

بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر احساس تنهایی عاطفی- اجتماعی در نوجوانان

دختر بی‌سرپرست و بدسرپرست

معصومه ابراهیمی¹، فاطمه عباس‌زاده حصار²*

1دکتری روانشناسی، استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد فردوس، ایران

Mebrahimi1354@yahoo.com

2-کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فردوس، ایران. (نویسنده مسئول)

fatemehabbaszadeh610@gmail.com



فدده

MQ01-02-2026.0401
MNR:415-2-99B485

جامعه‌ای با ساختارهای حمایتی ناپایدار، نوجوانان دختر بی‌سرپرست و بدسرپرست به‌دلیل فقدان حمایت‌های عاطفی و اجتماعی، در معرض بالاترین سطح از احساس تنهایی قرار دارند. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر احساس تنهایی عاطفی- اجتماعی در نوجوانان دختر بی‌سرپرست و بدسرپرست تحت پوشش بهزیستی و کمیته امداد شهر فاروج انجام شد. پژوهش حاضر از نوع کاربردی و با طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل 83 نوجوان دختر بی‌سرپرست و بدسرپرست شهر فاروج در سال 1403-1404 بود که از میان آن‌ها 24 نفر به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه 12 نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش طی 10 جلسه 45 دقیقه‌ای، تحت مداخله آموزشی مبتنی بر پکیج درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند، در حالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد احساس تنهایی عاطفی- اجتماعی دی توماسو (2004) گردآوری و با نرم‌افزار SPSS نسخه 25 و آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (ANCOVA) و چندمتغیره (MANCOVA) تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که آموزش درمان شناختی رفتاری تأثیر معناداری بر کاهش احساس تنهایی عاطفی- اجتماعی در گروه آزمایش داشته است ($p < 0/05$). بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که مداخله‌های مبتنی بر درمان شناختی رفتاری می‌توانند به‌عنوان یک راهکار مؤثر روانی- اجتماعی در برنامه‌های حمایتی نهادهایی مانند بهزیستی و کمیته امداد مورد استفاده قرار گیرند تا سلامت روانی این گروه آسیب‌پذیر تقویت شود.

کلمات کلیدی: درمان شناختی رفتاری، احساس تنهایی عاطفی- اجتماعی.

1- مقدمه

نوجوانی یکی از حساس‌ترین مراحل رشد انسان است که با تغییرات عمیق جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه است. این دوره به دلیل شکل‌گیری هویت، تحول در روابط اجتماعی و نیاز به حمایت‌های عاطفی و اجتماعی، می‌تواند چالش‌های متعددی را برای افراد به همراه داشته باشد. در این میان، نوجوانان دختر بی‌سرپرست و بدسرپرست که تحت پوشش نهادهای حمایتی مانند بهزیستی و کمیته امداد قرار دارند، به دلیل فقدان ساختارهای خانوادگی پایدار و کمبود حمایت‌های اجتماعی، در معرض آسیب‌های روان‌شناختی بیشتری قرار دارند (سعیدی، بشرپور، نریمانی و حسینی صدر، ۱۴۰۳). این گروه از نوجوانان اغلب با مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی پیچیده مواجه هستند که می‌توانند تأثیرات منفی عمیقی بر سلامت روان، عملکرد تحصیلی و کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشند (لودز و همکاران^۱، ۲۰۲۰).

یکی از مسائل روان‌شناختی و اجتماعی پیچیده که می‌تواند تأثیرات منفی و عمیقی بر سلامت روانی و اجتماعی دختران بگذارد، احساس تنهایی عاطفی- اجتماعی^۲ در این گروه از افراد جامعه است (سقزی و گل محمدیان، ۱۴۰۰). احساس تنهایی عاطفی- اجتماعی از متغیرهای مهم در ارتباط با اختلال در روابط بین‌فردی فرض شده و افرادی که از داشتن روابط مثبت، پایدار و با اهمیت بی‌بهره‌اند، احساس عدم رضایت و محرومیت و در نهایت احساس تنهایی دارند (ولترز^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). تنهایی، به عنوان یک مشکل هیجانی و اجتماعی در زمره تجربیات روان‌شناختی افراد و یک نابهنجاری کیفی در فرآیند ارتباطات بین فردی و اجتماعی است (مرادی و غنائی چمن آباد، ۱۴۰۳). تنهایی را می‌توان شامل تنهایی اجتماعی^۴ و عاطفی^۵ دانست که مشخصه تنهایی اجتماعی طرد شدن افراد توسط گروه‌ها یا سازمان‌های اجتماعی است و تنهایی عاطفی نشان دهنده از خود بیگانگی عاطفی است که در روابط مهم و نزدیک بروز می‌کند (یون^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). این احساس تنهایی گاه می‌تواند عینی باشد و گاهی نیز غیرعینی، بدین معنا که فرد تنها نباشد اما احساس تنهایی کند. طبق این سخن، متخصصان برای مشخص نمودن ماهیت چند بعدی احساس تنهایی، بین احساس تنهایی عاطفی (ناشی از فقدان دل‌بستگی با یک رابطه‌ی نزدیک و صمیمی به فردی دیگر) و احساس تنهایی اجتماعی (ناشی از فقدان یک شبکه اجتماعی قابل توجه که در آن فرد جزئی از گروه دوستان یا علائق و فعالیت‌های مشترک است) تفاوت قائل شده‌اند (بارانی و شیخ الاسلامی، ۱۳۹۹). پژوهش‌ها نشان داده است که میانگین احساس تنهایی در میان دختران نسبت به پسران بیشتر است (عموسلطانی و همکاران، ۱۴۰۰). سیمیچارون^۷ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند که احساس تنهایی به تشدید مشکلات بین‌فردی منجر می‌شود، همچنین افرادی که احساس تنهایی بالایی را تجربه می‌کنند، معمولاً در روابط اجتماعی عملکرد ضعیفی دارند. مطالعه ارس و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که احساس تنهایی با سایر هیجانات منفی مانند افسردگی، بدبینی، کمرویی، خصومت، بیگانگی و کنارگیری اجتماعی همراه است.

