



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

اثربخشی فن رهاسازی هیجانی بر اضطراب و نشانگان استرس پس از سانحه در زنان مبتلا به سقط خود به خودی

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، واحد بین الملل قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران
دانشجوی دکتری مشاوره، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

مریم یاوری کرمانی*^{ib}

سپیده رضوی^{ib}

محمدقاسم شبانی^{ib}

m.yavari21@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۹۹/۱۰/۲۲

دریافت: ۹۹/۰۹/۱۶

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین اثربخشی فن رهاسازی هیجانی بر اضطراب و نشانگان استرس پس از سانحه در زنان دچار سقط خود به خودی بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان بود که از بین ۲۱ زن دچار ترومای سقط جنین بیمارستان شهید بهشتی اصفهان در بازه زمانی فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۸ به صورت نمونه گیری هدفمند و پس از غربالگری با استفاده از سیاهه اضطراب اشپیل برگر (۱۹۸۳) و مقیاس خود گزارش‌دهی نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه فوآ، ریگس، دانسیو و رتنام (۱۹۹۳)، ۶ زن انتخاب شدند. این زنان در جلسه‌های فن رهاسازی هیجانی چورچ (۲۰۱۴) به صورت فردی در دوازده جلسه چهل و پنج دقیقه‌ای با دو مرحله پیگیری تحت درمان قرار گرفتند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مداخله فن رهاسازی هیجانی موجب کاهش اضطراب صفت در میان زنان شرکت کننده در مرحله درمان ۳۸/۷۵ درصد بهبودی و مرحله پیگیری ۴۳/۰۶ درصد، اضطراب حالت در مرحله درمان ۴۷/۱۴ درصد بهبودی و مرحله پیگیری ۴۷/۹۱ درصد و نشانگان استرس پس از سانحه در مرحله درمان ۴۹/۹۲ درصد بهبودی و مرحله پیگیری ۵۰/۲۹ درصد شده است. **نتیجه گیری:** نتایج نشان داد که استفاده از این درمان در مواردی که فرد دچار استرس پس از سانحه با سایر اختلالات همراه از جمله اضطراب درگیر است، می‌تواند به بهبود همزمان هر دو مشکل در فرد کمک کند.

فصلنامه علمی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
http://Aftj.ir
دوره ۱ | شماره ۴ | صص ۷۱-۵۳
زمستان ۱۳۹۹

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(یاوری کرمانی، رضوی و شبانی، ۱۳۹۹)

در فهرست منابع:

یاوری کرمانی، مریم، رضوی، سپیده، و شبانی، محمدقاسم (۱۳۹۹). اثربخشی فن رهاسازی هیجانی بر اضطراب و نشانگان استرس پس از سانحه در زنان دچار سقط خود به خودی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۱(۴): ۷۱-۵۳.

کلیدواژه‌ها: استرس پس از سانحه، اضطراب، سقط جنین، رهاسازی هیجانی

مقدمه

مرکز ملی آمار بهداشتی، مرکز پیشگیری و کنترل بیماریها و سازمان بهداشت جهانی همگی سقط را خاتمه یافتن حاملگی قبل از هفته ۲۰ و یا به دنیا آمدن جنینی با وزن کمتر از ۵۰۰ گرم تعریف کرده‌اند (خداکرمی، شبیری، مفاخری، سلطانیان و محقی، ۱۳۹۷). سقط خود به خودی شایع‌ترین عارضه حاملگی است؛ مطالعات انجام شده با استفاده از روش‌های حساس سنجش گنادوتروپین کوریون انسانی نشان می‌دهد میزان واقعی از دست رفتن حاملگی بعد از لانه‌گزینی ۳۱ درصد است. در میان حاملگی‌هایی که از نظر بالینی شناسایی می‌شوند، ۱۵ درصد آنها قبل از هفته بیستم حاملگی (از آخرین سیکل قاعدگی) سقط می‌شوند (کاولکانته، سارنو، کاولکانته، آریوجو جونور و بارینی، ۲۰۱۹). علل سقط خود به خودی جنین شامل بالا بودن سن مادر، سابقه سقط خود به خودی، استعمال دخانیات، مصرف متوسط تا زیاد الکل، بالا بودن گراویدیت، مصرف کوکائین، مصرف داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (به جز استامینوفن) در زمان لقاح، تب، کافئین، وزن بسیار زیاد ($BMI > 25$) و بسیار کم ($BMI < 18/5$) مادر، بیماری‌های مادر مانند دیابت شیرین، سلیاک، بیماری تخمدان پلیکیستیک، سندرم کوشینگ، ترومبوفیلیا، هیپوتیروئیدی، اختلالات کروموزومی، ناهنجاری‌های رحمی، ناهنجاری‌های جفت و ترومای شدید مادر است (کاکیراوغلو، دوگر، وورال، کوپوک و وورال، ۲۰۱۷).

شواهد اخیر نشان می‌دهد بیش از نیمی از زنان به دنبال سقط جنین از عوارض مختلف روحی و روانی در هفته‌ها و ماه‌های پس از رویداد رنج می‌برند (ویجسوریا، پالیهاوادانا و راجاپاکشا، ۲۰۱۵). درصد قابل توجهی از زنان تا ۶ ماه پس از سقط، سطح بالایی از اضطراب را نشان می‌دهند و در معرض خطر بالای اختلال استرس پس از سانحه و اختلال وسواس جبری قرار دارند (کانینگهام، لونو، بلوم، اسپونگ، داش و همکاران، ۲۰۱۴). طی ۱۲ هفته پس از سقط جنین، اضطراب شایع‌تر و شدیدتر از افسردگی است (نیناس، نارانگ، کولیکوندا و لییمان، ۲۰۱۵). اضطراب، تشویشی فراگیر، ناخوشایند و مبهم است که اغلب علائم دستگاه خودکار نظیر سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس تنگی در قفسه سینه و ناراحتی مختصر معده با آن همراه می‌شود (جاکوب، کوستف، گرهاد و کالدرا، ۲۰۱۹). اضطراب بر بهبودی و ترمیم بافتی اثر منفی دارد و در صورتی که کنترل نشود و یا طولانی شود ممکن است به افزایش تجزیه پروتئین، کاهش بهبود زخم، افزایش خطر عفونت، تغییر پاسخ ایمنی و برهم خوردن تعادل الکترولیت و مایعات و تغییراتی در الگوی خواب منجر شود (جاکوب، پولی، کالدرا و کوستف، ۲۰۱۷). ریسک ابتلا به اختلالات روانی در کسانی که سقط داشته‌اند ۳۰ درصد از جمعیت عمومی بیشتر است و در صورتی که بارداری اول به سقط منجر شده باشد، بعد از تولد فرزند دوم اضطراب و افسردگی به طور شایعتری اتفاق می‌افتد که نتیجه تجربه ناگوار حل نشده است. علائم اضطراب و افسردگی که به دنبال سقط رخ می‌دهد، تا حاملگی بعدی ادامه پیدا می‌کند و از آنجا که تعداد زیادی از زنان در طول ۱۸ ماه بعد از سقط مجدداً باردار می‌شوند، تأثیر سقط خود به خودی روی حاملگی بعدی حائز اهمیت است به طوری که زنان باردار با سابقه سقط خود به خودی در کمتر از یک سال گذشته، بیشتر در معرض ابتلا به علائم روانی و دیسترس حاملگی قرار دارند و اضطراب، افسردگی، اختلال جسمانی سازی، وسواس فکری، حساسیت بین‌فردی، روان

پریشی‌گرایی، بدگمانی و خصومت در آنها بیشتر است (خداکرمی و همکاران، ۱۳۹۷). بسیاری از زنانی که دچار ترومای پس از سقط شده اند ممکن است با اختلال غذا خوردن، مصرف الکل، رفتارهای خودآزایی، غرق شدن در کار، بی قید و بندی، اختلال در برقراری ارتباط با دیگران، اختلالات جنسی، اضطراب و اختلال پانیک، افسردگی پس از سقط، کابوس‌های شبانه و تداعی مکرر حادثه مواجه شوند (مسیب مرادی، جحدی، سیدفاطمی و منظری، ۱۳۹۴). بنابراین عوامل به وجود آورنده استرس پس از سانحه، نه تنها گستردگی عامل "جنگ، حوادث، تصادفات، خشونت ابتلا به بیماری لاعلاج و..." بلکه تنوع خاص "معنی و مفهوم استرس و چگونگی مواجهه و درک استرس و واکنش به آن در افراد متفاوت" نیز دارد (علمدارباغینی، محمدطهرانی، بهبودی و کیامنش، ۱۳۹۸ الف).

