

اثربخشی آموزش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و احساس تنهایی دانش آموزان دختر متوسطه دوم منطقه یزد

لادن معین^۱، فاطمه کارگر^۲

^۱ دکتری مشاوره و راهنمایی هیئت علمی دانشگاه ازاد اسلامی مرودشت.

^۲ کارشناس ارشد مشاوره تحصیلی دانشگاه ازاد مرودشت.

نام نویسنده مسئول:

لادن معین

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۲۵

چکیده

هدف از اجرای پژوهش حاضر اثربخشی آموزش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و احساس تنهایی دانش آموزان دختر متوسطه دوم منطقه ۲ یزد بود. روش پژوهش آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و آزمایش بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان متوسطه دوم منطقه ۲ یزد بود. به منظور انجام این پژوهش ۳۰ نفر دختر به شیوه هدفمند انتخاب و با روش تصادفی به گروه های آزمایش و گواه گمارده شدند. (هر گروه ۱۵ نفر). مداخله درمانی به مدت ۸ جلسه بر روی گروه آزمایش انجام گرفت و به گروه کنترل هیچ آموزشی ارائه نشد. ابزار پژوهش شامل پرسش نامه اضطراب اجتماعی کانور و پرسش نامه احساس تنهایی (UCLA) بود. نتایج نشان داد که آموزش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و احساس تنهایی تاثیر معناداری دارد.

واژگان کلیدی: پذیرش و تعهد، اضطراب اجتماعی، احساس تنهایی، دانش آموزان دختر.

مقدمه

نوجوانی حداثت سن کودکی و جوانی است. در این دوره به دلیل رخ دادن بلوغ، تغییرات و تحولات جسمی، روانی و اجتماعی پدید می‌آید، به نحوی که در پایان این دوره نوجوان هویت جنسی و اجتماعی پیدا می‌کند و برای پذیرش مسئولیت‌های فردی و اجتماعی آماده می‌شود. به - خاطر تحولات دوران بلوغ و تغییر در ارزش‌ها و یافتن هویت‌ها در این دوران بزهکاری و سایر رفتارهای مخرب افزایش می‌یابد. نوجوانان اغلب به علت بلوغ هورمونی و شناختی و مواجه شدن با شبکه‌های اجتماعی وسیع تر، در تجربیات هیجانی و احساسی خود، افزایشی را احساس می‌کنند. احساس تنهایی^۱ که مغایر با ماهیت اجتماعی انسان است واز معمول ترین و فراگیرترین مشکلات جوامع مدرن صنعتی است، از ویژگی‌های شخصیتی و متغیرهای موقعیتی تأثیر می‌پذیرد و توسط همه انسان ها، صرف نظر از نژاد، جنسیت، سن و یا پیشینه فرهنگی تجربه می‌شود (روکاک و نتو،^۲ ۲۰۰۵). احساس تنهایی یک هیجان بنیادی و یکی از قوی ترین تجربه‌های انسانی است و احساس‌های تداعی شده با احساس تنهایی، عدم وجود روابط اجتماعی مناسب را به فرد گوشزد می‌سازد (وود،^۳ ۱۹۸۶). احساس تنهایی عاملی مؤثر هرچند مبهم، در بروز بسیاری از اختلالات و ناخوشی‌های بنیادین روانی است. این متغیر روان شناختی با مشکلات جسمانی و روان شناختی بسیاری همچون افسردگی، خودکشی، سوء مصرف مواد، ناشاد زیستن و تیره روزی مرتبط است و تهدیدی برای سلامت روان، بهکامی و کارکرد روانی - اجتماعی فرد به شمار می‌آید (گلویتزر، ویلینسکا و جایا،^۴ ۲۰۱۸). برخی از پژوهشگران معتقدند با آنکه نوجوانان احساس تنهایی را بیشتر از هر گروه دیگری تجربه می‌کنند در اواخر نوجوانی و اوایل جوانی ضریب خطر تجربه احساس تنهایی افزایش می‌یابد. (دنیز، هامار تا و هری ۲۰۰۵، انگ و منصور ۲۰۱۲). در پژوهش تاجری و همکاران (۱۳۹۸) تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سبک های اسنادی همسران معتادین نشان داده شد که در زمینه متغیر احساس تنهایی و سبک های اسنادی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنادار مؤثر بوده است. پیلو و پرلمن در تعریف خود از احساس تنهایی ادراک شده به سه نکته اساسی اشاره کردند که اکثر محققان در این زمینه با آن موافق هستند (وست، کلنر، مورست،^۵ ۱۹۸۶) نخست اینکه احساس تنهایی ادراک شده در نتیجه درک نارسایی در روابط اجتماعی چه از نظر کمیت و یا از نظر کیفیت توسط فرد حاصل می‌شود. دوم اینکه احساس تنهایی ادراک شده مفهومی ذهنی است و با انزوای ذهنی متفاوت است. سوم اینکه احساس تنهایی ادراک شده یک تجربه ناخوشایند و مضطرب کننده است. اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان در همه ی افراد در حد اعتدال امیز وجود دارد و در این حد به عنوان پاسخی سازش یافته تلقی می‌شود اما اگر اضطراب به صورت مزمن و مداوم تجربه شود که در این صورت نه تنها نمی‌توان پاسخ سازش یافته دانست بلکه باید آن را به منزله منبع شکست، سازش نایافتگی و استیصال گسترده‌ای تلقی کرد که فرد را از بخش عمده‌ای از امکاناتش محروم می‌کند. شاید بتوان اضطراب را به عنوان احساس رنج آوری که بایک موقعیت ضربه امیز کنونی یا با انتظار خطری که به شیئی نامعین وابسته است تعریف کرد (اشجع،^۶ ۱۳۹۱). اضطراب اجتماعی^۷ یکی از شایع ترین و مزمن ترین اختلالات اضطرابی است و میزان شیوع مادام العمر آن حدود ۸ تا ۱۳ درصد است افراد مبتلا به این اختلال ترسی شدید و قابل ملاحظه از حضور در موقعیت‌های اجتماعی و یا عملکردی دارند محتوای غالب این ترس ها، ترس از خجالت کشیدن یا شرمندگی، طرد و یا تحقیر شدن، احمق یا دست و پا چلفتی به نظر رسیدن، در مرکز توجه بودن و مورد ارزیابی منفی توسط دیگران قرار گرفتن می‌باشد (کائوت و گویر،^۷ ۲۰۱۴). اختلال‌های اضطرابی جزو شایعترین اختلالات است، و می‌تواند منجر به اختلال در عملکرد تحصیلی، سازگاری اجتماعی، زندگی خانوادگی و روابط با همسالان گردد امروزه به دلیل عوارضی نظیر افت تحصیلی که اضطراب بر دانشجویان به جا می‌گذارد، اضطراب یکی از مشکلات آموزشی دانشگاه‌های سراسر کشور محسوب می‌شود. که علاوه بر صرف وقت و هزینه گزاف باعث ایجاد مشکلات روانی، خانوادگی و اجتماعی دانشجویان می‌شود (قاسم نژاد و همکاران، ۱۳۹۰). انسان موجودی اجتماعی است و روابط با دیگران برای او ماهیت کنشی دارد اما در افراد