با توجه به گستردگی این مساله و همچنین با توجه به اهمیت آن، مطالعه‌ی احساس تنهایی عاطفی- اجتماعی در خور بررسی بوده و نیاز به یک روش کارآمد برای کاهش این دو در دختران احساس می‌شود. در این راستا درمان شناختی رفتاری^۸ یکی از روش‌های مناسب برای بهبود احساس تنهایی در پژوهش‌ها شناخته شده است (کال، بلک لاند، شارفن و اندرسون^۹، ۲۰۲۰). این روش درمانی بر

1 Loades et al

2 Emotional and social loneliness

3 Wolters

4 social loneliness

5 emotional loneliness

6 Yun

7 Simcharoen

8 Cognitive behavioral therapy

9 Käll, Backlund, Shafran & Andersson

پایه‌شناسایی و تغییر افکار منفی و الگوهای رفتاری نامطلوب است و به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های لازم برای مدیریت هیجانات، اضطراب و آشفتگی را بیاموزند (کازرونیان و رستمی، 1403). چراکه تمرکز درمان شناختی رفتاری بر روی حل مشکل و هدف، تغییر الگوی فکری مراجع در جهت تغییر پاسخ او به موقعیت‌های سخت است (فوروکاوا¹ و همکاران، 2024). بر اساس تحقیقات درمان شناختی-رفتاری می‌تواند افسردگی، اضطراب و سایر احساسات بد را در افراد بهبود بخشد (تان² و همکاران، 2021). همچنین CBT مبتنی بر یک الگو آموزشی روانی ساختاریافته است که بر نقش تکلیف تأکید می‌کند، مراجع را برای پذیرش نقش فعال در جلسات درمانی و خارج از آن مسئول می‌داند و بر ایجاد یک اتحاد درمانی قوی تأکید می‌کند (نست و بیورنگارد، ویتینگتون و پالمسترنا³، 2021) و برای ایجاد تغییر، از انواع راهبردهای شناختی و رفتاری استفاده می‌کنند (رجایی، نصری و شهابی زاده، 1403). لذا با توجه به جامعه آماری مورد بررسی و نیز افزایش نرخ تنهایی و مشکلات روانشناختی در جوامع مدرن، ضروری است که روش‌های درمانی مؤثر برای مقابله با این چالش‌ها شناسایی و ارزیابی شوند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی در نوجوانان دختر بی‌سرپرست و بدسرپرست انجام می‌شود. این مطالعه به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان شناختی رفتاری در احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی تأثیر دارد؟

2- اهمیت و ضرورت پژوهش

نوجوانی یکی از مهم‌ترین مراحل تحول روان‌شناختی و اجتماعی در زندگی انسان است. در این دوران، نوجوانان نیاز شدیدی به حمایت عاطفی و اجتماعی دارند تا بتوانند هویت خود را شکل دهند و مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباطات سالم را کسب کنند (استاینبرگ⁴، 2020). در این میان، نوجوانان دختر بی‌سرپرست و بدسرپرست که تحت پوشش سازمان‌هایی مانند بهزیستی و کمیته امداد هستند، به دلیل شرایط خاص خانوادگی و اجتماعی، بیش از سایر همسالان خود در معرض احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی قرار دارند (جوهانسون و ریف⁵، 2021). این نوجوانان غالباً به دلیل فقدان حمایت والدین، تجربه طرد اجتماعی و مشکلات ارتباطی، دچار افسردگی، اضطراب و کاهش عزت نفس می‌شوند که در صورت عدم مداخله، می‌تواند پیامدهای منفی بلندمدتی بر سلامت روانی و اجتماعی آن‌ها داشته باشد. فقدان حمایت‌های خانوادگی کافی، تجربه‌های ناگوار زندگی، و محرومیت از شبکه‌های اجتماعی قوی می‌تواند منجر به افزایش احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی در این گروه شود. این مشکلات نه تنها بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد، بلکه می‌تواند به اختلالات روانشناختی جدی‌تری مانند افسردگی، اضطراب و رفتارهای پرخطر منجر شود (ارسلان، 2021). بررسی‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که نوجوانان دختر در مقایسه با نوجوانان پسر، به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و جنسیتی، بیشتر در معرض تنهایی عاطفی و مشکلات روانشناختی قرار دارند (چترین⁶ و همکاران، 2020). این موضوع در گروه‌های آسیب‌پذیر مانند نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست تشدید می‌شود، زیرا این افراد اغلب با کمبود منابع عاطفی و اجتماعی مواجه هستند که می‌تواند نقش محافظتی در برابر مشکلات روانشناختی ایفا کند (بروسان و بزازیان، 1399). یکی از روش‌های مؤثر در کاهش احساس تنهایی، درمان شناختی-رفتاری (CBT) است که با تغییر افکار منفی و ناکارآمد، به نوجوانان کمک می‌کند تا دیدگاه‌های سازنده‌تری نسبت به خود و محیط پیرامونشان پیدا کنند (پورمحسنی و همکاران، 1403). CBT نه تنها به بهبود مهارت‌های اجتماعی و افزایش اعتماد به نفس کمک می‌کند، بلکه به کاهش استرس و افسردگی ناشی از تنهایی نیز

1 Furukawa

2 Tan

3 Nesset

4 Steinberg

5 Johnson & Ruff

6 Chatburn

منجر می‌شود. این روش با تمرکز بر تغییر الگوهای فکری و رفتاری ناسازگار، به افراد کمک می‌کند تا نحوه تفکر و واکنش خود را در برابر موقعیت‌های مختلف بهبود بخشند. با این حال، پژوهش‌های محدودی به بررسی اثربخشی این روش در کاهش احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی در نوجوانان دختر بی‌سرپرست و بدسرپرست پرداخته‌اند.

