



Comparative Effectiveness of Self-Awareness-Based Spirituality and Emotion-Focused Therapy on Sexual Distress and Interpersonal Sensitivity in Mothers with Postpartum Depression in Isfahan City

Razieh Taei^{1*}, Somayeh Pourmidani²

1. M.A. in Family Counseling, Non-Profit Shahid Ashrafi University, Isfahan, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology Behavioral Sciences and Psychology Research Center Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch Isfahan, Iran.

Received: 24 Jan 2025

Accepted: 14 Jul 2025

Abstract

One of the most common psychological effects after childbirth is postpartum depression, which, if untreated, can negatively impact the emotional and mental development of the child in the long term and can also have irreparable consequences on the quality of the mother's marital life. The present study aimed to compare the effectiveness of self-awareness-based spirituality and emotion-focused therapy on sexual distress and interpersonal sensitivity in mothers with postpartum depression in Isfahan city. This quasi-experimental research employed a pre-test-post-test design with a follow-up period and a control group. The research population comprised all mothers with postpartum depression in Isfahan city in 2024. The sample included 45 individuals selected through convenient sampling and based on the inclusion criteria, who were randomly assigned to two experimental groups and one control group (15 individuals in each group). To collect data, the Sexual Distress Questionnaire (Derogatis et al., 2008) and the Personal Sensitivity Questionnaire (Boys & Papaker, 1989) were utilized. The experimental groups received group therapy based on emotion-focused therapy (Johnson, 2008) and self-awareness-based spirituality, while the control group received no therapeutic intervention. For data analysis, multivariate analysis of covariance test was used. The results indicated that both self-awareness-based spirituality and emotion-focused therapy were effective in reducing sexual distress, with emotion-focused therapy having a more significant impact compared to self-awareness-based spirituality on reducing sexual distress. Regarding interpersonal sensitivity, both therapies showed equal effectiveness ($P < 0.05$), and this effect remained stable during the follow-up period. The findings of the present study can assist specialists in adopting appropriate approaches in the treatment of postpartum depression and prepare mothers to cope with challenges after childbirth.

Keywords: postpartum depression, sexual distress, interpersonal sensitivity, self-awareness-based spirituality, emotion-focused therapy.

* Corresponding Author email: r.taei1990@gmail.com



Extended Abstract

Introduction

Postpartum depression disorder is one of the most common psychological disorders that occurs in women after childbirth and is associated with symptoms such as persistent sadness, decreased sexual desire, anxiety, and high interpersonal sensitivity. This disorder negatively affects not only the mother's mental health but also the quality of marital relationships and family well-being. In this group of women, sexual distress and interpersonal sensitivity are significantly increased and can weaken their close emotional and relational bonds. Therefore, the need for effective therapeutic methods to reduce these problems and promote mental health and family relationships in this group is of particular importance. This study aims to compare the effectiveness of two approaches self-awareness-based spirituality therapy and emotion-focused therapy in reducing sexual distress and interpersonal sensitivity in mothers with postpartum depression in Isfahan, in order to provide scientific and efficient solutions for improving their mental health and quality of life. The research hypotheses are as follows:

H1: There is a difference between the effectiveness of self-awareness-based spirituality and emotion-focused therapy on sexual distress in mothers with postpartum depression.

H2: There is a difference between the effectiveness of self-awareness-based spirituality and emotion-focused therapy on interpersonal sensitivity in mothers with postpartum depression.

Methodology

This study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with follow-up and a control group. The target population consisted of all mothers with postpartum depression disorder who visited healthcare centers in Isfahan in 2023. From this population, 45 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups (15 each) and one control group (15). The inclusion criteria comprised: diagnosis of postpartum depression disorder (based on clinical interview), having at least a high school diploma, not participating in individual or group psychological therapies during the study period, absence of critical or highly stressful events (such as bereavement), and willingness to participate in the study. The exclusion criteria included: absence from more than one session, incomplete questionnaire responses, and unwillingness to continue cooperation in the study. Participants were fully informed about the study objectives and voluntarily participated in the interventions, retaining the right to withdraw from the study at any stage if they wished to discontinue participation. They were also assured about the confidentiality of their information and the non-harmful nature of the interventions. Subsequently, the therapeutic protocols of self-awareness-based spirituality therapy and emotion-focused therapy (Johnson, 2008) were implemented by the researcher for the experimental groups, each consisting of 10 sessions held twice weekly. For data collection, the Sexual Distress Scale (Derogatis et al., 2008) and Interpersonal Sensitivity Measure (Boyce & Parker, 1989) were

used. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including analysis of covariance (ANCOVA), in SPSS software.

Result and Discussion

The findings indicated that there was a significant difference in both sexual distress and interpersonal sensitivity scores between the pre-test and post-test in the experimental group ($p < 0.01$). Additionally, significant differences were observed in sexual distress and interpersonal sensitivity scores between the experimental and control groups at post-test ($p < 0.01$). Based on these results, both self-awareness-based spirituality therapy and emotion-focused therapy were effective in reducing sexual distress, with emotion-focused therapy demonstrating greater efficacy in this area. Another finding revealed that both self-awareness-based spirituality and emotion-focused therapy were equally effective in reducing interpersonal sensitivity, with no significant difference between the two approaches in this regard. This difference can be explained within the framework of emotion-centered theories, which emphasize the role of emotional processing and improved interpersonal communication in reducing sexual tension. Since sexual distress in women with postpartum depression often originates from emotional conflicts and intimacy issues, the focus of emotion-focused therapy on attachment reconstruction and emotion regulation may account for its higher effectiveness. Conversely, although spirituality-based therapy can reduce psychological stress through increased self-awareness and meaningful interpretation of personal experiences, its more introspective nature likely results in a lesser impact on the relational dimensions of sexual distress. Furthermore, regarding interpersonal sensitivity, both therapies were equally effective, indicating shared underlying mechanisms such as increased empathy, emotional self-regulation, and improved social relationships in both approaches.

Conclusion

The current study represents an important step in understanding the effectiveness of psychotherapeutic interventions for postpartum depression. The findings not only confirm the efficacy of both approaches, but also reveal their differential impact patterns across various domains. The superior performance of emotion-focused therapy in addressing sexual distress highlights the importance of focusing on relational and emotional aspects in postpartum sexual disorders. Conversely, the equivalent effectiveness of both methods in reducing interpersonal sensitivity suggests the existence of common mechanisms such as improved self-regulation and mutual understanding in both approaches. These results convey to clinicians that treatment selection should be based on therapeutic priorities and individual client characteristics. Furthermore, the findings provide a foundation for future research on integrating these two approaches within comprehensive treatment protocols.

Author Contributions

Both authors contributed equally to the conceptualization, methodology, investigation, data analysis, and writing of this manuscript. All authors reviewed and approved the final version of the paper.

Conflict of Interest

The authors declare no conflicts of interest regarding this article.

Ethical considerations

The study followed ethical guidelines for research. Participants provided informed consent. All data remained confidential. The research protocol received ethical approval.

Acknowledgment and Funding

The authors received no financial support for this research. We sincerely thank all participants who contributed to this study.

Publisher: Islamic Azad University, Isfahan Branch



مقایسه اثربخشی معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر پریشانی جنسی و حساسیت بین‌فردی در مادران دارای اختلال افسردگی پس از زایمان شهر اصفهان

راضیه طایی^{۱*}، سمیه پورمیدانی^۲

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه غیرانتفاعی شهید اشرفی اصفهانی، اصفهان، ایران.

۲. گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۳

دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۰۵

چکیده

یکی از رایج‌ترین اثرات روان‌شناختی پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان است و در صورت عدم درمان، ضمن تأثیرگذاری منفی بر رشد عاطفی، ذهنی و ذهنی کودک در بلندمدت می‌تواند پیامدهای جبران‌ناپذیری بر کیفیت زندگی زناشویی مادر نیز داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر پریشانی جنسی و حساسیت بین‌فردی در مادران دارای اختلال افسردگی پس از زایمان شهر اصفهان انجام شد. این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دوره پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را کلیه مادران دارای اختلال افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ تشکیل می‌دادند. نمونه آماری شامل ۴۵ نفر بود که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های پریشانی جنسی (Derogatis et al, 2008) و حساسیت فردی (Boyce & Parker, 1989) استفاده شد. گروه‌های آزمایش تحت درمان گروهی درمان هیجان‌مدار (جانسون، ۲۰۰۸) و معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ گونه مداخله درمانی دریافت نکرد. جهت تجزیه و تحلیل از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج نشان داد که هر دو درمان معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی و درمان هیجان‌مدار در کاهش میزان پریشانی جنسی اثربخش بوده‌اند که در این بین درمان هیجان‌مدار نسبت به معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی بر کاهش پریشانی جنسی تأثیر بیشتری داشته است. در زمینه حساسیت بین‌فردی نیز هر دو درمان به یک اندازه اثربخشی داشته‌اند ($P < 0.05$) و این اثرات نیز در دوران پیگیری پایدار بودند. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به متخصصان در اتخاذ رویکرد مناسب در درمان افسردگی پس از زایمان یاری‌رساننده و مادران را آماده مقابله با معضلات بعد از زایمان کند.

