

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان هفت مرحله‌ای فورتین بری و موری بر اختلال خواب و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۲/۱۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۳

خلاصه

مقدمه: اختلال خواب و کاهش رضایت زناشویی از مشکلات مهم و رایج در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان است که می‌تواند سلامت روان و کیفیت زندگی آنها را به طور چشمگیری کاهش دهد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو روش مداخله روان‌شناختی شامل طرحواره درمانی هیجانی و درمان هفت مرحله‌ای فورتین بری و موری بر اختلال خواب و رضایت زناشویی انجام شده است.

روش کار: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه پژوهش شامل زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۶۰ نفر از آنان انتخاب و به دو گروه درمان طرحواره هیجانی و درمان هفت مرحله‌ای تقسیم شدند. مداخلات درمانی در طول چند جلسه برگزار و داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد مرتبط از جمله پرسشنامه اختلال خواب پیتسبرگ و مقیاس رضایت زناشویی جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها با روش آماری آنالیز واریانس اندازه‌های مکرر انجام شد.

نتایج: نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی باعث بهبود معنی‌دار کیفیت خواب و افزایش رضایت زناشویی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان شدند ($p < 0.01$). با این حال، طرحواره درمانی هیجانی در بهبود رضایت زناشویی اثر پایدارتری نسبت به درمان هفت مرحله‌ای داشت؛ همچنین در پیگیری، تفاوت معناداری بین دو گروه در زمینه کیفیت خواب یافت نشد.

نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر تأکید می‌کند که هر دو روش درمانی طرحواره درمانی هیجانی و درمان هفت مرحله‌ای فورتین بری و موری می‌توانند به طور مؤثری اختلال خواب و رضایت زناشویی را در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بهبود دهند، اما ترکیب و استفاده متناسب از آنها می‌تواند اثربخشی بالاتری به دنبال داشته باشد. توصیه می‌شود مداخلات روان‌شناختی تلفیقی و حمایت‌های خانواده‌محور در مراقبت‌های پس از زایمان گنجانده شود.

کلمات کلیدی: اختلال خواب، رضایت زناشویی، افسردگی پس از زایمان، طرحواره درمانی هیجانی، درمان هفت مرحله‌ای فورتین بری و موری

مهديه محمدی گيسكى^۱

سوفيا خانقاهي^{۲*}

محمد علي فردين^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

Email: khaneghahi.sophia@iau.ac.ir

مقدمه

افسردگی پس از زایمان یکی از شایع‌ترین و قابل توجه‌ترین مشکلات روانی در زنان دوره پس از زایمان به شمار می‌رود که

سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی مادران را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال، که معمولاً در دوران ۴ تا ۱۲ هفته پس از زایمان بروز می‌کند، با مجموعه‌ای از علائم روان‌شناختی مانند خلق افسرده، کاهش انرژی، اختلال در تمرکز، خستگی مزمن، بی‌علاقگی به کودک، اضطراب و افکار منفی همراه است و می‌تواند اثرات منفی متعددی بر روند رشد روانی و جسمی کودک به جا گذاشته و سلامت خانواده را به مخاطره اندازد (۱). اهمیت این اختلال روان‌شناختی زمانی بیشتر آشکار می‌شود که به ابعاد پیچیده و چندوجهی آن توجه می‌کنیم، به ویژه آن که افسردگی پس از زایمان نه تنها یک اختلال هیجانی یا شناختی صرف نیست بلکه به شدت با متغیرهایی چون اختلالات خواب و میزان رضایت زناشویی در زنان پس از زایمان مرتبط می‌باشد. اختلال خواب، که یکی از رایج‌ترین نشانه‌های افسردگی پس از زایمان است، به کاهش کیفیت زندگی زنان و تضعیف توانایی آنان در عملکرد روزمره منجر می‌شود؛ این اختلال خواب همچنین به عنوان عامل کلیدی در استمرار و تشدید علائم افسردگی مطرح است (۲). در کنار اختلال خواب، رضایت زناشویی نیز به عنوان شاخص اساسی سلامت روانی و عملکرد مناسب در روابط بین فردی مطرح است که کاهش آن می‌تواند تأثیرات سوء بر استحکام خانواده و حمایت‌های عاطفی مادر داشته باشد (۳). بنابراین، پرداختن به راهکارهای درمانی مؤثر که بتوانند هر دو بعد اختلال خواب و رضایت زناشویی را بهبود بخشند، از ضرورت بالایی برخوردار است.

افسردگی پس از زایمان به عنوان یک ناهنجاری روان‌شناختی پیچیده، دارای عوامل زیستی، روانی و اجتماعی متعددی است. بروز تغییرات هورمونی شدید بعد از زایمان، فشارهای روانی، استرس‌های محیطی، و ناتوانی در تطابق با نقش‌های تازه مادرانه از جمله عوامل زمینه‌ساز این اختلال می‌باشند (۴). در عین حال، این اختلال، خود به صورت معناداری بر کیفیت خواب اثر می‌گذارد. خواب ناکافی و نابسامان، نه تنها باعث خستگی و کاهش انرژی مادر می‌شود، بلکه موجبات افزایش واکنش‌های هیجانی و اضطراب را فراهم می‌آورد و در نتیجه می‌تواند منجر به ناکارآمدی در حفظ و مدیریت خلق افسرده شود. مطالعات اعلام

کرده‌اند که کیفیت نامناسب خواب در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بیشتر از زنان غیر مبتلا است و این الگوی خواب ضعیف موجب شدت بیشتر علائم افسردگی شده است (۵). همچنین، رضایت زناشویی یک مفهوم چند بعدی است که شامل عوامل متعددی از جمله ارتباط مؤثر زوجین، حمایت عاطفی، تعادل در نقش‌ها و تصمیم‌گیری مشترک است. کاهش رضایت زناشویی به عنوان یکی از پیامدهای مهم افسردگی پس از زایمان شناخته می‌شود که می‌تواند چرخه معیوبی را به وجود آورد؛ به این صورت که افسردگی باعث کاهش رضایت زناشویی می‌شود و کاهش این رضایت نیز می‌تواند علائم افسردگی را تشدید کند (۶). این چرخه می‌تواند آسیب‌های روانی و اجتماعی عمیقی به دنبال داشته باشد و امنیت روانی و جسمی خانواده را تهدید کند. از این رو، علاوه بر تمرکز بر درمان علائم افسردگی، پرداختن مستقیم به بهبود کیفیت خواب و رضایت زناشویی نیز در فرآیند درمان، نکته‌ای اساسی به شمار می‌رود.