لذا ضرورت انجام این پژوهش از چند جنبه قابل بررسی است: الف) افزایش شیوع مشکلات روان‌شناختی در میان نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست: مطالعات نشان داده‌اند که این گروه نسبت به سایر نوجوانان در معرض افزایش اضطراب، افسردگی و اختلالات هیجانی هستند و نیاز مبرمی به مداخلات روان‌شناختی دارند (گریسون¹، 2019). ب) نیاز به مداخلات درمانی مبتنی بر شواهد: در حالی که CBT یکی از اثربخش‌ترین روش‌های درمانی برای کاهش آشفتگی روانی است، هنوز مطالعات کافی برای ارزیابی دقیق میزان تأثیر آن در نوجوانان تحت پوشش بهزیستی و کمیته امداد انجام نشده است (کلس²، 2020). ج) کمک به بهبود کیفیت زندگی این نوجوانان: اجرای این پژوهش می‌تواند منجر به توسعه برنامه‌های درمانی هدفمند برای این گروه از جامعه شده و به افزایش سلامت روانی و اجتماعی این گروه از دختران کمک کند. د) پیشگیری از مشکلات روانی و اجتماعی در آینده: مداخلات مؤثر در نوجوانی می‌توانند از بروز مشکلاتی مانند رفتارهای پرخطر، ترک تحصیل و مشکلات اجتماعی در بزرگسالی جلوگیری کنند.

3 روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف از نوع کاربردی و از نظر شیوه جمع‌آوری اطلاعات از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری را کلیه دختران نوجوان بی‌سرپرست و بدسرپرست شهر فاروج در سال 1403-1404 تحت پوشش بهزیستی و کمیته امداد امام (ره) تشکیل دادند که تعداد آنها براساس آمارگرفته شده از مراکز تحت پوشش 83 نفر بود که از این تعداد 29 نفر تحت پوشش بهزیستی و 54 نفر تحت پوشش کمیته امداد بودند. حجم نمونه شامل 24 نفر از دختران تحت پوشش نهادهای مذکور بود که با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه 12 نفر) به صورت همتا (6 نفر بی‌سرپرست و 6 نفر بدسرپرست) قرار گرفتند. برای ورود و خروج از مداخله برخی ملاک‌های پژوهشی مورد توجه قرار گرفتند که عبارتند از: 1 - داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، 2 - عدم ابتلا به اختلال روانپزشکی حاد، 3 - نداشتن سابقه کیفری، 4 - دارا بودن سواد خواندن و نوشتن. و ملاک‌های خروج: 1 - غیبت بیش از دو نوبت از جلسه‌های درمانی، 2 - شرکت همزمان در برنامه‌های مداخله‌ای، 3 - عدم تمایل به ادامه دریافت مداخله، می‌باشد. به منظور گردآوری داده‌ها در این پژوهش از پرسشنامه احساس تنهایی عاطفی- اجتماعی دی توماسو (2004) و پکیج درمان شناختی رفتاری به مدت 10 جلسه مورد استفاده قرار گرفت.

الف) پرسشنامه احساس تنهایی عاطفی- اجتماعی

این پرسشنامه به وسیله دی توماسو، برانن و بست در سال 2004، براساس تقسیم بندی ویس، طراحی و تهیه گردید. این پرسشنامه شامل 14 گویه و سه زیرمقیاس احساس تنهایی رمانتیک (پنج گویه)، خانوادگی (پنج گویه) و اجتماعی (چهار گویه) است و احساس تنهایی عاطفی از مجموع نمرات زیرمقیاس‌های رمانتیک و خانوادگی بدست می‌آید. در مقابل هر گویه طیف 5 گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره 1) تا کاملاً موافقم (نمره 5) قرار دارد. تمامی گویه‌ها به جز گویه‌های 14 و 15 به شیوه معکوس نمره گذاری می‌شوند و کسب نمره بیشتر در هر یک از ابعاد این مقیاس، نشان دهنده احساس تنهای بیشتر در آن بعد است. مؤلفان این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ را بین 0/87 تا 0/90 گزارش کرده اند که از همسانی درونی مناسب مقیاس حکایت دارد. در ایران نیز در پژوهش جوکار و همکاران (1390) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد آزمایش قرار گرفته است. نتایج

1 Greeson
2 Keles

همبستگی این مقیاس با سایر مقیاس‌ها نشان دهنده روایی همگرا و افتراق مطلوب این پرسشنامه بود. همچنین برای پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار این ضریب برای ابعاد تنهایی عاطفی و تنهایی اجتماعی به ترتیب 0/92 و 0/84 بدست آمد. همچنین محقق برای تعیین روایی پرسشنامه از روایی صوری استفاده کرد و برای تعیین پایایی در این پژوهش نیز میزان آلفای کرونباخ مورد سنجش قرار گرفت که عدد 0/80 برای آن بدست آمد و حاکی از پایایی این پرسشنامه بود.

ب) پکیج آموزش درمان شناختی- رفتاری

جلسات درمان شناختی- رفتاری (CBT) برگرفته از پژوهش بزازیان و همکاران (1399) استناد به محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری تورک، هیمبرگ و هوپ (2001) می باشد که محتوای جلسات شامل تکنیک‌ها و مهارت‌ها در طی 10 جلسه 45 دقیقه‌ای به شرح جدول زیر است.

