فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۴، شماره ۸ ، بهار سال ۹۹

اثربخشی مشاوره گروهی واقعیت درمانی بر تعلل ورزی و احساس تنهایی در معتادان Na مرکز هنر زندگی شهر تهران

راحله صفوی[۱]، عبداله علیزاده[۲]

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مشاوره گروهی واقعیت درمانی بر تعلل ورزی و احساس تنهایی در معتادان Na است. روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل معتادان Na شهر تهران و نمونه‌گیری با روش تصادفی ساده ۳۰ نفر انتخاب شدند. برنامه آموزشی مداخله اثربخشی مشاوره گروهی واقعیت درمانی در ۸ جلسه و جلسه ۶۰ دقیقه برای گروه آزمایش انجام گرفت. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه احساس تنهایی دی توماسو، برانن و بست (۲۰۰۴) و پرسشنامه تعلل ورزی استیل (۲۰۱۰) استفاده شده است. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی آزمون لون، کولموگروف اسمیرنوف، تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که بین تعلل ورزی و احساس تنهایی در معتادان Na قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری وجود دارد. وجود تفاوت معنادار در زیر مقیاس‌های احساس تنهایی شامل (تنهایی رمانتیک، تنهایی خانوادگی، تنهایی اجتماعی) ($p<0.001$). و در تعلل ورزی ($p<0.001$). براین اساس برگزاری جلسات مداخله گروهی واقعیت درمانی بر تعلل ورزی و احساس تنهایی در معتادان Na مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: مشاوره گروهی واقعیت درمانی، تعلل ورزی، احساس تنهایی، معتادان Na.

[۱] کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
[۲] استادیار

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

مقدمه

امروزه وابستگی به مواد و گرایش به مواد اعتیاد آور یکی از مهم‌ترین بحران‌های اجتماعی و فردی در قرن بیست یکم است. که سلامت، رفاه، ثبات سیاسی و اقتصادی و ساختارهای اجتماعی را تغییر می‌دهد و به عنوان یک تهدید شناخته می‌شود. وابستگی به مواد مخدر یک بیماری زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است که عوارض جسمانی، روحی و روانی به همراه دارد (شیوز، لیپینکات و ویلکینز، ۲۰۱۰). افزایش اعتیاد در جامعه و گرفتاری‌های ناشی از آن یک سو تقاضای افراد برای بهبود مشکلات معتادان از سوی دیگر نشان دهنده نیاز اشخاص به مداخلات آموزش‌های تخصصی در این زمینه است. رفتارهای که افراد معتاد از خود نشان می‌دهند بیش از همه متأثر از مصرف مواد و تعادل روحی و روانی در مواجه به واقعیت‌های اجتماعی که با زندگی آنها درگیراست رخ می‌دهد. از جمله مشکلات رفتاری که در بین معتادان دارای شیوع است اختلالات تعلل ورزی و احساس تنهایی است.

تعلل ورزی یکی از مشکلات رفتاری است که شیوع بسیار زیادی دارد (حسینی و خیر، ۱۳۸۶). تصور اینکه فردی تعلل ورزی نداشته باشد بسیار سخت است، این مشکل رفتاری چنان شایع است که اگر فردی به این گویه "که من هرگز در کارهایم تعلل نداردم" پاسخ صحیح ارائه دهد، می‌توان چنین پنداشت که یا دروغ می گوید و یا می‌خواهد مورد پذیرش بیشتر جامعه قرار گیرد. (بدری حسنی اصل، ۱۳۸۹). محققان، تعلل ورزی را به عنوان روشی برای اجتناب یا فرار از تکالیف دانسته‌اند (سیروس ۲۰۰۷). تعلل و رزی با تأخیر انداختن عمدی و غیرمنطقی تصمیم‌های گرفته شده، علی رغم آگاهی فرد از هزینه‌های تأخیر و یا پیامدها منفی آن بیان شده است (سیمپسون و پیک، ۲۰۰۹). به تأخیر انداختن عمدی و دائمی در آغاز و تکمیل و تکالیف تا حد تجربه احساس ناراحتی تعلل ورزی نامیده می‌شود. تعلل ورزی به معنای دست کشیدن از تکالیف است، هم‌چنین تعلل ورزی به تأخیر آگاهانه در یک رشته اعمال و رفتارهای خواسته شده علی رغم انتظار وخیم تر شدن اوضاع پس از به تأخیر اندازی است (استیل، ۲۰۰۷). در خصوص این که چرا تعلل ورزی شکل می‌گیرد از سوی محققان و نظریه‌پردازان عواملی مختلفی نظیر اضطراب، وابستگی، ترس از ارزیابی منفی، عزت نفس پایین، (فراری، ۱۹۲۲) ترس از شکست، تنفر از کار، احساس تنهای و فقدان انرژی لازم، کمال‌گرایی، درماندگی آموخته شده، خود کم بینی پایین و سطح تحمل و عصبانیت می‌توان شاره کرد.