¹ Loneliness² Rokach & Neto³ Wood⁴ Gollwitzer, Wilczynska & Jaya⁵ West, D.A., Kellner, R., & Moore⁶ social Anxiety⁷ Caouette & Guyer

مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، روابط خود به منبع احساسات ناخوشایند تبدیل می‌شود. ویژگی اصلی این اختلال، ترس یا اضطراب مشخص از یک یا چند موقعیت اجتماعی است که فرد ممکن است در آن‌ها مورد مذاقه دیگران باشد و می‌ترسد به دلیل نوع رفتاریا بروز نشانه‌های اضطراب مورد ارزیابی منفی قرار گیرد. قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی تقریباً همیشه برای فرد مبتلا به این اختلال با اضطراب همراه است و او سعی می‌کند از آن اجتناب یا با اضطراب شدید آن را تحمل کند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). در پژوهش لولیان لانکووه‌مکاران (۲۰۱۵) تحت عنوان عزت نفس، وابستگی، خودکارآمدی و انتقاد از خود در اختلال اضطراب اجتماعی گزارش شد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نمرات بالاتر خودانتقادی و وابستگی و نمرات پایین عزت نفس داشتند. در پژوهش دیگری از اشرف زاده و همکاران (۱۳۹۵)، تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و سازگاری اجتماعی پسران دبیرستانی شهر کرمان نشان داده شد که آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب اجتماعی و سازگاری اجتماعی پسران دبیرستانی شهر کرمان اثربخشی دارد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش قسمتی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است به عبارتی درمان پذیرش و تعهد از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات و پذیرش آنها می‌تواند تغییرات مثبتی را در سازگاری و بهزیستی ایجاد نماید. (براون و رایان، ۲۰۰۳). مداخلات اکت افزایش معناداری در تمایل به مشارکت در فعالیت‌های دشوار در عین تجربه هیجانات دشوار را نشان داده اند (ماسودا و همکاران، ۲۰۰۴). در آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش اصل این است که افراد بیاموزند وقایع درونیشان مخصوصاً آنهایی را که ناخواسته‌اند قضاوت نکنند و بپذیرند (مولوی و همکاران، ۱۳۹۳). هدف آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا در حالی است که فرد در فرآیند ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد. این آموزش درباره انجام اقدام موثری است که به وسیله عمیق‌ترین ارزش‌های ما هدایت می‌شود و هم در حالی که ما کاملاً آماده و متعهد هستیم چون تنها از طریق اقدام هشیارانه است که فرد می‌تواند یک زندگی پر معنا بسازد (همایز و همکاران ۲۰۱۲). بنابراین چه گفته شد هدف اساسی پژوهش حاضر بررسی تبیین اثربخشی آموزش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و احساس تنهایی دانش آموزان دختر متوسطه دوم منطقه یزد بود. دو فرضیه به شرح ذیل مورد بررسی قرار گرفته است :

۱: آموزش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی دختران دبیرستانی تاثیر معناداری دارد.

