رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۵، شماره پیاپی ۱۲۲، مرداد ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(5), 2026

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل اضطراب و احساس تنهایی اجتماعی دانش‌آموزان تک‌والد

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on control anxiety and social loneliness in single-parent students

محمد عباسی (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
عرفان بهرامی
دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
زهرا کشاورز
دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
کوثر شهبازی
دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

Mohammad Abbasi *
Associate professor, Department of Psychology, Khorramabad, Iran.
abasi.mo@lu.ac.ir
Erfan Bahrami
PhD student, Department of Psychology, Khorramabad, Iran.
Zahra Keshavarz
PhD student, Department of Psychology, Khorramabad, Iran.
Kosar Shahbazi
Master's student, Department of Psychology, Khorramabad, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل اضطراب و احساس تنهایی اجتماعی دانش‌آموزان تک‌والد انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری شامل دانش‌آموزان پسر تک‌والد در مقطع متوسطه اول شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ بود. از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگذاری شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه کنترل اضطراب راپی و همکاران (۱۹۹۶، ACQ) و پرسشنامه تنهایی اجتماعی بشارت (۱۳۹۲، SLS) انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین پس آزمون کنترل اضطراب و احساس تنهایی اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود داشت بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود کنترل اضطراب و کاهش احساس تنهایی اجتماعی دانش‌آموزان پسر تک‌والد متوسطه اول شهر خرم‌آباد روش اثربخشی است.

واژه‌های کلیدی: *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کنترل اضطراب، تنهایی اجتماعی، دانش آموزان تک والد.*

Abstract

The present study was conducted to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on anxiety control and social loneliness among single-parent students. The research method was quasi-experimental with a pretest–posttest design and a control group. The statistical population included single-parent male students in the first grade of secondary school in Khorramabad during the 2025–2026 academic year. From this population, 30 students were selected through convenience sampling and then randomly assigned to the experimental (15 students) and control (15 students) groups. Data were collected using the Anxiety Control Questionnaire by Rapee et al. (1996, ACQ) and the Social Loneliness Scale by Besharat (2013, SLS). The results of multivariate analysis of covariance showed that, after controlling for the pretest effect, there was a significant difference at the 0.01 level between the posttest means of anxiety control and social loneliness in the experimental and control groups. Therefore, it can be concluded that Acceptance and Commitment Therapy is an effective method for improving anxiety control and reducing social loneliness among single-parent male students in the first grade of secondary school in Khorramabad.

Keywords: *Acceptance and Commitment Therapy, Anxiety Control, Social Loneliness, single-parent students.*

نوع مقاله: پژوهشی | **دریافت:** آبان ۱۴۰۴ | **پذیرش:** آذر ۱۴۰۴ | **ویرایش نهایی:** مرداد ۱۴۰۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.115]

مقدمه

خانواده تک‌والد به خانواده‌ای گفته می‌شود که در آن فقط یک والد مسئولیت مراقبت و تامین نیاز فرزندان را برعهده دارد و والد دیگر به دلیل فوت یا طلاق یا سایر دلایل حضور ندارد (واندروال[1] و همکاران، ۲۰۱۸). طبق آمارهای سرشماری در سال‌های اخیر تعداد خانواده‌های تک‌والد در ایران ۱۹ درصد افزایش داشته است (شمس‌الدینی و همکاران، ۱۳۹۵). از آنجا که رشد شخصیت فرزندان به شدت وابسته به حضور امن پدر و مادر است، نبود یکی از والدین می‌تواند آثار نامطلوبی داشته باشد و احتمال بروز مشکلات رفتاری و اختلال‌های روانی در آینده را افزایش می‌دهد (احمد و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین با توجه به اینکه تمام مسئولیت‌ها بر دوش یک نفر است و همسری ندارد که او را در زندگی حمایت و همراهی کند، خود والد نیز در معرض مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب و تنهایی اجتماعی قرار می‌گیرد و این ویژگی‌ها به راحتی می‌تواند به فرزند یا فرزندان او نیز منتقل شود (دارانی و بالاماراگان[2]، ۲۰۲۴).

اضطراب، به عنوان یکی از مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان تک‌والد از مسائل فراگیر در جوامع مختلف است و افراد زیادی با آن درگیر هستند (موینديی[3] و همکاران، ۲۰۲۰). شدت این نشانه می‌تواند بسیار متفاوت باشد، مثلا ممکن است اثر جزئی بر فعالیت‌های روزمره فرد بگذارد یا اینکه او را کاملا ناتوان کند، معمولاً اضطراب با تجربه‌های جدید مانند ورود به مدرسه، شروع شغل جدید یا قرارگیری در موقعیت‌های خاص بروز می‌کند و با هیجانات ناخوشایند از جمله نگرانی و تشویش همراه است (کارپو[4] و همکاران، ۲۰۲۳). در خانواده‌های تک‌والد، فرزندان نوجوان به شدت در معرض اضطراب قرار دارند (لی و جو[5]، ۲۰۲۲). هر چقدر اضطراب فرد بیشتر باشد دیدگاه منفی‌تری نسبت به زندگی پیدا می‌کند، رضایت کمتری را تجربه می‌نماید (یلسین ماریسیو[6] و همکاران، ۲۰۲۵) و ممکن است عملکرد روزانه‌اش هم مختل شود، زیرا از موقعیت‌های مختلفی که برای او اضطراب‌زا هستند اجتناب می‌کند (آلوس[7] و همکاران، ۲۰۲۲). نوجوانان در خانواده‌های تک‌والد معمولا در طول دوران کودکی رویدادهای استرس‌زای بیشتری را تجربه می‌کنند و در رابطه با سوءمصرف مواد، افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیرتر هستند (کارهینا[8] و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین نوجوانان سطوح بالاتری از احساس تنهایی و اضطراب دلبستگی را تجربه می‌کنند (یاداو[9]، ۲۰۲۵).

