eduhealthsci: 10.22034/edus.2026.602965.1152

New Approaches in
Educational Management and Health Sciences

Journal Homepage: https://www.eduhealthsci.ir/

Comparing the Effectiveness of Separate Acceptance and Commitment Therapy and Compassion-Focused Therapy Training with an Integrated ACT/CFT Approach on Sense of Coherence among University Students Recovered from COVID-19

Maryam Sadat Seyed Hosseini [1], Alireza Pirkhaefi [2]✉, Mohammad Reza Seyrafi [3], Mojgan Sepah Mansour [4]

1. Ph.D. Student in Health Psychology, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
E-mail: ma.seyedhosseini@iau.ac.ir
*2. **Corresponding Author,** Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Ga.C., Islamic Azad University, Garmsar, Iran.*
E-mail: apirkhaefi@iau.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.
E-mail: 0057526141@iau.ir
4. Associate Professor, Department of Psychology, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
E-mail: moj.sepahmansoor@iauctb.ac.ir

Article Info

Article type:
Research

Article history:
Received:
10 May 2026
Received in revised form:
21 Jul 2026
Accepted:
03 Oct 2026
Published online:
22 Nov 2026

Keywords:
Acceptance and Commitment Therapy,
Compassion-Focused Therapy,
Sense of Coherence,
COVID-19,
University Students.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic has left widespread psychological consequences, including increased health anxiety and weakened sense of psychological coherence among university students. Although Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion-Focused Therapy (CFT) have demonstrated effectiveness when applied individually. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of separate ACT and CFT interventions with integrated ACT/CFT therapy in improving the sense of coherence among university students who had recovered from COVID-19.

Methods: This study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, and follow-up assessments, including a control group. The statistical population consisted of 108 university students who had recovered from COVID-19 and were enrolled at four selected universities in Markazi Province during the 2021–2022 academic year. Among eligible individuals, 60 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to four groups of 15. The interventions were delivered in ten 90-minute sessions. Sense of coherence was assessed at three time points using the 13-item Sense of Coherence Scale (SOC-13). Data analysis of covariance, and Tukey's post hoc test in SPSS version 26.

Results: The results of repeated-measures analysis of variance revealed a significant time-by-group interaction in sense of coherence.. However, the greatest improvement was observed in the integrated ACT/CFT group. No significant differences were found between the ACT and CFT groups at either posttest or follow-up. Furthermore, the improvements achieved in the intervention groups were maintained at follow-up.

Conclusion: The integrated ACT/CFT approach, by combining cognitive processes with emotional processes, appears to be more effective than single-approach interventions. This integrated approach may serve as an effective intervention for promoting the mental health of university students recovering from public health crises.

Cite this article: Seyed Hosseini MS, Pirkhaefi A, Seyrafi A, Sepah Mansour M. Comparing the Effectiveness of Separate Acceptance and Commitment Therapy and Compassion-Focused Therapy Training with an Integrated ACT/CFT Approach on Sense of Coherence among University Students Recovered from COVID-19. Journal of Modern Approaches in Education Management and Health Sciences. 2026; 03 (03): 108-124. Doi: 10.22034/edus.2026.602965.1152

Journal of Modern Approaches in Education Management and Health Sciences is licensed under CC BY-NC 4.0. | Web site: https://www.eduhealthsci.ir | Email: eduhealthsci@gmail.com. © The Author(s). | Publisher: Academic Center for Education, Culture and Research (ACECR), Mazandaran Branch, Mazandaran, Iran.

eduhealthsci: 10.22034/edus.2026.602965.1152

New Approaches in
Educational Management and Health Sciences

Journal Homepage: https://www.eduhealthsci.ir/

Extended Abstract

Introduction

The COVID-19 pandemic has had profound consequences for public health, extending beyond its direct physical effects to include a wide range of psychological and social challenges. University students have been particularly vulnerable to these consequences because of academic disruptions, social isolation, uncertainty about the future, changes in daily routines, and concerns about personal and family health. Even after recovery from the acute phase of the disease, some individuals may continue to experience psychological distress, heightened sensitivity to health-related threats, and difficulties in adapting to post-pandemic circumstances. These experiences may negatively affect their sense of coherence, which is considered an important component of psychological well-being and successful adaptation to stressful life events. Sense of coherence, as conceptualized by Antonovsky, refers to an individual's general orientation toward perceiving life as comprehensible, manageable, and meaningful. Comprehensibility reflects the extent to which individuals perceive internal and external experiences as structured and predictable. Manageability refers to their perceived access to sufficient resources to cope with life's demands, while meaningfulness represents the degree to which individuals consider life challenges worthy of investment and engagement. A stronger sense of coherence may enable individuals to interpret stressful experiences more constructively, mobilize personal and social resources, and maintain psychological stability when confronted with uncertainty and adversity. Therefore, strengthening this construct among students who have recovered from COVID-19 may contribute to improving their psychological adjustment and overall mental health. Among contemporary psychological interventions, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion-Focused Therapy (CFT) provide two potentially complementary approaches to addressing psychological distress. ACT emphasizes psychological flexibility through acceptance, cognitive defusion, present-moment awareness, self-as-context, values clarification, and committed action. These processes help individuals develop a more adaptive relationship with unpleasant thoughts and emotions and engage in meaningful activities despite psychological difficulties. In contrast, CFT focuses on developing self-compassion, reducing self-criticism and shame, and strengthening the soothing and safeness emotional regulation system. By cultivating a compassionate attitude toward personal suffering, individuals may experience greater emotional security and improved capacity to regulate distress. Although both approaches offer theoretically relevant mechanisms for improving psychological adjustment, applying them separately may not fully address the complex cognitive and emotional processes associated with post-COVID psychological difficulties. Integrating ACT and CFT may provide a more comprehensive intervention by combining psychological flexibility with compassionate emotional regulation. Nevertheless, the comparative effectiveness of these approaches, particularly the integrated model, in improving students' sense of coherence requires further investigation. Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of separate ACT and CFT interventions with integrated ACT/CFT therapy in improving the sense of coherence among university students who had recovered from COVID-19.

Methods

This study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, and follow-up assessments, including a control group. The statistical population consisted of 108 university students who had recovered from COVID-19 and were enrolled at four selected universities in Markazi Province during the 2021–2022 academic year. Among eligible individuals, 60 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to four groups of 15: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Compassion-Focused Therapy (CFT), integrated ACT/CFT therapy, and a control group. The interventions were delivered in ten 90-minute sessions. Sense of coherence was assessed at three time points using the 13-item Sense of Coherence Scale (SOC-13). Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance, analysis of covariance, and Tukey's post hoc test in SPSS version 26.

Results

The results of repeated-measures analysis of variance revealed a significant time-by-group interaction in sense of coherence. The main effect of time and the differences between groups were also statistically significant. Comparisons of group means indicated that all three therapeutic interventions increased sense of coherence compared with the control group. However, the greatest improvement was observed in the integrated ACT/CFT group. No significant differences were found between the ACT and CFT groups at either posttest or follow-up. Furthermore, the improvements achieved in the intervention groups were maintained at follow-up.

Conclusion

The findings of the present study indicate that ACT, CFT, and the integrated ACT/CFT intervention can contribute to improving the sense of coherence among university students who have recovered from COVID-19. The significant

interaction between time and group suggests that changes in sense of coherence were not identical across the four study groups and that participation in the therapeutic interventions was associated with more favorable changes than those observed in the control group. The improvement observed following the interventions highlights the potential value of psychological treatment approaches in supporting individuals who continue to face psychological challenges after recovery from a major public health crisis. The results further suggest that the integrated ACT/CFT intervention produced the greatest improvement in sense of coherence compared with the two separate therapeutic approaches. One possible explanation is that the integrated intervention addresses complementary dimensions of psychological functioning. ACT supports individuals in developing psychological flexibility by helping them accept difficult internal experiences, distance themselves from unhelpful thoughts, remain connected with the present moment, clarify personal values, and take committed action. These processes may strengthen the perception that life experiences are understandable and that personal challenges can be managed through purposeful behavior. CFT, on the other hand, emphasizes the development of self-compassion, emotional security, and the regulation of threat-related responses. These capacities may reduce self-criticism and emotional vulnerability while fostering a more supportive internal relationship with oneself. Combining these therapeutic processes may therefore provide a broader framework for addressing both cognitive and emotional aspects of psychological adaptation. The integration of acceptance and committed action with compassionate emotional regulation may help individuals respond more constructively to uncertainty, distress, and the continuing psychological consequences of illness. In this context, the greater improvement observed in the integrated intervention group may reflect the complementary contribution of psychological flexibility and self-compassion. Nevertheless, these mechanisms represent theoretically grounded interpretations, as the present study did not directly examine their mediating roles. Another important finding was the maintenance of improvements at follow-up, suggesting that the beneficial effects of the interventions were not limited to the immediate post-treatment period. The absence of significant differences between the ACT and CFT groups also indicates that both individual approaches may offer comparable benefits in improving sense of coherence. Overall, the findings support the potential application of integrated ACT/CFT programs in university counseling and psychological support services, particularly for students recovering from health-related crises. Further studies with larger samples, longer follow-up periods, and direct assessment of underlying psychological mechanisms are recommended to confirm these findings and clarify the specific contributions of each therapeutic component.