یکی از مسائل مهم در روابط اجتماعی، احساس تنهایی است. همه افراد گاه‌گاهی تنهایی را تجربه می‌کنند. احساس تنهایی با تهی شدن عاطفی، عدم ابراز احساسات بین فردی و پسرفت روان‌شناختی همراه است. احساس تنهایی، گویای کاستی‌ها و کمبودهایی در برقراری پیوندهای عاطفی و اجتماعی است به‌بیان‌دیگر احساس تنهایی، تجربه ذهنی و آزاردهنده است (وندهت[1] و همکاران، ۲۰۱۳). احساس تنهایی مبتنی بر انزوای اجتماعی و احساس تنهایی مبتنی بر انزوای احساسی. اولی احساس تنهایی را به علت کم بود ادغام اجتماعی مربوط می‌داند و نوع دوم احساس تنهایی یعنی بر انزوای احساسی

[1] - Vanhalst J, Goossens L, Luyckx K, Scholte RH, Engels RC

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

دلالت دارد (بوژن[1]، ۲۰۰۷). افرادی که در برقراری و حفظ روابط رضایت بخش با دیگران ناتوان هستند و در نتیجه در برآوردن نیاز تعلق داشتن " مشکل‌دارند، احتمالاً حس محرومیتی را تجربه می‌کنند که خود را با احساس تنهایی، نشان می‌دهد. احساس تنهایی ممکن است مداوم یا موقتی باشد. با وجود این که احساس تنهایی موقتی غالباً موقعیتی و تجربه‌ای عادی است، احساس مداوم تنهایی نگران‌کننده است (آشر و پاکیوتی[2]، ۲۰۰۳). احساس تنهایی محدود به مرزهای سنی، جنسی، نژادی، اقتصادی یا جسمی خاص نیست (نتو و باروز[3]، ۲۰۰۰). احساس تنهایی از لحاظ کیفیت با تنهایی یا کناره‌گیری اجتماعی اختیاری و بدون تعارض متفاوت است (استوکلی[4]، ۲۰۱۰). احساس تنهایی با تنها بودن (فیزیکی) مترادف نیست، بلکه مربوط به احساس فرد از نبود صمیمیت بین فردی است (هو گز، وایت، هاو کلی، کاسیپو[5]، ۲۰۰۴). هچت و باوم (۱۹۸۴ نقل از احدی، ۱۳۸۸) دریافتند، مدت زمانی که فرد در تنهایی به سر می‌برد، تعیین کننده اساسی میزان احساس تنهایی در او نیست. بلکه تهدید جدایی و کیفیت دل‌بستگی که در افراد ناایمن تجربه می‌شود، در احساس تنهایی نقشی مهم دارد. در این صورت، احساس تنهایی، تهدیدی برای سلامت روان و کار کرد روانی اجتماعی فرد به شمار می‌آید (هنریچ و گالون[6] ۲۰۰۶) از مهم ترین عوامل مؤثر در عود اعتیاد می‌توان به سابقه ترک اعتیاد، معاشرت با دوستان معتاد، تحصیلات، سابقه اعتیاد در خانواده، وضعیت اشتغال، مصرف سیگار، نوع ماده مخدر، سن و تعداد افراد خانوار (شاطریان، منتی، کسانی، منتی، ۱۳۹۳)، دسترسی آسان به مواد مخدر، بی‌کاری و داشتن دوستان معتاد (طراحی و همکاران، ۱۳۹۲)، مشغولیت ذهنی نسبت به مصرف مواد، ضعف و بی‌حالی، مشاجرات خانوادگی (ریماز، محسنی، مرقاتی خویی، دستورپور، اکبری، ۱۳۹۱)، بی خوابی و وسوسه، کشمکش‌های خانوادگی ، عدم پایبندی به درمان (حق‌دوست اسکویی، میرزایی خلیل‌آبادی، میرزایی، راوری، حنفی، میری، ۱۳۸۹)، افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی و اعتیادهای دارویی (پانی، تروگو، کانتو، آگوس و گسا، ۱۹۹۷)، مشکل شناخت، آمادگی یا انگیزه برای درمان، مشخصات آماری بیمار، طول مدت مصرف مواد، سابقه بزهکاری و اختلالات روان‌پزشکی همراه است و همین طورمی توان سابقه درمان‌های پیشین (جویی، سیمپسون، برومه[7]، ۱۹۹۸)، مواجهه با مواد مخدر در منزل (والتون، ریچل، رامانتهان[8]، ۲۰۰۵)، معاشرت با دوستان معتاد، فقر و بزهکاری خانواده همراه شد.

