Original Article

The Effectiveness of Schema Therapy on Meta-worry, Self-criticism, and Sexual Satisfaction in Women with Recurrent Miscarriages

Mandana Niknam[1] ✉, **Fahimeh Khodamoradi**[1]

[1] Department of Psychology & Educational Sciences, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

✉**Corresponding author:** Department of Psychology & Educational Sciences, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

Email: m.niknam@khatam.ac.ir
Tel: 09127368828
Postal Code: 1991633357

Received: 12 Oct 2026
Revised: 13 Jan 2027
Accepted: 27 Jan 2027

How to Cite This Article: Niknam M, Khodamoradi F. The Effectiveness of Schema Therapy on Meta-worry, Self-criticism, and Sexual Satisfaction in Women with Recurrent Miscarriages. J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2026; 34(8): 10560-573.

DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23216

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 Unported License which allows users to read, copy, distribute and make derivative works for non-commercial purposes from the material, as long as the author of the original work is cited properly.

Abstract

Introduction: Recurrent miscarriage constitutes a complex biopsychosocial crisis that severely impacts women's psychological well-being and marital stability. Confronting repeated pregnancy loss can activate maladaptive cognitive schemas and emotional strategies, leading to heightened meta-worry, increased self-criticism, and a decline in sexual satisfaction. Therefore, this study was designed to investigate the efficacy of schema therapy in mitigating meta-worry and self-criticism while enhancing sexual satisfaction among women affected by recurrent miscarriages.

Methods: This study employed a randomized controlled trial utilizing a pretest-posttest control group design. The statistical population included women with a history of at least two recurrent miscarriages referring to the Avicenna Infertility Treatment Center in Tehran (2023–2024). Thirty eligible women were selected via purposive sampling and randomly assigned to an experimental group (n=15) and a control group (n=15). While the experimental group received eight 90-minute weekly sessions of schema therapy, the control group was placed on a waitlist. Data were collected using the Meta-Worry Questionnaire (MWQ), the Forms of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale (FSCRS), and the Index of Sexual Satisfaction (ISS). Finally, the gathered data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: Controlling for pretest scores, the MANCOVA results showed that after controlling for pretest effect, the experimental and control groups differed significantly in the combined set of dependent variables ($p<0.001$). Furthermore, the results also confirmed that schema therapy had significant effects on sexual satisfaction ($F=39.5$, $p<0.05$), meta-worry ($F=24.10$, $p<0.05$), and self-criticism ($F=45.61$, $p<0.05$).

Conclusion: Schema therapy effectively reduces meta-worry and self-criticism and enhances sexual satisfaction through the modification of dysfunctional early maladaptive schemas. Therefore, integrating this intervention into medical and reproductive health centers is recommended.

Keywords: Meta-worry; Recurrent spontaneous abortions; Schema therapy; Self-criticism; Sexual satisfaction
Registration ID in IRCT: IRCT20210529051426N1

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23216]

Extended Abstract

Introduction: Recurrent pregnancy loss (RPL), commonly defined as experiencing two or more pregnancy losses before fetal viability, often inflicts profound grief and psychological distress. Affected women frequently struggle with anxiety, meta-worry (conceptualized as negative beliefs concerning the uncontrollability and danger of worrying), and self-criticism, including intense shame and severe self-evaluation. These difficulties may also undermine intimacy and sexual satisfaction, an important dimension of marital and emotional well-being. Schema therapy targets early maladaptive schemas and associated emotional and coping patterns through cognitive, experiential, and behavioral strategies. By modifying core beliefs related to defectiveness, failure, vulnerability, and mistrust, this therapeutic approach may reduce distress and improve relationship functioning. However, evidence regarding its effects on sexual satisfaction, self-criticism, and meta-worry among women with RPL is limited. This randomized trial evaluated the efficacy of schema therapy on these three specific outcomes among women with a history of recurrent spontaneous pregnancy loss.

Methods: This study employed a randomized controlled trial used a pretest–posttest design along with a wait-list control group. Participants were women with recurrent spontaneous pregnancy loss who attended the Avicenna Infertility and Recurrent Miscarriage Treatment Center in Tehran during 2023–2024. A total of thirty-six eligible women provided written informed consent and were allocated by block randomization (blocks of four) to schema therapy or control, with 18 participants per group. Recruitment began with volunteers responding to an announcement; snowball sampling was then used. Eligibility criteria included at least two pregnancy losses, age 25–40 years, marriage, at least a high-school diploma, a self-criticism score above 80, sexual-satisfaction score below 83, no acute physical illness or severe psychiatric disorder at initial clinical interview, and no concurrent psychological treatment. Three participants in each group withdrew; analyses included 30 women (15 per group).

The intervention was followed according to the schema therapy protocol established by Young and colleagues (2003), consisting of eight weekly 90-minute sessions delivered by a trained psychologist at the Mother Counseling Center during summer 2024. Sessions included schema assessment and psychoeducation, cognitive restructuring, imagery and other experiential techniques, behavioral pattern-breaking, and consolidation. Controls received no intervention during the trial and were offered intensive educational sessions after post-testing. Participants and therapist could not be blinded; however, questionnaire assessors and the statistical analyst were unaware of group allocation. Outcomes were sexual satisfaction, self-criticism, and meta-worry, assessed before and after treatment using the Index of Sexual Satisfaction (25 items; study Cronbach's α=.83), Levels of Self-Criticism Scale (22 items; α=.81), and seven-item meta-worry questionnaire (α=.80). Multivariate analysis of covariance (MANCOVA), followed by outcome-specific ANCOVAs, was conducted in SPSS version 16. Assumptions were evaluated using Shapiro–Wilk, Levene, group-by-pretest interaction, and Box's M tests.

Results: The groups were reported to be comparable on baseline demographic characteristics, and the assumptions required for MANCOVA were considered satisfied. Descriptive scores showed divergent posttest patterns. In the schema-therapy group, sexual-satisfaction scores increased from 76.00 (SD=18.51) at pretest to 103.60 (SD=28.57) at posttest, whereas control scores changed from 77.39 (SD=20.38) to 78.92 (SD=17.87). Self-criticism decreased in the intervention group from 114.50 (SD=26.70) to 80.36 (SD=23.31), while the control group changed from 112.54 (SD=25.60) to 113.25 (SD=27.16). Metaworry decreased from 22.16 (SD=4.79) to 17.23 (SD=5.48) with schema therapy and from 23.04 (SD=5.97) to 22.41 (SD=4.75) in controls. The overall multivariate group effect was significant (Wilks' Λ=.269, F=14.24, df=3, p<.001, partial η^2=.731), supporting an effect on the combined outcomes. Follow-up ANCOVAs showed significant intervention effects for all three outcomes (each p<.001). Adjusted posttest sexual-satisfaction means were 102.75 in the intervention group and 78.60 in controls, a 24.15-point difference (F=39.35, partial η^2=.68). Adjusted self-criticism means were 79.72 and 112.43, respectively, a

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23216]

CC BY-NC 4.0

32.71-point lower score with treatment (F=45.61, partial η^2=.76). Adjusted metaworry means were 18.16 versus 22.34, a 4.18-point lower score in the intervention group (F=24.10, partial η^2=.51). Thus, the largest reported effect was for self-criticism, followed by sexual satisfaction and metaworry. All reported adjusted comparisons favored schema therapy: higher sexual satisfaction and lower self-criticism and metaworry. Baseline characteristics included age, education, number of losses, duration of marriage, and employment; no statistically significant between-group differences were reported. In the intervention group, 40% were aged 33–40 years and 66.7% were employed; in controls, 46.7% were aged 29–32 years and 53.3% were employed. Shapiro–Wilk results were nonsignificant across outcomes and groups (reported p values .182–.970); Levene tests were also nonsignificant (p=.060–.197). Tests of homogeneity of regression slopes were nonsignificant (p=.148–.251), and Box's M was nonsignificant (F=1.26, p=.257). These findings were taken to support the planned covariate-adjusted analyses.