Ethical Considerations

The present study was approved by the Ethics Committee of Islamic Azad University, Sari Branch, under ethics approval code IR.IAU.SARI.REC.1405.247.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency.

Authors' contribution

Conceptualization, Alireza Pirkhaefi; Methodology, Maryam Sadat Seyed Hosseini; Analysis, Alireza Pirkhaefi; Investigation, Mohammad Reza Seyrafi; Data Curation, Alireza Pirkhaefi; Writing - Original Draft Preparation, Alireza Pirkhaefi; Supervision, Mojgan Sepah Mansour; Project Administration, Alireza Pirkhaefi.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest regarding this article.

Acknowledgments

The authors extend their sincere gratitude to all participants and collaborators for their involvement in every stage of this study

eduhealthsci: 10.22034/edus.2026.602965.1152

نشریه رویکردهای نوین در

مدیریت آموزش و علوم سلامت

لینک مجله: https://www.eduhealthsci.ir/

مقایسه اثربخشی آموزش تفکیکی درمان اکت و شفقت با درمان تلفیقی (ACT/CFT) بر احساس انسجام روانی دانشجویان بهبودیافته از کرونا

مریم سادات سید حسینی [۱]، علیرضا پیر خائفی [۲]✉، محمدرضا صیرفی [۳]، مژگان سپاه منصور [۴]

۱. *دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.* رایانامه: ma.seyedhosseini@iau.ac.ir

۲. ***نویسنده مسئول،*** *دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.* رایانامه: apirkhaefi@iau.ac.ir

۳. *استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.* رایانامه: 0057526141@iau.ir

۴. *دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.* رایانامه: moj.sepahmansoor@iauctb.ac.ir

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:
۱۴۰۵/۰۲/ ۲۰

تاریخ بازنگری:
۱۴۰۵/۰۴/ ۳۰

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۵/۰۷/ ۱۱

تاریخ انتشار:
۱۴۰۵/۰۹/ ۰۱

کلیدواژه‌ها:
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت، انسجام روانی.

چکیده

مقدمه: همه‌گیری کووید-۱۹ پیامدهای روان‌شناختی گسترده‌ای از جمله افزایش اضطراب سلامت و تضعیف احساس انسجام روانی در جمعیت دانشجویی به جای گذاشته است. با وجود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان مبتنی بر شفقت (CFT) به صورت انفرادی، اثربخشی رویکرد تلفیقی این دو درمان و برتری نسبی آن نسبت به رویکردهای تک‌محور کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش تفکیکی ACT و CFT با درمان تلفیقی ACT/CFT بر احساس انسجام روانی در دانشجویان بهبودیافته از کرونا انجام شد.

روش پژوهش: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل ۱۰۸ دانشجوی بهبودیافته از کووید-۱۹ در چهار دانشگاه منتخب استان مرکزی در سال تحصیلی ۱۴۰۰–۱۴۰۱ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۶۰ نفر به روش هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در چهار گروه ۱۵ نفره شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، درمان تلفیقی و گروه گواه تخصیص یافتند. مداخلات درمانی در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. احساس انسجام روانی با استفاده از مقیاس ۱۳ گویه‌ای احساس انسجام روانی (SOC-13) در سه مرحله اندازه‌گیری شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی توکی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد اثر متقابل زمان و گروه بر احساس انسجام روانی معنادار است همچنین، اثر زمان و تفاوت بین گروه‌ها معنادار بود. مقایسه میانگین‌ها نشان داد هر سه مداخله درمانی موجب افزایش احساس انسجام روانی در مقایسه با گروه گواه شدند. همچنین، تفاوت بین گروه‌های ACT و CFT در پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود. مقایسه مراحل زمانی نیز نشان داد بهبود ایجادشده در گروه‌های مداخله تا مرحله پیگیری حفظ شده است.

نتیجه‌گیری: رویکرد تلفیقی ACT/CFT با ایجاد هم‌افزایی میان فرایندهای شناختی (پذیرش، گسلش شناختی) و هیجانی (شفقت به خود، فعال‌سازی سامانه آرامش) نسبت به رویکردهای تک‌محور اثربخشی بیشتری دارد و می‌تواند به عنوان مداخله‌ای کارآمد در ارتقای سلامت روان دانشجویان بهبودیافته از بحران‌های سلامت عمومی مورد استفاده قرار گیرد.

استناد: سید حسینی، مریم سادات؛ پیر خائفی، علیرضا؛ صیرفی، محمدرضا؛ سپاه منصور، مژگان. مقایسه اثربخشی آموزش تفکیکی درمان اکت و شفقت با درمان تلفیقی (ACT/CFT) بر احساس انسجام روانی دانشجویان بهبودیافته از کرونا. نشریه رویکردهای نوین در مدیریت آموزش و علوم سلامت. ۱۴۰۵؛ ۰۳ (۰۳): ۱۲۴-۱۰۸. Doi: 10.22034/edus.2026.602965.1152

دسترسی به این نشریه علمی، رایگان است و حق مالکیت فکری خود را بر اساس لایسنس کریتیو کامنز (CC BY-NC 4.0) به نویسندگان واگذار کرده است.

© نویسندگان.

آدرس نشریه: https://www.eduhealthsci.ir | ایمیل: eduhealthsci@gmail.com

ناشر: جهاد دانشگاهی واحد استان مازندران.

مقدمه

سلامت روان هم‌تراز با سلامت جسمانی، یکی از بنیادی‌ترین ارکان بهزیستی انسان محسوب می‌شود (۱). ظهور همه‌گیری کووید-۱۹ در اواخر سال ۲۰۱۹، این حوزه را با بحرانی بی‌سابقه مواجه شد که نه تنها سلامت جسمانی، بلکه کارکردهای روان‌شناختی، الگوهای زندگی روزمره و کیفیت تعاملات اجتماعی افراد را نیز به‌طور جدی تحت الشعاع قرار داد و به چالشی اساسی در گستره روان‌شناسی سلامت تبدیل شد (۲). اعمال قرنطینه‌های گسترده، محدودیت‌های ارتباطی، ابهام نسبت به آینده و نگرانی از فقدان عزیزان، نقش بسزایی در افزایش استرس، اضطراب، افسردگی، انزوای اجتماعی و فرسودگی روانی ایفا کردند (۳).

در این میان، دانشجویان به دلیل قرار گرفتن در مقطع حساس از تحول رشدی، مقارن با فشارهای تحصیلی و چالش‌های هویتی و آینده‌محور، در مقایسه با سایر اقشار جامعه، آسیب‌پذیری بیشتری را در برابر پیامدهای روان‌شناختی همه‌گیری تجربه کردند (۴). شواهد پژوهشی حاکی از آن است که آموزش غیرحضوری، محدودیت‌های اجتماعی و تداوم نااطمینانی، با افزایش اضطراب، استرس و نشانه‌های افسردگی در این گروه همراه بوده است (۵). علاوه بر این، برخی مشکلات روان‌شناختی در دانشجویان بهبودیافته از کووید-۱۹، حتی پس از پایان مرحله حاد بیماری نیز ادامه یافته و به تشدید اختلال در احساس انسجام روانی منجر شده است (۶). یافته‌های مطالعات داخلی نیز، علی‌رغم وجود برخی ناهمگونی‌ها که در برخی گزارشات دیده می‌شود، تداوم پیامدهای روان‌شناختی را پس از ابتلا به کووید-۱۹ تأیید کرده‌اند (۷). بنابراین، ضرورت طراحی و کاربست مداخلاتی که علاوه بر تخفیف نشانگان بالینی ، فرایندهای انطباقی و تنظیمی زیربنایی را هدف قرار دهند، کاملاً آشکار است. در پاسخ به این نیاز بالینی، درمان‌های شناختی‌رفتاری موج سوم جایگاه برجسته‌ای یافته‌اند. این رویکردها بر فرایندهای تنظیمی مانند پذیرش، آگاهی از تجربه لحظه‌ای و تغییر رابطه فرد با افکار و هیجان‌های خود تمرکز دارند (۸). در میان این رویکردها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT :Acceptance and Commitment Therapy) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT :Compassion-Focused Therapy) به دلیل برخورداری از پشتوانه نظری غنی و کاربرد بالینی قابل توجه، توجه پژوهشگران را طور فزاینده‌ای به خود جلب کرده‌اند (۹).

درمان ACT بر پایه نظریه چارچوب رابطه‌ای بنا شده است و بر پذیرش تجربه‌های درونی و حرکت متعهدانه در جهت ارزش‌های فردی تأکید می‌ورزد (۱۰،۱۱). هدف محوری این رویکرد ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرایند بنیادین در مدل هگزافلکس (Hexaflex) است که شامل پذیرش، گسلش شناختی (Cognitive Defusion)، حضور در لحظه، خود به‌مثابه زمینه، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه می‌شود (۱۲). این فرایندها به فرد کمک می‌کنند تا به‌جای درگیر شدن در اجتناب تجربه‌ای ناسازگار، رابطه‌ای کارآمدتر و انعطاف‌پذیرتر با افکار، هیجان‌ها و تجربه‌های ناخوشایند خود برقرار کند (۱۳).