احساس تنهایی به عنوان یکی دیگر از مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان (دنورز[10] و همکاران، ۲۰۲۳)، یک احساس ناخوشایند عاطفی است که از کمبود پیوندهای اجتماعی ناشی شده و معمولاً با گرایش به انزوا و کاهش تعاملات بین‌فردی همراه است (دنورز و همکاران، ۲۰۲۳). این احساس زمانی به وجود می‌آید که فرد احساس می‌کند روابط اجتماعی او آنگونه که باید باشد نیست و از کمیت یا کیفیت روابط موجود خود رضایت ندارد؛ تنهایی امروزه به‌عنوان یکی از نگرانی‌های جدی در حوزه سلامت عمومی مطرح است و حدود حدود ۶ تا ۸ درصد از جمعیت عمومی را تحت تأثیر خود قرار داده است (ولترز[11] و همکاران، ۲۰۲۳). در خانواده تک‌والد، احتمال تجربه احساس تنهایی اجتماعی بیشتر از خانواده دارای هر دو والد است. در شرایطی که فشار زیادی بر دوش تنها یک والد قرار دارد، انتظار زیاد از فرزند برای حمایت یا مشارکت بیش از حد در کارها، فرصت تعامل اجتماعی وی با همسالانش را کاهش می‌دهد (راتای[12] و همکاران، ۲۰۲۴) و از سوی دیگر، نبود والد دوم زمینه کاهش عزت‌نفس و احساس طردشدگی را در فرزند ایجاد می‌کند؛ مقایسه‌ی مداوم با همسالان دارای هر دو والد نیز این احساسات را تشدید کرده و در نهایت چنین شرایطی به تضعیف مهارت‌های اجتماعی منجر می‌شود (یاداو، ۲۰۲۵).

با توجه احتمال بروز مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب و احساس تنهایی در میان نوجوانان تک‌والد، استفاده از مداخلات مؤثر ضروری است. یکی از این مداخلات، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که به عنوان یک درمان شناختی رفتاری موج سوم تلاش می‌کند تا به‌جای اصلاح مستقیم شناخت‌ها، ارتباط فرد را با افکار و هیجاناتش بهبود ببخشد (فیگویردو[13] و همکاران، ۲۰۲۴؛ نیسلینگ[14] و

1. van der Wal
2. Dharani & Balamurugan
3. Muindi
4. Karpov
5. Lee and Joo
6. Yelsyn-Mauricio
7. Alves
8. Karhina
9. Yadav
10. Danvers
11. Wolters
12. Rattay
13. Figueiredo
14. Nissling

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.115]

همکاران، ۲۰۲۵). طبق رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انسان‌ها بخشی از تجربیات درونی خود از جمله افکار، احساسات یا هیجانات را آزاردهنده می‌دانند و مدام در تلاش هستند که آنها را تغییر داده یا از آنها اجتناب کنند. با این حال نه تنها این افکار و احساسات کمتر نمی‌شوند بلکه شدت بیشتری پیدا می‌کنند (گرکاسی[1] و همکاران، ۲۰۲۳). هدف از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است و این هدف از طریق شش فرآیند کلیدی شامل پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه دنبال می‌شود (لتیا[2] و همکاران، ۲۰۲۵؛ تیندال[3] و همکاران، ۲۰۲۰؛ اریاندا[4] و همکاران، ۲۰۲۰؛ لی و شین[5]، ۲۰۲۲). این رویکرد درمانی به فرد کمک می‌کند تا به جای اجتناب و فرار از تجارب درونی ناخوشایند، آنها را بپذیرد و به ارزش‌های خود متعهد باشد (آلوس و همکاران، ۲۰۲۲). در پژوهش‌های مختلف مشخص شده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی و بهبود سازگاری اجتماعی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی موثر است (لاتیا[6] و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین نتایج مطالعات دیگری نیز نشان داد این رویکرد درمانی به طور معناداری بر کاهش تنهایی موثر بوده است (زارلینگ و همکاران، ۲۰۲۳؛ اولی و همکاران، ۲۰۲۵؛ معصومیان و همکاران، ۲۰۲۱). ثابتی‌مقدم و همکاران، ۲۰۲۳).

