

Comparison of the Effectiveness of Rational Emotional Behavior Therapy and Motivational Interviewing on Decision Making Styles in People with Opiates Abuse

ARTICLE INFO

Article Type

Analytical Review

Authors

Amir Mohammad Jafari¹,
Mahboubeh Taher^{*2},
Mohammad Taji³

How to cite this article

jafari A M, taher M, Taji M. Comparison of the Effectiveness of Rational Emotional Behavior Therapy and Motivational Interviewing on Decision Making Styles in People with Opiates Abuse. Islamic Life Style. 2021; 1-11

1-PHD student, Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Shahroud, Iran

2-Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Shahroud, Iran (Corresponding Author).

3-Assistant Professor, Faculty of Engineering, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Shahroud, Iran

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: mahbobe.taher@yahoo.com

Article History

Received: 2020/12/23

Accepted: 2021/02/15

ePublished: 2021/03/15

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to compare the effectiveness of rational-emotional behavioral therapy and motivational interviewing on decision-making networks in people with opioid abuse disorder.

Materials and Methods: The research design was a pre-test-post-test with a control group. The statistical population included all men with Nasim opioid abuse disorder in the city. Among them, a sample of 45 people was selected using cluster random sampling. For data collection, the General Decision Styles Questionnaire (Scott and Bruce, 1995) was used. Data analysis or the use of multivariate and univariate analysis of covariance tests were performed using SPSS software at a significance level of 0.05.

Findings: The results of multivariate and univariate analysis of covariance showed that rational-emotional behavior therapy was effective in increasing rational decision-making style and reducing the use of avoidance, instantaneous and dependent styles in people with opioid abuse disorder and had no effect on intuitive style. Also, motivational interviews on the intuitive and rational decision-making networks of people with opioid abuse disorder are not effective; But it is effective in reducing the use of avoidant, immediate and dependent styles. Also, the method of emotionally rational behavioral therapy based on the rational style of people with opioid abuse disorder is more effective than the motivational interview method. There was no difference between avoidance, instantaneous, dependence and intuitive styles ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the results, rational-emotional behavior therapy of rational thinking and organization of perception and thinking, has a positive effect on rational decision-making and reduces the use of avoidance, instant and dependent styles.

Keywords: Rational-Emotional Behavior Therapy, Motivational Interview, Decision Making Styles, People with Opioid Abuse Disorder.

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی عقلانی-هیجانی و مصاحبه انگیزشی بر سبک‌های تصمیم‌گیری در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی

امیر محمدجعفری^۱

دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

محبوبه طاهر^۲

استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران. (نویسنده مسئول).

محمد تاجی^۳

استادیار، دانشکده فنی مهندسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود، شاهرود، ایران.

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی رفتار درمانی عقلانی-هیجانی و مصاحبه انگیزشی بر سبک‌های تصمیم‌گیری در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی انجام شد.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش، تمام آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمام مردان دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی نسیم شهر بود که در سال ۱۳۹۷ به مراکز درمان سوء مصرف مواد در این شهر مراجعه نمودند که از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری عمومی (اسکات و بروس، ۱۹۹۵) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک متغیری و با استفاده از نرم افزار SPSS در سطح معناداری ۰.۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک متغیری نشان داد که رفتار درمانی عقلانی-هیجانی بر افزایش سبک تصمیم‌گیری عقلانی و کاهش استفاده از سبک‌های اجتنابی، آنی و وابستگی در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی مؤثر بود و بر سبک شهودی تأثیری ندارد. همچنین مصاحبه انگیزشی بر سبک‌های تصمیم‌گیری شهودی و عقلانی افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی مؤثر نیست؛ اما بر کاهش استفاده از سبک‌های اجتنابی، آنی و وابستگی مؤثر است. همچنین روش رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر سبک عقلانی افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی مؤثرتر از روش مصاحبه انگیزشی است. در سبک‌های اجتنابی، آنی، وابستگی و شهودی نیز تفاوتی بین دو روش وجود نداشت ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، رفتار درمانی عقلانی-هیجانی تفکر منطقی و سازماندهی ادراک و تفکر، بر سبک تصمیم‌گیری عقلانی تأثیر مثبت گذاشته و باعث کاهش به‌کارگیری سبک‌های اجتنابی، آنی و وابستگی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: رفتار درمانی عقلانی-هیجانی، مصاحبه انگیزشی، سبک‌های تصمیم‌گیری، سوء مصرف مواد.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۷

*نویسنده مسئول: mahbobe.taher@yahoo.com

مقدمه

یکی از معضلاتی که تأثیر عمیق و شگرفی بر زندگی دارد سوء مصرف مواد مخدر است. این دسته از مواد با تأثیراتی که روی دستگاه عصبی می‌گذارند تغییراتی را در هشیاری، ادراک و خلق و خو ایجاد می‌کنند (۱). سوء مصرف مواد بیماری‌ای مزمن است که می‌تواند در نتیجه مصرف داروها نیز ایجاد شود. وقتی فردی دچار سوء مصرف مواد می‌شود، نمی‌تواند چگونگی مصرفش را کنترل کند و برای انجام وظایف زندگی روزمره به آن وابسته می‌شود. فردی که هنوز به مرحله وابستگی نرسیده است نیز ممکن است با اثرات جانبی سوء مصرف مواد روبه‌رو شود و علی‌رغم تأثیرات مضر به سوء مصرف ادامه خواهد داد. سوء مصرف الکل، تنباکو و داروهای اپیوئیدی، سالانه بیش از ۷۴۰ میلیارد دلار (هزینه‌های مربوط به درمان، از دست دادن شغل و جرایم حاصله) در آمریکا هزینه برجای می‌گذارد (۲).

همچنین تأثیرات سوء مصرف مواد بر روی خانواده، به‌ویژه کودکان تا مدت‌های طولانی باقی می‌ماند. والدین دارای سوء مصرف مواد می‌توانند خویشتن‌شناسی ضعیف، احساس تنهایی و گناه، اضطراب، درماندگی، ترس از ترک شدن و افسردگی مزمن را در کودکانشان ایجاد کنند. برخی صفات شخصیتی، خطر سوء مصرف مواد افیونی را افزایش می‌دهند. اعتماد به نفس پایین، فقدان مهارت‌های اجتماعی و انطباقی و استفاده از روش‌های ناپخته برای مقابله با استرس‌های زندگی و حل مسأله و سبک‌های تصمیم‌گیری ناکارآمد از جمله این ویژگی‌های خطرآفرین هستند (۳). سبک‌های تصمیم‌گیری به راهبردهای فرد در هنگام تصمیم‌گیری اشاره کند. تصمیم‌گیری بیانگر انتخاب یک راهکار از میان دو یا چند گزینه در یک رفتار پیش‌گیرانه و به منظور حصول یک هدف خاص با حداقل خطر ممکن است. بنابراین تصمیم‌گیری هسته مرکزی برنامه‌ریزی را تشکیل می‌دهد که بیانگر یک فعالیت فکری عمیق است در این میان سبک تصمیم‌گیری هر فرد رویکرد شخصیتی او در درک واکنش به وظیفه تصمیم‌گیری خود است. مصرف مواد مخدر و تداوم آن می‌تواند ارتباط زیادی با سبک‌های تصمیم‌گیری افراد داشته باشد (۴).

در برخی از مدل‌ها، سبک تصمیم‌گیری به عنوان الگوی عادی فرد حین تصمیم‌گیری تعریف می‌شود. به این معنا که سبک تصمیم‌گیری یک عادت یادگرفته شده‌است و یک ویژگی شخصیتی نیست. اما مدل‌های دیگر می‌گویند که برخی سبک‌های تصمیم‌گیری با الگوهای ثابتی در افراد مختلف، همبستگی دارند و سبک‌های تصمیم‌گیری مختلف شامل سبک‌های تصمیم‌گیری منطقی (Rational)، شهودی (Rational)، وابسته (Dependent) و اجتنابی (Avoidance) را ارائه دادند (۵). هارن سه سبک منطقی، وابسته و شهودی را پیشنهاد داد (۶) و سپس فیلیپس و همکاران سبک اجتنابی (۷) و، اسکات و بروس سبک آنی (Spontaneous) را به سبک‌های قبلی افزودند (۸).

درمانی به عنوان راهکارهای درمانی مؤثر بر سبک‌های تصمیم‌گیری مورد توجه قرار گرفته است. (۱۷) علاوه بر این با توجه به اصول رفتار درمانی عقلانی-هیجانی مبنی بر جایگزین کردن باورهای منطقی به جای باورهای غیرمعقول و جزمی و اصول درمانی مصاحبه انگیزشی، مبنی بر تغییر رفتار به کمک برانگیختگی مراجع و تقویت حس خودکارآمدی (۱۸). انتخاب این دو روش درمانی برای اثرگذاری بر سبک‌های تصمیم‌گیری در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی که نیازمند تغییرات شناختی و رفتاری از طریق تغییر باورهای غیرمنطقی به باورهای منطقی و انگیزش کافی برای تغییر رفتارها هستند، ضروری به نظر رسید. بنابراین این پژوهش با هدف این که کدام یک از دو روش درمانی، رفتار درمانی عقلانی هیجانی و مصاحبه انگیزشی بر سبک های تصمیم‌گیری در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی مؤثرتر است انجام گرفت.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع تمام آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی مردان دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی نسیم‌شهر، در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. ملاک‌های ورود عبارت از مرد بودن، عدم اختلال روان‌پریشی، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی دیگر به طور همزمان و محدوده سنی ۲۵ تا ۴۰ سال بود. برای انتخاب گروه نمونه، از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد به این ترتیب که ابتدا شهر به پنج منطقه جغرافیایی شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب تقسیم و سپس سه منطقه به تصادف انتخاب و از هر منطقه یک کلینیک ترک اعتیاد به تصادف انتخاب شد و سپس کل افرادی که در فاصله زمانی ۹۷/۷/۱ تا ۹۷/۱۰/۳۰ به کلینیک‌های درمان سوء مصرف مواد مراجعه کردند و ملاک‌های ورود را داشتند انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش رفتار درمانی عقلانی هیجانی، مصاحبه انگیزشی و یک گروه کنترل جای‌دهی شدند و به ابزار پژوهش که پرسشنامه سبک های تصمیم‌گیری عمومی اسکات و بروس (۱۹۹۵) (GDMS) بود پاسخ دادند. برای اجرای این پژوهش بعد از کسب مجوز از بهزیستی، از بین مراکز ترک اعتیاد شهرستان نسیم‌شهر در سال ۱۳۹۷ سه مرکز به طور تصادفی انتخاب شدند. سپس به این مراکز مراجعه شد و پس از هماهنگی با مدیر مراکز فهرست اسامی افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی دریافت شد و به تصادف ۴۵ نفر از کسانی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شدند. پس از آن رضایت کتبی آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش گرفته شد. قبل از شروع مداخلات هر سه گروه تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند و از آن‌ها درخواست شد تا پرسشنامه مورد نظر را تکمیل نمایند. مدت جلسات درمانی در هر کدام از روش‌ها ۵۰ دقیقه بود که به صورت گروهی و هفته‌ای دو بار، در یکی از مراکز درمان سوء مصرف مواد از تاریخ ۱۳۹۷/۱۲/۴ تا ۱۳۹۸/۲/۱۰ به مدت ۱۰ جلسه اجرا شد. ملاک خروج آزمودنی‌ها از پژوهش دو جلسه غیبت در جلسات درمانی

سبک تصمیم‌گیری وابسته بیان‌گر عدم استقلال فکری تصمیم‌گیرنده در عمل و تکیه بر حمایت‌ها و راهنمایی‌های دیگران در هنگام اتخاذ تصمیم است. در سبک تصمیم‌گیری اجتنابی فرد لزوم تصمیم‌گیری را انکار می‌کند و یا امیدوار است که همه چیز خود به خود درست شود و یا به تکنیک‌های به تأخیر انداختن مانند امروز و فردا کردن متوسل می‌شود (۹). در سبک تصمیم‌گیری شهودی مبنای انتخاب فرد آن است که احساس وی چه چیزی را درست می‌داند. در این سبک تأکید بر حس درونی است و ملاک نهایی این است که فرد چه حس می‌کند، نه این که چه فکر می‌کند برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد فاقد مهارت تصمیم‌گیری و دارای تصمیم‌گیری ضعیف بدترین پیش‌آگهی در زمینه مصرف مواد و بالاترین میزان مصرف مواد را دارند (۱۰). همچنین وجود باورهای غیرمنطقی در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد، ناتوانی در انتخاب عمل مناسب و اثرات منفی رفتارهای آن‌ها را افزایش می‌دهد (۱۱).

بنابراین توانمندسازی افراد دارای سوء مصرف مواد برای تغییر باورهای غیرمنطقی و ایجاد انگیزه برای زندگی با کیفیت در آن‌ها، از راه‌های ارتقای سطح بهداشت روان این افراد است. یکی از مهمترین راهکارهای تغییر باورهای غیرمنطقی، رفتار درمانی عقلانی-هیجانی (Rational Emotive Behavior Therapy) است (۱۲). رفتار درمانی عقلانی-هیجانی معتقد است که رویدادها و وقایع به صورت مستقیم باعث رفتارها و هیجان‌ها نمی‌شوند، بلکه این باورهای فرد درباره آن رویداد است که منجر به واکنش رفتاری و هیجانی می‌شود در زمینه اختلال سوء مصرف مواد نیز می‌توان گفت که باورهای غیرمنطقی از جمله عوامل زمینه‌ساز آن می‌باشند که باید در درمان و پیش‌گیری از این اختلال مورد توجه قرار گیرند (۱۳).

ضمن این که گنجانیدن مصاحبه انگیزشی (Motivational interview) به برنامه‌های درمانی افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی می‌تواند در تغییر سبک تصمیم‌گیری و کاهش میل به مصرف مواد مؤثر باشد (۱۴). مصاحبه انگیزشی شیوه‌ای است که بیشترین تأثیر را در ایجاد انگیزه برای درمان یا تغییر رفتار افراد دارای سوء مصرف مواد افیونی داشته است. در واقع هدف اصلی این رویکرد درمانی برطرف کردن احساس دودلی مراجعان و تشویق آن‌ها به بیان نگرانی‌ها و دلایل شخصی‌شان برای تغییر رفتار اعتیادی است (۱۵). بر اساس مطالب مطرح‌شده و با نگاهی به پژوهش‌های انجام‌شده در راستای اثربخشی دو روش درمانی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و مصاحبه انگیزشی، کارایی این دو روش درمانی در بهبود سبک‌های تصمیم‌گیری در نمونه‌های آماری دیگر مورد تأیید قرار گرفته بود. میلر و رالنیک، نشان دادند که انگیزه‌افزایی بیش از آنچه که آن‌ها می‌پنداشتند به درمان سوء مصرف مواد افیونی کمک می‌کند (۱۶).

بدین ترتیب با توجه شیوع بالای اختلال سوء مصرف مواد افیونی و نبود مطالعات پیشین در مورد مقایسه رفتار درمانی عقلانی-هیجانی و مصاحبه انگیزشی بر سبک‌های تصمیم‌گیری افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی، در این پژوهش این دو روش

قرار گرفته است. نتایج روایی سازه پرسشنامه سبک‌های عمومی تصمیم‌گیری را تأیید می‌کنند. روایی سازه این پرسشنامه از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ادراک خطر محاسبه گردید و روایی محتوایی پرسشنامه نیز توسط متخصصین علوم شناختی و روان‌شناسان تأیید شد (۱۹).

روایی و پایایی این پرسشنامه در دانشجویان ایرانی توسط زارع و اعراب شیبانی مورد بررسی قرار گرفت که در نتیجه آن، پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و با استفاده از آزمون مجدد ۰/۶۸ محاسبه گردید. روایی محتوایی آن نیز مورد تأیید کارشناسان روان‌شناسی قرار گرفت (۲۰)

معرفی برنامه‌های مداخله‌ای:

الف) رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی

طبق بسته درمانی تدوین‌شده براساس رویکرد رفتاردرمانی عقلانی هیجانی آلبرت الیس (۱۹۵۶)، این درمان در ۱۰ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در جدول ۱، محتوا و تکنیک‌های هر جلسه ارائه شده است.

و عدم همکاری در جلسات بود. بعد از اتمام مداخلات، از دو گروه تحت درمان و گروه گواه پس‌آزمون گرفته شد و داده‌های به‌دست آمده با آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک متغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش: پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری عمومی: این پرسشنامه توسط اسکات و بروس (۱۹۹۵) طراحی شد و دارای ۲۳ گویه و ۴ سبک تصمیم‌گیری منطقی، اجتنابی، وابسته و شهودی است. اسکات و بروس (۱۹۹۵) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری عمومی را بین ۶۸٪ تا ۹۴٪ گزارش کرده‌اند. اسکات و بروس (۱۹۹۵) به منظور بررسی روایی سازه پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری عمومی از روش تحلیل عامل اکتشافی استفاده کرده‌اند. نتایج ساختار ۵ عاملی این مقیاس را تأیید کردند. جهت سنجش روایی سازه نیز همبستگی بین سبک‌های تصمیم‌گیری و همچنین همبستگی بین نمرات هر یک از سؤالات پرسشنامه و نمرات مربوط به هر سبک مورد بررسی

جدول ۱. محتوای جلسات رفتاردرمانی عقلانی هیجانی

جلسه	معارف، پیش‌آزمون، محتوا	هدف	تکنیک
اول	پرس و جوی مشکل و انتخاب آن	پیدا کردن مشکل هدف و انتخاب یک مشکل از بین چند مشکل مطرح شده	دوست‌داری اول روی کدام مشکل کار شود؟ الان آزاردهنده‌ترین مشکل چیست؟
دوم	تدوین و تنظیم مشکل و تعیین هدفی مرتبط با آن	جهت دار شدن رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و اینکه مراجع ببیند تغییر امکان پذیر است.	مطرح کردن مشکل به زبانی ساده در قالب (رویداد، باور، پیامد)
سوم	درخواست نمونه‌ای مشخص در ارتباط با مشکل هدف وضعیت سنجی	تفهم به مراجع که مشخص حرف زدن و مشخص عمل کردن می‌تواند به او کمک کند.	از مراجع بخواهیم وضعیتی را توصیف کند که نمونه‌ای از مشکل در آن رخ داده است.
چهارم	پیامدسنجی و گرفتاری‌سنجی	به مراجع بفهمانیم که ناکامی گرفتاری است نه پیامد.	از مراجع درباره آخرین گرفتاری پیش آمده پرس و جو کنید.
پنجم	کمک به مراجع برای دیدن رابطه مشکل هدف تدوین شده و مشکل هدف سنجش شده	رسیدگی به احساس اصلی تا مراجع از راهبرد غیرمولد استفاده نکند. هدف سنجش شده حاصل فهم مشروح تر مشکلات مرحله چهارم است.	تشویق مراجع تا یک هیجان منفی سالم را به عنوان هدف انتخاب کند و بفهمد چرا چنین هیجانی، پاسخ واقع بینانه و سازنده‌ای در برابر گرفتاری است
ششم	شناسایی و سنجش هرگونه مشکلات هیجانی دیگر که به مشکل اصلی مربوط اند	آیا مراجع درباره مشکل هیجانی اولیه اش، مشکل هیجانی ثانویه دارد؟	در باره مشکل چه احساسی داری؟
هفتم	سنجش باور نامعقول	آگاه‌سازی مراجع جهت وجود تفاوت بین باور منطقی و غیرمنطقی.	در مورد گرفتاری (یا انتقاد دیگران) به خودت چه می‌گویی که ناراحت می‌شوی؟ برای آنکه اضطرابت را به نگرانی تبدیل کنی، اول باید چه چیزی را تغییر دهی؟
هشتم	به سوال کشیدن باور نامعقول و باور معقول تا برای تعمیق در اعتقادش به باورهای معقول آماده شود	تشویق مراجع به درک این نکته که باور نامعقول، نامولد و مخرب غیرمنطقی و غیر واقع بینانه است و جانشین این باور با باور مولد، منطقی و واقع بینانه است. اگرچه اعتقاد به باورهای معقول مهم است ولی برای ایجاد تغییر، کافی نیست.	چه شواهدی باید باید محبوب باشد؟ مدرکش کجاست؟ حقیقت دارد که تو باید؟ و کجا نوشته اند که تو باید؟ برای آن که به باور معقول اعتقاد قلبی پیدا کند، باید چه کار کند؟

بررسی اعتبار گرفتاری	مراجعه درباره گرفتاری عاقلانه تر فکر کند. تقویت تغییر برای تعمق باور معقول با به سؤال کشیدن باور نامعقول و تمرین آن در وضعیت‌های شبه گرفتاری.	گرفتاری فرد چقدر واقع بینانه بود؟ چقدر احتمال دارد استنباطش درست باشد؟ کمک به مراجع جهت انجام یکی از تکلیف های منزل در مورد حمایت رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	نهم
بررسی تکالیف منزل	تکلیف منزل، محور اصلی تغییر است. جای دادن باورهای معقول در خزانه هیجانی و تشویق مراجع برای ادامه پیشرفت رفتاری.	در شروع جلسه بررسی شود فرد از انجام تکالیف چه درسی گرفته است؟ تشویق مراجع برای ادامه پیشرفت رفتاری.	دهم
ب: مصاحبه انگیزشی: مداخله با رویکرد مصاحبه انگیزشی که اولین بار توسط میلر طراحی شده، به مدت ده جلسه ۵۰ دقیقه‌ای بر روی دومین گروه		آزمایش اعمال شد که خلاصه برنامه درمانی در جدول ۲ ارائه شده است.	

جدول ۲. خلاصه برنامه درمانی مصاحبه انگیزشی

جلسه	محتوا	هدف	تکنیک
اول	همدلی معارفه، پیش- آزمون	درک این که در سر بیمار چه می‌گذرد. جهان را چگونه تفسیر می‌کند و فهمیدن بیمار، چه می‌شود؛ بدون قضاوت، بدون پیش داوری، بدون برچسب زدن.	دوری کردن از اصطلاحات کلیشه‌ای درمانگر احساس هیجانی پیدا نکند اما بفهمد که مراجع چه احساسی دارد. گوش دادن ماهرانه و بازتابی
دوم	به آوردن تناقص‌ها	نشان دادن یا به آگاهی درآوردن حالت‌های دوسوگرایی مراجع.	استفاده از سوال‌هایی که تناقض مراجعه را نشان می‌دهد. از یک سو دوست دارد مواد افیونی استفاده کند و از طرفی هم می‌خواهی مورد احترام دیگران باشد؛ هدف های مهم مراجع مشخص شود.
سوم	به آوردن تناقص‌ها	نشان دادن به مراجع که در درونش جمع اضداد وجود دارد. متوجه این موضوع شود که یکی را به نفع دیگری ترجیح دهد.	به مراجع گفته نمی‌شود که کدام یک را انتخاب کند و یا حتما یکی را انتخاب کن، گفته می‌شود. عواقب یا عواقب احتمالی رفتارهای فعلی مراجع بررسی شود.
چهارم	لغزیدن مقاومت (دور زدن مقاومت)	مراجع چه نوع مقاومتی از خود نشان می‌دهد (بحث، قطع کردن، انکار، نادیده گرفتن، نفی کردن، تعلل کردن، عدم مشارکت، دلیل تراشی، سرزنش کردن، معترض و ناراضی بودن)	در برخورد با مقاومت، به هیچ عنوان مقابله نشود. از تکنیک‌ها (پرسش‌های باز پاسخ، تأیید، گوش دادن بازتابی، و جمع‌بندی) استفاده شود. اگر مقاومت افزایش یافت توقف کرده و روش عوض شود. از مواجهه اجتناب شود.
پنجم	لغزیدن مقاومت (دور زدن مقاومت)	کاهش مقاومت در برابر تغییر. مقابله نکردن درمانگر با مقاومت مراجع. بحث نکردن با مراجع.	موضوع عوض شود. دیدگاه جدید معرفی و نه تحمیل شود. دادن اعتبار به مراجع به عنوان منبع روش‌های حل مسئله.
ششم	لغزیدن مقاومت (دور زدن مقاومت)	رد شدن از کنار این مقاومت‌ها به این نیت که بعداً به آن پرداخته می‌شود و درستش می‌کند. سرشاخ نشدن با مقاومت و نشانه‌های آن.	از اینکه حس می‌کنی ممکن است که من ندانم چقدر وسوسه داری، عصبانی هستی؟ می‌خواهی تغییر کنی و مواد را کنار بگذاری و از طرف دیگر درد جدی است.
هفتم	تقویت حس	کمک به مراجع تا تغییر از درون خودش بجوشد. همواره در نظر گرفتن این موضوع که، نظام مصاحبه انگیزشی	عدم به دست گرفتن هدایت امور توسط درمانگر. رویکرد اقتدار گرایانه نداشتن.

خودکارآمدی	مشارکتی است. درمانگر به مراجع نمی‌گوید که چه کاری انجام دهد. درمانگر تعیین تکلیف نمی‌کند، مراجع، مسئول انتخاب و اجرای تغییر فردی است.	(مراجع: آیا من می‌توانم مواد را کنار بگذارم درمانگر: نمی‌دانم، من می‌توانم کمک کنم خودت تصمیم بگیری)
هشتم	تقویت حس خودکارآمدی	مراجع باید بفهمد که خودش توانمندی دارد. کمک به مراجع تا خودش تصمیم بگیرد چه مسیری را انتخاب کند. درمانگر تصمیم نمی‌گیرد.
نهم	تقویت حس خودکارآمدی	مرور موفقیت‌های قبلی قبلاً بر چه مشکلات مشابهی غلبه کرده است؟ سخت‌ترین کارهای قبلی که انجام داده است؟ نقاط قوت و توانمندی‌های خود در خودش چه توانمندی‌هایی برای غلبه بر مشکل می‌بیند؟ افراد موفق در این حوزه چه ویژگی‌هایی دارند؟ سعی بجای شکست: چند بار سعی کرده است؟ بجای چند بار در ترک شکست خورده است؟
دهم	تقویت تعهد به تغییر	راهنمایی کردن مراجع، دادن اطلاعات، مشورت دادن مستقیم به مراجع، حالا که تصمیم به ترک گرفته است چه اهدافی را دنبال می‌کند، بررسی گزینه‌های پیش رو، تهیه نقشه و برنامه برای تغییر، تعهد و پایبندی به تغییر و نقشه و برنامه‌اش چیست؟

یافته‌ها
در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک سبک‌های تصمیم‌گیری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها شامل میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده است.

آماره آزمون شاپیرو-ویلک گروه‌های آزمایش و کنترل در سبک‌های تصمیم‌گیری، معنادار نبود. بنابراین توزیع متغیرها در سه گروه نرمال است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل (n=45)

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره آزمون شاپیرو-ویلک	سطح معناداری
سبک اجتنابی	پیش‌آزمون	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۴/۹۳	۴/۰۴	۰/۹۴	۰/۳۸
		مصاحبه انگیزشی	۱۳/۲۷	۳/۳۴	۰/۹۲	۰/۲۱
		کنترل	۱۴/۲۷	۲/۰۸	۰/۹۲	۰/۱۹
	پس‌آزمون	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۱/۶۷	۲/۱۲	۰/۹۴	۰/۴۵
		مصاحبه انگیزشی	۱۱/۷۳	۲/۱۲	۰/۹۰	۰/۱۲
		کنترل	۱۴/۲۷	۲/۰۱	۰/۹۳	۰/۳۶
سبک آنی	پیش‌آزمون	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۶/۲۷	۴/۰۶	۰/۹۷	۰/۹۲
		مصاحبه انگیزشی	۱۴/۸۰	۳/۹۵	۰/۹۷	۰/۹۲
		کنترل	۱۵/۶۷	۳/۳۰	۰/۹۱	۰/۱۶
	پس‌آزمون	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۳/۴۷	۲/۹۲	۰/۸۸	۰/۰۶
		مصاحبه انگیزشی	۱۲/۶۰	۲/۵۰	۰/۸۹	۰/۰۷
		کنترل	۱۵/۶۰	۳/۴۶	۰/۸۷	۰/۰۶
سبک وابستگی	پیش‌آزمون	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۶/۵۳	۳/۸۸	۰/۹۵	۰/۵۶
		مصاحبه انگیزشی	۱۵/۴۰	۳/۳۳	۰/۸۸	۰/۰۶

۰/۳۴	۰/۹۳	۲/۴۱	۱۶/۴۷	کنترل
۰/۳۴	۰/۹۴	۲/۳۵	۱۳/۴۰	پس‌آزمون رفتاردرمانی عقلانی هیجانی
۰/۳۳	۰/۹۳	۱/۹۵	۱۲/۴۰	مصاحبه انگیزشی
۰/۴۹	۰/۹۵	۲/۲۹	۱۵/۶۰	کنترل
۰/۳۸	۰/۹۴	۱/۹۹	۱۷/۱۳	پیش‌آزمون رفتاردرمانی عقلانی هیجانی
۰/۸۳	۰/۹۶	۲/۲۶	۱۵/۸۷	مصاحبه انگیزشی
۰/۲۶	۰/۹۳	۲/۳۵	۱۶/۸۷	کنترل
۰/۰۶	۰/۸۹	۲/۷۹	۱۷/۳۳	پس‌آزمون رفتاردرمانی عقلانی هیجانی
۰/۴۰	۰/۹۴	۱/۷۵	۱۸/۰۷	مصاحبه انگیزشی
۰/۵۷	۰/۹۵	۳/۱۸	۱۷/۸۷	کنترل
۰/۴۱	۰/۹۴	۳/۴۳	۱۴/۶۰	پیش‌آزمون رفتاردرمانی عقلانی هیجانی
۰/۱۱	۰/۹۱	۲/۷۲	۱۳/۵۳	مصاحبه انگیزشی
۰/۱۲	۰/۹۲	۳/۲۸	۱۴/۷۳	کنترل
۰/۰۶	۰/۸۹	۲/۱۲	۱۹/۶۷	پس‌آزمون رفتاردرمانی عقلانی هیجانی

در ادامه جدول ۴، نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه را برای بررسی تفاوت گروه‌ها در سبک‌های تصمیم‌گیری نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در سبک‌های تصمیم‌گیری

متغیر	SS آزمایشی	SS خطا	MS آزمایشی	MS خطا	F	p	اندازه اثر
سبک اجتنابی	۶۶/۶۳	۱۰۶/۰۴	۳۳/۳۱	۲/۵۸	۱۲/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹
سبک آنی	۶۲/۶۴	۲۲۷/۶۴	۳۱/۳۲	۵/۵۵	۵/۶۴	۰/۰۰۷	۰/۲۲
سبک وابستگی	۶۴/۰۶	۱۳۲/۴۹	۳۲/۰۳	۳/۲۳	۹/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۳
سبک شهودی	۸/۵۲	۲۷۷/۴۹	۴/۲۶	۶/۷۶	۰/۶۳	۰/۵۳	۰/۰۳
سبک عقلانی	۱۰۵/۶۵	۲۲۹/۰۶	۵۲/۸۲	۵/۵۸	۹/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲

آماره F برای سبک اجتنابی (۱۲/۸۸)، سبک آنی (۵/۶۴)، سبک وابستگی (۹/۹۱)، سبک عقلانی (۹/۴۵) معنادار بود ($p < ۰/۰۱$). این یافته نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل در این متغیرها تفاوت معناداری وجود داشت. آماره F برای سبک شهودی

آماره F برای سبک اجتنابی (۱۲/۸۸)، سبک آنی (۵/۶۴)، سبک وابستگی (۹/۹۱)، سبک عقلانی (۹/۴۵) معنادار بود ($p < ۰/۰۱$). این یافته نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل در این متغیرها تفاوت معناداری وجود داشت. آماره F برای سبک شهودی

جدول ۵. نتایج مقایسه میانگین‌های گروه آزمایش و کنترل در سبک‌های تصمیم‌گیری به تفکیک مداخله‌های درمانی

درمان	متغیر	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
سبک اجتنابی	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۱/۳۴	-۲/۸۷	۰/۵۸	۰/۰۰۱	
		کنترل				۱۴/۲۲
سبک آنی	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۳/۱۲	-۲/۴۳	۰/۸۶	۰/۰۲	
		کنترل				۱۵/۵۵
سبک وابستگی	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۳/۲۳	-۲/۲۲	۰/۶۵	۰/۰۰۵	
		کنترل				۱۵/۴۶
سبک شهودی	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۷/۱۸	-۰/۶۰	۰/۹۵	۱	
		کنترل				۱۷/۷۹
سبک عقلانی	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۹/۵۷	۲/۷۰	۰/۸۶	۰/۰۱	
		کنترل				۱۶/۸۷
سبک اجتنابی	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۲/۱۰	-۲/۱۱	۰/۵۹	۰/۰۰۳	
		کنترل				۱۴/۲۲

۰/۰۱	۰/۸۶	-۲/۵۷	۱۲/۹۸	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	سبک آنی
			۱۵/۵۵	کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۶۶	-۲/۷۷	۱۲/۶۹	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	سبک وابستگی
			۱۵/۴۶	کنترل	
۱	۰/۹۶	۰/۴۸	۱۸/۲۸	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	سبک شهودی
			۱۷/۷۹	کنترل	
۰/۸۸	۰/۸۷	-۰/۹۲	۱۵/۹۴	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	سبک عقلانی
			۱۶/۸۷	کنترل	

تصمیم‌گیری شهودی و عقلانی افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی مؤثر نیست. اما بر کاهش استفاده از سبک اجتنابی، آنی و وابستگی مؤثر است.

در جدول ۶، نتایج مقایسه میانگین‌های گروه‌های آزمایش به منظور مقایسه اثربخشی دو روش مداخله رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و مصاحبه انگیزشی بر سبک‌های تصمیم‌گیری گزارش شده‌است.

با توجه به جدول ۵، یافته‌ها نشان دادند که رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی بر افزایش به کارگیری سبک تصمیم‌گیری عقلانی و کاهش به کارگیری سبک اجتنابی، آنی و وابستگی در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی مؤثر است. همچنین می‌توان گفت که رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر سبک شهودی افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی مؤثر نیست. همچنین نتایج جدول ۵، نشان می‌دهد، مداخله درمانی مصاحبه انگیزشی بر سبک‌های

جدول ۶. نتایج مقایسه میانگین‌های گروه‌های آزمایش در متغیرهای پژوهش

مؤلفه	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
سبک اجتنابی	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۱/۳۴	-۰/۷۵	۰/۶۰	۰/۶۴
	مصاحبه انگیزشی	۱۲/۱۰			
سبک آنی	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۳/۱۲	۰/۱۴	۰/۸۷	۱
	مصاحبه انگیزشی	۱۲/۹۸			
سبک وابستگی	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۳/۲۳	۰/۵۴	۰/۶۶	۱
	مصاحبه انگیزشی	۱۲/۶۹			
سبک شهودی	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۷/۱۸	-۱/۰۹	۰/۹۷	۰/۸۱
	مصاحبه انگیزشی	۱۸/۲۸			
سبک عقلانی	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۹/۵۷	۳/۶۳	۰/۸۷	۰/۰۰۱
	مصاحبه انگیزشی	۱۵/۹۴			

اختلال سوء مصرف مواد افیونی انجام شد. بر اساس نتایج به دست آمده، رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی باعث بهبود سبک‌های تصمیم‌گیری افراد دارای اختلال مصرف مواد افیونی می‌گردد. بر اساس نتایج آزمون این فرضیه، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر کاهش استفاده از سبک اجتنابی، آنی و وابستگی و افزایش استفاده از سبک عقلانی در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش زارع (۲۰) و حسن‌آبادی و همکاران (۸) به طور ضمنی همسو است. یافته دیگر پژوهش حاکی از این بود که مصاحبه انگیزشی بر کاهش استفاده از سبک تصمیم‌گیری اجتنابی، آنی و وابستگی در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی مؤثر است. اما این روش تأثیری بر سبک شهودی و عقلانی ندارد. این یافته با پژوهش سهرابی و همکاران (۱۱) همسو است. برخلاف یافته حاضر در مورد کاهش استفاده آزمودنی‌ها از سبک تصمیم‌گیری اجتنابی، در پژوهش زارع و همکاران (۲۰) نشان داده شد که این سبک در زمینه گرایش به

بر اساس نتایج جدول ۶، میانگین گروه رفتاردرمانی عقلانی هیجانی (۱۱۶/۱۵) به صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه مصاحبه انگیزشی (۱۰۲/۶۹) بود. بنابراین روش رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر سبک‌های تصمیم‌گیری افراد دارای اختلال مصرف مواد افیونی مؤثرتر از روش مصاحبه انگیزشی است. در سبک عقلانی میانگین گروه رفتاردرمانی عقلانی هیجانی (۱۹/۵۷) به صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه مصاحبه انگیزشی (۱۵/۹۴) بود. بنابراین روش رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر سبک عقلانی افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی مؤثرتر از روش مصاحبه انگیزشی است. در سبک‌های اجتنابی، آنی، وابستگی و شهودی نیز تفاوتی بین دو روش وجود ندارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی و مصاحبه انگیزشی بر سبک‌های تصمیم‌گیری در افراد دارای

اختلال سوء مصرف مواد افیونی پیشنهاد می‌گردد این دو روش در مراکز درمان سوء مصرف مواد استفاده شوند. همچنین اثربخشی این دو روش در افراد دارای سوء مصرف سایر مواد اعتیاد آور از جمله مواد محرک مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

در رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی فکر کردن، قضاوت کردن، تصمیم‌گیری و تجزیه و تحلیل بسیار مهم هستند. بنابراین به واسطه مداخله با این رویکرد، فرد یاد می‌گیرد به جای تکیه بر احساسات و غرایز، ارتباط میان ارزش‌ها و نگرش‌هایش را بفهمد و استفاده از شیوه‌های عقلانی تصمیم‌گیری در او افزایش یابد. در مورد اثربخشی این درمان در نمونه افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی می‌توان گفت که درمانگر می‌تواند در شناخت اعمال و افکار غیرمنطقی به آن‌ها کمک نماید، آن‌ها را یاری کند تا دریابند چرا و چگونه این طور شده است و رابطه بین عقاید غیرمنطقی با نارضایتی و اختلال هیجانی را نشان دهند. در این صورت درمان‌جویان از موارد به خصوص که برای بهبود عملکرد عاطفی آن‌ها ضروری است آگاهی می‌یابند. به علاوه این بینش احساس عدم قدرتمندی و یأس را در آن‌ها کاهش می‌دهد و به آن‌ها نشان می‌دهد که آن‌ها قربانیان درمانده نیروهای خارجی نیستند بلکه بر اعمال و حرکات خود کنترل دارند. همچنین این روش رویکردی شناختی است که به نقش اندیشه و باور تأکید می‌کند و این بینش فرد را در فهم ارتباط میان ارزش‌ها و نگرش‌هایش و همچنین اجبارهای مختلفی که در زندگی خود اعمال می‌کند، یاری می‌دهد

عدم تضاد منافع

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلی است که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود است. نویسندگان مقاله از مسئولان مراکز درمان سوء مصرف مواد در نسیم شهر و همه کسانی که جهت اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای را با پژوهشگران داشتند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در این مطالعه شامل کسب مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه تهران با کد ۹۲/۱۳۰/۱۶۸۱، کسب رضایت‌نامه آگاهانه کتبی و شفاهی از شرکت‌کنندگان در پژوهش، رعایت رازداری و محرمانه بودن اطلاعات و اجازه خروج آزادانه از مطالعه بود.

سوء مصرف مواد به صورت مثبت و هدفمند عمل می‌کند چرا که وقتی فرد در موقعیت پرخطر مثل گرایش به سوء مصرف مواد قرار می‌گیرد، با سنجیدن عواقب تصمیم‌گیری خود به صورت هدفمند عمل کرده و از آن اجتناب می‌کند. این یافته با هدفی که میلر از ابداع مصاحبه انگیزشی داشت، هماهنگ است. یکی از اهداف این رویکرد کمک به فرد برای داشتن تصویری شفاف و روشن از اهدافش و دست یابی به آن‌هاست (۱۲). افزایش انگیزه مراجع با دادن احساس آزادی عمل به او برای انتخاب و در عین حال افزایش مسئولیت‌پذیری‌اش زمینه را برای اصلاح سبک تصمیم‌گیری فراهم می‌کند.

مقایسه دو روش درمانی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و مصاحبه انگیزشی نشان داد که در سبک‌های اجتنابی، آنی، وابسته و شهودی تفاوتی بین دو روش وجود ندارد. اما روش رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی بر سبک عقلانی افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد افیونی مؤثرتر از روش مصاحبه انگیزشی است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، در رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی اندیشه، تفکر منطقی و سازماندهی ادراک و تفکر، محور درمان است و در فرایند درمان افکار غیر منطقی و غیر عاقلانه جای خود را به افکار منطقی و عاقلانه می‌دهند (۹). بنابراین این روش می‌تواند در به کارگیری سبک تصمیم‌گیری عقلانی مؤثرتر از روش مصاحبه انگیزشی باشد. در سبک تصمیم‌گیری وابسته فرد با تکیه بر حمایت‌ها و راهنمایی‌های دیگران اقدام به تصمیم‌گیری می‌کند، که در هر دو روش رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی و مصاحبه انگیزشی تفاوتی از این نظر در کمک فکری به فرد وجود ندارد. گرچه مصاحبه انگیزشی ماهیت حمایتی دارد، اما بر اساس یافته حاضر، این ویژگی تفاوت معناداری در تأثیرگذاری بیشتر نسبت به رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی به وجود نیاورده است. همچنین در مورد سبک‌های آنی و شهودی که بر پایه احساسات و هیجانات صورت می‌گیرند به دلیل ماهیت هر دو روش درمانی که احساسات آنی و هیجانات بیمار را هدف قرار می‌دهند، هر دو روش می‌توانند اثرگذاری یکسانی داشته باشند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم برگزاری دوره پی‌گیری جهت سنجش ماندگاری اثر روش‌های درمانی، عدم کنترل وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد نمونه و یکسان بودن پژوهشگر و درمانگر اشاره نمود که امکان سوگیری در نتایج را افزایش می‌دهد. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی برای مشاهده اثرات روش‌های درمانی به کار رفته در مدت زمان طولانی، دوره پی‌گیری داشته باشند. همچنین وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد نمونه کنترل شود و اجرای جلسات درمانی توسط درمانگر دیگری به جز پژوهشگر انجام گیرد تا میزان سوگیری در نتایج از بین برود. در نهایت با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی روش درمانی عقلانی هیجانی بر سبک تصمیم‌گیری عقلانی و مصاحبه انگیزشی بر کاهش استفاده از سبک تصمیم‌گیری اجتنابی و مهارت حل مسئله افراد دارای

References

1. Sadok BJ, Sadok VA, Ruiz P. Psychiatric Summary and Sadok Behavioral Sciences: Clinical Psychiatry Volume II, Translation: Dr. Farzin Rezaei. Eleventh Edition, Tehran: Arjmand Publications, (2016). [[Link](#)].
2. Felman, A. what is addiction? Medical News Today, 2018. [[Link](#)].
3. Bakhshipour Rudsari A, Mahmood Alilou M, Irani SS. comparison of personality traits and disorders and coping strategies of self-aware addicts and the normal group. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 2009; 287: 3-297. [[Link](#)].
4. Schreiber LR, Grant JE, Odlaug BL. Emotion regulation and impulsivity in young adults. Journal of Psychiatric Research, 2012; (46): 651-8. [[Link](#)].
5. Singh R, Greenhous JH. The relation between career decision-making strategies and person-job fit: A study of job changers. Journal of Vocational behavior, 2004; 64(1): 198- 221. [[Link](#)].
6. Harren VA. "A model of career decision making for college students. Journal of Vocational Behavior". 1979; 14 (2): 119-33. [[Link](#)].
7. Hablemitoglu S, Yildirm F. "The relationship between perception of risk and decision making styles of Turkish university students". Journal of World Applied Sciences, 2008; 4(2):214-24. [[Link](#)].
8. Roberts-Lewis AC, Parker S, Welch-Brewer C, Postlethwait AE. Evaluating the cognitive and behavioral outcomes of incarcerated adolescent females receiving substance abuse treatment: A pilot study, Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 2009; 18(2): 157-71. [[Link](#)].
9. Boulgrides JD, Cohen WA, "Leadership Style VS. Leadership tactics". applied Management and Entrepreneurship, Published by The Journal of Applied Management and Entrepreneurship, 2001; 6(1): 59-73. [[Link](#)].
10. Sohrabi F, Akbari Zaradkhaneh S, Targhi Jah S, Phalsafi nejad MR. A Study of the Dissemination of Drug Use in Students of Public Universities in the Academic Year 2006-2007, Social Welfare Magazine, 2009; 9(34): 65- 82. [[Link](#)].
11. Zare H, Kangavari S, Ali Akbari. The Relationship between Perception of Risk and Cognitive Regulation of Emotion with Addiction Tendency with Mediation of Decision Styles, Journal of Psychology, 2018; 22(4): 379- 95. [[Link](#)].
12. Mozaffari-Zadeh M, Qalechi Yazdani S, Heidari F, Shabani M. The Effectiveness of Emotional Rational Therapy on Emotional Beliefs of Semi-Professional Adolescents, Journal of Psychological Applied Research, 2018; 9 (2): 89- 104. [[Link](#)].
13. Bahrami M, Roshan M. The Relationship between Religious Orientation and Irrational Beliefs with a tendency to substance abuse among adolescents, Journal of Social Sciences (Frodsi University of Mashhad), 2018; 16(1): 169-87. [[Link](#)].
14. Markland D, Ryan RM, Tobin VJ, Rollnick S. "Motivational Interviewing and Self-Determination Theory". Journal of Social & Clinical Psychology. 2005; 24(6):811-31. [[Link](#)].
15. Ling W, Charuvastra C, Collins JF, Batki S, et al. Buprenorphine Maintenance Treatment of Opiate Dependence: A Multicenter, Randomized Clinical Trial, National library of medicine, 1998; 93(4): 475- 86. [[Link](#)].
16. Miller WR, Rollnick, S. Motivational Interviewing, Third Edition: Helping People Change (Applications of Motivational Interviewing) 3rd Edition,

Kindle Edition. Thr Guilford Press. New York-London, 2013. [[Link](#)].

17. Dryden, W. Stages of Emotional Rational Behavioral Therapy, Translation: Mehrdad Firoozbakht, Tehran: Art Psychology Publications, 2009. [[Link](#)].

18. Khankeshlo S, Miller WR. devotional Interview in Addiction Treatment, translated by Nasser Hemmati and Farnaz Nazem, second edition. Tehran: Arjmand Publications, 2014. [[Link](#)].

19. Scott SG, Bruce RA. 'Decision making style: The development and assessment of a new measure.' Educational and Psychological Measurement, 1995; 55(5): 818-31. [[Link](#)].

20. Zare H, Arab Shaiban Kh. Reliability and Validity of Decision Making Styles Questionnaire in Iranian Students Psychol Res. Journal of Psychological Research, 2011; 14(2): 112-25. [[Link](#)].