در بهترین شرایط و بهترین درمان‌ها ۹۵ درصد معتادان شش ماه پس از ترک دوباره به چرخه اعتیاد بازگشته و ۵ درصد باقی‌مانده نیز در یکی دو سال آینده به این چرخه باز خواهند گشت. سایر بررسی‌ها حاکی از آن است که انجام اقدامات تکمیلی اعم از روان‌درمانی، گروه‌درمانی، کاردرمانی، ورزش‌درمانی، ایمان درمانی و درنهایت خانواده درمانی علاوه بر دارودرمانی، احتمال عود را از ۲۵ درصد به ۲ درصد کاهش می‌دهد (شرق و همکاران، ۱۳۹۰). حتی پس از این که فرد معتاد مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع نماید نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد به طوری که آمارهای عود اعتیاد نشان می‌دهد بیماری ۸۰ درصد از افراد، کم تر از ۶ ماه مجدداً عود می‌کند (ناستی زایی، ۱۳۸۶). رویکرد واقعیت درمانی مجموعه از روش‌ها، تکنیک ها و ابزارهایی است که در جهت کمک به افراد برای حرکت از انتخاب‌های مخرب

[1] - Bugay A.
[2] - Asher, & Paquett
[3] - Neto, & Barro
[4] - Stoeckli
[5] - Hughes, M. E. Waite, L. J. Hawkley, L. C. & Cacioppo, J. T.
[6] - Henrich, L. M. & Gullone, E.
[7] - Joe, G. W. Simpson, D. D. & Broome, K. M
[8] - Walton, M. A. Reischl, T. M. & Ramanthan, C. S.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

به انتخاب‌های سازنده از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد و مهمتر از همه سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود است (گسلر و گسلر، ۲۰۱۰). در این شیوه‌ی درمانی مواجه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی (بقاء ، عشق وتعلق، آزادی، قدرت، تفریح)، قضاوت اخلاقی درباره درست یا نادرست بودن رفتار، انتخاب و تغییر فکر و عمل، تمرکز بر اینجا و اکنون، مهار درونی و در نتیجه نیل به هویت موفق که ارتباط مستقیمی با حرمت خود و اعتماد به نفس خود دارد، مورد تأکید است. (عبدالهی مهربان، شفیع‌آبادی و بهبودی، ۱۳۹۳). رویکرد واقعیت درمانی معتقد است که اعتیاد یک بیماری روانی نیست بلکه راهی برای کسب لذت و یا رهایی از درد است (گلاسر، ۲۰۱۰). انواع متفاوتی از رویکردهای روان‌درمانی در مورد اعتیاد وجود دارد. با توجه به تأثیر نگرش در شروع و تداوم مصرف مواد و نظر به این که درمان موفق برای سوءمصرف مواد، واقعیت درمانی است که علاوه بر درمان‌های دارویی و نگهدارنده درمان‌های روانشناختی را هم پوشش می دهد، بر این اساس پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این پرسش بود که آیا برنامه آموزشی مشاوره گروهی واقعیت درمانی بر تعلل ورزی و احساس تنهایی در معتادان Na شهر تهران مؤثر است؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع شبه آزمایشی بود که با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل معتادان Na شهر تهران است. نمونه این پژوهش از بین معتادان Na به صورت تصادفی انتخاب شدند. که شرایط ورود به پژوهش را داشته‌اند. پس از مراجعه به مرکز اعتیاد هنر زندگی از میان آنها ۳۰ نفر برای فرایند پژوهش انتخاب شدند که به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵) قرار داده شدند، (معیارهای ورود به پژوهش شرکت‌کننده عبارت بودند از: داوطلب بودن، برخورداری از اعتیاد و مصرف کنند مواد، نداشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، عدم شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی) پس از گرفتن رضایت‌نامه کتبی از هر دو گروه، در رابطه با نحوه برگزاری جلسات و تعداد آنها برای هر دو گروه توضیحاتی داده و پیش‌آزمون اجرا شد. پس‌ازآن پژوهشگر مداخلات برنامه آموزش واقعیت درمانی گروهی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای روی افراد گروه آزمایش اجرا کرد (جدول شماره ۱).

جدول ۱: برنامه آموزشی برنامه آموزش عنوان جلسات واقعیت درمانی گروهی

جلسه	عنوان جلسه	**شرح محتوای جلسه**
اول	ایجاد رابطه خوب یا معتادان	**ایجاد رابطه خوب مبتنی بر احترام، اعتماد و صمیمت، به منظور زمینه‌سازی برای افزایش اثربخشی بیشتر آموزش‌های بعدی**
دوم	بررسی خواسته‌های تحصیلی	**بررسی تصاویر دنیایی مطلوب (خواسته) و دنیای ادراکی معتادان در زمینه انگیزه تعلل ورزی و اهداف احساس تنهایی آنها به منظور شفاف‌سازی این تصاویر برای خود آنها و نیز برای درمانگر**

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

سوم	عرفی مفهوم دنیای مطلوب	**آشنایی با مفهوم دنیای مطلوب و اهمیت آن در خود-پنداره فرد**
چهارم	خود-پنداره	**درک عمیق‌تر مفهوم خود-پنداره و رابطه آن با مفهوم دنیای مطلوب**
پنجم	بررسی رفتارهای کنونی	**افزایش خود-آگاهی معتادان نسبت به افکار و اعمال مؤثر و غیر مؤثر کنونی‌شان**
ششم	سرزندگی	**آشنایی با مفهوم سرزندگی و اهمیت آن در تعلل ورزی و احساس تنهایی**
هفتم	خود-ارزیابی برای تغییر	**ایجاد زمینه درک بهتر میزان سرزندگی و خود ارزیابی راهکارهای بهبود آن توسط معتادان**
هشتم	برنامه‌ریزی عملیاتی برای تغییر	**آشنایی با ویژگی‌های یک برنامه عملی خوب برای ایجاد تغییر**

پس از اتمام مداخله در دو گروه، بار دیگر پرسشنامه تعلل ورزی استیل (۲۰۱۰)، پرسشنامه احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان (SELSA - s)[1]: دی توماسو، برانن و بست[2] (۲۰۰۴)، تکمیل شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و پس از پایان جلسات آموزشی و اجرای پس‌آزمون به‌منظور رعایت اصول اخلاقی و طبق قرار اولیه، آموزش فشرده‌ای برای اعضای گروه کنترل برگزار و مهم‌ترین مباحث به‌صورت خلاصه ارائه شد. در این پژوهش برای سنجش تعلل ورزی محض از پرسشنامه تعلل ورزی استیل (۲۰۱۰) که پس از انجام یک تحلیل عاملی از کلیه پرسشنامه‌های تنظیم شده درباره تعلل ورزی (GPS - AIP -DPQ) توانست آیتم‌های اصلی تعلل ورزی را به دست آورد. وی این مقیاس جدید را مقیاس تعلل ورزی خالص نامیده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال است. بدری رحیم، منصور بیرامی شهرام واحدی جواد عینی پور (۱۳۹۴) پس از ترجمه آن به زبان فارسی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ را برای پایانی آن محاسبه نموده است. همبستگی درونی سؤال‌های این پرسشنامه با یکدیگر که از طریق تحلیل عاملی به‌دست‌آمده است، بالای ۰/۶ می‌باشد که روائی این پرسشنامه را مورد تائید قرار می‌دهد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

برای سنجش احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان (SELSA - s): دی توماسو، برانن و بست (۲۰۰۴)، این پرسشنامه را به منظور فراهم کردن رویکرد چندگانه برای سنجش تنهایی ساخته‌اند. این پرسشنامه شامل ۱۴ سؤال و سه زیر مقیاس است: ۱) تنهایی رمانتیک، ۲) تنهایی خانوادگی و ۳) تنهایی اجتماعی. دامنه پاسخ به هر سؤال ۵ درجه از ۱ کاملاً مخالفم» تا ۵ «کاملاً موافقم» است. احساس تنهایی عاطفی مجموع نمرات مربوط به ابعاد تنهایی رمانتیک و تنهایی خانوادگی

[1] - Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA-S)
[2] - DiTommasso, Brannen and Best

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

است و احساس تنهایی اجتماعی مربوط به بعد تنهایی اجتماعی است. نمرات پایین‌تر در هر بعد نشان دهنده احساس تنهایی بیشتر فرد پاسخ دهنده در آن بعد است و بالعکس. در پژوهش پاتو، حقیقت و حسن آبادی (۱۳۹۱) مقادیر آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس تنهایی اجتماعی ۰/۶۶، تنهایی خانوادگی ۰/۵۸ و تنهایی رمانتیک ۰/۷۳ به دست آمد که نشان دهنده اعتبار نسبتاً مناسب آن بود. در این پژوهش به منظور بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن برای کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد.

بعد از پایان مداخلات آموزشی و جمع‌آوری داده‌های آماری، برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تجزیه‌وتحلیل شدند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تی زوجی، لون و تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از بررسی شاخص‌های توصیفی متغیر تعلل ورزی به تفکیک گروهای مطالعه شده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، در دو گروه آزمایش در پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون بود (جدول شماره ۱).

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی تعلل ورزی معتادان Na در دو گروه کنترل و آزمایش قبل و پس از مداخله

متغیرها	گروه‌ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار
تعلل ورزی	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۳.۴۰	۱۳.۳۶
		پس‌آزمون	۵۲.۱۳	۷.۴۸
	کنترل	پیش‌آزمون	۳۴.۴۶	۴.۹۲
		پس‌آزمون	۳۷.۸۶	۶.۵۰

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از بررسی شاخص‌های توصیفی مؤلفه احساس تنهایی به تفکیک گروهای مطالعه شده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، مقادیر میانگین تنهایی رمانتیک، تنهایی خانوادگی و تنهایی اجتماعی مربوط به احساس تنهایی در گروه آزمایش در پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون بود (جدول شماره ۲).