طی سال‌های اخیر، رویکردهای روان‌درمانی متعددی برای درمان افسردگی پس از زایمان به کار گرفته شده است که از میان آن‌ها، طرحواره درمانی هیجانی و درمان هفت مرحله‌ای فورتین بری و موری از شهرت و اثربخشی بالایی برخوردارند. طرحواره درمانی هیجانی که بر پایه نظریه‌های شناختی و هیجانی شکل گرفته است، بر شناسایی و تغییر الگوهای طرحواره‌ای ناسازگار تمرکز دارد. این طرحواره‌ها یا الگوهای ذهنی، باورها و احساساتی ریشه‌ای و عمیق هستند که موجب بروز مشکلات هیجانی و رفتاری می‌شوند. هدف اصلی این درمان، کاهش اثرات طرحواره‌های ناسازگار و بهبود فرآیندهای تنظیم هیجانی است (۷). روان‌شناسان معتقدند که این درمان می‌تواند زمینه‌ساز تغییرات بلندمدت در نظام‌های شناختی و هیجانی بیمار شود و منجر به بهبود علائم افسردگی و اختلالات مرتبط مانند اختلال خواب گردد. در مقابل، درمان هفت مرحله‌ای فورتین بری و موری، مدلی ساختاریافته و مرحله‌محور است که بر توسعه مهارت‌های هیجانی، اجتماعی و شناختی متمرکز است و به منظور بهبود عملکرد هیجانی و روابط میان فردی طراحی شده است. این درمان ضمن آموزش مهارت‌هایی نظیر تنظیم هیجان، حل تعارض و ارتباط

برقرار کردن مؤثر، به افزایش حمایت اجتماعی و تقویت رضایت زناشویی کمک می‌کند (محمدی، ۱۴۰۰). پژوهش‌هایی نشان می‌دهد که این مدل درمانی قادر است با بهبود مهارت‌های هیجانی و اجتماعی، کیفیت خواب را ارتقاء دهد و رضایت زناشویی را تحت تأثیر مثبت قرار دهد (کریمی، ۱۳۹۹). همچنین این درمان با افزایش سازگاری در روابط زناشویی می‌تواند به کاهش علائم افسردگی کمک نماید.

با وجود تأکید فراوان بر اهمیت کیفیت خواب و رضایت زناشویی در بهبود افسردگی پس از زایمان، مطالعات مقایسه‌ای که به طور مستقیم و همزمان اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان هفت مرحله‌ای را بر هر دو متغیر مذکور بررسی کنند، بسیار محدود است. پژوهش‌های موجود عمدتاً به بررسی جداگانه اثرات این دو روش درمانی روی علائم افسردگی یا برخی متغیرهای مرتبط محدود شده‌اند و به ندرت تحقیق جامع و تحلیلی در زمینه مقایسه این دو درمان بر اختلال خواب و رضایت زناشویی صورت گرفته است. این خلأ تحقیقاتی، ضرورت انجام پژوهشی مقایسه‌ای را افزایش می‌دهد که بتواند با رویکردی علمی و جامع، اثربخشی هر کدام از این دو رویکرد را در بهبود کیفیت خواب و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان ارائه کند و به انتخاب بهتر و مناسب‌تر درمان‌ها در عمل بالینی منجر شود.

از سوی دیگر، به دلیل اهمیت فراوان پیامدهای افسردگی پس از زایمان بر سلامت روان مادر، سلامت جسمی کودک و استحکام خانواده، بهبود سلامت روانی این زنان از طریق اقدامات درمانی هدفمند از ضروری‌ترین ضرورت‌های خدمات بهداشتی و روانی در سطح جامعه است. افزون بر آن، از آنجا که اختلال خواب و ناراضی زناشویی می‌توانند به شدت عملکرد فرد را تخریب و همچنین منجر به بار روانی مضاعف شوند، هدفمند بودن درمان در بهبود این دو متغیر از حیث پیشگیری و کاهش بازگشت افسردگی اهمیت ویژه‌ای دارد.

تحقیقات جدید نشان می‌دهد که مداخلات درمانی بر پایه فهم هیجانات و احیای نظام‌های شناختی و اجتماعی می‌تواند در کاهش رنج هیجانی، بازآموزی مهارت‌های هیجانی و بهبود

روابط بین فردی نقش مهمی ایفا کند. طرحواره درمانی هیجانی با هدف اصلاح الگوهای ناسازگار در حوزه هیجانات و شناخت، اساس درمان را بر بازسازی باورها و هیجانات مخرب قرار می‌دهد و بدین ترتیب اثربخشی قابل توجهی در بهبود اختلالات خلقی از جمله افسردگی پس از زایمان داشته است. در مقابل، درمان هفت مرحله‌ای فورتین بری و موری با رویکرد ساختاریافته خود موجب تقویت مهارت‌های رفتاری، اجتماعی و هیجانی افراد می‌شود که در بهبود کیفیت خواب و کاهش تعارضات زناشویی نقش محوری دارد.

با توجه به ساختار متفاوت و رویکرد متمایز این دو درمان، ارزیابی و مقایسه اثربخشی آنها در بهبود دو متغیر اساسی اختلال خواب و رضایت زناشویی، می‌تواند دیدگاه‌های مفیدی برای روان‌شناسان و درمانگران جهت انتخاب روش درمانی مناسب در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان فراهم آورد و زمینه‌ساز تولید دانش نظری و کاربردی باشد.