۲: آموزش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی دختران دبیرستانی تاثیر معناداری دارد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر به صورت آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان متوسطه دوم منطقه ۲ یزد بودند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند و تخصیص تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. به این صورت که از بین نواحی دوگانه آموزش و پرورش شهر یزد یک ناحیه (ناحیه ۲) به صورت تصادفی انتخاب گردید. به تمام دانش‌آموزان کلاس دوم متوسطه تست اضطراب اجتماعی و احساس تنهایی داده شد. افرادی که بالاترین نمرات را در اضطراب اجتماعی و احساس تنهایی داشتند در نهایت ۳۰ نفر برای شرکت در این پژوهش انتخاب شدند (هر گروه ۱۵ نفر) که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش :

۱: دارای اختلال اضطراب اجتماعی و احساس تنهایی باشند.

۲: رضایت دانش‌آموزان برای شرکت در طرح

۳: سن ۱۵-۱۶ سال

ملاک‌های خروج از پژوهش :

۱: غیبت بیش از دو جلسه

۲: عدم علاقه مندی دانش‌آموزان به ادامه کار

ابزار گردآوری داده ها

پرسشنامه استاندارد هراس اجتماعی کانور (SPIN)

پرسشنامه هراس اجتماعی در سال ۲۰۰۰ توسط کانور و همکارانش به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی طراحی شد. پرسشنامه مذکور سه حیطه بالینی هراس اجتماعی یعنی ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی این اختلال را می‌سنجد. پرسشنامه هراس اجتماعی کانور (SPI) یک مقیاس خودسنجی شامل ۱۷ ماده است و از سه زیرمقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴) ماده تشکیل می‌شود که هر ماده بر روی یک مقیاس پنج درجه ای لیکرتی از (۰) به هیچ وجه تا (۴) بی نهایت درجه بندی میشود. در ایران نیز در پژوهش حسونند عموزاده و همکاران (۱۳۸۹) الفای کرونباخ این پرسش نامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ و پایایی از طریق باز آزمایی آن ۰/۶۸ و روایی خرده مقیاس های آن با مقیاس های مورد استفاده بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۸ است. در این پژوهش الفای کرونباخ برابر با ۰/۶۶ به دست آمد.

پرسشنامه احساس تنهایی (UCLA)

این پرسشنامه برای یافتن راهی، جهت حل مشکلات نوجوانان طرح شده است. مقیاس تنهایی راسل دارای ۲۰ گویه است که خواننده باید به هر یک از پرسشها روی مقیاس لیکرت چهار درجه ای شامل «هرگز تا اغلب» با نمره ۱ تا ۴ پاسخ دهد. دامنه ی نمرات آن از ۲۰ تا ۸۰ است. مقیاس تنهایی نخستین بار توسط راسل و فرگوسن تدوین شد که نسخه نهایی این مقیاس در چهار گروه دانشجویان، پرستاران، معلمان و افراد مسن، به شیوه های مختلفی از قبیل خود گزارش دهی و مصاحبه اجرا شده و دامنه ی آلفا از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ به دست آمده است (راسل، ۱۹۹۶). سودانی شجاعیان ونیسی (۱۳۹۱) خصوصیات روانسنجی این مقیاس را بررسی نمودند که ضریب پایایی از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ به دست آمد. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات اساتید راهنما و مشاور، خوب ارزیابی و تایید شده است. شیوه اجرا: مداخله به صورت گروهی در هشت جلسه آموزشی ۱۲۰ دقیقه ای هفته ای یک بار برای آزمودنی های گروه آزمایش اجرا شد. روش کار به تفکیک جلسات در جدول شماره ۱ ارایه شده است.

جدول ۱: شرح جلسات

جلسات	اهداف	زمان
جلسه اول	شناسایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، درک اضطراب و احساس تنهایی از دیدگاه اکت، توزیع پرسش نامه	۲ ساعت
جلسه دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها و ایجاد ناامیدی خلاقانه و تقاضا از دانش آموزان جهت گفتگو درباره اضطراب و احساس تنهاییشان بررسی تمرین هفته بعد	۲ ساعت
جلسه سوم	معرفی تمایل به تجربه اضطراب به این عنوان که یک جایگزین برای کنترل و درجه موفقیت ظاهری در کنترل احساسات و برنامه نویسی از رویدادهای درونی و تمرین اعداد	۲ ساعت
جلسه چهارم	مرور تجارب جلسه قبل، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی گسلش، کاربرد تکنیکهای گسلش شناختی، استراحت و پذیرایی مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف	۲ ساعت
جلسه پنجم	مرور تکلیف و تعهد رفتاری مشاهده گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود	۲ ساعت
جلسه ششم	سنجش عملکرد، کاربرد تکنیکهای ذهن آگاهی، تضاد بین تجربه و ذهن، استراحت و پذیرایی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند	۲ ساعت
جلسه هفتم	سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزشهای عملی زندگی	۲ ساعت
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزشها. انجام پس از مون	۲ ساعت

یافته ها

یافته‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده ابتدا شاخص‌های توصیفی متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون، اعم از میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها گزارش شده و در کنار آنها نیز نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف^۸ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌های آزمایش و کنترل گزارش شدند.