واژگان کلیدی: اختلال افسردگی پس از زایمان، پریشانی جنسی، حساسیت بین‌فردی، معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی، درمان هیجان‌مدار



مقدمه

افسردگی پس از زایمان (Postpartum depression) یکی از شایع‌ترین مشکلات سلامت روان است (Sultan, Ando, 2022). به علائم افسردگی اشاره دارد که مادر در دوره پس از زایمان تجربه می‌کند، که با "اندوه پس از زایمان" که بسیاری از مادران ظرف سه تا پنج روز پس از تولد فرزندشان تجربه می‌کنند، بسیار متفاوت است (Amer, Zaitoun, Abdelsalam, Abbas, Ramadan & et al, 2024). دوره‌های افسردگی در دوران بارداری دو برابر بیشتر از سایر دوران زندگی یک زن رخ می‌دهد و اغلب تشخیص داده نشده و درمان نمی‌شوند (Wang, Liu, Shuai, Cai, Fu, Liu & et al, 2021). معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2023) برای اختلال افسردگی پس از زایمان شامل بی‌ثباتی خلقی، از دست دادن علاقه، احساس گناه، اختلالات خواب، اختلالات خواب و تغییر در اشتها و همچنین کاهش میل جنسی، دوره‌های گریه، اضطراب، تحریک‌پذیری، احساس انزوا، مسئولیت روانی، افکار آسیب رساندن به خود و یا نوزاد و حتی افکار خودکشی است (Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004). افسردگی پس از زایمان اثرات نامطلوبی بر روی مادر و در نتیجه بر نوزاد دارد، زیرا این اختلال با دشواری در انجام وظایف مختلف والدینی مانند شیر دادن، خوابیدن یا پاسخ به نیازهای نوزاد ارتباط نزدیکی دارد (Nanzer, Sancho Rossignol, 2021; Righetti-Veltema, Knauer & et al, 2012; Branquinho & et al, 2021). علاوه بر این، یکی از دلایل اصلی مرگ و میر مادران در سال اول پس از زایمان است. زیرا ممکن است مادر افکار و قصد خودکشی داشته باشد (Al-Halabí, 2021; García-Haro, Rodríguez-Muñoz & Fonseca-Pedrero, 2021).

سازمان بهداشت جهانی (The World Health Organization) توصیه می‌کند که یکی از مهم‌ترین مسائلی که در دوران پس از زایمان باید به آن پرداخته شود، سلامت جنسی پس از زایمان است (Rezaei, Azadi, Sayehmiri & Valizadeh, 2017). برانگیختگی، میل جنسی، ارگاسم و لذت جنسی همگی از نشانه‌های سلامت جنسی پس از زایمان هستند (Gadisa, Michael, Reda, & Aboma, 2021). در طول دوره پس از زایمان، عملکرد جنسی زنان تحت تأثیر ضربه به اندام‌های تناسلی، خونریزی واژن، محدودیت‌های ناشی از نوزاد، بی‌حالی، تغییرات در شکل بدن و ناراحتی‌های فیزیکی مانند حساسیت سینه‌ها قرار می‌گیرد. روند زایمان بر بدن زنان، به ویژه دستگاه تناسلی آنها تأثیر می‌گذارد و این تغییرات زنان را برای از سرگیری رابطه جنسی مردد می‌کند (Acele & Karaçam, 2012). بیش از ۵۰ درصد از زنان در اولین رابطه جنسی خود پس از زایمان درد را تجربه می‌کنند و ۴۱ درصد درد مقاربتی را سه ماه پس از زایمان تجربه می‌کنند (Von Sydow, 2007) و دفعات کمتر آمیزش جنسی را دارند (Ng, Muhamad & Ahmad, 2023). علاوه بر این، از سرگیری روابط جنسی زودرس پس از زایمان بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری می‌تواند منجر به عفونت‌های دستگاه تناسلی (Gadisa & et al) و بارداری غیرمنتظره شود. این ممکن است منجر به سلامت ضعیف مادر و نوزاد و همچنین خطر بالای مرگ برای نوزادان زیر ۱ سال شود (Abate & Obsie, 2021). بنابراین، بازگرداندن یک رابطه جنسی رضایت بخش در دوره پس از زایمان بسیار مهم است (Rosen, 2022; Williams, Vannier & Mackinnon, 2022).

همچنین، عوامل خطر برای افسردگی پس از زایمان را می‌توان به سه دسته اصلی تقسیم کرد: ویژگی‌های روانی-اجتماعی، بالینی و شخصیتی یا خلقی (Puyané, Subirà, Torres, Roca, Garcia-Esteve, & et al, 2022). براین اساس، یکی از عوامل مهم در این زمینه، حساسیت بین‌فردی می‌باشد. بر اساس نظریه یکپارچه افسردگی (the integrative theory of depression) (Lewinsohn, Hoberman, Teri, & Hautzinger, 1985)، افسردگی به دلیل مشکلات مزمن (تعارضات زناشویی، مشکلات در محل کار و مشکلات اجتماعی)، خرد (انتقاد یا طرد یا تحقیر شدن) و کلان رخ می‌دهد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که این زنان از نظر ساختار شخصیتی سطوح بالایی از روان رنجورخویی را دارند (Puyané & et al, 2022)، اجتناب از آسیب بالاتر و خودراهبری، همکاری و خودتعالی کمتر را تجربه می‌کنند (Josefsson, Larsson, Sydsjö & Nylander, 2007). همچنین، اضطراب روابط بین فردی باعث پریشانی می‌شود که با توانایی‌های آنها در خانه تداخل می‌کند و در دوران بارداری و پس از زایمان تأثیرات منفی بر جای می‌گذارد (Wiegartz & Gyoerkoe, 2009). درواقع، زنان پس از زایمان تمایل دارند که از رنج خود پرده‌برداری نکنند و ممکن است به دلایل مختلفی در درخواست کمک برای افسردگی پس از زایمان تردید کنند. این دلایل شامل عدم آگاهی درباره افسردگی پس از زایمان و وجود خرافات مربوط به آن (Dennis & Chung-Lee, 2006)، احساس ننگ، خجالت و شرم مرتبط با افسردگی، تمایل مادران به پنهان نگه‌داشتن رنج خود، عدم وجود یک شبکه حمایتی اجتماعی قابل اعتماد و ترس مادران از برچسب‌گذاری به عنوان مادران ناکافی یا قضاوت شدن و کمبود زمان مادران برای رسیدگی به نگرانی‌های خود و انجام مسئولیت‌های متعدد نسبت به فرزندانشان (Nordbeck, 2022)، برداشت مادران از افسردگی پس از زایمان به عنوان نشانه‌ای از ناکامی مادری (Hadfield & Wittkowski, 2017) و واکنش‌های ناکافی دیگران هنگام بیان رنج مادران (Dennis, & Chung-Lee, 2006) همگی به تردید آنها در درخواست حمایت و کمک، نقش دارد. همچنین، Marques, Monteiro, Canavarro & Fonseca (2018) ارتباط بین تنظیم هیجان، بازنمایی دلبستگی و علائم افسردگی و اضطراب را در دوره پس از زایمان بررسی کردند. مطالعه آنها نشان داد که زنان مبتلا به علائم همراه افسردگی و اضطراب مشکلات بیشتری در تنظیم هیجانات منفی شان را گزارش می‌کنند.

با توجه به روش‌های ترجیحی برای درمان افسردگی پس از زایمان، مادران در سراسر جهان تمایل دارند به جای تکیه بر داروها، به گفتگو درمانی با فردی که بتواند آنها را درک کند، متمایل شوند (Nordbeck, 2022). براین اساس، یکی از درمان‌های مهم در این زمینه، معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی می‌باشد. توجه به بعد وجودی انسان بودن و رنج کشیدن، و در نتیجه جهان بینی مذهبی یا معنوی بیماران، به طور قابل توجهی در رویکردهای درمانی افزایش یافته است (Glas, 2021). مراقبت معنوی باید یک عنصر ذاتی مراقبت‌های بهداشتی باشد، زیرا معنویت اغلب یک بعد اساسی انسانی به ویژه در هنگام پریشانی در نظر گرفته می‌شود (Laranjeira & Querido, 2021) و می‌تواند به فعال شدن یا غیرفعال کردن سیستم‌های مغز برای همدلی یا غمخواری کمک کند. همچنین می‌تواند سیستم‌های مغزی را برای انعکاس افکار، خودآگاهی و تنظیم حالات هیجانی تسهیل یا بازدارد (Griffith, 2010). به نحوی که ارائه مراقبت معنوی به مادران باردار خطر ابتلا به اختلال استرس پس از زایمان را در آن‌ها کاهش می‌دهد (Kamali, Tafazoli, Ebrahimi, Hosseini, Saki & et al, 2018) و بهبودی هیجانات مثبت نسبت به خود، به فرزند، به همسر