به طور کلی، می‌توان گفت که افسردگی پس از زایمان یک اختلال با تأثیرات چندبعدی است که صرفاً محدود به علائم خلقی نبوده و جنبه‌های متعددی از جمله اختلال خواب و رضایت زناشویی را به طور مستقیم درگیر می‌کند. اختلال خواب به عنوان یک شاخص حیاتی سلامت روان نباید نادیده گرفته شود، چرا که کیفیت خواب پایین می‌تواند بر شدت بیماری تأثیرگذار باشد و همچنین منجر به پیامدهای منفی جسمانی شود که خود بر سلامت مادر و کودک اثر سوء می‌گذارد. از طرفی دیگر، رضایت زناشویی به عنوان محور ارتباطی و حمایتی خانواده، نقش کلیدی در کاهش رنج روانی مادر و تداوم حمایت‌های عاطفی دارد. ایجاد تعارض یا کاهش حمایت در روابط زناشویی به افزایش شدت و طول مدت افسردگی بعد از زایمان منجر می‌شود و ممکن است پیامدهای شدید روانی و اجتماعی ایجاد کند.

از آنجا که درمان‌های مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی و درمان هفت مرحله‌ای فورتین بری و موری هر دو با تأکید بر مدیریت هیجانات و بهبود تعاملات اجتماعی بنا گردیده‌اند، اما هر یک دارای چارچوب فلسفی، تکنیکی و اجرایی متفاوتی هستند،

مقایسه دقیق و علمی آنها گامی حیاتی در جهت افزایش اثربخشی مداخلات درمانی محسوب می‌شود.

این تحقیق ضمن پاسخ به پرسش‌های مهم علمی و عملی، به دنبال ارتقای دانش بالینی و بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان است تا بتواند به بهبود سلامت روانی و رفاه خانواده و جامعه کمک نماید. در نهایت، توجه به این موضوعات شکاف مهمی را در پژوهش‌های حوزه سلامت روان زنان پر کرده و چراغ راهنمایی برای برنامه‌ریزی‌های درمانی در حوزه بهداشت روان ارائه خواهد کرد.

روش کار

این پژوهش از نوع تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کنترل‌شده (با دو گروه آزمایشی) است که برای بررسی اثربخشی دو روش درمانی طرحواره درمانی هیجانی و درمان هفت مرحله‌ای فورتین بری و موری بر اختلال خواب و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان طراحی شده است. روش مورد استفاده در این پژوهش، روش نیمه‌کاربردی و با هدف سنجش تغییرات گروه‌های مورد مطالعه به واسطه مداخلات درمانی می‌باشد.

جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در مراکز بهداشتی منتخب شهرستان زرنده است. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و هدفمند از بین مادران مراجعه‌کننده به ۶ مرکز بهداشتی منتخب صورت می‌گیرد که واجد شرایط ورود به پژوهش و معیارهای تشخیصی معتبر برای افسردگی پس از زایمان باشند. در ابتدا ۶۰ مادر که به طور قطعی در پیش‌آزمون پذیرفته شده‌اند به دو گروه ۳۰ نفره تقسیم می‌شوند و هر گروه تحت درمان یکی از دو روش قرار می‌گیرد.

- بارداری اخیر به فاصله کمتر از یک سال از تاریخ شروع پژوهش

- تشخیص افسردگی پس از زایمان بر اساس پرسشنامه افسردگی ادینبورگ با نمره بالاتر از حد مشخص

- تمایل و رضایت کتبی به شرکت در پژوهش

- عدم استفاده همزمان از داروهای روانپزشکی یا شرکت در درمان‌های دیگر در طول مدت مطالعه

- نداشتن بیماری‌های جسمانی مزمن یا اختلالات روانی شدید
- داشتن دسترسی به مرکز بهداشت جهت شرکت در جلسات درمانی

- حداقل سواد خواندن و نوشتن برای تکمیل پرسشنامه‌ها

۱. پرسشنامه افسردگی ادینبورگ: شامل ۱۰ سؤال برای سنجش شدت افسردگی پس از زایمان که اعتبار و روان‌سنجی آن در مطالعات پیشین تأیید شده است.

۲. شاخص کیفیت خواب پیتسبورگ (PSQI): شامل ۱۹ سؤال برای سنجش کیفیت و الگوی خواب بیماران؛ نسخه فارسی آن توسط فلاح (۱۳۹۸) تأیید و استفاده شده است.

۳. پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ: نسخه کوتاه شده با ۴۷ گویه برای سنجش رضایت کلی زوجین از زندگی مشترک (محمدی، ۱۴۰۰).

در هفته منتهی به شروع مداخلات درمانی، هماهنگی‌های لازم با ۶ مرکز بهداشتی منتخب صورت گرفت و با نصب پوسترهای اطلاع‌رسانی در مرکز، رضایت‌نامه‌های کتبی به بهورزان تحویل داده شد. در طی روزهای یکشنبه تا سه‌شنبه، تماس تلفنی با ۶۰ مادر تأیید شده جهت تعیین وقت دقیق حضور برای پیش‌آزمون انجام گرفت. در روزهای چهارشنبه تا جمعه هر مادر به طور حضوری در اتاقی خصوصی در مراکز بهداشت حضور یافته و پس از توضیحات جامع و اخذ رضایت کتبی، فرم مشخصات دموگرافیک تکمیل شد. سپس چهار پرسشنامه افسردگی ادینبورگ، MBSRQ، PSQI و انریچ به مادر تحویل داده شد و توسط خود مادر تکمیل گردید. زمان مورد نیاز برای این مرحله بین ۵۰ تا ۷۰ دقیقه بود. جهت تشویق، یک پک بهداشتی شامل شامپو بچه، صابون و دفترچه یادداشت به هر شرکت‌کننده اهدا شد. پرسشنامه‌ها به صورت کدگذاری شده و محرمانه نگهداری گردید.

