

اثر بخشی شناخت درمانی گروهی بر احساس تنهایی و نگرش نسبت به زندگی دانش آموزان اول دبیرستان شهرستان شوش در سال تحصیلی ۳۹۳۱-۴۹

عباس صنوبر^{۱*}

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی اثر بخشی شناخت درمانی گروهی بر احساس تنهایی و نگرش نسبت به زندگی دانش آموزان پسر پایه ی اول متوسطه شهرستان شوش، انجام پذیرفت. این تحقیق از نوع طرح های نیمه آزمایشی پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تحقیق را کلیه ی دانش آموزان پسر اول متوسطه شهرستان شوش، تشکیل دادند. به منظور انتخاب آزمودنی ها ابتدا با روش نمونه گیری خوشه ای، یک مدرسه بصورت تصادفی انتخاب شد. سپس از بین دانش آموزان این مدرسه، ۴۰ نفر بطور تصادفی انتخاب گردیده و در دو گروه آزمایش (۲۰) نفر و گروه کنترل (۲۰) نفر جایگزین شدند. گروه آزمایش، ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان شناختی گروهی بر مبنای الگوی مایکل فری قرار گرفتند. پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه نسخه تجدیدنظر شده ی احساس تنهایی (USLA؛ راسل، پیلاو و کاترونا؛ ۱۹۸۰) و پرسشنامه ی نگرش نسبت به زندگی (LRI؛ باتیستا؛ ۱۹۹۸) بود که بصورت گروهی اجرا شد. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار spss و آزمون کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج بدست آمده از پژوهش نشان داد که بین عملکرد افراد دو گروه در پس آزمون متغیر احساس تنهایی تفاوت معنی دار وجود دارد. یعنی شناخت درمانی گروهی در کاهش میزان احساس تنهایی دانش آموزان تاثیر داشت. بین عملکرد افراد دو گروه در پس آزمون متغیر نگرش نسبت به زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد. در مجموع شناخت درمانی گروهی بر مبنای الگوی مایکل فری موجب بهبود نسبی شاخص های احساس تنهایی و نگرش نسبت به زندگی در گروه های شرکت کننده شده بود. ($P < 0/001$)

واژه های کلیدی: شناخت درمانی گروهی، احساس تنهایی، نگرش نسبت به زندگی.

۱. فارغ التحصیل کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه قم، شهرستان قم، ایران
Senobar.abas@yahoo.com

مقدمه

یکی از جنبه‌های مهم رشد انسان، فرایند اجتماعی شدن اوست. ذاتی بودن زندگی جمعی در انسان‌ها، ضرورت تماس با دیگران را به عنوان امری گریز ناپذیر جلوه می‌دهد. بررسی دقیق و موشکافانه روابط بین فردی برای اولین بار، توسط سالیوان^۱ (۱۹۵۳) در قالب نظریه‌ی روابط بین فردی جایگاه خود را در مباحث روانشناسی، به دست آورد. سالیوان بر لزوم برقراری رابطه با دیگران، به دلیل ریشه داشتن آن تحت عنوان نیازهای اساسی انسانی تاکید می‌کند و بی‌کفایتی در ارضای نیاز به صمیمیت دیگران یا صمیمیت بین فردی را تحت عنوان تنهایی مطرح می‌کند. این احساس بی‌کفایتی تجربه‌ی ناخوشایند و عمیق است و می‌تواند ناشی از عدم ارضای نیاز ذاتی به تماس فیزیکی باشد (سالیوان، ۱۹۵۳، به نقل از داور پناه، ۱۳۷۳).

تجربه‌ی تنهایی، مسئله‌ای جهانی است که همه‌ی انسان‌ها کم و بیش آن را تجربه کرده‌اند. افراد در همه‌ی فرهنگ‌ها، نژادها، طبقات اجتماعی، سنین و زمان‌ها احساس تنهایی^۲ را تجربه می‌کنند با این حال در متون علمی و تحقیقاتی روانشناسی به این سازه کمتر توجه شده است (برگونو، لیروکس، مک آینیش و شیخ^۳، ۲۰۰۴).

در تعریف احساس تنهایی، اهمیت ادراکات خود فرد و کنترل بر رویدادها نیز شامل توجه می‌باشد. احساس تنهایی را می‌توان نارسایی و ضعف محسوس در روابط بین فردی دانست که به تجربه‌ی نارضایتی^۴ از روابط اجتماعی منجر می‌شود (پونزیتی و هوپ مه یر^۵، ۱۹۹۹). (کمالی، ۱۳۹۳) احساس تنهایی را عبارت از تجربه‌ی موقعیتی می‌داند که در آن روابط اجتماعی مطلوب و یا مقبول وجود ندارد. وسعت احساس تنهایی به ادراک فرد از توانایی وی برای ایجاد روابط جدید یا اصلاح روابط بستگی دارد (کاترل^۶، ۱۹۹۶). الهاگین^۷ (۲۰۰۴) معتقد است که احساس تنهایی، تجربه‌ی ناخوشایندی مانند تفکر فرد مبتنی بر متمایز بودن از دیگران است که با مشکلات رفتاری قابل مشاهده مانند غمگینی، عصبانیت و افسردگی همراه است.

در دیدگاه شناختی تنهایی به این علت ایجاد می‌شود که افراد در به دست آوردن امتیاز کامل در فرصت‌های میان فردی قابل دسترس و مورد انتظار، شکست بخورند. طبق این دیدگاه نگرش‌های بد مثل ترس از طرد در روابط میان فردی، احساس عدم اطمینان از خود و اضطراب اجتماعی در تنهایی نقش دارند (وست^۸، ۱۹۸۶). باتوجه به این مطلب می‌توان گفت که نگرش‌ها مانند نگرش به زندگی با تنهایی ارتباط دارد. در تمامی کتابهای مقدمه‌ای بر روانشناسی نگرش، به این مسأله اشاره شده است که نگرشها احتمالاً از مشخص‌ترین و ضروری‌ترین مفاهیم در روانشناسی اجتماعی معاصر هستند (آلپورت^۹، ۱۹۳۵). از آنجا که نگرش^{۱۰} مفهومی انتزاعی است، نمی‌توان انتظار داشت که صاحب‌نظران در مورد ماهیت نگرشها اتفاق نظر داشته باشند. این اختلاف نظر در تعریف نگرش نیز دیده می‌شود.

1. Sullivan
2. Loneliness
3. Berguno, Leroux, McAinich & Sheikh
4. dissatisfaction
5. Ponzetti & Hopmeyer
6. Cotterell
7. Elhageen
8. Vest
9. Allport
10. Attitude

تعریف‌های بسیار متنوع و متعددی از نگرش شده است. بالدوین^۱ (۱۹۰۱) نگرش را عبارت از آمادگی برای توجه یا اقدام به عمل از نوعی مشخص می‌داند. چيو^۲ (۱۹۲۸) نگرش را مجموعه‌ای از احساسات، امیال، ترسها، اعتقادات، پیش‌داوریها، یا تمایلات دیگر می‌داند که برای وارد عمل شدن یک شخص به خاطر تجربه‌های گوناگون او، آمادگی‌های لازم را فراهم می‌کند. دروبا^۳ (۱۹۳۳) می‌گوید «نگرش یک حالت گرایش ذهنی در انسان است برای عمل در جهت موافق یا مخالفت با یک شیء معین است.» آلپورت (۱۹۳۵) نگرش را این‌گونه تعریف می‌کند: «نگرش یک حالت روانی و عصبی آمادگی است، که از طریق تجربه سازمان داده شده، و تأثیری هدایتی یا پویا بر پاسخ‌های فرد به همه اشیاء و موقعیت‌هایی که با آنها مربوط است، دارد. اما تعریف جامع از نگرش، تعریفی است که چندبعدی باشد و شامل عناصر شناختی، عاطفی و رفتاری باشد، این تعریفی است که در حال حاضر بیشتر مورد قبول صاحب‌نظران است (به نقل از کریمی، ۱۳۹۰).

در بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده شده که مشاوره‌ی گروهی اثر چشمگیری بر کاهش عقاید و باورهای ناکارآمد داشته است. به نظر الیس^۴ اعضای گروه در گروه‌های مشاوره‌ای یاد می‌گیرند که عقاید ناکارآمد خود را از عقاید کارآمد تفکیک نمایند و در می‌یابند که منشا اختلالات عاطفی آنها مانند دیگر اعضای گروه است. اعضا برای یادگیری به یکدیگر کمک می‌کنند و حمایت می‌دهند (کمالی، ۱۳۹۳). در نظریه‌های شناختی، عوامل اصلی نگهدارنده‌ی رفتار، فرآیندهای شناختی فرض می‌شوند. یکی از فرض‌های روش‌ها و فنون شناخت درمانی این است که افراد بر حسب ادراکی که در مورد رویدادها دارند به آنها واکنش نشان می‌دهند. فرض دوم شناخت درمانی این است که شناخت‌های غلط سبب اختلالات هیجانی می‌شوند. بنابراین هدف عمده‌ی شناخت درمانی، ایجاد تغییر در فرآیندهای شناختی افراد است. درمانگران شناختی و تغییردهندگان رفتار شناختی معتقدند که تغییرات مطلوب در رفتار مددجویان از راه تغییر الگوهای فکری، باورها و نگرش‌ها و عقایدشان امکان‌پذیر است (سیف، ۱۳۹۱، به نقل کمالی، ۱۳۹۳).

شناخت‌درمانی توسط بک^۵ ابداع گردید و بر نقش نظام‌های اعتقادی و تفکر بر رفتار و احساس تاکید دارد. کانون شناخت درمانی، شناخت عقاید تحریف شده و تغییر تفکر ناسازگارانه به کمک برخی از فنون می‌باشد (شارف^۶، ۱۳۸۸). اصل بنیادی در درمان شناختی بر این باور است که برای آگاه شدن از ماهیت یک واقعه‌ی هیجانی یا آشفتگی، تمرکز کردن روی محتوای شناختی واکنش فرد به آن رویداد ناراحت‌کننده ضرورت دارد (کوری، ۱۳۸۷).

تمایل به صمیمیت بین فردی با هر انسان از زمان تولد تا مرگ وجود دارد و هیچ انسانی نیست که به خاطر از دست دادن آن مورد تهدید قرار نگیرد. انسان با نیاز به ارتباط و صمیمیت متولد می‌شود (هنریچ و گالون^۷، ۲۰۰۶). ماهیت انسان به طور طبیعی اجتماعی است. از نظر بامیستر و لیری^۸ (۱۹۹۵) نیاز به تعلق داشتن در انسان یک انگیزه‌ی اساسی را شکل می‌دهد و باعث افکار، هیجانات و رفتارهای

1. Baldwin
2. Chave
3. Droba
4. Ellis
5. Bak
6. Sharf
7. Heinrich & Gullone
8. Bumister & Leriy

بین فردی می‌شود. این نیاز شامل یک تمایل فراگیر برای ایجاد و حفظ حداقل چند ارتباط بین فردی مثبت، پایدار و مهم است. در حالی که تفاوت‌های فردی در شدت نیاز تعلق داشتن و چگونگی برآوردن آن وجود دارد، ارضای این نیاز مستلزم تعاملات مثبت و زیاد با افراد دیگر در یک موقعیت با دوام است که منجر به شادکامی و سعادت طرفین می‌شود. بنابراین، افرادی که در برقراری و حفظ روابط رضایت‌بخش با دیگران ناتوان هستند و در نتیجه در برآوردن «نیاز تعلق داشتن» مشکل دارند، احتمالاً حس محرومیتی تجربیمی کنند که خود را با «احساس تنهایی» نشان می‌دهند. احساس تنهایی تجربه‌ی ناخوشایندی است و زمانی رخ می‌دهد که شبکه‌ی اجتماعی فرد با خواسته‌های فرد مطابق نباشد (بک کالوگلا^۱، ۲۰۱۰). احساس تنهایی یک وضعیت دردناک تجربه شده است و هنگامی که میان انتظارات فرد از روابط بین فردی موجود و روابط بین فردی مطلوب فاصله داشته باشد، افراد احساس تنهایی می‌کنند (هنریچ و گالون، ۲۰۰۶).

نوجوانی یک دوره‌ی پرخطر برای احساس تنهایی است. با اینکه قدری احساس تنهایی در این دوره مورد انتظار است، احساسات پیوسته‌ی دردناک احساس تنهایی، عادی و طبیعی نیست. به علاوه شکست در برطرف کردن احساس تنهایی پیش از عبور از مرحله‌ی نوجوانی می‌تواند نگرانی‌های اساسی را برای روابط اجتماعی آینده و سلامت روان افراد برانگیزد. اریک فروم^۲، روانشناس برجسته چنین می‌گوید؛ انسان از لحظه‌ای که به دنیا می‌آید تا آن دمی که از دنیا می‌رود در تلاش است که خوشبخت و شادکام باشد. احساس تنهایی و ناشادی بسیار آزار دهنده است و زندگی را کسل بار می‌کند، پس باید از هر آنچه که باعث سلامت و افسردگی می‌شود بپرهیزیم و همه‌ی توان خود را برای ایجاد یک زندگی سالم و سرشار از خوشی به کار گیریم (پرلمان^۳، ۲۰۰۳).

به لحاظ اهمیتی که نگرش‌ها در زندگی افراد دارند، برخی از صاحب‌نظران تا آنجا پیش می‌روند که موضوع اصلی روانشناسی اجتماعی را «نگرش» می‌دانند و آن را علم مطالعه نگرش‌های افراد می‌دانند. بخشی از این اهمیت ناشی از آن است که این صاحب‌نظران مطالعه نگرش را برای درک رفتار اجتماعی حیاتی می‌دانند؛ بخش دیگری از این اهمیت مبتنی بر این فرض است که نگرش‌ها تعیین‌کننده رفتار هستند و این فرض به طور ضمنی دلالت بر این امر دارد که با تغییر دادن نگرش‌های افراد می‌توان رفتارهای آنان را نیز تغییر داد (توماس^۴، ۱۹۷۱). از فواید دیگری که برای نگرش‌ها ذکر کرده‌اند این است که با افزایش نگرش‌های شخص در مورد چیزها احتیاج او به تفکر و اخذ تصمیم‌های تازه کم می‌شود و در نتیجه زندگی اجتماعی او آسان می‌شود. خلاصه آنکه نگرش‌ها مفهوم اصلی بسیاری از عناوین مطالعات روانشناسی اجتماعی هستند و شاید مهمتر اینکه نگرش‌ها با شکل‌دهی به دنیای اجتماعی افراد، گروه‌ها و جوامع بیشترین ارتباط را با زندگی روزمره هر فرد دارند (بوهرنر و وانک^۵، ۱۳۸۲).

در مقایسه با آنهایی که احساس تنهایی ندارند افرادی که احساس تنهایی دارند، دارای عقاید منفی‌تری در مورد دیگران هستند (ویتنبرگ و ری‌ز^۶، ۱۹۸۶). یکی از روش‌های درمان احساس تنهایی شناخت درمانی است. یافته‌ها نشان داده است که شناخت افرادی که احساس تنهایی می‌کنند و آنهایی

1. Bakkalogla
2. Erich, Fromm
3. Perlman
4. Thomas
5. Bohner, CWanke
6. Wittenberg & Reis

که این احساس را ندارند متفاوت است. خودپنداره یک فرد دارای احساس تنهایی موجب توجه انتخابی به اطلاعات منفی می‌گردد که شامل خود فرد و بنابراین تأیید و توفیق مفهوم خود منفی قبلی نیز می‌شود (به نقل کمالی، ۱۳۹۳)

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مشکلات هیجانی و روان‌شناختی بسیاری در کودکان و نوجوانان مبتلا به احساس تنهایی مشاهده می‌شود. تجربه‌ی تحت فشار بودن و اضطراب، رفتارهای پرخطر مانند سیگار کشیدن و استفاده از مواد مخدر (پیچ^۱، ۱۹۹۰)، گریز از مدرسه، افسردگی و اعتیاد به الکل (اشر و پاکویت، ۲۰۰۳)، کمروبی و جرات‌ورزی پایین (پونزتی و هوپ مه‌یر، ۱۹۹۹) و سطوح پایین خودکارآمدی، اطمینان به خود و عزت نفس (گالانسی و کالانتزی - ایزی^۲، ۱۹۹۹) مواردی از این دست هستند. شواهد نشان می‌دهند احساس تنهایی پدیده‌ای گسترده و فراگیر است و ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت بالای ۶۵ سال آن را بر حسب سن و جنس تجربه می‌کنند (هرمن^۳، ۲۰۰۵). در مطالعه موردنظر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر احساس تنهایی و نگرش نسبت به زندگی دانش‌آموزان انجام خواهد شد. در سایه دستیابی به این هدف، مطالعه حاضر به دو فرضیه خواهد پرداخت: ۱- شناخت‌درمانی گروهی بر احساس تنهایی دانش‌آموزان موثر است. ۲- شناخت درمانی گروهی بر نگرش نسبت به زندگی دانش‌آموزان موثر است.

روش پژوهش

این مطالعه یک پژوهش تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. و دارای دو گروه است که هر دو گروه دوبار مورد ارزیابی قرار گرفتند. جامعه آماری مطالعه عبارت از کلیه دانش‌آموزان پسر سال اول دبیرستان‌های دولتی شهرستان شوش دانیال در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ می‌باشد. پس از انجام نمونه‌گیری، برای سنجش نگرش به زندگی و احساس تنهایی؛ از پرسشنامه (USLA) برای احساس تنهایی واز پرسشنامه (LRI) برای نگرش به زندگی یک بار به عنوان پیش‌آزمون و یک بار به عنوان پس‌آزمون استفاده شد. سپس با توجه به نمره‌ی دانش‌آموزان در پرسشنامه‌ی احساس تنهایی و نگرش به زندگی به عنوان پیش‌آزمون تعداد ۴۰ نفر از دانش‌آموزان را استخراج کرده و آنها را به صورت تصادفی به ۲ گروه ۲۰ نفری تحت عنوان گروه کنترل و گروه آزمایش تقسیم شدند. سپس گروه آزمایشی را در معرض مداخلات درمانی (شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر مایکل فری) به مدت ۱۲ جلسه‌ی هفتگی مداوم ۹۰ دقیقه‌ای قرار داده در حالی که گروه کنترل در معرض این گونه مداخلات قرار نگرفتند. سپس یک هفته پس از اتمام مداخلات درمانی بر گروه آزمایش از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون گرفته شد.

پرسشنامه احساس تنهایی (USLA): این پرسشنامه شامل ۲۰ جمله است که ۱۰ جمله از این مقیاس با لحن مثبت و ۱۰ جمله با لحن بیان منفی و به صورت چهار گزینه‌ای که گزینه‌ها طبق مقیاس لیکرت و شامل (هرگز)، (به ندرت)، (گاهی) و (اغلب) می‌باشد. نمره‌گذاری این مقیاس به این صورت است که برای جملات با لحن بیان مثبت که شامل مواد ۱ - ۴ - ۵ - ۶ - ۹ - ۱۰ - ۱۵ - ۱۶ - ۱۹ - ۲۰ می‌باشند که به صورت = ۴ هرگز، = ۳ به ندرت، = ۲ گاهی، = ۱ اغلب؛ نمره‌گذاری می‌شود. و برای جملات با لحن بیان منفی که شامل مواد ۲ - ۳ - ۷ - ۸ - ۱۱ - ۱۲ - ۱۳ - ۱۴ - ۱۷ - ۱۸ می‌باشند به صورت = ۱ هرگز،

1. Page

2. Galanskin & Kalantzi-Azizi

3. Herman

=۲ به ندرت، =۳ گاهی، =۴ اغلب؛ نمره‌گذاری می‌شود. برای این نسخه راسل (۱۹۹۶) پایایی بالایی را هم از نظر ضریب همسانی درونی (دامنه‌ی ضریب آلفا ۰/۸۹ تا ۰/۹۴) و هم از نظر پایایی آزمون - آزمون مجدد در طول یک دوره‌ی یکساله ($r = 0.73$) گزارش کرده است (طاهری فرد، ۱۳۸۶). ضریب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ نیز در پژوهش احدی (۱۳۸۸) بررسی شده که ضریب آن برابر با ۰/۷۹ می‌باشد (میر حسینی، ۱۳۸۹). داوریانه (۱۳۷۳) در هنجار‌گزینی ایرانی مقیاس تجدیدنظر شده احساس تنهایی بر ۱۳۱۵ دختر دانش‌آموز توزیعی نرمال با میانگین ۴۰/۵۸ و انحراف استاندارد ۹/۱۲۱ بدست آورد و برای پایایی این مقیاس ضریب آلفای ۰/۷۸ را گزارش نمود. این مقیاس از همگنی و همسانی درون بالایی برخوردار است و ویژگی‌های روانسنجی بدست آمده، آن را در بررسی پدیده احساس تنهایی در گروه نوجوان ایرانی دارای کفایت نشان می‌دهد. طبق تحقیق راسل (۱۹۹۶)، مقیاس دارای دامنه ضریب آلفا از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ بوده است. همچنین روایی همگرا و افتراقی این مقیاس از طریق همبستگی آن با مقیاس احساس تنهایی دهشیری (۱۳۸۷) و مقیاس شادکامی آکسفورد به ترتیب برابر با ۰/۶۰ و ۰/۶۸ بوده است (نعمتی و همکاران، ۱۳۸۷).

پرسشنامه نگرش به زندگی (LRI): شاخص نگرش نسبت به زندگی بر اساس نگرش مثبت به زندگی توسط باتیستا^۱ (۱۹۷۳) طراحی شده است. وی این آزمون را به منظور ارزیابی میزان معناخواهی در زندگی تهیه کرده است (باتیستا و آلموند^۲، ۱۹۷۳). عبارات مثبت مربوط به زیرمقیاس چارچوب: ۱۱، ۱۴، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۷، ۱ و عبارات مثبت مربوط به زیرمقیاس تکمیل: ۲، ۵، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۷. در این عبارات به گزینه موافقم ۳ امتیاز، نظری ندارم ۲ امتیاز و مخالفم ۱ امتیاز تعلق می‌گیرد. دامنه امتیازات بین ۱۴ تا ۴۲ متغیر است. نمره بالای آزمون بیانگر داشتن معنای فردی بالا و نمره پایین آزمون بیانگر داشتن معنای فردی کم نسبت به زندگی می‌باشد. باتیستا و آلموند (۱۹۷۳) پایایی بازآزمایی برای شاخص نگرش نسبت به زندگی را $r = 0.94$ گزارش کرده‌اند. در چندین مطالعه نیز ضریب آلفای کرونباخ شاخص نگرش نسبت به زندگی بالا گزارش شده است (دباتس^۳، ۱۹۹۸). در میان مطالعات جدیدتر، زیکا و چمبرلین (۱۹۹۲) میزان آلفای کرونباخ را در زیرمقیاس چارچوب ۰/۸۴ و در زیرمقیاس تکمیل ۰/۸۷ محاسبه کردند، که این اعداد سطوح بالایی از ثبات درونی را نشان می‌دهند. روایی همزمان شاخص نگرش به زندگی (نقل از کثیر، ۱۳۹۳) بدست آمده است. آذر خیاط‌فراهانی (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی تحت عنوان «رواسازی پرسش‌نامه نگرش به زندگی (دباتس) و رابطه آن با عزت نفس دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی» بر روی ۴۷۱ نفر از دانشجویان توانست پرسش‌نامه نگرش به زندگی را در ایران هنجاریابی کند. ضریب اعتبار آزمون ۰/۸۵ بدست آمد. ضریب همسانی درونی به روش بازآزمایی پرسشنامه برابر با ۰/۸۲ و مقدار آلفای کرونباخ آن ۰/۷۰ محاسبه شد. در این پژوهش، از طرح پژوهش نیمه تجربی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. پس از انجام نمونه‌گیری، برای سنجش نگرش به زندگی و احساس تنهایی؛ از پرسشنامه (USLA) برای احساس تنهایی و از پرسشنامه (LRI) برای نگرش به زندگی یک بار به عنوان پیش آزمون و یک بار به عنوان پس آزمون استفاده شد. سپس با توجه به نمره ی دانش آموزان در پرسشنامه ی احساس تنهایی و نگرش به زندگی به عنوان پیش آزمون تعداد ۴۰ نفر از دانش آموزان را استخراج کرده و آنها را به صورت تصادفی به ۲ گروه ۲۰ نفری تحت عنوان گروه کنترل و گروه آزمایش تقسیم شدند.

1. Battista
2. Almond
3. Debats

سپس گروه آزمایشی را در معرض مداخلات درمانی (شناخت درمانی گروهی مبتنی بر مایکل فری) به مدت ۱۲ جلسه ی هفتگی مداوم ۹۰ دقیقه ای قرار داده در حالی که گروه کنترل در معرض این گونه مداخلات قرار نگرفتند. سپس یک هفته پس از اتمام مداخلات درمانی بر گروه آزمایش از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس از آزمون گرفته شد.

جدول (۱): هدف و محتوای جلسه‌های شناخت مانی گروهی بر اساس مدل مایکل فری

جلسات	هدف	محتوا
جلسه اول	پذیرش این نکته که بیشتر یا تمام واکنش‌های هیجانی، یک مولفه شناختی را در بردارند.	ارائه مطالبی در مورد تفکر، احساس؛ مفهوم قدیس، آشنایی با مفهوم ABC
جلسه دوم	ویژگی‌های افکار خودآیند و چگونگی شناسایی آنها، تحریف‌های شناختی	تقسیم‌بندی تفکر، هیجان و رفتار در جدال؛ - آشنایی با پدیده احساس تنهایی؛
جلسه سوم	آشنایی دانش‌آموزان با ماهیت طرحواره‌ها و افکار خودآیند و همچنین شناسایی	آموزش نحوه ترسیم پیکان عمودی به کمک A-B-C های ارائه شده
جلسه چهارم -	آموزش ترسیم پیکان عمودی پیشرفته	ارایه مطالب در زمینه نحوه دسته‌بندی انواع باورها
جلسه پنجم	دستیابی به تصویر واضح تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر	هر یک از اعضای گروه فهرست اصلی از باورها را جمع آموری نمودند.
جلسه ششم	پذیرش این واقعیت که باورهای شناسایی شده در پیکان عمودی قابل تغییر هستند.	آشنایی با روش های تغییر باورها از جمله؛
جلسه هفتم	رتبه بندی باورهای خود در فهرست باورها،	آشنایی با روش های دیگر تغییر باور؛
جلسه هشتم	تعریف واژه های خود، تعیین قواعد خود،	آشنایی با روش دیگر در زمینه تغییر باورها
جلسه نهم	دستیابی به مفهوم باور مخالف	تدوین حداقل یک سلسله مراتب از باورها
جلسه دهم	- توجه به دو حوزه محتوایی؛ تغییر ادراکی و بازداری قشری اختیاری	۱- تغییر ادراکی ۲-بازداری قشری اختیاری
جلسه یازدهم درک کنند.	- دانش‌آموزان، روش تنبیه خود و خودپاشی‌دهی را	- ارائه مطالب در خصوص روش های دیگر مقابله با باورها؛ - تنبیه خود - خود پاداش
جلسه دوازدهم	بررسی طرح‌های دانش‌آموزان برای تدوین	مرور برنامه‌ها و نظرخواهی از دانش‌آموزان

یافته‌های پژوهش

مطالعه حاضر با بررسی اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر احساس تنهایی و نگرش نسبت به زندگی دانش‌آموزان صورت گرفته است. جدول شماره (۲) میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

**جدول (۲): میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه
در متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون**

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
احساس تنهایی	آزمایش	۶۱/۷۵	۱۰/۷۵۶	۵۴/۰۵	۱۳/۵۹۴
	کنترل	۶۴/۶۵	۱۰/۷۶۲	۶۴/۱۵	۱۰/۰۳۸
نگرش نسبت به زندگی	آزمایش	۶۰/۲۵	۱۰/۸۵۲	۶۷/۷۰	۱۱/۳۲۷
	کنترل	۶۱/۹۵	۱۱/۳۳۵	۶۰/۴۰	۸/۵۱۳

جدول شماره (۲) میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و گروه کنترل را در متغیرهای احساس تنهایی و نگرش نسبت به زندگی به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. همچنین، میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون نشان‌دهنده روند کاهشی نمرات احساس تنهایی در گروه آزمایش است. به این صورت که میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است. این در حالی است که میانگین نمرات این دو متغیر در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری نداشته است. همچنین میانگین نمره نگرش نسبت به زندگی در مرحله پس‌آزمون نشان‌دهنده روند افزایشی نمره نگرش نسبت به زندگی در گروه آزمایش است. در ادامه برای مقایسه نمرات متغیرهای تحقیق در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پاسخگویی به فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

قبل از هرگونه استنباط آماری ابتدا مفروضه‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس برای فرضیه‌های مورد بررسی قرار گرفت. بر این اساس رابطه خطی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات احساس تنهایی و نگرش نسبت به زندگی با استفاده از رسم نمودار پراکنش با خط رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت که موازی بودن شیب خط‌ها حاکی از برقراری رابطه خطی نمرات در متغیرهای مزبور بوده است. همچنین مفروضه‌های همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار بوده است. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش مبنی بر تعیین اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر احساس تنهایی و نگرش نسبت به زندگی از تحلیل کوواریانس استفاده شده است که نتایج در جدول‌های شماره (۳) و (۴) ارائه شده است.

جدول (۳): تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی اثر بخشی شناخت درمان گروهی

نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار آماره F	سطح خطا
آزمون اثر پیلایی	۰/۳۳۷	۸/۸۹۸	۲	۳۵	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۶۳	۸/۸۹۸	۲	۳۵	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۵۰۸	۸/۸۹۸	۲	۳۵	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۵۰۸	۸/۸۹۸	۲	۳۵	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول (۳) مشخص است، یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری حاکی از این است که مقدار F چند متغیری در تمامی آزمون‌ها در سطح $P < 0/001$ از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. لذا می‌توان گفت که بین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از ۲ مولفه احساس تنهایی یا نگرش به زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت در ادامه از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده گردیده است. پیش فرض استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری فرض همگن بودن واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها است. برای بررسی این فرضیه از آزمون لون

استفاده شده است. نتایج مربوط به آزمون لون در جدول زیر داده شده است.

جدول (۴): نتایج آزمون لون برای بررسی فرض همگنی واریانس‌ها

متغیر	مقدار آماره F	df _۱	df _۲	سطح معناداری
احساس تنهایی	۴/۱۱۵	۱	۳۸	۰/۰۶۱
نگرش نسبت به زندگی	۲/۲۱۳	۱	۳۸	۰/۱۴۵

با توجه به داده‌های جدول (۴) فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته می‌شود. نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس تک متغیری در جدول زیر داده شده است.

جدول (۵): نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیر

متغیر وابسته	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	مقدار آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر (η^2)
احساس تنهایی	۵۷۷/۸۵۴	۱	۵۷۷/۸۵۴	۷/۹۹۰	۰/۰۰۸	۰/۱۸۲
نگرش نسبت به زندگی	۶۳۹/۳۳۷	۱	۶۳۹/۳۳۷	۱۰/۴۸۴	۰/۰۰۳	۰/۲۲۶

همانطور که از نتایج جدول ۵ مشخص است، سطح معناداری آزمون برای هر ۲ متغیر در سطح کمتر از $P < ۰/۰۰۱$ معنادار است. بنابراین فرض یکسان بودن نمرات در این ۲ متغیر بعد از حذف اثر نمرات پیش آزمون آنها پذیرفته نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر احساس تنهایی و نگرش نسبت به زندگی دانش‌آموزان بوده است. همسو با فرضیه‌های این پژوهش، نتایج حاکی از تأثیر اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر احساس تنهایی و نگرش نسبت به زندگی دانش‌آموزان است که بر این اساس می‌توان گفت، هدف عمده شناخت درمانی گروهی ایجاد تغییر در فرایندهای شناختی دانش‌آموزان است. با توجه به اینکه یکی از عوامل موثر بر نگرش و همچنین یکی از عوامل ایجادکننده و تقویت‌کننده احساس تنهایی، زمینه شناختی در حوزه باورها، ادراکات و طرحواره‌های ناکارآمد و غیرمنطقی افراد می‌باشد. شناخت درمانی گروهی دانش‌آموزان را به این باور می‌رساند که بیشتر یا تمام واکنش‌های هیجانی، یک مولفه شناختی را در بردارند، آنها را با میانی شناختی نگرش خود نسبت به زندگی آشنا می‌کند، و باعث می‌شود که دانش‌آموزان تحریف‌های شناختی احتمالی را شناسایی و در جهت تعدیل آنها اقدام کنند که این اقدامات به تدریج باعث بهبود نسبی نگرش معنادار دانش‌آموزان نسبت به زندگی شده و تأثیری مثبت در آن دارد و همچنین باعث تغییر در احساسات، افکار، باورها و نگرش‌های افراد شده و این افکار و احساسات را از حالت منفی به حالت مثبت تغییر می‌دهد. شناخت درمانی گروهی بر کاهش تنهایی و افزایش نگرش به زندگی تأثیر مثبت دارد.

در فرضیه اول پژوهش به بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی بر احساس تنهایی دانش‌آموزان

پرداخته شد و نتایج نشان داد که شناخت درمانی گروهی بر مبنای مایکل فری بر احساس تنهایی گروه آزمایش موثر است. در واقع شناخت درمانی گروهی بر مبنای مایکل فری موجب کاهش احساس تنهایی در آزمودنی‌ها می‌گردد که این نتیجه با نتایج خدابنده (۱۳۹۱)، صنعت نگار و همکاران (۱۳۹۱)، حجتی و همکاران (۱۳۹۰)، شیبانی تذرجی و همکاران (۱۳۸۹)، میرحسینی (۱۳۸۹)، اناری (۱۳۸۷)، طهماسبیان و همکاران (۱۳۸۷)، طاهری فرد (۱۳۸۶)، معتمدی شلمزاری (۱۳۸۱)، سلیمانی (۱۳۷۸) و هایسمن (۱۹۸۳) همسو می‌باشد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت در رابطه با عوامل موثر بر احساس تنهایی، دو مدل نظری وجود دارد. یکی فقدان مهارت‌های اجتماعی و دیگری در تفاوت شناختی و ادراکات و باورهای افراد در ارتباطات بین فردی می‌باشد. بدین معنی که احساس تنهایی از این ادراک در فرد حاصل می‌شود که سطح روابط اجتماعی او از سطح دلخواه پایین‌تر است. هرچه تفاوت ادراکی بیشتر باشد، احساس تنهایی بیشتر خواهد بود (روک^۱، ۱۹۸۲). فرایندهای شناختی و فرآیندهای هیجانی با هم رابطه دارند، بدین صورت که شناخت‌های غیرعقلانی به آشفتگی‌های هیجانی منجر می‌شود. آشفتگی هیجانی نیز به نوبه خود مشکلات رفتاری و فیزیولوژیکی به بار می‌آورد. البته ایس بر تعامل شناخت، هیجان، رفتار، فیزیولوژی و محیط تاکید می‌کند، یعنی هیجان‌ها نیز می‌توانند بر شناخت‌ها اثر بگذارند، نه اینکه به طور قطع، شناخت‌ها قبل از هیجان‌های رفتار بیایند (الیس^۲، ۲۰۰۲). بر اساس نظریه‌های شناختی، یکی از فرض‌های روش‌ها و فنون شناخت درمانی این است که شناخت‌های غلط سبب اختلالات هیجانی می‌شود. بنابراین هدف عمده شناخت درمانی ایجاد تغییر در فرآیندهای شناختی افراد است (سیف، ۱۳۹۱). با توجه به اینکه یکی از عوامل ایجادکننده و تقویت‌کننده احساس تنهایی، زمینه شناختی در حوزه باورها، ادراکات و طرحواره‌های ناکارآمد و غیرمنطقی افراد می‌باشد؛ بنا به اقتضاء در این پژوهش از روش شناخت درمانی گروهی بر اساس مایکل فری استفاده گردید تا بتوان به کمک آن میزان احساس تنهایی را کاهش داد.

در فرضیه دوم پژوهش تاثیر شناخت درمانی گروهی بر نگرش نسبت به زندگی دانش‌آموزان پرداخته شد و نتایج فرضیه دوم نشان می‌دهد شناخت درمانی گروهی بر نگرش نسبت به زندگی دانش‌آموزان موثر است. در واقع شناخت درمانی گروهی باعث افزایش میزان نگرش نسبت به زندگی آزمودنی‌ها می‌گردد که این نتیجه با نتایج تحقیقات کثیر، کیامنش همسو می‌باشد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که هدف عمده شناخت درمانی ایجاد تغییر در فرآیندهای شناختی افراد است (سیف، ۱۳۹۱). با توجه به اینکه یکی از عوامل موثر بر نگرش، زمینه شناختی در حوزه باورها، ادراکات و طرحواره‌های ناکارآمد و غیرمنطقی افراد می‌باشد؛ مفهوم چندبعدی از نگرش که شامل عناصر شناختی، عاطفی و رفتاری است، مقبولترین مفهوم برای تعریف نگرش است. بدین ترتیب، نگرش نشان‌دهنده‌ی اثر شناختی و عاطفی بجای گذاشته شده و تجربه شخصی از شیء یا موضوع اجتماعی موردنظر، و یا تمایل به پاسخ در برابر آن شیء است (به نقل از کریمی، ۱۳۷۹). باورها و نگرش‌ها، عقاید راسخ و تزلزل‌ناپذیری هستند که از تجربه‌های زندگی ناشی می‌شوند. باورهای خوب و مثبت، نوعی احساس مثبت درباره خود، دیگران، جهان خارج و در کل نسبت به زندگی در فرد بوجود می‌آورند، و باورها و نگرش‌های بد، احساس درماندگی و ناتوانی ایجاد می‌کنند. رمز موفقیت در مثبت اندیشی، یافتن راههایی برای مقابله با افکار منفی و سپس پذیرفتن افکاری واقعی‌تر و مثبت‌تر به جای

1. Rook

2. Ellis

آنهاست. باورها و نگرشها زیربنای افکار هستند. به علت آنکه باورها و نگرشها، زیربنا و مبنای تفکر هستند، اگر یک باور و نگرش منفی را مورد تجزیه و تحلیل قرار داد و آن را به نگرشی مثبت تبدیل کرد، دید و نظر کلی افراد را نسبت به زندگی می‌توان سرشار از اعتماد و اطمینان کرد (کوپلیام، ۱۳۹۰). شناخت‌درمانی گروهی به سبک مایکل فری می‌تواند باعث ایجاد نگرش معنادار به زندگی دانش‌آموزان شود. لذا توجه به آن و استفاده از آن در محیط‌های آموزشی و دانشگاهی می‌تواند بر بهبود نگرش معنادار به زندگی مؤثر واقع شود. در جلسات شناخت‌درمانی (به عنوان متغیر مستقل) و بخصوص جلسه‌ی اول دانش‌آموزان به این باور می‌رسند که بیشتر یا تمام واکنش‌های هیجانی، یک مولفه شناختی را در بردارند. همگام با این مهم در جلسات بعدی دانش‌آموزان با مبانی شناختی نگرش خود نسبت به زندگی آشنا شده، تحریف‌های شناختی احتمالی را شناسایی و در جهت تعدیل آنها اقدام می‌کنند. این اقدامات به تدریج باعث بهبود نسبی نگرش دانش‌آموزان نسبت به زندگی می‌شود. پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت به قرار زیر: از آنجایی که در این پژوهش اثربخشی شناخت‌درمانی بر گروهی از دانش‌آموزان اول دبیرستان شهرستان شوش انجام گرفته است، لذا تعمیم نتایج آن به سایر افراد جامعه آماری امکان‌پذیر نمی‌باشد. امکان فیلم‌برداری و ضبط جلسات به صورت کامل به دلیل ممنوعیت از طرف مسئولان دبیرستان و همچنین مخالفت گروه نمونه، وجود نداشت. فقدان سنجش پیگیری در طرح مطالعه به منظور بررسی تاثیر گذاری مداوم‌تر و ماندگاری اثربخش بودن برنامه. پیشنهاد می‌شود که: در بررسی‌های بعدی موضوع، در مورد دانش‌آموزان دختر نیز اجرا گردد. پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های بعدی به ارتباط بین دو متغیر احساس تنهایی و نگرش نسبت به زندگی دانش‌آموزان پرداخته شود. برنامه شناخت‌درمانی گروهی را می‌توان در ادارات، نهادها و سازمانهای خصوصی و دولتی برگزار کرد و موجب حفظ سلامت جامعه و پیشگیری از آسیب‌های فردی و اجتماعی گردید.

منابع

- بوهنر، جود؛ و واتک، میکائیل. نگرش و تغییر آن. ترجمه منیژه صادقی بنیس (۱۳۸۶). تهران: ساوالان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۲).
- داورپناه، فروزنده. (۱۳۷۳). هنجاریابی نسخه تجدید نظر شده مقیاس احساس تنهایی USLA برای دختران ۱۸-۱۲ ساله در شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی تهران. خیاط فراهانی، آذر. (۱۳۹۰). رواسازی پرسش نامه نگرش به زندگی (دباتس) و رابطه آن با عزت نفس دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- سیف، علی اکبر. (۱۳۹۱). تغییر رفتار و رفتاردرمانی نظریه‌ها و روش‌ها. تهران: نشر دوران.
- شارف، ریچارد. (۱۳۸۸). نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره مفاهیم و مورد پژوهی‌ها. (ترجمه مهرداد فیروزبخت). تهران: خدمات فرهنگی رسا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۹).
- کمالی، مرتضی. (۱۳۹۳). اثر بخشی شناخت‌درمانی گروهی بر باورهای غیرمنطقی و تنهایی دانش‌آموزان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- کریمی، یوسف. (۱۳۹۰). نگرش و تغییر نگرش. تهران: ویرایش.
- کوری، جرالسد. (۱۳۸۷). نظریه‌ها و روش‌های مشاوره گروهی. (ترجمه یحیی سید محمدی). تهران: ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۵).

کریمی، یوسف. (۱۳۷۹). روانشناسی شخصیت. چ ششم. تهران: مؤسسه نشر و ویرایش. کویلیام، سوزان. مثبت اندیشی و مثبت‌گرایی کاربردی. ترجمه فرید براتی سده و افسانه صادقی (۱۳۹۰). تهران: جوانه رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۳).
 کثیر، صادق. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر نگرش نسبت به زندگی دانش‌آموزان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
 طاهری فرد، احمد. (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کاهش احساس تنهایی دانش‌آموزان پسر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
 میرحسینی، سمیه. (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

- Asher, S. R.; & Paquette, J. A. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 75-78.
- Allport, G.W. (1935). Attitudes. In C. Murchison (ed.) *Handbook of Social Psychology*.
- Battista, J., & Almond, R. (1998). The development of meaning in life. *Psychiatry*, 36, 409-427.
- Baldwin, G.M. (1901). *Dictionary of Philosophy and Psychology*. Mac Millan.
- Berguno G, Leroux P, McAinsh K, Shaikh S. (2004). Children's experience of loneliness at school and its relation to bullying and the quality of teacher interventions. *Qualitative Report*. 9: 483-499.
- Baumeister, R. F, & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Bakkalogla, H. (2010). A comparison of the loneliness levels of mainstreamed primary students according to their sociometric status. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 330-336.
- Cotterell, J. (1996). *Social network and social influences in adolescence*. London & New York: Routledge.
- West D, A. Kellner, R, Moore-West, M. (1986). The effects of loneliness: a review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*. 27(4): 351-363.
- Chave, E.G. (1928). A New Type of Scale for Measuring Attitudes, *Religious Education*, 23, 364-369.
- Debats, D. L. (1998). The life regard index: reliability and validity. *Psychological Reports*, 67(1), 27-34.
- Droba, D.D. (1933). The Nature of Attitude. *Journal of Social Psychology*, 4, 444-463.
- Elhageen, AA.M. (2004). Effect of Interaction between parental Treatment Styles and Peer Relations in Classroom on the feeling of loneliness among deaf Children in Egyptian Schools. Unpublished M.D Dissertation Eberhard university.
- Ellis, Albert. (2002). *Overcoming resistance's rational emotive therapy integrated approach*. New York: Springer.
- Galanski, E.P., & Kalantzi-Azizi, A. (1999). Loneliness and social dissatisfaction: Its relation with children's self-efficacy for peer interaction. *Child Study Journal*, 29(1), 1-22.
- Heinrich, Liesl. M, Gullone, Eleonora. (2006). The clinical significance of loneliness, literature review. *Clinical Psychology review* 26, 695-718.
- Herman, K. S. (2005). The influence of social self-efficacy, self-esteem and personality differences on loneliness and depression. Unpublished master's thesis, The Ohio State University.
- Ponzetti, J. J., & Hopmeyer, A. (1999). Loneliness among college students. *Family Relations*, July, 336-340.
- Perlman, D. (2003). European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 181-188.

- Page, R. M. (1990). Loneliness and adolescent healthbehavior. *Health Education*, 21(5), 14-17.
- Rook, K. S. (1984). Research On Social Support, Loneliness, and Social isolation: toward an integration. In Ph. Shaver (Ed). "Review of Personality and Social Psychology: Emotions, Relationships and Health", (5, 239-262).
- Sullivan, H.s. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*, New York: W.W. Norton & companying
- West D, A. Kellner, R, Moore-West, M. (1986). The effects of loneliness: a review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*. 27 (4): 351.363.
- Wittenberg, M. T., & Reis, H. T. (1986). Loneliness, social skills, and social Perception. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12, 121-130.
- Thomas K. (ed.) (1971). *Attitudes and Behavior*.Penguin.