اختلال استرس پس از سانحه یک اختلال روانپزشکی شایع و مهم است که در این بیماری شخص در معرض یک رویداد آسیب رسان شدید که شدت آن برای هر کس آسیب رسان خواهد بود قرار گرفته و پاسخ شخص نیز همراه با ترس شدید، اضطراب فراگیر و درماندگی است (علمدار باغینی، محمدطهرانی، بهبودی و کیامنش، ۱۳۹۸ ب). این عارضه مرکب است از تجربه مجدد سانحه در رؤیا یا خیالات یا بیداری، اجتناب مستمر از یادآوری سانحه و کرختی پاسخگویی به چنین یادآوریها، برانگیختگی مستمر و مفرط که حداقل طول مدت علائم یک ماه بوده و در نهایت این اختلال موجب ناراحتی شدید یا اختلال در عملکرد اجتماعی شغلی یا سایر زمینه‌های مهم فرد می‌گردد (ست‌سیر، مکلنتایر-اسمیت، کانتراکتور، الهایی و ریچاردسون، ۲۰۱۴). یکی از شایع‌ترین اختلالات در این افراد، اختلال افسردگی است؛ مطابق معیارهای پنجمین ویراست راهنمای روش‌های تشخیصی و آماری اختلالات روانی، افسردگی پس از سقط عبارت است از افسردگی عمده و وجود همزمان پنج مورد از علائم بر هم خوردن نظم جسمانی و مشخص افسردگی که حداقل یکی از آنها خلق افسرده یا کاهش علاقه و لذت در فعالیت‌ها باشد؛ این علائم حداقل باید به مدت ۲ هفته تداوم داشته باشد و حداکثر ظرف ۴ هفته پس از زایمان آغاز گردد (خداکرمی و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین بیش از ۱۲/۵ درصد پذیرش‌های زنان به دلیل مشکلات روانشناختی را به خود اختصاص می‌دهد و در زمان بعد از سقط خود به خودی، مادر را به حالت‌های ناشناخته و ناخوشایندی نظیر نگرانی، احساس از دست دادن توانایی، اعتماد به نفس پایین و اضطراب دست به گریبان می‌کند (بختیاری و عابدی، ۱۳۹۱)؛ از این رو، در مورد نیاز به گروه حرفه‌ای و تلاش‌های هماهنگ آن‌ها در درمان این اختلال تاکید، و نیاز به حمایت همسر، خانواده، همسالان برای بهبود افسردگی پس از سقط خود به خودی وجود دارد و می‌تواند این نقطه اشتراک متخصصین مامایی، کودکان و سرویس‌های بهداشتی باشد (احمدی کانی گلزار، اصغرنژاد و قلی زاده، ۱۳۹۲). بر اساس منابع معتبر روان پزشکی فن رهاسازی هیجانی^۱ یکی از روش‌های کارآمد و مؤثر در کمک به کسانی است که از روان زخم‌های ناشی از تجربه‌های ضربه‌زا، اضطراب، وحشت، خاطرات ناخوشایند و اختلال استرس پس از آسیب، سوگ و انواع دیگری از مشکلات هیجانی رنج می‌برند (علمدار باغینی و همکاران، ۱۳۹۸ الف). این روش درمانی در درمان آسیب

1. Emotional Freedom Technique (EFT)

های روانی و نشانه‌های اختلالاتی مانند: اضطراب، افسردگی، هراس، آشفتگی خواب، احساس گناه، عصبانیت و بازگشت خاطرات نیز به کار گرفته می‌شود؛ به نظر می‌رسد که بازسازی شناختی اثری فیزیولوژیک به وجود می‌آورد که باعث پردازش مجدد تسریع شده اطلاعاتی می‌شود که به صورت مختل ذخیره شده‌اند (محمدطهرانی، فاضلی و محمدطهرانی، ۱۳۹۰).

درمان فن رهاسازی هیجانی، روشی است برای بازنمایی هیجان‌ات سرکوب شده و پرداختن به آنها به کار می‌رود؛ این روش درمانی، تا حدودی به طب سوزنی شبیه است، با این تفاوت که در رهاسازی هیجانی از ضربه دست جهت آزادسازی مسیرهای عصبی موجود در بدن استفاده می‌شود (چورچ، یونت، راجلین، فوکس و نلمز، ۲۰۱۸). در رهاسازی هیجانی آنچه مطرح است این است که هیجان‌ها خودشان به طور ذاتی پتانسیل تطبیقی دارند که اگر فعال شوند می‌توانند به مراجعان کمک کنند تا حالات هیجانی مشکل‌آفرین با تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند (کلوند، ۲۰۱۶). این دیدگاه از هیجان بر این باور است که هیجان یک سیستم تطبیقی و ذاتی است که به بقا و پیشرفت ما کمک می‌کند، هیجانها بیانگر ضروری‌ترین نیازهای انسانها هستند و به سرعت افراد را در ارتباط با بهزیستی هشدار می‌دهند؛ آنها همچنین افراد را آماده می‌کنند و راهنمای آنها در این شرایط مهم برای اقدام نسبت به برآوردن نیازها هستند بنابراین هیجان‌ها برای یک حالت اولیه از پردازش در عمل، تنظیم شده‌اند (سباستین و نلمز، ۲۰۱۷)؛ در رهاسازی هیجانی آنچه مطرح است این است که هیجان‌ها خودشان به طور ذاتی پتانسیل تطبیقی دارند که اگر فعال شوند می‌توانند به مراجعان کمک کنند تا حالات هیجانی مشکل‌آفرین با تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند (چورچ و هاوس، ۲۰۱۸). این دیدگاه از هیجان بر این باور است که هیجان یک سیستم تطبیقی و ذاتی است که به بقا و پیشرفت ما کمک می‌کند، هیجانها بیانگر ضروری‌ترین نیازهای انسانها هستند و به سرعت افراد را در ارتباط با بهزیستی هشدار می‌دهند (چورچ، استاپلتون، مولن، فاینستاین، بواس، مک‌کی و سیمس، ۲۰۱۸) به طوری که در نتایج پژوهش‌های صورت گرفته نشان داده شد که رهاسازی هیجانی تاثیر بسزایی در کاهش اضطراب، افسردگی و استرس پس از سانحه در بیماران مبتلا به این اختلال دارد (علمدار باغینی و همکاران، ۱۳۹۸ الف، ب؛ نیکوسیا، لارنا و آماندا، ۲۰۱۹؛ چورچ و همکاران، ۲۰۱۸؛ چورچ و هاوس، ۲۰۱۸؛ سباستین و نلمز، ۲۰۱۷؛ روایی، امینو مخفولدی، ۲۰۱۸؛ گایسر و کاران، ۲۰۱۷؛ چاتوین، استاپلتون، پورتر، دیواین و شلدون، ۲۰۱۶؛ کاراتزیاس، پاور، بروان، مک‌گلدنریک، بگیوم، یانگ و همکاران، ۲۰۱۱). هرچند با استفاده از فنون رهاسازی هیجانی در اقشار و جمعیت‌های مختلف، مطالعات جداگانه‌ای انجام شده است، ولی با توجه به مباحث، سئوالات و هدف کلی پژوهش به کارگیری یک روش مداخله مستقیم و بررسی اثربخشی آن بر وضعیت روانی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه سقط خود به خودی در برنامه‌ای منظم و مدون، نه تنها اثربخشی این روش درمانی را بر کاهش علائم اختصاصی، بهبودی و کاهش علائم اضطرابی و اختلال استرس پس از سانحه مورد بررسی قرار می‌دهد، بلکه می‌تواند با افزایش کارآمدی فردی در مقابله با حوادث و وقایع پرفشار زندگی، گام موثری در بهبودی سلامت روانی بیماران بردارد. لذا پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به سئوال‌های زیر است:

۱. آیا مداخله فن رهاسازی هیجانی منجر به کاهش اضطراب و نشانگان استرس پس از سانحه در مراحل خط پایه می‌شود؟
۲. آیا مداخله فن رهاسازی هیجانی منجر به کاهش اضطراب و نشانگان استرس پس از سانحه در مراحل خط درمان می‌شود؟
۳. آیا اثربخشی فن رهاسازی هیجانی بر کاهش اضطراب و نشانگان اختلال استرس پس از سانحه در مراحل پیگیری پایدار می‌ماند؟