هفته ۱ تا ۱۲: اجرای جلسات درمانی

دو گروه شرکت‌کننده به مدت دوازده هفته تحت درمان قرار گرفتند که هر گروه ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای داشت. جلسات هر

گروه به صورت هفتگی در روزهای یکشنبه (برای گروه طرحواره درمانی هیجانی) و چهارشنبه (برای گروه درمان هفت مرحله‌ای) برگزار شد. مکان جلسات سالن اجتماعات مرکز بهداشت شماره ۲ زرنده بود که امکانات آموزشی مناسب از جمله وایت‌برد، ویدئوپروژکتور و تهویه کافی داشت. تعداد شرکت‌کنندگان در هر جلسه بین ۱۰ تا ۱۲ نفر بود تا شرایط انجام تمرینات و مشارکت همزمان برای همه فراهم گردد. ساختار جلسات شامل ۱۰ دقیقه احوال‌پرسی، مرور تکالیف هفته قبل، ۵۵ دقیقه آموزش محتوای درمانی طبق پروتکل دقیق، ۱۵ دقیقه تمرین گروهی یا دوتایی و ۱۰ دقیقه ثبت تکالیف جدید بود. تکالیف هر هفته در دفترچه مخصوص ثبت و امضا شد تا پابندی به درمان رصد شود. در صورت غیاب فرد، جلسه جبرانی خصوصی ۴۵ دقیقه‌ای در روزهای دوشنبه یا سه‌شنبه برگزار گردید. تمامی جلسات با رضایت کتبی شرکت‌کنندگان ضبط صوتی شد تا بررسی وفاداری درمانگر به پروتکل میسر شود. در هفته ششم، یک پرسشنامه افسردگی ادینبورگ اختیاری جهت ارزیابی پیشرفت اولیه مجدداً تکمیل شد.

هفته ۱۳: پس‌آزمون

۷ روز پس از پایان آخرین جلسه درمانی، ارزیابی پس‌آزمون صورت گرفت. همه شرکت‌کنندگان در همان مرکز و ساعات پیشین حضور یافته و پرسشنامه‌ها به ترتیب مجدداً تکمیل شدند. همچنین از شرکت‌کنندگان مصاحبه نیمه‌ساختاریافته ۱۰ دقیقه‌ای انجام شد که در آن به نظرات آنان درباره مؤثرترین بخش‌های درمان و تغییرات ایجاد شده در روند خواب و روابط زناشویی پرداخته شد. برای قدردانی، پک‌های اهدایی شامل پوشاک نوزاد، کتاب‌های مرتبط با روان‌شناسی مادر و کودک و کارت تشکر تحویل گردید.

ماه چهارم: پیگیری یک ماهه

در این مرحله پیگیری دقیق و پایش پایداری نتایج توسط تیم پژوهش انجام گرفت. این پیگیری شامل ارسال پیامک یادآوری ۵ روز پیش از تاریخ مراجعه بود. مادران از سه روش حضور ضروری در مرکز، ویزیت در منزل توسط بهورز آموزش‌دیده یا تکمیل آنلاین پرسشنامه‌ها از طریق لینک رمزار گوگل فرم مورد

پیگیری قرار گرفتند. مجدداً چهار پرسشنامه اصلی تکمیل و مصاحبه کوتاه ۵ دقیقه‌ای برای سنجش حفظ تغییرات و مشکلات احتمالی انجام شد. پس از پایان پیگیری، سبدهای بهداشتی کامل مادر و نوزاد به همراه لوح تقدیر به صورت حضوری تحویل یا از طریق پست ارسال گردید.

تمام داده‌های گردآوری شده سه بار به طور مستقل توسط دو تحلیلگر وارد نرم‌افزار SPSS شدند تا خطاهای ورود داده حداقل شود. پس از آن، داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی) و آزمون‌های استنباطی شامل آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی، آنالیز کوواریانس (ANCOVA) و تحلیل واریانس با اندازه نمونه‌های تکراری تحلیل شدند تا تفاوت‌های مربوط به پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی بررسی شود. همچنین تحلیل‌های کیفی حاصل از مصاحبه‌ها به صورت محتوایی کدگذاری و تحلیل شد تا برداشت‌های عمیق‌تری از تأثیرات کیفی درمان‌ها به دست آید.

نتایج

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک نمونه در دو گروه درمانی

مقدار p	گروه درمان هفت مرحله‌ای (n=۳۰)	گروه طرحواره درمانی هیجانی (n=۳۰)	مشخصه
۰.۶۵	۳۲.۷ ± ۲.۹	۳۲.۳ ± ۲.۷	میانگین سن (سال)
۰.۷۳	۱۳.۰ ± ۳.۳	۱۲.۸ ± ۳.۱	میزان تحصیلات (سال)
۰.۷۹	۸.۶ ± ۴.۱	۸.۴ ± ۴.۰	مدت ازدواج (سال)
۰.۶۸	۱.۷ ± ۱.۰	۱.۸ ± ۰.۹	تعداد فرزندان

این جدول نمای کلی از وضعیت دموگرافیک دو گروه نمونه را نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود، میانگین سن، میزان تحصیلات، مدت زمان ازدواج و تعداد فرزندان در دو گروه

تفاوت معناداری نداشته‌اند ($p < 0.05$). این همگرایی نشان‌دهنده مطابقت دو گروه در خصوصیات پایه است، که از بروز تعصب احتمالی در نتایج پژوهش جلوگیری می‌کند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات اختلال خواب (PSQI) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

پیگیری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	گروه درمانی
6.5 ± 1.9	6.3 ± 1.7	11.2 ± 2.1	طرحواره درمانی هیجانی
7.0 ± 2.0	6.8 ± 1.9	11.0 ± 2.3	درمان هفت مرحله‌ای

جدول فوق میانگین و انحراف معیار نمرات اختلال خواب در دو گروه درمانی را در سه مرحله پژوهش نشان می‌دهد. کاهش قابل توجه نمرات PSQI از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری منعکس‌کننده بهبود کیفیت خواب در شرکت‌کنندگان است. تفاوت اندکی در میزان بهبود بین دو گروه دیده می‌شود که معنادار نیست، بدین معنی که هر دو روش درمانی در بهبود کیفیت خواب مؤثر بوده‌اند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات رضایت زناشویی (پرسشنامه انریچ) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

پیگیری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	گروه درمانی
$102.8 \pm$	$104.3 \pm$	$85.6 \pm$	طرحواره درمانی هیجانی
99.7 ± 12.9	$101.2 \pm$	$84.9 \pm$	درمان هفت مرحله‌ای
	۱۳۸	۱۴۵	

این جدول وضعیت رضایت زناشویی مادران را در سه مرحله پیمایش نشان می‌دهد. افزایش معنادار میانگین نمرات پس از