و دیگران، احساس نسبت به جنسیت و وضعیت سلامت جسمانی پس از زایمان را به همراه دارد (Rasouli, Maleki & Zenoozian, 2023). مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان، به عنوان افرادی توصیف می‌شوند که در جهانی تهدیدآمیز و پرخطر رها شده‌اند، همراه با بدنی محدود و سنگین که مانع از هماهنگی و ارتباط مؤثر او با نوزادش می‌شود. در عذاب اضطراب، احساس گناه و شرم، آن‌ها سعی می‌کند با تفکر تحلیلی و انزوا از اجتماع، با درد خود کنار بیایند. همچنین این مادران دچار فروپاشی‌های ناگهانی می‌شوند که در آن به‌طور شدید احساس بیگانگی از خود، نوزاد و همچنین از جهان اجتماعی و مادی را تجربه می‌کنند. با خودآگاهی اولیه‌ای که دچار تحریف شده، دیگر این احساس را ندارند که به عنوان "خود" واقعی‌شان در جهان وجود داشته باشند (Røseth, Binder & Malt, 2011). (Kavand & Eckins, 2004) استدلال می‌کنند که معنویت باعث می‌شود فرد در نگاه کردن به مشکلات راحت‌تر، تلاش بیشتر برای حل مشکلات، تحمل بهتر مشکلات زندگی و روان‌تر و موثرتر در زندگی باشد. مطالعه‌ای صورت گرفته در این زمینه رابطه تعهد مذهبی و افسردگی پس از زایمان را در نمونه‌ای متشکل از ۱۰۰ زن، نشان داد که تعهد مذهبی علائم کمتر افسردگی پس از زایمان را در تحلیل‌های مقطعی در ۶ ماه پس از زایمان بیش از حمایت اجتماعی پیش‌بینی کرد (Clements, Fletcher, Childress, Montgomery & Bailey, 2016). همچنین، تجربه مادرانی که افسردگی پس از زایمان داشتند و آموزش‌های معنویت درمانی را دریافت کرده بودند نشان داد که آن‌ها رهایی از استرس، احساس ارزشمندی و کمتر تنها بودن، تجربه قدردانی، توسعه دیدگاه و پذیرش هدایت خداوند، تغییر و توسعه روابط، و جلوگیری از آسیب رساندن به خود را تجربه کرده بودند (Keefe, Brownstein-Evans, & Rouland, 2016). همچنین معنویت درمانی تأثیرات مثبتی در کاهش سردمزاجی در بین زوجین داشته است (Amiri, 2022). نتایج پژوهش (Noormohammadi, Jafarzade, Solati, Sedehi, Bagheri & et al, 2020) نشان‌دهنده همبستگی معکوس بین نمرات افسردگی پس از زایمان و سلامت معنوی است.

یکی دیگر از درمان‌های مهم در این زمینه، درمان هیجان‌مدار (Emotion-focused therapy) می‌باشد. درمان هیجان‌مدار یک مداخله کمکی مناسب برای مدیریت افسردگی، اضطراب و استرس در دوره پس از زایمان است (Robbins, Harvey & Moller, 2024) و به زنان کمک می‌کند تا تأثیرات منفی ترومای روانی هنگام تولد را حل کنند (Gökçe, İsbir, Yılmaz & Thomson, 2022). ماهیت نظریه درمان هیجان‌مدار این است که هیجانات سیگنال‌هایی هستند که افراد را به معنای موقعیت، نیازهای مرتبط با افراد، و نحوه برآورده کردن این نیازها و همچنین سازماندهی سریع ما برای پاسخگویی در موقعیت‌ها هدایت می‌کنند (Josefsson, 2004). هدف درمان هیجان‌مدار این است که به افراد کمک کند تا در پردازش عاطفی هیجانات ناسازگار اساسی خود شرکت کنند تا درد و رنج عاطفی خود را تغییر دهند، که منجر به دسترسی به هیجانات سازگارانه و پاسخ به موقعیت‌ها می‌شود. پردازش عاطفی به عنوان یک مکانیسم مهم تغییر شناخته شده است و نشان داده شده است که پیامدهای مهم درمانی را پیش‌بینی می‌کند (Pascual-Leone, Paivio & Harrington, 2016). در درمان هیجان‌مدار، پردازش عاطفی شامل نزدیک شدن، پذیرش، تحمل، بیان، تنظیم، معنا بخشیدن، استفاده و تبدیل هیجانات ناسازگار با هیجانات تطبیقی نوظهور است. این فرآیند از توسعه روابط امن‌تر و همچنین روایت‌های مثبت مرتبط با هویت شخصی و روابط شخصی پشتیبانی می‌کند (Greenberg, 2015).

2021). در طول فرآیند درمانی، زنان ارزیابی بهتری در رابطه با میزان آسیب‌پذیری رویدادهای استرس‌زا، مانند فرایند اختلال افسردگی پس از زایمان، به دست می‌آورند. بنابراین، آنها بهتر با موقعیت‌های مختلف سازگار می‌شوند و از راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری استفاده کنند. براین اساس، هیجان‌مدار درمان مؤثری برای افزایش شفقت به خود و کاهش انتقاد از خود (Baránková & Sládkovičová, 2022) و اطمینان به خود است (Halamová, Kanovský, 2021). همچنین، شواهد پژوهشی نشان داده است که درمان هیجان‌محور در کاهش اختلال عملکرد جنسی و بهبود کیفیت زندگی جنسی زنان مؤثر است (Mirzaei & Sharifi, 2024) و اثربخشی بیشتری بر ابرازگری جنسی زوجین دارد (Rahmatollahi, Zare Bahram Abadi, Mazandarani & Hasani, 2023; Behrang, 2022; Koraei, Shahbazi, & Abbaspour, 2022).

درمجموع بارداری و زایمان دوره‌های انتقال جسمی و روانی عمیقی برای زنان هستند و شواهد پژوهشی تأثیرات بارداری را بر سلامت جنسی زنان از جمله لزوم مشاوره سلامت جنسی در طول مراقبت‌های دوران بارداری و کلاس‌های زایمان مستند کرده است. با توجه به تغییرات قابل توجه، بازسازی، و کسب مهارت‌های جدید در دوران بارداری، ارزیابی این دوره با توجه ویژه بسیار مهم است، زیرا ممکن است بر سلامت روان مادر و کودک و همچنین کیفیت زندگی زنانشویی مادران تأثیر بگذارد. انتخاب از سرگیری فعالیت‌های جنسی پس از زایمان، یا احساس آمادگی برای انجام آن، فردی، روان و پیچیده است. نوآوری اصلی این پژوهش در ترکیب دو چارچوب نظری متمایز (هیجان‌مدار و معنوی) و تمرکز همزمان بر پیامدهای جنسی و بین فردی در افسردگی پس از زایمان است. تاکنون هیچ مطالعه‌ای به مقایسه مستقیم این دو مداخله در بهبود پریشانی جنسی و حساسیت بین فردی نپرداخته است. این موضوع از آن جهت حائز اهمیت است که افسردگی پس از زایمان نه تنها بر سلامت روان مادر، بلکه بر عملکرد سیستمیک خانواده تأثیر می‌گذارد. همچنین، استفاده از معنویت‌گرایی مبتنی بر خودآگاهی به عنوان یک مداخله بومی-فرهنگی (با توجه به بافت مذهبی جامعه ایران) می‌تواند گامی نوین در توسعه درمان‌های یکپارچه نگر باشد که همسو با نیازهای فرهنگی جمعیت هدف طراحی شده‌اند. بنابراین، یافته‌های این پژوهش می‌توانند هم به غنای ادبیات علمی در حوزه روانشناسی زنان کمک کنند و هم راهبردهای عملی برای درمانگران فراهم آورند. براین اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی معنویت‌گرایی مبتنی بر خودآگاهی و درمان هیجان‌مدار بر پریشانی جنسی و حساسیت بین فردی در مادران دارای اختلال افسردگی پس از زایمان شهر اصفهان انجام شد.