یافته‌های توصیفی: در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه‌ها گزارش شده‌اند.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد شاخص‌های مورد بررسی

شاخص	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
ترس	پیش آزمون	آزمایش	17.4000	2.69391
		کنترل	17.5333	2.38647
	پس آزمون	آزمایش	17.7333	2.40436
		کنترل	14.6667	3.01583
اجتناب	پیش آزمون	آزمایش	20.7333	2.71153
		کنترل	21.5333	1.84649
	پس آزمون	آزمایش	20.6667	2.69037
		کنترل	18.0000	2.23607
فیزیولوژی	پیش آزمون	آزمایش	11.9333	1.57963
		کنترل	12.0000	1.41421
	پس آزمون	آزمایش	12.0667	1.33452
		کنترل	10.6000	1.59463
احساس تنهایی	پیش آزمون	آزمایش	71.7333	8.18070
		کنترل	69.2000	5.28069
	پس آزمون	آزمایش	72.9333	8.69702
		کنترل	55.0000	3.94606

بررسی میانگین‌ها در جدول بالا نشان می‌دهد که میانگین گروه‌های آزمایش از پیش آزمون تا پس آزمون کاهش یافته است. اما میانگین گروه کنترل تغییری نکرده و در بعضی موارد افزایش ناچیزی داشته است.

یافته‌های استنباطی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی دختران دبیرستانی تأثیر معناداری دارد.

برای تعیین اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی دختران دبیرستانی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا)^۹ استفاده شد. به منظور بررسی یکسانی واریانس متغیر وابسته از آزمون لوین استفاده شده است. (جدول ۳)

^۸ kolmogorov smirnov test

^۹ Mancova

نتایج آزمون ام باکس^{۱۰} برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گروه کنترل گزارش شده است. (جدول ۴)

جدول ۳: نتایج آزمون لوین

شاخص مؤلفه ها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
ترس	.099	1	28	.755
اجنباب	1.627	1	28	.213
فیزیولوژی	1.421	1	28	.243

جدول ۴: بررسی مفروضه های همگنی ماتریس کوواریانس ها

آماره ام باکس	F	سطح معنی داری
2.432	.358	.906

باتوجه به جدول ۴ مقدار F آزمون ام باکس ($F = 0/614$) معنی دار نمی باشد ($P > 0/05$). بنابراین می توان نتیجه گرفت که ماتریس کوواریانس در دو گروه آزمایش و کنترل برابر است. در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری گزارش شده است.

جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
اثر پیلای ^{۱۱}	.403	5.181 ^b	3.000	23.000	.007	.403
ویلکز لامبدا	.597	5.181 ^b	3.000	23.000	.007	.403
اثر هتینگ ^{۱۲}	.676	5.181 ^b	3.000	23.000	.007	.403
بزرگترین ریشه روی	.676	5.181 ^b	3.000	23.000	.007	.403

با توجه به جدول ۵ مقدار F تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در مولفه های اضطراب اجتماعی ($F = 5/181$) در سطح ($P = 0/007$) معنی دار می باشد. بنابراین می توان گفت که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ مولفه های خلاقیت در پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. در جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس گزارش شده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل در مولفه های اضطراب اجتماعی

شاخص مؤلفه ها	SS آزمایشی	SS خطا	MS آزمایشی	MS خطا	F	P	اندازه اثر
ترس	64.370	64.370	168.572	6.743	9.546	.005	.276
اجنباب	64.073	64.073	113.957	4.558	14.056	.001	.360
فیزیولوژی	13.021	13.021	49.926	1.997	6.520	.017	.207

¹⁰ M Bax¹¹ Pillay¹² Hotelling

با توجه به جدول ۶ مقدار F برای مؤلفه ترس برابر ۹/۵۴۷، برای مؤلفه اجتناب برابر ۱۴/۰۵۶، برای مؤلفه فیزیولوژی برابر ۶/۵۲۰ می‌باشد که نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی دار وجود دارد. برای بررسی اینکه میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس آزمون از مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی کمتر است از میانگین‌های تصحیح شده استفاده شد. در جدول ۷ نتایج میانگین‌های تصحیح شده گزارش شده است. لازم به ذکر است که روش تصحیح بنفرونی برای برآورد میانگین‌ها استفاده شد.

جدول ۷: میانگین‌های برآورد شده برای ابعاد اضطراب اجتماعی

شاخص	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
ترس	آزمایش	16.106 ^a	1.722	1.162	.010
	کنترل	17.827 ^a			
اجتناب	آزمایش	20.304 ^a	1.658	0.955	0.012
	کنترل	21.962 ^a			
فیزیولوژی	آزمایش	10.583 ^a	1.767	0.632	0.008
	کنترل	12.350 ^a			

با توجه به جدول ۷ میانگین گروه آزمایش در مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی کمتر از میانگین گروه کنترل می‌باشد. بنابراین با توجه به این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که آموزش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی دختران دبیرستانی تأثیر معناداری دارد.