دانش‌آموزان تک‌والد به‌عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر نظام آموزشی، بیش از همسالان خود در معرض تجارب هیجانی ناخوشایند، از جمله اضطراب و احساس تنهایی اجتماعی قرار دارند؛ تجربه‌هایی که می‌توانند کارکرد تحصیلی، روابط بین‌فردی و سلامت روان آنان را به‌طور جدی تهدید کنند. با وجود اهمیت این مسائل، همچنان مداخلات اثرگذار و مبتنی بر رویکردهای نوین برای بهبود تنظیم هیجانی و سازگاری اجتماعی این دانش‌آموزان محدود است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش تجربه‌های درونی و تعهد به عمل معنادار، یکی از امیدبخش‌ترین مداخلات در حوزه کاهش اضطراب و پیامدهای منفی هیجانی محسوب می‌شود. با این حال، شواهد پژوهشی مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر جمعیت حساس و خاصی همچون دانش‌آموزان تک‌والد بسیار اندک است. از این‌رو، انجام پژوهش حاضر از یک‌سو می‌تواند خلأ علمی موجود در این حوزه را برطرف کند و از سوی دیگر، راهنمایی کاربردی برای متخصصان مدرسه، مشاوران و سیاست‌گذاران آموزشی در جهت طراحی برنامه‌های حمایتی و ارتقای سلامت روان این گروه از دانش‌آموزان فراهم سازد. با توجه به آنچه بیان شد هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل اضطراب و احساس تنهایی اجتماعی دانش‌آموزان تک‌والد انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان پسر تک‌والد دارای اضطراب و تنهایی اجتماعی در مقطع متوسطه اول شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ بود. از میان این جامعه تعداد ۳۰ نفر از افراد واجد شرایط با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه به تعداد ۱۵نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زندگی با یکی از والدین، قرار داشتن در دامنه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال، کسب نمره بیشتر از ۳۰ در پرسشنامه تنهایی اجتماعی و کسب نمره کمتر از ۹۰ در پرسشنامه کنترل اضطراب، تمایل به مشارکت داوطلبانه، حضور منظم در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عدم حضور در پژوهش مشابه و ارائه رضایت‌نامه کتبی از سوی دانش‌آموز و والد بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام تکالیف، عدم تمایل افراد به ادامه دادن جلسات درمانی و وقوع حوادث غیرقابل پیش‌بینی بود. گروه آزمایش در معرض ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند در حالی که گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. در پایان برای هر دو گروه پس‌آزمون اجرا شد. این پژوهش برخی اصول اخلاقی همچون توضیح اهداف پژوهش برای شرکت کنندگان، حفظ رازداری، گمنام ماندن شرکت‌کنندگان، اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه در هر مرحله‌ای از آن، در اختیار قرار دادن نتایج پژوهش در صورت تمایل شرکت‌کنندگان و

1. Grecucci
2. Latella
3. Tyndall
4. Eryananda
5. Lee & Shin
6. Latella

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.115]

همچنین اجرای هشت جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه کنترل را رعایت نمود. در انتها داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

مقیاس تنهایی اجتماعی[1] (SLS): این مقیاس توسط بشارت (۱۳۹۲) با اقتباس از پرسشنامه‌های (تنهایی راسل، ۱۹۹۶؛ دیتوماسو و اسپاینر، ۱۹۹۳؛ هیس و دیمتئو، ۱۹۸۷) ساخته شده است و از ۱۰ گویه تشکیل شده که احساسات افراد نسبت به روابط با دیگران را مورد سنجش قرار می‌دهد. مقیاس بر روی یک طیف لیکرت از اصلا اینطور نیستم (۱) تا کاملا اینطور هستم (۵) قرار دارد. دامنه نمرات مقیاس بین ۱۰ و ۵۰ است. نمونه آیتم مقیاس تنهایی اجتماعی شامل ادراک برخوردار نبودن از دوست و هم‌صحبت است. بشارت (۱۳۹۲) در پژوهش خود میزان پایایی این ابزار را با استفاده از روش بازآزمایی یک‌ماهه ۰/۷۹ و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کرد. به علاوه، جهت بررسی روایی همگرا و افتراقی، همبستگی مقیاس حاضر با مقیاس‌های بهزیستی اجتماعی، درماندگی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی، حمایت خانوادگی، حمایت دوستان، دلبستگی ایمن، دلبستگی اجتنابی و دلبستگی دوسوگرا به ترتیب ۰/۵۱-، ۰/۴۳-، ۰/۴۸-، ۰/۵۳-، ۰/۴۶-، ۰/۴۹-، ۰/۳۸ و ۰/۳۷ است. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ برآورد گردید.