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های احساس تنهایی معتادان Na در دو گروه کنترل و آزمایش قبل و پس از مداخله

متغیرها	گروه‌ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار
	آزمایش	پیش‌آزمون	۹۶.۶۰۰	۱۵.۱۵
		پس‌آزمون	۱۴۱.۰۶	۱۴.۳۸

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

احساس تنهایی		پیش‌آزمون	۱۰۰.۳۳	۱۳.۴۷
	کنترل	پس‌آزمون	۹۹.۱۳	۱۵.۲۷
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۱.۰۰	۵.۳۴
تنهایی رمانتیک		پس‌آزمون	۴۵.۴۶	۵.۳۸
		پیش‌آزمون	۳۲.۲۶	۴.۷۶
	کنترل	پس‌آزمون	۳۲.۶۶	۵.۳۲
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰.۳۳	۵.۷۲
تنهایی خانوادگی		پس‌آزمون	۴۷.۵۳	۴.۶۷
		پیش‌آزمون	۳۱.۲۶	۳.۷۶
	کنترل	پس‌آزمون	۳۱.۲۰	۶.۳۳
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۵.۲۶	۵.۵۳
تنهایی اجتماعی		پس‌آزمون	۴۸.۰۶	۵.۹۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۳۶.۸۰	۵.۷۴
		پس‌آزمون	۳۵.۲۶	۶.۵۸

هم‌چنین برای بررسی عادی بودن توزیع متغیرهای تعلل ورزی و احساس تنهایی (تنهایی رمانتیک، تنهایی خانوادگی، تنهایی اجتماعی) از آزمون کولموگروف اسمیرونف استفاده شد. نتایج نشان داد تمام متغیرهای بررسی‌شده توزیع طبیعی دارند (۰/۰۵ <p). نتایج آزمون لون نشان داد واریانس تعلل ورزی (F=۱.۱۶، df1 =۳ ،df2= ۵۶ p= ۰/۳۳۱) و احساس تنهایی بین گروه‌ها همگن است (F= 163، df1 =۳ ،df2= 921 56 p= ۰/). برای بررسی اثر مداخله‌ای اثربخشی مشاوره گروهی واقعیت درمانی بر تعلل ورزی و احساس تنهایی در معتادان Na از تحلیل کوواریانس استفاده شد است که بر اساس نتایج به‌دست‌آمده بین تعلل ورزی و احساس تنهایی در دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود دارد. مقدار مجذورات اتای به‌دست‌آمده برای خود تعلل ورزی (Eta= ۰/۳۱۶) و احساس تنهایی (Eta= ۰/۶۳۰) نشان از ۳۱ درصد از تغییرات تعلل ورزی و ۶۳ درصد از تغییرات احساس تنهایی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در گروه آزمایش را می‌توان به اثربخشی مشاوره گروهی واقعیت درمانی نسبت داد (جدول شماره ۳ و ۴).

جدول ۳. تحلیل کوواریانس تعلل ورزی در گروه‌های آزمایش و کنترل در معتادان Na

متغیر	منبع واریانس	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری P	مجذور اتا

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

تعلل ورزی	گروه	۲۶۳.۳۳۳	۳	۸۷.۷۷۸	۸.۶۳۸	۰.۰۰۰	.۳۱۶
	خطا	۵۶۹.۰۶۷	۵۶	۶.۶۹۳			
	کل	۱۰۱۰۴۲.۰۰۰	۶۰				

متغیر تعلل ورزی (Eta=۰/۳۱۶، P= ۰.۰۰۰، (F =(۸.۶۳۸)، بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد (جدول شماره ۴).

جدول ۴. تحلیل کوواریانس احساس تنهایی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل در معتادان Na

متغیر	منبع واریانس	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری P	مجذور اتا
احساس تنهایی	گروه	۲۰۳۱۲.۵۸۳	۳	۶۷۷۰.۸۶۱	۳۱.۸۰۵	۰.۰۰۰	.۶۳۰
	خطا	۱۱۹۲۱.۶۰۰	۵۶	۲۱۲.۸۸۶			
	کل	۷۴۸۸۰۵.۰۰	۶۰				
تنهایی رمانتیک	گروه	۲۰۶۹.۶۵۰	۳	۶۸۹.۸۸۳	۲۵.۳۵۰	۰.۰۰۰	.۵۷۶
	خطا	۱۵۲۴.۰۰۰	۵۶	۲۶.۲۱۴			
	کل	۷۸۵۷۱.۰۰۰	۶۰				
تنهایی خانوادگی	گروه	۳۱۰۸.۱۸۳	۳	۱۰۳۶.۰۶۱	۳۷.۹۶۱	۰.۰۰۰	.۶۷۰
	خطا	۱۵۲۸.۴۰۰	۵۶	۲۷.۲۹۳			
	کل		۶۰				
تنهایی اجتماعی	گروه	۱۷۲۲.۴۵۰	۳	۵۷۴.۱۵۰	۱۶.۱۱۵	۰.۰۰۰	.۴۶۳
	خطا	۱۹۹۵.۰۰۰	۵۶	۳۵.۶۲۶			
	کل	۹۴۲۷۷.۰۰	۶۰				

مؤلفه‌های احساس تنهایی در ابعاد تنهایی رمانتیک (Eta=۰/۵۷۶، P= ۰.۰۰۰، (F =(۲۵.۳۵۰)، تنهایی خانوادگی (Eta= ۰/۶۷۰، P=۰.۰۰، (F=)(۳۷.۹۶۱)، تنهایی اجتماعی (Eta=۰/463، P= ۰.۰۰۰، (F =(۱۶.۱۱۵) بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد (جدول شماره ۵).