آموزش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی دختران دبیرستانی معناداری تأثیر دارد.

جدول شماره ۸: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره نمره پس آزمون نمره احساس تنهایی در دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۸: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره نمره پس آزمون احساس تنهایی در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب اتا
گروه	1945.999	1	1945.999	66.590	.000	.712
خطا	789.041	27	29.224			

همانطور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، تحلیل کوواریانس پس آزمون نمرات کل احساس تنهایی پس از تعدیل پیش آزمون، نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های پیش آزمون، اثر متغیر مستقل بر نمره‌های پس آزمون معنادار است ($P=0/000$). ($F=66/59$, $df=1, 27$).

جدول ۹: نتایج آزمون لوین برای نمره کلی احساس تنهایی

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
احساس تنهایی	0.627	1	28	0.435

جدول ۱۰: میانگین‌های برآورد شده نهایی احساس تنهایی

شاخص مؤلفه ها	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
احساس تنهایی	آزمایش	72.165 ^a	16.397*	2.009	.000
	کنترل	55.768 ^a			

با توجه به جدول ۱۰: میانگین گروه آزمایش در نمره کل احساس تنهایی کمتر از میانگین گروه کنترل می‌باشد. بنابراین با توجه به این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که آموزش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی دختران دبیرستانی تاثیر معناداری دارد.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی میزان اثربخشی آموزش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و احساس تنهایی دانش آموزان دوم متوسطه منطقه ۲ یزد به مرحله اجرا درآمده است. در رابطه با فرضیه اول مبنی بر آموزش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی تاثیر معنادار دارد، نتایج به دست آمده بیانگر آن است که آموزش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی تاثیر معنادار دارد و این مداخله توانسته بر ترس، اجتناب و فیزیولوژی تاثیر معناداری داشته باشد. این یافته پژوهش همسو با پژوهش‌ها و مطالعات قبلی است، به طوری که موسوی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فشار روانی، احساس تنهایی و قند خون مبتلایان به دیابت را نتیجه گرفتند، اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۷)، در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان را گزارش نمودند، سلگی و مغاللو (۱۳۹۶) در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر الگوی رفتاری تیپ A، شادکامی و احساس تنهایی در نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت را نتیجه گرفتند. نریمانی و همکاران (۱۳۹۵)، در پژوهشی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب اجتماعی دانش آموزان دچار اختلال یادگیری را گزارش نمودند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که شخصی که می‌خواهد مشکل هراسش را با خلاص شدن از دست آن حل کند، مرتباً سطح اضطرابش را ارزیابی می‌کند و ترسان در پی بررسی بالا و پامین شدن اضطرابش است. چنین فرآیندی در واقع اضطراب را فراخوانی می‌کند و خطر شرطی شدن فرد به تجربه کردن اضطراب در شرایط و پیشامدهای بیشتر و بیشتری را در پی دارد. اضطراب رفته رفته به قطب دائمی زندگی تبدیل می‌گردد و مراجعان معتقد می‌شوند که تنها وقتی خوشحال زندگی می‌کنند که بطور پیوسته ای خود را در یک آینده خیالی تصور کنند، آینده ای که در آن آموزش شده‌اند و اضطراب صحنه زندگی شان را ترک کرده است. نوعاً در حالی که آن‌ها بطور موداوم تلاش می‌کنند تا ماموریت غیر ممکن زندگی بدون اضطراب را انجام دهند، خود زندگی متوقف شده و نوعی درجاماندگی و حالت انتظار در آن بوجود می‌آید. عمده ترین هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر جهت توجه و تلاش مراجعین از اهداف بیهوده (مثل کاهش احساسات و افکار ناخوشایند) به سوی اعمال مبتنی بر خواسته‌های آن‌ها از یک زندگی مطلوب است. در آموزش پذیرش و تعهد تمام تلاش در رشد و پرورش زندگی مبتنی بر ارزش است که به مراجعین کمک می‌کند تا شیوه زندگی کردن مطلوب خویش را پیدا کنند. و صرفاً به انجام آن شیوه بپردازند؛ بنابراین تلاش‌های درمانی، معطوف به رفتارهایی خواهد بود که در راستای ارزش‌های انتخاب شده توسط مراجع باشد. با توجه به اینکه دانش آموزان دارای اضطراب اجتماعی بر این تفکر هستند که اکثر توانایی روابط اجتماعی را ندارند درمان آموزش پذیرش و تعهد در جلسات اولیه مبتنی بر تجارب ذهنی این دانش آموزان است و به دانش آموزان می‌آموزد که چطوری افکار ناخوایسته خود را کنترل کند «افکاری مثل اینکه من نمیتوانم با دیگران ارتباط برقرار کنم» و در کل می‌آموزد که می‌تواند بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها به طور کامل بپذیرد و بعد با توجه به توانایی که دارد در جهت رفع آن برآید تا موجب کاهش ترس و اضطراب آن‌ها در حضور دیگران شود. همچنین می‌توان بیان کرد که به نظر می‌رسد آموزش فنون مبتنی بر پذیرش و تعهد با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، افراد را از اشتغال ذهنی با افکار تهدید