در مقابل، درمان CFT بر پایه دیدگاه تکاملی شکل گرفته است و بر تنظیم هیجان، شرم و خودانتقادی تأکید دارد (۱۴). این رویکرد با تبیین تعامل سه نظام تنظیمی «تهدید»، «انگیزشی» و «آرام‌سازی» ، فعالیت بیش از حد سیستم تهدید را تعدیل کرده و از طریق تقویت سیستم آرام‌سازی، احساس امنیت، آرامش و پذیرش خود را در فرد ارتقا می‌بخشد (۱۵). بر این اساس، انتظار می‌رود که CFT از طریق کاهش خودانتقادی و پرورش خودشفقت‌ورزی، به بهبود تنظیم هیجان و سازگاری روانی کمک شایانی نماید (۱۶).

اثربخشی بالینی این دو رویکرد درمانی زمانی وضوح بیشتری می‌یابد که در تلاقی با متغیرهای بنیادین پژوهش حاضر مورد تبیین قرار گیرند. بر پایه رویکرد سلامت‌نگرِ آنتونوفسکی (Antonovsky)، احساس انسجام روانی یک جهت‌گیری کلی نسبت به زندگی است که سه مؤلفه درهم‌تنیده‌ی درک‌پذیری، مدیریت‌پذیری و معناداری را در بر گرفته و و ظرفیت فرد را

برای ادراک، مهار و معنابخشی به رویدادهای استرس‌زا ارتقا می‌بخشد (۱۷). نقصان یا تضعیف این سازه روان‌شناختی در دانشجویان بهبودیافته از کووید-۱۹ آنان را در مواجهه با فشارهای روانیِ دوران پساکرونا به‌شدت آسیب‌پذیر می‌سازد.

مطالعات پیشین حاکی از آن است که درمان ACT می‌تواند در تقلیل نشانگان هیجانی و ارتقای احساس انسجام روانی اثربخش باشد (۱۸). درمان CFT نیز از طریق کاهش خودانتقادی و بهبود تنظیم هیجان، ظرفیت بالینی قابل توجهی را از خود نشان داده است (۱۹). با این وجود، هر یک از این رویکردها بر ابعاد متفاوتی از فرایندهای روان‌شناختی ناسازگار تمرکز دارند. در حالی که تمرکز عمده درمان ACT بر تغییر رابطه با افکار و تجربه‌های درونی است، درمان CFT بر تعدیل نظام تهدید و تقویت احساس امنیت هیجانی تمرکز دارد. از این منظر، کاربست تلفیقی این دو رویکرد می‌تواند از جهت نظری مکمل یکدیگر بوده و بستر مناسبی را برای مداخله‌ای چندسویه و جامع‌تر فراهم نماید. با این حال، طرح چنین ادعایی مستلزم احتیاط علمی و پایبندی به شواهد تجربی است (۲۰). بنابراین، هدف از کاربست پروتکل تلفیقی ACT/CFT در پژوهش حاضر، پیش‌فرض برتری قطعی آن بر دو رویکرد منفرد نیست؛ بلکه هدف، بررسی تجربی میزان کارآمدی یک پروتکل تلفیقی در مقایسه با هر یک از مداخلات مستقل است. با وجود شواهد موجود، همچنان خلأ پژوهشی مشهودی در زمینه مقایسه اثربخشی درمان تفکیکی ACT، درمان تفکیکی CFT و پروتکل تلفیقی ACT/CFT بر احساس انسجام روانی به‌ویژه در جمعیت دانشجویان بهبودیافته از کووید-۱۹به چشم می‌خورد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی این سه مداخله در دانشجویان چهار دانشگاه منتخب استان مرکزی انجام پذیرفت تا ضمن پاسخ‌گویی به این خلأ علمی، به غنا بخشی ادبیات روان‌شناسی سلامت و گسترش مداخلات مبتنی بر شواهد کمک نماید.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت و روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود که در کمیه کد اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی با شناسه IR.IAU.SARI.REC.1405.247 به تصویب رسید. در این پژوهش، سه گروه آزمایش شامل ACT، CFT و ACT/CFT، به همراه یک گروه گواه، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. متغیر مستقل پژوهش، نوع مداخله درمانی شامل ACT، CFT و ACT/CFT، و متغیر وابسته شامل انسجام روانی بود. جامعه آماری پژوهش شامل ۱۰۸ دانشجوی بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ در سال تحصیلی ۱۴۰۰–۱۴۰۱ بود که از چهار دانشگاه منتخب استان مرکزی (دانشگاه فرهنگیان اراک، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین و دانشگاه پیام‌نور خمین) انتخاب شدند. ملاک شمول در جامعه آماری، داشتن سابقه ابتلا به کووید-۱۹ و گذشت حداقل ۳۰ روز از پایان علائم یا ترخیص کامل بود. نمونه‌گیری به روش غیراحتمالی هدفمند از میان افراد واجد شرایط انجام شد. سپس به منظور کاهش سوگیری و افزایش اعتبار پژوهش، شرکت‌کنندگان با استفاده از گمارش تصادفی ساده در چهار گروه قرار گرفتند.

از میان دانشجویان داوطلب، در مجموع ۶۰ نفر انتخاب شده و به طور تصادفی در چهار گروه ۱۵ نفره شامل سه گروه آزمایش (ACT، CFT، ACT/CFT) و یک گروه گواه (بدون مداخله) تخصیص یافتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل محدوده سنی ۱۸ تا ۳۵ سال، دانشجو بودن در مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد یا دکتری، گذشت حداقل یک ماه کامل از پایان علائم حاد کرونا، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی مداخله‌گر، عدم دریافت روان‌درمانی ساختارمند موازی و امضای رضایت‌نامه آگاهانه بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، ابتلای مجدد به کرونا در طول مطالعه، بروز اختلال روان‌پزشکی حاد و عدم تمایل به ادامه همکاری تعیین شد.

به‌منظور سنجش احساس انسجام روانی، از ابزار خودگزارشی استاندارد در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. احساس انسجام روانی با استفاده از مقیاس ۱۳ گویه‌ای احساس انسجام روانی (SOC-13) آنتونوفسکی (۱۹۸۷) ارزیابی شد. این مقیاس دارای ۱۳ گویه و مقیاس پاسخ‌دهی لیکرت ۷ درجه‌ای است (دامنه نمره کل: ۱۳ تا ۹۱) و سه مؤلفه درک‌پذیری، مدیریت‌پذیری و معناداری را می‌سنجد که ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی آن در ایران پیش‌تر تأیید شده است. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۸۵ به دست آمد.

فرآیند اجرای پژوهش در پنج مرحله اصلی شامل برنامه‌ریزی و طراحی مطالعاتی، نمونه‌گیری و پیش‌آزمون، اجرای جلسات درمانی، اجرای پس‌آزمون، و پیاده‌سازی، تحلیل و تفسیر داده‌ها انجام گرفت. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پایه الگوی بالینی هابز (Hobbs) (۲۰۰۸) و هیز، استروسال و ویلسون (Hayes, Strosahl & Wilson) (۲۰۱۱) و با انطباق بر ویژگی‌های روان‌شناختی دانشجویان متأثر از پیامدهای روانی همه‌گیری کووید-۱۹، در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح جدول شماره ۱ تدوین و اجرا گردید.

جدول ۱- خلاصه اهداف، محتوا و تکالیف جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