جدول 1 پکیج آموزش درمان شناختی- رفتاری

جلسه	هدف	توضیحات
جلسه اول	معرفی و ایجاد ارتباط برگزاری پیش آزمون	آشنایی درمانگر و نوجوانان با همدیگر و فعالیت‌های جلسات گروهی، ارائه قوانین و وظایف هر عضو، ترغیب افراد به بیان شخصیت فعلی خود، پرداختن به ابعاد نشانه‌های رفتاری و جسمانی و شناختی، بیان انتظارات در فرآیند درمان، افزایش آگاهی.
جلسه دوم	اهداف درمان شناختی رفتاری	ارائه منطق درمان و آموزش اصول درمان شناختی رفتاری، بررسی محاسن ارتباط با دیگران و انجام کار گروهی در مقایسه با انجام کار به تنهایی، تقویت نقش و جایگاه مهم افراد در فعالیت‌های گروهی، تقسیم کار و تسهیل امور در کارهای محل زندگی، پرداختن به فعالیت انتخابی در جلسه.
جلسه سوم	آگاهی افزایی	آگاهی افزایی درباره نگرانی‌های مربوط به رویدادهای حال و آینده و آموزش راهبردهای حل مسئله. تقویت و آموزش مهارت‌های ارتباط کلامی و غیر کلامی مثل گوش دادن و نحوه گفتگوی صحیح، نحوه درخواست محترمانه از دیگران، رعایت کردن حقوق دیگران خصوصاً در محل زندگی مشترک، پرداختن به فعالیت انتخابی در جلسه.
جلسه چهارم	آموزش راهبرد حل مسئله و مواجهه	آموزش راهبرد حل مسئله و شناسایی موقعیت‌های مبهم در زندگی هر کس، توضیح خطوط کلی موقعیت مواجهه، شناخت ویژگی‌های جسمانی و عقلانی هر فرد، بررسی تفاوت‌های ظاهری از نظر ویژگی‌های (مثل رنگ مو، چشم، رنگ پوست و ...) در جهت تقویت باور بی نظیر بودن افراد و افزایش اعتماد به نفس، پرداختن به فعالیت انتخابی در جلسه.
جلسه پنجم	معرفی افکار خودکار	توصیف افکار خودکار بیمار در رابطه با موقعیتی هراس آور، نوشتن یک یا دو مورد از افکار خودکار، شناسایی شده و کار بر روی آن شامل: بررسی و تقویت توانایی‌ها و نقاط قوت هر فرد در مقایسه با گذشته خود و با هدف تقویت احساس ارزشمندی او، پرهیز از خود گویی‌های منفی و بررسی نقش آن‌ها در احساس ناامیدی، پرداختن به فعالیت‌های انتخابی در جلسه.
جلسه ششم	تحریف‌های شناختی، شناسایی باورهای مثبت و منفی	خطای شناختی مورد در افکار خودکار انتخاب، معرفی تحریف‌های شناختی و فرض‌های ناکارآمد و استفاده از تکنیک پیکان روبه پایین و شناسایی باورهای مثبت و منفی درباره نگرانی و به نقد کشیدن باورها، استفاده از روش بازسازی شناختی در تشخیص باورهای اشتباه و موثر در عصبانیت، بهره‌گیری از خود گویی‌های مثبت در هنگام عصبانیت، پرداختن به فعالیت‌های انتخابی در جلسه.
جلسه هفتم	آموزش روش آرمیدگی	آموزش روش آرمیدگی عضلانی همراه با تصویرسازی ذهنی و اجرا همزمان، بررسی نشانه‌ها و علل هیجان و احساس غم در افراد، استفاده از روش بازسازی شناختی در تشخیص علل اشتباه در غم، تعیین موضوعات غم در هر یک از افراد، بهره‌گیری از خود گویی‌های مثبت در هنگام غم، پرداختن به فعالیت‌های انتخابی در جلسه.

جلسه	هدف	توضیحات
جلسه هفتم	روش جایگزینی ذهنی افکار و خاطرات خوشایند، یاد آوری موقعیت‌های استفاده از اضطراب انگیز و روش مقابله با افکار مزاحم یا توقف فکری. بررسی نشانه‌ها و علل هیجان ترس در افراد، استفاده از روش بازسازی شناختی در تشخیص علل و تجسمی باورهای اشتباه و موثر در ترس و نگرانی، پرداختن به فعالیت‌های انتخابی در جلسه.	
جلسه هشتم	بکارگیری تکنیک‌های مربوط به اجتناب از خاطرات و واقع‌های ناراحت کننده شامل: تکنیک‌های حساسیت‌زدایی تدریجی. آموزش مهارت‌های مقابله با ترس (حساسیت‌زدایی منظم اجتناب از مرور و با استفاده از تصاویر مثبت و خوشایند کودکان)، پرداختن به فعالیت‌های انتخابی در جلسات.	
جلسه نهم	اجرای روش جابه‌جایی نقش، بیان حرف‌ها، خواسته‌ها و هیجاناتش و کامل کردن آموزش ایفای جملات ناتمام. آشنایی افراد با تصمیم‌های روزانه در طول زندگی، اهمیت مشورت با افراد قابل اعتماد در تصمیم‌گیری، کمک گرفتن از مربیان، پرداختن به فعالیت‌های نقش	انتخابی در جلسه. پس از آزمون