بحث

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مشاوره گروهی واقعیت درمانی بر تعلل ورزی و احساس تنهایی در معتادان Na شهر تهران است. نتایج این پژوهش نشان داد که بین تعلل ورزی و احساس تنهایی و هریک از زیر مقیاس‌های آن بین افراد آموزش‌دیده با افراد گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین وجود تفاوت معنادار در زیر مقیاس‌های احساس تنهایی (تنهایی رمانتیک، تنهایی خانوادگی، تنهایی اجتماعی) و تعلل ورزی بین افراد گروه آزمایش و کنترل نیز تائید می‌شود.

این یافته با نتایج پژوهش‌های. عبدالهی مهربان، شفیع آبادی و بهبودی (۱۳۹۳)، شاطریان و همکاران، (۱۳۹۳) همسو است و یافته‌های آنها را تائید می‌کند. نتایج پژوهش های ذکر شده حاکی از اثرگذار بودن واقعیت درمانی در درمان اعتیاد بوده است. در واقع تعلل ورزی در رفتار آنها مشاهده می‌شود و این نوع تعلل ورزی در کارها باعث عدم سلامتی رفتارهای می‌شود، زیر ا بخش مهمی از سلامتی افرادی که به مصرف مواد مخدر مبتلا هستند به رفتارهایی مربوط است که نیاز دارند، آنها را پیوست وار انجام دهند تا طول درمان خود را کاهش دهند. اما تعلل در تأخیر درمان به صورت عمدی و دائمی باعث طولانی‌تر شدن فرایند درمان و بیماری خودشان می‌شود. از سوی دیگر بی‌توجهی آن باعث انزوای اجتماعی فرد می شود. دان، دان و بیدوزا (۲۰۰۷) معتقدند که احساس تنهایی در افراد، نشان دهنده نارسایی و ضعف ارتباط‌های بین فردی با همسالان است که به نارضایتی از روابط اجتماعی با دیگران منجر می‌شود. تنهایی را هوشیاری شناختی فرد از ضعف در روابط فردی و اجتماعی خود توصیف می‌کنند که به احساس غمگینی، پوچی به تأسف و حسرت منتهی می‌شود. به عبارت دیگر احساس تنهایی را به عنوان احساس ناراحتی از انزوا و طرد توسط دیگران می دانند. به نوعی با داشتن تعلل در کارها نوعی انزوا رفتاری در بین افراد شکل می گیرد. منزوی از محیط‌های اجتماعی باعث می‌شود فرد مبتلابه اعتیاد دچار گوشه‌نشینی و روی آوردن به رفتارهای پرخطر از خود شود که بر سلامت وی اثر بسیار زیادی می‌گذارد. احساس تنهایی به طور مزمن، مانع موفقیت در تکالیف و کارکردهای طبیعی زندگی می‌شود و می‌تواند پیامدهای منفی عاطفی، اجتماعی و حتی جسمانی زیانباری را برای افراد معتاد به همراه بیاورد (بلیکا، ۲۰۱۲).

نتیجه‌گیری

افراد معتاد به Na بیش از همه نیاز به فعالیت‌های دارند که بتوان آن‌ها را در طول درمان مشغول نگه دارد و مشغولیت فکری و جسمی می‌تواند بر سلامتی آن‌ها بیفزاید. از این رو با مداخله‌ی مشاوره گروهی واقعیت درمانی که برای حرکت از انتخاب‌های مخرب به انتخاب‌های سازنده از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد و مهم حرکت دهند. در روش درمانی با مواجه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی درباره درست یا نادرست بودن رفتار، انتخاب و تغییر فکر و عمل، تمرکز بر حال، مهار درونی و در نتیجه نیل به هویت موفق که ارتباط مستقیمی با حرمت خود و اعتماد بنفس خود دارد مورد تأکید است. در این روش با شناسایی عوامل مؤثر در بازگشت به مواد و آگاهی از عوامل زمینه ساز در سوق دادن افراد به شروع مجدد اعتیاد، می‌توان با اجرای سیاست‌ها و اقدامات پیشگیرانه و کنترل‌کننده درصد بالای بازگشت به مواد را کاهش داد. در واقع مفهوم کلیدی در اثربخشی واقعیت درمانی نسبت به سایر شیوه‌های درمانی اعتیاد، در پذیرش واقعیت و مسئولیت نسبت به هر چیزی که اتفاق افتاده و تغییری که باید بیافتد، قرار دارد. با توجه به این که شیوه درمان مورد استفاده در این پژوهش، گروهی بود، درمان گروهی، شرکت کنندگان را قادر می‌کند با دیگر اعضای گروه، شبکه اجتماعی تشکیل داده و این