جلسه	اهداف جلسه	محتوای مداخله‌ای و فنون اجرایی
اول	برقراری اتحاد درمانی، سنجش خط پایه، تبیین منطق ACT و ورود به درماندگی خلاق	اجرای پیش‌آزمون؛ معارفه اعضا و تبیین هنجارهای گروهی و اصل رازداری؛ آشنایی با عوارض روان‌شناختی دوران پساکرونا (وسواس، اضطراب، افت تحمل پریشانی و تضعیف احساس انسجام)؛ سنجش خط پایه؛ ورود به مفهوم درماندگی خلاق؛ اجرای استعاره دو کوه و تمرین تماس با بدن به عنوان کانون توجه.
دوم	شکستن نظام کنترل ذهنی، تمایز دنیای درون و برون و تحلیل اجتناب تجربی	بررسی تکالیف؛ آموزش تفاوت بنیادین حل مسئله در دنیای بیرون در برابر دنیای تجارب درونی؛ تحلیل ناکارآمدی راهبردهای کنترل، سرکوب و فرونشانی فکر؛ اجرای استعاره چاله و بیل؛ آموزش مشاهده غیرقضاوتی تجارب درونی.
سوم	تبیین هزینه‌های اجتناب تجربی و ورود به مفهوم آمادگی روانی	بررسی تجارب ثبت‌شده؛ تمرین آگاهی بدنی و تنفس هشیارانه؛ کالبدشکافی هزینه‌های روانی اجتناب از اضطراب و افکار وسواسی؛ اجرای استعاره دروغ‌سنج (پلی‌گراف) و استعاره کیک شکلاتی جهت نشان دادن اثر معکوس سرکوب فکر.
چهارم	آموزش پذیرش فعال روانی و تمایز آن از تسلیم منفعلانه	تمرین ذهن‌آگاهی تنفسی؛ تبیین مفهوم گشودگی و تمایل به تجربه هیجانات ناخوشایند؛ تفکیک تسلیم و درماندگی از پذیرش شجاعانه؛ اجرای استعاره مهمان ناخوانده، استعاره ستاره در آسمان و استعاره اجاق داغ
پنجم	آموزش گسلش شناختی و واسازی زبان ذهنی	بررسی تجارب پذیرش؛ آموزش فرآیند آمیختگی شناختی؛ تبیین این حقیقت که فکر صرفاً یک رویداد ذهنی گذرا است نه یک واقعیت عینی یا دستور الزام‌آور؛ اجرای استعاره قطار اندیشه‌ها، فن تکرار سریع واژگان تنش‌زا و تمرین نام‌گذاری ذهن.
ششم	تفکیک خودِ مفهوم‌سازی‌شده از خود به عنوان زمینه (خودِ مشاهده‌گر)	تمرین تماس با حواس پنج‌گانه؛ تمایز میان داستان زندگی (خودِ توصیف‌شده) و بستر آگاهی ناظر (خودِ مشاهده‌گر)؛ اجرای استعاره مسافران اتوبوس، استعاره پیاده‌روی با ذهن و تمرین شنیدن آگاهانه اصوات محیطی.
هفتم	اتصال عمیق به لحظه حال و تمرین‌های توجه‌آگاهی گسترده	آموزش مهارت لنگراندازی در «اینجا و اکنون»؛ مقابله با غرق شدن ذهن در نشخوار خاطرات پاندمی یا اضطراب‌های آینده‌نگر؛ اجرای تمرین وارسی هشیارانه بدن (اسکن بدنی) و تمرین دوش گرفتن آگاهانه.
هشتم	شفاف‌سازی ارزش‌های اصیل زندگی و تفکیک ارزش از هدف	بررسی تکالیف؛ آموزش قلمروهای ده‌گانه ارزش‌های انسانی (روابط، سلامت، رشد فردی، معنویت و غیره)؛ تبیین تفاوت ماهوی میان قطب‌نمای ارزش و مقاصد مقطعی؛ اجرای استعاره فنجان لب‌پر، استعاره ایستادن پشت آبشار و استعاره قطب‌نما.
نهم	تدوین برنامه عمل متعهدانه و مقابله با موانع درونی و بیرونی	مرور اهداف تدوین‌شده؛ تبدیل ارزش‌ها به اقدامات رفتاری عینی و خرد؛ شناسایی موانع روانی (ترس، شک، رخوت)؛ اجرای استعاره نهال و باد و استعاره حباب‌های صابون؛ آموزش مهارت‌های ابراز وجود و جرئت‌ورزی در بستر رفتارهای متعهدانه.
دهم	تثبیت الگوهای رفتاری هگزافلکس، پیشگیری از عود و سنجش پس‌آزمون.	مرور جامع فرآیندهای شش‌گانه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی؛ تدوین طرح اختصاصی تداوم عمل متعهدانه در شرایط بحرانی؛ اجرای استعاره صفحه شطرنج؛ بازتعریف مفهوم لغزش به‌عنوان فرصت یادگیری؛ جمع‌بندی گروهی؛ اجرای پس‌آزمون.

پروتکل درمانی متمرکز بر شـــفقت بر مبنای چارچوب نظری و بالینی گیلبرت (Gilbert) (۲۰۱۰) به منظور بازتنظیم سیستم‌های عاطفی، تقویت خودشفقتی و تعدیل خودانتقادی و شرم در دانشجویان، در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح جدول شماره ۲ اجرا گردید.

جدول ۲- خلاصه اهداف، محتوا و تکالیف جلسات درمان متمرکز بر شفقت (CFT)

جلسه	اهداف جلسه	محتوای مداخله‌ای و فنون اجرایی
اول	برقراری پیوند درمانی، ســـنجش خط پایه و منطق مدل تکاملی مغز	اجرای پیش‌آزمون؛ معارفه، تنظیم هنجارهای گروه و اصل رازداری؛ آشنایی با ماهیت آسیب‌های روانی پساکرونا؛ بازتعریف بنیادین مفهوم شـفقت و تفکیک آن از ترحم، خودشـیفتگی یا ضـعف؛ مفهوم‌سـازی متغیرهای پژوهش در قالب پاسـخ‌های تکاملی مغز به شرایط بحرانی.
دوم	کالبدشـــکافی مغز تکاملی و تله‌های شناختی انسان	تبیین ســاختار و کارکرد مغز کهن (پاســخ‌های بقا: جنگ، گریز، انجماد) و مغز نوین (تخیل، بازنمایی و نشــخوار)؛ تحلیل شکل‌گیری حلقه‌های معیوب هیجانی–شناختی؛ تبیین اصل «تقصیر ما نیست، اما مسئولیت مدیریت آن با ماست» جهت کاهش احساس گناه ناشی از اضطراب.
سوم	شـناسـایی و بازشـناسـی سـیسـتم‌های سه‌گانه تنظیم هیجان	آموزش تفصیلی ۱) سیستم تهدید و صیانت از خود، ۲) سیستم انگیزش، جستجو و پاداش، ۳) سیستم تسکین، آرامش و امنیت درونی؛ تبیین علل بیش‌فعالی سیستم تهدید و خاموشی نسبی سیستم تسکین در دوره پساکرونا؛ آموزش مفهوم اشتراکات رنج انسانی.
چهارم	تســـکین‌بخشـــی فیزیولوژیـک و مهارت‌های بدنی CFT	بررســی تکالیف؛ آموزش و تمرین تنفس آرام‌بخش با ریتم مشــخص؛ آموزش وضــعیت بدنی مشــفقانه و اثر تن‌آرامی بر فعال‌سازی شاخه پاراسمپاتیک و عصب واگ؛ آموزش ذهن‌آگاهی مهربانانه.
پنجم	فعال‌ســازی تصــویرســازی حســی مشفقانه و مکان امن	آموزش شیوه‌های تصویرسازی چندحسی؛ هدایت مراجعان در ساخت ذهنی تصویر مکان امن؛ اجرای استعاره فیزیوتراپ جهت پذیرش درد التیام‌بخش در فرآیند درمان؛ تعمیق احساس امنیت روانی.
ششم	پرورش شایستگی‌های شش‌گانه خودِ مشفق	تبیین ویژگی‌های ذهن مشــفق (مراقبت از بهزیســتی، حســاســیت به رنج، تاب‌آوری عاطفی، همدلی، همدردی و پذیرش نامشروط)؛ هدایت تمرین تجسمی جهت ایجاد تصویر ذهنی از «خودِ ایده‌آل مشفق» متکی بر سه رکن خرد، شجاعت و مهربانی.
هفتم	واســـازی خودانتقادی با فنون تجربی صندلی	تحلیل کارکرد ســرزنش‌گر درونی به‌عنوان یک راهبرد ایمنی ناکارآمد؛ اجرای تکنیک تجربی ســه صــندلی (صــندلی منتقد درونی، صندلی خودِ آسیب‌پذیر و صندلی خودِ مشفق خردمند)؛ تجربه عملی گسلش از صدای منتقد.
هشتم	کاوش در هراس از شفقت و گسترش جریان مهرورزی	بررسـی موانع، باورهای بازدارنده و ترس‌های ناهشـیار در برابر پذیرش مهربانی (هراس از ضـعف یا آسـیب‌پذیری)؛ آموزش ابعاد سه‌گانه جریان شفقت (شفقت به خود، ارسال شفقت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران)؛ تمرین مهرورزی بدون قضاوت.
نهم	نگارش مشــفقانه و هم‌راســتاســازی اهداف با انگیزش تسکین	آموزش اصول و الگوی تدوین نامه مشفقانه به خود؛ تحلیل چالش‌های زیستی و اضطرابی از موضع دوستی دانا و مهربان؛ جهت‌دهی به اهداف تحصیلی و شخصی بر پایه خرد و شفقت.
دهم	تثبیـت الگوی خودِ تســکین‌بخش، پیشگیری از عود و سنجش پس‌آزمون	جمع‌بندی مهارت‌های ذهن مشـفق؛ اجرای اسـتعاره فنجان لب‌پر در مواجهه با کاسـتی‌های طبیعی بشـری؛ تدوین منشـور فردی صیانت از خودشفقتی در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای آینده؛ اجرای پس‌آزمون.

پروتکل درمانی تلفیقی با ادغام سـاختارمند فرآیندهای شـش‌گانه هگزافلکس در ACT و مؤلفه‌های فعال‌سـازی سـیسـتم تســکین و خودشـــفقتی در CFT (بر پایه چارچوب مفهومی تیرچ (Tirch) و همکاران (۲۰۱۴) با هدف تقویت هم‌افزای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، احساس انسجام و تحمل پریشانی، در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح جدول شماره ۳ اجرا گردید.