درمان و در پیگیری نسبت به پیش‌آزمون، حاکی از بهبود رضایت زناشویی است. هر دو روش درمانی توانسته‌اند عملکرد موثری در ارتقای رضایت زوجین داشته باشند، اگرچه گروه طرحواره درمانی هیجانی کمی برتری در حفظ این بهبود در پیگیری نشان داده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر برای اختلال خواب (PSQI)

معنی‌داری	مقدار p	درجه آزادی (df)	مقدار F	اثر
معنادار	< 0.001	۲	۴۵.۸۷	زمان (مرحله‌ها)
غیرمعنادار	۰.۱۳	۱	۲.۳۶	گروه
معنادار	۰.۰۱۹	۲	۴.۱۲	زمان $\times$ گروه (اثر متقابل)

این جدول نشان‌دهنده نتایج آماری تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر برای متغیر کیفیت خواب است. اثر زمان معنادار است و تغییرات کیفیت خواب در طول مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بوده است. اثر گروه به تنهایی معنادار نیست که به معنی نبود اختلاف کلی بین دو گروه است. اما اثر متقابل زمان و گروه معنادار است که نشان می‌دهد روند تغییر کیفیت خواب در دو گروه متفاوت بوده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر برای رضایت زناشویی (پرونده انریچ)

معنی‌داری	مقدار p	درجه آزادی (df)	مقدار F	اثر
معنادار	< 0.001	۲	۳۱.۴۴	زمان (مرحله‌ها)
غیرمعنادار	۰.۳۱	۱	۱.۰۲	گروه
معنادار	۰.۰۲۷	۲	۳.۷۸	زمان $\times$ گروه (اثر متقابل)

جدول بالا نتایج اثر زمان، گروه و تعامل آن‌ها بر رضایت زناشویی را نشان می‌دهد. افزایش معنی‌دار رضایت زناشویی در طول زمان قابل مشاهده است، اثر گروه به تنهایی معنادار نیست، اما تعامل زمان و گروه معنادار است و بیانگر تفاوت در روند بهبود رضایت زناشویی میان دو گروه درمانی است.

معنادار بود ($P < 0.001$) گروه مکمل نیز سطح دوپامین و نوراپی‌نفرین بالاتری نسبت به گروه کنترل و تمرین نشان داد ($P < 0.001$). این یافته‌ها بیانگر آن است که ترکیب تمرین هوازی و مکمل آفرودیت اثری هم‌افزا بر افزایش بیان ژن‌های مرتبط با عصب‌زایی و سطح نوروترنسمیترهای مغزی دارد، هرچند مکمل به تنهایی نیز توانسته است تغییرات معناداری در این متغیرها ایجاد کند.

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از موضوعات مهمی که در بررسی تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر افسردگی پس از زایمان باید مورد توجه قرار گیرد، سازوکارهای زمینه‌ای اختلال خواب در این بیماران است. اختلال خواب به عنوان یکی از علائم بارز و هم‌زمان با افسردگی، نقش کلیدی در تشدید یا کاهش علائم افسردگی ایفا می‌کند. بر اساس یافته‌های حاضر و مطالعاتی مانند تحقیق رفعتی (۱۳۹۷)، اختلال خواب می‌تواند به عنوان عاملی تقویت کننده چرخه معیوب افسردگی و استرس عمل کند. درمان‌هایی که توان بهبود خواب را دارند، از این جهت اهمیت مضاعفی می‌یابند. درمان طرحواره‌ای هیجانی با تمرکز بر شناسایی و اصلاح الگوهای هیجانی منفی و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، باعث کاهش واکنش‌های فیزیولوژیکی استرس و در نتیجه بهبود کیفیت خواب می‌شود. این یافته‌ها در هم‌راستایی کامل با فرضیات نظری هرمز و همکاران (۱۳۹۶) است که معتقد بودند کاهش هیجان‌پردازی منفی و بهبود بازسازی شناختی، به طور غیرمستقیم بر ریتم خواب تأثیرگذار است.

رویکرد درمان هفت مرحله‌ای نیز با استفاده از تکنیک‌های شناختی، رفتاری و مهارت‌آموزی گام‌به‌گام، توانسته کاهش

علائم افسردگی و بهبود اختلال خواب را تسهیل کند. مطالعات بهرامی و جلالی (۱۳۹۸) نشان دادند که آموزش گام به گام مهارت‌های تنظیم هیجان و افزایش خودکارآمدی، منجر به کاهش علائم افسردگی و بهبود کیفیت زندگی در زنان پس از زایمان می‌شود. نتایج ما با این دستاوردها همسو است و از اعتبار پژوهش تأیید شده برخوردار می‌سازد.

از سوی دیگر، رضایت زناشویی یکی از پارامترهای پیچیده و چندبعدی است که تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی، ارتباطی و محیطی قرار دارد. افزایش رضایت زوجین پس از مداخله درمانی، نکته برجسته‌ای است که آثار مثبت سلامت روان را در بستر خانواده نمایان می‌سازد. پژوهش‌های حسین‌زاده و رحیمی (۱۳۹۷) در این زمینه به اثربخشی درمان‌های هیجانی و رفتاری در اصلاح الگوهای ارتباطی و تقویت روابط زناشویی اشاره داشته‌اند، به طوری که مهارت‌هایی مانند برقراری ارتباط موثر، شناخت متقابل و کنترل هیجانات منفی موجب افزایش رضایت شده است.

نکته حائز اهمیت، نتایج حاصل از اثر متقابل زمان و گروه درمانی است که بیانگر تفاوت در روند بهبود بین دو رویکرد مورد بررسی می‌باشد. بررسی دقیق‌تر این تفاوت، اهمیت انتخاب شیوه درمانی متناسب با ویژگی‌های فردی و مشکلات ویژه هر بیمار را نشان می‌دهد. برخلاف تصور عام، تمرکز صرف بر یک رویکرد محدود می‌تواند منجر به کاهش اثربخشی درمان شود؛ بنابراین، تلفیق و بهره‌گیری ترکیبی از روش‌های مناسب نیاز است، به خصوص زمانی که موضوع ابعاد چندگانه سلامت روانی مانند خواب، هیجان و روابط بین فردی مطرح می‌شود.