روش

روش پژوهش حاضر، آزمایشی تک موردی از نوع طرح‌های خط پایه‌ی چندگانه ناهمزمان بود. طرح خط پایه‌ی چندگانه بر دو یا بیش از دو رفتار مختلف در یک فرد، یک رفتار معین در دو یا بیش از دو فرد و یا رفتاری که توسط یک فرد در محیط‌های مختلف نشان داده می‌شود، تمرکز می‌کند (جانسون و کریستنسن، ۲۰۱۰؛ به نقل از دهقانی، اصلانی، امان‌الهی و رجبی، ۱۳۹۸). طرح‌های تک موردی روش مناسبی برای نشان دادن اعتبار بوم‌شناختی^۱ یک نظریه یا رویکرد درمانی است (اسکورتسوف و روماشچوک، ۲۰۱۵) و از آنجا که فن رهاسازی هیجانی برای نخستین بار مورد آزمایش قرار گرفت، طرح تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان مناسب‌ترین طرح تحقیق برای این مداخله بود. جامعه آماری پژوهش حاضر در برگزیده ۲۱ زن دچار ترومای سقط جنین بیمارستان شهید بهشتی اصفهان در بازه زمانی فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۸ بود که از میان آن‌ها ۶ زن بر اساس نتایج سیاهه اضطراب اسپیلبرگر و مقیاس خود گزارش‌دهی نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه فوآ، ریگس، دانسیو و رتنام (۱۹۹۳) و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به صورت هدفمند-داوطلب انتخاب شدند. معیارهای ورود شرکت کنندگان عبارت بودند از: داشتن حداقل مدرک دیپلم، خواسته بودن حاملگی، حاملگی اول و نداشتن حوادث تنش‌زا در ۶ ماهه گذشته و معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: غیبت در بیشتر از یک جلسه، وقوع پیشامدهای ناگوار حین مطالعه، بارداری مجدد طی مطالعه، استفاده از داروهای آرامبخش، سایکوتیک و اعتیاد به مواد مخدر، دخانیات، داروهای روان‌گردان و الکل بود

ابزار پژوهش

۱. سیاهه اضطراب اسپیل برگر^۲. این سیاهه ۴۰ گوی‌های توسط اسپیل برگر و همکارانش (۱۹۸۳) طراحی شده است. ۲۰ گویه از این پرسشنامه اضطراب حالت یا اضطراب موقعیتی (گویه‌های ۱ تا ۲۰) و ۲۰ گویه دوم، اضطراب صفت یا اضطراب خصیصه‌ای (گویه‌های ۲۱ تا ۴۰) را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری اضطراب حالت به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای از خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد=۴ است. سؤالات ۱ تا ۲۰ مربوط به اضطراب حالت و سؤالات ۲۱ تا ۴۰ مربوط به اضطراب صفت است. همچنین نمره‌گذاری

۱. ecological validity

۲. Spielberger Anxiety Inventory

اضطراب صفت نیز به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای از تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۴ است. در این سیاهه نمرات ۲۰-۳۱ به‌عنوان اضطراب خفیف و نمرات ۴۳-۵۳ اضطراب متوسط به بالا و نمرات ۷۶ به بالا اضطراب بسیار شدید در نظر گرفته می‌شود. ضریب پایایی این سیاهه برای اضطراب صفت و حالت به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۲ گزارش شده است (اشپیل‌برگر و همکاران، ۱۹۸۳). در ایران پایایی این ضرایب را برای پسرها به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۸ و برای دخترها ۰/۷۶ و ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند (نقل از روحی، رحمانی، عبداللهی و محمودی، ۱۳۸۴). همچنین پایایی این سیاهه در تحقیقات مختلف ۸۷ درصد محاسبه گردیده است؛ روحی و همکاران (۱۳۸۴) نیز در مطالعه مقدماتی میزان پایایی آزمون اشپیل‌برگر را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۰ درصد محاسبه کردند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ برای اضطراب حالت برابر ۰/۹۲ و اضطراب صفت برابر ۰/۸۸ به دست آمد.

۲. مقیاس خود گزارش‌دهی نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه^۱. این مقیاس در سال ۱۹۹۳ توسط فوآ، ریگس، دانسیو و رت‌بام به منظور تشخیص اختلال استرس پس از سانحه طراحی شد و شامل ۱۷ ماده است که مطابق با ملاک‌های چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است. مقیاس مورد نظر سه گروه از آیتمها را در بر دارد که شامل تجربه مجدد، اجتناب و بیش‌انگیختگی است. دامنه نمره کل پرسشنامه بین صفر تا ۵۱ نمره است. برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه یک نمره یا بیشتر مورد نیاز است: یکی از سئوالات تجربه مجدد (ماده‌های ۱ - ۵)، سه تا از سئوالات اجتناب (ماده‌های ۶ - ۱۲) و دو تا از سئوالات برانگیختگی (ماده‌های ۱۳-۱۷). طیف نمره‌گذاری این مقیاس از نوع مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای است و گزینه‌های آن شامل؛ اصلاً=۰، یکبار در هفته یا کمتر=۱، دو تا چهار بار در هفته، گاهی یا نیمی از اوقات=۲، پنج بار یا بیشتر در هفته، خیلی زیاد و همیشه=۳ است. فوآ و همکاران (۱۹۹۳) آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۹۱ و همچنین آلفای کرونباخ زیر مقیاسهای آن را ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ گزارش کردند. بعلاوه پایایی این ابزار را به روش بازآزمایی یک ماهه، برای نمره کل پرسشنامه ۰/۷۴ و برای زیرمقیاس‌ها ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند (ماردپور و نجفی، ۱۳۹۵). مول، آرنس، متسماکر، دینانت و همکاران، ۲۰۰۵ آلفای کرونباخ نمره کل این مقیاس را ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس‌های تجربه مجدد، اجتناب و بیش‌انگیختگی به ترتیب آلفای ۰/۸۳، ۰/۸۳ و ۰/۷۸ را به دست آورده‌اند (علمدارباغینی و همکاران، ۱۳۹۸). پایایی باز آزمایی این ابزار برای تشخیص اختلال استرس پس از ضربه ($p < 0.001$, $k = 0.760$) مناسب بود و همچنین بین دو بار اجرا ۹۲ درصد هماهنگی و توافق در تشخیص وجود داشت؛ این داده‌ها انسجام و ثبات درونی نمرات را نشان می‌دهند (ماردپور و نجفی، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس تجربه مجدد ۰/۸۱، اجتناب ۰/۸۷ و بیش‌انگیختگی ۰/۸۹ به دست آمد.

۳. فن رها سازی هیجانی. ساختار جلسه‌های این مداخله در ۱۲ جلسه فردی و به مدت ۴۵ دقیقه و هفته‌ای دو جلسه و بر مبنای فن رها سازی هیجانی بسته آموزشی چورچ (۲۰۱۴) در زیر آمده است. در کل جلسه‌ها مطالب جلسه‌های قبل مرور، جمع‌بندی و تکلیف خانگی تعیین و بازخورد اخذ می‌شد. جلسه اول و دوم، معارفه و رابطه‌ی درمانی سالم بین بیماران و درمانگر برقرار و اطلاعات لازم در مورد تعداد و طول جلسه‌ها ارائه شد، رضایت بیمار برای اجرای مراحل مختلف درمان جلب، اهداف و قوانین گروه به صورت جمعی تعیین گردید و همچنین در مورد مشارکت فعال بین مراجع و درمانگر، و اهمیت و نقش کلیدی تکالیف خانگی توضیحاتی داده شد. سپس به تشریح اضطراب و افسردگی پرداخته و علائم و نشانه‌های آن شرح داده شد.

جلسه سوم و چهارم. در این جلسه بر عوامل جسمانی افسردگی و اضطراب پرداخته شد و به گروه بیان شد هنگامی که تنش سیستم عصبی شما را غرق می‌کند، بدن شما با مواد شیمیایی که شما را برای مبارزه یا فرار آماده می‌کند، فرا می‌گیرد. این پاسخ استرس می‌تواند در شرایط اضطراری که در آن شما باید سریع عمل کنید، به نجات شما می‌آید؛ اما وقتی که آن را به طور مداوم توسط تنش‌های زندگی روزمره فعال می‌کنید می‌تواند پاسخ بدن شما را پایین بیاورد و سلامت احساسی شما را به خطر بیندازد. هیچ کس نمی‌تواند از تمام استرس‌ها اجتناب کند، اما شما می‌توانید اثرات مضر آن را با یادگیری نحوه تولید پاسخ آرام که به صورت استراحت عمیق است با آن مقابله کنید. پاسخ آرام ترمز را بر استرس قرار می‌دهد و بدن و ذهن شما را به حالت تعادل منتقل می‌کند. در ادامه با مثالی از گروه خواسته شد تا به عنوان یکی از تکالیف منزل شدت ناراحتی خود را در یک مقیاس بدین گونه درجه بندی کنند: شدت ناراحتی خود را در مقیاس صفر تا ده مشخص سازید. ده به معنی بیشترین ناراحتی و صفر به معنی عدم ناراحتی است.