کننده و نگرانی در مورد روابط با دیگران رها می‌کند و ذهن آن‌ها را از یک دنده بودن خارج می‌کند یعنی این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش نگرانی، تنش فیزیولوژیک و اضطراب در فرد می‌گردد. در واقع پذیرش و تعهد نحوه ذهنیت دانش آموز ناتوان در یادگیری را تغییر می‌دهد و باعث می‌شود که او بتواند ضعف خود را به همسالانش جبران کند بنابراین بیشتر سعی می‌کند سراغ همبازی‌های خود برود و با آن‌ها ارتباط موثری در ارتباط با درس یا مثل دیگر برقرار کند بدون اینکه اضطرابی داشته باشد.

در رابطه با فرضیه دوم مبنی بر آموزش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی تاثیر معنادار دارد. نتایج بررسی فرضیه دوم پژوهش مشخص نمود که آموزش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی دانش آموزان تاثیر معنادار دارد. این یافته پژوهش همسو با مطالعات قبلی است به طوری که فتح‌آ. زاده و همکاران (۱۳۹۵)، در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی در سالمندان با سندرم آشیانه خالی "را نتیجه گرفتند. منشی و جوان بخت (۱۳۹۵)، در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی و احساس تنهایی نوجوانان مراکز شبه خانواده را گزارش نمودند. در پژوهش دیگری تحت عنوان رابطه بین احساس تنهایی و سلامت روان با اعتیاد به اینترنت دانش‌آموزان پسر مقطع اول متوسطه شهر ساری مشخص شد که احساس تنهایی و سلامت روان با اعتیاد به اینترنت دانش‌آموزان رابطه دارد. میزان احساس تنهایی، سلامت روان، اعتیاد به اینترنت دانش‌آموزان، به طور معناداری پایین‌تر از حد متوسط می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی دختران تاثیر معناداری داشته است. در این درمان ابتدا سعی می‌شود تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابل آن، اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. می‌توان گفت تمایل برای صمیمیت بین فردی با هر انسانی از زمان تولد تا مرگ وجود دارد و هیچ انسانی نیست که به دلیل از دست دادن آن مورد تهدید قرار نگیرد. انسان با نیاز به ارتباط و صمیمیت متولد می‌شود. می‌توان گفت هسته‌ی اصلی بیشتر اختلال‌های عاطفی، احساس انزوا و تنهایی است. این امر به خصوص در دختران نمود بیشتری دارد. آدمیان موجودات اجتماعی هستند و به پشتیبانی آرامش و اطمینان خاطری که در همکاری‌های گروهی از جانب دیگران فراهم می‌شود نیاز دارند. افزون بر آن، از طریق بیان نگرانی‌های خود در گروه غالباً می‌توانیم مشکلات خود را واضح‌تر ببینیم. گروه درمانی دانش‌آموزان دختر فرصتی است برای حمایت متقابل و وسیله‌ای است برای کمک به بیمار برای مقابله‌ی مؤثر با استرس و سازش با منابع کاهنده‌ی زندگی. اعضای گروه رفاقت‌های تازه‌ای را در زمان فقدان دوستان قدیم و بالا بردن احترام و اعتماد به نفس پیدا می‌کنند. دانش‌آموزان در این شرایط می‌توانند معنای مناسبی در زندگی بیابند، واکنش خویش را آزادانه برای موقعیت‌های پیش رو انتخاب کنند و مسئولانه نتایج اعمال و انتخاب‌های خود را بپذیرند. در این فرایند آن‌ها متوجه می‌شوند که رنج دوری از والدین و طرد شدن از سوی آن‌ها، غم و اندوه، کمبودها، بیماری‌ها و مشکلات جسمانی اجتناب‌ناپذیر است و فقط یک فرصت باقی می‌ماند که در این موقعیت شیوه‌ی نگرش و طرز برخوردشان با مشکل و تحمل مصائب را تغییر دهند، با معنا دادن به رنج‌ها و دردها بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند و با توجه به گذرا بودن زندگی، وقت، عمر و امکانات خود را صرف کیفیت بخشیدن به زندگی و نه کمیت آن کنند و با نگاهی خوشبینانه به آینده، تعیین اهداف، ارزش‌ها و طرح‌ریزی برنامه‌های جدید در زندگی جرأت روبه‌رو شدن صادقانه و حقیقی با زندگی را پیدا کنند. می‌توان گفت آگاهی و درک جدیدتر و عمیق‌تری که برای دانش‌آموزان ایجاد می‌شود آنان را ترغیب می‌کند که امیدوارانه و با انگیزه‌تر به زندگی خود ادامه دهند. همچنین می‌آموزند که با تمرکز نکردن به زمان زندگی هدفمندتری داشته باشند. به طور کلی، در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، منجر به کاهش احساس تنهایی در دانش‌آموزان دختر شد. در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی، کمک به افراد در راستای تجربه کردن افکار آزار دهنده‌شان صرفاً به عنوان یک فکر و انجام امور مهم زندگی‌شان در راستای ارزش‌هایشان بود؛ در این درمان، با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع در فرایند این درمان، به دانش‌آموزان دختر آموزش داده شد که چگونه از افکار آزار دهنده رهایی یابند، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل کردن بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند. نکته مهم در کاربرد