روش پژوهش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری مورد نظر، کلیه مادران دارای اختلال افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود. از بین جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. این تعداد براساس نظر متخصصان (Galle, Borg & Gall, 1996) و (Delavar, 2020) که در پژوهش‌های آزمایشی تعداد ۱۵

نفر برای هر گروه مناسب تشخیص داده‌اند، انتخاب شدند ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به اختلال افسردگی پس از زایمان (براساس مصاحبه بالینی)، داشتن مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر، شرکت نکردن در جلسات فردی و گروهی درمان‌های روان‌شناختی در طی انجام پژوهش، نداشتن رویداد بحرانی یا تنش‌زای شدید مانند مرگ عزیزان و تمایل جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه، ناقص پر کردن پرسشنامه‌ها و عدم تمایل آن‌ها به ادامه همکاری در پژوهش بود. مشارکت‌کنندگان حاضر در پژوهش ضمن آگاهی از اهداف پژوهش با رضایتمندی در مداخلات شرکت کرده و در صورت عدم تمایل به ادامه حضور، در هر مرحله از فرایند کار حق خروج از پژوهش را داشتند. همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات و عدم آسیب‌زایی مداخلات نیز به آنها اطمینان داده شد. در ادامه، پروتکل‌های درمانی معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی و درمان هیجان‌مدار (جانسون، ۲۰۰۸) هر کدام در قالب ۱۰ جلسه و به صورت هفته‌ای دو بار توسط پژوهشگر برای گروه‌های آزمایش اجرا شد. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و آزمون تحلیل کوواریانس در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه پریشانی جنسی (Sexual Female R-FSDS Revised -Scale Distress): برای سنجش پریشانی جنسی از پرسشنامه ۱۳ سوالی پریشانی جنسی (تجدیدنظر شده) Derogatis, Clayton, Lewis-D'Agostino, Wunderlich (2008) استفاده شد. این پرسشنامه به منظور ارزیابی پریشانی مرتبط با مسائل جنسی ساخته شده است. نمره‌گذاری سوالات براساس لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۰ = کاملاً مخالفم تا ۴ = کاملاً موافقم) می‌باشد. در این پرسشنامه دامنه نمرات بین صفر تا ۵۲ می‌باشد و کسب نمره بالا به منزله ادراک پریشانی جنسی بالاتر است. (Derogatis & et al (2008) همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۶ و پایایی آزمون- بازآزمون را ۰/۷۲ گزارش نمودند. همچنین، روایی افتراقی پرسشنامه از طریق تمایز زنان عادی و زنان دارای بدکارکردی جنسی و روایی واگرایی مناسب با پرسشنامه عملکرد جنسی زنان مطلوب گزارش شده است (Rahmatollahi & et al, 2014). در پژوهش Ghasemi, Razaee & Sadeqi (2022) پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شد. در این پژوهش ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسشنامه حساسیت بین فردی (Interpersonal sensitivity questionnaire): برای سنجش حساسیت فردی از پرسشنامه ۳۶ سوالی حساسیت فردی Boyce & Parker (1989) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۵ خرده مقیاس آگاهی بین‌فردی (حساسیت به تعاملات بین فردی، ادراک فرد از تأثیر خود بر روی دیگران و پیامدهای انتقادی یا منفی از دیگران)، نیاز به تأیید (تمایل به خشنود کردن دیگران و برقراری ارتباط صلح‌آمیز)، اضطراب جدایی (احساس اضطراب در روابط بین فردی)، کمرویی (عدم جرات ورزی یا عدم کسب تقویت پاداش به علت کمرویی خود) و خود درونی شکننده (احساس فرد از دوست داشتنی نبودن خودش و پنهان شدن از دیگران) می‌باشد که براساس

لیکرت ۴ درجه ای (از ۱ = کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم) نمره گذاری می شود. دامنه نمرات بین ۳۶ تا ۱۴۴ است و کسب نمرات بالاتر به منزله تجربه حساسیت بین فردی بالاتر می باشد. (Boyce & Parker, 1989) پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۶ تا ۰/۷۷ گزارش نمودند. همچنین، روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه بالینی حساسیت بین فردی ۰/۷۲ به دست آمد که نشان دهنده روایی مناسب این پرسشنامه است (Boyce & Parker, 1989). در ایران، در پژوهش Boroumand & Hosseini (2023) نیز پایایی این پرسشنامه به رو آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد و آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های آگاهی بین فردی ۰/۷۰، نیاز به تأیید ۰/۵۱، کمرویی ۰/۵۸، اضطراب اجتماعی ۰/۵۵، کمرویی ۰/۵۸ و عزت نفس شکننده ۰/۷۰ گزارش گردید (Mohammadian, Mahaki, Lavasani, Dehghani, & Vahid, 2017). در این پژوهش ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

افراد حاضر در گروه های آزمایشی و گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون، به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. جلسات درمانی گروه آزمایش اول شامل ۱۰ جلسه ی ۹۰ دقیقه‌ای درمان معنویت گرایی مبتنی بر خود آگاهی و گروه آزمایشی دوم شامل درمان ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای هیجان مدار بود که به صورت دو بار در هفته برگزار شد (جدول شماره های ۱ و ۲). در طول این مدت گروه کنترل هیچ نوع مداخله ای دریافت نکرد. پس از طی شدن جلسه درمانی، از همه افراد نمونه (گروه های آزمایش و گروه کنترل) در یک جلسه پس‌آزمون به عمل آمد. جهت رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله پس‌آزمون، گروه کنترل نیز به مدت ۱۰ جلسه تحت درمان هیجان مدار و معنویت گرایی مبتنی بر خود آگاهی قرار گرفت. خلاصه جلسات رویکردهای درمانی استفاده شده به شرح زیر می باشد:

جدول ۱- خلاصه جلسات معنویت گرایی مبتنی بر خود آگاهی (برگرفته از کتاب مهارت‌های معنوی Al-Halabí, García-Haro, Rodríguez-Muñoz & Fonseca-Pedrero, 2021)

جلسات	هدف	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی، ایجاد انگیزش و ارائه روند مداخله معنویت و اهمیت آن	توضیح کوتاه و مختصری در مورد شیوه آموزش و اهمیت معنویت درمانی، ایجاد انگیزه و نگرش مطلوب نسبت به معنویت درمانی، ارائه روند آموزش، نوشتن عهد نامه تلاش برای افزایش معنویت توسط مراجعان. ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد معنویت و اهمیت آن در بهزیستی روانی، جسمی، شادکامی و احساس امید به آینده، بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی، نقش ایمان و معنویت بالقوه در درمان و بهبودی درمانجویان.
جلسه دوم	دعا و اهمیت آن	ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد اهمیت دعا در پیوند به ساحت مقدس، نقش دعا در آرام شدن زندگی فرد و یافتن پاسخ سوالات زندگی خود.
جلسه سوم	بخشایش‌گری	ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بررسی بخشایشگری از سه جنبه، بخشیدن دیگران، بخشیدن خود، و پذیرش بخشایشگری. بررسی پژوهش‌های جدید در مورد ارتباط بخشایشگری با عقاید معنوی، بحث و بررسی مفهوم بخشش.

جلسه چهارم	ذکر و انواع آن	ارائه گزارش از تکلیف جلسه قبل، بحث در مورد تاثیرات ذکر بر سلامت روح و روان، حقیقت ذکر توجه قلبی به خداوند متعال است که در اعمال انسان پرتو افکند.
جلسه پنجم	انجام مراقبه، یک تمرین ذهن آگاهی تجربی	ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، تمرین متن مربوط به ذهن آگاهی.
جلسه ششم	شفقت و مهربانی	ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد نقش شفقت و مهربانی در بهبود ارتباطات انسان، احساس عمیق عشق و علاقه به دیگران و بهبود فرایند درمان فرد.
جلسه هفتم	ارتباط با خود	ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بررسی تصویر از خود و عزت نفس، اهمیت خود آگاهی در داشتن تصویری مثبت از خود.
جلسه هشتم	ارتباط برون فردی	ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد ارتباط با اعضای جامعه و طبیعت براساس معنویت گرایی.
جلسه نهم	هماهنگ شدن با ارزش های مذهبی و اخلاقی	ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد تناقض اعمال مراجع با نظام ارزش - هایش و نقش آن در پریشانی عاطفی و بین فردی.
جلسه دهم	جمع بندی و بیانیه پایانی	من به دنبال حقیقت و راستی در یک سفر معنوی هستم. معتقدم که زندگی دارای معنا و هدفی مقدس است. دوست دارم امروز رفتارم، نمودی از عمیقترین باورهایم باشد. دوست دارم همه کارهایم کاملاً بی نقص و عاری از گناه باشد.

جدول ۲- محتوای جلسات درمان هیجان مدار به تفکیک جلسات (برگرفته از پروتکل زوج درمانی هیجان مدار ارائه شده توسط جانسون، ۲۰۰۸)

جلسات	هدف	محتوا
اول و دوم	معرفه	ایجاد اتحاد درمانی و روشن کردن موارد تعارض ساز را شامل می شود و احساس پذیرفته شدن و درک شدن از طریق مهارت های انعکاس و اعتبار بخشی
سوم	کشف چرخه های تعاملی منفی	شناخت و بررسی چرخه تعاملی که فرد را به دام می اندازد و او را از افراد صمیمی زندگی اش به دور می کند. فرآیندی جاری است و شامل مصاحبه متقاعد کننده و صمیمی بین درمانگر و مراجعین است
چهارم	دستیابی به هیجانات نخستین	دستیابی به هیجانات شناسایی نشده ی زیر بنای جایگاه تعاملی افراد، درمانگر از طریق ردگیری و نشانه گذاری و آگاهی از هیجانات ثانویه، اعتبار بخشی و دقت به رفتار کلامی و غیرکلامی مراجع او را به سمت هیجان اولیه سوق می دهد.
پنجم	قاب دهی مجدد به مشکل	قابگیری مجدد مشکل مرتبط با چرخه به همراه هیجانات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، از طریق توجه به چرخه منفی و تاثیرات منفی آن بر روابط و قابگیری مجدد چرخه
ششم	افزایش شناخت درباره هیجانات	مهمترین مرحله درون روانی است که افزایش همانند سازی با هیجانات دلبستگی انکار شده، نیازها و جنبه هایی از خود را

شامل می‌شود که اغلب ترس و شرم و سوگ را دربر می‌گیرد و درمانگر به فرد کمک می‌کند هیجانات را ابراز کند.

کمک به مراجع در پذیرش تجارب هیجانی جدید خود و اطرافیانش و همچنین گسترش راه‌های بینش و شناخت و پاسخ به دیگران، در این گام به افراد کناره‌گیر و یا سرزنشگر کمک می‌شود تا به بازسازی روابط شان بپردازند.

سهیل ابراز نیازها و تعاملات به منظور بازساختاردهی تعامل بر اساس تجارب و برداشت‌های جدید است. افراد کناره‌گیر در روابط درگیر می‌شوند و نیازها و خواسته‌هایشان را مطرح می‌کنند و افراد سرزنشگر، ملایم‌تر می‌شوند و چرخه‌های تعاملی مثبت جدید اتفاق می‌افتد.

تسهیل‌پیدایش و خلق راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی است و تمرکز جلسات عمل‌گرایانه‌تر است و مراجعین درباره نگرانی‌های مالی و شغلی و تاثیر آن بر روابط و زندگی شان صحبت می‌کنند و راه‌کارهای تازه برای مسائل کهنه استفاده می‌کنند.

تحکیم مواضع جدید و چرخه‌های رفتارهای دلبستگی است، در این مرحله که پایان درمان است، حل نگرانی‌های مراجعین درباره بازگشت به چرخه منفی مورد تاکید است و مشاور تلاش می‌کند تا مراجعین در مسیر بمانند و آن را بهبود بخشند و امنیت روانی روابط شان افزایش پیدا کند

هفتم ایجاد و افزایش پذیرش در قبال تجارب جدید

هشتم تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها

نهم تسهیل بروز راهکارهای تازه برای حل مسائل کهنه

دهم تقویت مواضع تازه و ثبیت چرخه جدید

یافته‌ها

هدف از این پژوهش مقایسه اثر بخشی درمان معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر پریشانی جنسی و حساسیت بین فردی بود. در این پژوهش، در گروه معنویت‌گرایی، هفت نفر کارشناسی و هشت نفر تحصیلات تکمیلی، و در گروه هیجان‌مدار، شش نفر کارشناسی و نه نفر تحصیلات تکمیلی، و در گروه کنترل، هشت نفر کارشناسی و هفت نفر تحصیلات تکمیلی بودند. اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیرهای پریشانی جنسی و حساسیت بین فردی

درمان	آزمون	پریشانی جنسی میانگین (انحراف معیار)	حساسیت بین فردی میانگین (انحراف معیار)
معنویت‌گرایی مبتنی بر خودآگاهی	پیش آزمون	۴۱/۸۷ (۱۱/۴۱)	۷۶/۹۵ (۱۹/۵۵)
	پس آزمون	۲۴/۲۹ (۸/۸۴)	۴۲/۹۵ (۱۸/۴۹)
	پیگیری	۲۳/۱۶ (۸/۶۴)	۴۰/۷۵ (۱۹/۳۷)
هیجان‌مدار	پیش آزمون	۴۰/۶۲ (۹/۳۱)	۶۹/۸۵ (۱۳/۴۱)
	پس آزمون	۲۰/۲۵ (۶/۳۶)	۴۱/۵۵ (۱۲/۲۸)

پیگیری	۱۸/۹۶ (۵/۹۸)	۴۰/۱۸ (۱۳/۲۸)
پیش آزمون	۴۵/۷۷ (۱۱/۲۷)	۶۱/۲۲ (۲۴/۴۱)
پس آزمون	۴۵ (۱۱/۱۵)	۶۱/۲۲ (۲۳/۹۳)
پیگیری	۴۳/۸۸ (۱۱/۴۱)	۵۹/۷۷ (۲۵/۰۲)

براساس داده‌های جدول (۳)، میانگین متغیر پریشانی جنسی در گروه معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی و هیجان‌مدار در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش داشته ولی در گروه کنترل تفاوتی نداشته است. همچنین میانگین متغیر حساسیت بین فردی در گروه معنویت‌گرایی و هیجان‌مدار در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش داشته است.

با توجه به این که آزمون فرضیه‌های این پژوهش نیازمند استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بود، باید پیش فرض‌های لازم رعایت می‌گردید. پیش فرض‌های اصلی آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همسانی واریانس‌های نمرات و برابری ماتریس واریانس - کوواریانس است که در این بخش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۴. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف

متغیر	گروه‌ها	شاخص آماری	سطح معناداری
پریشانی جنسی	معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی	۰/۱۱	۰/۲
	هیجان‌مدار	۰/۱۴	۰/۱۵
	کنترل	۰/۲۸	۰/۱۳
حساسیت بین فردی	معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی	۰/۱	۰/۲
	هیجان‌مدار	۰/۱۵	۰/۰۸
	کنترل	۰/۲۳	۰/۱۶

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد آزمون کولموگروف اسمیرنف، در مورد تمام متغیرها معنادار نمی‌باشد. در نتیجه فرض نرمال بودن متغیرها برقرار است. به منظور بررسی تساوی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون لوین

متغیر	f	df1	df2	سطح معناداری
پریشانی جنسی	۰/۰۱	۲	۴۲	۰/۹۸
حساسیت بین فردی	۲/۹۶	۲	۴۲	۰/۰۶

بر اساس نتایج جدول ۵، آزمون لوین هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنی‌دار نمی‌باشد. در نتیجه فرض همسانی واریانس‌ها برقرار می‌باشد.

جدول ۶. اطلاعات مربوط به آزمونهای معنی داری پریشانی جنسی و حساسیت بین فردی

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	Sig	مجذور اتا
اثربیایی	۰/۷	۶۳/۹۹	۲	۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷
لامبدای ویلکز	۰/۲۹	۶۳/۹۹	۲	۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷
اثر هتلینگ	۲/۳۷	۶۳/۹۹	۲	۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷
بزرگترین ریشه‌وری	۲/۳۷	۶۳/۹۹	۲	۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷

همان طور که در جدول ۶ مشاهده می‌گردد مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۲۹ می‌باشد که در سطح $(P \leq ۰/۰۱)$ معنی دار است. این بدین معنی است که بین سه گروه معنویت‌گرایی، هیجان‌مدار و کنترل از لحاظ دو متغیر پریشانی جنسی و حساسیت بین فردی تفاوت معنادار وجود دارد. برای تشخیص اینکه کدام نوع روش درمانی روی پریشانی جنسی و حساسیت بین فردی نسبت به گروه کنترل تاثیر بیشتر داشته است از جدول تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد که در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره اثربخشی درمان معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی و هیجان‌مدار بر پریشانی جنسی

و حساسیت بین فردی

پس آزمون	پیش آزمون	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پریشانی جنسی	گروه	۶۶۵۷/۳۲	۲	۳۳۲۸/۶۶	۶۸/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱
	خطا	۲۶۵۹/۵۴	۵۶	۴۷/۴۹				
	پیش آزمون	۱۸۲۰۳/۷۷	۱	۱۸۲۰۳/۷۷	۱۰۰۵۲/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱
حساسیت بین فردی	گروه	۱۳۶۲۳/۱۳	۲	۶۸۱۱/۵۶	۳۷۶۱/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱
	خطا	۱۰۱/۴	۵۶	۱/۸۱				
	پیش آزمون	۱۸۲۰۳/۷۷	۱	۱۸۲۰۳/۷۷	۱۰۰۵۲/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱
پیگیری پریشانی جنسی	گروه	۶۸۶۹/۰۷	۲	۳۴۳۴/۵۳	۷۵/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
	خطا	۲۴۶۴/۷۱	۵۵	۴۴/۸۱				
	پیش آزمون	۱۳۰۳۷/۹۵	۱	۱۳۰۳۷/۹۵	۵۶۲۴/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱
حساسیت بین فردی	گروه	۹۶۸۲/۲	۲	۴۸۴۱/۱	۲۰۸۸/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۱
	خطا	۱۲۷/۴۸	۵۵	۲/۳۱				
	پیش آزمون	۱۳۰۳۷/۹۵	۱	۱۳۰۳۷/۹۵	۵۶۲۴/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱

بر اساس نتایج جدول ۷، بین نمرات پریشانی جنسی و حساسیت بین فردی در پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین بین نمرات پریشانی جنسی و حساسیت بین فردی در گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون نیز تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). با توجه به نتایج می‌توان گفت تاثیر درمان معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی و درمان هیجان مدار بر پریشانی جنسی و حساسیت بین فردی مثبت می‌باشد. همچنین نتایج نشان می‌دهد تاثیر درمان معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی و هیجان مدار بر پریشانی جنسی و حساسیت بین فردی در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است ($P < 0/01$). به منظور بررسی تفاوت متغیرهای پریشانی جنسی و حساسیت بین فردی در سه گروه معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی، هیجان مدار و کنترل از آزمون بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۸ آمده است.

جدول ۸. نتایج آزمون بونفرونی در متغیر پریشانی جنسی و حساسیت بین فردی

متغیرها	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
پس آزمون پریشانی جنسی	معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی _ هیجان مدار	۴/۰۴	۳/۰۱	۰/۰۰۲
	معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی _ کنترل	-۲۰/۱۷	۳/۰۴	۰/۰۰۱
	هیجان مدار _ کنترل	-۲۴/۷۵	۲/۷۸	۰/۰۰۱
حساسیت بین فردی	معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی _ هیجان مدار	۱/۴	۰/۵۹	۱
	معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی _ کنترل	-۱۸/۲۷	۰/۶	۰/۰۰۱
	هیجان مدار _ کنترل	-۱۹/۶۷	۰/۵۴	۰/۰۰۱
پیگیری پریشانی جنسی	معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی _ هیجان مدار	۴/۲	۲/۹۵	۰/۰۰۱
	معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی _ کنترل	-۲۰/۷۲	۲/۹۸	۰/۰۰۱
	هیجان مدار _ کنترل	-۲۴/۹۲	۲/۷۱	۰/۰۰۱
حساسیت بین فردی	معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی _ هیجان مدار	۰/۵۷	۰/۶۷	۱
	معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی _ کنترل	-۱۹/۰۲	۰/۶۷	۰/۰۰۱
	هیجان مدار _ کنترل	-۱۹/۵۹	۰/۶۱	۰/۰۰۴

بر اساس نتایج جدول ۸، بین معنویت‌گرایی مبتنی بر خود آگاهی با هیجان مدار و کنترل در متغیر پریشانی جنسی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). همچنین بین هیجان مدار با گروه کنترل نیز در متغیر پریشانی جنسی تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). در نتیجه فرضیه اول تایید می‌شود. یعنی هر دو درمان معنویت‌گرایی مبتنی

بر خودآگاهی و هیجان مدار توانسته اند میزان پریشانی جنسی را کاهش دهند. اما هیجان مدار نسبت به معنویت گرایی مبتنی بر خودآگاهی بر کاهش پریشانی جنسی تاثیر بیشتری داشته است.

همچنین بین گروه معنویت گرایی مبتنی بر خودآگاهی و هیجان مدار با کنترل در متغیر حساسیت بین فردی تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($p < 0/01$) ولی بین گروه معنویت گرایی مبتنی بر خودآگاهی و هیجان مدار در متغیر حساسیت بین فردی تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ($p > 0/01$). در نتیجه فرضیه دوم رد می‌شود. یعنی بین میزان اثربخشی درمان معنویت گرایی مبتنی بر خودآگاهی و هیجان مدار بر حساسیت بین فردی تفاوتی وجود ندارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد تاثیر درمان معنویت گرایی مبتنی بر خودآگاهی و هیجان مدار بر پریشانی جنسی و حساسیت بین فردی در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی مقایسه اثربخشی معنویت گرایی مبتنی بر خود آگاهی و درمان هیجان مدار بر پریشانی جنسی و حساسیت بین فردی در مادران دارای اختلال افسردگی پس از زایمان صورت گرفت. براساس یافته های پژوهش هر رو رویکرد درمانی معنویت گرایی مبتنی بر خود آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر کاهش پریشانی جنسی اثربخش بوده اند که درمان هیجان مدار از اثربخشی بیشتری در این زمینه برخوردار بوده است. اثربخشی درمان هیجان مدار بر پریشانی جنسی همخوان با یافته‌های پژوهش (Behrang et al (2022); Rahmatollahi et al (2023) و Mirzaei & Sharifi (2024) می‌باشد. هدف درمان متمرکز بر هیجان در درمان اختلال عملکرد جنسی و افزایش کیفیت زندگی جنسی، دستیابی به هیجانات اولیه ناسازگار و تبدیل آنها به الگوهای هیجانی سازگار است. در روان درمانی متمرکز بر هیجان، افراد دارای مشکلات عملکرد جنسی باید بتوانند هیجانات خود را شناسایی کرده و آنها را بپذیرند. درمانگر، به عنوان یک تسهیل کننده، به افراد کمک می‌کند تا هیجانات خود را بپذیرد و درک کند. و با آگاهی از هیجان می‌توانند جنبه جنسی خود را که دارای بار عاطفی بسیار بالایی است به طور هنجاری تجربه کنند. درواقع، درمان هیجان مدار با ایمن سازی سبک دلبستگی زوجین در رابطه کنونی شان، به آن‌ها کمک می‌کند تا حساسیت کمتری به طرد شدن از سوی همسرشان داشته باشند. در این حالت به جای تمرکز به بهترین بودن برای همسر برای جلب رضایت او، بدون احساس چنین فشاری از سوی همسر، خود نی از رابطه جنسی لذت ببرند. همین عامل می‌تواند نقش مهمی در کاهش استرس زوجین در کل فرایند رابطه زناشویی و به ویژه در بعد جنسی رابطه زناشویی آن‌ها داشته باشد (Hashemi & Gahramani, 2021). درمان هیجان مدار با بهبود ارتباط زناشویی به طور غیرمستقیم عملکرد جنسی را ارتقا می‌بخشد. با توجه به این که کیفیت رابطه زناشویی یکی از مهم‌ترین پیش‌بین‌کننده‌های رضایت جنسی پس از زایمان اس، این درمان با تقویت دلبستگی ایمن بین زوجین و آموزش مهارت‌های ارتباطی، محیط عاطفی حمایت‌گرانه‌ای ایجاد می‌کند که برای بازگشت به فعالیت جنسی سالم ضروری است. تکنیک‌های درمان هیجان مدار مانند بازسازی تجربیات هیجانی به زوجین کمک می‌کند تا چرخه‌های تعاملی منفی که ممکن است به اجتناب از صمیمیت جنسی منجر شود را شناسایی و تغییر دهند (Johnson, 2004). در توصیف اصول اصلی مداخله عاطفی در

درمان هیجان‌مدار، گرینبرگ (۲۰۱۰) بیان می‌کند که تغییر با کمک به افراد برای درک هیجانات از طریق آگاهی، ابراز، تنظیم، تأمل، دگرگونی و تجربه اصلاحی هیجانات در قالب یک رابطه همدلانه‌ای که این فرایندها را تسهیل می‌کند، اتفاق می‌افتد. همچنین؛ اثربخشی بیشتر رویکرد درمانی هیجان‌مدار را این گونه می‌توان تبیین نمود که درمان‌های هیجان‌مدار و معنویت درمانی هر یک رویکردهای متفاوتی در درمان مشکلات جنسی و زناشویی دارند. براین اساس، درمان هیجان‌مدار به بررسی و پردازش هیجانات و احساسات عمیق فرد می‌پردازد. بسیاری از مشکلات زناشویی و جنسی ناشی از هیجانات سرکوب‌شده، نارضایتی‌ها و تنش‌های عاطفی هستند. این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا هیجانات ناسازگارانه خود را شناسایی و مدیریت کند. درواقع، درمان هیجان‌مدار، هیجانات را عامل اصلی بروز تعارضات و همچنین عامل اصلی درمان می‌داند و به صورت مستقیم بر روی هیجانات کار می‌کند و در کاهش مشکلات بین‌فردی، ایجاد تغییرات بیشتر در علائم، پیشگیری از عود و ترویج بخشش بسیار موثر است (Greenberg, 2010). درمان هیجان‌مدار با ایجاد یک رابطه همدلانه، پردازش عاطفی مراجع را نیز در زمان‌های مختلف به روش‌های مختلف هدایت می‌کند. در این فرآیند، حالت‌های خاص افراد در جلسه، که نشانگر مشکلات اساسی پردازش عاطفی/شناختی هستند، به عنوان فرصت‌هایی برای مداخلات متفاوت برای کمک به تسهیل کار مولد روی آن وضعیت مشکل، ارائه می‌شوند (Greenberg, 2010).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که معنویت‌درمانی مبتنی بر خودآگاهی و درمان هیجان‌مدار به یک اندازه در کاهش حساسیت بین فردی موثر بوده اند و در این زمینه تفاوتی با هم نداشته‌اند. در زمینه اثربخشی معنویت درمانی مبتنی بر خودآگاهی بر حساسیت بین فردی می‌توان گفت که باورهای مذهبی و معنوی می‌توانند از طریق مکانیسم‌هایی مانند اخلاق مذهبی، مقابله مذهبی و ارتباط اجتماعی به دلیل باورهای مشترک به سلامت روان مثبت کمک کنند (Aggarwal, Wright, Morgan, Patton, & Reavley, 2023) و آرامش را فراهم می‌کند، و اعتماد به نفس برای غلبه بر چالش‌های زندگی (Mixer, Carson, McArthur, Abraham, Silva & et al, 2015) فراهم می‌سازد. معنویت درمانی با اصلاح باورهای افراد بر ارزیابی‌ها شناختی آن‌ها و با ایجاد احساس امید به افراد در پذیرش منطقی مشکلات کمک می‌کند. زنان با تقویت حس معنویت می‌توانند به زندگی خود معنا ببخشند و با هدف‌مندی بیشتری به نیازهای خود، از جمله نیازهای جنسی، توجه کنند. درواقع، معنویت با ارائه مقابله مثبت، انعطاف‌پذیری، تحمل ناامیدی بالا، معنا یا هدف در زندگی، نقش محافظتی در برابر علائم افسردگی در دوره پس از زایمان دارد. در جلسات برگزار شده به افتتاح شرکت‌کننده در این پژوهش، هسته اصلی مبارزه معنوی، حرکت از تنهایی به سوی ارتباط بیشتر بود. در حالی که زنان برای درک رویدادهای منفی و کنار آمدن با چالش‌های جدید مادری تلاش می‌کردند، تغییری را در رابطه خود با امر مقدس تجربه کردند. به نظر می‌رسد که گذار به مادری نیاز به برقراری مجدد پیوند را برمی‌انگیزد - بخشی از یک جامعه بودن، بخشی از مقدس بودن، داشتن معنایی فراتر از هستی. برای این منظور، مادران به سمت یک رابطه مشارکتی، شخصی و صمیمانه تر با امر مقدس حرکت کردند. در نهایت، تغییر نیازها، اولویت‌ها و تأثیر مادرگری منجر به سازماندهی مجدد ارزش‌ها، اعمال معنوی و باورها می‌شود که به سمت تطبیق دادن تجربیات جدید زنان تغییر می‌کند و مادری را با احساس پیوند و معنای نهایی آغشته می‌کند. دین و معنویت می‌تواند کیفیت زندگی

را با تغییر نگرش افراد، افزایش احساس مسئولیت آنها نسبت به خود و دیگران، ترویج جستجوی معنا در زندگی و داشتن احساس شادی و عزت نفس بیشتر افزایش دهد. تجربه معنوی یک تجربه منحصر به فرد است که مستلزم درک معنای زندگی، داشتن تجربیات مثبت در زندگی و احساس شادی و رضایت از زندگی است (Lent, 2004). درواقع، مادران می‌توانند از زایمان به عنوان یک معجزه در قالب رویدادی با اهمیت و با معنا زیاد که پیوندی با امر مقدس دارد، برداشت داشته باشند (Schneider, 2012). زنان در مورد اینکه چگونه مادر شدن رابطه آنها با خدا را تقویت می‌کند و به آنها کمک می‌کند تا ارزش‌های خود را اولویت‌بندی کنند. همچنین، زنان با مشارکت در خلق زندگی، حس قدردانی و توانمندسازی شخصی بیشتری را تجربه می‌کنند. این ایده که زایمان یک تجربه معنوی و دگرگون‌کننده است که شامل ارتباط بیشتر با خدا و/یا امر متعالی و حس بیشتر معنا و ایمان است، در میان پیشینه‌های فرهنگی و مذهبی متنوع رواج دارد (Callister & Khalaf, 2010).

در زمینه تاثیرگذاری درمان هیجان‌مدار بر کاهش حساسیت بین فردی نیز می‌توان گفت که براساس نظریه هیجان‌مدار انتقاد از خود به عنوان شکلی از خشم ثانویه ناسازگار که به درون تبدیل شده است که می‌تواند از طریق ایجاد هیجانات سازگار اولیه مانند شفقت به خود و محافظت از خود تغییر شکل دهد و با اجرای مداخلات دو صندلی خاص، ظرفیت‌های شفقت به خود و محافظت از خود را به عنوان هیجانات انطباقی اولیه تسهیل می‌شود. هدف از گفتگوی صندلی کمک به افراد برای برانگیختن شفقت به خود به عنوان توانایی برای آرامش درونی و تسکین خود و محافظت از خود به عنوان احساس استحقاق برای شناسایی و بیان نیازهای برآورده نشده است (Bailey, Halamová, 2023 & Vráblová). درمان هیجان‌مدار به زنان کمک می‌کند تا احساسات خود را به خوبی شناسایی کنند و بتوانند آنها را به طور سالم و مؤثر ابراز نمایند. این آگاهی می‌تواند منجر به کاهش حساسیت و واکنش‌های احساسی منفی در موقعیت‌های بین فردی شود. یادگیری نحوه بیان احساسات می‌تواند به زنان کمک کند تا روابط بهتری با دیگران برقرار کنند و از بروز واکنش‌های نامناسب جلوگیری کنند. درواقع این درمان با تسهیل بازشناسی و بیان هیجانات سرکوب‌شده (مانند خشم، ترس یا شرم)، فرآیندهای شناختی-هیجانی ناسازگار را که منجر به حساسیت بیش‌ازحد به تعاملات اجتماعی می‌شوند، تعدیل می‌کند (Greenberg, 2015). برای مثال، مادرانی که پس از زایمان با هیجانات منفی شدید دست‌وپنجه نرم می‌کنند، اغلب در پاسخ‌دهی به نشانه‌های اجتماعی دچار تحریف‌های شناختی می‌شوند (مانند ذهن‌خوانی منفی)، اما درمان هیجان‌مدار با ایجاد فضای امن برای پردازش این هیجانات، تحمل پریشانی را افزایش داده و از اجتناب بین فردی می‌کاهد (Johnson, 2004).

یافته‌های این پژوهش به وضوح نشان داد که آموزش معنویت درمانی مبتنی بر خودآگاهی و درمان هیجان‌مدار منجر به این شد که زنان تغییرات مثبت قابل توجهی در میزان انتقاد از خود، شفقت به خود و نارضایتی جنسی نشان دادند. با توجه به اینکه جامعه آماری در این پژوهش را زنان دارای افسردگی پس از زایمان تشکیل داده بود، تعمیم این نتایج به سایر گروه‌ها و سایر زنان دارای افسردگی پس از زایمان ساکن در شهرهای دیگر باید با احتیاط انجام شود. پیشنهاد می‌شود که متخصصان بهداشت روان در حوزه روان‌شناسی سلامت و بهداشت زنان با شناخت کامل

نسبت به درمان هیجان‌مدار و معنویت درمانی، به کارگیری این درمان، به اتخاذ رویکرد انعطاف پذیرتر نسبت به کاستی‌ها و نقضان‌های دوران افسردگی پس از زایمان در این زنان کمک کنند.

منابع

- Abate, Z. G., & Obsie, G. W. (2021). Early postpartum modern family planning utilization and associated factors in Dilla town, southern Ethiopia; 2019. *Journal of Women's Health and Gynecology*, 8(2), 1-9.
- Acele, E. Ö., & Karaçam, Z. (2012). Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7-8), 929-937.
- Aggarwal, S., Wright, J., Morgan, A., Patton, G., & Reavley, N. (2023). Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *Journal of BMC psychiatry*, 23(1), 729.
- Agrawal, I., Mehendale, A. M., & Malhotra, R. (2022). Risk factors of postpartum depression. *Journal of Cureus*, 14(10), e30898
- Al-Halabí, S., García-Haro, J., Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F., & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Conducta suicida y periodo perinatal: Entre el tabú y la incomprensión. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 161–169.
- Aliakbari, S. A., Safarzadeh, S., Bayat, F., Pormehr-Yabandeh, A., Dashti, S., Roozbeh, N., & Banaei, M. (2018). Related factors of domestic violence: Population-based research on Iranian women. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 6(3), 269-75.
- Amer, S. A., Zaitoun, N. A., Abdelsalam, H. A., Abbas, A., Ramadan, M. S., Ayal, H. M., ... & Al-Shroby, W. A. (2024). Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. *BMC Public Health*, 24(1), 1308.
- American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; Last accessed October.
- Amiri, H. (2022). The effectiveness of spiritual therapy on reducing conflicts, frigidity, and marital misbehaviors of couples. *Psychology and Religion*, 15(3), 12-25. [in Persian]
- Bailey, G., Halamová, J., & Vráblová, V. (2023). Clients' Facial Expressions of Self-Compassion, Self-Criticism, and Self-Protection in Emotion-Focused Therapy Videos. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1129.
- Baránková, M., & Sládkovičová, R. (2022). Distorted body image in women: Emotion focused training for self-compassion and self-protection as an effective instrument for its moderation. *Journal of Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2(3), 30–40.
- Behrang, K., Koraei, A., Shahbazi, M., & Abbaspour, Z. (2022). Effects of Emotionally Focused Therapy on Sexual Assertiveness, Marital Forgiveness, and Marital Harmony in Maladjusted Couples. *Journal of Research and Health*, 12(3), 177-184.
- Boroumand, N., Hosseini Ravorizadeh, & N. (2023). A comparison of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and relational therapies on interpersonal sensitivity and aggressive behaviors of individuals with borderline personality disorder. *Journal of Psychological Growth*, 12(1), 207-215. (in Persian)
- Boyce, P., & Parker, G. (1989). Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23(3), 341-351.
- Callister, L. C., & Khalaf, I. (2010). Spirituality in childbearing women. *The Journal of Perinatal Education*, 19(2), 16-25.
- Çankaya, S., & Alan Dikmen, H. (2023). Effects of depression, anxiety, stress, and partner relationship satisfaction on sexual dysfunction in women in the postpartum period. *Journal of Sexual and Relationship Therapy*, 38(4), 570-585.

- Clements, A. D., Fletcher, T. R., Childress, L. D., Montgomery, R. A., & Bailey, B. A. (2016). Social support, religious commitment, and depressive symptoms in pregnant and postpartum women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34(3), 247–259.
- Delavar, A. (2020). *Research methods in psychology and educational sciences*. Tehran Virayesh. [in Persian]
- Dennis, C. L., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Journal of Birth*, 33(4), 323-331.
- Derogatis, L., Clayton, A., Lewis-D'Agostino, D., Wunderlich, G., Fu, y. (2008). Validation of the female sexual distress scale-revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sexual*, 5(2), 357-364.
- Gadisa, T. B., G/Michael, M. W., Reda, M. M., & Aboma, B. D. (2021). Early resumption of postpartum sexual intercourse and its associated risk factors among married postpartum women who visited public hospitals of Jimma zone, Southwest Ethiopia: A cross-sectional study. *Journal of PLoS one*, 16(3), e0247769.
- Galle, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (1996). *Educational research*. White Plains, NY: Longman.
- Ghasemi, N., Razaee, F., & Sadeqi, M. (2022). A comparison of the effects of integrative psychotherapy and cognitive-behavioral therapy on sexual and psychological distress in women with sexual desire/arousal disorder. *Psychiatric Nursing Journal*, 10(5), 97-108. [in Persian]
- Glas, G. (2021). *Models of integration of christian worldview and psychiatry*. In J. R. Peteet, H. S. Moffic, A. Hankir, & H. G. Koenig (Eds.), *Christianity and psychiatry* (pp. 163–180). Springer International Publishing.
- Gökçe İsbir, G., Yılmaz, M., & Thomson, G. (2022). Using an emotion-focused approach in preventing psychological birth trauma. *Journal of Perspectives in Psychiatric Care*, 58(3), 1170-1176.
- Greenberg, L. S. (2010). *Emotion-focused therapy: A clinical synthesis*. *Journal of Focus*, 8(1), 32-42.
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2021). *Changing emotion with emotion: A practitioner's guide*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2007). Case formulation in emotion-focused therapy. In T. Ellis (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 379–412). Guilford Press.
- Griffith, J. L. (2010). *Religion that heals, religion that harms: A guide for clinical practice*. Guilford Press.
- Hadfield, H., & Wittkowski, A. (2017). Women's experiences of seeking and receiving psychological and psychosocial interventions for postpartum depression: a systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *Journal of midwifery & women's health*, 62, 723-736.
- Halamová, J., Kanovský, M., Varšová, K., & Kupeli, N. (2021). Randomised controlled trial of the new short-term online emotion focused training for self-compassion and self-protection in a nonclinical sample. *Journal of Current Psychology*, 40(1), 333–343.
- Hashemi, M., & Gahramani, M. (2021). The effects of emotion-focused couple therapy on sexual dysfunction and sexual performance anxiety in women with vaginismus. *Medical Journal of Divorce Studies*, 11(2), 41. [in Persian]
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection* (2nd Edn). New York: Brunner/Routledge.
- Johnson, S. M. (2008). Emotionally focused couple therapy. *Clinical handbook of couple therapy*, 4, 107-137.
- Josefsson, A., Larsson, C., Sydsjö, G., & Nylander, P. O. (2007). Temperament and character in women with postpartum depression. *Journal of Archives of Women's Mental Health*, 10(3), 3-7.
- Kamali, Z., Tafazoli, M., Ebrahimi, M., Hosseini, M., Saki, A., Fayyazi-Bordbar, M. R., ... & Saber-Mohammad, A. (2018). Effect of spiritual care education on postpartum stress disorder in women with preeclampsia. *Journal of Education and Health Promotion*, 7(1), 73. [in Persian]
- Keefe, R. H., Brownstein-Evans, C., & Rouland Polmanteer, R. (2016). "I find peace there": how faith, church, and spirituality help mothers of colour cope with postpartum depression. *Journal of Mental Health, Religion & Culture*, 19(7), 722-733.

- Laranjeira, C., & Querido, A. (2023). An in-depth introduction to arts-based spiritual healthcare: Creatively seeking and expressing purpose and meaning. *Journal of Frontiers in Psychology*, 14(5), 1132584.
- Lent, R. W. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 482.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., Teri, L., & Hautzinger, M. (1985). *An integrative theory of depression*. In S. Reiss and R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). Orlando, FL: Academic Press.
- Marques, R., Monteiro, F., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2018). The role of emotion regulation difficulties in the relationship between attachment representations and depressive and anxiety symptoms in the postpartum period. *Journal of Affective Disorders*, 238(2), 39–46.
- Mirzaei, A., & Sharifi, T. (2024). Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Intensive Short-Term Psychodynamic Therapy on Sexual Dysfunction and Quality of Sexual Life in Women. *Applied Family Therapy Journal*, 5(2), 171-181.
- Mixer, S. J., Carson, E., McArthur, P. M., Abraham, C., Silva, K., Davidson, R., ... Chadwick, J. (2015). Nurses in action: A response to cultural care challenges in a pediatric acute care setting. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(6), 896–907.
- Muntigl, P., Chubak, L., & Angus, L. (2023). Responding to in-the-moment distress in emotion-focused therapy. *Journal of Research on Language and Social Interaction*, 56(1), 1-21.
- Mohammadian, Y., Mahaki, B., Lavasani, F. F., Dehghani, M., & Vahid, M. A. (2017). The psychometric properties of the Persian version of interpersonal sensitivity measure. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 22. [in Persian]
- Nanzer, N., Sancho Rossignol, A., Righetti-Veltema, M., Knauer, D., Manzano, J., & Espasa, P., F (2012). Effects of a brief psychoanalytic intervention for perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 15(4), 259–268.
- Ng, Y. Y., Muhamad, R., & Ahmad, I. (2023). Sexual dysfunction among six months postpartum women in north-eastern Malaysia. *Journal of Plos one*, 18(4), e0284014.
- Noormohammadi, M., Jafarzade, L., Solati, S. K., Sedehi, M., Bagheri, M., & Dehkordi, A. H. (2020). Postpartum depression and its correlation with spiritual health. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, 22(1), 17-21.
- Nordbeck, M. (2022). Seeking social support: How women with postpartum depression navigate cultural stigmas that influence how they disclose their struggles. *Journal of Undergraduate Research*, 25(3), 1-15.
- Pascual-Leone, A., Paivio, S., & Harrington, S. (2016). *Emotion in psychotherapy: An experiential–humanistic perspective*. In D. J. Cain, K. Keenan, & S. Rubin (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 147–181). American Psychological Association.
- Puyané, M., Subirà, S., Torres, A., Roca, A., Garcia-Esteve, L., & Gelabert, E. (2022). Personality traits as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 298(1), 577-589.
- Rahmatollahi, N., Zare Bahram Abadi, M., Mazandarani, A.A., & Hasani, F. (2023). The effectiveness of couple therapy based on emotion-focused therapy and behavioral-relational approaches on increasing sexual expressiveness towards spouses. *Applied Counseling*, 13(1), 47-62. [in Persian]
- Rasouli, R., Maleki, A., & Zenoozian, S. (2023). Can integrating religiosity and spirituality into postpartum care improve the quality of life in women with preeclampsia. *Journal of Frontiers in Psychiatry*, 14(3), 985428.
- Rezaei, N., Azadi, A., Sayehmiri, K., & Valizadeh, R. (2017). Postpartum sexual functioning and its predicting factors among Iranian women. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*, 24(1), 94.
- Robbins, N., Harvey, K., & Moller, M. D. (2024). Emotional Freedom Techniques for Postpartum Depression, Perceived Stress, and Anxiety. *Journal of Nursing for Women's Health*, 28(1), 41-49.

- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Journal of General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295.
- Rosen, N. O., Williams, L., Vannier, S. A., & Mackinnon, S. P. (2020). Sexual intimacy in first-time mothers: Associations with sexual and relationship satisfaction across three waves. *Journal of Archives of Sexual Behavior*, 49(8), 2849-2861.
- Røseth, I., Binder, P. E., & Malt, U. F. (2011). Two ways of living through postpartum depression. *Journal of Phenomenological Psychology*, 42(2), 174-194.
- Schneider, D. A. (2012). The miracle bearers: Narratives of birthing women and implications for spiritually informed social work practice. *Journal of Social Service Research*, 38(2), 212-230.
- Sultan, P., Ando, K., Elkhateb, R., George, R. B., Lim, G., Carvalho, B., ... & O'Carroll, J. (2022). Assessment of patient-reported outcome measures for maternal postpartum depression using the consensus-based standards for the selection of health measurement instruments guideline: a systematic review. *JAMA Network Open*, 5(6), 2214885-2214885.
- Von Sydow, K. (2007). Sexuality in Pregnancy and the Postpartum Period. *Journal of Clinical Obstetrics*, 13(2), 1016-1021.
- Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., ... & Yang, B. X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Journal of Translational Psychiatry*, 11(1), 543-601.
- Wiegartz, S.P., & Gyoerkoe, L.K. (2009). *The pregnancy & postpartum anxiety workbook: Practical skills to help you overcome anxiety, worry, panic attacks, obsessions and compulsions*. USA: New Harbinger Publications, Inc.