Conclusion: In this small randomized trial, an eight-session schema-therapy program was associated with improved sexual satisfaction and reduced self-criticism and meta-worry among women with recurrent spontaneous pregnancy loss. The results suggest that addressing maladaptive schemas and emotional coping patterns could serve as a useful component in the psychological care of this group, potentially benefiting both mental health and marital intimacy. Interpretation should remain cautious because only 30 participants were analyzed, follow-up was not conducted, and miscarriage type and potentially confounding personal and socioeconomic characteristics were not controlled. Future trials should recruit larger and more diverse samples, distinguish relevant types and timing of pregnancy loss, include longer-term follow-up, and assess relationship outcomes from both partners. Consequently, these findings provide preliminary support for the utility of schema therapy rather than definite proof of long-term or broadly generalizable efficacy.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23216]

CC BY-NC 4.0

مقاله پژوهشی

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر فرانگرانی، خود انتقادی و رضایت جنسی زنان با تجربه سقط مکرر

ماندانا نیکنام[۱]✉ ، فهیمه خدامرادی[۲]

[۱] گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران
[۲]کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: سقط مکرر جنین بحرانی زیستی-روانی است که سلامت روان زنان و روابط زناشویی آن‌ها را به چالش می‌کشد. مواجهه با فقدان بارداری از طریق فعال‌سازی تله‌های شناختی و راهبردهای ناسازگار، به افت رضایت جنسی، خودانتقادی و فرانگرانی منجر می‌شود. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهبود رضایت جنسی و کاهش خودانتقادی و فرانگرانی در زنان با تجربه سقط مکرر اجرا شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان دارای سابقه حداقل دو بار سقط مکرر مراجعه‌کننده به مرکز درمان ناباروری ابن‌سینا در تهران (۱۴۰۲–۱۴۰۳) بودند. ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرحواره‌درمانی دریافت کرد و گروه کنترل در لیست انتظار ماند. ابزارها شامل مقیاس رضایت جنسی (ISS)، پرسش‌نامه فرانگرانی (MWQ) و مقیاس خودانتقادی (FSCRS) بود. داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌های حاصل از آزمون مانکووا نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری میان گروه‌های آزمایش و کنترل در ترکیب خطی متغیرهای وابسته وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). نتایج پژوهش نشان داد که اثربخشی مداخله طرحواره درمانی بر رضایت جنسی ($F=۳۹/۵$ و $p<۰/۰۵$) و بر فرانگرانی ($F=۲۴/۱۰$ و $p<۰/۰۵$) و خود انتقادی ($F=۴۵/۶۱$ و $p<۰/۰۵$) تایید شد.

نتیجه‌گیری: طرحواره‌درمانی با اصلاح طرحواره‌های ناکارآمد، فرانگرانی و خودانتقادی را کاهش و رضایت جنسی را افزایش می‌دهد؛ لذا استفاده از این رویکرد در مراکز درمانی و سلامت باروری توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: فرانگرانی، سقط مکرر خودبه‌خودی، طرحواره درمانی، خودانتقادی، رضایت جنسی

نویسنده مسئول:
ماندانا نیکنام
گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

پست الکترونیک:
m.niknam@khatam.ac.ir
تلفن: ۰۹۱۲۷۳۶۸۸۲۸ .
صندوق پستی: ۱۹۹۱۶۳۳۳۵۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۷/۲۰
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۰/۲۳
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۷

ارجاع:
نیکنام ماندانا، خدامرادی فهیمه. اثربخشی طرحواره‌درمانی بر فرانگرانی، خود انتقادی و رضایت جنسی زنان با تجربه سقط مکرر. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۵؛ ۳۴ (۸): ۵۷۳-۱۰۵۶۰.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23216]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

ناباروری و سقط مکرر مشکلات مهم فردی و اجتماعی هستند که می‌توانند فشارهای روانی گسترده‌ای ایجاد کنند (۱). ناباروری به ناتوانی در باردار شدن طی ۱۲ ماه نزدیکی محافظت‌نشده اشاره دارد (۲)، در حالی‌که بر اساس آخرین راهنمای انجمن باروری و جنین‌شناسی اروپا (ESHRE, 2023)، سقط مکرر خودبه‌خودی (RPL) به‌صورت از دست دادن دو بار یا بیشتر بارداری (که لزوماً نیازی به متوالی بودن آن‌ها نیست) پیش از رسیدن جنین به سن قابلیت حیات (معمولاً پیش از هفته بیستم تا بیست‌وچهارم بارداری) تعریف می‌شود. (۳). سقط مکرر همیشه به معنای ناباروری نیست، زیرا در این وضعیت بارداری رخ داده ولی حفظ نمی‌شود (۴). این اختلال ۱ تا ۲ درصد از زنان در سنین باروری را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۵) و در زنان بالای ۴۰ سال تا ۵۰ درصد گزارش شده است. سقط مکرر می‌تواند اولیه یا ثانویه باشد (۶) و پیامدهای روان‌شناختی مانند استرس، اضطراب، کاهش عزت‌نفس و نگرانی از جذابیت جنسی ایجاد می‌کند (۷،۸). فرانگرانی، مفهومی که برای اولین بار توسط ولز و متیوز (۹) مطرح شد، نشان‌دهنده ارزیابی‌های منفی درباره کنترل‌ناپذیری نگرانی است (۱۰) و معمولاً با باورهای فراشناختی منفی مانند نگرانی غیرقابل‌کنترل پیوند دارد (۱۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سابقه سقط جنین سطح اضطراب و فرانگرانی زنان را افزایش می‌دهد (۱۲). سقط جنین در هر مرحله‌ای می‌تواند اورژانس روانی محسوب شود و اغلب با واکنش‌های متضاد و اضطراب شدید همراه است (۱۳). زنان با تجربه سقط مکرر خودبه‌خودی نسبت به زنان دارای زایمان زودرس سطح بالاتری از استرس و نگرانی را تجربه می‌کنند (۱۴). از دیدگاه طرحواره‌درمانی، فرانگرانی می‌تواند با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مانند نقص/شرم و بی‌اعتمادی ارتباط داشته باشد (۱۵)، و اصلاح این الگوها می‌تواند به کاهش فرانگرانی کمک کند. با درنظر گرفتن اضطراب و نگرانی ناشی از تجربه‌های ناخوشایند گذشته مانند سقط جنین، روشن می‌شود که این عوامل می‌توانند به تشدید مشکلات روانشناختی زنان و بروز پیامدهای منفی در بارداری‌های بعدی منجر شوند. اضطراب دوران بارداری علل متعددی دارد؛ برای نمونه، زنان با شرایط پرخطر پزشکی نظیر فشارخون بالا یا دیابت ممکن است نگران اثرات این بیماری‌ها بر سلامت خود و جنین باشند (۱۶). زنانی‌که سابقه ناباروری یا مرده‌زایی دارند نیز نسبت به آینده فرزندآوری احساس تردید و نگرانی بیشتری نشان می‌دهند. همچنین نخستین تجربه مادری یا دغدغه‌های مربوط به نقایص مادرزادی و سلامت نوزاد از دیگر منابع اضطراب در این دوره محسوب می‌شوند (۱۷). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که سقط مکرر با افزایش شیوع افسردگی، اضطراب و استرس همراه است و غربالگری و مداخلات درمانی پس از سقط، به‌ویژه برای زنانی‌که قصد بارداری مجدد دارند، اهمیت زیادی دارد (۱۸). افزون بر این، فرزندآوری برای زوج‌هایی که در مراحل اولیه بارداری با از دست دادن جنین مواجه می‌شوند، فرایندی اضطراب‌زا و فشارآور است (۱۹). این شواهد ضرورت توجه ویژه به مراقبت‌های روانشناختی و درمانی در زنان مبتلا به سقط مکرر را برجسته می‌سازد. طبق پژوهش‌های انجام شده معمولاً زنانی‌که از مشکلات ناباروری و سقط جنین رنج می‌برند به دلیل ناباروری‌شان از خودانتقادی بالاتری نسبت به زنان بارور رنج می‌برند (۲۰) خودانتقادی به ارزیابی‌های مکرر و سخت‌گیرانه از خود، ناتوانی در رضایت از عملکرد و نگرانی مداوم درباره اشتباهات اشاره دارد (۲۱). با توجه به مؤلفه‌های خودانتقادی، احساس شرم و دلواپسی‌های مداوم در زنان دارای تجربه سقط جنین، به‌نظر می‌رسد یکی از هسته‌های اصلی مشکلات روان‌شناختی در این افراد، سطح بالای خودانتقادی است؛ عاملی که می‌تواند بر روابط زناشویی و به‌ویژه بر کیفیت رضایت جنسی آنان تأثیرگذار باشد (۲۲). بنابراین، زنان دارای تجربه‌ی سقط مکرر ممکن است نه‌تنها به دلیل سوگ از دست دادن جنین، بلکه به علت خودانتقادی و شرم درونی‌شده، دچار نارضایتی از رابطه جنسی شوند. رضایت جنسی به میزان خرسندی فرد از رابطه زناشویی، از جنبه‌های جسمی و عاطفی اشاره دارد (۱۳،۲۳) این متغیر نقش مهمی در کیفیت رابطه‌ی زناشویی دارد و اختلال در آن می‌تواند به نارضایتی، افسردگی و افت ارتباط هیجانی منجر شود (۲۴). مطالعه زربان و همکاران (۲۵) نشان داد که مشکلات پزشکی پس از سقط قانونی می‌تواند رضایت جنسی زنان را کاهش دهد. همچنین، کیمپورت و لیتلجوهن (۲۶) گزارش کردند که هرچند زنان پس از سقط نگرش مثبتی نسبت به رابطه جنسی حفظ می‌کنند، اما چالش‌های ارتباطی و زناشویی می‌تواند نارضایتی جنسی را در سال پس از سقط پیش‌بینی کند. طرحواره‌درمانی با تمرکز بر شناسایی طرحواره‌های

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23216]

ناسازگار اولیه و تغییر الگوهای شناختی و هیجانی، می‌تواند در بهبود مشکلات روان‌شناختی و روابط زناشویی نقش مؤثری ایفا کند. زمانی‌که یکی یا هر دو همسر سطوح بالایی از باورهای غیرمنطقی و افکار غیرقابل‌انعطاف دارند، میزان رضایت زناشویی آنان کاهش می‌یابد (۲۷). علاوه بر این، موقعیت‌های استرس‌زایی مانند ناباروری یا تجربه سقط مکرر می‌توانند طرحواره‌های ناسازگار را فعال کرده و زمینه‌ساز اضطراب، افسردگی، خودانتقادی و تعارضات بین‌فردی شوند. شناسایی و اصلاح این طرحواره‌ها و عوامل هیجانی مرتبط می‌تواند در بهبود رضایت زناشویی و کاهش پریشانی روانی مؤثر باشد (۲۸). طرحواره‌درمانی با افزایش آگاهی هیجانی، اصلاح باورهای غیرمنطقی و تقویت پذیرش هیجان، می‌تواند منجر به بهبود روابط بین‌فردی و رضایت جنسی شود (۲۹). با توجه به نقش باورهای بنیادین در پایداری نگرانی و اضطراب، می‌توان گفت این واکنش‌ها تنها سطحی نیستند، بلکه ریشه در ساختارهای عمیق‌تری از شناخت و هیجان دارند. از این منظر، رویکرد طرحواره‌درمانی می‌تواند چارچوبی مناسب برای درک و درمان فرانگرانی باشد. از آن‌جا که طرحواره‌های ناسازگار اولیه از عوامل زمینه‌ساز بروز فرانگرانی و خودانتقادی محسوب می‌شوند، اجرای طرحواره‌درمانی از طریق اصلاح این ساختارهای شناختی می‌تواند در کاهش فرانگرانی و افزایش رضایت جنسی زنان دارای تجربه مکرر سقط خودبه‌خودی جنین مؤثر واقع شود (۳۰). از این‌رو، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر رضایت جنسی، خودانتقادی و فرانگرانی در زنان دارای تجربه مکرر سقط خودبه‌خودی جنین است.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان دارای تجربه مکرر سقط خودبه‌خودی جنین بود که در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ به مرکز درمان ناباروری و سقط مکرر ابن‌سینا در شهر تهران مراجعه کرده بودند. جهت تعیین حجم نمونه، با توجه به ماهیت کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده، تعداد سه متغیر وابسته و استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، محاسبه حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار جی‌پاور (نسخه ۳.۱.۹.۷) و با درنظر گرفتن اندازه اثر متوسط برابر با ۰/۲۵ توان آزمون ۰/۸۰ و سطح خطای ۰/۰۵ انجام شد که حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر برآورد گردید؛ اما با پیش‌بینی احتمال ریزش نمونه‌ها، حجم نمونه اولیه ۳۶ نفر (۱۸ نفر در هر گروه) تعیین شد. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که با مراجعه به مرکز و کسب اجازه از مسئولین مربوطه، فراخوانی جهت شرکت در پژوهش نصب و اطلاع‌رسانی شد. در ابتدا ۱۰ نفر از زنان واجد شرایط اعلام آمادگی کردند و سپس با استفاده از روش گلوله‌برفی، از آن‌ها خواسته شد تا افراد دیگری را که با آن‌ها آشنا بوده و سابقه سقط مکرر داشتند معرفی نمایند که در نهایت طی بازه زمانی سه ماه، ۳۶ نفر حائز ملاک‌های ورود، رضایت کتبی خود را برای حضور در پژوهش اعلام کردند. سپس شرکت‌کنندگان با استفاده از روش تصادفی‌سازی بلوکی (با اندازه بلوک‌های ۴تایی) به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۸ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در طول اجرای پژوهش، ۳ نفر از گروه آزمایش (به‌دلیل غیبت بیش از دو جلسه) و ۳ نفر از گروه کنترل (به‌دلیل عدم تداوم همکاری در تکمیل پرسش‌نامه‌ها) ریزش داشتند و در نهایت پژوهش با ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) به پایان رسید که داده‌های حاصل از پیش‌آزمون و پس‌آزمون آن‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل دو سقط مکرر جنین، دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال، متأهل بودن، کسب نمره بالاتر از ۸۰ در پرسش‌نامه خودانتقادی، نمره پایین‌تر از ۸۳ در مقیاس رضایت جنسی، نداشتن بیماری‌های جسمی حاد یا اختلالات روان‌پزشکی شدید (بر اساس مصاحبه بالینی اولیه)، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی هم‌زمان و داشتن حداقل تحصیلات دیپلم بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی و عدم تمایل یا عدم تکمیل پرسش‌نامه‌ها در مراحل پیش‌آزمون یا پس‌آزمون بود.

ابزار گردآوری داده‌ها عبارت بودند از : مقیاس رضایت جنسی (Index of Sexual Satisfaction) (ISS) توسط هادسون و همکاران (۱۹۸۱) تدوین شده و شامل ۲۵ سؤال است که بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از ۰ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات این مقیاس از ۰ تا ۱۵۰ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر رضایت جنسی است. پایایی این مقیاس در مطالعه اصلی با آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی ۰/۹۳ گزارش شده است (۳۱). در ایران، غزنوی و نیکنام (۳۲) آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را گزارش کردند. در پژوهش حاضر، پایایی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23216]

CC BY-NC 4.0

ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برابر با ۰/۸۳ بود.

پرسش‌نامه فرانگرانی: پرسش‌نامه فرانگرانی توسط ولز (۳۳) تدوین شده و شامل ۷ گویه است که با مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات این ابزار از ۷ تا ۲۸ است. پایایی عامل فرانگرانی در مطالعه اصلی ۰/۸۱ گزارش شده است (۳۴). نسخه فارسی پرسش‌نامه توسط بهرامی و رضوان (۳۵) اعتباریابی شده و پایایی آن برای عامل فرانگرانی ۰/۶۸ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسش‌نامه سطوح خود انتقادی LOSC: (Levels of Self-Criticism Scale) توسط تامپسون و زاروف (۳۶) تدوین شده و شامل ۲۲ سؤال است که دو بعد خودانتقادی درونی‌شده و خودانتقادی مقایسه‌ای را می‌سنجد. نمره‌گذاری ابزار بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) انجام می‌شود. دامنه نمرات این مقیاس از ۲۲ تا ۱۵۴ است. لفای کرونباخ ابزار در مطالعه اصلی برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰ بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۴ (۳۶) و در مطالعات بعدی نیز اعتبار ساختاری و پایایی همسانی درونی مطلوب آن به تایید رسیده است (۳۷). در ایران، صادق‌زاده و همکاران (۳۸) پایایی ۰/۸۶ را گزارش کردند. در پژوهش حاضر، پایایی ابزار برابر با ۰/۸۱ به‌دست آمد. این پژوهش شامل دو مرحله مقدماتی و اصلی بود. هدف مرحله مقدماتی، آماده‌سازی ابزارهای پژوهش، بررسی اعتبار و پایایی آن‌ها، و دریافت کد اخلاق بود. در مرحله اصلی، پس از دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه و انجام مصاحبه بالینی اولیه، نمونه‌گیری از مراجعان مرکز درمان ناباروری و سقط مکرر ابن‌سینا انجام شد، ولی جلسات درمانی در مرکز مشاوره مادر برگزار گردید. در یک جلسه مقدماتی و توجیهی، اهداف پژوهش، نحوه اجرا، زمان‌بندی جلسات، اصل رازداری و مسائل اخلاقی با شرکت‌کنندگان مطرح شد و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از آنان اخذ گردید. سپس شرکت‌کنندگان بر اساس روش تصادفی‌سازی بلوکی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و پیش‌آزمون در مورد هر دو گروه اجرا شد. مداخله طرحواره‌درمانی بر اساس پروتکل جفری یانگ و همکاران در سال ۲۰۰۳ در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) طی تابستان ۱۴۰۳ در مرکز مشاوره مادر برای گروه آزمایش توسط روان‌شناس متخصص و دوره‌دیده اجرا گردید، در حالی که گروه کنترل در طول این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار داشت؛ البته به‌منظور رعایت اخلاق در پژوهش، پس از پایان مراحل پژوهش و اخذ پس‌آزمون، جلسات آموزشی فشرده‌ای برای گروه کنترل نیز برگزار شد. با توجه به ماهیت مداخلات روان‌شناختی، امکان کورسازی درمانگر و شرکت‌کنندگان وجود نداشت، اما پژوهش به‌صورت یک‌سویه‌کور اجرا شد؛ به این صورت که ارزیاب اجراکننده پرسش‌نامه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین تحلیل‌گر آماری داده‌ها، از تخصیص اعضا به گروه‌های آزمایش و کنترل کاملاً بی‌اطلاع بودند. پس از پایان جلسات درمانی، هر دو گروه مجدداً پرسش‌نامه‌ها را در مرحله پس‌آزمون تکمیل کردند و داده‌های حاصل با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) در نرم‌افزار آماری SPSS version 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در (جدول ۱) خلاصه‌ای از طرحواره درمانی بر اساس پروتکل درمانی یانگ (۳۹) که در پژوهش‌های بایرامی (۴۰) نیز مورد استفاده قرار گرفته آورده شده است:

نتایج

در (جدول ۲) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک دو گروه مداخله و کنترل آمده است. بررسی ویژگی‌های زمینه‌ای در (جدول ۲) نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر ویژگی‌های زمینه‌ای تفاوت آماری معناداری وجود نداشت و دو گروه دارای مشابهت و همگنی در زمینه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بودند. در (جدول ۳) آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش را به تفکیک گروه و مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. الگوی کلی داده‌ها بیانگر بهبود رضایت جنسی و کاهش خودانتقادی و فرانگرانی در گروه طرحواره‌درمانی نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون است. در (جدول ۴) نتایج بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره آمده است. مفروضه نرمال بودن متغیرها با آزمون شاپیرو-ویلک، مفروضه همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین، مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون با آزمون اثر تعاملی پیش‌آزمون و گروه بر نمره پس‌آزمون، و مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با آزمون ام باکس بررسی شد. نتایج (جدول ۴) نشان داد که پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23216]

CC BY-NC 4.0

برقرار است. بنابراین، برای بررسی اثربخشی مداخله طرحواره‌درمانی بر رضایت جنسی، خودانتقادی و فرانگرانی از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد و نتایج آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز در جدول ۵ گزارش شده است. نتایج (جدول ۵) نشان داد سطح معنی‌داری آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز کمتر از ۰/۰۵ بود (p<۰/۰۰۱).و به معنای تأیید اثربخشی مداخله طرحواره‌درمانی بر ترکیب خطی نمرات متغیرهای وابسته است (p<۰/۰۵). در (جدول ۶) نتایج آزمون آنکووا در متن مانکووا آمده است و اثربخشی مداخله طرحواره‌درمانی بر هرکدام از متغیرهای وابسته آزمون شده است. نتایج (جدول ۶) نشان داد که اثربخشی مداخله طرحواره‌درمانی بر تمامی متغیرهای وابسته یعنی رضایت جنسی، خودانتقادی و فرانگرانی تأیید شد (p<۰/۰۵). بررسی میانگین‌های تعدیل‌شده نشان داد مداخله طرحواره‌درمانی موجب افزایش رضایت جنسی و کاهش خودانتقادی و فرانگرانی در شرکت‌کنندگان شد. بررسی اندازه اثر نشان داد مداخله طرحواره‌درمانی بیشترین اثربخشی را به‌ترتیب بر خودانتقادی با اندازه اثر ۰/۷۶، رضایت جنسی با اندازه اثر ۰/۶۸ و فرانگرانی با اندازه اثر ۰/۵۱ داشت.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه	معرفی پژوهش‌گر و اعضا و بررسی اهداف، تمرکز بر تاریخچه زندگی، اجرای پیش‌آزمون و آغاز آموزش تکلیف خانگی. این فرایند را با ارائه منطق استفاده از تصویرسازی ذهنی برای بیماران، شروع می‌کنیم: "تصویرسازی ذهنی به ما کمک می‌کند تا طرحواره را درک کنیم، ریشه‌های تحولی آن‌ها را بشناسیم و این طرحواره‌ها را به مشکلات فعلی ربط بدهیم.	برانگیختن طرحواره‌ها از طریق تصویرسازی ذهنی، دیالوگ‌ها، و تمرین‌های کودک درونی
جلسه دوم	آموزش در مورد طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای	آشنایی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه، توضیح سبک‌های مقابله‌ای درمان‌گر طی فرایند سنجش، مدل طرحواره‌ای را به بیمار آموزش می‌دهد. بیماران می‌توانند از طریق بحث و تبادل نظر، خود مشاهده‌گری و خواندن کتاب‌هایی در این زمینه، درباره مدل طرحواره‌ای، مطالب ارزشمندی را یاد بگیرند.	مرور پرسش‌نامه‌های مختلف طرحواره
جلسه سوم	راهبردهای شناختی	ارائه منطق فنون شناختی، استعاره جنگ، تعریف جدید از شواهد تهدیدکننده طرحواره. این مرحله، راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری، و بین فردی را دربر می‌گیرد که هدفشان اصلاح طرحواره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌هاست.	-آزمون اعتبار طرحواره شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره در طول زندگی -قالب‌بندی مجدد شواهد تأییدکننده طرحواره -ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای در قبال هر طرحواره
جلسه چهارم	فنون‌های شناختی	تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، آموزش تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی	استفاده از کارت یادآور
جلسه پنجم	راهبردهای تجربی	ارائه منطق فنون‌های تجربی و اهداف تصویرسازی ذهنی، ربط‌دادن تصاویر ذهنی گذشته به زمان حال. برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرحواره های ناسازگار اولیه و (ب) باز والدینی بیمار به‌منظور بهبود هیجان‌ها و ارضا نسبی نیازهای برآورده نشده دوران کودکی	-تصویرسازی تجارب آسیب‌زننده -انجام گفتگوهای تجسمی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23216]

CC BY-NC 4.0

جلسه ششم	الگوشکنی رفتاری	بررسی تکالیف جلسه قبلی و گرفتن بازخورد از اعضا، ارائه منطق فنون های رفتاری، افزایش انگیزه جهت تغییر رفتار و ارائه تکلیف. الگوشکنی رفتاری باعث می‌شود بیمار از طرحواره فاصله بگیرد و به او کمک می‌کند تا به‌جای اینکه طرحواره ها را به‌عنوان حقیقت مسلم در درباره خود بنگرد، و آن را به‌صورت موجود مزاحم نگاه کند	استفاده از رابطه درمانی برای تعدیل طرحواره به این صورت که فرد باید به‌جای الگوهای رفتاری طرحواره، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد
جلسه هفتم	فنون های رفتاری	بررسی تکالیف جلسات گذشته و گرفتن بازخورد، ایجاد تغییرات مهم در زندگی و در پایان ارائه تکلیف.	تکمیل یادداشت‌ها در ارتباط با طرحواره
جلسه هشتم	جمع‌بندی مطالب گذشته	بررسی تکالیف جلسه قبل، جمع‌آوری و نتیجه‌گیری نهایی پس‌آزمون و ختم جلسات.	

جدول۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان به تفکیک گروه مداخله و کنترل

متغیر	طبقه	گروه طرحواره درمانی تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)
سن	بین ۲۵ تا ۲۸ سال	تعداد (درصد) (۲۶/۷)۴	تعداد (درصد) (۲۶/۷)۴
	بین ۲۹ تا ۳۲ سال	۵ (۳/۳۳)	(۴۶/۶)۷
	بین ۳۳ تا ۴۰ سال	۶ (۴۰)	(۲۶/۷)۴
سطح تحصیلات	لیسانس و کمتر از آن	(۳/۳۳)۵	(۳۳/۳)۵
	فوق‌لیسانس	(۴۰)۶	(۳۳/۳)۵
	دکتری	(۲۶/۷)۴	(۳۳/۳)۵
تعداد سقط	۲ بار	(۳۳/۳)۵	(۳۳/۳)۵
	۳ بار	(۵۳/۳)۸	(۴۰)۶
	بیش از ۳ بار	۲ (۱۳/۳)	(۲۶/۷)۴
مدت ازدواج	کمتر از ۵ سال	(۱۳/۳)۲	۲ (۱۳/۳)
	۵ تا ۷ سال	(۲۶/۷)۴	(۴۰)۶
	۷ تا ۱۰ سال	(۲۶/۷)۴	(۲۰)۳
	بیشتر از ۱۰ سال	(۳۳/۳)۵	(۲۶/۷)۴
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	(۳۳/۳)۵	(۴۶/۷)۷
	شاغل	(۶۶/۷)۱۰	(۵۳/۳)۸

جدول ۳: آماره های توصیفی متغیرها به تفکیک گروه ها و مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	میانگین (انحراف استاندارد)			
	گروه طرحواره درمانی		گروه کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
رضایت جنسی	۷۶/۰۰(۱۸/۵۱)	۱۰۳/۶۰(۲۸/۵۷)	۷۷/۳۹(۲۰/۳۸)	۷۸/۹۲(۱۷/۸۷)
خودانتقادی	۱۱۴/۵۰(۲۶/۷۰)	۸۰/۳۶(۲۳/۳۱)	۱۱۲/۵۴(۲۵/۶۰)	۱۱۳/۲۵(۲۷/۱۶)
فرانگرانی	۲۲/۱۶(۴/۷۹)	۱۷/۲۳(۵/۴۸)	۲۳/۰۴(۵/۹۷)	۲۲/۴۱(۴/۷۵)

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23216]

CC BY-NC 4.0

جدول ۴: بررسی پیش فرض های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره

متغیرها	نرمال بودن با آزمون شاپیرو-ویلک				همگنی واریانس ها		همگنی شیب خط رگرسیون		آزمون ام باکس
	گروه طرحواره درمانی		گروه کنترل						
	آماره	مقدار p	آماره	مقدار p	مقدار F	مقدار p	مقدار F	مقدار p	
رضایت جنسی	۰/۹۷۰	۰/۸۳۷	۰/۹۲۱	۰/۱۸۲	۲/۶۸	۰/۱۱۲	۱/۴۳	۰/۲۵۱	F=۱/۲۶
خودانتقادی	۰/۹۸۱	۰/۹۷۰	۰/۹۳۹	۰/۳۷۷	۳/۸۳	۰/۰۶۰	۱/۶۵	۰/۲۱۰	p=۰/۲۵۷
فرانگرانی	۰/۹۵۹	۰/۶۵۱	۰/۹۴۴۳	۰/۴۴۰	۱/۷۴	۰/۱۹۷	۲/۰۴	۰/۱۴۸	

جدول ۵: نتایج آزمون های چندمتغیره لامبدای ویلکز به منظور بررسی اثربخشی مداخله بر ترکیب خطی نمرات

نوع آزمون	ارزش	آماره F	درجه آزادی	مقدار p	مجذور جزئی اتا
لامبدای ویلکز	۰/۲۶۹	۱۴/۲۴	۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۱

جدول۶: آزمون آنکووا در متن مانکووا به منظور بررسی اثربخشی مداخله مهارت های طرحواره درمانی بر متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	میانگین پس آزمون تعدیل شده			میانگین مجذورات	درجه آزادی	آماره F	مقدار p	اندازه اثر (مجذور اتا)
	مداخله	کنترل	اختلاف					
رضایت جنسی	۱۰۲/۷۵	۷۸/۶۰	۲۴/۱۵	۱۲۰۶/۲۹	۱	۳۹/۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
خودانتقادی	۷۹/۷۲	۱۱۲/۴۳	-۳۲/۷۱	۱۶۱۰/۵۷	۱	۴۵/۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۶
فرانگرانی	۱۸/۱۶	۲۲/۳۴	-۴/۱۸	۴۱۳/۲۸	۱	۲۴/۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۱

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که مداخله طرحواره‌درمانی منجر به بهبود معنادار در رضایت جنسی، کاهش خودانتقادی و کاهش فرانگرانی در زنان دارای تجربه سقط مکرر خودبه‌خودی شده است. یافته‌ی حاضر با نتایج پژوهش‌های رحیمی و بزازیان (۲۹) و ادیب‌کیا و همکاران (۲۷) همسو است که گزارش کردند طرحواره‌درمانی از طریق بهبود تنظیم هیجان و بازسازی باورهای ناکارآمد، موجب ارتقای روابط عاطفی و زناشویی می‌شود. برخی پژوهش‌ها از جمله کیمپورت و لیتلجوهن (۲۶) نشان داده‌اند که پس از سقط، نگرش مثبت زنان به روابط جنسی ممکن است حفظ شود، اما رفتارهای اجتنابی یا تغییر در تمایلات جنسی مردان می‌تواند رضایت زنان را کاهش دهد. نبود بررسی متغیرهای زوجی مانند رضایت همسر یا کیفیت رابطه‌ی دوطرفه، ممکن است شدت اثر مشاهده‌شده را تحت تأثیر قرار داده باشد. در همین راستا، تجربه‌ی سقط مکرر خودبه‌خودی می‌تواند به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم رضایت جنسی زنان را کاهش دهد. احساس شرم بدنی، اضطراب عملکردی و ترس از بارداری مجدد از پیامدهای شایع روان‌شناختی پس از سقط هستند که به اجتناب یا کاهش لذت جنسی می‌انجامند. بر اساس نظریه‌ی طرحواره‌ها (۱۶)، این تجارب می‌توانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه مانند نقص/شرم، شکست، بی‌ارزشی و محرومیت هیجانی را فعال کنند. در چنین وضعیتی، زنان بدن خود را منبع ضعف یا ناتوانی تلقی کرده و رابطه‌ی جنسی را با اضطراب، احساس گناه یا بی‌کفایتی همراه می‌سازند. طرحواره‌درمانی با هدف اصلاح این باورهای بنیادین و ایجاد طرحواره‌های سالم‌تر، به افزایش پذیرش بدنی، بازسازی احساس ارزشمندی و تقویت نگرش مثبت نسبت به صمیمیت زناشویی کمک می‌کند (۲۹،۳۰). در نتیجه، بهبود خودپذیری و تنظیم هیجان در سطح فردی، همراه با افزایش اعتماد و ارتباط هیجانی در سطح زوجی، به ارتقای رضایت جنسی منجر می‌شود. به‌عبارتی، تغییر در ساختارهای شناختی و هیجانیِ زیربنایی واسطه‌ی اصلی اثر طرحواره‌درمانی بر رضایت جنسی زنان دارای تجربه‌ی سقط

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23216]

مکرر است. یافته‌ی مربوط به تأثیر طرحواره‌درمانی بر خودانتقادی زنان دارای تجربه‌ی مکرر سقط، با مبانی نظری این رویکرد هم‌راستا است و با نتایج پژوهش‌های یانگ (۱۶) و رحیمی و بزازیان (۲۹) هم‌سو هستند که هر دو بر نقش تغییر باورهای زیربنایی و بازسازی شناختی در کاهش خودانتقادی و بهبود روابط بین‌فردی تأکید کرده‌اند. همچنین با یافته‌های لوو و همکاران (۲۱) هم‌جهت است که نشان دادند خودانتقادی یکی از مهم‌ترین پیامدهای ناکامی در ایفای نقش‌های جنسیتی و والدینی در زنان است . زنانی که بارها تجربه‌ی سقط خودبه‌خودی را پشت سر گذاشته‌اند، معمولاً دچار الگوهای فکری خودسرزنشگرانه می‌شوند؛ آن‌ها شکست در بارداری را بازتابی از ناتوانی یا نقص شخصی تلقی می‌کنند و جملاتی مانند «من مقصرم»، «بدنم ناتوان است» یا «زن خوبی نیستم» را در ذهن تکرار می‌کنند. این باورها ریشه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارند، به‌ویژه طرحواره‌های نقص/شرم، شکست و معیارهای سخت‌گیرانه که به احساس بی‌ارزشی، شرم درونی و نارضایتی از خود منجر می‌شوند (۱۶،۲۱) طرحواره‌درمانی از طریق شناسایی منشأ اولیه‌ی این طرحواره‌ها معمولاً در روابط والدینی کنترل‌گر یا فاقد پذیرش و به‌کارگیری فنونی مانند صندلی داغ، گفت‌وگوی خیالی، بازسازی شناختی و تصویرسازی مجدد، به مراجع کمک می‌کند تا از دیدگاه منتقد درونی فاصله بگیرد و رابطه‌ای مهربانانه‌تر، پذیراتر و واقع‌بینانه‌تر با خود برقرار کند (۲۹،۳۰) این فرآیند، به تدریج الگوهای شناختی خودانتقادانه را به الگوهای خودهمدلانه تبدیل کرده و احساس کفایت و ارزشمندی فرد را تقویت می‌کند. در نتیجه، کاهش خودانتقادی در این گروه از زنان نه تنها منجر به بهبود سلامت روان و کاهش احساس شرم می‌شود، بلکه از طریق بازسازی نگرش فرد به خود، زمینه‌ی افزایش صمیمیت و رضایت زناشویی را نیز فراهم می‌سازد. درنهایت یافته‌ها نشان دادند که طرحواره‌درمانی بر فرانگرانی زنان دارای تجربه سقط مکرر تاثیر دارد. با نتایج پژوهش‌های بوترهوون دی‌هان و همکاران (۳۰) و رحیمی و بزازیان (۲۹) هم‌سو است که هر دو نشان داده‌اند مداخلات طرحواره‌درمانی از طریق اصلاح باورهای ناکارآمد و افزایش پذیرش هیجان، موجب کاهش اضطراب و نگرانی می‌شوند. همچنین، نوردال و همکاران (۱۰) تأکید کرده‌اند که باورهای فراشناختی منفی درباره‌ی کنترل‌ناپذیری اضطراب، از طریق فعال شدن طرحواره‌های آسیب‌پذیری و بی‌اعتمادی تقویت می‌شوند و اصلاح این طرحواره‌ها می‌تواند در کاهش فرانگرانی نقش مستقیم داشته باشد. این یافته را می‌توان بر اساس مدل فراشناختی ولز و متیو (۹) و نظریه طرحواره‌های یانگ (۱۶) تبیین کرد. زنان پس از تجربه‌های مکرر سقط، علاوه بر نگرانی نسبت به سلامت جسمی یا امکان بارداری مجدد، از خودِ نگرانی‌شان نیز می‌ترسند و نسبت به آن ارزیابی‌های منفی دارند؛ برای نمونه، جملاتی مانند «چرا نمی‌توانم افکارم را کنترل کنم؟» یا «نکنه دارم دیوونه می‌شم؟» نشان‌دهنده سطح دوم نگرانی یا فرانگرانی است که در هسته اختلال اضطراب فراگیر قرار دارد. براساس دیدگاه طرحواره‌درمانی، این نوع نگرانی اغلب از طرحواره‌هایی مانند بی‌اعتمادی/بدرفتاری، آسیب‌پذیری در برابر ضرر، نقص/شرم و کنترل‌گری ریشه می‌گیرد (۱۰). طرحواره‌درمانی با شناسایی این الگوهای شناختی و هیجانی و استفاده از تکنیک‌هایی مانند گفت‌وگوی درونی، بازسازی صحنه‌های کودکی و صندلی خالی، به فرد کمک می‌کند تا منشأ باورهای نادرست درباره‌ی اضطراب را بشناسد و آن‌ها را بازسازی کند. در نتیجه، فرد می‌آموزد به‌جای سرکوب نگرانی یا اجتناب از آن، نگرانی را به‌عنوان یک تجربه ذهنی قابل‌مدیریت بپذیرد. در نتیجه، این تغییر در رابطه‌ی فرد با افکار و هیجانات، نه‌تنها به کاهش اضطراب ثانویه و بهبود تنظیم شناختی منجر می‌شود، بلکه پایداری اثر درمانی طرحواره‌درمانی را نیز تضمین می‌کند. پژوهش حاضر با چند محدودیت همراه بود که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. از آن‌جا که انواع سقط مکرر (اولیه و ثانویه، زودرس و دیررس) در نمونه پژوهش تفکیک نشده بود، ممکن است تفاوت در نوع و زمان سقط بر واکنش‌های روانی و در نتیجه بر یافته‌ها تأثیر گذاشته باشد. همچنین به دلیل محدودیت زمانی، مطالعه پیگیری برای بررسی ماندگاری اثرات مداخله انجام نشد که این امر می‌تواند ارزیابی پایداری نتایج را محدود کند. علاوه بر این، کنترل‌نشدن برخی متغیرهای مزاحم مانند ویژگی‌های شخصیتی، شرایط اجتماعی و اقتصادی شرکت‌کنندگان، احتمالاً بر نتایج تأثیرگذار بوده است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی تأثیر معناداری بر بهبود رضایت جنسی، کاهش خودانتقادی و

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23216]

CC BY-NC 4.0

کاهش فرانگرانی در زنان دارای تجربه سقط مکرر خودبه‌خودی داشته است. این نتایج نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی از طریق شناسایی و اصلاح باورهای ناکارآمد و افزایش پذیرش هیجانی، می‌تواند به ارتقای روابط زناشویی و سلامت روانی این گروه از زنان کمک کند. در نتیجه، طرحواره‌درمانی می‌تواند رویکرد مؤثری برای بهبود کیفیت زندگی زناشویی و کاهش مشکلات روان‌شناختی ناشی از سقط مکرر باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با بررسی انواع مختلف سقط و استفاده از دوره‌های پیگیری، اثربخشی این مداخله را در بلندمدت ارزیابی کنند.

سپاس‌گزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی فهیمه خدامرادی در دانشگاه خاتم است. نویسندگان از همکاری شرکت‌کنندگان و کادر مرکز درمان ناباروری ابن‌سینا و مرکز مشاوره مادر صمیمانه قدردانی می‌نمایند.

حامی مالی

ندارد.

تعارض در منافع

وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه خاتم تایید شده است (کد اخلاق:IR.SBU.REC.1403.157). جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، بر محرمانه بودن هویت و اطلاعات به‌دست‌آمده تأکید شد و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد هیچ فشار و اجباری برای ادامه مشارکت در پژوهش وجود ندارد.

اظهارنامه استفاده از فناوری هوش مصنوعی

در ارائه ایده ، طراحی و نگارش مقاله از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

دسترس‌پذیری داده ها

داده های خام این مطالعه از طریق درخواست از نویسنده مسئول ارائه خواهد شد.

مشارکت نویسندگان

ماندانا نیکنام در ارائه ایده، طراحی مطالعه و تجزیه و تحلیل داده‌ها، و فهیمه خدامرادی در جمع‌آوری داده‌ها مشارکت داشته‌اند؛ همچنین همه نویسندگان در تدوین، ویرایش اولیه و نهایی مقاله و پاسخگویی به سوالات مرتبط با مقاله سهیم هستند.

References:

1. Eleje GU, Oguejiofor CB, Oriji SO, Ekwuazi KE, Ugwu EO, Igbodike EP, et al. ***Depression, anxiety, and stress and adverse pregnancy outcomes in pregnant women with history of recurrent pregnancy loss in Nigeria***. Int J Psychiatry Med. 2024; 59(3): 303-24.

2. American Society for Reproductive Medicine. ***Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: A committee opinion***. Fertil Steril. 2020; 113(3): 533-5.

3. ESHRE Guideline Group on RPL. ***ESHRE guideline: Recurrent pregnancy loss***. Hum Reprod Open. 2023; 2023(2): hoad002.

4. Lima J, Guerreiro J, Ângelo-Dias M, Serra SS, Costa T, Marto N, et al. ***Efficacy of therapeutic interventions for idiopathic recurrent pregnancy loss: a systematic review and network meta-analysis***. Front Med. 2025; 12: 1569819.

5. Woolner AM, Raja EA, Bhattacharya S, Danielian P, Bhattacharya S. ***Inherited susceptibility to miscarriage: a nested case-control study of 31,565 women from an intergenerational cohort***. Am J Obstet Gynecol. 2020; 222(2): 168.e1-168.e8.

6. Nouri N, Ghasemi Hasemi FS, Dehghan J, Ghasemi M. ***Frequency of various factors affecting pregnancy loss in patients with history of recurrent pregnancy loss in Sistan and Balouchestan province, 2017-2018***. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2023; 26(3): 16-24.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23216]

7. Mergl R, Quaatz SM, Lemke V, Allgaier AK. ***Prevalence of depression and depressive symptoms in women with previous miscarriages or stillbirths–A systematic review***. J Psychiatr Res. 2024; 169: 84-96.

8. Shetty A, Issac A, Dhiraaj S, Vr V, Thimappa L, Balakrishnan D, et al. ***Global prevalence of post-miscarriage anxiety, depression, and stress: a systematic review and meta-analysis***. J Glob Health. 2025; 15: 04245.

9. Wells A, Matthews G. ***Attention and emotion: A clinical perspective***. Erlbaum; 1994.

10. Nordahl H, Strand ER, Hjemdal O, Nordahl HM. ***Is meta-worry relevant to interpersonal problems? Testing the metacognitive model of generalized anxiety disorder in an analogue-and a clinical sample of GAD***. Cogn Behav Ther. 2024; 53(5): 455-66.

11. Improvisato P, Trouillet R, Schuldiner S, Luquiens A, Hamonnière T, Donnadieu H, et al. ***Role of Worry in Addiction: Implication of Metacognitive Beliefs and Type 2 Worry***. Clin Psychol Psychother. 2024; 31(5): e3048.

12. Khoda T, Ghiyashi Shahambadi M, Goli HA. ***Comparison of the Effectiveness of Faraj Metacognitive Counseling in Virtual and In-person Forms on Anxiety and Meta-worry in Women with a History of Miscarriage***. National Midwifery and Women's Health Conference (on the Occasion of 100 Years of Academic Midwifery in Iran), Mashhad. 2019.

13. Mohammadkhani S, Ghasemi N, Sorkhani TM, Bokaie M. ***Effect of online problem-solving counseling on the sexual anxiety and intimacy of women with recurrent pregnancy loss: A clinical trial***. Int J Reprod Biomed. 2024; 22(9): 717.

14. Preis H, Mahaffey B, Heiselman C, Lobel M. ***Pandemic-related pregnancy stress and anxiety among women pregnant during the coronavirus disease 2019 pandemic***. Am J Obstet Gynecol MFM. 2020; 2(3): 100155.

15. Wells A. ***Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder***. Behav Cogn Psychother. 1995; 23(3): 301-20.

16. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. ***Schema therapy: a practitioners' guide***. 5th ed. Translated by: Hamidpour H, Andouz Z. Tehran: ARJMAND; 2022.

17. Conde A, Costa R, Figueiredo B. ***Anxiety and depressive symptoms effects on cortisol trajectories from pregnancy to postpartum: Differences and similarities between women and men***. Horm Behav. 2021; 128: 104917.

18. Issakhanova A, Issanov A, Ukybassova T, Kaldygulova L, Marat A, Imankulova B, et al. ***Depression, anxiety, and stress in Kazakhstani women with recurrent pregnancy loss: a case–control study***. J Clin Med. 2023; 12(2): 658.

19. Raghavan D, Natarajan J, Seshan V, Alsaraireh A. ***Impact of recurrent pregnancy loss on depression, anxiety and fertility related stress in Omani women: A cross-sectional survey***. Afr J Reprod Health. 2024; 28(1): 13-21.

20. Shafaghi M, Ahmadinezhad GS, Karimi FZ, Mazloum SR, Golbar Yazdi HZ, Afiat M. ***The effect of supportive counseling on self-esteem of infertile women after in vitro fertilization (IVF) failure: a randomized controlled trial study***. BMC Psychol. 2024; 12(1): 408.

21. Loew CA, Schauenburg H, Dinger U. ***Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis***. Clin Psychol Rev. 2020; 75: 101808.

22. Cuenca D. ***Pregnancy loss: Consequences for mental health***. Front Glob Womens Health. 2023; 3: 1032212.

23. Zareei S, Soleimani E, Zeynali S. ***Comparison of Basic Psychological Needs, Pregnancy Anxiety, And Sexual Satisfaction in Pregnant Women with And Without History of Abortion in Javanroud City***. Nurs Midwifery J. 2021; 19(4): 338-48.

24. Park Y, MacDonald G. ***Single and partnered individuals' sexual satisfaction as a function of sexual desire and activities: Results using a sexual satisfaction scale demonstrating measurement invariance across partnership status***. Arch Sex Behav. 2022; 51(1): 547-64.

25. Zareba K, La Rosa VL, Ciebiera M, Makara-Studzińska M, Commodari E, Gierus J. ***Psychological effects of abortion. An updated narrative review***. East J Med. 2020; 25(3): 477-83.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23216]

26. Kimport K, Littlejohn KE. ***What are we forgetting? Sexuality, sex, and embodiment in abortion research***. J Sex Res. 2021; 58(7): 863-73.

27. Adibkia A, Emamipour S, Keshavarzi Arshadi F, Mohammadkhani P. ***The relationship between irrational beliefs and the marital satisfaction based on the mediating role of the conflict resolution behavior and the marital stress***. Pract Clin Psychol. 2022; 10(3): 225-32.

28. Zamani Nia F, Asghari MJ, Samari A. ***Comparing the effectiveness of Emotion-focused therapy and schema therapy on feelings of loneliness and emotional divorce of infertile women***. Res Clin Psychol Couns. 2024; 14(1): 23-42.

29. Rahimi Z, Bazazian S. ***The efficacy of schema therapy on emotion regulation and stress reduction in women candidates for IVF (artificial insemination)***. J Psychol Sci. 2023; 22(131): 207-23.

30. Boterhoven de Haan KL, Fassbinder E, Hayes C, Lee CW. ***A schema therapy approach to the treatment of posttraumatic stress disorder***. J Psychother Integr. 2019; 29(1): 54.

31. Hudson WW, Harrison DF, Crosscup PC. ***A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships***. J Sex Res. 1981; 17(2): 157-74.

32. Ghaznavi khazarabadi F, Niknam M. ***The Effectiveness of emotionally-focused couple therapy on the style of attachment and sexual satisfaction of couples***. J Birjand Univ Med Sci. 2019; 26(3): 213-25.

33. Wells A. ***The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder***. Cogn Ther Res. 2005; 29(1): 107-21.

34. Wells A. ***A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory***. Anxiety Stress Coping. 1994; 6(4): 289-99.

35. Bahrami F, Rezvan S. ***Relationship between Anxious Thoughts and Metacognitive Beliefs in High School Students with Generalized Anxiety Disorder***. IJPCP. 2007; 13(3): 249-55.

36. Thompson R, Zuroff DC. ***The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism***. Pers Individ Dif. 2004; 36(2): 419-30.

37. Yamaguchi A, Kim MS. ***Effects of self-criticism and its relationship with depression across cultures***. Int J Psychol Stud. 2013; 5(1): 1.

38. Sadeghzadeh M, Askari Z, Khormaei F. ***The relationship between self-criticism and sensitivity to rejection with psychological distress in female students: Mediating role of self-silencing***. Womens Stud Sociol Psychol. 2022; 20(2): 127-55.

39. Young JE. ***Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach***. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1999.

40. Bayrami H. ***The effectiveness of therapeutic schemas on reducing marital conflicts and increasing mental health***. Master's thesis. Clinical psychology; Islamic Azad University, Garmsar Branch; 2014.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23216]

CC BY-NC 4.0