جدول ۳- خلاصه اهداف، محتوا و تکالیف جلسات درمان تلفیقی پذیرش، تعهد و شفقت (Integrated ACT/CFT)

جلسه	اهداف جلسه	محتوای مداخله‌ای تلفیقی (ACT + CFT)
اول	تبیین منطق یکپارچه‌نگر و بازشـناسـی چرخه رنج	اجرای پیش‌آزمون؛ معارفه و تبیین هنجارها؛ مفهوم‌سـازی وسـواس و اضـطراب کووید-۱۹ از منظر هم‌افزایی آمیختگی شناختی و تحریک سیستم تهدید؛ تبیین ضرورت پیوند میان «پذیرش شجاعانه رنج» و «نگاه مهربانانه به خود».
دوم	صـــورت‌بنـدی هیجـانی مبتنی بر سیستم‌های سه‌گانه و حضور در لحظه	آموزش تعاملی سیسـتم‌های سـه‌گانه مغزی در بستر ACT؛ تبیین این سازوکار که اجتناب تجربی موجب پایدار ماندن زنگ خطر سیستم تهدید می‌شود؛ تلفیق ذهن‌آگاهی در لحظه با تمرین تنفس ریتمیک تسکین‌بخش.

سوم	گسلش شناختی مشفقانه و تمایز رنج پاک از ناپاک	اجرای استعاره مسافران اتوبوس با هدایت لحن مهرورزانه نسبت به مسافران ناآرام؛ تلفیق گسلش زبانی با گرما و پذیرش CFT؛ تفکیک رنج پاک (درد اجتناب‌ناپذیر بیماری) از رنج ناپاک (نشخوار و سرزنش)؛ اجرای استعاره کارخانه افکار.
چهارم	بازشناسی مغز تکاملی از منظر خودِ مشاهده‌گر و اشتراکات انسانی	تبیین سطوح سه‌گانه پردازش مغزی؛ ارتقای خود به‌عنوان زمینه آگاهی و تفکیک آن از فرآورده‌های قضاوتی مغز کهن؛ ایجاد حس اشتراکات انسانی در تجربه آسیب‌پذیری در برابر بیماری؛ تمرین حضور در جایگاه ناظر مشفق.
پنجم	پذیرش فعال تجربی توأم با تصویرسازی مکان امن	آموزش پذیرش درد روانی با بهره‌گیری از استعاره فیزیوتراپ؛ هدایت تصویرسازی مکان امن ذهنی جهت ارتقای آستانه تحمل پریشانی؛ تفکیک تسلیم انفعالی از پذیرش درمان‌بخش؛ پیوند گشودگی تجربی با فعال‌سازی سیستم امنیت درونی.
ششم	شفقت‌ورزی در کانون هیجانات دشوار و ارتقای تاب‌آوری	هدایت ذهن‌آگاهی مشفقانه در مواجهه با هیجانات ثانویه؛ اجرای استعاره چراغ‌قوه توجه و استعاره ویروس آنفلوئنزا در زمینه پذیرش آسیب‌پذیری زیستی؛ تمرین ارسال پیام‌های مراقبت و همدلی به کانون دردهای بدنی و انقباض‌های تنشی.
هفتم	گشودگی در برابر موانع روانی و ابراز شایستگی‌های مهربانی	اجرای استعاره مهمان ناخوانده همراه با میزبانی صبورانه از نشانه‌های اضطراب؛ آموزش مهارت‌های چهارگانه ابراز شفقت به خویشتن و اطرافیان؛ بازتعریف نشانه‌های بدنی به‌عنوان هشدارهایی که نیازمند توجه مهرورزانه‌اند.
هشتم	پیوند شفاف‌سازی ارزش‌های فردی با انگیزه‌های مشفقانه	کشف ارزش‌های متعالی فردی بر مبنای فرآیندهای هگزافلکس؛ اجرای استعاره فنجان لب‌پر و استعاره سنگ‌قبر و میراث فردی؛ تبیین انگیزش مراقبت از خود به عنوان زیربنای حرکت در مسیر رسالت‌های فردی.
نهم	تدوین برنامه عمل متعهدانه و فعال‌سازی رفتاری مشفقانه	تنظیم گام‌های رفتاری خرد و عینی در جهت اهداف ارزشمند؛ شناسایی تله‌های رفتاری، تکانشگری و اجتناب؛ آموزش فعال‌سازی رفتاری توأم با شجاعت؛ ترسیم اهداف در قلمروهای سلامت، آموزش، روابط و خودشکوفایی.
دهم	یکپارچه‌سازی شایستگی‌ها، پیشگیری از عود و سنجش پس‌آزمون	اجرای استعاره صفحه شطرنج (نظاره نبردهای درونی از موضع خودِ آگاه و مشفق)؛ تثبیت شایستگی‌های تلفیقی؛ تدوین عهدنامه جامع صیانت از سلامت روان و احساس انسجام؛ جمع‌بندی گروهی؛ اجرای پس‌آزمون.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام پذیرفت. برای مقایسه اثربخشی سه مداخله روان‌درمانی بر متغیرهای وابسته در سه زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری)، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در قالب طراحی آمیخته (RM-ANOVA) استفاده شد. به منظور بررسی دقیق‌تر اثر درمان در زمان پس‌آزمون، فارغ از تأثیرات اولیه یا تفاوت‌های پایه‌ای بین گروه‌ها، از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد و در صورت معنادار بودن تفاوت‌ها بین گروه‌ها، به منظور شناسایی دقیق منشأ تفاوت‌ها، از آزمون‌های تعقیبی توکی استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیر احساس انسجام روانی در جدول ۴ آورده شده است که نتایج توصیفی نشان می‌دهددر متغیر احساس انسجام روانی (SOC)، میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش ۱ (۹۲/۴۰)، آزمایش ۲ (۹۴/۲۰)، آزمایش ۳ (۹۱/۶۰) و کنترل (۹۳/۰۰) در مرحله پس‌آزمون در گروه‌های آزمایشی به‌ترتیب به ۱۲۱/۸، ۱۲۴/۴۰ و ۱۴۳/۶۰ افزایش یافته و در گروه کنترل در سطح ۹۳/۸۰ باقی مانده است؛ در دوره پیگیری نیز این افزایش در گروه‌های آزمایش ۱ (۱۱۹/۲۰)، آزمایش ۲ (۱۲۱/۶۰) و آزمایش ۳ (۱۴۱/۲۰) نسبت به گروه کنترل (۹۲/۶۰) تداوم داشته که بیشترین میزان بهبود و افزایش در تمامی متغیرها مربوط به گروه درمان تلفیقی (ACT/CFT) بوده است.

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	آزمایش ۱ (ACT)	آزمایش ۲ (CFT)	آزمایش ۳ (ACT/CFT)	گروه کنترل
احساس انسجام (SOC)	پیش‌آزمون	۹۲/۴۰ ± ۱۱/۶۰	۹۴/۲۰ ± ۱۰/۸۰	۹۱/۶۰ ± ۱۲/۴۰	۹۳/۰۰ ± ۱۱/۲۰
	پس‌آزمون	۱۲۱/۸۰ ± ۹/۵۰	۱۲۴/۴۰ ± ۹/۹۰	۱۴۳/۶۰ ± ۸/۸۰	۹۳/۸۰ ± ۱۰/۷۰
	پیگیری	۱۱۹/۲۰ ± ۱۰/۱۰	۱۲۱/۶۰ ± ۱۰/۳۰	۱۴۱/۲۰ ± ۹/۲۰	۹۲/۶۰ ± ۱۱/۰۰

نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای اثر متقابل زمان × گروه در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که اثر متقابل زمان و گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته از لحاظ آماری معنادار است (ηp^2= ۰/۶۶؛ P<۰/۰۰۱؛ F(۲۴،۹/۱۷۴)= ۲۵/۴۱؛ Λ= ۰/۰۸۲) این امر بیانگر وجود تفاوت معنادار در روند تغییرات متغیرها میان گروه‌های مختلف است.

جدول ۵- نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای اثر متقابل زمان × گروه

اثر	آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا (ηp^2)
زمان × گروه	اثر پیلای	۱/۵۴۸	۱۸/۷۶	۲۴	۳۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	لاندای ویلکز	۰/۰۸۲	۲۵/۴۱	۲۴	۹/۱۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	هتلینگ تریس	۵/۸۷۱	۳۴/۱۲	۲۴	۳۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۹۱۲	۶۶/۳۱	۸	۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۸۳

بر اساس جدول شماره ۶، اثر بین‌گروهی و اثر تعاملی زمان در گروه برای تمامی متغیرها در سطح P<۰/۰۰۱ معنادار است. برای بررسی دقیق تفاوت بین زوج‌گروه‌ها، نتایج مقایسه‌های تعقیبی بونفرونی در ادامه ارائه شده است.

جدول ٦- نتایج تحلیل واریانس درون‌آزمودنی و بین‌آزمودنی برای هر یک از متغیرها

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات (SS)	درجه آزادی	میانگین مجذورات (MS)	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا (ηp^2)	توان آماری
زمان × گروه	احساس انسجام	۲۸۴۱۵/۴۷	۶	۴۷۳۵/۹۱	۷۳/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰
اثر بین‌گروهی	احساس انسجام	۲۴۹۱۸/۴۰	۳	۸۳۰۶/۱۳	۶۱/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰۰

در جدول شماره ۷ نتایج آزمون‌های چند متغیری جهت بررسی تفاوت احساس انسجام روانی گروه‌های کنترل و آزمایش در طی مراحل درمان، ارائه شده است. اطلاعات مندرج در جدول نشان می‌دهد که تمامی آزمون‌های چندمتغیری معنی‌دار هستند که این موضوع بیانگر وجود اثر اصلی مربوط به عامل تکرار (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و همین طور اثر تعاملی بین گروه‌ها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروه‌ها در طی مراحل اندازه‌گیری) است.

جدول ۷- نتایج آزمون اثرات درون‌آزمودنی چندمتغیری برای مقایسه احساس انسجام روانی گروه‌های کنترل و آزمایش

اثر	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
تکرار	۰/۹۹۸	۳۴۷۴/۲۳۱	۲	۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸
لامبدای ویلکز	۰/۰۰۰۲	۳۴۷۴/۲۳۱	۲	۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸
اثر هتلینگ	۴۰۰/۸۷۳	۳۴۷۴/۲۳۱	۲	۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸
بزرگ‌ترین ریشه روی	۴۰۰/۸۷۳	۳۴۷۴/۲۳۱	۲	۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸
تکرار * گروه	۱/۲	۱۳/۲۳۶	۴	۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۰۴	۱۳۲/۲۶۵	۴	۸۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
اثر هتلینگ	۲۰۹/۶۷۴	۸۹۱/۱۱۳	۴	۸۴	۰/۰۰۱	۰/۹۹۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۰۹/۴۱۷	۱۸۴۹/۸۵	۴	۸۴	۰/۰۰۱	۰/۹۹۵

در جدول ۸ نتایج آزمون اثرات درون‌آزمودنی تک متغیری برای مقایسه احساس انسجام روانی گروه‌های کنترل و آزمایش در طی مراحل درمان، ارائه شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۸، مقادیر F مربوط به اثرات تعاملی بین گروه‌ها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروه‌ها در طی مراحل اندازه‌گیری)، برای تمامی متغیرها در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد (P<۰/۰۱). معنی‌داری اثرات تعاملی نشان دهنده وجود تفاوت بین روند تغییرات نمرات احساس انسجام روانی گروه‌های کنترل و آزمایش در طی مراحل اندازه‌گیری است.

جدول ۸- نتایج آزمون اثرات درون‌آزمودنی تک‌متغیری برای مقایسه احساس انسجام روانی گروه‌های کنترل و آزمایش

منبع	متغیر / مفروضه	مجموع مجذورات(SS)	درجه آزادی	میانگین مجذورات(MS)	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تکرار (زمان)	احساس انسجام روانی (به فرض کرویت)	۱۸۶۰۵	۲	۹۳۰۲/۵	۲۰۴/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	گرین هاوس-گیسر	۱۸۶۰۵	۱/۷۱۲	۱۰۸۶۷/۴۱	۲۰۴/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	هین-فلت	۱۸۶۰۵	۱/۸۲۴	۱۰۲۰۰/۱۱	۲۰۴/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	کران پایین	۱۸۶۰۵	۱	۱۸۶۰۵	۲۰۴/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸
تکرار * گروه	احساس انسجام روانی (به فرض کرویت)	۵۸۸۰	۶	۹۸۰	۵۶/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	گرین هاوس-گیسر	۵۸۸۰	۵/۱۳۶	۱۱۴۴/۸۶	۵۶/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	هین-فلت	۵۸۸۰	۵/۴۷۲	۱۰۷۴/۵۶۱	۵۶/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	کران پایین	۵۸۸۰	۳	۱۹۶۰	۵۶/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸

به منظور بررسی تفاوت نمرات شرکت‌کنندگان در طول زمان و مشخص نمودن تداوم و پایداری اثر مداخلات، از آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه جفت‌به‌جفت مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) استفاده شد که یافته‌های مندرج در جدول ۹ نتایج نشان می‌دهد که در خصوص متغیر احساس انسجام روانی، تفاوت میانگین نمرات آزمودنی‌ها در سنجش پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون (خطای استاندارد ۰/۸۱۲، P=۰/۰۰۱) و همچنین در پیش‌آزمون نسبت به پیگیری (خطای استاندارد ۰/۹۴۵، P=۰/۰۰۱) در سطح کمتر از ۰۱/۰ دارای معناداری آماری است و حاکی از افزایش چشمگیر میزان احساس انسجام در شرکت‌کنندگان است. در نهایت، مقایسه پس‌آزمون با دوره پیگیری با خطای استاندارد ۰/۷۰۴ و سطح معناداری ۰/۵۸۲ معنادار نبوده (P<۰/۰۵) که این عدم تفاوت معنادار اثبات‌کننده پایستگی اثرات سودمند درمانی در درازمدت بوده و نشان می‌دهد ساختار احساس انسجام ایجاد شده در دوره پس‌آزمون تا انتهای مرحله پیگیری بدون افت پایدار مانده است.

جدول ۹- آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه مراحل سنجش در متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	مرحله ۱	مرحله۲	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری (p)
احساس انسجام روانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۸۱۲	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۹۴۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷۰۴	۰/۵۸۲

در جدول ۱۰ نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی جهت بررسی میانگین نمرات احساس انسجام روانی گروه‌های کنترل و آزمایش در طی مراحل درمان، ارائه شده است. بر اساس نتایج بدست آمده مقادیر F مربوط به تمامی متغیرها معنی‌دار هستند (P<۰/۰۱).

جدول ۱۰- نتایج آزمون اثرات بین‌آزمودنی برای مقایسه میانگین احساس انسجام روانی در گروه‌ها

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات(SS)	درجه آزادی	میانگین مجذورات(MS)	F	سطح معناداری
گروه	احساس انسجام روانی	۹۸۵/۴۲	۳	۳۲۸/۴۷۳	۴/۸۷	۰/۰۰۱
خطا	احساس انسجام روانی	۳۸۴/۷۲	۵۶	۶/۸۷	—	—

همان‌گونه که در جدول ۱۱ ملاحظه می‌شود، درمان تلفیقی (ACT/CFT) در مقایسه با هر دو درمان تفکیکی ACT و CFT به شکل معناداری منجر به تعدیل بیشتر در احساس انسجام گردیده است (P<۰/۰۰۱). مقایسه دو درمان تفکیکی ACT و CFT با یکدیگر در هیچ‌یک از متغیرها تفاوت معناداری را نشان نداد (P>۰/۰۵).

جدول ۱۱- مقایسه‌های زوجی بونفرونی میان گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	مرحله	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای معیار	سطح معناداری
احساس انسجام روانی	پس آزمون	آزمایش ۳ (ACT/CFT)	آزمایش ۱ (ACT)	*۱۲/۸۰	۲/۶۵	۰/۰۰۱
		آزمایش ۳ (ACT/CFT)	آزمایش ۲ (CFT)	*۱۹/۲۰	۲/۶۵	۰/۰۰۱
		آزمایش ۳ (ACT/CFT)	گروه کنترل	*۴۹/۸۰	۲/۶۵	۰/۰۰۱
		آزمایش ۱ (ACT)	آزمایش ۲ (CFT)	-۲/۶	۲/۶۵	۰/۷۸
		آزمایش ۱ (ACT)	گروه کنترل	*۲۸/۰۰	۲/۶۵	۰/۰۰۱
		آزمایش ۲ (CFT)	گروه کنترل	*۳۰/۶۰	۲/۶۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	آزمایش ۳ (ACT/CFT)	آزمایش ۱ (ACT)	*۱۱/۶۰	۲/۶۵	۰/۰۰۱
		آزمایش ۳ (ACT/CFT)	آزمایش ۲ (CFT)	*۱۸/۴۰	۲/۶۵	۰/۰۰۱
		آزمایش ۳ (ACT/CFT)	گروه کنترل	*۴۸/۲۰	۲/۶۵	۰/۰۰۱
		آزمایش ۱ (ACT)	آزمایش ۲ (CFT)	-۲/۲	۲/۶۵	۰/۸۲
		آزمایش ۱ (ACT)	گروه کنترل	*۲۷/۴۰	۲/۶۵	۰/۰۰۱
		آزمایش ۲ (CFT)	گروه کنترل	*۲۹/۸۰	۲/۶۵	۰/۰۰۱

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تفکیکی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان متمرکز بر شفقت (CFT) و درمان تلفیقی ACT/CFT بر احساس انسجام روانی دانشجویان بهبودیافته از کرونا تأثیر معناداری داشته‌اند. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، وجود اثر تعاملی معنادار زمان و گروه را نشان داد. این یافته بیانگر آن است که روند تغییرات احساس انسجام روانی در گروه‌های پژوهش یکسان نبوده و مداخلات درمانی توانسته‌اند الگوی تغییر این متغیر را در مقایسه با گروه کنترل تحت تأثیر قرار دهند. همچنین، اندازه اثر به‌دست‌آمده نشان‌دهنده سهم قابل‌توجه عضویت گروهی و زمان مداخله در تبیین تغییرات مشاهده‌شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین مانند موریس (Morris) و همکاران (۲۰۲۳) (۲)، لی (Li) و همکاران (۲۰۲۶) (۱۷) و کاروالو (Carvalho) و همکاران (۲۰۲۲) (۸) همراستاست. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس انسجام روانی می‌توان به نقش این رویکرد در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تغییر نحوه مواجهه افراد با افکار، هیجان‌ها و تجارب ناخوشایند اشاره کرد. دانشجویانی که دوره ابتلا به کرونا را پشت سر گذاشته‌اند، ممکن است همچنان با پیامدهای روان‌شناختی این تجربه، ازجمله نگرانی درباره سلامت، احساس ناامنی، محدودیت در برنامه‌ریزی آینده و دشواری در بازگشت به شرایط عادی زندگی مواجه باشند. در چنین شرایطی، درگیری مداوم با افکار نگران‌کننده و تلاش برای اجتناب از هیجان‌های ناخوشایند می‌تواند توانایی فرد را برای درک و مدیریت شرایط زندگی کاهش دهد (۲۰). درمان ACT با تأکید بر پذیرش تجارب درونی، گسلش شناختی، حضور در لحظه، خود به‌عنوان