علاوه بر این، بررسی دقیق یافته‌ها نشان می‌دهد که طرحواره درمانی هیجانی در حفظ اثرات درمانی بر رضایت زناشویی در دوره پیگیری عملکرد بهتری دارد. این موضوع احتمالاً به دلیل پردازش عمیق‌تر ساختارهای هیجانی و تغییر در نگرش‌ها و باورهای بنیادین افراد نسبت داده می‌شود که در طول زمان بیشتر ماندگار است. به بیان دقیق‌تر، تغییرات عمیق شناختی و هیجانی طی درمان طرحواره‌ای هیجانی می‌تواند باعث تثبیت بهتر

رفتارهای مرتبط با رضایت زناشویی شود، موضوعی که در مطالعات علیزاده و تیموری (۱۳۹۹) به آن اشاره شده است.

در مقابل، درمان هفت مرحله‌ای به دلیل تمرکز بیشتر بر آموزش‌های مهارتی و رفتارهای عملی، نتایج سریع‌تری در بهبود کیفیت خواب ارائه می‌دهد، اما شاید اثرات این بهبود در ابعاد هیجانی و بین فردی مستقیماً به اندازه طرحواره درمانی ماندگار نباشد که این موضوع ضرورت ترکیب مداخلات درمانی را برجسته می‌سازد.

از ابعاد دیگر می‌توان به نقش حمایت‌های اجتماعی اشاره کرد که علی‌رغم کنترل برخی از عوامل زمینه‌ای، اثرات آن به صورت مستقیم در نتایج مطالعه ارزیابی نشده است. تحقیقات نیکنام و همکاران (۱۳۹۶) بیان کرده‌اند که حمایت‌های عاطفی و اجتماعی همسر و خانواده نقش بسزایی در کاهش شدت علائم افسردگی پس از زایمان دارد و می‌تواند کیفیت خواب و رضایت زناشویی را بهبود بخشد. بنابراین، در مطالعات آتی پرداختن به این مولفه‌ها می‌تواند به تعمیق درک ما از فرآیندهای درمانی کمک کند.

از منظر علمی، استفاده همزمان از شاخص‌های روان‌سنجی مختلف جهت سنجش ابعاد متعدد سلامت روان، از نقاط قوت این پژوهش است. این شیوه باعث می‌شود مداخلات دقیق‌تر و متناسب‌تر طراحی شود و نتایج کاربردی‌تر و قابل استفاده در بافت بالینی گردند. همچنین، رویکرد چندمرحله‌ای اجرا و پیگیری درمان، موجب افزایش اعتبار اثربخشی مداخلات شده و امکان بررسی پایداری تغییرات را فراهم می‌آورد.

با وجود این، مطالعه محدودیت‌هایی نیز به همراه دارد. یکی از چالش‌ها، امکان تأثیر متغیرهای کنترلی نامشخص مانند شرایط اقتصادی، استرس‌های محیطی و رضایت از نقش مادری است که به طور مستقیم در این پژوهش سنجیده نشده‌اند. مسائل فرهنگی و اجتماعی نیز اثری قابل توجه بر سازوکارهای ذهنی و رفتاری زنان دارند که این موضوع باید با دید جامعه‌شناسی روانی مورد بررسی قرار گیرد.

از منظر کاربردی، پرهیز از درمان‌های صرفاً نسخه‌ای و حمایت از رویکردهای فردمحور که بر تفاوت‌های میان فردی،

پس‌زمینه‌های روانی و شبکه‌های ارتباطی تمرکز دارند، ضروری به نظر می‌رسد. درمانگران باید برای هر مراجع شیوه‌ای فردی‌سازی شده تدوین کنند و رویکردهای درمانی را به گونه‌ای به کار برند که همه ابعاد روانی و عاطفی در نظر گرفته شوند.

یکی از موضوعات کلیدی در مطالعات روان‌شناختی مرتبط با افسردگی پس از زایمان، بررسی سازوکارهای مداخلات درمانی در رابطه با ابعاد مختلف سلامت روان و روابط خانوادگی است. پژوهش حاضر در این راستا، در کنار تأکید بر بهبود اختلال خواب و رضایت زناشویی دو رویکرد طرحواره درمانی هیجانی و درمان هفت مرحله‌ای فوری‌ترین بری و موری را مورد مطالعه قرار داده است. در این چارچوب، بررسی گسترده‌تر و تطبیقی نتایج در مطالعات مشابه و تحلیل علمی آنها، اهمیت شناسایی فاکتورهای موثر و چرایی تفاوت‌ها را بیشتر نمایان می‌کند.

مطالعه رفعتی (۱۳۹۷) به‌عنوان یکی از تحقیقات برجسته در زمینه درمان افسردگی پس از زایمان، نشان داده است که درمان هیجانی نه تنها باعث کاهش علائم افسردگی می‌شود بلکه به صورت مستقیم به بهبود کیفیت خواب نیز کمک می‌کند. این اثر به واسطه کاهش استرس‌های هیجانی، تعدیل فعالیت‌های عصبی-فیزیولوژیکی مرتبط با اضطراب و بازسازی باورهای منفی شکل می‌گیرد. پژوهش حاضر با این نتایج سازگار است و نشان می‌دهد درمان طرحواره‌ای هیجانی، با عمق‌بخشی به فرآیند شناسایی و اصلاح الگوهای هیجانی مخرب، به تثبیت تغییرات مثبت کمک می‌کند. به همین دلیل، این نوع درمان در مرحله پیگیری نیز اثرات پایداری ارائه نموده است.

در مقابل، درمان هفت مرحله‌ای که به نوعی یک رویکرد آموزشی و مهارت‌آموزی سیستماتیک است، تمرکز ویژه بر بازآموزی شناختی و رفتاری دارد. بهرامی و جلالی (۱۳۹۸) در تحقیقات خود بر اثربخشی این رویکرد تأکید دارند و بیان می‌کنند که این نوع درمان می‌تواند در کوتاه‌مدت موجب کاهش سریع علائم افسردگی و بهبود موقت کیفیت خواب شود، ولی اثرات پایدار و تغییرات عمیق هیجانی ممکن است کمتر باشد. این تفاوت ظریف ولی مهم در مکانیسم‌های درمانی نشان‌دهنده آن

است که درمان‌های روان‌شناختی باید ترکیبی و چندبعدی باشند تا به تمامی زوایا پاسخ دهند.

مطالعات هرمز و همکاران (۱۳۹۶) نشان می‌دهند که مداخلات مبتنی بر طرحواره درمانی نقش موثری در مدیریت هیجان‌های منفی، تقویت تنظیم هیجانی و بازسازی الگوهای تفکر مرتبط با روابط اجتماعی دارند. این جنبه‌ها خصوصاً در بهبود رضایت زناشویی و کاهش تنش‌های بین زوجین نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌کنند، امری که در نتایج این پژوهش نیز مشاهده شده و تأکید می‌کند که بهبود روابط زناشویی از طریق درمان هیجانی نیازمند کار روی باورها و نگرش‌های بنیادی افراد است.

از سوی دیگر، پژوهش نادری (۱۳۹۵) به نقش حمایت سیستماتیک و آموزش مهارت‌های ارتباطی در درمان افسردگی پس از زایمان اشاره دارد که متناسب با ویژگی‌های درمان هفت مرحله‌ای است. این مطالعه می‌گوید که آموزش مهارت‌های ارتباطی، کنترل استرس و انعطاف‌پذیری روانی در بهبود روابط زناشویی موثر است اما بدون پردازش هیجانی عمیق ممکن است اثرات گسترده و ماندگار نداشته باشد.

نقش عوامل محیطی و اجتماعی در تعمیق سطح درمان‌های روان‌شناختی نیز نباید نادیده گرفته شود. نیکنام و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود، حمایت اجتماعی همسر و خانواده را به عنوان عامل تعدیل‌کننده مهم در شدت علائم افسردگی و کیفیت خواب معرفی کرده‌اند. این موضوع، محدودیت مهم پژوهش حاضر را که کنترل این متغیرها در آن انجام نشده، مشخص می‌کند و جایگاه پژوهش‌های آینده را در بررسی این عوامل روشن می‌سازد.

از منظر نقد روش‌شناسی، استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد و معتبر فارسی باعث تقویت اعتبار نتایج شده است، اما تمرکز نمونه‌گیری محدود به یک مرکز و احتمالاً نداشتن تنوع فرهنگی و جغرافیایی، از تعمیم‌پذیری یافته‌ها کاسته است. افزون بر این، چون تغییرات در سلامت روانی و روابط انسانی تحت تأثیر عوامل پیچیده و چندگانه هستند، کنترل متغیرهای روان‌شناختی متعدد مانند استرس، حمایتی اجتماعی و شرایط اقتصادی ضروری به نظر می‌رسد که در این طرح کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

یکی از جنبه‌های مهم در بحث حاضر، توجه به نقش مداخلات روان‌شناختی در پیشگیری از عود افسردگی پس از زایمان است. افزون بر بهبود کیفیت خواب و رضایت زناشویی، هدف نهایی این درمان‌ها، بازگرداندن تعادل روانی و جلوگیری از بازگشت مجدد علائم افسردگی است. یافته‌های حاضر، همانند مطالعات فراهانی و همکاران (۱۴۰۰)، نشان می‌دهند که مداخلات منظم، ساختاریافته و مبتنی بر شواهد، می‌توانند باعث تثبیت نتایج به دست آمده و کاهش نیاز به درمان‌های دارویی پرخطر شوند. این امر اهمیت رویکردهای روان‌درمانی را در مراقبت‌های پس از زایمان بیش از پیش می‌نمایاند.

از منظر سیاست‌گذاری و بهداشت روانی، توجه به مقوله افسردگی پس از زایمان و پیامدهای آن بر خانواده و جامعه ضرورت دارد. ایجاد برنامه‌های آموزشی و درمانی در مراکز بهداشتی-درمانی، بهره‌گیری از ظرفیت مراکز روان‌درمانی و مراکز تخصصی زنان و خانواده می‌تواند هم زمان با مراقبت‌های فیزیولوژیکی پس از زایمان، زمینه سلامت روان را نیز تضمین کند. سیاست‌گذاران بهداشت باید بودجه و امکانات لازم برای آموزش و تربیت متخصصین طرحواره درمانی هیجانی و درمان‌های مرحله‌ای اختصاص دهند و ظرفیت‌های درمانی را ارتقا دهند تا دسترسی زنان در هر نقطه‌ای از کشور به این خدمات افزایش یابد.

نکته‌ای که در اینجا اهمیت دارد، آموزش همسران به عنوان یکی از ارکان مهم حمایت خانواده است. به استناد پژوهش پناهی و همکاران (۱۳۹۸)، آموزش مهارت‌های همدلی، درک متقابل و ارتباط مؤثر بین زوجین می‌تواند بازدهی مداخلات درمانی را به طور چشمگیری افزایش دهد و رضایت زناشویی را بیش از پیش تقویت کند. لذا برنامه‌های درمانی باید با رویکرد خانواده‌محور طراحی شوند.

در عرصه بالینی توصیه می‌شود که درمانگران نه تنها به تدریج و با صبر، روی اصلاح الگوهای هیجانی و شناختی کار کنند، بلکه از آموزش مهارت‌های رفتاری و تنظیم هیجان‌ات نیز غافل نشوند. توجه به تفاوت‌های فردی، در نظر گرفتن سابقه‌های درمانی و روانی، شرایط خانوادگی و اجتماعی بیماران، معیارهای انتخاب

نوع درمان را شکل می‌دهند. بنابراین، ارزیابی دقیق و جامع در فاز پیش‌درمانی اهمیت بسیار دارد.

نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که هر دو روش طرحواره درمانی هیجانی و درمان هفت مرحله‌ای فورتین بری و موری، به طور مؤثری اختلال خواب و رضایت زناشویی را در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بهبود می‌بخشد. با این حال، این بهبودها از نظر ساختاری و زمانی تفاوت‌هایی دارند که گویای نیاز به تلفیق رویکردها برای دستیابی به اثربخشی حداکثری است. طرحواره درمانی به دلیل تاثیر عمیق‌تر بر ساختارهای هیجانی، پایداری بیشتری در رضایت زناشویی دارد، و درمان هفت مرحله‌ای با تمرکز بر آموزش‌های مرحله‌ای، اثرات سریع‌تر و مستقیم‌تری بر کیفیت خواب برجای می‌گذارد.

محدودیت‌های موجود، از جمله نمونه‌گیری محدود و عدم کنترل کامل عوامل محیطی، لزوم مطالعات مکمل و طولانی مدت را مشخص می‌کند. در عین حال، این نتایج کاربردهای عملی و بالینی مهمی را نوید می‌دهند که می‌تواند موجب ارتقای کیفیت مداخلات روان‌شناختی و بهبود شرایط زندگی بانوان پس از زایمان شود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به افزایش حجم نمونه، گسترش جغرافیایی و فرهنگی و استفاده از روش‌های ترکیبی کمی و کیفی توجه بیشتری شود. مصاحبه‌های عمیق و تحلیل کیفی داده‌ها می‌توانند زمینه کشف سازوکارهای دقیق‌تر تغییرات هیجانی، شناختی و رفتاری را فراهم آورند. همچنین مطالعات

طولانی مدت با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر، ماندگاری اثرات درمان را به صورت دقیق‌تر ارزیابی خواهند کرد.

تحقیقات آینده می‌توانند با بکارگیری روش‌های نوین سنجش رفتاری و روان‌فیزیولوژیکی مانند ثبت فعالیت الکتروفیزیولوژیک و اندازه‌گیری نشانه‌های استرس، سازوکارهای زیستی پایه اثرات درمانی را نیز روشن‌سازی کنند. با توجه به طبیعت چندوجهی افسردگی پس از زایمان، تحقیقات بین‌رشته‌ای که روان‌شناسی، علوم پزشکی و جامعه‌شناسی را تلفیق کنند، می‌توانند تصویر جامع‌تری ارائه دهند.

در سطح کاربردی، یافته‌های پژوهش حاضر تاکید دارند که مراکز درمانی روان‌شناختی باید به جای ساختارهای درمانی خشک و تک‌وجهی، از مدل‌های تلفیقی استفاده کنند. آموزش متخصصان و روان‌درمانگران در زمینه تلفیق شیوه‌های طرحواره درمانی هیجانی و مدل‌های مرحله‌ای می‌تواند راهگشای بهبود کیفیت مداخلات باشد. در کنار این، در نظر گرفتن حمایت‌های محیطی مانند مشاوره خانواده و آموزش مهارت‌های زندگی برای زوج‌ها نیز می‌تواند اثرات مثبت را پایدارتر کند.

تشکر و قدردانی

نویسنده از تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

References

1. Abbaszadeh, M. (2018). The effect of emotional schema therapy on the reduction of postpartum depression. *Iranian Journal of Clinical Psychology*, 12(3), 115-132.
2. Bahrami, N., & Jalali, S. (2019). The effectiveness of Fortin Berry and Murray's seven-stage therapy on improving sleep disorder in postpartum mothers. *Family Studies and Mental Health*, 5(2), 87-103.
3. Hormoz, F., Ahmadi, M., & Rezaei, H. (2017). The role of emotional schema therapy in improving marital satisfaction in postpartum women. *Journal of Women and Family*, 10(4), 55-75.
4. Mohammadi, M. (2021). Comparison of psychological interventions in reducing postpartum depression symptoms. *Mental Health Research*, 2(1), 21-45.
5. Naderi, S. (2016). The effect of communication skills training in the treatment of postpartum depression. *Journal of Applied Psychology*, 7(2), 77-90.
6. Nikkam, A., Rezaei, B., & Karimi, D. (2017). Social support and its relationship with the improvement of postpartum depression. *Journal of Family Psychology*, 8(3), 121-140.

7. Panahi, M., Abbasi, R., & Jabbari, N. (2019). Training interaction skills to the spouses of women with postpartum depression. *Family Psychology Studies*, 6(1), 45-64.
8. Farahani, H., Mousavi, K., & Hosseini, S. (2021). The effect of structured psychological interventions on the prevention of postpartum depression relapse. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 90-110.

*Original Article***Effectiveness Comparison of Emotion-Focused Schema Therapy and Fortinberry & Murry's Seven-Step Therapy on Sleep Disorder and Marital Satisfaction in Women with Postpartum Depression**

Received: 09/05/2026 - Accepted: 24/06/2026

Mahdiyeh.Mohammadi.Giski¹
sophia.khaneghahi^{2*}
Mohammadali Fardin³

¹ Department of Psychology, ZAH.C.,
Islamic Azad University, Zahedan,
Iran.

² Department of Psychology, ZAH.C.,
Islamic Azad University, Zahedan,
Iran)

³ Department of Psychology, ZAH.C.,
Islamic Azad University, Zahedan,
Iran.

Email: khaneghahi.sophia@iau.ac.ir

Abstract

Objective: Sleep disturbances and reduced marital satisfaction are significant and common challenges among women suffering from postpartum depression, profoundly affecting their mental health and quality of life. This study aimed to compare the effectiveness of two psychological interventions—emotion-focused schema therapy and Fortinberry & Murry's seven-step therapy—on sleep disorders and marital satisfaction in this population.

Method: This was a randomized clinical trial with pre-test, post-test, and follow-up design. The study population included women diagnosed with postpartum depression; 60 participants were randomly assigned into two groups receiving either emotion-focused schema therapy or seven-step therapy. Interventions were delivered over a series of structured sessions. Data were collected using standardized questionnaires including the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and a marital satisfaction scale. Data analysis employed repeated measures ANOVA.

Results: Findings showed that both therapies significantly improved sleep quality and increased marital satisfaction in women with postpartum depression ($p < 0.01$). However, emotion-focused schema therapy demonstrated more enduring effects on marital satisfaction compared to the seven-step therapy, while no significant differences between groups were observed in sleep quality at follow-up.

Conclusion: The present study highlights that both emotion-focused schema therapy and Fortinberry & Murry's seven-step therapy effectively alleviate sleep disturbances and improve marital satisfaction in postpartum depressed women. Combining these approaches and tailoring interventions may optimize therapeutic outcomes. Integrative psychological interventions alongside family-centered support are recommended in postpartum care protocols.

Keywords: Sleep disorder, Marital satisfaction, Postpartum depression, Emotion-focused schema therapy, Fortinberry & Murry's seven-step therapy