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

شبکه به منزله مبنایی برای تغییر نگرش عمل کند. هم چنین در این روش به افراد معتاد کمک می‌کند تا در محیط‌های اجتماعی بیشتری قرار گیرند و از محیط‌های انزوا انگیز دوری کنند زیرا که احساس تنهایی کردن را می‌توان نارسایی و ضعف محسوس در روابط بین فردی دانست که به نارضایتی از روابط اجتماعی منجر می‌شود رفتارهای ویژه‌ای که هر فرد انتخاب می‌کند تا به ارضای نیازهای اساسی در چارچوب واقعیت و مسئولیت‌پذیری نائل شود، برای هر فرد خاص است. در واقع این نوع درمان به فرد معتاد القا می‌کند که رفتار مسئولانه‌تری در قبال تعلل ورزی‌ها و احساس تنهایی داشته باشد. هر اندازه آگاهی افراد از اثرات سوءمصرف مواد افزایش پیدا کند، اثر تشویقی مواد مخدر کمرنگ‌تر شده و فرد با آگاهی از این اثرات سوء، نسبت به مواد مخدر نگرش منفی‌تری پیدا خواهد کرد. تأثیر مثبت واقعیت درمانی گروهی در تغییر نگرش معتادان می‌تواند این شیوه‌ی درمانی را به عنوان یک رویکرد کارامد و مناسب در اختیار متخصصان قرار دهد.

توصیه‌ها

- حمایت‌های خانوادگی از افراد مبتلا به اعتیاد
- برگزاری جلسات و کانون‌های مشاوره ای به صورت گروهی برای افراد مبتلا به اعتیاد
- ایجاد فرصت‌های شغلی و حمایت‌های اجتماعی از مبتلا شدن به اعتیاد برای جلوگیری از انزوا اجتماعی

منابع:

بدری رحیم، منصور بیرامی شهرام واحدی جواد عینی پور (۱۳۹۴) رابطه کنترل هیجانی با تعلل ورزی دانش آموزان دوره متوسطه، فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی تبریز سال دهم، شماره ۳۷، ۱۷۰-۱۸۴.

بدری گرگری، رحیم؛ و حسینی اصل، فریبا (۱۳۸۹). بررسی رابطه باورهای انگیزشی و راهبردهای یادگیری خودتنظیمی با تعلل ورزی دانشجویان دانشگاه تبریز. تازه ها و پژوهشهای مشاوره، ۳۶، ۱۲۵-۱۱۱.

پاتو، مژگان. حقیقت، فرشته و حسن آبادی، حمیدرضا (۱۳۹۱). بررسی نقش کیفیت ارتباط زوجین در پیش بینی احساس تنهایی، دو فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۵۴۳-۵۶۵

حسینی، فریده السادات و خیر، محمد (۱۳۸۶). پیش بینی تعلل ورزی رفتاری و تصمیم گیری با توجه به باورهای فراشناختی در دانشجویان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال پانزدهم، شماره ۳، ۲۶۵-۲۷۳.

حق دوست اسکویی، سیده فاطمه؛ میرزایی خلیل آبادی، صدیقه؛ میرزایی، طیبه؛ راوری، علی؛ حنفی، نسرین؛ میری، سکینه (۱۳۸۹). عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان، پرستاری ایران، ۲۳ (۶۷)، ۵۸-۴۹.

ریماز، شهناز؛ محسنی، شکرالله؛ مرقاتی خویی، عفت السادات؛ دستورپور، مریم؛ اکبری، فاطمه (۱۳۹۱). مطالعه مورد شاهدی عوامل موثر بر عود سوء مصرف مواد در معتادان مراجعه کننده به دو مرکز ترک اعتیاد شهر تهران. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۰ (۳)، ۵۳۶۴.

شاطریان، محسن؛ منتی، رستم؛ کسانی، عزیز؛ منتی، والیه (۱۳۹۳). عوامل مرتبط با عود اعتیاد در بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر ایلام. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۲ (۶)، ۱۷۳-۱۶۵.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

طراحی، محمد جواد؛ انصاری، حسین؛ حیدری، کاظم؛ شرهانی، اسعد؛ اکرمی، رحیم؛ هولاکویی نائینی، کوروش (۱۳۹۲). بررسی دیدگاه کارشناسان ترک اعتیاد و معتادان خود معرف مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر خرم آباد در مورد عوامل مرتبط با عود اعتیاد سال ۱۳۸۹. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۲ (۴)، ۳۰۸-۲۹۹.

عبدالهی مهربان، نسرین؛ شفیع آبادی، عبدالله و بهبودی، معصومه (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد واقعیت درمانی بر افزایش عزت نفس مادران دارای کودک فلج مغزی (CP). مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۲ (۳)، ۳۶۰-۳۶۸.

ناستی زایی، ناصر (۱۳۸۶). بررسی عوامل خانوادگی عود اعتیاد از دیدگاه معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد شهرستان زاهدان. مجله طلوع بهداشت، ۶ (۲)، ۲۳-۱۷

Asher, S. R. & Paquette J. A. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. Current Directions in Psychological Science, 12(3), 75-78.

Black, K. (2012). Exploring adolescent loneliness and companion animal attachment. Journal of Pediatric Nursing, 27(2), 103-112.

Bugay A. (2007) Loneliness and life satisfaction of Turkish university students. In Education in a Changing Environment Conference Proceedings 2007 (pp. 371-376).

Coviello, D., Zanis, D., Wesnoski, S., Lynch, K., & Drapkin., M. (2011). Characteristics and 9-month outcomes of discharged methadone maintenance clients. Journal Substitute Abuse Treatment, 40(2), 165-174.

DiTommasso, E. Brannen, C. and Best L. A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. Educational and Psychological Measurement Journal, 64(1): 99-119.

Ferrari, J.R. (1992). Psychometric validation of two procrastination inventories for adults: Arousal and avoidance measures. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 14 (2), 97-110.

Glasser, W. & Glasser, C. (2010). The effect of reality therapy based group counseling on the self-esteem. University of Virginia.

Henrich, L. M. & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. Clinical Psychology Review, 26(6), 695-718.

Hughes, M. E. Waite, L. J. Hawkley, L. C. & Cacioppo, J. T. (2004). A shortscale for measuring loneliness in large surveys: Results from two populationbased studies. Research on Aging, 26(6), 655-672.

Joe, G. W. Simpson, D. D. & Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. Addiction, 93(8), 1177-1190

Neto, F. & Barros, J. (2000).Psychosocial concomitants of loneliness among students of Cape Verde and Portugal. The Journal of Psychology, 134(5), 503- 514.

Pani, P. P. Trogu, E. Contu, P. Agus, A. & Gessa, G. L. (1997). Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive methadone maintenance treatment program. Drug Alcohol Dependence, 48(2), 119-126.

Simpson, W. Pychy, T. (2009). In search of the arousal procrastinator: Investigating the relation between procrastination, arousal-based personality traits and beliefs about procrastination motivations. Personality and Individual Differences, 47, 906-911.

Sirois, F. (2007). I'll look after my health, later: A replication and extension of the procrastination-health model with community-dwelling adults. Personality and Individual Differences, 43 PP 15-26.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

Sirvis, E. (2007). Ieu bokade nyheder water replenismenul estension Journal of Substance Abuse, 7(2), 223-233.
Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A metaanalytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. Psychological Bulletin, 133, 1, 65-81.
Steel, P. (2010). Arousal, avoidant and decisional procrastinators: Do they exist? Personality and Individual Differences, 48, 926-934.
Stoeckli, G. (2010). The role of individual and social factors in classroom loneliness. The journal of educational research, 103(1), 28-39.
Vanhalst J, Goossens L, Luyckx K, Scholte RH, Engels RC. (2013)The development of loneliness from mid- to late adolescence: trajectory classes, personality traits, and psychosocial functioning. JAdolesc.2013; 36(6): 1305-12.
Walton, M. A. Reischl, T. M. & Ramanthan, C. S. (2005). Social settings and addiction relapse. Journal of Substance Abuse, 7(2), 223-233.

The effectiveness of group reality therapy counseling on procrastination and loneliness in Na addicts in Tehran

Abstract
The aim of this study was to investigate the effectiveness of group reality therapy counseling on procrastination and loneliness in Na addicts. The research method was quasi-experimental with pre-test and post-test design with control group. The statistical population of this study, including Na addicts in Tehran and sampling by simple random method, selected 30 people. The effective intervention counseling program was implemented in 8 sessions and a 60-minute session for the experimental group. Di Tomasso, Brennan & Best (2004), and Steel's pure procrastination questionnaire (2010) were used to collect information. To analyze the data, mean descriptive statistics and standard deviation and inferential statistics of Lon test, Kolmogorov Smirnov, analysis of covariance were used. The results of this study suggest that there is a statistically significant difference between procrastination and loneliness in Na addicts before and after the intervention. There is a significant difference in subscales of feelings of loneliness (romantic loneliness, family loneliness, social loneliness) ($p < 0.001$). And in procrastination ($p < 0.001$). Accordingly, holding reality therapy group intervention sessions is effective in delaying and feeling lonely in Na addicts.
Keywords: group counseling, reality therapy, procrastination, loneliness, Na addicts.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]