شیوه اجرا پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی و کسب تأییدیه اخلاقی از کمیته تحقیقات این دانشگاه با شناسه اخلاق [IR.IAU.BIRJAND.REC.1404.132]، مراحل اجرای پژوهش به این صورت آغاز شد که: در مرحله اول، تمامی دختران نوجوان بی‌سرپرست و بدسرپرست شهر فاروج تحت پوشش سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی (ره) در سال تحصیلی 1403-1404 (تعداد 83 نفر) از طریق پرسشنامه احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی دی‌توماسو (2004) مورد غربالگری قرار گرفتند. بر اساس نمره برش برای این پرسشنامه‌ها، افرادی که نمره آن‌ها نشان‌دهنده سطح بالای احساس تنهایی بود، به‌عنوان افراد واجد شرایط اولیه شناسایی شدند. در ادامه، تعداد 24 نفر از این افراد بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در ادامه پس از آشنایی کامل با اهداف و روش پژوهش، تمامی شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه خود را امضا کردند و وارد مطالعه شدند. سپس، شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (12 نفر) و گواه (12 نفر) تقسیم شدند. برای اطمینان از همسانی گروه‌ها، هر گروه شامل 6 نفر بی‌سرپرست و 6 نفر بدسرپرست بود. سپس گروه آزمایش طی 10 جلسه درمانی (هفته‌ای دو بار، هر جلسه 45 دقیقه) تحت مداخله درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر اساس پکیج درمانی استاندارد قرار گرفت. جلسات به‌صورت گروهی و در محیطی مناسب و محرمانه توسط پژوهشگر (که دارای تخصص و آموزش در زمینه درمان شناختی-رفتاری است) اجرا شد. محتوای جلسات شامل آموزش مهارت‌های مدیریت هیجان، بازسازی شناختی، تکنیک‌های حل مسئله، و تقویت راهبردهای مقابله‌ای بود. گروه گواه در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و به فعالیت‌های عادی خود ادامه داد. پس از پایان دوره مداخله، پس از آزمون از هر دو گروه با استفاده از همان پرسشنامه‌ها انجام شد. در این پژوهش، به‌منظور رعایت حقوق شرکت‌کنندگان و حفظ حریم خصوصی و کرامت انسانی آن‌ها، ملاحظات اخلاقی زیر به‌دقت رعایت شد: کسب رضایت آگاهانه: تمامی شرکت‌کنندگان پس از دریافت توضیحات کامل در مورد اهداف، روش اجرا، و مزایا و معایب احتمالی پژوهش، رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کردند. به آن‌ها اطمینان داده شد که مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه است. حفظ محرمانگی: اطلاعات شخصی و داده‌های جمع‌آوری‌شده از شرکت‌کنندگان به‌صورت کاملاً محرمانه نگهداری شد و در هیچ مرحله‌ای از پژوهش هویت آن‌ها افشا نشد. داده‌ها با کد شناسایی ذخیره شدند تا از شناسایی افراد جلوگیری شود. حق خروج از پژوهش: به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد که در هر زمان می‌توانند بدون هیچ‌گونه پیامد منفی از پژوهش خارج شوند. عدم ایجاد آسیب: طراحی پژوهش و جلسات مداخله به‌گونه‌ای بود که هیچ‌گونه آسیب جسمی یا روانی به شرکت‌کنندگان وارد نشود. همچنین، محتوای جلسات درمانی تحت نظارت متخصصان مجرب اجرا شد. عدم تبعیض: انتخاب شرکت‌کنندگان بدون هرگونه تبعیض (مانند وضعیت اجتماعی، اقتصادی یا خانوادگی) و صرفاً بر اساس معیارهای ورود

و خروج انجام شد. این ملاحظات تضمین‌کننده رعایت اصول اخلاقی در تمام مراحل پژوهش بود و به حفظ اعتماد و آسایش شرکت‌کنندگان کمک کرد.

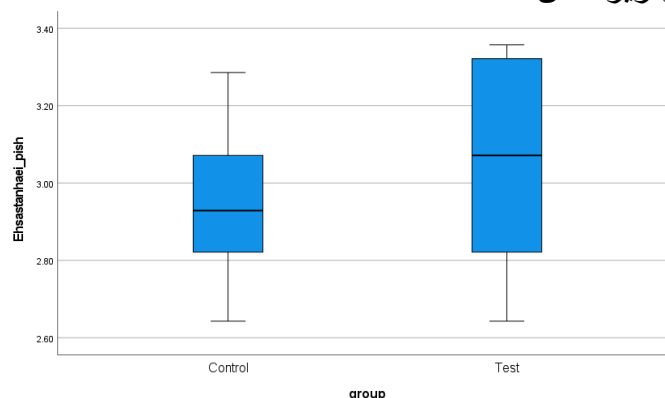
در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام گرفت. بدین‌صورت که ابتدا با استفاده از آمار توصیفی به توصیف نتایج حاصله از جامعه آماری پرداخته شد. در آمار توصیفی از جدول توزیع فراوانی، درصد، نمودار و میانگین استفاده شد. تحلیل و آزمون فرضیات نیز با کمک آمار استنباطی انجام شد. بدین‌صورت که در جهت آزمون فرضیات، داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ضمناً تمام مراحل توصیف و ترکیب و آزمون فرضیات با استفاده از بسته نرم‌افزاری SPSS 25 انجام شد.

4- یافته‌ها

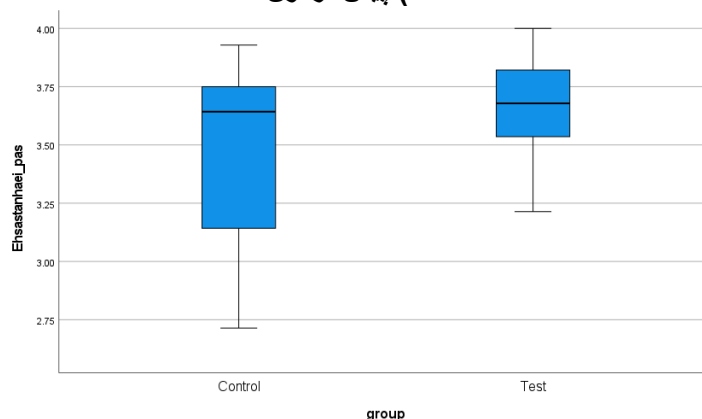
شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیر احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی در جدول 2 بیان شده است. جدول 2 شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیر احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی

گروه	موقعیت	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
آزمایش	پیش آزمون	3/0476	0/27468	2/64	3/36
	پس آزمون	3/5223	0/21777	3/21	4
کنترل	پیش آزمون	2/9702	0/19611	2/64	3/29
	پس آزمون	3/4821	0/39019	2/71	3/93

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار در پیش آزمون گروه آزمایش احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی 3/0476، 0/27468 و در پیش آزمون گروه کنترل، 2/9702، 0/19611 و در پس آزمون گروه آزمایش 3/5223، 0/21777 و در گروه کنترل 3/4821، 0/39019 می‌باشد. همچنین نمودار مربوط به گروه کنترل و آزمایش در حالت های پس آزمون و پیش آزمون در زیر نشان داده شده است.



الف) پیش آزمون



ب) پس آزمون

نمودار 1 میانگین گروه های کنترل و آزمایش متغیر احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی

قبل از انجام تحلیل استنباطی آماری، ابتدا باید نرمال بودن داده ها مورد بررسی قرار گیرد. برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌های توزیع روش کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. استیونس (2002، به نقل از شریفی و همکاران، 1391) معنی‌داری آماری این شاخص را به طور آرمانی در سطح آلفای 0/001 بیانگر تخطی از نرمال بودن تک متغیری می‌داند.

جدول 3 بررسی مفروضه نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره Z	سطح معنی دار (p)
آزمون کلموگروف اسمیرنوف		

باتوجه به نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف مشاهده می شود که سطح معناداری بیشتر از 0/05 بوده و داده ها دارای توزیع نرمال هستند. لذا باید از آزمون های پارامتریک برای بررسی آزمون فرضیات پژوهش استفاده نمود. لذا برای دستیابی به نتایج فرضیه باید از آزمون تحلیل کواریانس استفاده نمود. ابتدا باید پیش فرض همگنی ماتریس های کواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه های آزمون مورد تایید قرار گیرد. بدین منظور نتایج آزمون ام باکس (Box M) را بررسی می کنیم که در جدول 4 بیان شده است.

جدول 4 نتایج جدول ام باکس

ام باکس	فراوانی	درجه آزادی 1	درجه آزادی 2	سطح معناداری
75/394	1/544	30	1099/761	0/31

جدول 4 نتایج آزمون ام باکس را برای ارزیابی مفروضه همگنی ماتریس های کواریانس متغیر وابسته (احساس تنهایی عاطفی- اجتماعی) در گروه های آزمایش و کنترل نشان می دهد. آماره ام باکس برابر با 75/394، با درجه آزادی ۱ برابر با 1/544، درجه آزادی ۲ برابر با ۳۰ و سطح معناداری برابر با 0/31 است. از آنجایی که سطح معناداری بزرگتر از سطح آلفای استاندارد است، فرض صفر آزمون (همگنی ماتریس های کواریانس) رد نمی شود. این نتیجه بیانگر آن است که واریانس ها و کوواریانس های متغیرهای وابسته در بین گروه ها مشابه بوده و مفروضه کلیدی برای انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیره برقرار است. لذا پیش فرض همگنی ماتریس های کواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه های آزمون مورد تایید قرار می گیرد. برقراری این مفروضه، اعتبار نتایج بعدی را افزایش می دهد و نشان دهنده آن است که تفاوت های مشاهده شده بین گروه ها ناشی از عوامل خارجی یا ناهمگنی پایه ای داده ها نیست، بلکه می تواند به مداخله آموزشی نسبت داده شود. لذا در ادامه نتایج تحلیل آزمون لون (Levene's) برای متغیر احساس تنهایی عاطفی- اجتماعی در جدول 5 بیان شده است.

جدول 5 نتایج تحلیل لون برای احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی

مقیاس	آماره لون	درجه آزادی 1	درجه آزادی 2	سطح معناداری
بر اساس میانگین	1/829	3	20	0/174
بر اساس میانه	0/843	3	20	0/486
بر اساس میانه با درجه آزادی تعدیل شده	0/843	3	10/919	0/499
بر اساس میانگین اصلاح شده	1/844	3	20	0/172

جدول 5 نتایج آزمون لون را برای ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های متغیرهای وابسته ارائه می‌دهد. برای متغیر احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی، آماره‌ها شامل 1/829 بر اساس میانگین، 0/843 بر اساس میانه، 0/843 بر اساس میانه تنظیم‌شده و 1/844 بر اساس میانگین اصلاح‌شده است. سطوح معناداری بزرگتر از 0/05، به دست آمده که نشان‌دهنده برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها برای این متغیر است. بنابراین می‌توان بیان کرد این مفروضه نیز تأیید شده و شرایط لازم برای انجام تحلیل کوواریانس فراهم است.

جدول 6 نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی

منبع	درجه آزادی	میانگین مربع فراوانی	سطح معناداری	اثر
پیش‌آزمون (کواریت)	1	0/982	8/207	0/009
گروه (اثر مداخله)	1	2/059	19/799	0/001
				0/485

جدول 5 نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره را برای متغیر احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی ارائه می‌دهد. برای اثر گروه (مداخله)، درجه آزادی 1، میانگین مربعات 2/059، آماره F برابر با 19/799، سطح معناداری 0/001 و اتای جزئی 0/485 به دست آمد. سطح معناداری کمتر از 0/05 و اندازه اثر بزرگ (0/485) بیانگر تأثیر قوی مداخله است. برای پیش‌آزمون (کواریت)، آماره F برابر با 8/207 و سطح معناداری 0/009 و اتای جزئی 0/281 به دست آمد. این نتایج تفاوت معنادار بین گروه‌ها را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد حدود 48/5 درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی توسط مداخله تبیین می‌شود. بنابراین می‌توان بیان کرد آموزش درمان شناختی-رفتاری بر احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی در نوجوانان دختر بی‌سرپرست و بدسرپرست تحت پوشش بهزیستی و کمیته امداد تأثیر معناداری دارد و فرضیه پژوهش پذیرفته می‌شود.

5- بحث و نتیجه گیری

برای بررسی فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (ANCOVA) استفاده شد. نتایج نشان داد که آموزش درمان شناختی-رفتاری تأثیر معناداری بر کاهش احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی در نوجوانان دختر بی‌سرپرست و بدسرپرست تحت پوشش بهزیستی و کمیته امداد دارد. این یافته بیانگر آن است که درمان شناختی-رفتاری نه تنها بر افکار و هیجانات فردی، بلکه بر ادراک از روابط اجتماعی و حس تعلق نیز تأثیرگذار بوده است.

بر این اساس در سطح داخلی، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پورمحسنی کلوری و همکاران (1403) هم‌راستا است؛ این پژوهشگران نشان دادند که درمان شناختی رفتاری منجر به کاهش معنادار انزوای اجتماعی و حساسیت اضطرابی در نوجوانان دختر مبتلا به صدابیزاری می‌شود. همچنین، شعبانی (1401) در پژوهشی مشابه گزارش کرد که درمان شناختی-رفتاری توانسته است احساس تنهایی را در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطرابی به‌طور معناداری کاهش دهد. این یافته‌ها با نتایج غفاری شهیر، اسدپور و زهراکار (1400) نیز همپوشانی دارد که مؤثر بودن درمان شناختی رفتاری

را در کاهش احساس تنهایی در زنان متاهل قربانی خشونت خانگی تأیید کردند؛ نکته‌ای که نشان می‌دهد این رویکرد درمانی در جمعیت‌های مختلف با تجربه‌های محرومیت عاطفی و اجتماعی، کارایی دارد.

در پژوهش‌های خارج از کشور نیز، شواهد قوی‌ای وجود دارد که از یافته‌های پژوهش حاضر حمایت می‌کنند. به عنوان مثال، کیم و همکاران (2024) در کره جنوبی نشان دادند که درمان‌شناختی رفتاری به‌طور معناداری احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی را در نوجوانان بدسرپرست کاهش می‌دهد. همچنین، اندرسون و همکاران (2023) در انگلستان گزارش کردند که این مداخله منجر به کاهش تنهایی اجتماعی در نوجوانان دختر بی‌سرپرست شده است. این یافته‌ها با نتایج چن و ژانگ (2022) در چین و آیونینگ‌تایس و همکاران (2023) در مورد نوجوانان پرورشگاهی نیز همجهت است؛ چراکه هر دو مطالعه مؤثر بودن درمان‌شناختی رفتاری را در کاهش تنهایی و بهبود تعاملات اجتماعی تأیید کردند.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر در راستای یک جریان پژوهشی جهانی قرار دارد که به‌طور مکرر نشان داده است درمان‌شناختی-رفتاری با هدفگیری باورهای منفی درباره خود و دیگران، بهبود مهارت‌های اجتماعی و تقویت حس تعلق، می‌تواند احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی را در نوجوانان "به‌ویژه در شرایط محرومیت اجتماعی و عاطفی" به‌طور مؤثری کاهش دهد.

لذا در تبیین فرضیه فوق می‌توان بیان داشت که آموزش درمان‌شناختی رفتاری با اصلاح باورهای منفی درباره خود، دیگران و روابط اجتماعی، و همچنین با تقویت مهارت‌های ارتباطی و شناخت اجتماعی، توانسته است به‌طور معناداری احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی را در نوجوانان دختر بی‌سرپرست و بدسرپرست کاهش دهد. این کاهش نشان می‌دهد که مداخله نه تنها بر سطح درونی تجربه تنهایی تأثیر گذاشته، بلکه به بهبود ادراک از حضور دیگران، امکان ایجاد ارتباط و احساس تعلق نیز کمک کرده است (بروسان و بزازیان، 1399). با توجه به شرایط زندگی این نوجوانان که اغلب با فقدان حمایت‌های پایدار عاطفی و اجتماعی همراه است، کاهش تنهایی عاطفی-اجتماعی می‌تواند گامی اساسی در جهت تقویت سلامت روان، افزایش اعتماد به نفس و تسهیل ادغام اجتماعی آن‌ها محسوب شود.

از دیدگاه نظری در تبیین فرضیه می‌توان بیان داشت، احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی ریشه در باورهای ناسازگار، تفسیرهای منفی از تعاملات اجتماعی و ناتوانی در برقراری روابط معنادار دارد. درمان‌شناختی-رفتاری با هدفگیری این ساختارهای شناختی، به نوجوانان کمک می‌کند تا الگوهای فکری مرتبط با بی‌اعتمادی، بی‌ارزشی یا ترس از طرد شدن را شناسایی و اصلاح کنند (غفاری شهیر، اسدپور و زهراکار، 1400). این رویکرد همچنین با آموزش مهارت‌های اجتماعی "مانند گوش دادن فعال، بیان احساسات و حل تعارض" زمینه را برای تجربه‌های تعاملی مثبت فراهم می‌آورد. در نتیجه، نه تنها ادراک فرد از تنهایی کاهش می‌یابد، بلکه توانایی واقعی او برای ایجاد و حفظ روابط سالم نیز تقویت می‌شود. این فرآیند، تنهایی را نه به عنوان یک وضعیت خارجی، بلکه به عنوان یک تجربه ذهنی قابل دگرگونی می‌پندارد.

از منظر کاربردی در تبیین فرضیه می‌توان بیان داشت کاهش احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی در نوجوانان دختر بی‌سرپرست و بدسرپرست می‌تواند پیامدهای گسترده‌ای در سطح فردی و اجتماعی داشته باشد. این گروه به دلیل فقدان شبکه‌های حمایتی پایدار، در معرض خطر انزوای طولانی‌مدت، کاهش اعتماد به نفس و بروز مشکلات رفتاری یا هیجانی هستند. مداخله‌های مبتنی بر درمان‌شناختی-رفتاری با تقویت حس تعلق و بهبود کیفیت تعاملات اجتماعی، می‌توانند از پیشرفت این چرخه منفی جلوگیری کنند. اجرای چنین برنامه‌هایی در مراکز بهزیستی و کمیته امداد "با استفاده از ظرفیت مشاوران آموزش‌دیده" می‌تواند به عنوان یک راهکار پیشگیرانه و درمانی مؤثر، سلامت روانی این نوجوانان را در بلندمدت تثبیت کند و زمینه را برای ادغام موفق‌تر آن‌ها در جامعه فراهم آورد. در این راستا دسترسی به شرکت‌کنندگان کاملاً وابسته به همکاری نهادهای حمایتی (بهزیستی و کمیته امداد) بود. این وابستگی ممکن باعث محدودیت در انتخاب آزاد نمونه، زمان‌بندی جلسات یا

حتی محتوای مداخله شد، زیرا تصمیمات نهادی گاهی با اهداف پژوهشی همراستا نبود. نوجوانان تحت پوشش این نهادها اغلب در معرض تغییرات محیطی (مانند انتقال به خانواده سرپرست جدید، ورود به مراکز شبانه‌روزی یا ترک مرکز) هستند. این پویایی‌ها انجام مطالعات پیگیری بلندمدت را دشوار یا غیرممکن می‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود برگزاری کارگاه‌های هفتگی با محوریت بازسازی باورهای منفی درباره روابط (مانند «من شایسته عشق نیستم» یا «دیگران مرا طرد می‌کنند») و آموزش مهارت‌های اجتماعی (همدلی، بیان احساسات، درخواست کمک) در فضایی امن و گروهی. جفت‌کردن هر نوجوان جدید با یک همتای با تجربه از همان مرکز برای ایجاد حس تعلق، تسهیل ارتباطات اولیه و کاهش احساس غربت و انزوا در محیط جدید.