جلسه پنجم و ششم. در این جلسه بر هیجانات سرکوب شده حاصل از تروما تاکید شد و به اعضای گروه بیان شد که شاید فکر کنید که در نتیجه این فضاوت‌ها ما هیجانات منفی نسبت به خودمان پیدا می‌کنیم. این درست است، اما تا حدی. حالا برای یک لحظه تصور کنید که هیجانات اول به وجود می‌آیند. اگر ما از اول این هیجانات را داشته‌ایم و بعد هیجانات منفی باعث شده خودمان را سرزنش کنیم، چطور؟ شاید هیجانات از هیچ به وجود می‌آیند، و بعد ما دلیل تراشی می‌کنیم. تا این که دلیلی برای احساس بدمان پیدا کرده باشیم. اگر دلیلش این بود فرقی نمی‌کرد که ما چقدر افکارمان را اصلاح کنیم، در هر حال هیجانات بد را داشتیم که افکارمان را باز به همان جای خاص هدایت می‌کرد. در این صورت تغییر کردن بسیار آهسته یا اصلاً غیرممکن می‌شد. در ادامه مجدد با استفاده از مقیاس درجه‌بندی به دنبال درجه بندی کردن ناراحتی گروه رفته و مجدد از آن‌ها خواستیم یک ناراحتی را درجه بندی کنند و به آن‌ها توضیح داده شده که ناراحتی مورد اندازه گیری می‌تواند جسمی، نظیر سردرد یا میل شدید به چیزی یا احساسی همچون ترس، اضطراب، افسردگی، خشم باشد.

جلسه هفتم و هشتم. این جلسه در ادامه جلسه قبل به بررسی و مقابله با هیجانات منفی اختصاص داشت. در این جلسه به اعضا گفته شد که اگر شما هیجانات منفی دائمی و تغییرناپذیری در مورد خودتان دارید،

ممکن است به چنین نتیجه‌ای در مورد خود رسیده باشید. کلید مساله این است که درک کنیم هیجان‌ها واقعاً از کجا می‌آیند. حقیقت این است که یک روز، از زمان خاصی، بعد از حادثه خاصی ما فقط یاد گرفته‌ایم که آن طور احساس کنیم. و بعد آن احساس عادت ما شده است. زمانی تجربه عاطفی شدیدی داشته‌ایم، چیزی که آدم‌های دیگری، یا موقعیت خاصی و در واقع فقط افکار خود ما در آن زمان ما را به آن جور حس کردن وفق داده‌اند. پس از آن با استفاده مقیاس درجه‌بندی به بررسی احساس ناراحتی و مشکل در بدن پرداختیم. برای مثال گفتیم در چه بخشی از بدنتان مشکل احساسی را بیشتر حس میکنید؟ شدت ناراحتی خود را در مقیاس صفر تا ده مشخص سازید. ده به معنی بیشترین شدت و صفر به معنی عدم ناراحتی است.

جلسه نهم و دهم. در این جلسه با تمرکز بر روی مشکل و ناراحتی که موجب ایجاد اضطراب در اعضای گروه شده به تمرین تصویر سازی بر روی مشکل پرداخته شد. به اعضای گروه گفته شد که در حال حاضر، شما تصویر سازی میکنید، "تا" خواسته خود را جذب کنید! و این اصل مشکل است؛ زیرا وقتی کلمه "تا" وارد کاری شود، ذهن منطقی وارد عمل شده و منتظر نتیجه خواهد ماند که دقیقاً همین تمام تمرکز و کیفیت امواج ذهنی ارسال شده شما برای جذب خواسته را تخریب میکند. نکته بسیار عمیق برای حل مشکل، این است که هر کاری را فقط به خاطر خودش انجام دهید. یعنی اگر تصویر سازی میکنید و میخواهید تصویر سازی و امواج ذهنی تولید شده توسط شما موثر گردد، کافیسیت تصویر سازی را فقط به خاطر خود تصویر سازی و حس عالی که میتوانید در همین لحظه از آن تجربه کنید انجام دهید و توقع دیگری نیز از آن نداشته باشید. یعنی تصویر سازی، فقط به خاطر خود حس عالی ناشی از تصویر سازی ذهنی! نه به خاطر رسیدن و جذب خواسته‌ای که دارید. اگر این نکته ساده را برای مدتی تمرین کنید، نه تنها دائماً از حس عالی ناشی از تصویر سازی (ناشی از حس عالی داشتن خواسته تان در همین لحظه) لذت خواهید برد، بلکه جذب خواسته تان نیز ساده تر صورت خواهد پذیرفت زیرا فرکانسها و موجهای ذهنی تولید شده شما قدرتمند تر می‌شوند (به علت رهایی و عدم تعلق به کسب نتیجه و از بین رفتن نگرانی و نبود استرس نرسیدن به خواسته تان). تمرین اصلی که در این مقاله یاد گرفتید، یک شاه کلید در جذب متافیزیکی قدرتمند و سریع است. پس در یک کلام، "تصویر سازی را فقط به خاطر خود حس عالی تصویر سازی ذهنی انجام دهید، نه به خاطر رسیدن به خواسته تان توسط آن".

جلسه یازدهم و دوازدهم. در این جلسه مجدد بر روی مقیاس درجه بندی تاکید کردیم و از اعضای گروه خواستیم شدت مشکل خود را مجدداً در مقیاس صفر تا ده بسنجند؛ اگر هنوز هم افسردگی زیاد است بگویند با وجود اینکه هنوز قدری از (نام مشکل) را دارم ولی عمیقاً و کاملاً خودم را قبول میکنم. در پایان پس از جمع‌بندی نهایی مطالب جلسه‌های پیشین پرسشنامه پس‌آزمون توزیع و پس از تکمیل از مراجعان اخذ شد.

شیوه اجرا. اجرای پژوهش به این ترتیب بود که پس از اخذ مجوز از مدیر بیمارستان شهید بهشتی اصفهان و با همکاری پرستاران بخش زنان و زایمان، با زنانی که به دلیل سقط جنین بستری شده بودند ملاقاتی ترتیب داده شد و پس از صحبت و کسب رضایت درخواست شد تا به سیاهه اضطراب اشمپلبرگر و

استرس پس از سانحه پاسخ دهند. پس از اتمام و جمع آوری پرسشنامه شماره تماس این زنان دریافت شد تا پس از مرخص شدن از بیمارستان و در صورت همکاری جهت شرکت در پژوهش دعوت شوند. با توجه به نمره‌های کسب شده و معیارهای ورود و خروج از پژوهش و همچنین رضایت جهت شرکت در پژوهش در نهایت ۶ زن داوطلب شرکت در پژوهش شدند و برای شرکت در پژوهش به مرکز مشاوره یارستان حضور یافتند. مداخله درمانی حاضر به روش فردی انجام شد و به منظور کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی، از نظر ترتیب ورود، زنان به صورت تصادفی با فاصله یک جلسه وارد مرحله درمان شده و برای هر شرکت کننده زن ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت دو جلسه در هفته برگزار شد. طی هفته اول و در جلسه اول و دوم (خط پایه)، زنان هر هفته ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند و در هفته دوم در حالی که ۴ شرکت کننده زن هنوز در مرحله خط پایه قرار داشتند شرکت کننده زن اول و دوم وارد جلسه اول مرحله اول درمان شد. جلسه دوم مداخله شرکت کننده زن اول و دوم هم‌زمان با جلسه اول مداخله برای شرکت کننده زن سوم و چهارم و خط پایه شرکت کننده زن پنجم و ششم بود. در جلسه سوم مداخله شرکت کننده زن اول و دوم و جلسه دوم شرکت کننده زن سوم و چهارم، شرکت کننده زن پنجم و ششم وارد جلسه اول مرحله مداخله شدند. ابزار سنجش در مرحله خط پایه و نیز در پایان جلسه‌های دوم، چهارم، ششم، هشتم، دهم و دوازدهم اجرا و تکمیل شد. همچنین پس از اتمام جلسه‌های درمانی یک نوبت پیگیری با فاصله یک ماهه صورت گرفت. پس از اجرای پژوهش، داده‌های گردآوری شده با روش‌های آماری ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تحلیل گردید. برای تجزیه و تحلیل یافته‌های توصیفی و ضرایب پایایی ابزار پژوهش از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن زنان شرکت کننده ۳۲/۳۳ و ۲/۷۳ بود. از این بین ۲ نفر از زنان دارای تحصیلات لیسانس و ۴ نفر دیگر فوق لیسانس بودند. همچنین ۲ زن اولین بارداری و ۴ زن دیگر دومین بارداری را تجربه می‌کردند. میانگین طول مدت ازدواج این زنان ۶ سال و ۵ ماه بود.

جدول ۱. روند تغییر مراحل درمانی در کاهش علائم اضطراب صفت

مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم	آزمودنی پنجم	آزمودنی ششم
خط پایه ۱	۳۶	۳۵	۳۶	۳۷	۳۵	۳۶
خط پایه ۲	۳۱	۳۰	۳۱	۳۲	۳۰	۳۱
خط پایه ۳	-	۲۷	۲۸	۲۹	۲۷	۲۸
خط پایه ۴	-	-	۲۶	۲۵	۲۵	۲۶
میانگین مرحله خط پایه	۳۳/۵۰	۳۰/۶۶	۳۰/۲۵	۳۰/۷۵	۲۹/۲۵	۳۰/۲۵

درمان

۳۷	۳۶	۳۵	۳۴	۳۶	۳۵	جلسه درمانی دوم
۳۰	۳۱	۲۸	۳۰	۲۹	۳۰	جلسه درمانی چهارم
۲۸	۳۰	۲۷	۲۸	۲۷	۲۸	جلسه درمانی ششم
۲۶	۲۷	۲۵	۲۵	۲۵	۲۷	جلسه درمانی هشتم
۲۴	۲۵	۲۳	۲۵	۲۴	۲۵	جلسه درمانی دهم
۲۲	۲۳	۲۰	۲۳	۲۲	۲۳	جلسه درمانی دوازدهم
۲۷/۸۳	۲۸/۶۶	۲۶/۳۳	۲۷/۵۰	۲۷/۱۶	۲۸	میانگین مرحله درمان
۰/۹۷	۱/۰۵	۰/۹۳	۱/۰۹	۱/۰۳	۱/۰۴	اندازه اثر
۳۸/۱۲	۳۹/۴۴	۳۸/۸۹	۳۸/۲۹	۳۹/۴۱	۳۸/۳۸	درصد بهبودی
۳۸/۷۵						درصد بهبودی کلی
۲۴	۲۳	۲۴	۲۵	۲۵	۲۳	مرحله پیگیری اول
۲۲	۲۱	۲۴	۲۴	۲۳	۲۲	مرحله پیگیری دوم
۲۳	۲۲	۲۴	۲۴/۵۰	۲۴	۲۲/۵۰	میانگین مرحله پیگیری
۴۳/۳۸	۴۴/۵۸	۴۴/۱۸	۴۲/۳۰	۴۲/۷۴	۴۱/۲۰	درصد بهبودی
۴۳/۰۶						درصد بهبودی کلی

در جدول ۱ نمره‌های اضطراب صفت بیماران تحت درمان فن رهاسازی هیجانی را در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، نمره اضطراب صفت در هر ۶ بیمار از مرحله خط پایه تا مداخله در نتیجه مداخله فن درمانی رهاسازی هیجانی کاهش داشته است. درصد بهبودی پس از مداخله برای زن شرکت کننده اول ۳۸/۳۸، زن شرکت کننده دوم ۳۹/۴۱، زن شرکت کننده سوم ۳۸/۲۹، زن شرکت کننده چهارم ۳۸/۸۹، زن شرکت کننده پنجم ۳۹/۴۴ و زن شرکت کننده ششم ۳۸/۱۲ محاسبه شده است. با توجه به میزان درصد بهبودی و کاهش اضطراب صفت هر ۶ زن در مرحله مداخله نسبت به دوره خط پایه می‌توان گفت که میزان بهبودی زنان شرکت کننده چهارم نسبت به زنان شرکت کننده اول، دوم، سوم، پنجم و ششم در طول مداخله بیشتر بوده است.

جدول ۲. روند تغییر مراحل درمانی در کاهش علائم اضطراب حالت

آزمودنی	آزمودنی	آزمودنی	آزمودنی	آزمودنی	آزمودنی	مراحل درمان
اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	
۳۷	۳۶	۳۷	۳۸	۳۷	۳۶	خط پایه ۱
۳۴	۳۳	۳۳	۳۴	۳۲	۳۳	خط پایه ۲
-	۳۰	۲۹	۳۰	۲۸	۲۹	خط پایه ۳
-	-	۲۴	۲۵	۲۴	۲۴	خط پایه ۴
۳۵/۵۰	۳۳	۳۰/۷۵	۳۱/۷۵	۳۰/۲۵	۳۰/۵۰	میانگین مرحله خط پایه
درمان						
۳۷	۳۶	۳۷	۳۸	۳۷	۳۶	جلسه درمانی دوم

۳۴	۳۳	۳۳	۳۵	۳۴	۳۵	جلسه درمانی چهارم
۳۰	۳۰	۳۰	۳۱	۳۱	۳۲	جلسه درمانی ششم
۲۶	۲۸	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	جلسه درمانی هشتم
۲۳	۲۵	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	جلسه درمانی دهم
۲۰	۲۱	۲۰	۲۱	۲۱	۲۲	جلسه درمانی دوازدهم
۲۸/۳۳	۲۸/۸۳	۲۸/۳۳	۲۹/۵۰	۲۹/۶۶	۳۰/۳۳	میانگین مرحله درمان
۰/۹۹	۱/۰۱	۰/۹۸	۱/۱۰۸	۱/۰۹	۱/۱۲	اندازه اثر
۴۷/۵۰	۴۸/۶۱	۴۶/۵۳	۴۷/۴۷	۴۶/۹۳	۴۵/۸۴	درصد بهبودی
۴۷/۱۴						درصد بهبودی کلی
۲۳	۲۱	۲۲	۲۳	۲۵	۲۴	مرحله پیگیری اول
۲۰	۱۹	۲۰	۲۱	۲۳	۲۲	مرحله پیگیری دوم
۲۱/۵۰	۲۰	۲۱	۲۲	۲۴	۲۳	میانگین مرحله پیگیری
۴۷/۳۶	۴۸/۵۵	۴۷/۹۴	۴۸/۶۳	۴۷/۵۴	۴۷/۴۸	درصد بهبودی
۴۷/۹۱						درصد بهبودی کلی

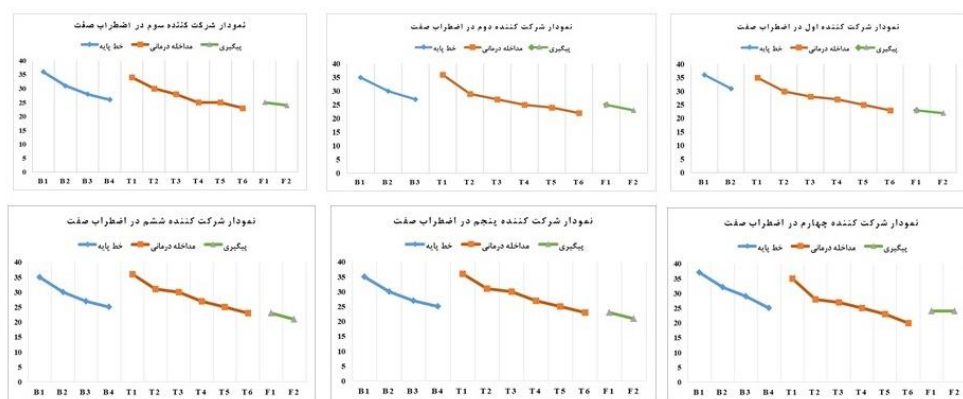
در جدول ۲ نمره‌های اضطراب حالت بیماران تحت درمان فن رهاسازی هیجانی را در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، نمره اضطراب حالت در هر ۶ بیمار از مرحله خط پایه تا مداخله در نتیجه مداخله فن درمانی رهاسازی هیجانی کاهش داشته است. درصد بهبودی پس از مداخله برای زن شرکت کننده اول ۴۵/۸۴، زن شرکت کننده دوم ۴۶/۹۳، زن شرکت کننده سوم ۴۷/۴۷، زن شرکت کننده چهارم ۴۶/۵۳، زن شرکت کننده پنجم ۴۸/۶۱ و زن شرکت کننده ششم ۴۷/۵۰ محاسبه شده است. با توجه به میزان درصد بهبودی و کاهش اضطراب حالت هر ۶ زن در مرحله مداخله نسبت به دوره خط پایه می‌توان گفت که میزان بهبودی زنان شرکت کننده اول نسبت به زنان شرکت کننده دوم، سوم، چهارم، پنجم و ششم در طول مداخله بیشتر بوده است.