پرسشنامه کنترل اضطراب[2] (ACQ): این پرسشنامه توسط راپی[3] و همکاران (۱۹۹۶) طراحی شده است. پرسشنامه دارای ۳۰ گویه است. مقیاس بر روی یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۰) تا کاملاً موافق (۵) قرار دارد. دامنه نمرات بین ۰ و ۱۵۰ است. نمونه آیتم مقیاس کنترل اضطراب شامل اجتناب از تعارضات به دلیل عدم توانایی در حل موفقیت‌آمیز آنها است. راپی و همکاران (۱۹۹۶) میزان پایایی مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند؛ همچنین روایی واگرای مقیاس از طریق مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۴۷-، ۰/۴۶- و ۰/۵۱- به دست آمد (راپی و همکاران، ۱۹۹۶). سالاری و همکاران (۱۳۹۶) ضریب پایایی پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آوردند؛ همچنین روایی واگرای مقیاس از طریق بررسی همبستگی با پرسشنامه‌های اضطراب، مؤلفه اضطراب پرسشنامه داس[4]، مؤلفه استرس پرسشنامه داس و مؤلفه افسردگی پرسشنامه داس به ترتیب ۰/۴۴-، ۰/۴۴-، ۰/۴۵- و ۰/۴۲- به دست آمد (سالاری و همکاران، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برآورد گردید.

به منظور تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ابتدا محتوای جلسات آموزش، اجرای پرسشنامه، زمان‌بندی اجرا و سایر مسائل مطرح در پژوهش تکمیل گردید. با اخذ معرفی‌نامه از طرف دانشگاه لرستان و مراجعه به آموزش و پرورش شهر خرم‌آباد، هماهنگی‌های لازم جهت انجام پژوهش انجام گردید. سپس پرسشنامه کنترل اضطراب و احساس تنهایی اجتماعی بین دانش‌آموزان تک‌والد متوسطه اول توزیع گردید. پس از نمره‌گذاری پرسشنامه از بین دانش‌آموزان دارای اضطراب و احساس تنهایی تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و در گروه‌های موردنظر قرار گرفتند. اجرای پرسشنامه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. قبل از اجرای جلسات درمانی، برای شرکت‌کنندگان در پژوهش یک جلسه مقدماتی با هدف آشنایی اولیه، برقراری رابطه درمانی و ایجاد اعتماد در شرکت کنندگان انجام شد. سپس پرسشنامه‌های پژوهش اجرا گردید. گروه آزمایش در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته یک جلسه بصورت گروهی تحت آموزش قرار گرفتند. به دلیل ضرورت رعایت مسائل اخلاقی، گروه گواه پس از اتمام جلسات گروه آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. پروتکل جلسات درمانی مبتنی بر کتاب پذیرش و تعهد هیز[5] و همکاران، ۲۰۱۱ بود. در جدول۱ خلاصه محتوای هر جلسه ارائه شده است.

1. Social Loneliness Scale
2. Anxiety Control Questionnaire
3. Rapee
4. DASS
5. Hayes

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.115]

جدول۱ . خلاصه جلسات درمانی

جلسات	فعالیت درمانی
جلسه اول	خوشامدگویی و آشنایی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آنها در گروه الزامی است ازجمله: به موقع آمدن ـ عدم غیبت)وقت شناسی(انجام تکالیف و...؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون پذیرش و تعهد و نتایج آن؛ اجرای پیش آزمون
جلسه دوم	توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان‌شناختی احساس میشود؟ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار و احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم؛ ارائه تکلیف در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از اضطراب امتحان
جلسه سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود ،آنها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آنها با افکار و احساسات؛ ارائه تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را میپذیریم؟
جلسه چهارم	بررسی تکالیف؛ ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تأکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف: رویدادهای زندگی(آزاردهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم
جلسه پنجم	بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هرلحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آنها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت
جلسه ششم	ارائه بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم؛ ارائه تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خود آیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن
جلسه هفتم	ارائه بازخورد و جستجوی مسائل حل نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه های مختلف ، به گونه ای که مناسب تر باشد نه عملی تر
جلسه هشتم	بررسی تکالیف؛ جمع بندی مطالب؛ ارائه بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاس گزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس آزمون

یافته ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که دانش‌آموزان حاضر در پژوهش دارای سن ۱۳ تا ۱۵ سال بودند که در گروه آزمایش میانگین و انحراف معیار سنی ۱۴/۱۲±۰/۷۸ و در گروه گواه ۱۳/۹۶±۰/۷۹ سال بود. علاوه بر این، دانش‌آموزان در پایه‌های هفتم، هشتم و نهم مشغول به تحصیل بودند که بیشترین فراوانی در گروه آزمایش مربوط به پایه هشتم (۶۲/۰۴ درصد) و در گروه گواه هم مربوط به پایه هشتم (۴۹/۷۵ درصد) بود. یافته‌های توصیفی پژوهش مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه گردید.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد کنترل اضطراب و احساس تنهایی اجتماعی در گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه		میانگین	انحراف معیار
کنترل اضطراب	آزمایش	پیش‌آزمون	۶۴/۷۸	۷/۷۹
		پس‌آزمون	۸۲/۱۳	۶/۹۲
	گواه	پیش‌آزمون	۶۳/۸۵	۸/۰۴
		پس‌آزمون	۶۴/۱۹	۷/۱۲
احساس تنهایی اجتماعی	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۴/۷۴	۴/۰۶

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.115]

	پس‌آزمون	۲۵/۴۱	۵/۳۳
گواه	پیش‌آزمون	۳۴/۸۶	۴/۲۵
	پس‌آزمون	۳۵/۱۳	۶/۰۱

نتایج ارائه شده در جدول ۲ حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تغییر در میانگین نمره‌های کنترل اضطراب و احساس تنهایی اجتماعی دانش‌آموزان دوره متوسطه اول در مرحله پس‌آزمون منجر شده است. قبل از ارائه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای کنترل اضطراب و احساس تنهایی اجتماعی در گروه‌های آزمایش و گواه برقرار بود ($p>۰/۰۵$). همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p>۰/۰۵$). نتایج اثر متقابل متغیر مستقل و پیش‌آزمون‌های کنترل اضطراب و احساس تنهایی اجتماعی معنادار نبود ($p>۰/۰۵$). بنابراین فرضیه همگنی شیب رگرسیون نیز تأیید شد. همچنین با توجه به اینکه کوواریانس‌های متغیرهای پس‌آزمون در دو گروه با هم برابر بود و تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p>۰/۰۵$)، بنابراین فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس نیز برقرار بود. جهت بررسی تغییرات کنترل اضطراب و احساس تنهایی اجتماعی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نمرات پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

اثر	نام آزمون	مقدار	F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۶۳۸	۴۰/۷۵۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۸۵	۴۰/۷۵۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۳/۲۹۹	۴۰/۷۵۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۳/۲۹۹	۴۰/۷۵۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، با توجه به معنی‌داری تحلیل کوواریانس چندمتغیری، این نتیجه حاصل می‌گردد که باید حداقل در یکی از متغیرهای کنترل اضطراب و احساس تنهایی اجتماعی، بین دو گروه آزمایش و گواه در اثر ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌دار وجود داشته باشد ($p<۰/۰۱$). جهت بررسی این نکته که معنی‌داری مشاهده شده در کدام یک از متغیرها است، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری جهت مقایسه نمرات پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه

منبع واریانس	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	کنترل اضطراب	۲۶/۳۴	۱	۲۶/۳۴	۳/۳۶۷	۰/۰۷	۰/۲۲
	احساس تنهایی اجتماعی	۱۱۹/۳۵۱	۱	۱۱۹/۳۵۱	۱۰/۲۴۲	۰/۰۰۲	۰/۲۷
گروه	کنترل اضطراب	۹۸۲/۰۸۸	۱	۹۸۲/۰۸۸	۹۴/۲۴۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷
	احساس تنهایی اجتماعی	۶۱۲/۱۵۲	۱	۶۱۲/۱۵۲	۵۱/۱۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴
خطا	کنترل اضطراب	۲۸۸/۳۶۰	۲۶	۱۱/۰۹۰			
	احساس تنهایی اجتماعی	۳۷۶/۳۷۷	۲۶	۱۴/۴۷۶			

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، با کنترل اثر پیش‌آزمون در کنترل اضطراب، تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد ($p<۰/۰۱$، $F=۹۴/۲۴۵$). اندازه اثر نشان می‌دهد که عضویت گروهی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، ۷۷ درصد از تفاوت در نمرات کنترل اضطراب دانش‌آموزان را تبیین می‌کند. بنابراین ۷۷ درصد از تفاوت بین میانگین نمرات کنترل اضطراب در گروه آزمایش در

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.115]

دو سطح پیش‌آزمون (M=۶۴/۷۸) و پس‌آزمون (M=۸۲/۱۳) ناشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. همچنین با کنترل اثر پیش‌آزمون در احساس تنهایی اجتماعی، تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد (p<۰/۰۱، F=۵۱/۱۱۸). اندازه اثر نشان می‌دهد که عضویت گروهی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، ۶۴ درصد از تفاوت در نمرات احساس تنهایی اجتماعی دانش‌آموزان را تبیین می‌کند. بنابراین ۶۴ درصد از تفاوت بین میانگین نمرات احساس تنهایی اجتماعی در گروه آزمایش در دو سطح پیش‌آزمون (M=۳۴/۷۴) و پس‌آزمون (M=۲۵/۴۱) ناشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل اضطراب و احساس تنهایی اجتماعی دانش‌آموزان تک‌والد انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش کنترل اضطراب دانش‌آموزان تک والد می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش نیسلینگ و همکاران (۲۰۲۵)، لی و شین (۲۰۲۲) و اریاندا و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان بیان فرمود که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مکانیسم اصلی شامل افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که دانش‌آموزان را قادر می‌سازد رفتار خود را بر اساس خواسته‌های موقعیتی تطبیق دهند و در عین حال با ارزش‌های شخصی خود همسو بمانند (نیسلینگ و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تغییرات در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مستقیماً با کاهش علائم اضطراب مرتبط است و آن را به عنوان یک فرآیند کلیدی تغییر در نتایج درمان تثبیت می‌کند (نیسلینگ و همکاران، ۲۰۲۳). یکی دیگر از مکانیسم‌های مؤثر در اثرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل اضطراب، کاهش اجتناب تجربی، تمایل به اجتناب یا فرار از تجربیات درونی ناخواسته است. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دانش‌آموزان می‌آموزد که تلاش برای جلوگیری یا کنترل تجربیات ذهنی ناخواسته اغلب بی‌اثر است یا نتیجه معکوس دارد، در عوض پذیرش کامل افکار و احساسات اضطراب‌آور را بدون تلاش برای حذف آن‌ها ترویج می‌دهد (لی و شین، ۲۰۲۲). دانش‌آموزان از طریق تمرینات ذهن‌آگاهی و آگاهی از لحظه حال، یاد می‌گیرند که نیاز خود به اجتناب را از بین ببرند و پذیرش و تعهد بهتری نسبت به ارزش‌های خود ایجاد کنند (اریاناندا و همکاران، ۲۰۲۰).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش احساس تنهایی اجتماعی دانش‌آموزان تک والد می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش زارلینگ و همکاران (۲۰۲۳)، اولی و همکاران (۲۰۲۵)، معصومیان و همکاران (۲۰۲۱)، ثابتی مقدم و همکاران (۱۴۰۲) و لتیا و همکاران (۲۰۲۵) همسو بود. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان بیان فرمود که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تنهایی از طریق شش مکانیسم درمانی اصلی عمل می‌کند که شامل: پذیرش، گسلش شناختی، حضور در زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، که همگی با هدف دستیابی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شوند (زارلینگ و همکاران، ۲۰۲۳). این درمان با بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد از طریق تکنیک‌های پذیرش و گسلش شناختی افکار، احساسات و باورها، به آنها کمک می‌کند و آنها را از الگوهای رفتاری سفت و سخت و انعطاف‌ناپذیر دور می‌کند و در نهایت موجب می‌شود که فرد بتواند با دیگران ارتباط اجتماعی بیشتری برقرار کند (زارلینگ و همکاران، ۲۰۲۳). در تبیینی دیگر قابل ذکر است که رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای تفسیر مجدد تجربیات طرد اجتماعی به کاهش پریشانی فوری کمک می‌کند و تاب‌آوری بلندمدت را ارتقا می‌دهد، به طوری که ذهن‌آگاهی با ادراک طرد شدن ارتباط منفی دارد (اولی و همکاران، ۲۰۲۵). فرآیند درمانی شامل یک رویکرد سه مرحله‌ای است که در آن افراد ابتدا یاد می‌گیرند احساسات را بدون واکنش بپذیرند، سپس آگاهی روان‌شناختی از تمام حالات ذهنی در لحظه حال را توسعه می‌دهند و در نهایت یاد می‌گیرند که از طریق گسلش شناختی، خود را از تجربیات ذهنی جدا کنند (معصومیان و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با پرداختن به الگوهای روان‌شناختی و رفتاری زیربنایی اختلالات اجتماعی، رشد بین فردی را ارتقا می‌دهد و با کاهش اجتناب تجربی، افزایش ذهن‌آگاهی و ارتقای بهبودهای بلندمدت در تنظیم هیجان، ارتباطات قوی‌تری را پرورش می‌دهد (لتیا و همکاران، ۲۰۲۵). بنابراین می‌توان انتظار داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش احساس تنهایی اجتماعی در دانش‌آموزان تک والد شود.

به طور کلی می‌توان این چنین بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد بسیار مؤثر برای کمک به دانش‌آموزان تک‌والد در مواجهه با چالش‌های روانی است. این روش با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، که هسته اصلی آن را تشکیل می‌دهد، به دانش‌آموزان می‌آموزد تا افکار، احساسات و اضطراب ناخواسته خود (مانند نگرانی‌های تحصیلی یا اجتماعی) را بپذیرند و به جای اجتناب، از آن‌ها فاصله

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.115]

بگیرند. تمرکز بر ارزش‌های شخصی و اقدام متعهدانه در راستای این ارزش‌ها، به آن‌ها کمک می‌کند تا انرژی خود را صرف رفتارهای سازنده به جای درگیری با افکار منفی کنند. در نتیجه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نه‌تنها به‌طور مستقیم به کاهش علائم اضطراب کمک می‌کند، بلکه با تقویت آگاهی و حضور در لحظه، زمینه‌ساز کاهش احساس تنهایی اجتماعی نیز می‌شود، چرا که دانش‌آموزان را قادر می‌سازد تا با وجود احساسات ناراحت‌کننده، ارتباطات معنادار بیشتری برقرار کرده و در زندگی خود فعال‌تر شوند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس که کمترین قدرت تعمیم‌پذیری را داراست، مقدور نبودن اجرای دوره پیگیری، محدود کردن جامعه آماری به شهر خرم‌آباد و همچنین عدم پرداختن به متغیرهای میانجی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق آن متغیرها بر کنترل اضطراب و احساس تنهایی اجتماعی اثر می‌گذارد. با توجه به محدودیت‌های فوق، به‌ویژه عدم تعمیم‌پذیری نمونه‌گیری و فقدان دوره پیگیری، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای یا طبقه‌ای در چندین شهر با بافت‌های فرهنگی و اجتماعی متفاوت (به جای تمرکز صرف بر شهر خرم‌آباد) مورد استفاده قرار گیرد تا اعتبار بیرونی یافته‌ها به طور قابل توجهی افزایش یابد و امکان تعمیم به یک جمعیت گسترده‌تر فراهم شود. علاوه بر این، جهت ارتقای دقت علمی و کاربردی، توصیه می‌شود یک دوره پیگیری ۳ ماهه یا ۶ ماهه به طرح پژوهش اضافه شود تا پایداری و ماندگاری اثرات مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل اضطراب و احساس تنهایی اجتماعی دانش‌آموزان تک‌والد تأیید گردد. در چارچوب کاربردی یافته‌ها و با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که هسته اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های مبتنی بر اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر مفاهیم ارزش‌ها و اقدام متعهدانه، در قالب برنامه‌های مشاوره‌ای در سطح مدارس آموزش و پرورش برای دانش‌آموزان تک‌والد طراحی و اجرا شود تا نه تنها به افزایش کنترل اضطراب و کاهش احساس تنهایی اجتماعی منجر شود، بلکه به افزایش مهارت‌های مقابله‌ای بلندمدت در آن‌ها کمک کند.

منابع

بشارت، م. ع. (۱۳۹۲). بررسی مقدماتی ویژگیهای روان سنجی مقیاس تنهایی اجتماعی. *گزارش پژوهشی*، دانشگاه تهران.

ثابتی مقدم، ز.، صفاری‌نیا، ز و احدی، ح. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی موسیقی‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی اجتماعی-عاطفی سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو. *نشریه علمی رویش روان شناسی*، ۱۲(۱۰)، ۱۲۸-۱۱۹. http://frooyesh.ir/article-1-4849-fa.html

سالاری، س.، رنجبر، ع و فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۹۶). اعتباریابی و پایایی‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه کنترل اضطراب. *روانشناسی بالینی: نوآوری در پژوهش و عمل*، ۹(۴)، ۴۳-۳۳. https://doi.org/10.22075/jcp.2018.11010.1073

شمس‌الدینی، ع.، جمینی، د و جمشیدی، ع. (۱۳۹۵). سنجش و تحلیل پایداری اجتماعی در مناطق روستایی (مطالعه شده: شهرستان جوانرود). *پژوهش‌های روستایی*، ۷(۳)، ۵۰۳-۴۸۶. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.20087373.1395.7.3.5.0

Alves, F., Figueiredo, D. V., & Vagos, P. (2022). Acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder in adolescence: Preliminary appraisal based on a case study approach. *Clinical Case Studies*, *22*(4), 153465012211440. https://doi.org/10.1177/15346501221144069

Asher, M., Hofmann, S. G., & Aderka, I. M. (2020). I'm Not Feeling It: Momentary Experiential Avoidance and Social Anxiety among Individuals with Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, *52*(1). https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.001

Danvers, A. F., Efinger, L. D., Mehl, M. R., Helm, P. J., Raison, C. L., Polsinelli, A. J., Moseley, S. A., & Sbarra, D. A. (2023). Loneliness and time alone in everyday life: A descriptive-exploratory study of subjective and objective social isolation. *Journal of Research in Personality*, *107*(1), 104426. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2023.104426

DiTommaso, E., & Spinner, B. (1993). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, *14*(1), 127–134. https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90182-3

Eryananda, F., & Oriza, I.I. (2020). Feasibility Study of Acceptance Commitment Group Therapy on Social Anxiety Symptom Reduction in College Students With Low Self-Esteem. *Psychology*, *43*(2), 536-549. https://doi.org/10.2991/assehr.k.201125.008

Figueiredo, D. V., Salvador, M. do C., Rijo, D., & Vagos, P. (2024). Acceptance and commitment therapy as a transdiagnostic approach to adolescents with different anxiety disorders: study protocol. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *34*. https://doi.org/10.1007/s00787-024-02608-2

Grecucci, A., Ahmadi Ghomroudi , P., Monachesi, B., & Messina, I. (2023). The neural signature of inner peace: morphometric differences between high and low accepters. *ArXiv (Cornell University)*. https://doi.org/10.48550/arxiv.2310.13318

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.115]

Hamideh Sadeghnejad, Saeed Teimory, & Amiri, M. (2021). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Social anxiety and Perceived Stress in patients with Epilepsy. *International Journal of Health Studies*, *7*(4), 17–22. https://doi.org/10.22100/ijhs.v7i4.887

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.

Hays, R. D., & DiMatteo, M. R. (1987). A short-form measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, *51*(1), 69–81. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5101_6

Karhina, K., Bøe, T., Hysing, M., & Nilsen, S. A. (2023). Parental separation, negative life events and mental health problems in adolescence. *BMC Public Health*, *23*(1). https://doi.org/10.1186/s12889-023-17307-x

Karpov, B., Lipsanen, J. O., Ritola, V., Rosenström, T., Saarni, S., Pihlaja, S., Stenberg, J.-H., Laizane, P., & Joffe, G. (2023). The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale as an Outcome Measure in Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Observational Study. *Journal of Medical Internet Research*, *25*(1), e45362. https://doi.org/10.2196/45362

Kessler, R. C., Avenevoli, S., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Lakoma, M. D., Petukhova, M., Pine, D. S., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Merikangas, K. R. (2012). Lifetime co-morbidity of DSM-IV disorders in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Psychological Medicine*, *42*(9), 1997–2010. https://doi.org/10.1017/s0033291712000025

Latella, D., Marafioti, G., Formica, C., Calderone, A., Fauci, E. L., Foti, A., Calabrò, R. S., & Filippello, G. (2025). The Role of Acceptance and Commitment Therapy in Improving Social Functioning Among Psychiatric Patients: A Systematic Review. *Healthcare*, *13*(13), 1587–1587. https://doi.org/10.3390/healthcare13131587

Lee, G.M., & Shin, H. (2022). Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Job-Seeking Stress, Self-Efficacy, Experiential Avoidance, Depression, and Anxiety. *STRESS*, *29*(2), 803-816. https://doi.org/10.17547/kjsr.2022.30.4.277

Lee, W. K., & Joo, Y. S. (2022). Examining family processes linked to adolescent problem behaviors in single-mother families: The moderating role of school connectedness. *Frontiers in Psychology*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.937698

Morrison, A. S., & Heimberg, R. G. (2013). Attentional control mediates the effect of social anxiety on positive affect. *Journal of Anxiety Disorders*, *27*(1), 56–67. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.10.002

Muindi, A., Ireri, N., & Menecha, J. (2020). The prevalence of psychological problems of students from single parent families and their academic performances: A case of mukaa sub-county, makueni county, kenya. *Journal of Sociology, Psychology & Religious Studies*, *2*(3), 1. https://stratfordjournalpublishers.org/journals/index.php/Journal-of-Sociology-Psychology/article/view/626

Nissling, L., Weineland, S., Vernmark, K., Radvogin, E., Engström, A., Schmidt, S., Nieto Granberg, E., Larsson, E., & Hursti, T. (2023). Effectiveness of and processes related to internet-delivered acceptance and commitment therapy for adolescents with anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Research in Psychotherapy : Psychopathology, Process, and Outcome*, *26*. https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.681

Raoufi Ahmad, R., Toosi, A., Dehkordi, N. R., Moghadam, H. N., & Moghadam, M. Y. (2024). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Social Anxiety and Aggression in Children from Single-Parent Families. *Mental Health and Lifestyle Journal*, *2*(2), 9-15. https://doi.org/10.61838/mhfj.2.2.2

Rapee, R. M., Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, *27*(2), 279–293. https://doi.org/10.1016/s0005-7894(96)80018-9

Rattay, P., Öztürk, Y., Geene, R., Blume, M., Allen, J., Poethko-Müller, C., Mauz, E., Manz, K., Wieland, C., & Hövener, C. (2024). Soziale Lage, Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Ein-Eltern-Haushalten zum Ende der COVID-19-Pandemie. Ergebnisse der KIDA-Studie 2022–2023. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *67*(9), 983–997. https://doi.org/10.1007/s00103-024-03910-9

Russell D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, *66*(1), 20–40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2

Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Pereira, A. (2020). Profiles of Psychological Flexibility: A Latent Class Analysis of the Acceptance and Commitment Therapy Model. *Behavior Modification*, *44*(3), 014544551882003. https://doi.org/10.1177/0145445518820036

van der Wal, R. C., Finkenauer, C., & Visser, M. M. (2018). Reconciling mixed findings on children's adjustment following high-conflict divorce. *Journal of Child and Family Studies*, *28*(2), 468–478. https://doi.org/10.1007/s10826-018-1277-z

Wolters, N. E., Mobach, L., Wuthrich, V. M., Vonk, P., Van der Heijde, C. M., Wiers, R. W., Rapee, R. M., & Klein, A. M. (2023). Emotional and social loneliness and their unique links with social isolation, depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, *329(*329), 207–217. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.096

Yadav, D. P. (2025). The Psychological and Social Effects of Single Parenting on the Development of Children. *International Journal of Scientific Research in Science and Technology*, *12*(2), 368–376. https://doi.org/10.32628/IJSRST25122238

Yelsyn-Mauricio Porras-Jiménez, Pancorbo-Hidalgo, P. L., López-Medina, I. M., & Álvarez-Nieto, C. (2025). The Role of Laughter Therapy in Adults: Life Satisfaction and Anxiety Control. A Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of Happiness Studies*, *26*(6). https://doi.org/10.1007/s10902-025-00934-z

Zarling, A., Kim, J., Russell, D., & Cutrona, C. (2023). Online acceptance and commitment therapy as treatment for loneliness among older adults: Report of a pilot study. *Journal of the American Geriatrics Society*, *71*(8), 2557–2563. https://doi.org/10.1111/jgs.18345

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.115]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.5.115]