ক্ষা থাকে
- কোন আবেগের পেছনের ইচ্ছা বাকাজ্ঞাকে চিহ্নিত করা এবং তার বিপরীত করা
- নিজের ইচ্ছা আকাঙ্ক্ষা এবং আবেগ বুঝে কাজ করা

কগনিটিভ রি-স্ট্রাকচারিং

- বর্তমান পরিস্থিতিকে আমি কিভাবে দেখি?
- একে কিভাবে আরও নিয়ন্ত্রণ করা যায়?
- সময় নিয়ে অনুশীলন করুন।

মানসিক তাড়নার বিপরীত কাজ করা (Opposite Action)

আপনি যা অনুভব করেন তা অনুভব করার জন্য সাধারণত অনেক কারণ থাকে। তবে বড় সমস্যা হল আবেগ-চালিত আচরণ, কারণ আবেগের উপর কাজ করা প্রায়ই ধ্বংসাত্মক ফলাফল তৈরি করে। আবেগ-চালিত মানসিক তাড়নার উপর কাজ করার ক্ষেত্রে দ্বিতীয় সমস্যা হল যে তা ব্যক্তির আসল অনুভূতিকে তীব্র করে তোলে। স্বস্তি পাওয়ার পরিবর্তে, ব্যক্তি যদি তার ধ্বংসাত্মক তাগিদে কাজ করে তবে সে আরও বেশি আবেগে আচ্ছন্ন হতে পারে। এখানেই বিপরীত ক্রিয়া আসে। নিজের আবেগের বশবর্তী না হয়ে পরিবর্তে, বিপরীত ক্রিয়া ঐ আবেগ কে নিয়ন্ত্রণ করতে এবং পরিবর্তন করতে সহায়তা করে। এখানে বিপরীত কাজের কিছু উদাহরণ তুলে ধরা হল।

আবেগ (Emotion)	আবেগ তাড়িত আচরণ (Emotion-Driven Behavior)	বিপরীত কাজ (Opposite Action)
রাগ (Anger)	আক্রমণ, সমালোচনা, আঘাত, চিৎকার	যাচাই করা, এড়িয়ে যাওয়া, নরম ভয়েস ব্যবহার করা।
ভয় (Fear)	এড়িয়ে চলা, কুঁজো কাঁধ	যা ভয় পান তার কাছে যাওয়া, যা এড়িয়ে যাচ্ছেন তা করা, লম্বা/সোজা হয়ে দাঁড়ান।
দুঃখ (Sadness)	শাট ডাউন, এড়িয়ে চলা, প্যাসিভ থাকা, মাথা ঝুলিয়ে রাখা।	সক্রিয় হওয়া, জড়িত হওয়া, লক্ষ্য নির্ধারণ করা, সোজা হয়ে দাঁড়ান।
অপরাধবোধ/লজ্জা (Guilt/shame)	নিজেকে শাস্তি দেয়া, স্বীকার করা, এড়িয়ে চলা, চুপ মেরে যাওয়া।	ভিত্তিহীন অপরাধবোধ থাকলে, অপরাধবোধের উদ্বেককারী যাই হোক না কেন তা করা চালিয়ে যাওয়া; যদি অপরাধ ন্যায়সঙ্গত হয়, তাহলে প্রায়শ্চিত্ত করা এবং সংশোধন করা।

লক্ষ্য করুন যে বিপরীত কাজ শরীরের ভাষা - প্রকাশ ভঙ্গি এবং মুখের অভিব্যক্তি - সেইসাথে ব্যক্তির প্রকৃত আচরণ উভয়ই পরিবর্তন করে। বিপরীত কাজ কোন আবেগকে অস্বীকার করা বা তা নিয়ে ভান করা নয়। বরং, তা সমস্যার সমাধানে কাজ করে। নিজের আবেগকে স্বীকার করে তা কমাতে বা অন্য নতুন আবেগ তৈরি করতে বিপরীত কাজ ব্যবহার করুন।

