

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.

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

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.

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،

روان‌پریشی‌گرایی، 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، بی‌قید 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 یادآوریه‌ها، 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 روان‌پزشکی 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 پس‌آسیب، 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 اشیپلبرگر 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 اشیپل برگر^۲. این سیاهه ۴۰ گوی‌های توسط اشیپل 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 اضطراب صفت نیز به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای از تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۴ است. در این سیاهه

1. ecological validity
2. Spielberger Anxiety Inventory

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 گزارش دهی نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه^۱. این مقیاس در سال ۱۹۹۳ توسط فوآ، ریگس، دانسیو و رتنام 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 آیت‌ها 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 نمره گذاری این مقیاس از نوع مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای است و گزینه‌های آن شامل؛ اصلا=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.

1. Post-Traumatic Stress Symptom Scale-Self Report

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 درجه بندی 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 هیجان‌ات 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، کفایت 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 اسپیلبرگر و استرس پس از سانحه پاسخ دهند. پس از اتمام و جمع‌آوری 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 مداخله گر 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						
جلسه درمانی دوم	۳۵	۳۶	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷
جلسه درمانی چهارم	۳۰	۲۹	۳۰	۲۸	۳۱	۳۰
جلسه درمانی ششم	۲۸	۲۷	۲۸	۲۷	۳۰	۲۸
جلسه درمانی هشتم	۲۷	۲۵	۲۵	۲۵	۲۷	۲۶

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

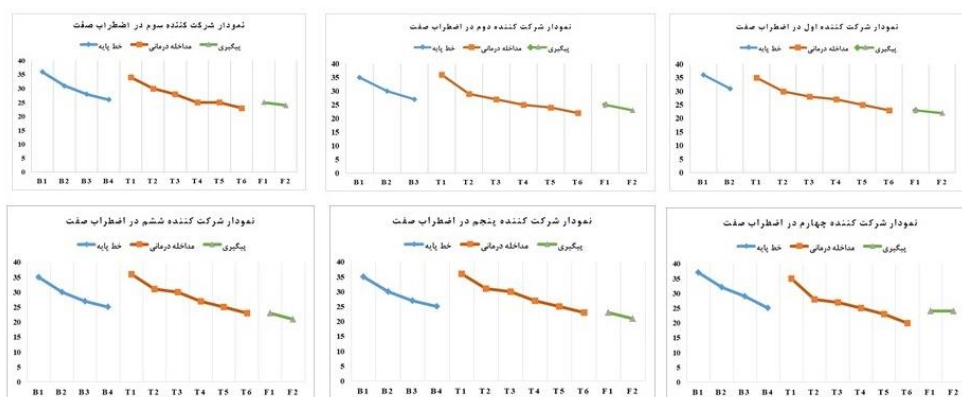
در جدول ۲ نمره‌های اضطراب حالت بیماران تحت درمان فن رهاسازی هیجانی را در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، نمره اضطراب حالت در هر ۶ بیمار از مرحله خط پایه تا مداخله در نتیجه مداخله فن درمانی رهاسازی هیجانی کاهش داشته است. درصد بهبودی پس از مداخله برای زن شرکت کننده 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

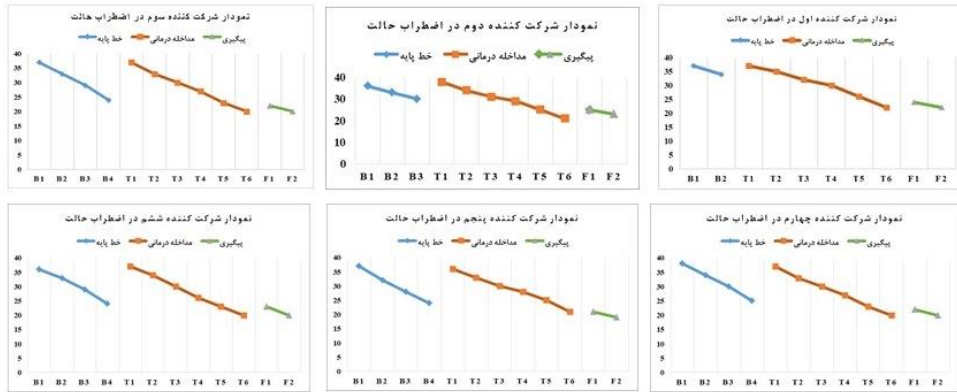
مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم	آزمودنی پنجم	آزمودنی ششم
خط پایه ۱	۵۵	۵۶	۵۷	۵۴	۵۶	۵۸
خط پایه ۲	۵۰	۵۱	۵۲	۵۰	۵۱	۵۳
خط پایه ۳	-	۴۴	۴۸	۴۷	۴۷	۴۵
خط پایه ۴	-	-	۴۳	۴۳	۴۴	۴۳
میانگین مرحله خط پایه	۵۲/۵۰	۵۰/۳۳	۵۰	۴۸/۵۰	۴۹/۵۰	۴۹/۷۵
درمان						
جلسه درمانی دوم	۵۴	۵۶	۵۷	۵۸	۵۷	۵۶
جلسه درمانی چهارم	۵۲	۵۲	۵۳	۵۴	۵۳	۵۳
جلسه درمانی ششم	۴۷	۴۸	۴۹	۵۰	۴۸	۴۹
جلسه درمانی هشتم	۴۵	۴۵	۴۶	۴۵	۴۴	۴۵
جلسه درمانی دهم	۴۳	۴۲	۴۳	۴۲	۴۱	۴۳
جلسه درمانی دوازدهم	۴۰	۳۹	۴۰	۳۸	۳۸	۳۹

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

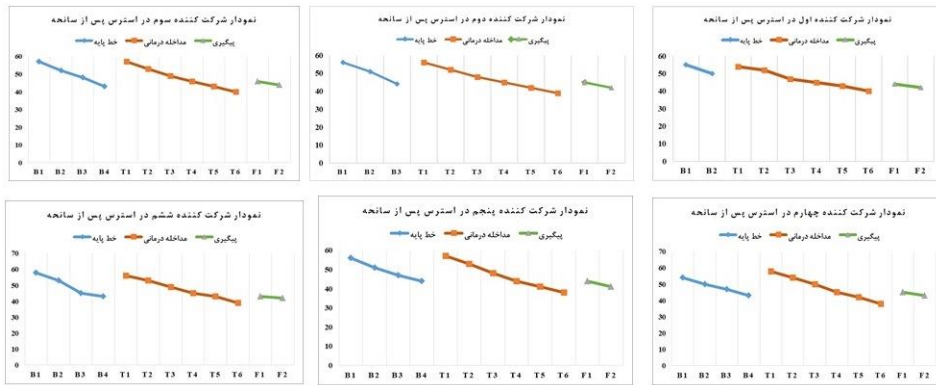
در جدول ۳ نمره‌های استرس پس از سانحه بیماران تحت درمان فن رهاسازی هیجانی را در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، نمره استرس پس از سانحه در هر ۶ بیمار از مرحله خط پایه تا مداخله در نتیجه مداخله فن درمانی رهاسازی هیجانی کاهش داشته است. درصد بهبودی پس از مداخله برای زن 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، کافیسیت 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 خودی‌های یافتی؛ 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

اندامی خشک، علیرضا. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه علامه طباطبایی.

بجنوردی، المیرا، قدم پور، سمانه، و شکیب، آمنه. (۱۳۹۹). پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی سلامت و اضطراب مرگ در بیماران دیابتی. مجله روان پرستاری، ۸(۲): ۳۴-۴۴.

حسین‌زاده، زهرا، قربان‌شیرودی، شهره، خلعتبری، جواد، و رحمانی، محمدعلی. (۱۳۹۹). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۱(۳): ۲۳-۳۸.

سیاح، مهدی، اولی پور، علیرضا، اردمه، علی، شهیدی، شکوه، و یعقوبی عسگرآباد، اسماعیل. (۱۳۹۳). پیش‌بینی سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویان از طریق راهبردهای تنظیم شناخت هیجان در دانشجویان دانشگاه جندی‌شاپور اهواز. *فصلنامه مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی*، ۵(۱): ۳۷-۴۴.

عارف‌پور، امیرمحمد، شجاعی، فرشته سادات، حاتمی، محمد، و مهدوی، هدی. (۱۳۹۸). پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس تنظیم شناختی هیجان و احساس گناه در زنان دچار سرطان پستان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳ (۴ پیاپی ۲): ۵۰۹-۵۲۶.

عزیزی، سمانه، و بشرپور، سجاد. (۱۳۹۹). نقش نشخوار فکری، تنظیم هیجان و واکنش‌پذیری به استرس در پیش‌بینی اضطراب ویروس کرونا (کووید-۱۹) در پرستاران. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۹(۳): ۸-۱۸. علی پور، احمد، قدمی، ابوالفضل، علی پور، زهرا، و عبدالله زاده، حسن. (۱۳۹۹). اعتبار یابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی. *مجله روانشناسی سلامت*، ۸(۳۲): ۱۶۵-۱۷۵. عینی، ساناز، عبادی، متینه، و ترابی، نغمه. (۱۳۹۹). تدوین مدل اضطراب کرونا در دانشجویان بر اساس حس انسجام و تاب‌آوری: نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده. *مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۱(۴۳): ۱-۳۲.

محبی، محمود، و زارعی، سعید. (۱۳۹۸). طه بین استراتژی‌های تنظیم احساسات و اضطراب رقابتی در ورزشکاران تکواندو، *مجله روانشناسی شناخت و روان‌پزشکی*، ۶(۲): ۸۶-۱۰۱. شهیدی، علی، میردورقی، فاطمه، و حسنی، جعفر. (۱۳۹۹). نقش راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در اختلال‌های درونی سازی کودکان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳(۳): ۲۹-۴۰. مقبلی، معصومه، امیدی، عبدالله، و زنجانی، زهرا. (۱۳۹۸). رابطه بین اضطراب سلامت با اجتناب تجربه‌ای و تحمل پریشانی. *دومین کنگره سراسری موج سوم درمان‌های رفتاری*، ۴(۳): ۶۹-۷۸. مهدی زادگان، ایران، و شریفی رنانی، زینب. (۱۳۹۴). مقایسه رضایت جنسی، تعهد زناشویی، صمیمیت زناشویی و تصویر بدن در زنان متأهل شاغل و خانه‌دار. *فصلنامه زن و مطالعات خانواده*، ۸(۲۹): ۱۳۵-۱۵۰.

References

- Cai, W., Pan, Y., Zhang, S., Wei, C., Dong, W., & Deng, G. (2017). Relationship between cognitive emotion regulation, social support, resilience and acute stress responses in Chinese soldiers: Exploring multiple mediation model. *Psychiatry Res*, 256(2): 71-78.
- Cure, E., & Cure, MC. (2020). Angiotensin converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers may be harmful in patients with diabetes during COVID-19 pandemic. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Review*. 14(4):349-50.
- Diedrich, A., Hofmann, SG., Cuijpers, P., & Berking, M. (2016). Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behav Res Ther*, 82(2):1-10.
- Domaradzka, E., & Fajkowska, M. (2018). Cognitive emotion regulation strategies in anxiety and depression understood as types of personality. *Front Psychol*, 9(3): 1-12.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(9): 495-525.

- 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.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8): 1311-1327.
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion Regulation in Everyday Life. In D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (p. 13-35). American Psychological Association.
- Huh, HJ., Kim, KH., Lee, HK., & Chae, JH. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *J Affect Disord*, 213(1): 44-50.
- Keough, M. E. Riccardi, C. J. Timpano, K. R. Mitchell, M. A. & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41(4): 567-574.
- Leyro, T. M. Zvolensky, M. J. & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*, 136(4): 576.
- MacKillop, J., & De Wit, H. (2013). The Wiley-Blackwell Handbook of Addiction Psychopharmacology. *Contemporary Family Therapy*, 35(3): 393-402.
- Roy, D., Tripathy, S., Kar, SK., Sharma, N., Verma, SK, Kaushal, V. (2020). Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J Psychiatr*, 51(2): 1-7.
- Simons, J. S. & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2): 83-102.
- Smith K, Mason T, Anderson NL, Lavender JM. (2019). Unpacking cognitive emotion regulation in eating disorder psychopathology: The differential relationships between rumination, thought suppression, and eating disorder symptoms among men and women. *Eat Behav*, 32:95-100.
- Strauss AY, Kivity Y, Huppert JD. (2019). Emotion regulation strategies in cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Behav Ther*, 50(3): 659-71.
- Szczygieł, D., Buczny, J., & Bazińska, R. (2012). Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Personality and Individual Differences*, 52(3): 433-437.
- Williams, A. D., Thompson, J., & Andrews, G. (2013). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour research and therapy*, 51(8): 469-475

پرسشنامه تحمل پریشانی

ردیف	سوالات	کاملاً موافقم	اندکی موافقم	نه موافقم نه مخالفم	اندکی مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	داشتن احساس پریشانی یا آشفتگی کردن برای من غیرقابل تحمل است.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	وقتی پریشان یا آشفته هستم، فقط به این می‌توانم فکر کنم که چه احساس بدی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	من نمی‌توانم احساس پریشانی یا آشفتگی‌ام را کنترل کنم.	۱	۲	۳	۴	۵

۵	۴	۳	۲	۱	۴	احساسات پریشانی من آن قدر شدید هستند که کاملاً بر من غلبه می‌کنند.
۵	۴	۳	۲	۱	۵	هیچ چیز بدتر از احساس پریشانی یا آشفتگی نیست.
۱	۲	۳	۴	۵	۶	من به خوبی سایر مردم می‌توانم پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۷	احساسات پریشانی یا آشفتگی‌ام قابل قبول نیست.
۵	۴	۳	۲	۱	۸	من هر کاری را انجام می‌دهم تا از احساس پریشانی یا آشفتگی دوری کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۹	دیگران بهتر از من قادرند احساس پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰	پریشان یا آشفته بودن همیشه برای من آزمایشی سخت است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱	وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می‌کنم از خودم خجالت می‌کشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	از احساسات پریشانی یا آشفتگی‌ام وحشت دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳	من هر کاری را برای توقف احساس پریشانی یا آشفتگی‌ام انجام می‌دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴	وقتی پریشان یا آشفته می‌شوم، باید بلافاصله کاری در مورد آن انجام دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵	وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می‌کنم، به جز این که بر بد بودن آن تمرکز کنم، کاری نمی‌توانم بکنم.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

ردیف	عبارت	همیشه	اغلب وقت‌ها	بسیار وقت‌ها	بندرت	هرگز
۱	احساس می‌کنم در مورد آن اتفاق ناگوار و یا شرایط تنیدگی را خودم مقصرم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲	فکر می‌کنم مجبورم آنچه اتفاق افتاده است را بپذیرم.	۵	۴	۳	۲	۱
۳	به احساساتم درباره تجربه ناگوار که داشته‌ام فکر می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۴	به چیزهای بهتر از آنچه تجربه کرده‌ام فکر می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۵	به کارهای خوبی که می‌توانم انجام دهم فکر می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۶	به این فکر می‌کنم که می‌توانم از این شرایط چیزهایی یاد بگیرم.	۵	۴	۳	۲	۱
۷	به این فکر می‌کنم که از این بدتر هم می‌توانست اتفاق بیفتد.	۵	۴	۳	۲	۱
۸	به این فکر می‌کنم اتفاقی که برایم افتاده بدتر از چیزی است که بر سر دیگران آمده است.	۵	۴	۳	۲	۱
۹	احساس می‌کنم دیگران مقصر این اتفاق هستند.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۰	حس می‌کنم مسئول آن اتفاق ناگوار و یا شرایط تنیدگی را خودم هستم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۱	فکر می‌کنم مجبورم شرایط پیش‌آمده را بپذیرم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۲	افکاری که در جریان اتفاق ناگوارم تجربه داشته‌ام ذهن مرا به خود مشغول می‌کند.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۳	به چیزهای خوبی فکر می‌کنم که پیش از آن به آن‌ها نپرداخته‌ام.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۴	به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم با شرایط پیش‌آمده به بهترین نحو کنار بیایم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۵	به این فکر می‌کنم که می‌توانم بعد از این اتفاق فرد قوی‌تری باشم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۶	به این فکر می‌کنم که دیگران شرایط بدتر از این را هم تجربه کرده‌اند.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۷	مرتب به میزان فاجعه‌آمیز بودن تجربه‌ای که داشته‌ام فکر می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۸	احساس می‌کنم دیگران مسئول این اتفاق هستند.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۹	به اشتباه‌هایی که در آن شرایط مرتکب شده‌ام فکر می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۰	فکر می‌کنم نمی‌توانم در مورد اتفاق رخ داده چیزی را عوض کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۱	تمایل دارم دلیل احساساتی را که در جریان اتفاق ناگوار داشته‌ام بفهمم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۲	در عوض فکر کردن به آن اتفاق ناگوار به چیزهای خوشایند فکر می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۳	به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم شرایط را عوض کنم.	۵	۴	۳	۲	۱

۵	۴	۳	۲	۱	به این فکر می‌کنم که این شرایط ناگوار می‌تواند ابعاد مثبتی هم داشته باشد.	۲۴
۵	۴	۳	۲	۱	به این فکر می‌کنم که این اتفاق در مقایسه با اتفاق‌های دیگر خیلی هم بد نبوده است.	۲۵
۵	۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنم اتفاقی رخ داده بدتر از آن چیزی است که می‌توانست برای کسی اتفاق بیفتد.	۲۶
۵	۴	۳	۲	۱	به اشتباه‌های دیگران که باعث این اتفاق شد فکر می‌کنم.	۲۷
۵	۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنم که علت اصلی این اتفاق‌های ناگوار و شرایط تنیدگی را خودم هستم.	۲۸
۵	۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنم باید یاد بگیرم با آن زندگی کنم.	۲۹
۵	۴	۳	۲	۱	گرفتن احساساتی هستم که شرایط ناگوار برایم ایجاد می‌کنند.	۳۰
۵	۴	۳	۲	۱	به تجارب خوب فکر می‌کنم.	۳۱
۵	۴	۳	۲	۱	به نقش‌های برای عملکرد بهتر فکر می‌کنم.	۳۲
۵	۴	۳	۲	۱	به ابعاد مثبت مسئله فکر می‌کنم.	۳۳
۵	۴	۳	۲	۱	به خودم می‌گویم در زندگی اتفاق‌های ناگواری وجود دارد که باید با آن روبه‌رو شد.	۳۴
۵	۴	۳	۲	۱	مدام به میزان وحشتناکی شرایط پیش‌آمده فکر می‌کنم.	۳۵
۵	۴	۳	۲	۱	حس می‌کنم علت اصلی این اتفاق دیگران هستند.	۳۶

مقیاس اضطراب ابتلاء به کووید-۱۹

همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	۹ ب.ا	گویه‌ها	ردیف
۳	۲	۱	۰	فکر کردن به کرونا مرا مضطرب می‌کند.	۱
۳	۲	۱	۰	وقتی درباره تهدید کرونا فکر می‌کنم احساس تنش دارم.	۲
۳	۲	۱	۰	درباره شیوع بیماری کرونا به شدت نگرانم.	۳
۳	۲	۱	۰	می‌ترسم کرونا بگیرم.	۴
۳	۲	۱	۰	فکر می‌کنم هر لحظه ممکن است کرونا بگیرم.	۵
۳	۲	۱	۰	با کوچک‌ترین علائم، فکر می‌کنم کرونا گرفته‌ام و خود را واری می‌کنم.	۶
۳	۲	۱	۰	من نگران سرایت کرونا به اطرافیانم هستم.	۷
۳	۲	۱	۰	اضطراب مربوط به کرونا فعالیت‌های مرا مختل کرده است.	۸
۳	۲	۱	۰	توجه رسانه‌ها به کرونا مرا نگران می‌کند.	۹
۳	۲	۱	۰	فکر کردن به کرونا خواب مرا مختل کرده است.	۱۰
۳	۲	۱	۰	فکر کردن به کرونا مرا بی‌اشتها کرده است.	۱۱
۳	۲	۱	۰	وقتی به کرونا فکر می‌کنم دچار سردرد می‌شوم.	۱۲
۳	۲	۱	۰	وقتی به کرونا فکر می‌کنم تنم می‌لرزد.	۱۳
۳	۲	۱	۰	وقتی به کرونا فکر می‌کنم موهای تنم سیخ می‌شود.	۱۴
۳	۲	۱	۰	کرونا برای من به یک کابوس تبدیل شده است.	۱۵
۳	۲	۱	۰	به خاطر ترس از کرونا فعالیت بدنی‌ام کم شده است.	۱۶
۳	۲	۱	۰	صحبت کردن درباره کرونا با دیگران برایم دشوار است.	۱۷
۳	۲	۱	۰	وقتی درباره کرونا فکر می‌کنم تپش قلب می‌گیرم.	۱۸

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

1. ***Corresponding Author:** Assistant Professor of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

m.yavari21@gmail.com

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

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