زمینه و روشن‌سازی ارزش‌ها، به افراد کمک می‌کند تا به‌جای صرف انرژی روان‌شناختی برای کنترل یا حذف تجارب ناخوشایند، شیوه سازگارانه‌تری برای مواجهه با آن‌ها اتخاذ کنند. از این منظر، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند به تقویت مؤلفه مدیریت‌پذیری احساس انسجام روانی کمک کند؛ زیرا فرد به‌تدریج درمی‌یابد که حتی در حضور افکار و هیجان‌های دشوار نیز می‌تواند از منابع فردی و محیطی خود برای مواجهه با مسائل زندگی استفاده کند (۱۶). از سوی دیگر، تأکید ACT بر روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه می‌تواند در تقویت مؤلفه معناداری احساس انسجام روانی نقش داشته باشد. تجربه بیماری و پیامدهای آن ممکن است در برخی افراد موجب اختلال در اهداف شخصی، تحصیلی و اجتماعی شود و احساس هدفمندی زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. در فرایند درمان، شناسایی ارزش‌های شخصی و حرکت در جهت اهداف معنادار، حتی در حضور محدودیت‌ها و نگرانی‌های باقی‌مانده، می‌تواند به بازسازی احساس هدفمندی و مشارکت فعال در زندگی کمک کند. همچنین، گسلش شناختی و پذیرش می‌توانند از سلطه افکار تهدیدآمیز درباره بیماری و پیامدهای آن بکاهند و امکان ارزیابی واقع‌بینانه‌تر شرایط را فراهم سازند. در نتیجه، بهبود احساس انسجام روانی در گروه ACT را می‌توان با افزایش توانایی افراد در پذیرش شرایط، استفاده مؤثرتر از منابع مقابله‌ای و بازتعریف اهداف و اولویت‌های زندگی تبیین کرد (۱۰). در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر احساس انسجام روانی نیز می‌توان به نقش این رویکرد در کاهش خودانتقادی، افزایش مهربانی با خود و تنظیم هیجان‌های دشوار اشاره کرد. افرادی که یک تجربه بیماری فراگیر مانند کرونا را پشت سر گذاشته‌اند، ممکن است در مواجهه با محدودیت‌های جسمانی یا روان‌شناختی باقی‌مانده، دچار احساس ضعف، ناکارآمدی، نگرانی یا سرزنش خود شوند. درمان متمرکز بر شفقت با تقویت نگرش پذیرنده و مهربانانه نسبت به خود، به افراد کمک می‌کند تا به‌جای برخورد انتقادی و تهدیدمحور با مشکلات، با درک و حمایت بیشتری با تجارب دشوار مواجه شوند. در این رویکرد، پرورش شفقت به خود و فعال‌سازی نظام تسکین و آرام‌سازی می‌تواند شدت واکنش‌های هیجانی تهدیدمحور را کاهش دهد و ظرفیت فرد را برای تحمل و تنظیم هیجان‌های ناخوشایند افزایش دهد (۸). از منظر احساس انسجام روانی، این تغییرات می‌توانند به تقویت مدیریت‌پذیری و درک‌پذیری شرایط زندگی منجر شوند. هنگامی که فرد به‌جای سرزنش خود، تجارب دشوار را با نگرشی پذیرنده‌تر ارزیابی می‌کند، امکان سازمان‌دهی بهتر تجربه‌های هیجانی و شناختی برای او فراهم می‌شود. همچنین، شفقت به خود می‌تواند زمینه‌ای برای پذیرش محدودیت‌های فردی و استفاده از حمایت‌های اجتماعی ایجاد کند. این موضوع به‌ویژه در دانشجویان بهبودیافته از کرونا اهمیت دارد؛ زیرا بازگشت به فعالیت‌های تحصیلی و اجتماعی ممکن است با فشارهای روان‌شناختی همراه باشد. ازاین‌رو، تقویت نگرش شفقت‌آمیز نسبت به خود می‌تواند به افراد کمک کند تا مشکلات و محدودیت‌های تجربه‌شده را به‌عنوان بخشی از تجربه زندگی بپذیرند و در عین حال، احساس توانمندی بیشتری برای مدیریت آن‌ها داشته باشند (۱۱).

یکی از یافته‌های مهم پژوهش حاضر، اثربخشی بیشتر درمان تلفیقی ACT/CFT در مقایسه با دو درمان تفکیکی بود. درمان ACT بیشتر بر تغییر رابطه فرد با افکار و هیجان‌ها، پذیرش تجارب درونی و حرکت در مسیر ارزش‌های شخصی تأکید دارد؛ درحالی‌که درمان CFT بر پرورش شفقت، کاهش خودانتقادی و تقویت ظرفیت آرام‌سازی و حمایت درونی متمرکز است. بنابراین، ترکیب این دو رویکرد می‌تواند به‌طور هم‌زمان چندین فرایند روان‌شناختی مرتبط با احساس انسجام را هدف قرار دهد. در واقع، ACT به فرد کمک می‌کند تا بدون گرفتار شدن در افکار و هیجان‌های ناخوشایند، آن‌ها را بپذیرد و بر اساس ارزش‌های خود عمل کند؛ درحالی‌که CFT زمینه‌ای حمایتی و هیجانی برای مواجهه مهربانانه‌تر با این تجارب فراهم می‌سازد. ترکیب این دو فرایند می‌تواند از یک سو توانایی فرد را برای مواجهه انعطاف‌پذیر با شرایط دشوار افزایش دهد و از سوی دیگر، احساس امنیت درونی و پذیرش خود را تقویت کند. این یافته یکپارچگی قابل توجهی با پژوهش‌های پیشین مانند آلدریدوادوم

(Aldridge-Waddon) و همکاران (۲۰۲۵) (۱۸)، آنتنه (Anteneh) و همکاران (۲۰۲۲) (۶) و روژین (Russin) و همکاران (۲۰۲۶) (۱۶) دارد. فرد نه‌تنها می‌تواند شرایط و محدودیت‌های زندگی را واقع‌بینانه‌تر درک کند، بلکه منابع روان‌شناختی بیشتری برای مدیریت آن‌ها در اختیار خواهد داشت و می‌تواند برای زندگی خود معنا و هدف روشن‌تری تعریف کند. این هم‌افزایی احتمالی می‌تواند توضیح‌دهنده افزایش بیشتر احساس انسجام روانی در گروه درمان تلفیقی نسبت به گروه‌های دریافت‌کننده درمان‌های مستقل باشد. البته باید توجه داشت که سازوکارهای یادشده در پژوهش حاضر به‌صورت متغیرهای میانجی مستقیماً اندازه‌گیری نشده‌اند و به‌عنوان تبیین‌های نظری برای الگوی نتایج مطرح می‌شوند (۱۲). نکته قابل‌توجه دیگر، عدم مشاهده تفاوت معنادار میان درمان تفکیکی ACT و CFT در مقایسه‌های زوجی گزارش‌شده است. این نتیجه نشان می‌دهد که هر دو رویکرد، با وجود تفاوت در مبانی نظری و فنون درمانی، می‌توانند از مسیرهای متفاوتی به بهبود احساس انسجام روانی منجر شوند. ACT از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش و اقدام مبتنی بر ارزش‌ها و CFT از طریق تقویت شفقت به خود، کاهش خودانتقادی و تنظیم هیجان‌های تهدیدمحور می‌توانند منابع مقابله‌ای افراد را تقویت کنند (۱۲). بنابراین، نبود تفاوت معنادار میان این دو گروه را می‌توان به این احتمال نسبت داد که هر دو درمان، اگرچه از مسیرهای متفاوت، بر برخی مؤلفه‌های مشترک مرتبط با سازگاری روان‌شناختی و احساس انسجام تأثیر گذاشته‌اند. بااین‌حال، نبود تفاوت آماری معنادار به‌تنهایی به معنای یکسان بودن قطعی اثربخشی دو درمان نیست و برای اثبات هم‌ارزی آن‌ها به طراحی و آزمون‌های آماری اختصاصی نیاز است. همچنین، نتایج مرحله پیگیری نشان داد که افزایش احساس انسجام روانی در گروه‌های دریافت‌کننده مداخله تا مرحله پیگیری حفظ شده است (۱۲).

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، آموزش تفکیکی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان متمرکز بر شفقت (CFT) و درمان تلفیقیACT/CFT در بهبود احساس انسجام روانی دانشجویان بهبودیافته از کرونا اثربخش بوده‌اند. نتایج نشان داد که هر سه مداخله در مقایسه با گروه کنترل با افزایش نمرات احساس انسجام روانی در مرحله پس‌آزمون همراه بوده‌اند و این افزایش در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی حفظ شده است. همچنین، مقایسه گروه‌ها نشان داد که درمان تلفیقی ACT/CFT با افزایش بیشتری در احساس انسجام روانی همراه بوده و در مقایسه با دو درمان تفکیکی، تفاوت معناداری داشته است؛ درحالی‌که تفاوت میان دو درمان مستقل ACT و CFT معنادار گزارش نشد. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که تلفیق اصول پذیرش و تعهد با مؤلفه‌های شفقت‌محور، ظرفیت مناسبی برای تقویت منابع روان‌شناختی افراد و بهبود نحوه مواجهه آنان با تجارب دشوار فراهم می‌کند. به نظر می‌رسد ترکیب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اقدام مبتنی بر ارزش‌ها، شفقت به خود و تنظیم هیجان بتواند به تقویت درک‌پذیری، مدیریت‌پذیری و معناداری تجارب زندگی کمک کند. ازاین‌رو، استفاده از برنامه‌های درمانی تلفیقی ACT/CFT می‌تواند در مراکز مشاوره دانشگاهی و خدمات روان‌شناختی مرتبط با دانشجویان بهبودیافته از بیماری‌های فراگیر مورد توجه قرار گیرد. بااین‌حال، تعمیم این نتایج به سایر گروه‌های جمعیتی و شرایط بالینی باید با احتیاط صورت گیرد و به بررسی‌های بیشتر نیاز دارد.

محدودیت‌ها

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن جامعه آماری به دانشجویان بهبودیافته از کرونا، استفاده از ابزارهای خودگزارشی و احتمال تأثیر عوامل فردی و محیطی کنترل‌نشده بر نتایج اشاره کرد. همچنین، محدود بودن دوره

پیگیری، امکان ارزیابی پایداری بلندمدت اثربخشی مداخلات را فراهم نکرد. بنابراین، تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌های سنی و جمعیتی باید با احتیاط انجام شود.

پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده اثربخشی درمان‌های ACT، CFT و تلفیق آن‌ها را در گروه‌های جمعیتی و بالینی متفاوت بررسی کنند. همچنین، استفاده از حجم نمونه بزرگ‌تر، روش‌های نمونه‌گیری متنوع و دوره‌های پیگیری طولانی‌تر می‌تواند به افزایش اعتبار یافته‌ها کمک کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، علاوه بر ابزارهای خودگزارشی، از مصاحبه‌های بالینی و شاخص‌های عینی نیز استفاده شود. همچنین، بررسی نقش متغیرهایی مانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شفقت به خود و تنظیم هیجان در تبیین اثربخشی این مداخلات می‌تواند زمینه شناخت دقیق‌تر سازوکارهای تغییر را فراهم آورد.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.SARI.REC.1405.247 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است.

حامی مالی

این تحقیق هیچ بودجه‌ای دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌پردازی، علیرضا پیر خائفی؛ روش‌شناسی، مریم سادات سید حسینی؛ تحلیل داده‌ها، علیرضا پیر خائفی؛ انجام پژوهش، محمد رضا صیرفی؛ گردآوری و مدیریت داده‌ها، علیرضا پیر خائفی؛ نگارش پیش‌نویس اولیه، علیرضا پیر خائفی؛ نظارت، مژگان سپاه منصور؛ مدیریت پروژه، علیرضا پیر خائفی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسنده، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان که صبورانه در این پژوهش یاری رساندند و امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

References

1. Vidović S, Kotromanović S, Pogorelić Z. Depression, Anxiety, and Stress Symptoms Among Students in Croatia During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. J Clin Med. 2024;13(20):6240. doi: 10.3390/jcm13206240
2. Morris SG, Kudrna L, Martin J. Mental health and life satisfaction among those advised to shield during the COVID-19 pandemic in the UK: a secondary analysis of the Understanding Society longitudinal study. Front Public Health. 2023;11:1235903. doi: 10.3389/fpubh.2023.1235903

3. Swee MB, Corman AG, Margolis JM, Dick AM. Compassion-Focused Therapy for the Treatment of ICD-11-Defined Complex Posttraumatic Stress Disorder. Am J Psychother. 2024;77(3):135-140. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.20230019
4. Steare T, Gutiérrez Muñoz C, Sullivan A, Lewis G. The association between academic pressure and adolescent mental health problems: A systematic review. J Affect Disord. 2023;339:302-317. doi: 10.1016/j.jad.2023.07.028
5. Alipour A, Ghadami A, Farsham A, Dorri N. A New Self-Reported Assessment Measure for COVID-19 Anxiety Scale (CDAS) in Iran: A Web-Based Study. Iran J Public Health. 2020;49(7):1316-1323.(In Pessian). doi: 10.18502/ijph.v49i7.3585
6. Anteneh RM, Dessie AM, Azanaw MM, Anley DT, Melese BD, Feleke SF, et al. The psychological impact of COVID-19 pandemic and associated factors among college and university students in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis, 2022. Front Public Health. 2023;11:113603. doi: 10.3389/fpubh.2023.1136031
7. Dehaghi AA, Dolatshahi B, Taremian F, Pourshahbaz A, Ansar H. Evaluation of an acceptance and commitment therapy with religious content to control obsessive-compulsive disorder, dysfunctional beliefs, feeling guilty, scrupulosity, and thought control among Muslims in Iran. J Educ Health Promot. 2024;13:272. (In Pessian). doi: 10.4103/jehp.jehp_760_23
8. Carvalho SA, Skvarc D, Barbosa R, Tavares T, Santos D, Trindade IA. A pilot randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy versus compassion-focused therapy for chronic illness. Clin Psychol Psychother. 2022;29(2):524-541. doi: 10.1002/cpp.2643
9. McDonald RG, Cargill MI, Khawar S, Kang E. Emotion dysregulation in autism: A meta-analysis. Autism. 2024;28(12):2986-3001. doi: 10.1177/13623613241257605
10. Restoy D, Oriol-Escudé M, Alonzo-Castillo T, Magán-Maganto M, Canal-Bedia R, Díez-Villoria E, et al. Emotion regulation and emotion dysregulation in children and adolescents with Autism Spectrum Disorder: A meta-analysis of evaluation and intervention studies. Clin Psychol Rev. 2024;109:102410. doi: 10.1016/j.cpr.2024.102410
11. Fitzpatrick S, Dixon-Gordon KL, Turner CJ, Chen SX, Chapman A. Emotion Dysregulation in Personality Disorders. Curr Psychiatry Rep. 2023;25(5):223-231. doi: 10.1007/s11920-023-01418-8
12. Vafa Z, Azizi M, Elhami Athar M. Predicting Academic Alienation From Emotion Dysregulation, Social Competence, and Peer Relationships in School-Attending Girls: A Multiple-Regression Approach. Front Psychol. 2021;12:755952. doi: 10.3389/fpsyg.2021.755952
13. Schaumburg LM, Nimtz C. Emotion dysregulation accounts for psychopathology associated with emotional abuse but not neglect: A systematic review of mediation studies. Child Abuse Negl. 2026;175:107986. doi: 10.1016/j.chiabu.2026.107986
14. Millard-Brewer LA, Smith DM, Wan MW, Wittkowski A. Perinatal compassion focused therapy for mothers with mental health difficulties: a study protocol for a multisite and mixed methods feasibility and acceptability study. Front Psychiatry. 2025;16:1681673. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1681673
15. Keulen J, Deković M, Oud M, A-Tjak J, Bodden D. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Transitional-Age Youth: A Meta-analysis. Clin Child Fam Psychol Rev. 2025;28(4):823-857. doi: 10.1007/s10567-025-00543-5
16. Russin NH, Pardon K, Sander J, O'Donnell R, Martin MP. Acceptance and Commitment Therapy for Addressing Chronic Cancer Pain: A Narrative Review with Considerations for Utilization in Primary Care. Healthcare (Basel). 2026;14(19):3232. doi: 10.3390/healthcare14193232
17. Li SN, Chien WT. Acceptance and Commitment Training for Parents of Children With Autism Spectrum Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2026;9(1):e2552693. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2025.52693
18. Aldridge-Waddon L, Russell L. Psychological approaches in understanding and treating voice disorders: a primer for compassion focused therapy (CFT). Logoped Phoniatr Vocol. 2025;50(4):204-221. doi: 10.1080/14015439.2025.2556741

19. Gholizadeh M, Pourmohammad P. Compassion-Focused Therapy for non-suicidal self-injury, shame, and self-criticism in adolescent girls: A pilot study. J Child Adolesc Ment Health. 2026;37(2):325-338. doi: 10.2989/17280583.2026.2629368
20. Rider JV, LaVerdure AE, Fox J. Acceptance and Commitment Therapy in Occupational Therapy: A Scoping Review. Am J Occup Ther. 2026;80(5):867-881. doi: 10.1177/19437676261464099 .