منابع

1. بارانی، حمید و شیخ الاسلامی، راضیه. (1399). تبیین علی احساس تنهایی اجتماعی- عاطفی دانشجویان کارشناسی دانشگاه شیراز بر اساس ذهن آگاهی و عدم درگیری اخلاقی. مطالعات روانشناسی تربیتی، 17(38)، 1-24.
2. بروسان، بهشید و بزازیان، سعیده. (1399). اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) بر احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و خودآزمندی در زنان مبتلا به افسردگی. نشریه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی، دوره: 6، شماره: 4.
3. پورمحسنی کلوری، فرشته، سید موسوی، سیده خدیجه، غفاری، عذرا و تکلوی، سمیه. (1403). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر انزوای اجتماعی و حساسیت اضطرابی نوجوانان دختر مبتلا به صداپیزی. مطالعات روانشناسی بالینی.
4. رجایی، معصومه، نصری، مریم و شهابی زاده، فاطمه. (1403). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، 67(2)، 661-676.
5. سعیدی، زهرا، بشرپور، سجاد، نریمانی، محمد، حسینی صدر، علیرضا. (1403). اثربخشی هنردرمانی متمرکز بر شفقت بر تحمل آشفتگی نوجوانان دختر بدسرپرست و بی‌سرپرست: یک مطالعه نیمه‌تجربی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، 23(3)، 191-204.
6. سقزی ایوب، گل محمدیان، محسن. (1400). نقش واسطه‌ای سبک‌های عشق‌ورزی در رابطه احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی با رغبت به ازدواج در دانشجویان دختر. رویش روان‌شناسی، 10(6)، 107-116.
7. شعبانی، فاطمه. (1401). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر احساس تنهایی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطرابی. پانزدهمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی.
8. عموسلطانی، صفورا، یزدخواستی، فریبا، عریضی، حمیدرضا و عباسی جندانی، جواد. (1400). تأثیر روان‌نمایشگری با محتوای مهارت‌های زندگی بر احساس تنهایی، شادکامی، روابط عاطفی و حمایت اجتماعی والدین در دختران نوجوان وابسته به تلفن همراه. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، 12(45)، 239-268.
9. غفاری شهیر، مژگان، اسدپور، اسماعیل، زهراکار، کیانوش. (1400). مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری و هیجان‌مدار بر احساس تنهایی در زنان متأهل قربانی خشونت خانگی. تازه‌های علوم شناختی، 23(1)، 95-105.
10. کازرونیان، زهرا، رستمی، رضا. (1403). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سلامت روان کودکان و نوجوانان با اختلال طیف اوتیسم: مطالعه مروری نظام‌مند. فصلنامه سلامت روان کودک، 11(3)، 34-47.
11. مرادی، محدثه و غنائی چمن آباد، علی. (1403). پیش‌بینی تنهایی اجتماعی و عاطفی در دانشجویان بر اساس بدتنظیمی هیجانی: نقش تعدیل‌کننده جنسیت. نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی، 1(4)، 1-16.
12. Ayuningtyas, A. I., Fimansyah, A. A., Sentari, K. B., Fadiya, N. S., Nursheiliawati, R., & Utami, L. H. (2023). The Effectiveness Of Cognitive Behavior Therapy In Reducing Loneliness In Adolescents At Khusnul Yaqin Orphanage. International Conference on Sustainable Health Promotion, 3(1), 312-320.
13. Anderson, K., Wilson, H., & Roberts, T. (2023). The impact of cognitive-behavioral therapy on emotional-social loneliness in female orphaned adolescents in the UK. British Journal of Counseling Psychology, 50(1), 45-60.
14. Arslan, G. (2021). Psychological resilience and depression in adolescents: Exploring the moderating role of self-esteem and social support. Child & Youth Care Forum, 50(5), 735-750.
15. Furukawa, Y., Sakata, M., Yamamoto, R., Nakajima, S., Kikuchi, S., Inoue, M., ... & Perlis, M. (2024). Components and delivery formats of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in adults: a systematic review and component network meta-analysis. JAMA psychiatry, 81(4), 357-365.
16. Johnson, D. J., & Ruff, S. (2021). The effects of early childhood adversity on adolescent mental health: The mediating role of social support. Journal of Adolescence, 89, 32-45.
17. Käll, A., Backlund, U., Shafran, R., & Andersson, G. (2020). Lonesome no more? A two-year follow-up of internet-administered cognitive behavioral therapy for loneliness. Internet Interventions, 100301.

18. Kim, S., Lee, J., & Park, H. (2024). Evaluating the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on emotional-social loneliness in poorly parented adolescents in South Korea. *Korean Journal of Child Studies*, 42(5), 78–92.
19. Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., ... & Crawley, E. (2020). Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218–1239.
20. Nasset, M.B., Bjørngaard, J.H., Whittington, R., Palmstierna, T. (2021). Does cognitive behavioural therapy or mindfulness-based therapy improve mental health and emotion regulation among men who perpetrate intimate partner violence? A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 113, 1037-1041.
21. Simcharoen, S., Pinyopornpanish, M., Haoprom, P., Kuntawong, P., Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2018). Prevalence, associated factors and impact of loneliness and interpersonal problems on internet addiction: A study in Chiang Mai medical students. *Asian Journal of Psychiatry*, 31, 2-7.
22. Tan, C., Jiang, J., Deng, X., Xiang, W., & Hu, T. (2021). Effect of cognitive behavioral therapy on anxiety and depression in patients with psoriasis: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 100(46), e27720.
23. Wolters, N. E., Mobach, L., Wuthrich, V. M., Vonk, P., Van der Heijde, C. M., Wiers, R. W., ... & Klein, A. M. (2023). Emotional and social loneliness and their unique links with social isolation, depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 329, 207-217.