این روش این است که روش گروهی محاسن فراوانی دارد که منجر به تسهیل و تسریع فرایند درمان می‌شود. از جمله این‌که بسیاری از دانش‌آموزان با سندرم آشیانه خالی به نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و احساس تنهایی خود دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی دانش‌آموزان دختر می‌گردد و انزوای اجتماعی احساس منحصر به فرد بودن را در آن‌ها تقویت می‌کند. درمان گروهی به سهولت این امکان را فراهم می‌سازد که تعدادی از این افراد در یک مکان جمع شده، با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفتگو بنشینند. از بین رفتن این احساس انحصار نه تنها باعث آرامش و راحتی افراد می‌شود بلکه به توسعه‌ی روابط آن‌ها در خارج از محیط درمانی کمک می‌کند ضمن اینکه اعضای گروه در جریان تعامل، به یکدیگر کمک می‌کنند، یعنی در جریان درمان از یکدیگر حمایت می‌کنند، به هم اطمینان می‌دهند، پیشنهاد می‌کنند و بینش می‌دهند به همین دلیل اغلب دانش‌آموزان در اثر گوش کردن به سایر افراد گروه، با مشاهده‌ی آن‌ها به شاخص‌هایی می‌رسند که از درمانگر نمی‌گیرند. در مجموع به نظر می‌رسد کاربرد این روش به لحاظ بالینی سودمند و اثربخش و از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه و قابل توصیه است. به طور کلی نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند احساس تنهایی در دانش‌آموزان دختر را کاهش دهد. بنابراین با توجه به این‌که در پژوهش حاضر مشخص گردید که آموزش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و احساس تنهایی تأثیر معنادار دارد پیشنهاد می‌شود واحدهای آموزشی در سطح آموزش و پرورش کشور به ویژه مشاوران مشغول در کانون‌های اصلاح و تربیت برنامه آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش را در راس روش‌های آموزشی خود قرار دهند. همچنین آموزش تکنیک‌های آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش به دانش‌آموزان و دانشجویان می‌تواند گام موثری در بهبود سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان در مدارس و کاهش اضطراب اجتماعی آنان و به دنبال آن سلامت روانی و جسمانی آنان داشته باشد همچنین به شرکت کنندگان پیشنهاد می‌شود از طریق به کار گرفتن این مهارت‌ها آموخته‌های خود را در طول زندگی همچنان نگه داشته و مرور نمایند تا فراموش نکنند. این عامل باعث می‌شود تا اثربخشی دوره همچنان در طول زمان باقی بماند. مهارت‌های نگهداری و تداوم به افراد کمک می‌کند تا آنچه را که در طول جلسات آموخته‌اند حفظ کرده، به کارگیرند و با استفاده از مهارت انتقال و تعمیم آن را به حیطه‌های زندگی خود نیز گسترش دهند. حفظ و نگهداری مهارت و انتقال و تعمیم آن به سایر حیطه‌ها نه تنها مانع فراموشی مهارت‌ها می‌شود بلکه باعث می‌شود با گذر زمان افراد احساس راحتی و سازگاری بیشتری با محیط تجربه کنند، به علاوه پیشنهاد می‌شود مطالعاتی مشابه جهت تعیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سایر مولفه‌های والد فرزند و سایر اختلالات و ناتوانی‌های دانش‌آموزان مورد بررسی قرار گیرد. این پژوهش مانند اغلب پژوهش‌های حوزه علوم انسانی خالی از محدودیت نبوده از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی و قومی افراد شرکت کننده در این پژوهش اشاره کرد همچنین با توجه به جامعه‌ی آماری و محدود بودن نمونه که فقط دانش‌آموزان دختر یزد را شامل می‌شود، لذا نمونه انتخابی نمی‌تواند نماینده‌ی همه‌ی دانش‌آموزان کشور باشد و نتایج آن به سایر شهرها با احتیاط قابل تعمیم می‌باشد. به علاوه به دلیل محدودیت زمانی و عدم دسترسی به مراجعان مطالعات پیگیری صورت نگرفته است. بنابراین اطلاعاتی در دست نیست که نشان دهد در درازمدت تغییرات ایجاد شده پایدار بوده‌اند یا خیر.