جدول ۳. روند تغییر مراحل درمانی در کاهش علائم استرس پس از سانحه

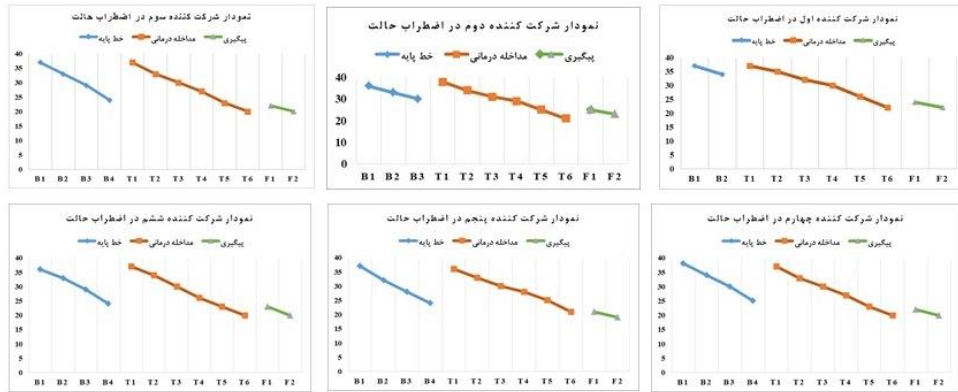
مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم	آزمودنی پنجم	آزمودنی ششم
خط پایه ۱	۵۵	۵۶	۵۷	۵۴	۵۶	۵۸
خط پایه ۲	۵۰	۵۱	۵۲	۵۰	۵۱	۵۳
خط پایه ۳	-	۴۴	۴۸	۴۷	۴۷	۴۵
خط پایه ۴	-	-	۴۳	۴۳	۴۴	۴۳
میانگین مرحله خط پایه	۵۲/۵۰	۵۰/۳۳	۵۰	۴۸/۵۰	۴۹/۵۰	۴۹/۷۵
درمان						
جلسه درمانی دوم	۵۴	۵۶	۵۷	۵۸	۵۷	۵۶
جلسه درمانی چهارم	۵۲	۵۲	۵۳	۵۴	۵۳	۵۳

۴۹	۴۸	۵۰	۴۹	۴۸	۴۷	جلسه درمانی ششم
۴۵	۴۴	۴۵	۴۶	۴۵	۴۵	جلسه درمانی هشتم
۴۳	۴۱	۴۲	۴۳	۴۲	۴۳	جلسه درمانی دهم
۳۹	۳۸	۳۸	۴۰	۳۹	۴۰	جلسه درمانی دوازدهم
۴۷/۵۰	۴۶/۸۳	۴۷/۸۳	۴۸	۴۷	۴۶/۸۳	میانگین مرحله درمان
۱/۲۸	۱/۲۰	۱/۳۰	۱/۳۳	۱/۲۶	۱/۲۱	اندازه اثر
۴۹/۴۴	۵۰/۳۵	۴۹/۷۸	۴۹/۵۰	۴۹/۴۸	۵۱/۰۰	درصد بهبودی
۴۹/۹۲						درصد بهبودی کلی
۴۳	۴۴	۴۵	۴۶	۴۵	۴۴	مرحله پیگیری اول
۴۲	۴۱	۴۳	۴۴	۴۲	۴۲	مرحله پیگیری دوم
۴۲/۵۰	۴۲/۵۰	۴۴	۴۵	۴۳/۵۰	۴۳	میانگین مرحله پیگیری
۵۰/۰۸	۵۰/۳۱	۴۹/۹۷	۵۰/۰۰	۵۰/۱۹	۵۱/۲۱	درصد بهبودی
۵۰/۲۹						درصد بهبودی کلی

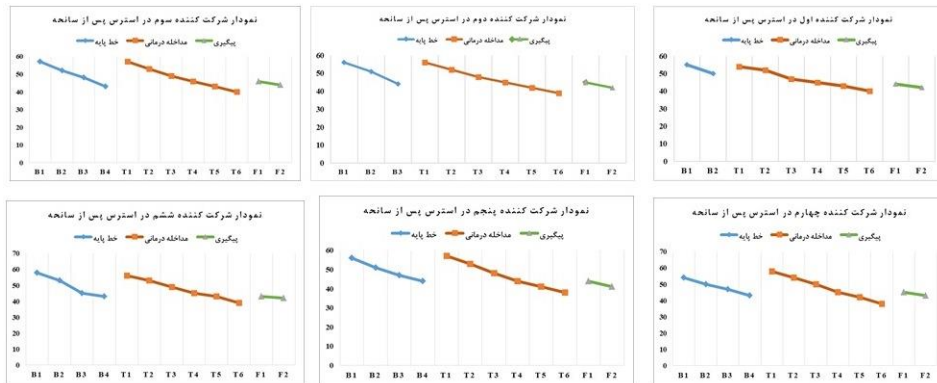
در جدول ۳ نمره‌های استرس پس از سانحه بیماران تحت درمان فن رهاسازی هیجانی را در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، نمره استرس پس از سانحه در هر ۶ بیمار از مرحله خط پایه تا مداخله در نتیجه مداخله فن درمانی رهاسازی هیجانی کاهش داشته است. درصد بهبودی پس از مداخله برای زن شرکت کننده اول ۵۱/۰۰، زن شرکت کننده دوم ۴۹/۴۸، زن شرکت کننده سوم ۴۹/۵۰، زن شرکت کننده چهارم ۴۹/۷۸، زن شرکت کننده پنجم ۵۰/۳۵ و زن شرکت کننده ششم ۴۹/۴۴ محاسبه شده است. با توجه به میزان درصد بهبودی و کاهش استرس پس از سانحه هر ۶ زن در مرحله مداخله نسبت به دوره خط پایه می‌توان گفت که میزان بهبودی زنان شرکت کننده دوم و ششم نسبت به زنان شرکت کننده اول، سوم، چهارم و پنجم در طول مداخله بیشتر بوده است.



نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های اضطراب صفت در زنان شرکت کننده



نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های اضطراب حالت در زنان شرکت کننده



نمودار ۳. روند تغییر نمره‌های استرس پس از سانحه در زنان شرکت کننده

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی فن رهاسازی هیجانی بر کاهش اضطراب صفت و حالت و نشانگان استرس پس از سانحه در زنان دچار سقط خود به خودی بود. نتایج نشان داد که فن رهاسازی هیجانی در کاهش اضطراب صفت و حالت و همچنین کاهش نشانگان استرس پس از سانحه موثر بوده است. این یافته‌ها با پژوهش‌های علمدارباغینی و همکاران (۱۳۹۸ الف و ب)، نیکوسیا و همکاران (۲۰۱۹)، چورچ و همکاران (۲۰۱۸)، روایی و همکاران (۲۰۱۸)، گاییسر و همکاران (۲۰۱۷)، چاتوین و همکاران (۲۰۱۶) و کاراتزیاس و همکاران (۲۰۱۱) همسو است. با توجه به یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد که روش درمانی فن رهاسازی هیجانی از طریق آزادسازی مسیرهای عصبی موجود در بدن، نسبت به محرک‌ها و نیز از بین رفتن پاسخ‌های دلسرد کننده و رفتارهای نشانگر اضطراب و استرس پس از سانحه در زنان دچار سقط خود به خودی شده و موجب رها سازی احساسات سرکوب شده حاصل از سقط جنین می‌شود (چورچ و همکاران، ۲۰۱۸).

با توجه به نتایج پژوهش باید بیان کرد که فن رهاسازی هیجانی بر مبنای آخرین تکنیک‌های روانشناسی و طب ارائه شده است و به بیمار کمک می‌کند تا از طریق عبارات تأکیدی و نواختن ضربات به نقاط خاص، مشکلات روحی و جسمی که با آن دست به گریبان است را حل کند (چورچ، ۲۰۱۴). طبق درمان فن رهاسازی هیجانی بدن انسان دارای انرژی است و طبیعتی الکتریکی دارد؛ از این رو، کفایت پای خود را روی فرش و سپس قطعه فلزی را لمس کنید؛ همچنین اگر شیء داغی را لمس کنید، سوزش را به سرعت حس می‌کنید زیرا درد با سرعت برق در سیستم عصبی شما حرکت می‌کند و این پیام به مغز می‌رسد؛ پس فن رهاسازی هیجانی باور دارد سیستم عصبی بدن به صورت نظام‌مند این جریان انرژی را به صورت منظم در بدن به حرکت در می‌آورد (چورچ و همکاران، ۲۰۱۸). در این روش با استفاده از ارتباط بین ذهن و جسم به علت واقعی مشکل و نه علائم ظاهری آن پرداخته می‌شود (علمدارباغینی و همکاران، ۱۳۹۸)؛ به گفته گری کریگ، ۱۹۹۹؛ علت مشکلات و اضطراب و ترس موانع جریان انرژی در سیستم ذهنی / جسمی افراد است. از این رو، به کمک ضربه زدن می‌توان بسیاری از فرآیندهای وقت‌گیری که در سایر روش‌ها استفاده می‌شوند صرف نظر کرد و با سرعتی خارق‌العاده‌ای به اثرات بادوام رسید (چورچ، ۲۰۱۴). بسیاری از روانشناسان و دانشمندان بر این باورند که وارد کردن ضربات ملایم و حساب شده بر روی نقاط به خصوصی از بدن، موجب ایجاد تعادل در سیستم انرژی بدن می‌شود (کریگ، ۲۰۰۹). در این روش به بازسازی سیستم عصبی و آزادسازی احساسات ناخوشایند پرداخته می‌شود؛ هنگامی که فرد بتواند خود را با تمام وجود بپذیرد، نیمی از مسیر را پیش رفته و انرژی کمتری را صرف پنهان کردن مشکلات و نقایص خود می‌کند (گایسر و همکاران، ۲۰۱۷).

با توجه به نتایج این یافته‌ها، فن رهاسازی هیجانی یا همان ضربه تراپی که با سرانگشتان ضربات ملایمی بر برخی نقاط مهم طب فشاری واقع بر روی سر و صورت، بخش فوقانی بدن و دست‌های شرکت‌کنندگان بر اساس خط پایه و جلسات درمانی نواخته شد احساسات و استرس‌های ناشی از سقط خود به خودی رهایی یافت؛ به طوری که در حین ضربه زدن برخی عبارات و جملات تکرار می‌شد؛ و از چند قاعده ساده حین اجرای فنون پیروی شد که به رهاسازی احساسات زنان حاضر در جلسات درمانی کمک کرد. استفاده از این روش برای همگان امکان‌پذیر است و یادگیری مراحل ابتدایی آن بسیار آسان است؛ همچنین با توجه به نتایج به دست آمده، این روش درمانی نشان داده است که در برطرف کردن سریع و بادوام احساسات ناخوشایند، افکار مزاحم و الگوهای مخرب رفتاری و همین‌طور فهرستی طولانی از مشکلات روان‌شناختی و جسمانی مؤثر است (علمدار باغینی و همکاران، ۱۳۹۸ الف).

تعداد محدود شرکت‌کنندگان در طرح که ناشی از محدودیت‌های روش‌شناختی پژوهش حاضر بود، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌سازد. به لحاظ روش‌شناختی پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی با استفاده از طرح‌های شبه آزمایشی، از جمله طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و تعداد شرکت‌کنندگان بیشتر، به ارزیابی دقیق‌تر روایی این روش در کاهش علائم اضطرابی و استرس پس از سانحه در زنان دچار سقط خود به خودی پرداخته شود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مشابه دیگر، علاوه بر تاکید بر فن رهاسازی هیجانی بر افسردگی و ترس

زنان دچار سقط خود به خودی، می‌توان در زنان افسرده پس از زایمان و با تلفیق درمان‌های دیگر مثل حساسیت زدایی منظم حرکات چشم، ذهن آگاهی و شفقت درمانی و مقایسه این رویکردها با یکدیگر در غنای درمانی و تبیین دقیق‌تر نتایج همت گمارد. همچنین پیشنهاد می‌شود از روش فن رهاسازی هیجانی در بیمارستان‌ها برای این بیماران و بیماران مشابه در جهت بهزیستی روانی استفاده شود.

موازین اخلاقی

پس از اخذ رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان و ابراز تمایل آن‌ها برای شرکت در پژوهش، جلسه‌های درمانی آغاز شد. همچنین رازداری در اطلاعات شخصی و محرمانه بودن نتایج پژوهش نیز رعایت شد؛ همچنین به شرکت‌کنندگان اعلام شد، در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری می‌توانند پژوهش را بدون پیامد منفی برای آن‌ها ترک کنند.

سپاسگزاری

لازم است از مدیر و تمامی پرستاران زحمتکش بیمارستان شهید بهشتی اصفهان و همه شرکت‌کنندگانی که در انجام این پژوهش همکاری کرده‌اند؛ تقدیر و سپاسگزاری شود.

مشارکت نویسندگان

این مقاله با هزینه شخصی انجام شد و همه نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نوشته داشتند.

تعارض منافع

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

منابع

- احمدی کانی گلزار، ارسالان، اصغرنژاد، سحر، و قلی زاده، زلیخا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمانی شناختی رفتاری بر سه عامل پویشی تعارض‌های وابستگی، خشم و مادری در مادران افسرده. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۲۷(۲ پیاپی ۲۶)؛ ۴۱-۶۰
- بختیاری، آزاده، و عابدی، احمد. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفضالی بر افسردگی پس از زایمان. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۶(۲ پیاپی ۲۲)؛ ۹-۲۴
- خداکرمی، بتول، شبیری، فاطمه، مفاخری، بیان، سلطانیان، علیرضا، و محقق، حسین. (۱۳۹۷). تاثیر مشاوره بر اساس الگوی شادکامی فوردایس بر اضطراب زنان مبتلا به سقط خود به خودی. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ۲۶(۶)؛ ۳۷۸-۳۸۸

روحی، قنبر، رحمانی، حسین، عبداللهی، علی اکبر، و محمودی، غلامرضا. (۱۳۸۴). تأثیر موسیقی بر میزان اضطراب و برخی از متغیرهای فیزیولوژیک بیماران قبل از عمل جراحی شکم. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان. ۷(۱): ۷۵-۷۸

دهقانی، مصطفی، اصلانی، خالد، امان الهی، عباس، و رجبی، غلامرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی زوج درمانی متمرکز بر هیجان مبتنی بر مدل درمان آسیب دلبستگی بر افزایش بخشش در زن‌های آسیب دیده از خیانت زناشویی. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱(۹): ۱۶۰-۱۴۳

علمدار باغینی، آیدا، محمدطهرانی، حسن، بهبودی، معصومه، و کیامنش، علیرضا. (۱۳۹۸ الف). مقایسه اثربخشی حساسیت‌زدایی حرکت چشم و بازپردازش، شناختی رفتاری و تکنیک رها سازی هیجانی بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه. فصلنامه علوم پزشکی رازی، ۲۶(۱۰): ۱۵-۳۰

علمدار باغینی، آیدا، محمدطهرانی، حسن، بهبودی، معصومه، و کیامنش، علیرضا. (۱۳۹۸ ب). مقایسه اثربخشی حساسیت‌زدایی حرکت چشم و بازپردازش، شناختی رفتاری و تکنیک رها سازی هیجانی در کاهش اضطراب بیماران دچار استرس پس از سانحه. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۱۳(۴ پیاپی ۵۲): ۶۵۰-۶۲۵

ماردپور، علیرضا، نجفی، محمود. (۱۳۹۵). اثربخشی روش درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از اتفاقات غیرنظامی. فصلنامه روانشناسی بالینی، ۶(۲۳): ۴۱-۶۰

مسیب مرادی، مهناز، جحدی، فرشته، سیدفاطمی، نعیمه، و منتظری، علی. (۱۳۹۴). تأثیر مشاوره بر سطح اضطراب زنان مبتلا به سقط خود به خود: یک کار آزمایی بالینی تصادفی. نشریه پایش، ۱۵(۲): ۱۷-۱۷۴
محمدطهرانی، حسن، فاضلی، مریم، و محمدطهرانی، مریم. (۱۳۹۰). اثربخشی حساسیت زدایی حرکت چشم بازپردازش در کاهش اضطراب. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۶(۲۲): ۶۸-۶۱

References

- Cakiroglu Y, Doger E, Vural F, Kopuk SY, Vural B. Impact of insulin resistance and obesity on intracytoplasmic sperm injection outcomes in young women with polycystic ovary syndrome. *Northern Clinics Istanb* (2017) 4(3):218-24. doi: 10.14744/nci.2017.79663
- Cavalcante MB, Sarno M, Cavalcante C, Araujo Júnior E, Barini R. (2019). Coagulation biomarkers in women with recurrent miscarriage and polycystic ovarian syndrome: Systematic review and meta-analysis. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 79(1):697-704.
- Chatwin H, Stapleton P, Porter B, Devine Sh, Sheldon T. (2016). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Emotional Freedom Techniques in Reducing Depression and Anxiety among Adults: A Pilot Study. *Integrative Medicine*, 15(2); 27-34

- Church D. (2014). Reductions in pain, depression, and anxiety symptoms after PTSD remediation in veterans. *Explore (NY)*, 10(3); 162-9
- Church D, House D. (2018). Borrowing Benefits: Group Treatment with Clinical Emotional Freedom Techniques Is Associated With Simultaneous Reductions in Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression Symptoms. *J Evid Based Integr Med*, 23(21); 58-71
- Church D, Stapleton P, Mollon P, Feinstein D, Boath E, Mackay D, Sims R. (2018). Guidelines for the Treatment of PTSD Using Clinical EFT (Emotional Freedom Techniques). *Healthcare*, 6(4); 146-153
- Church D, Yount G, Rachlin K, Fox L, Nelms J. (2018). Epigenetic Effects of PTSD Remediation in Veterans Using Clinical Emotional Freedom Techniques: A Randomized Controlled Pilot Study. *Am J Health Promot*, 32(1); 112-122
- Clond M. (2016). Emotional Freedom Techniques for Anxiety: A Systematic Review with Meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(5); 388-395
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. (2014). *Williams's obstetrics*. 24th, Ed. New York: McGraw-Hill; 425- 427.
- Gaesser A.H. & Karan O.C. (2017). A Randomized Controlled Comparison of Emotional Freedom Technique and Cognitive-Behavioral Therapy to Reduce Adolescent Anxiety: A Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(2): 102-108
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V., & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic stress*, 6(4): 459-473
- Karatzias, Th., Power, K., Brown, K., McGoldrick, Th., Begum, M., Young, J., Loughran, P., Chouliara, Z., Adams, S. (2011). A Controlled Comparison of the Effectiveness and Efficiency of Two Psychological Therapies for Posttraumatic Stress Disorder: Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs. Emotional Freedom Techniques. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(6); 372-378
- Jacob L., Kostev K., Gerhard C., & Kalder M. (2019). Relationship between induced abortion and the incidence of depression, anxiety disorder, adjustment disorder, and somatoform disorder in Germany. *Journal of Psychiatric Research*, 114(5): 75-79
- Jacob L., Polly I., Kalder M., & Kostev K., (2017). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorders in women with spontaneous abortion in Germany – A retrospective cohort study. *Journal of Psychiatric Research*, 258(2): 382-386
- Nicosia, G.J., Lorna M., Amanda F. (2019). World Trade Center: A longitudinal case study for treating Post Traumatic Stress Disorder with Emotional Freedom Technique and Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Journal Work*, 63(2); 199-204
- Nynas J, Narang P, Kolikonda MK, Lippmann S. (2015). Depression and Anxiety Following Early Pregnancy Loss: Recommendations for Primary Care Providers. The primary care companion for CNS disorders, 17(1): 1-13
- Revai A, Amin M, and Makhfudli, M (2018) *Emotional Freedom Technique (EFT) for Physiological Symptoms, Pain, Anxiety Disorders and Depression: a Systematic Review*. In: The 9th International Nursing Conference: Nurses at the Forefront in Transforming Care, Science, and Research, 07-08 April 2018, Surabaya.
- Sebastian B, Nelms J. (2017). the Effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Explore*, 13(1); 16-25

- Skvortsov, A., & Romashchuk, A. (2015). Single case studies as a means for developing psychological theories. *PsyCh Journal*, 4(4), 231-242
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. Vagg, P.R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state – trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: consulting psychologists press
- St Cyr K, McIntyre-Smith A, Contractor AA, Elhai JD, Richardson JD. (2014). Somatic symptoms and healthrelated quality of life among treatment-seeking Canadian Forces personnel with PTSD. *Psychiatry Res*. 218(1-2):148-52
- Wijesooriya L, Paliawadana T, Rajapaksha R. A (2015). Study of psychological impact on women undergoing miscarriage at a Sri Lankan hospital setting.

سیاهه اضطراب اشپیل برگر

اضطراب صفت	سؤال	اضطراب حالت	سؤال‌ها
۴ ۳ ۲ ۱	۲۱. شاداب و سرحال هستم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱. احساس آرامش می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱	۲۲. احساس می‌کنم عصبانی و بی قرار هستم.	۴ ۳ ۲ ۱	۲. احساس امنیت می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱	۲۳. احساس می‌کنم از خودم رضایت دارم.	۴ ۳ ۲ ۱	۳. احساس تنش می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱	۲۴. آرزو می‌کنم می‌توانستم به اندازه دیگران خوشحال باشم.	۴ ۳ ۲ ۱	۴. احساس می‌کنم در فشار روحی هستم.
۴ ۳ ۲ ۱	۲۵. احساس می‌کنم وامانده‌ام.	۴ ۳ ۲ ۱	۵. احساس آسودگی می‌کنم
۴ ۳ ۲ ۱	۲۶. احساس می‌کنم راحت هستم.	۴ ۳ ۲ ۱	۶. احساس آشفتگی می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱	۲۷. آرام، خونسرد و ملایم هستم.	۴ ۳ ۲ ۱	۷. نگران پیشامدهای ناگواری هستم.
۴ ۳ ۲ ۱	۲۸. احساس می‌کنم مشکلات بقدری رویهم انباشته شده است که نمی‌توانم بر آن‌ها غلبه کنم.	۴ ۳ ۲ ۱	۸. احساس رضایت خاطر می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱	۲۹. درباره چیزی که واقعاً مهم نیست بیش از حد نگرانم.	۴ ۳ ۲ ۱	۹. احساس ترس می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۰. خوشحالم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۰. احساس راحتی می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۱. افکار پریشانی دارم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۱. به خودم اطمینان دارم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۲. به خودم مطمئن نیستم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۲. اعصابم ناراحت است.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۳. احساس امنیت می‌کنم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۳. احساس بی‌قراری می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۴. به آسانی تصمیم می‌گیرم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۴. نمی‌توانم تصمیم بگیرم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۵. احساس بی‌کفایتی می‌کنم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۵. آرامش جسمی دارم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۶. خرسند هستم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۶. احساس می‌کنم قانع هستم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۷. یک فکر بی‌اهمیت از ذهنم می‌گذرد و آزارم می‌دهد.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۷. نگران هستم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۸. نومی‌دی من به حدی است که نمی‌توانم آنرا از ذهنم بیرون کنم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۸. افکار مغشوشی دارم.
۴ ۳ ۲ ۱	۳۹. شخص ثابت قدمی هستم.	۴ ۳ ۲ ۱	۱۹. احساس می‌کنم ثابت قدم هستم.
۴ ۳ ۲ ۱	۴۰. وقتی به رغبت‌ها و تمایلات گذشته خود می‌اندیشم دچار تنش و آشفتگی می‌شوم.	۴ ۳ ۲ ۱	۲۰. شاداب و سرحال هستم.

فهرست اختلال پس از ضربه (PCL)

عبارات	اص	خیلی	متوسط	زیاد	خیلی
	لا	کم		زیاد	زیاد
۱	تکرار خاطرات، افکار یا تصاویر ناراحت کننده از تجربه استرس آور				
۲	روباهای تکراری ناراحت کننده در خواب و بیداری از تجربه استرس زا				
۳	ناگهانی عمل کردن یا احساس اینکه تجربه استرس زای گذشته دوباره در حالاتفاق افتادن است(مثل اینکه آن تجربه برای شما دوباره زنده می شود).				
۴	احساس پریشانی زیاد هنگامی که چیزی شما را به یاد تجربه استرس زای گذشتهمی اندازد.				
۵	داشتن واکنش های جسمانی(نظیر تپش قلب، اشکال در تنفس، عرق کردن) هنگامی که چیزی شما را به یاد تجربه استرس زای گذشته می اندازد.				
۶	اجتناب از تفکر یا صحبت در مورد یک تجربه استرس آور گذشته یا اجتناب از داشتن احساسات مربوط به آن				
۷	اجتناب از بعضی فعالیت ها یا موقعیت هایی به این دلیل که شما را به یاد تجربه استرس آور گذشته می اندازد.				
۸	زحمت در به یادآوری قسمت های مهم یک تجربه ناراحت کننده				
۹	از دست دادن علاقه یا لذت نبردن از فعالیتهایی که قبلا به آنها علاقه داشته اید یا از آن لذت می برده اید.				
۱۰	احساس فاصله یا بریدگی از مردم				
۱۱	احساس کرختگی عاطفی(بی تفاوتی عاطفی) یا ناتوانی در برقراری احساس علاقه و عشق نسبت به افراد نزدیک به خودتان				
۱۲	داشتن این احساس که آینده شما به طریقی کوتاه شده است.				
۱۳	اشکال در به خواب رفتن و تداوم خواب				
۱۴	احساس تحریک پذیری یا داشتن حملات خشم				
۱۵	مشکل برای تمرکز کردن				
۱۶	فوق العاده هوشیار بودن یا مراقب بودن یا در حالت دفاعی بودن				
۱۷	احساس از جا پریدن یا به آسانی از جا پریدن				

The effectiveness of an emotional freedom technique (EFT) on anxiety and post-traumatic stress disorder (PTSD) in women with spontaneous abortion

Maryam. Yavari Kermani^{*1}, Sepideh. Razavi², & Mohammadghasem. Shabani³

Abstract

Aim: The present study aimed to determine the effectiveness of an emotional freedom technique on anxiety and post-traumatic stress disorder (PTSD) in women with spontaneous abortion. **Method:** The present study was a single-case experimental design with an asynchronous multiple baseline type. We selected 6 out of 21 women with abortion trauma at Shahid Beheshti Hospital in Isfahan in April and May 2019 using the purposive sampling and after screening by Spielberger anxiety inventory (1983), and the Self-report post-traumatic stress disorder symptom scale by Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum (1993). The women were individually treated in sessions of emotional freedom techniques by Church (2014) in twelve forty-five minute sessions with two follow-up stages. We analyzed the data by visual mapping, stable change index, and recovery percentage formula. **Results:** The results indicated that the emotional freedom technique intervention among participating women reduced trait anxiety in the treatment phase (38.75% recovery) and follow-up phase (43.06%), state anxiety in the treatment phase (47.14% recovery) and follow-up phase (47.91%), and post-traumatic stress disorder in the treatment phase (49.92% recovery) and follow-up phase (50.29%). **Conclusion:** The results indicated that the use of the treatment for individuals suffering from PTSD and other associated disorders, including anxiety, could help to simultaneously improve both problems.

Keywords: Post-traumatic stress disorder, Anxiety, Abortion, Emotional freedom

۱. *Corresponding Author: Assistant Professor of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran
m.yavari21@gmail.com

۲. PhD Student in Educational Psychology, Qeshm International Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran

۳. PhD Student in Counseling, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran