



اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر سرسختی روان‌شناختی و کیفیت خواب در افراد با سابقه بستری به دلیل کرونا

کارشناسی ارشد روانشناسی، موسسه آموزش عالی روزبهان، ساری، ایران
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران
کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

سیدامیر عمرانی*

مریم براتیان

زهرة زارع حسین‌زادگان

زهرا جداری سیدی

seyedamiromrani@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۴

دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۱۱

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۵ پایانی ۹ | ۲۲۸-۲۱۵

زمستان ۱۴۰۰

(مجموعه مقالات کویید-۱۹)

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر سرسختی روان‌شناختی و کیفیت خواب در افراد با سابقه بستری به دلیل کرونا بود. **روش پژوهش:** این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود و جامعه آماری شامل افراد با سابقه بستری به دلیل کرونا در شهر چالوس بود که پس از غربالگری با پرسشنامه سرسختی کوباسا و مدی (۱۹۸۲) و پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبورگ (۱۹۸۹) ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) گواه (۱۵ نفر) ۱۵ نفر به صورت تصادفی جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان گروه آموزشی در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله درمان متمرکز بر هیجان جانسون (۲۰۱۲) قرار گرفتند و گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته به وسیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج تحقیق نشان داد مداخله درمان متمرکز بر هیجان در بهبود کیفیت خواب ($F=9/18, P=0/005$) و سرسختی روان‌شناختی ($F=4/66, P=0/040$) مؤثر بود و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار بود. **نتیجه‌گیری:** ضریب اتای تفکیکی نشان می‌دهد ۲۴/۷ درصد از تغییرات کیفیت خواب و ۱۴/۳ درصد از تغییرات سرسختی روان‌شناختی به وسیله متغیر گروه‌بندی تبیین می‌شود؛ بنابراین درمان متمرکز بر هیجان بر سرسختی روان‌شناختی و کیفیت خواب در افراد با سابقه بستری به دلیل کرونا مؤثر بوده است.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(عمرانی، براتیان، زارع حسین‌زادگان و جداری

سیدی، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

عمرانی، سیدامیر، براتیان، مریم، زارع حسین‌زادگان، زهره، و جداری سیدی، زهرا. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر سرسختی روان‌شناختی و کیفیت خواب در افراد با سابقه بستری به دلیل کرونا. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۵ پایانی ۹): ۲۱۵-۲۲۸.

کلیدواژه‌ها: درمان متمرکز بر هیجان، سرسختی روان‌شناختی، کیفیت خواب، کرونا

مقدمه

با توجه به وضعیت همه‌گیری بیماری کرونا و ویروس^۱ است که تقریباً تمامی جنبه‌های مهم اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و حتی نظامی تمامی کشورهای جهان را تحت تأثیر قرار داده، (رای و چون، ۲۰۲۰) و به عبارت دیگر فلج کرده، بحث آثار روان‌شناختی این بیماری بر روی بهداشت سلامت روان افراد در سطوح جامعه از اهمیت به‌سزایی برخوردار است (لی، وانگ، ژئو، ژائو و ژئو، ۲۰۲۰). با توجه به خصوصیت کووید-۱۹ و به علت انتشار سریع و همچنین درصد مرگ و میر ناشی از آن ممکن است این بیماری وضعیت بهداشت سلامت روان افراد در سطوح مختلف جامعه را به مخاطره اندازد (باو، سان، منگ، شی و لو، ۲۰۲۰) و علاوه بر مشکلات جسمی، مشکلات روان‌شناختی زیادی نیز به همراه داشته باشد (چن، لیانگ، لی، ژئو، فائی و وانگ، ۲۰۲۰). بررسی‌های انجام شده، بیماران کووید-۱۹ که دارای ظرفیت تحمل روان‌شناختی پایینی بوده و با توجه به وضعیت بیماری این افراد به شدت در معرض بروز اختلالات روان‌شناختی مانند اضطراب، ترس، افسردگی و همچنین افکار منفی قرار دارند (باو، چن و ژئو، ۲۰۲۰) به همین دلیل در پژوهش حاضر میزان سرسختی^۲ روان‌شناختی این بیماران مورد توجه قرار گرفته است. سرسختی مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی است که در رویارویی با حوادث فشارزای زندگی، به عنوان منبعی از مقاومت و به عنوان سپر محافظ عمل می‌کند (پورجهرمی، رحیمی و چیت‌سازی، ۱۳۹۶). سرسختی روان‌شناختی یک جهت‌گیری کلی نسبت به خود و دنیای پیرامون است و شامل سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی است (رستمی، ثامتی، مهدی‌نژاد گرجی و ابرقو، ۱۳۹۹). از طرفی فشار روانی ناشی از ترس از کرونا باعث به وجود آمدن اختلال خواب می‌شود، بنابراین راهبردهایی که در حل مشکلات خواب اثرگذار باشد، در این مقطع زمانی مورد توجه است (زانک، شانگ، ما، جیا، سان و گئو، ۲۰۲۰). فشار روانی ناشی از ترس از بیماری کووید-۱۹ در یک رابطه دو سویه با عفونت‌های جسمی منجر به کاهش سلامت، کیفیت خواب و علائم استرس پس از سانحه^۳ می‌شود (سان، سان، وئو، ژئو، ژانگ و شانگ، ۲۰۲۰). بر اساس نتایج پژوهش‌ها اختلال در خواب از دیگر مشکلات افراد مبتلا به کووید-۱۹ که ممکن است در بخش‌های ایزوله یا قرنطینه برای این افراد روی دهد. نتایج تحقیقی در چین در طی انتشار بیماری که در شهر ووهان انجام شده نشان می‌دهد شاخص کیفیت خواب در این بیماران به شدت کاهش پیدا می‌کند (بروکس، وبستر، اسمیت، وودلند، وسلی و گرینبرگ، ۲۰۲۰).

کیفیت خواب^۴ به صورت دوره‌ای از خواب نیرو دهنده که نیازهای مرتبط با خواب افراد را تأمین کرده و به شخص اجازه انجام مناسب کارکردهای روزانه را می‌دهد تعریف می‌شود (برگر، پارکر، یونک مک‌کوگن، مالری، بارسویک، بک و همکاران، ۲۰۰۵). خواب یکی از نیازهای اساسی و فیزیولوژیک انسان بوده و وقتی چرخه خواب و بیداری مختل می‌گردد سایر عملکردهای فیزیولوژیک بدن نیز تغییر می‌کند. بی‌خوابی مزمن می‌تواند موجب بیماری‌های قلبی، فشارخون بالا، بیماری‌های عصبی، مشکلات تنفسی، مشکلات ادراکی، دردهای مزمن و مشکلات گوارشی شود (طاهری، منشی و عابدی، ۱۳۹۹)، بنابراین توجه به

1. coronavirus
2. hardines
3. Posttraumatic stress disorder (PTSD)
4. quality of sleep

مسئله خواب از اهمیت بالایی برخوردار است؛ از جمله درمان‌های روانشناسی می‌توان به درمان مبتنی بر هیجان^۱ اشاره کرد. درمان هیجان‌مدار یک رویکرد تجربی است که هیجان را به عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیرانطباقی می‌داند (داوودی، منشی و گل‌پرور، ۱۳۹۸) و شامل روش‌های مبتنی بر فعال کردن هیجان‌های خاصی است که در یک زمینه ارتباطی همدلانه برقرار می‌شود. این رویکرد فرض می‌کند که کمک به مراجعان در تغییر روشی که آن‌ها از هیجان‌های خود سوءاستفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص به آن دسترسی می‌یابند منجر به تغییر در طرح‌واره‌های هیجانی می‌شود (دهنوی، صادقی و سپهوند، ۱۳۹۹).

مرور نتایج پژوهش‌های صورت گرفته نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان موجب کاهش اضطراب و وسواس بیماران می‌شود (تایر و لین، ۲۰۰۰؛ تورک، هایمبرگ، لاترک، منین و فرسکو، ۲۰۰۵؛ منین و فراچ، ۲۰۰۷ و گراس، ۲۰۰۸؛ ناصری‌نیا و برجعلی، ۱۳۹۹). همان‌طور که بیان شد، پژوهش‌های متعددی اثربخشی این روش درمانی در حیطه‌های مختلف را نشان داده‌اند؛ اما اثربخشی این درمان بر روی تبعات روان‌شناختی افراد درگیر با کرونا نیاز به مطالعه و بررسی بیشتری دارد؛ بنابراین در پژوهش حاضر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر سرسختی روان‌شناختی و کیفیت خواب در بیماران کرونا با سابقه بستری در بیمارستان مورد پژوهش قرار گرفته و سؤالات پژوهشی زیر مورد ارزیابی قرار گرفت:

۱. درمان مبتنی بر هیجان بر سرسختی روان‌شناختی و کیفیت خواب بیماران با سابقه بستری در مرحله پس‌آزمون مؤثر است؟
۲. درمان مبتنی بر هیجان بر سرسختی روان‌شناختی و کیفیت خواب بیماران با سابقه بستری در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

این پژوهش در چارچوب یک روش تحقیق نیمه تجربی بود و با استفاده از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه افراد با سابقه بستری به دلیل کرونا در شهر چالوس بود که از میان بستری شدگان در بازه زمانی اردیبهشت تا تیرماه ۱۴۰۰ در بیمارستان‌های طالقانی و رازی به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از بستری در بخش کرونایی، رضایت جهت شرکت در پژوهش و سلامت عمومی و جسمی و معیارهای خروج از پژوهش نیز تحت درمان دارویی و روان‌درمانی و غیبت بیش از دو جلسه بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه سرسختی^۲. این پرسشنامه توسط کوباسا و مدی (۱۹۸۲) برای اندازه‌گیری سرسختی تهیه شده است. این آزمون از ۲۰ و ۳ مؤلفه (تعهد، کنترل، مبارزه‌جویی) تشکیل شده است. هدف این پرسشنامه ارزیابی میزان سرسختی و عوامل آن در افراد است. شیوه نمره‌دهی این پرسشنامه صورت

1. Emotion-focused therapy (EFT)
2. hardiness psychological scale (HS)

لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز=۴، به ندرت=۳، گاهی اوقات=۲ و اغلب اوقات=۱) است. جمع کل نمرات این سؤالات به عنوان امتیاز سرسختی آزمودنی در نظر گرفته می‌شود و هر چه این نمره بالاتر باشد، بیانگر سرسختی بالاتر پاسخ دهنده است و برعکس. سؤالات مؤلفه تعهد (۱-۹)، سؤالات مؤلفه کنترل (۱۰-۱۶)، سؤالات مؤلفه مبارزه‌جویی (۱۷-۲۰) است. برای سنجش امتیاز کلی این آزمون، امتیاز تک‌تک سؤال‌ها با هم جمع شده و به عنوان میزان اعتقاد به دعا در فرد پاسخ دهنده در نظر گرفته می‌شود. برای اندازه‌گیری امتیاز مربوط به هر عامل، امتیازات سؤالات آن بعد با هم جمع می‌شود. کوباسا و مدی (۱۹۹۲) این آزمون را دارای روایی سازه مناسب می‌دانند. این آزمون توسط زارع و امین‌پور (۱۳۹۰) بر روی دانشجویان دانشگاه پیام نور مورد هنجاریابی قرار گرفت. نتایج نشان دهنده همسانی درونی مناسب این پرسشنامه است. بر اساس تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریمکس بعد از ۷ تکرار ۳ عامل استخراج شدند. این سه عامل ۵۰/۱۶ درصد کل واریانس آزمون را تبیین می‌کنند. نتایج آلفای کرونباخ کل ۰/۹۱ و برای مؤلفه تعهد ۰/۸۴، سؤالات مؤلفه کنترل ۰/۸۲، سؤالات مؤلفه مبارزه‌جویی ۰/۷۵ گزارش شده است. ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۶۶ به دست آمد.

۲. پرسشنامه کیفیت خواب^۱. این پرسشنامه توسط دکتر بویس، ریلوند، مونک، برمان و کوپفر (۱۹۸۹) در موسسه روان‌پزشکی پیتزبورگ با هدف سنجش کیفیت و الگوی خواب افراد ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۱۸ عبارت است که کیفیت خواب افراد را با ارزیابی ۷ ویژگی در طول ماه گذشته مشخص می‌سازد. این موارد عبارتند از: کیفیت ذهنی خواب^۲، تأخیر در بخواب رفتن^۳، طول مدت خواب^۴، کارایی خواب^۵، اختلالات خواب^۶، مصرف داروهای خواب‌آور^۷ و اختلال عملکرد روزانه^۸. هر یک از ۷ خرده مقیاس این پرسشنامه نمره صفر تا ۳ را به خود اختصاص می‌دهد و نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت ضعیف خواب است. دکتر بویس و همکاران (۱۹۸۹) انسجام درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آوردند. کسین و کلیکوگلا (۲۰۰۹) در پژوهش خود پایایی این پرسشنامه را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. اعتبار این پرسشنامه برای جمعیت ایرانی از انستیتو روان‌پزشکی تهران مورد تأیید قرار گرفته است و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۳ به دست آمده است (فرهادی‌نسب و عظیمی، ۱۳۸۷). در ایران این پرسشنامه توسط محققین ابتدا به فارسی ترجمه و مجدداً به منظور تأیید صحت آن به انگلیسی برگردانده شده و روایی و پایایی آن به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۲ گزارش شده است (حسن‌زاده، علوی، قالب‌بندی، یداللهی، قزایی و صادق‌کیا، ۲۰۰۸). همچنین در پژوهشی دیگر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۴۶ و به روش تنصیف ۰/۵۲ به دست آمد (حیدری، احتشام‌زاده و مرعشی، ۱۳۸۹). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۰ به دست آمد.

1. pittsburgh sleep quality index (PSQI)
2. subjective sleep quality
3. sleep latency
4. sleep duration
5. habitual sleep efficiency
6. sleep disturbances
7. use of sleep medications
8. daytime dysfunction

۳. درمان متمرکز بر هیجان. این برنامه به صورت یک فعالیت گروهی انجام می‌شود که از بسته درمانی مبتنی بر هیجان مدار جانسون (۲۰۱۲) مفهوم‌سازی شد و در پژوهش حاضر توسط ۳ تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها و متخصصین این حوزه مورد تأیید محتوایی قرار گرفت.

جلسه اول. برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح در مورد ماهیت علائم وسواس و اضطراب، مفهوم‌سازی درمان متمرکز بر هیجان و مشاهده و ارزیابی آزمودنی‌ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی.

جلسه دوم. شناسایی چرخه تعاملی معیوب و شناسایی هیجان‌های اساسی که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند؛ شناسایی احساس‌های متناقض، دوگانه و انتقادی درباره خود و اشخاص مهم و تأثیرگذار در زندگی، توزیع برگه‌های ثبت هیجانی، برگه تقویت هیجان و برگه ثبت افکار ناکارآمد به لحاظ هیجانی.

جلسه سوم. آن و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفته‌گی هیجانی، معرفی چهار سبک توأم با خطا و بیرون کشیدن اطلاعات مربوط به علائم اختلال خواب.

جلسه چهارم. پیوستگی و آگاهی، شناسایی فرایندهای شناختی-عاطفی زیربنایی، شناخت نیازها و رساندن آن به آگاهی.

جلسه پنجم. آرام‌سازی عضلانی، شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی، تأکید بر پذیرش تجربیات، مواجهه تجسمی و اجرای صندلی داغ.

جلسه ششم. مطالبه‌نیازی که بیمار از آن امتناع می‌کند و تصدیق تجربه‌ای که قبال نمادگذاری نشده یا از آن اجتناب شده است. گسترده کردن مفهوم خود با بازسازی هیجان‌ها در ارتباط با موقعیت‌های مختلف.

جلسه هفتم. تقویت پردازش هیجانی، ردیابی احساسات حل نشده، بازسازی مجدد هیجان، فراخوانی و برانگیختن مجدد احساسات منفی، فراهم نمودن حمایت برای هیجان‌ها و حل و فصل مجدد هیجان نسبت به نوع وسواس و اضطراب فرد.

جلسه هشتم. ایجاد راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قبلی، آموزش فرایند انتقال احساسات ناخوشایند به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات جنبه‌های مهم زندگی در خارج از جلسه درمان

شیوه اجرا. پس از کسب مجوز از مدیریت بیمارستان‌های طالقانی و رازی از بین بیماران بستری شده سابق که واجد شرایط آموزش و مداخله گروهی بودند دعوت به همکاری شد. پس از شناسایی و انتخاب نمونه‌ها، درباره طرح پژوهش، محل برگزاری آن، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطروحه در جلسه‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات به این افراد توضیح داده شد و پس از جلب رضایت آزمودنی‌ها و ابراز تمایل آن‌ها برای شرکت در پژوهش رضایت‌نامه کتبی از هر دو گروه اخذ شد. جلسه‌های درمان به صورت گروهی و هفتگی برای گروه آزمایش هیجان مدار برگزار شد. گروه آزمایش به همراه گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و در مرحله پیگیری دو ماهه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، گروه گواه نیز در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش هیجان مدار را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار اس.پی.اس.اس و به روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۳۳/۱۰ (۴/۵۰) و کنترل ۳۳/۶۷ (۵/۸۶) بود. در گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۶۶/۷ درصد و ۶۰ درصد شرکت‌کنندگان را زنان تشکیل می‌دادند. آزمون خی‌دو نشان داد که گروه‌ها از لحاظ جنسیت همگن هستند و تفاوت معناداری میان آن‌ها وجود ندارد ($\chi^2=0/144, P>0/05$). در گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۴۶/۷ درصد و ۵۳/۳ درصد آزمودنی‌ها را افراد مجرد تشکیل می‌دادند. آزمون خی‌دو نشان داد که گروه‌ها از لحاظ وضعیت تأهل همگن هستند ($\chi^2=0/133, P>0/05$). ۲۰ درصد شرکت‌کنندگان گروه آزمایش دیپلم، ۴۰ درصد فوق دیپلم و ۴۰ درصد لیسانس و بالاتر داشتند. ۲۶/۷ درصد شرکت‌کنندگان گروه کنترل دیپلم، ۴۶/۷ درصد فوق دیپلم و ۲۶/۷ درصد لیسانس و بالاتر داشتند. آزمون خی‌دو نشان داد که گروه‌ها از لحاظ مقطع تحصیلی همگن هستند ($\chi^2=0/62, P>0/05$).

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد کیفیت خواب و سرسختی روان‌شناختی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	
کیفیت خواب	آزمایش	۱۳/۰۰	۲/۵۳۵	۹/۶۷	۲/۲۲۵	۹/۲۷
	کنترل	۱۳/۴۷	۲/۶۱۵	۱۲/۸۷	۲/۴۱۶	۱۲/۹۳
سرسختی روان‌شناختی	آزمایش	۴۳/۶۰	۷/۰۱۷	۵۱/۸۷	۷/۷۸۲	۵۲/۱۳
	کنترل	۴۳/۴۷	۶/۹۸۸	۴۳/۶	۶/۹۳۶	۴۳/۴۷

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین در گروه هیجان مدار و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون در کیفیت خواب و در سرسختی روان‌شناختی افزایش نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لوین و ام باکس

متغیر	گروه	آزمون شاپیرو ویلک		لوین		ام باکس
		آماره	درجه آزادی	F	سطح معناداری	
کیفیت خواب	آزمایش	۰/۹۴۵	۱۵	۱/۰۱۵	۰/۱۶۷	۱/۶۸۹
	کنترل	۰/۹۶۰	۱۵	۰/۶۹۴	۰/۱۶۷	
سرسختی روان‌شناختی	آزمایش	۰/۸۸۶	۱۵	۰/۶۳۱	۰/۴۳۴	۰/۸۷۲
	کنترل	۰/۹۴۰	۱۵	۰/۳۸۱	۰/۴۳۴	

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نرمال بودن داده‌ها و آزمون لوین مفروضه همگنی واریانس‌های کیفیت خواب ($F=0/027$ و $P=0/872$) و سرسختی ($F=0/775$ و $P=0/083$) را تأیید کرد. نتایج نشان داد که همگنی

ماتریس واریانس-کوواریانس برای کیفیت خواب ($P=0/260$ و $F=1/285$ و $Box's M=1/732$) و سرسختی ($P=0/058$ و $F=1/708$ و $Box's M=22/102$) محقق شده است ($P>0/05$). فرض کرویّت برای متغیرها برقرار نبود بنابراین برای گزارش در بخش اثرات درون‌گروهی از اصلاح گرینهاوس گیزر استفاده شد. تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس برای تفاوت‌های درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنادار	مجذوراتا سهمی
کیفیت خواب	آزمون	۸۴/۴۶۷	۱/۲۶۹	۶۶/۵۶۹	۱۵۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۷
	آزمون×عضویت	۴۴/۸۲۲	۱/۲۶۹	۳۵/۳۲۵	۱۷/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸۱
	عضویت گروهی	۱۳۴/۴۴۴	۱	۱۳۴/۴۴۴	۹/۱۸۳	۰/۰۰۵	۰/۲۴۷
سرسختی	آزمون	۳۵۸/۴۸۹	۱/۰۳۹	۳۴۴/۹۶۷	۱/۹۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴۸
	آزمون×عضویت	۳۴۷/۸۲۲	۱/۰۳۹	۳۳۴/۷۰۳	۱/۴۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲
	عضویت گروهی	۷۲۸/۱۷۸	۱	۷۲۸/۱۷۸	۴/۶۶	۰/۰۴	۰/۱۴۳

بر اساس جدول ۳ نمرات کیفیت خواب و سرسختی روان‌شناختی در بخش درون‌گروهی و تعامل آزمون*گروه در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار است ($P<0/01$). همچنین در بخش بین‌گروهی تفاوت میانگین در گروه‌های مورد مطالعه معنادار بود ($P<0/05$). آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی مقایسه‌ای مراحل آزمون استفاده شد و نتایج آن در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

جدول ۴. آزمون تعقیبی بنفرونی

متغیر	مقایسه جفتی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
کیفیت خواب	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	*۱/۹۶۷	۰/۳۶	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	*۲/۱۳۳	۰/۳۲۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۱۶۷	۰/۱۴۹	۰/۸۱۴
سرسختی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	*۴/۲۰۰-	۰/۴۶۴	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	*۴/۲۶۷-	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۰۶۷-	۰/۰۷۵	۱

مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد مداخله در تغییر نمرات کیفیت خواب و سرسختی روان‌شناختی مؤثرتر عمل کرده است. تفاوت‌ها از پس‌آزمون به پیگیری معنادار نیستند ($P>0/01$). به این معنا که اثرات درمانی در طول زمان ثبات داشته‌اند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت اثربخشی متمرکز بر هیجان بر کیفیت خواب و سرسختی روان‌شناختی در طول زمان ثبات دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر کیفیت خواب و سرسختی روان‌شناختی افراد با سابقه بستری کرونایی بود. نتایج تحقیق نشان داد که بین گروه‌های مورد مطالعه در تفاوت معناداری وجود دارد و مداخله در بهبود کیفیت خواب و سرسختی روان‌شناختی مؤثر بوده است. ضریب اتای تفکیکی نشان می‌دهد ۴۳/۷ درصد از تغییرات کیفیت خواب و ۵۵/۸ درصد از تغییرات سرسختی روان‌شناختی به وسیله متغیر گروه‌بندی تبیین می‌شود؛ بنابراین درمان متمرکز بر هیجان بر سرسختی روان‌شناختی و کیفیت خواب در افراد با سابقه بستری به دلیل کرونا مؤثر بوده است. با توجه به سطح گستردگی شیوع بیماری کرونا در سطح جهان و میزان تلفات ناشی از این بیماری، توجه به افراد مبتلا با سابقه بستری به دلیل تبعات روانی پس از درمان، بسیار حائز اهمیت است. نتایج پژوهش ژیا و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که اختلال در خواب با افزایش اضطراب و استرس در این افراد مرتبط بوده که می‌تواند با مداخلات روان‌شناختی مناسب سبب بهبود کیفیت خواب در این بیماران شود. یافته‌های پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های (تایر و لین، ۲۰۰۰؛ تورک و همکاران، ۲۰۰۵؛ منین و فراچ، ۲۰۰۷ و گراس، ۲۰۰۸) بوده است و همچنین پژوهش ناصری‌نیا و برجعلی (۱۳۹۹) نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان موجب کاهش اضطراب و وسواس بیماران مبتلا به کرونا می‌گردد.

سبک زندگی کلیه افراد بخصوص افراد با سابقه بستری به دلیل بیماری کرونا تفاوت قابل ملاحظه‌ای پیدا کرده‌اند که یک دلیل می‌تواند میزان سرسختی روان‌شناختی بیماران باشد، همچنین وضعیت بیماری روی کیفیت خواب نیز نشان داده شده است. در طول اپیدمی بیماری، استرس روانی و افسردگی و اضطراب می‌تواند موجب کاهش کیفیت خواب گردد. همچنین اضطراب باعث افزایش حساسیت به فشار روانی شود؛ بنابراین شناسایی علت این اختلالات روان‌شناختی در افراد مختلف جامعه که سلامت روان آن‌ها ممکن است به خطر افتد امری ضروری است تا با استفاده از شیوه‌های روان‌درمانی مناسب بتوان سلامت روان افراد را حفظ نمود (زانگ و همکاران، ۲۰۲۰).

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد؛ سرسختی روان‌شناختی، تجارب اساسی افراد از رخداد‌های زندگی آنان را منعکس می‌کند. رضایت از زندگی دربرگیرنده عواطف مثبت و منفی از زندگی و تجارب آن است؛ بنابراین تعجب‌آور نیست که برخی از صاحب‌نظران، این ارزیابی‌های عاطفی را اساس قضاوت سرسختی تلقی می‌کنند. ارزیابی‌های عاطفی اشکالی از هیجانات و خلق‌ها را به همراه دارند. سرسختی روان‌شناختی نیز یک واکنش هیجانی است که همه ابعاد زندگی را در برمی‌گیرد، از آنجایی که رویکرد هیجان‌مدار بر روی هیجان‌ها و عواطف تمرکز دارد، اساس درمان خود را بر خودسازی و تعادل فرد قرار داده است و از راه خویشتن‌پنداری مثبت سعی در خودنظم‌بخشی فرد و سیستم احساسی او دارد و در جلسه‌های درمانی به صورت گسترده از روش‌های درمانی برای بیان احساسات تازه استفاده می‌کند (داودی و همکاران، ۱۳۹۸)؛ از سویی شیوه هیجان‌مدار تلفیقی از دیدگاه‌های انسان‌گرایانه، دلبستگی و شناختی است و به صورت گسترده و متنوع از راهبردهایی از قبیل شناخت، تمرکز بر احساسات، تأکید بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی، پیدا کردن راه‌حل و خلق و ایجاد معانی تازه و روابط حسنه در این رویکرد استفاده می‌شود (دهنوی و همکاران، ۱۳۹۹) و با توجه به این که بیشتر احساسات حالت هیجانی دارند با آموزش و با

استفاده از روش‌های مداخله‌ای خاص این رویکرد می‌توان باعث تغییر و اصلاح عواطف مثبت و منفی افراد شد و به طور کلی، بر اساس نتایج این پژوهش به کمک مداخله هیجان‌مدار می‌توان میزان سرسختی روان‌شناختی را در بیماران با سابقه بستری کرونا افزایش داد.

دومین یافته پژوهش حاضر این بود که درمان هیجان‌مدار بر کیفیت خواب اثرگذار است. از آنجا که شناخت، عاطفه، هیجان و رفتار، کاملاً در تعامل یکدیگر هستند، راهبردهای هیجان‌مدار با کنترل توجه و عواقب شناختی هیجان موجب تغییر عملکرد سیستم‌های شناختی و سپس تنظیم هیجان می‌شود. از آنجایی که هیجان‌ها قبل از رفتارها واقع می‌شوند و سازگاری فرد را با ضروریات محیط فیزیکی و اجتماعی بهینه می‌سازند. هیجان، با هماهنگ کردن فرآیندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب می‌شود وضعیت فرد با محیط تثبیت شود و ضمن تجهیز وی با پاسخ‌های ویژه و کارآمد مناسب با مسائل، در نهایت موجب بقای جسمانی و اجتماعی او می‌شود (داوودی و همکاران، ۱۳۹۸). رویکرد هیجان‌مدار فرد را به این آگاهی می‌رساند که اگرچه نمی‌تواند حوادث قطعی زندگی‌شان را تغییر دهند و یک سری از مسائل وجود دارد که از کنترل آن‌ها خارج است، اما می‌تواند یاد بگیرد تا روش مقابله با آن‌ها را تغییر دهند و در مقابل آن رویداد واکنش نشان دهد، بنابراین به کمک این درمان می‌توان شیوه و نگرش فرد نسبت به حقیقت بیماری کرونا شناخت هیجانات مرتبط به آن را کنترل نمود تا کیفیت خواب را در این افراد افزایش داد (طاهری و همکاران، ۱۳۹۹).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد که این پژوهش صرفاً بر روی جنس بیماران بستری در شهر چالوس انجام گرفته است. همچنین نداشتن دوره پیگیری به دلیل مشکل دسترسی به این دسته از بیماران به دلیل همه‌گیری بیماری کرونا و قرنطینه خانگی، جزء عواملی هستند که تعمیم‌پذیری نتایج این مطالعه را با محدودیت مواجهه می‌کند. به منظور بررسی آثار بلندمدت درمان، پیگیری آزمودنی‌ها دست‌کم تا سه ماه برای مطالعات بعدی پیشنهاد می‌شود. از آنجا که رویکرد هیجان‌مدار مداخله‌ای مؤثر از نظر اقتصادی مقرون به صرفه و از نظر پزشکی، عاری از عوارض جانبی است. پیشنهاد می‌شود این مداخله توسط روانشناسان به طور وسیع باری درمان مشکلات روان‌شناختی ناشی از اثرات شرایط کرونا به کار گرفته شود.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد؛ پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله هیجان‌مدار قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از مدیریت و کارکنان بیمارستان طالقانی و رازی شهر چالوس و همه شرکت‌کنندگان که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- پورجهرمی، کامران، رحیمی، فریده، و چیت‌سازی، مریم. (۱۳۹۶). سرسختی روان‌شناختی، خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان. ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران.
- حیدری، علیرضا، احتشام زاده، پروین، و مرعشی، ماندانا. (۱۳۸۹). رابطه شدت بی‌خوابی، کیفیت خواب، خواب‌آلودگی و اختلال در سلامت روان با عملکرد تحصیلی در دختران. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ*، ۱(۴): ۶۵-۷۶.
- داودی، روژین، منشئی، غلامرضا، و گل پرور، محسن. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، درمان هیجان مدار و درمان ذهن آگاهی نوجوان محور بر علائم نوموفوبیا و کیفیت خواب در نوجوانان دختر دارای علائم بی‌موبایل‌هراسی. *روان پرستاری*، ۷(۵): ۷۱-۶۲.
- دهنوی، حدیث، صادقی، مسعود، و سپهوندی، محمدعلی. (۱۳۹۹). اثربخشی رویکرد تلفیقی واقعیت‌درمانی-هیجان مدار بر کیفیت خواب و خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید. *مجله علوم پزشکی صدرا*، ۸(۲): ۱۰۲-۹۱.
- رستمی، مریم، ثامتی، ناهید، مهدی نژاد گرجی، گلین، و ابرقو، سعیده. (۱۳۹۹). پیش‌بینی سلامت روان بر اساس سرسختی روان‌شناختی، هوش هیجانی و مثلث شناختی در مادران دانش‌آموزان دیرآموز. *خانواده درمانی کاربردی*، ۱(۳): ۸۴-۱۰۱.
- طاهری، علی، منشئی، غلامرضا، و عابدی، احمد. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور با آموزش هیجان محور بر عزت‌نفس و مشکلات خواب در نوجوانان داغ‌دیده پسر. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۹(۷۵): ۶۴-۳۴.
- فرهادی نسب، عبدالله، و عظیمی، حامد. (۱۳۸۷). بررسی الگو و کیفیت ذهنی خواب در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان و ارتباط آن با صفات شخصیتی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان*، ۱۱(۱): ۱۵-۱۵.

References

- Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet* (London, England), 395 (10224): e37 -e8.
- Berger, AM. Parker, KP. Young-McCaughan, S. Mallory, GA. Barsevick, AM. Beck, SL. (2005). Sleep wake disturbances in people with cancer and their caregivers: state of the science. *Oncol Nurs Forum*. 32(6):E98-126.
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*
- Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4):e15 -e6.
- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation: Conceptual foundations. *Handbook of Emotion Regulation* (PP. 3-34). New York: Guilford Press.

- Hasanzadeh H, Alavi K, Ghalebani MF, Yadollahi Z, Gharaei B, Sadeghikia G. (2008). Sleep quality in Iranian drivers recognized as responsible for severe road accidents. *Mental Health Research Center*; 6(2): 97-107.
- Keskin, N. Kilicoglu, A. (2009). Relationship between Estradiol level and sleep quality in healthy women. *Frat Tip Dergisi*: 14: 193-5.
- Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. (2020). The Impact of COVID -19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users, 17(6).
- Mennin, D. S., Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 329-352.
- Ryu S, Chun BC. (2020). An interim review of the epidemiological characteristics' of 2019 novel coronavirus. *Epidemiology and health*. 42: e2020006.
- Sun L, Sun Z, Wu L, Zhu Z, Zhang F, Shang Z. (2020). Prevalence and Risk Factors of Acute Posttraumatic Stress Symptoms during the COVID - 19 Outbreak in Wuhan, China. *medRxiv*, 1:112 - 131.
- Thayer, J. F., Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Affective Disorders*, 61, 201-216.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: a comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 89-106.
- Yao H, Chen JH, Xu YF. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID -19 epidemic. *The lancet Psychiatry*, 7(4):e21.
- Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. (2020). Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who Self Isolated for 14 Days During the Coronavirus Disease 2019 (COVID -19) Outbreak in January 2020 in China. *Medical Science Monitor*, 26.
- Zhang F, Shang Z, Ma H, Jia Y, Sun L, Guo X. (2020). High risk of infection caused posttraumatic stress symptoms in individuals with poor sleep quality: A study on influence of coronavirus disease (COVID - 19) in China. *medRxiv*, = 1 : 58 -62.

پرسشنامه کیفیت خواب

۱.	معمولاً شب‌ها چه ساعتی می‌خوابید؟				
۲.	از زمانی که به رختخواب می‌روید، چند دقیقه طول می‌کشد تا خوابتان ببرد؟				
۳.	معمولاً صبح‌ها چه ساعتی از خواب بیدار می‌شوید؟				
۴.	میزان خواب واقعی شما در شب چند ساعت است؟				
۵.	در طی ماه گذشته چند بار به خاطر موارد زیر در خوابیدن مشکل داشته‌اید؟	هیچ	یک‌بار	دو‌بار	سه بار
			در	در	یا بیشتر
			هفته	هفته	در هفته
۵/۱	با گذشت ۳۰ دقیقه نیز نمی‌توانستید بخوابید.				
۵/۲	نیمه‌های شب یا صبح زود از خواب بیدار می‌شدید.				
۵/۳	مجبور بودید برای دستشویی رفتن بلند شوید.				
۵/۴	نمی‌توانستید به راحتی نفس بکشید.				
۵/۵	سرفه می‌کردید یا با صدای بلند خروپف می‌کردید.				
۵/۶	احساس می‌کردید خیلی سردتان است.				
۵/۷	احساس می‌کردید خیلی گرم‌تان است.				
۵/۸	کابوس می‌دیدید.				
۵/۹	درد داشتید.				

۵/۱۰	اگر به جز موارد فوق دلایل دیگری وجود دارد مطرح کنید و ذکر کنید چندبار به علت موارد فوق مشکل داشته‌اید. دلایل شما.....
۶	در طول ماه گذشته چند بار برای به خواب رفتن داروی خواب‌آور یا آرام‌بخش مصرف کرده‌اید؟
۷	در طول ماه گذشته چندبار در بیدار ماندن برای رانندگی کردن یا خوردن غذا یا کار کردن مشکل داشتید؟
۸	در طول ماه گذشته چندبار برای حفظ تمایل خود به انجام کارها مشکل داشته‌اید؟
۹	در طول ماه گذشته به طور کلی کیفیت خواب شما چگونه بود؟
	خیلی خوب نسبتاً خوب نسبتاً بد خیلی بد