منابع و مراجع

- [۱] اسماعیلی، لیلا. امیری، شعله. عابدی، محمد رضا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان، فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، دوره ۸، شماره ۳۰، ۱۳۷-۱۱۷.
- [۲] اشجع، فرحبخش (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه دار شهر تهران، فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۷، ۱۹: ۱۲۱-.
- [۳] اشرف زاده، شایسته. پور ابراهیمی، فاطمه. باران اولادی، صادق. هاشمی زاده، وحید. منطری توکلی، وجیهه السادات. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب اجتماعی و سازگاری اجتماعی پسران دبیرستانی شهر کرمان، فصلنامه علمی پژوهشی پژوهشنامه تربیتی، شماره ۵، ۱-۱۶.
- [۴] تاجری، بیک. عسگری، اسماعیل. جمهری، فرهاد. برماس، حامد. حکمی، محمد. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سبک های اسنادی همسران معتادین، مجله علوم اجتماعی (دانشگاه آزاد شوشتر)، شماره ۴۴، ۱۵۰-۱۲۳.
- [۵] حسونند عموزاده، مهدی. شعیری، محمد رضا. اصغری مقدم، محمد علی. (۱۳۹۲). آگلو پیش بینی اضطراب اجتماعی با توجه به مولفه های شناختی رفتاری. مجله تخصصی پژوهش و سلامت. ۳. ۳۷۹-۳۸۷.
- [۶] رضایی کلانتری، مرضیه. فروزان افتخاری. (۱۳۹۸). رابطه بین احساس تنهایی و سلامت روان با اعتیاد به اینترنت دانش آموزان پسر مقطع اول متوسطه شهر ساری ۱۳۹۷-۱۳۹۶، مجله فناوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی. ۲۴، ۲۰-۲۴.
- [۷] سلگی، زهرا. مغاللو، وحید. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر الگوی رفتاری تیپ A، شادکامی و احساس تنهایی در نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت، فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش های روان شناسی اجتماعی، دوره ۷، شماره ۲۸، شماره پیاپی ۱، ۵۴-۴۱.
- [۸] سلیمی، عظیمه و جوکار، بهرام و نیک پور، روشنک (۱۳۸۸). ارتباطات اینترنتی در زندگی: بررسی نقش ادراک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهراء.
- [۹] سودانی، منصور. شجاعیان، منصور. نیسی، عبدالکاظم. (۱۳۹۱). اثربخشی معنا درمانی گروهی بر احساس تنهایی مردان بازنشسته، مجله پژوهش های علوم شناختی و رفتاری. سال دوم، شماره اول. پیاپی (۲) ۴۳-۵۴.
- [۱۰] فتح الله زاده، نوشین. سعیدی، فاطمه. سعادت، نادره. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی در سالمندان با سندرم آشیانه خالی، فصلنامه پرستاری سالمندان، دوره ۳، شماره ۲، ۱۰۲-۸۹.
- [۱۱] منشئی، غلامرضا. جواب بخت، زهرا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی و احساس تنهایی نوجوانان مراکز شبه خانواده، فصلنامه مددکاری اجتماعی، دوره ۵، شماره ۴، ۳۹-۳۰.
- [۱۲] موسوی، سارا. احدی، حسن. خلعتبری، جواد. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فشار روانی، احساس تنهایی و قند خون مبتلایان به دیابت، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۲۶، شماره ۱۰۴، ۷۲-۹۷.
- [۱۳] مولوی، پرویز. میکاییلی، نیلوفر. رحیمی، ندا. مهری، سعید. (۱۳۹۳). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و استرس دانش آموزان دارای ترس اجتماعی. مجله علوم پزشکی دانشگاه اردبیل. ۱۴ (۴)، ۴۱۲-۴۲۳.
- [۱۴] نریمانی، محمد. پورعبدل، سعید. بشرپور، سجاد. (۱۳۹۵). اثربخشی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص، مجله ناتوانی های یادگیری، دوره ۶: ۱۲۱-۱۴۰.
- [15] Ang, C. S., & Mansor, A. T. (2012). An empirical study of selected demographic variables on loneliness among youths in Malaysian university. *Asia Life Sciences*, 21(10), 107-121.
- [16] Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- [17] Deniz, M. E., Hamarta, E., & Ari, R. (2005). An investigation of social skills and loneliness levels of university students with respect to their attachment styles in a sample of Turkish students *Social Behaviour and Personality*, 33, 19-32.

- [18] Gollwitzer, A., Wilczynska, M., & Jaya, E. S. (2018). Targeting the link between loneliness and paranoia via an interventionist-causal model framework. *Psychiatry research*, 263, 101-107.
- [19] Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (201۲). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- [20] Lulian lancu, ehud bonder.ftzhakz ben-zion. (2015). Self esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, Volume 58, April 2015, Pages 165-171
- [21] Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 477-485.
- [22] Rokach, A., & Neto, F. (2005). Age, culture, and the antecedents of loneliness. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 33(5), 477-494.
- [23] Russell, D. W. (19۹۶). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40.
- [24] West, D. A., Kellner, R., & Moore-West, M. (1986). The effects of loneliness: a review of the literature. *Comprehensive psychiatry*, 27(4), 351-363.
- [25] Wood, L. A. (1986). Loneliness. W: R. Harré (red.), *The Social Construction of Emotions* (s. 184-208).