বিপরীত কাজ তৈরির ছয়টি ধাপ রয়েছেঃ

ধাপ ১	ব্যক্তি যা অনুভব করে তা স্বীকার করে করা এবং শব্দের মাধ্যমে আবেগ বর্ণনা করা।
ধাপ ২	এই আবেগের তীব্রতা নিয়ন্ত্রিত করার বা কমানোর কোন উপযুক্ত কারণ আছে কিনা তা নিজেকে জিজ্ঞাসা করা। তা কি অপ্রতিরোধ্য? এটা কি আপনাকে বিপজ্জনক বা ধ্বংসাত্মক জিনিস করতে চালিত করে?
ধাপ ৩	আবেগের সাথে সম্পর্কিত নির্দিষ্ট শারীরিক ভাষা এবং আচরণ লক্ষ্য করা। আপনার মুখের অভিব্যক্তি এবং আপনার অঙ্গবিন্যাস কি? আপনি কি বলছেন এবং কিভাবে আপনি তা বলছেন? আবেগের প্রতিক্রিয়ায় আপনি বিশেষভাবে কী করেন?
ধাপ ৪	বিপরীত কাজ চিহ্নিত করা। আপনি কীভাবে আপনার মুখ এবং শরীরকে শিথিল করতে পারেন যাতে তা দ্বারা "আমি রাগান্বিত" বা "আমি ভীত" প্রকাশ না পায়? ব্যক্তি যখন রাগান্বিত হয়, তখন আক্রমণ করার পরিবর্তে কীভাবে তা মেনে নেবেন বা উপেক্ষা করবেন? বিপরীত কাজের জন্য একটি পরিকল্পনা করা যেখানে ব্যক্তির নতুন আচরণের একটি নির্দিষ্ট বিবরণ অন্তর্ভুক্ত থাকে।
ধাপ ৫	সম্পূর্ণরূপে বিপরীত কাজের জন্য প্রতিশ্রুতিবদ্ধ হওয়া এবং এ কাজ করার জন্য সময়সীমা সেট করা। আর কতদিন উল্টো আচরণ বজায় রাখবে? আপনি যখন প্রতিশ্রুতি দেওয়ার কথা ভাবছেন, মনে রাখবেন কেন আপনি আপনার আবেগ নিয়ন্ত্রণ করতে চান। অতীতে কী ঘটেছিল যখন আপনি আবেগ-চালিত আচরণে আত্মসমর্পণ করেছিলেন? আপনার বা অন্যদের জন্য গুরুতর খরচ ছিল?
ধাপ ৬	আবেগ নিরীক্ষণ করা। বিপরীত কাজ করার সময়, লক্ষ্য করা কিভাবে মূল আবেগ পরিবর্তিত বা বিকশিত হতে পারে। বিপরীত কাজ আক্ষরিকভাবে মস্তিষ্কে বার্তা পাঠায় যে পুরানো আবেগ আর উপযুক্ত নয়- এবং তা কম বেদনাদায়ক আবেগে স্থানান্তর করে আসতে সহায়তা করে।

শিথিলায়ন

শিথিলায়নের মাধ্যমে অত্যাধিক চাপের প্রভাব শরীর এবং মন থেকে কমে যায়। শিথিলায়ন দক্ষতা দৈনন্দিন জীবনে সাপ এবং চাপের কারণে সৃষ্ট স্বাস্থ্য সমস্যা কে কাটিয়ে উঠতে সহায়তা করে।

শিথিলায়নের উপকারিতা:

উদ্বিগ্নতার শারীরিক প্রভাব কমাতে শিথিলায়নের দক্ষতা সহায়তা করে। শারীরিকভাবে উদ্বিগ্নতা অনেকটাই মানুষের মানসিক উদ্বিগ্নতা, চিন্তা এবং চাপের সাথে সম্পর্কিত। শারীরিক অনুভূতি পরিবর্তনের মাধ্যমে মানসিক অনুভূতি, চিন্তা ইত্যাদি কে পরিবর্তন করা যায়।

যদিও পরিপূর্ণভাবে শিথিল হওয়া সবসময় খুব একটা সহজ নয়। শিথিলায়নের উপকারিতা পেতে হলে এটি অনুশীলনে দক্ষ হতে হয়। শিথি লাইনে দক্ষতা আসলে যে কোন চাপ মূলক পরিস্থিতিতেও নিরুদ্বেগ ভাবে থাকা সম্ভব।

শিথিলায়নের প্রকারভেদ:

১. নিঃশ্বাসের মাধ্যমে শিথিলায়ন
২. পেশির মাধ্যমে শিথিলায়ন
৩. কাল্পনিক ছবির মাধ্যমে শিথিলায়ন

শিথিলায়নের সাধারণ নিয়মাবলী:

১. শিথিলায়নের একটি রুটিন পরিকল্পনা করে ফেলা। সম্পূর্ণ উপকারিতা পেতে হলে প্রতিদিন অনুশীলন করা গুরুত্বপূর্ণ।
২. শিথিলায়ন অনুশীলনের জন্য নীরব কোন জায়গা বেছে নেয়া।
৩. অন্তত ২০ মিনিট বসে অনুশীলন করা
৪. খাবারের দু'ঘণ্টা মধ্যে অথবা ক্ষুধার্ত অবস্থায় শিথিলায়ন করা উচিত নয়। বেশি গরম বা ঠান্ডাতেও করা উচিত নয়।
৫. নিজেকে শিথিল করার জন্য নিজেকে আরামদায়ক অবস্থানে রাখতে হবে। আরামদায়ক পোশাক এবং আরামদায়ক আসনে বসতে হবে।

৬. ধীরে ধীরে শ্বাস নিতে হবে। শ্বাস নেয়ার সময় ভাবতে হবে যে নিঃশ্বাস ধীরে ধীরে পেট থেকে সারা শরীর ভ্রমণ করে মুখে আসছে। ধীর এবং গভীর নিঃশ্বাস শিথিলায়নের জন্য গুরুত্বপূর্ণ। নিঃশ্বাস নেওয়ার সময় পেটের ওঠা নামা খেয়াল করতে হবে।

৭. অনুশীলন করার সময় কোন আনন্দদায়ক বা রিলাক্সিং ছবি চিন্তা করা যেতে পারে (যেমন সমুদ্রের ধারে শুয়ে থাকা কিংবা খোলা আকাশের নিচে শুয়ে থাকা)। চিন্তা করা কঠিন হলে কেউ কেউ হালকা মেজাজের সুর শুনতে পারে

৮. শিথিলায়নের অনুশীলন শেষ করার পর সাথে সাথে দ্রুত গতিতে দাঁড়িয়ে না যাওয়া। অন্ততপক্ষে পাঁচ মিনিট রেস্ট নিয়ে পরবর্তী কাজ শুরু করা।

ক) শ্বাস-প্রশ্বাস নেয়ার ব্যায়াম

দেহে চাপ কমানোর অন্যতম সেরা উপায় হল গভীর শ্বাস। এর কারণ হচ্ছে যখন আপনি গভীর শ্বাস নেন, তখন এটি আপনার মস্তিষ্কে শান্ত এবং আরাম পেতে একটি বার্তা প্রেরণ করে। মস্তিষ্ক তখন আপনার শরীরে এই বার্তা প্রেরণ করে। হার্ট রেট বৃদ্ধি, দ্রুত শ্বাস প্রশ্বাস, এবং উচ্চ রক্তচাপের মত লক্ষণ যা আপনি যখন মানসিক চাপে থাকেন তখন দেখা দেয় সেগুলিকে কমাতে সাহায্য করে।

- আপনি যেভাবে শ্বাস ফেলছেন তা আপনার পুরো শরীরকে প্রভাবিত করে। শ্বাস প্রশ্বাস ব্যায়াম হ'ল শিথিল করার, উত্তেজনা হ্রাস করার এবং চাপ থেকে মুক্তি দেওয়ার একটি ভাল উপায়।
- শ্বাস প্রশ্বাসের ব্যায়ামগুলি শিখতে সহজ। আপনি যখনই চান সেগুলি করতে পারেন এবং এগুলি করার জন্য আপনার কোনও বিশেষ সরঞ্জামের প্রয়োজন নেই।

আপনার জন্য কোনটি সবচেয়ে ভাল কাজ করে তা দেখতে আপনি বিভিন্ন অনুশীলন করতে পারেন। এই সমস্ত অনুশীলন আপনাকে আরাম এবং চাপ থেকে মুক্তি দিতে সাহায্য করতে পারে।

- আরামদায়ক অবস্থানে বসে পড়ুন।
- এক হাত আপনার পেটের উপর, আপনার পাজরের ঠিক নীচে এবং অন্য হাতটি আপনার বুকে রাখুন।
- আপনার নাক দিয়ে আস্তে আস্তে একটি দীর্ঘ নিঃশ্বাস নিন এবং আপনার পেটটি আপনার হাতটিকে বাইরে ঠেলে দিবে। এক্ষেত্রে আপনার বুক ওঠানামা করবে না।
- নিঃশ্বাস নেয়ার সময় শরীরের দিকে খেয়াল করুন। কমপক্ষে ৫ সেকেন্ড ধরে নিঃশ্বাস নিন।
- বাতাসগুলো পেটের মাঝে আটকে রাখুন, প্রায় ৩/৪ সেকেন্ড পর্যন্ত

- দুই ঠোঁট গোল করে তার মধ্য দিয়ে শ্বাস দেয়ার মত করে শ্বাস ফেলুন। এবার আপনার পেট ভেতরের দিকে চলে যাবে। আগের মতই ৫ সেকেন্ড ধেও শ্বাস ফেলুন
- এইটা ৩ থেকে ১০ বার করুন। প্রতিটি দম নেয়ার মাঝে ১০ সেকেন্ড বিরতি নিন।
- অনুশীলন শেষে আপনি কেমন অনুভব করবেন তা লক্ষ্য করুন।

যে কোন সময়ে, যে কোন স্থানে এই শ্বাস প্রশ্বাসের অনুশীলন করা যায়। তবে একদম খাবার খাওয়ার পর পরেই আর একদম খালি পেট থাকা অবস্থায় না করাই ভাল।

খ) প্রথমেসিড মাসকুলার রিলাক্সেশন (পেশির শিথিলায়ন)

এই ব্যায়ামের প্রধান লক্ষ্য হলো আপনাকে উত্তেজিত এবং শিথিল পেশীর পার্থক্য বোঝানো। এর ফলে আপনি চাপমূলক বা উত্তেজিত অবস্থায় নিজেকে চিহ্নিত করতে পারবেন এবং নিজেকে শিথিল করতে পারবেন। এই ব্যায়ামের মাধ্যমে আপনার শরীরের প্রতিটি অংশ আপনি সচেতন ভাবে অনুভব করতে পারবেন। প্রতিটি অংশের ক্ষেত্রে প্রথম কাজ হল ওই অংশের পেশী কে টাইট/ শক্ত করা। কমপক্ষে পাঁচ সেকেন্ড ধরে থাকা এবং ধীরে ধীরে ২০-৩০ সেকেন্ড সময় নিয়ে শিথিল বা নরম করা। সে সময়ে পেশির মধ্যে অনুভূত পার্থক্য সচেতন ভাবে লক্ষ্য করা। নিম্নোক্ত ধারাবাহিকতায় কাজগুলো করা যেতে পারে:

<p>১. পায়ের পাতা: পায়ের আঙ্গুল গুলোকে সামনের দিকে ঝুঁকে রাখুন। পায়ের পেশিগুলোকে শক্ত করে রাখুন। কিছুক্ষণ পর ধীরে ধীরে শিথিল করুন। কাজটির পুনরাবৃত্তি করুন।</p>
<p>২. পা: পা কে সোজা ও লম্বা করে মেলে ধরুন, পায়ের পাতা সামনের দিকে ঝুঁকে রাখুন। পায়ের পেশী গুলোকে শক্ত করুন এবং কিছুক্ষণ পর ধীরে ধীরে শিথিল করুন। কাজটির পুনরাবৃত্তি করুন।</p>
<p>৩. পেট: পেটের পেশিগুলোকে ভেতরের দিকে চেপে শক্ত করুন। কিছুক্ষণ ধরে রাখুন এবং ধীরে ধীরে শিথিল করুন। কাজটির পুনরাবৃত্তি করুন।</p>
<p>৪. পিঠ: পিঠের পেশিগুলোকে শক্ত করে রাখুন। কিছুক্ষণ ধরে রাখার পর ধীরে ধীরে শিথিল করুন। এর পুনরাবৃত্তি করুন।</p>
<p>৫. কাঁধ এবং গলা: কাঁধ কে উঁচু করে নিজের কান ছোঁয়ানোর চেষ্টা করুন। এভাবে কিছুক্ষণ রেখে ধীরে ধীরে ছেড়ে দিন। কাজটির পুনরাবৃত্তি করুন।</p>
<p>৬. হাতের পাতা: হাতের পাতা শক্ত করে মুষ্টিবদ্ধ করুন। কিছুক্ষণ ধরে রাখুন এবং ধীরে ধীরে শিথিল করুন। পুনরায় কাজটি করুন।</p>
<p>৭. বাহু: হাত এবং বাহুকে শক্ত করে রাখুন। কিছুক্ষণ পর ধীরে ধীরে শিথিল করুন। কাজটির পুনরাবৃত্তি করুন।</p>
<p>৮. মুখমণ্ডল: ঙ্গ কুঁচকে কপালের পেশি শক্ত করুন, দাঁতে দাঁত চেপে হাসির মতো করে ঠোঁট প্রসারিত করুন, চোখ জোড়ে বন্ধ করে রাখুন (চোখে তীব্র আলো পড়লে যেভাবে আমরা চোখ বন্ধ করি) , এভাবে কিছুক্ষণ থেকে ধীরে ধীরে সব অঙ্গ শিথিল করুন। পুনরায় কাজটি করুন।</p>
<p>৯. পুরো শরীর: পুরো শরীরকে একসাথে শক্ত করে রাখুন। কিছুক্ষণ এভাবে থেকে ধীরে ধীরে ছেড়ে দিন। রিলাক্স করুন। পুনরায় কাজটি করুন।</p>

শিথিলায়ন করার সময় ধীরে ধীরে শ্বাস নিতে থাকবেন। শিথিলায়ন সম্পূর্ণ শেষ হলে মনে মনে কোন শান্তিপূর্ণ ছবি চিন্তা করতে পারেন। ধীরে ধীরে নাকের মাধ্যমে গভীরভাবে শ্বাস নিন। কয়েক মিনিট এরকম

করতে থাকুন। পুনরায় নিজের শরীরকে সচল করতে কিছু সময় দিন। এই অনুশীলন থেকে সর্বোচ্চ সুবিধা পেতে হলে প্রতিদিন অন্তত ২০ মিনিট অনুশীলন করতে হবে। শিথিলায়ন শিখতে সময় লাগে। সুতরাং সে সময় পর্যন্ত ধৈর্য রাখা গুরুত্বপূর্ণ।

সেশন-২: এসারটিভ কমিউনিকেশন

সেশনের লক্ষ্য: এসারটিভ কমিউনিকেশন সম্পর্কে জানা এবং অনুশীলন করা। (To manage peer pressure)

সেশনের পরিকল্পনা

বিষয়	সময়	মাধ্যম	প্রয়োজনীয় সরঞ্জাম
এসারটিভ কমিউনিকেশন	১.৫ ঘন্টা	লেকচার রোল-প্লে	ল্যাপটপ প্রজেক্টর ফ্লিপ চার্ট মার্কার নোটবুক

মানসিক স্বাস্থ্য এবং যোগাযোগ (communication)

মানুষ হিসেবে কমবেশি প্রত্যেকেরই নিজস্ব সমস্যা রয়েছে। আমাদের মানসিক স্বাস্থ্য আমাদের পারস্পরিক যোগাযোগের উপর প্রভাব ফেলে। চাপমূলক পরিস্থিতি পরিবারিক এবং প্রতিষ্ঠানিক সম্পর্ক গুলোতে এবং সেই সম্পর্ক গুলোর পারস্পরিক যোগাযোগে সমস্যা তৈরি করে। তাছাড়া অন্যান্য মানসিক স্বাস্থ্য সমস্যা একজন ব্যক্তি সম্পর্কে সামাজিক পরিস্থিতিতে ভুল ধারণা দেয়।

- এ ধরনের পরিস্থিতিতে আপনাকে কেউ ভুল বুঝতে পারে অথবা আপনি কাউকে ভুল বুঝতে পারেন। সাধারণত ছোটখাটো সামাজিক ক্ল, মুখভঙ্গি ইত্যাদি এড়িয়ে যাওয়ার কারণে অনেক ভুল বোঝাবুঝির সৃষ্টি হয়।
- এ ধরনের পরিস্থিতিতে অনেকে অবাঞ্ছিত চাহিদা দেখায় অথবা সচেতনতা কম প্রকাশ করে কারণ তারা নিজেদের চাপ কিংবা ভয় নিয়ে উদ্ভিন্ন থাকে।
- এ ধরনের পরিস্থিতিতে মানুষ অন্যকে ভুলভাবে প্রত্যক্ষণ করে , যেটা অনেক সময় খারাপ পর্যায়ে চলে যেতে পারে।
- এভাবে পরিস্থিতিতে অনেকে অস্থিতিশীল অনুভব করে যার কারণে অনাকাঙ্ক্ষিত আচরণ করে, বিরক্তিকর বোধ করতে পারে, কিংবা রেগে অনেক বেশি প্রতিক্রিয়া দেখাতে পারে।
- এ ধরনের পরিস্থিতিতে অনেকে নিজেকে আলাদা করে ফেলতে পারে অথবা সম্পূর্ণ নিশ্চুপ থাকতে পারে কিংবা বিষন্ন বোধ করতে পারে

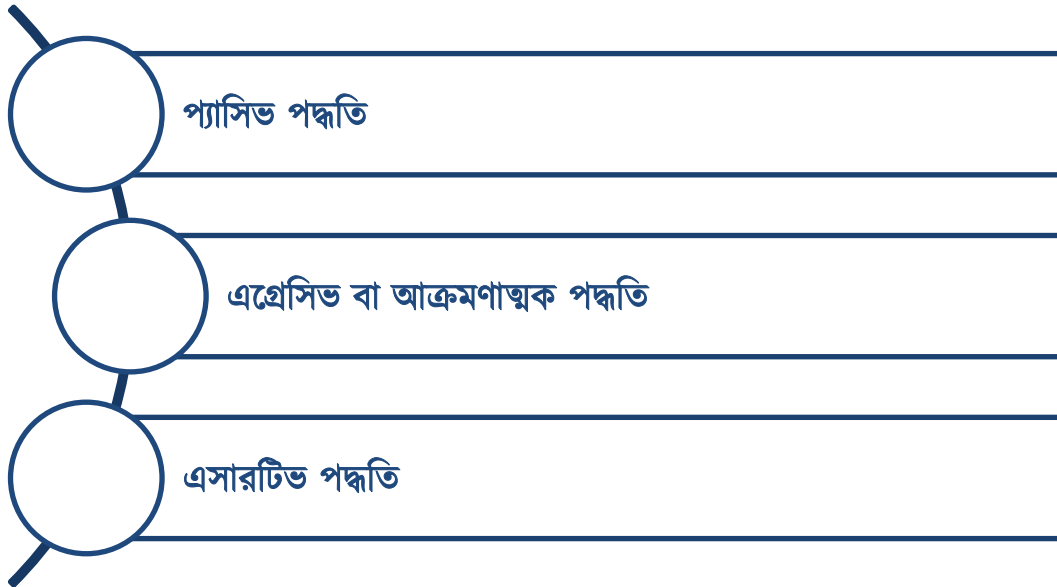
এই সমস্যাগুলো তে যদি আপনি প্রতিনিয়ত পড়ে থাকেন সহায়তা নেওয়াই হবে বুদ্ধিমানের কাজ। কখনো কখনো একটু সময় নিয়ে ধীর স্থির হয়ে শিথিল বা রিলাক্স হওয়া অনেক সময় সাহায্য করে। কিন্তু আপনি যদি প্রতিনিয়ত এ ধরনের পরিস্থিতি সম্মুখীন হন প্রফেশনাল সাহায্য নেয়াটাই হবে যুক্তিযুক্ত পদক্ষেপ।

ধরা যাক -আপনাকে এমন কারো সাথে আপনাকে কথা বলতে হবে যে মানসিক বেশ কিছু সমস্যা নিয়ে কষ্ট পাচ্ছে। এক্ষেত্রে বেশ কিছু জিনিস আপনি করতে পারেন। প্রথমত, সংক্ষেপে মূল কথা বলতে পারেন। যদি কোন বিষয়ে আপনি আপনার ব্যক্তিগত অনুভূতি প্রকাশ করতে চান সেক্ষেত্রে- "আমি" কেন্দ্রিক ভাষায় কি আপনার অনুভূতি জানান। "তুমি" কেন্দ্রিক কথা এড়িয়ে চলুন। যেমন- আপনি বলতে পারেন , "আমি তোমার এই কথাতে কষ্ট পেয়েছি"।

এসারটিভনেস

এই পদ্ধতিতে অন্যের প্রতি সম্মান, নিজের প্রতি সম্মান, নিজের প্রতি সচেতনতা দেখিয়ে পরিষ্কারভাবে নিজের মতামত ও অনুভূতি প্রকাশ করা হয়। এসআরটিভনেস হল অন্যকে আঘাত না করে নিজের আত্মপ্রত্যয়ের সাথে সন্ধি করা। এর মাধ্যমে নিজের অধিকারের বিষয়ে যেমন গুরুত্ব দেয়া হয়, পাশাপাশি অন্যের মতামত এবং অধিকারের প্রতিও সম্মান দেখানো হয়।

যোগাযোগের তিনটি পদ্ধতি



□ প্যাসিভ পদ্ধতি

এই পদ্ধতিতে নিজের অনুভূতি, চিন্তা, ইচ্ছাকে বিসর্জন দিয়ে অন্য ব্যক্তি যা বলছে তা মেনে নেয়া হয়। প্রতিনিয়ত নিজের ইচ্ছাকে বিসর্জন দিতে হলে মানসিক কষ্ট তৈরি হয় যা একসময় খারাপ আকার ধারণ করে। অনেক সময় মানুষ রাগে এবং কষ্টে ফেটে পড়ে।

পদ্ধতিতে যোগাযোগের মূল কথা হলো- "তোমার অনুভূতিই হলো মুখ্য, আমার অনুভূতি মূল্য নেই "

এ পদ্ধতিতে যোগাযোগের অন্যতম লক্ষ্য থাকে যে কোন মূল্যে তর্ক এড়িয়ে চলা।

শারীরিক বাচনভঙ্গি - চোখে চোখে না তাকানো, নরম , অস্পষ্ট স্বর, উদ্ভিন্ন বা শিশুসুলভ অঙ্গভঙ্গি।

□ এগ্রেসিভ বা আক্রমণাত্মক পদ্ধতি

এই পদ্ধতিতে সরাসরি অন্য ব্যক্তির মতামতের বিপরীতে মত প্রকাশ করা হয়। অনেক সময় এর ফলে সাংঘর্ষিক পরিস্থিতি তৈরি হয়।

ক্রমণাত্মক পদ্ধতিতে যোগাযোগের মূল কথা হলো ' এটাই হলো আমার ভাবনা । তোমার ভাবনা মোটেই গ্রহণযোগ্য না। এটাই আমি চাই- তোমার চাওয়া আমার কাছে গুরুত্বপূর্ণ নয়। এটাই আমার অনুভূতি- তোমার অনুভূতি নিয়ে আমি ভাবি না"

আক্রমণাত্মক পদ্ধতিতে যোগাযোগের মূল লক্ষ্য হলো অন্য ব্যক্তিকে হেয় করে, নিচু দেখিয়ে, নিজের মতামত, চাহিদা এবং অধিকার কে রক্ষা করা।

শারীরিক বাচনভঙ্গি: চোখে চোখে তাকানো, জোড়ালো কণ্ঠস্বর, আক্রমণাত্মক অঙ্গভঙ্গি করা (যেমন আঙ্গুল তুলে কথা বলা), কাপড় গোটানো ইত্যাদি।

□ এসারটিভ পদ্ধতি:

এই পদ্ধতি হলো প্যাসিভ এবং আক্রমণাত্মক পদ্ধতির মাঝামাঝি একটি পদ্ধতি। এ পদ্ধতিতে অন্যের অধিকার কে ক্ষুন্ন না করে একজন তার অধিকারকে, তার চিন্তা, আকাঙ্ক্ষা এবং অনুভূতিকে সরাসরি, সৎ ভাবে এবং সঠিকভাবে প্রকাশ করে।

এসারটিভ পদ্ধতিতে যোগাযোগের মূল কথা হলো "এভাবে আমি ভাবি, এভাবে আমি অনুভব করি এবং এভাবে আমি বর্তমান পরিস্থিটাকে দেখি"।

এসারটিভ যোগাযোগের মূল লক্ষ্য হলো সম্মান পাওয়া এবং সম্মান দেয়া। দুই পক্ষের অধিকার এবং চাহিদার প্রতি সম্মান রাখা।

শারীরিক বাচনভঙ্গি: সরাসরি (কিন্তু আক্রমণাত্মক নয়) চোখে চোখে তাকানো, শান্ত কণ্ঠস্বর, স্থির বাচনভঙ্গি।

□ টেবিলঃ প্যাসিভ, এগ্রেসিভ এবং এসারটিভ এর মধ্যে তুলনা নিম্নে তুলে ধরা হল

	নিষ্ক্রিয়/প্যাসিভ বা বশ্যতামূলক	এসারটিভ বা দৃঢ়	আক্রমণাত্মক
প্রতিক্রিয়া	<ul style="list-style-type: none"> • মেনে নেয়া • অন্যের সম্মান আশা না করা • নিজের চাহিদা দাম না দেয়া • নিজের কোন অধিকার না চাওয়া। 	<ul style="list-style-type: none"> • নিজের জন্য দাঁড়ানো • নিজেকে এবং অন্যদের সম্মান করা • প্রত্যেকের প্রয়োজনকে বিবেচনা করা • প্রত্যেকেরই অধিকার আছে মেনে নেয়া। 	<ul style="list-style-type: none"> • অন্যকে সম্মান না করা • অন্যের প্রয়োজনকে গণনা না করা • অন্যদের অধিকারকে অবজ্ঞা করা।
স্টাইল	<ul style="list-style-type: none"> • চাহিদা প্রকাশ করে না • স্ব-অমূল্যায়নকারী • নেতৃত্বের জন্য অপেক্ষা করে 	<ul style="list-style-type: none"> • সৎ, খোলা, সরাসরি • নিজের অধিকারকে স্বীকৃতি দেয় • অন্যের প্রয়োজনের কথা শোনে 	<ul style="list-style-type: none"> • আধিপত্য বিস্তারকারী, জোরাজুরি করে • জয়/পরাজয় • কথা না শুনা
অ-মৌখিক আচরণ	<ul style="list-style-type: none"> • ছোট ভঙ্গি • শান্ত, দ্বিধাগ্রস্ত কণ্ঠস্বর • সামান্য/অনিয়মিত চোখের যোগাযোগ 	<ul style="list-style-type: none"> • সোজা, ভারসাম্যপূর্ণ ভঙ্গি • দৃঢ়, স্পষ্ট কণ্ঠস্বর • স্থির চোখের যোগাযোগ 	<ul style="list-style-type: none"> • বাধা দেয় • উচ্চস্বরে কথা বলে • তাকিয়ে থাকা, ইশারা করা
ভাষা	<ul style="list-style-type: none"> • আপনাকে বিরক্ত করার জন্য দুঃখিত • আমি মনে হয় • এটা শুধুমাত্র আমার মতামত 	<ul style="list-style-type: none"> • আমি বিশ্বাস করি/প্রয়োজন/ • আমি চাই না (যখন যথাযথ) • খোলা প্রশ্ন 	<ul style="list-style-type: none"> • এটা কাজ করবে না • তুমি সিরিয়াস হতে পারো না • তোমার সমস্যা/দোষ

এসারটিভনেসের লক্ষ্যঃ

- এসারটিভনেস এসারটিভ আচরণ এবং কমিউনিকেশন চিনতে এবং শিখতে সহায়তা করে।
- এটা আত্মপ্রত্যয় বাড়ায় এবং অনেক কাছ থেকে সম্মান পেতে সহায়তা করে

মানুষের এসারটিভ অধিকার গুলো (human assertive rights)

- নিজের ইচ্ছা ও আকাজক্ষা প্রকাশের অধিকার
- তথ্য পাওয়ার অধিকার
- না বলার অধিকার
- সু আচরণ ও সম্মান পাওয়ার অধিকার
- অন্যের অধিকার হরণ করে না এমন কিছু পাওয়ার অধিকার
- এসারটিভনেস বা নন-এসআরটিভ থাকার অধিকার
- পছন্দ মত বেছে নেওয়ার অধিকার
- পরিবর্তনের অধিকার
- নিজের শরীর ও সময় নিজের দখলের অধিকার
- কারো সম্পর্কে ভালো চিন্তার অধিকার
- অনুরোধ করার অধিকার

এসারটিভনেস এর লক্ষ্য

- মানুষের জন্য সর্বোচ্চ সম্ভাব্য সমাধান খুঁজে বের করা
- সমস্যার সমাধান করে বিজয়ী হওয়া এবং দুই পক্ষকেই খুশি রাখা
- এসারটিভনেস সকলকে , সকলের দায়িত্ব এবং অধিকারকে সমান চোখে দেখে
- এসারটিভনেস প্রয়োজনীয় চাওয়া কে পাওয়ার সম্ভাবনা বাড়ায়
- এসারটিভনেস নিজেকে নিয়ন্ত্রণ করতে শেখায়

এসআরটিভ কমিউনিকেশন শেখা

এসআরটিভ কমিউনিকেশন এর বিভিন্ন পর্যায়	
প্রথম ধাপ:	এপ্রিশিয়েশন বা মূল্যায়ন (appreciation)
দ্বিতীয় ধাপ :	অনুভূতি প্রকাশের মাধ্যমে পুরো বিষয়টা তুলে ধরা(অনুভূতি ওয়ার্ড এর লিস্ট) (express genuine feeling)
তৃতীয় ধাপ :	এক্সপেক্টেশন, সাজেশন এবং ওপেনিয়ন
চতুর্থ ধাপ :	তুমি কি মনে কর? (What do you think?)/ এই বিষয়ে তোমার ভাবনা কি?

প্রথম ধাপ: এপ্রিশিয়েশন বা মূল্যায়ন (appreciation)

এপ্রিসেশন বা মূল্যায়ন হলো কোন কিছু, কোন পরিস্থিতি, কোন ব্যক্তি , কোন আচরণ কোন অনুভূতি ইত্যাদি কে ইতিবাচক ভাবে দেখে তার মূল্যায়ন করা। এখানে বিনয়ের উপস্থিতি থাকতে হবে। যেকোনো সামাজিক বন্ধন নিশ্চিত করতে মূল্যায়ন অন্যতম গুরুত্বপূর্ণ চাবিকাঠি। তাছাড়াও একে আত্মিক সংযোগ তৈরি ও যোগাযোগের অন্যতম গুরুত্বপূর্ণ অংশ হিসেবে দেখা হয়।

কিভাবে মূল্যায়ন করবেন:

মূল্যায়নে অবশ্যই ইতিবাচক ফিডব্যাক দিতে হয়। পাশাপাশি ধন্যবাদ দিতে হয়। আপনি কারো কোন মত বা কোন কাজকে মূল্যায়ন করা সিদ্ধান্ত নিবেন আপনি প্রথমেই ধন্যবাদ দিয়ে কথা শুরু করতে পারেন। যেমন- "তোমাকে ধন্যবাদ ! আমি সত্যিই খুব খুশি হয়েছি যে তুমি আমার কথা ভেবেছো এবং থেকে গেছো।"

দ্বিতীয় ধাপ : অনুভূতি প্রকাশের মাধ্যমে পুরো বিষয়টা তুলে ধরা (অনুভূতি ওয়ার্ড এর লিস্ট)

যেকোনো সম্পর্কে তর্কের উদ্বেগ হতে পারে। পাশাপাশি নেতিবাচক আবেগ সৃষ্টি হতে পারে। কাউকে এড়িয়ে চলা অথবা নিজের রাগ দমন করতে আসলেই অনেক চেষ্টার প্রয়োজন। প্রতি রাগ হওয়া কিংবা খারাপ লাগা আসলে কিছু সঠিক (valid) নেতিবাচক কিছু অনুভূতি। একটি উপকারী সম্পর্ক তৈরি করতে গেলে কারো সাথে আবেগীয়ভাবে সংযুক্ত হতে হয়। যোগাযোগের ক্ষেত্রে তর্ক অনেক সময় তীব্র অনুভূতির উদ্বেগ করে এবং অন্যের অনুভূতিকে আঘাত করতে পারে, পাশাপাশি বিরক্তি এবং অস্বস্তি তৈরি করতে পারে। সঠিকভাবে একে নিয়ন্ত্রণ করতে না পারলে সম্পর্ক নষ্ট হতে পারে। কিন্তু কারো সাথে তর্ক সৃষ্টি হলে এটিকে সুন্দরভাবে সমাধান করা সম্ভব।

এক্ষেত্রে নিজের অনুভূতি সঠিকভাবে অপরপক্ষকে প্রকাশ করা প্রয়োজন। নিজের অনুভূতি বুঝে, নিজেকে বুঝে, নিজের প্রয়োজন বুঝে, অপরকে সুন্দর ভাবে জানানো যেতে পারে।

অনুভূতি প্রকাশের শব্দ সমূহের লিস্ট

আনন্দ (Enjoyment)	•
দুঃখ (Sadness)	•
ভয় (Fear)	•
রাগ (Anger)	•
বিতৃষ্ণা (Disgust)	•

তৃতীয় ধাপ : এক্সপেক্টেশন, সাজেশন এবং ওপেনিয়ন

নিজের চাহিদা সংক্রান্ত যেকোনো আলোচনায় নিজের মতামত এবং আইডিয়া সহজ ভাবে প্রকাশ করা খুব গুরুত্বপূর্ণ। আপনি যদি আপনার কোন চিন্তা বা প্রস্তাবকে উপকারী মনে করেন, তাহলে অবশ্যই তা ওপর পক্ষকে জানান। এর মাধ্যমে নিজের মতামত ও দৃষ্টিভঙ্গি প্রকাশে আপনি আত্মবিশ্বাসী হয়ে উঠবেন।

এসবটিভনেরের এর মাধ্যমে আপনি আপনার ভাবনা চিন্তাকে ধীর স্থির এবং আত্মবিশ্বাসী ভাবে ব্যাখ্যা করতে পারেন। এক্ষেত্রে সামঞ্জস্যপূর্ণ তথ্য প্রদান করতে হবে।

চতুর্থ ধাপ : তুমি কি মনে কর? (What do you think?)/ এই বিষয়ে তোমার ভাবনা কি?

আমাদের নিজেদের ভালো করার জায়গা এবং অন্য মানুষ কিভাবে আমাদের প্রত্যক্ষণ করবে সে বিষয়ে আমাদের সচেতন হতে হবে। অন্যের কাছ থেকে ফিডব্যাক বা সমালোচনা হতে পারে একটি দারুন উপহার। ফিডব্যাক বা সমালোচনার মাধ্যমে খুব দ্রুতভাবে নিজের কাজের প্রতি লক্ষ্য করা যায় এবং নিজের কর্ম সঠিক করার মাধ্যমে নিজের লক্ষ্য অর্জনে এগিয়ে যাওয়া যায়।

ওপেন এন্ডেড বা খোলা প্রশ্ন করে ফিডব্যাক জানতে চান। ওপেন এন্ডেড বা খোলা প্রশ্নের মাধ্যমে অনেক বিস্তৃত উত্তর আসে। এই উত্তরের মাধ্যমে আপনি আপনার প্রয়োজনীয় তথ্য সংগ্রহ করে কোন বিষয়ে বিস্তৃতভাবে আলোচনা করতে পারেন। পাশাপাশি কোন বিষয়ে মতবিরোধ হলে সেখানেও বিস্তৃত আলোচনা করা যায়।

উপসংহার

এসারটিভনেস হলো এমন একটি যোগাযোগ দক্ষতা যার মধ্যে রয়েছে অপরের প্রতি সম্মান, নিজের প্রতি সম্মান, আত্মসচেতনতা, এবং পরিষ্কার ও উপযুক্ত যোগাযোগ। মাধ্যমে আপনি নিজের অনুভূতি এবং ভাবনা অন্যকে কষ্ট না দিয়েই প্রকাশ করতে পারেন। এটি নিজেকে কনফিডেন্ট ভাবে প্রকাশ করা এবং সঠিক উপায়ে 'হ্যাঁ' অথবা 'না' বলার অন্যতম মাধ্যম। এসারটিভ আচরণের মাধ্যমে মানুষ আত্মনিয়ন্ত্রণ, অন্যের প্রতি সম জাতীয় আচরণ, সহজ ও পরিষ্কারভাবে নিজের ইচ্ছা, চিন্তা ও অনুভূতি প্রকাশ করতে শেখে এবং অন্যকেও করতে উৎসাহিত করতে শেখায়।