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی

ردیف	عبارات
۱	حتی در مورد چیزهای کوچک و امور جزئی نیز نگرانم. <input type="checkbox"/> اغلب اوقات <input type="checkbox"/> گاهی اوقات <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/> هرگز
۲	به هنگام شب به دلیل اشتغالات فکری به سختی می‌توانم به خواب بروم. <input type="checkbox"/> اغلب اوقات <input type="checkbox"/> گاهی اوقات <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/> هرگز
۳	احساس ناایمنی می‌کنم. <input type="checkbox"/> اغلب اوقات <input type="checkbox"/> گاهی اوقات <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/> هرگز
۴	نگرانم که دیگران مرا دوست نداشته باشند. <input type="checkbox"/> اغلب اوقات <input type="checkbox"/> گاهی اوقات <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/> هرگز
۵	زندگی برای دیگران بسیار آسان تر از من است. <input type="checkbox"/> اغلب اوقات <input type="checkbox"/> گاهی اوقات <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/> هرگز
۶	به خاطر هر استباهی خود را سرزنش می‌کنم. <input type="checkbox"/> اغلب اوقات <input type="checkbox"/> گاهی اوقات <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/> هرگز
۷	در ابراز احساسات و نظراتم مشکل دارم. <input type="checkbox"/> اغلب اوقات <input type="checkbox"/> گاهی اوقات <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/> هرگز
۸	احساس می‌کنم که مشکلات من در زندگی بیشتر از دیگران است. <input type="checkbox"/> اغلب اوقات <input type="checkbox"/> گاهی اوقات <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/> هرگز
۹	نگرانم که به آرزوهایم نرسم. <input type="checkbox"/> اغلب اوقات <input type="checkbox"/> گاهی اوقات <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/> هرگز
۱۰	نگرانم از اینکه در کارهایم مرتکب اشتباه شوم. <input type="checkbox"/> اغلب اوقات <input type="checkbox"/> گاهی اوقات <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/> هرگز
۱۱	نگرانم که کارهایم را ناتمام بگذارم. <input type="checkbox"/> اغلب اوقات <input type="checkbox"/> گاهی اوقات <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/> هرگز
۱۲	نگرانم از اینکه نتوانم کارهایم را با دقت کافی انجام دهم. <input type="checkbox"/> اغلب اوقات <input type="checkbox"/> گاهی اوقات <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/> هرگز
۱۳	نگرانم از اینکه مبدا رفتار احمقانه ای از من سر بزند. <input type="checkbox"/> اغلب اوقات <input type="checkbox"/> گاهی اوقات <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/> هرگز
۱۴	نگران از اینکه شرایط زندگی من نامطلوب بشود. <input type="checkbox"/> اغلب اوقات <input type="checkbox"/> گاهی اوقات <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/> هرگز
۱۵	نگرانم از اینکه نتوانم به موقع مقام و منصب مناسبی را در زندگی بدست آورم. <input type="checkbox"/> اغلب اوقات <input type="checkbox"/> گاهی اوقات <input type="checkbox"/> به ندرت <input type="checkbox"/> هرگز

۱۶	در مورد هدف زندگی خود با تکلیف و نامطمئن هستم.	هرگز <input type="checkbox"/>	به ندرت <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	اغلب اوقات <input type="checkbox"/>
۱۷	درباره مشکلات مالی خود نگران هستم.	هرگز <input type="checkbox"/>	به ندرت <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	اغلب اوقات <input type="checkbox"/>
۱۸	نگرانم از اینکه به خاطر مشکلات مالی نتوانم به مسافرت و تفریح بروم	هرگز <input type="checkbox"/>	به ندرت <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	اغلب اوقات <input type="checkbox"/>
۱۹	نگرانم از اینکه نتوانم نیازهای مالی خود را تامین کنم.	هرگز <input type="checkbox"/>	به ندرت <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	اغلب اوقات <input type="checkbox"/>
۲۰	از اینکه چشم انداز شغلی خوبی ندارم، نگرانم.	هرگز <input type="checkbox"/>	به ندرت <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات <input type="checkbox"/>	اغلب اوقات <input type="checkbox"/>

The effectiveness of emotionally focused therapy on mental toughness and sleep quality among people with a history of hospitalization because of Coronavirus

Seyed Amir. Omrani¹, Maryam. Baratian², Zohreh. Zareh
hoseinzadeghan*³ & Zahra. Jedari Seyedi⁴

Abstract

Aim: This study aimed to determine the effectiveness of emotionally focused therapy on mental toughness and sleep quality among people with a history of hospitalization because of Coronavirus. **Methods:** This study was quasi-experimental with a pretest-posttest design and follow-up. The statistical population included people with a history of hospitalization because of Coronavirus in Chalous city. After screening people Kobasa and Maddi's hardiness questionnaire (1982) and Pittsburgh sleep quality index (1989), 30 people were selected by convenience sampling method and were randomly assigned to the experimental group (15 people) and control group (15 people). The participants of the experimental group received Johnson's (2012) emotionally focused therapy intervention in eight 90-minute sessions, and the control group did not receive any treatment. The data were analyzed using the mixed-design analysis of variance using SPSS software. **Results:** The results indicated that emotionally focused therapy intervention was effective in improving sleep quality ($F = 9.18, P = 0.005$) and psychological toughness ($F = 4.66, P = 0.040$). The effect was stable in the follow-up stage as well. **Conclusion:** The discriminant eta coefficient indicates that the grouping variable explains 24.7% of the changes in sleep quality and 14.3% of the changes in mental toughness. Therefore, emotionally focused therapy has been effective on mental toughness and sleep quality among people with a history of hospitalization because of Coronavirus.

Keywords: Emotionally Focused Therapy, Mental Toughness, Sleep Quality, Coronavirus

1. *Corresponding Author: M.A of Psychology, Roozbehan Institute of Higher Education, Sari, Iran
Email: seyedamiromrani@gmail.com

2. M.A of Clinical Psychology, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Islamshahr, Iran

3. M.A of Clinical Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran

4. Master of General Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran