فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۵، شماره ۱۹، زمستان سال ۱۴۰۱

مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اضطراب کرونا و افراد عادی

*پریسا صابری مهرفروزانی[۱]، مریم نوروزی[۲]، نگین رحمانی[۳]، خدیجه مصباح[۴]

چکیده

زمینه و هدف: کرونا و اضطراب ناشی از آن جهان را با چالش‌های جدی رو برو کرده است. به نظر می‌رسد، افراد مستعد، آسیب‌های بیشتری را در برابر این بیماری، تجربه می‌کنند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به‌اضطراب کرونا و افراد عادی انجام گرفت. روش بررسی: این پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای بود و جامعه پژوهش را کلیهٔ افراد عادی و مبتلا به اضطراب کرونا در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌داد. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر آزمودنی زن و مرد (۳۰ نفرعادی و ۳۰ نفر مبتلا به اضطراب کرونا) بین سنین ۱۸ تا ۴۰ سال بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به منظور اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از پرسشنامهٔ مقیاس اضطراب بیماری کرونا و فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحواره‌های ناسازگار یانگ استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و به روش تحلیل دو گروه مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه به طور معناداری در گروه افراد دارای اضطراب کرونا بالاتر می‌باشد ($p=۰.۰۴$). همچنین طرحواره‌های ترک شدن ($p=۰.۰۴۹$)، معیارهای ناعادلانه ($p=۰.۰۱۵$) و بدبینی- نگرانی($p=۰.۰۲۷$) به طور معناداری در افراد دارای اضطراب کرونا بالاتر می‌باشد. نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره‌های معیارهای ناعادلانه و بدبینی/ نگرانی در افراد دارای اضطراب کرونا بیشتر می‌باشد. لذا برای کاهش اضطراب کرونا می‌توان بر روی این دو طرحواره، اقدامات درمانی انجام داد.

کلیدواژه‌ها: کرونا، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اضطراب، اضطراب کرونا

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران (نویسنده مسئول)
parisasaberymehr1365@gmail.com
[۲] کارشناسی مشاوره، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد سپاهان شهر، دانشگاه شهید اشرفی اصفهانی، سپاهان¬شهر، ایران
[۳] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، فارس، ایران
[۴] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

۱ مقدمه

شیوع بیماری کرونا، جهان را با مسائل اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و آسیب‌های روانی جدیی روبرو کرده است (چیت سازقمی، ۱۳۹۹). از طرفی سرعت شروع، تلفات و مرگ و میر ناشی از این بیماری، عدم شناسایی درمان‌های دارویی موثر و وضعیت نامطلوب مراقبت از بیماران، سیستم بهداشت و درمان را به چالش کشیده است (ژیانگ[۱] و همکاران، ۲۰۲۰؛ بو[۲] و همکاران، ۲۰۲۱).

از منظر روانشناختی، بیماری‌های واگیردار[۳]، علاوه بر به خطر انداختن جان انسان، آسیب‌های جسمانی و روانی (اوهند[۴] و همکاران، ۲۰۰۷)، زیان‌های مالی (بالارد[۵] و همکاران، ۲۰۰۵) را نیز به دنبال دارند. ناشناخته بودن مدت و نوع پیشرفت بیماری نیز، نگرانی نسبت به ابتلا و عدم کنترل بیماری را به ویژه در افراد مستعد و دارای بیماری‌های زمینه‌ای، افزایش می دهد. این آشفتگی در بیماران، بر لزوم اجرای مداخلات روانی تاکید دارد (هانگ و ژائو[۶]، ۲۰۲۰). از طرفی انجام قرنطینه خانگی و فاصله گذاری اجتماعی و تعطیلی بسیاری از اجتماعات و محدودیت ارتباط با نزدیکان و دوستان (اندرسون[۷] و همکاران، ۲۰۲۰) و همچنین تعطیلی بسیاری از مراکز تفریحی، منع سفر و نگرانی به تهیه ملزومات اولیه بهداشتی و غذایی، در فرایند طبیعی زندگی انسانی با ایجاد وحشت و ترس تعمیم یافته تداخل ایجاد نموده اضطراب و سردرگمی را در افراد افزایش داده است (دانگ و بوئی[۸]، ۲۰۲۰).

سوگ ناشی از کرونا نیز منجر به شکل گیری اندوه اجتماعی[۹] شده است. چرا که، علی رغم درگیری مستقیم افراد به یک بیماری جسمانی، با خسارات ناشی از پیامدهای روانی بیماری نیز مواجه بوده و نوعی اندوه مشترک اجتماعی شکل گرفته است (ویر[۱۰]، ۲۰۲۰). این درحالیست که افراد مواجه با سوگ، امکان عزاداری و تخلیه هیجانات منفی را نداشته و تحت فشار روانی مرگ عزیزان قرار گرفته و بدون دریافت حمایت اجتماعی رها می‌شوند (فراهتی، ۱۳۹۹). همچنین در فرایند همه‌گیری[۱۱] کرونا بسیاری از مشاغل تعطیل و نیمه تعطیل شده و عده کثیری با ضررهای مالی شدیدی روبرو شده‌اند به‌گونه‌ای که به اضطراب و پریشانی اقتصادی دامن زده است (بروکس[۱۲] و همکاران، ۲۰۲۰).

لذا با توجه به عدم برنامه‌ریزی و نبود فرایندهای حمایتی اقتصادی و اجتماعی کافی، تغییرات ایجاد شده در سبک زندگی[۱۳] افراد در زمان اپیدمی کرونا، اضطراب و فشار روانی شدیدی را بر افراد وارد نموده (ویر ، ۲۰۲۰) و افراد را نسبت به اختلال‌های روانی آسیب پذیر می‌کند. همچنین منجر به تشدید حساسیت و اضطراب افراد، نسبت به ابتلا و مرگ می‌شود. که این امر نیز نهایتا با افزایش طول مدت درگیری با بیماری و تغییرات در روند بهبودی افراد همراه است (لی[۱۴] و همکاران، ۲۰۲۰).

---

[1] Xiang
[2] Bo
[3] contagious diseases
[4] Ouwehand
[5] Ballard
[6] Huang& Zhao
[7] Anderson
[8] Dong & Bouey
[9] Social sadness
[10] Weir
[11] Epidemic
[12] Brooks
[13] life style
[14] Li

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

بنابراین می‌توان گفت بیماری کرونا منجر به ایجاد اضطراب در سطح جامعه شده است (یانگ[1] و همکاران، ۲۰۲۰، ژانگ[2] و همکاران، ۲۰۲۰) که شایع‌ترین علامت روانشناختی مرتبط با این بیماری شناخته می‌شود (آبراموویتز و برادوک[3]،۲۰۰۶). لذا می‌توان گفت تهدید سلامتی، منجر به اضطراب نسبت به بیماری کرونا می‌شود (کمرا و کلاوت[4]،۲۰۱۲) و تفسیرهای افراطی افراد از علائم بیماری را به دنبال دارد (ایفرت[5] و همکاران، ۲۰۰۹). اضطراب کرونا، به معنای اضطراب از آلوده شدن و ابتلا به بیماری می‌باشد که عمدتا حاصل عدم شناخت و ابهام می‌باشد (سیگر لیروس، کاروالو و نوبرت[6]، ۲۰۱۹). ساختار شناختی افراد بر شکل‌گیری و تداوم اضطراب نسبت به یک بیماری تاثیرگزار می‌باشد. یکی از عوامل ساختار شناختی که می‌تواند اضطراب بیماری را تحت تاثیر قرار دهد؛ طرحواره‌های ناسازگار اولیه[7] می‌باشد (قاسمی و الهی، ۱۳۹۸).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه به صورت الگوهای فراگیر و ناکارآمد که شامل خاطره‌ها، هیجان‌ها، افکار و احساسات بدنی درمورد خود و رابطه با دیگران هستند، بازنمایی می‌شوند و وقتی طرحواره‌ها فعال شوند، افراد به گونه‌ای که این طرحواره‌ها را در طول زمان حفظ کرده‌اند پاسخ می‌دهند (کالوت، اور و هانکینگ[8]،۲۰۱۵). آسیبی که طرحواره‌های اولیه می‌توانند وارد کنند، صرفاً منوط به یک موقعیت خاص نیست و می‌توان ردپایی از آن را در تصمیمات اساسی زندگی مشاهده کرد. طرحواره به عنوان چهارچوب یا قالب تعریف می‌شود (احمدیان گرجی و همکاران،۱۳۸۷). برای اولین‌بار "بارتلت[9]" مفهوم طرحواره را در سال ۱۹۳۰ برای روان‌شناسان بسط داد. او متوجه شد که فراخوانی حافظه در فرد صرفاً براساس سرشت و منش تعیین می‌شود و گذشته فرد در جریان اتفاقات کنونی به طور مستمر بازسازی می‌شود. طرحواره‌ها به صورت خودکار و بدون آگاهی بر سیستم ادراکی افراد تأثیر می‌گذارند. در دهه‌ی ۱۹۸۰ نظریه‌ی طرحواره وسیله‌ای برای درک جنبه‌ی روان‌شناختی فرهنگ شد و در حوزه‌ی شناختی نیز به عنوان «نقشه‌ی شناختی[10]» در نظر گرفته شد که راهنمایی برای تفسیر اطلاعات و حل‌مسأله است (سادوک[11]،۲۰۰۹).

هجده نوع طرحواره‌ی اولیه در پنج حوزه طبقه‌بندی شده‌اند که عبارتند از: بخش بریدگی و طرد[12] شامل رهاشدن/ عدم ثبات[13]، عدم اعتماد/ رفتار بد[14]، محرومیت هیجان[15]، نقص/ شرم[16]، گوشه گیری اجتماعی/ بیگانگی[17]، بخش خودگردانی و عملکرد مختل شده[18] شامل آسیب‌پذیر بودن نسبت به بیماری و آسیب[19]، طرحواره‌های وابستگی/ عدم کفایت[20]، عدم موفقیت[21]،

---

[1] Yang
[2] Zhang
[3] Abramowitz & Braddock
[4] Cámara & Calvete
[5] Eifert
[6] Sigre-Leirós, Carvalho & Nobre
[7] Early Maladaptive Schemas
[8] Calvete, Orue & Hankin
[9] Bartlett
[10] cognitive maps
[11] Sadock
[12] Disconnection and Rejection
[13] Abandonment/ Instability
[14] Mistrust/Abuse
[15] Emotional Deprivation
[16] Defectiveness/shame
[17] Social isolation/ Alienation
[18] Impaired Autonomy and Performance
[19] Vulnerability to Harm or Illness
[20] Dependence/Incompetence
[21] Failure

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

خودتحول نایافته/ گرفتار[1]، بخش محدودیت‌های مختل[2] مشتمل بر طرحواره خویشتن‌داری/ خودانضباطی ناکافی[3]، استحقاق /بزرگ‌منشی[4]، بخش جهت‌مندی نیز شامل طرحواره ایثار[5]، اطاعت[6]، پذیرش‌جویی/ جلب توجه[7] و بخش گوش به‌زنگی مضاعف و بازداری دربرگیرنده‌ی طرحواره‌های بازداری‌هیجانی[8]، منفی‌گرایی و بدبینی، تنبیه، معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی[9] (برازنده[10] و همکاران، ۲۰۱۶).

برخی از طرحواره‌ها دارای ارتباط مستقیمی با هیجانات منفی هستند. از جمله می‌توان به آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری اشاره نمود. در همین راستا جعفری و همکاران (۱۳۹۲) اثربخشی طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش حساسیت اضطرابی را مورد تایید قرار دادند همچنین قاسمی و الهی (۱۳۹۸) در پژوهش خود نشان دادند طرحواره‌های ناسازگاراولیه با اضطراب بیماری ارتباط دارد و مکانیسم اثرگذار در تداوم اضطراب بیماری می‌باشد نتایج پژوهش اورعی و نشاط دوست (۱۳۹۴) نیز نشان داد عامل اختلال اضطراب بیماری که همان شکایات جسمانی می‌باشد با طرحواره‌های ناسازگار اولیه (حوزه‌ی بریدگی و طرد، حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل و حوزه‌ی گوش به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری) ارتباط دارد. همچنین در پژوهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل می‌تواند اختلالات اضطرابی از جمله اضطراب فراگیر (شوری[11] و همکاران،۲۰۱۵) و اضطراب اجتماعی را در افراد پیش‌بینی نماید (پینتو گویا[12] و همکاران، ۲۰۰۶).

با توجه به موارد مطرح شده می‌توان گفت بیماری کرونا به واسطه تحت الشعاع قرار دادن سلامتی فردی، ارتباطات و تعاملات اجتماعی و منابع مالی و درآمدی، بسیار اضطراب زا می‌باشد. از طرفی اضطراب کرونا، افراد را مستعد بیماری‌های جسمی و روانی متعدد می‌نماید و شناخت عوامل تاثیرگذار بر آنچه منظور کاهش اثرات و پیامدهای آن است ازاهمیت ویژه‌ای برخوردار است. همچنین نتایج مطالعات انجام شده در زمینه طرحواره‌های ناسزگار اولیه نشان می‌دهد که با هیجان‌های منفی از جمله اضطراب ارتباط دارد. لذا می‌توان انتظار داشت اضطراب کرونا تحت تاثیر طرح واره‌های ناسازگار اولیه قرار داشته باشد و افراد مبتلا به اضطراب کرونا در مقایسه با افراد عادی، از منظر طرحواره‌های ناسازگار اولیه تفاوت داشته باشند. لذا پژوهش حاضر سعی دارد، به مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اضطراب کرونا و افراد عادی بپردازد.

۲ روش بررسی

این پژوهش از منظر هدف کاربردی و از لحاظ روش علی – مقایسه ای از نوع نیمه تجربی بود. جامعه پژوهش را کلیهٔ افراد عادی و مبتلا به اضطراب کرونا در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰تشکیل می‌داد. با توجه به آنکه در پژوهش‌های علی مقایسه‌ای حداقل تعداد نمونه در هر گروه، ۱۵ نفر می‌باشد (۳۵)، نمونه پژوهش حاضر نیز شامل ۶۰ نفر آزمودنی زن و مرد (۳۰ نفرعادی و ۳۰ نفر مبتلا به اضطراب کرونا) بین سنین ۱۸ تا ۴۰ سال بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شرکت کنندگان در گروه آزمایش، ابتلا به اضطراب کرونا و ملاک خروج نیز شامل عدم ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی در طول یکسال گذشته و عدم تمایل به ادامه همکاری بود. به منظور جمع آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

[1] Enmeshment/Undeveloped Self
[2] Impair limits
[3] Insufficient Self- control/ Self- discipline
[4] Entitlement/Grandiosity
[5] Self- Sacrifice
[6] Subjugation
[7] Approval- seeking/ Recognition- seeking
[8] Emotional Inhibition
[9] Unrelenting standards/ Hyper criticalness
[10] Barazandeh
[11] Shorey
[12] Pinto-Gouveia

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

پرشسنامۀ مقیاس اضطراب بیماری کرونا[1]: این ابزار توسط علی پور و همکاران در سال ۱۳۹۸ جهت سنجش اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا در کشور ایران تهیه و اعتباریابی شده است. نسخۀ نهایی این ابزار دارای ۱۸ گویه و ۲ مؤلفه (عامل) است. گویه‌های ۱ تا ۹ علائم روانی و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می سنجد. این ابزار در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (هرگز= ۰، گاهی اوقات= ۱، بیشتر اوقات= ۲ و همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین بیشترین و کمترین نمره‌ای که افراد پاسخ دهنده در این پرسشنامه کسب می‌کنند بین ۰ تا ۵۴ است. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان دهندۀ سطح بالاتری از اضطراب در افراد است. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول (α=۰/۸۷۹)، عامل دوم (α=۰/۸۶۱) و برای کل پرسشنامه (α=۰/۹۱۹) به دست آمد. همچنین مقدار λ-۲ گاتمن[2] برای عامل اول (λ-۲=۰/۸۸۲)، عامل دوم (λ-۲=۰/۸۶۴) و برای کل پرسشنامه (λ-۲=۰/۹۲۲) به دست آمد. جهت بررسی روایی وابسته همبستگی به ملاک این پرسشنامه از همبسته کردن این ابزار با پرسشنامه GHQ-28 استفاده شد که نتایج نشان داد پرسشنامه اضطراب کرونا با نمره کل پرسشنامهGHQ-28 و مؤلفه اضطراب، نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۴۸۳، ۰/۵۰۷، ۰/۴۱۸، ۰/۳۳۳ و ۰/۲۶۹ است و کلیه این ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (علیپور و همکاران،۱۳۹۸).

- فرم کوتاه پرسشنامۀ یانگ[3]: نسخۀ سوم پرسشنامۀ طرحواره های ناسازگار اولیه با ۲۳۲ سؤال (در سال ۲۰۰۵ از سوی یانگ)ارائه شده است. فرم کوتاه نسخۀ سوم (فرم کوتاه پرسشنامه یانگ)، ۹۰ سؤال دارد. که ۱۸ حیطه از طرحواره های ناسازگار اولیه از قبیل محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی ثباتی، بی اعتمادی، بدرفتاری ، انزوای اجتماعی، بیگانگی، نقص، بی مهری (بی عشقی) شکست درپیشرفت، وابستگی بی کفایتی عملی، آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری، گرفتاری، اطاعت، ایثار(فداکاری)، بازداری هیجانی، معیارهای سختگیرانه، استحقاق داشتن، برتری داشتن، خویشتن داری، خود انضباطی ناکافی، تحسین، جلب توجه، نگرانی، بدبینی، خود ـ تنبیهی را اندازه می گیرد. در این پرسشنامه بیمار خود را براساس سبک مقیاس لیکرت پنج درجه ای برمبنای این که تا چه اندازه هر سؤال وی را توصیف می نماید, رتبه بندی می کند. این ابزار در طیف ۵ درجه ای لیکرت (کاملاً صحیح=۵ , اکثراً صحیح= ۴ , به میزان متوسطی صحیح است=۳ , اکثراً غلط است=۲ و کاملاً غلط است=۱) نمره گذاری می شود. ضرایب آلفای به دست آمده در مطالعه یانگ و همکاران(۲۰۰۳) برای ۱۳ خرده مقیاس در دامنه های بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ قرار داشت . ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در ایران نیز در بازه۰/۶۷ تا ۰/۹۴ گزارش شده است(فتی و همکاران، ۱۳۸۸).

در این پژوهش ، آزمودنی ها پس از تکمیل فرم اضطراب کرونا، چنانچه بالاتر از نقطه برش این پرسشنامه قرار داشتند، طی یک مصاحبه بالینی و تشخیصی اضطراب به گروه، افراد دارای اضطراب کرونا اختصاص داده شدند و چنانچه نمره کمتری از نقطه برش ، دریافت نمودند، مصاحبه بالینی و تشخیصی به منظور شناسایی سایر اختلالات روانشناختی صورت پذیرفت. افرادی که مبتلا به سایر اختلالات روانشناختی، تشخیص داده شدند از فرایند، پژوهش حذف شدند. قبل از اجرای پژوهش همتایی دو گروه پژوهش از منظر سن و جنس مورد تایید قرار گرفت. از هر دو گروه افراد عادی و افراد مبتلا به اختلال اضطراب کرونا خواسته شد فرم کوتاه پرسشنامۀ یانگ را تکمیل نمایند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و به روش تحلیل دو گروه مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۳ یافته‌ها

یافته‌ها نشان می‌دهد. میانگین سنی افراد مورد مطالعه در این پژوهش برابر با ۲۷/۱۱ و انحراف معیار ۶/۹۹ می‌باشد. در جدول ۱ اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

[1] Corona Disease Anxiety Scale
[2] Gutman
[3] Yang

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۵، شماره ۱۹، زمستان سال ۱۴۰۱

جدول ۱. میانگین،انحراف استاندارد،چولگی و کشیدگی متغیرهای موردمطالعه

عامل خالص	شاخص متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
	محرومیت هیجانی	۱۱/۵۸	۳/۹۶	۱/۰۵	۱/۳۶۱
	انزوای اجتماعی / بیگانگی	۱۳/۲۳	۴/۷۷	۰/۶۲۵	-۰/۰۰۸
	محرومیت هیجانی	۱۱/۵۸	۳/۹۶	۱/۰۵	۱/۳۶۱
انفصال و طرد	نقص	۹/۴۳	۴/۰۰	۰/۷۹۵	۰/۰۸۲
	ترک شدن	۱۳/۳۶	۴/۳۱	۰/۱۱۶	-۰/۵۲۷
	انفصال و طرد(کل)	۵۸/۶۷	۱۵/۳۸	۰/۲۴۲	-۰/۴۷۶
هدایت شدن	فداکردن	۱۰/۸۲	۳/۴۹	۰/۸۱۶	۰/۳۵۰
توسط دیگران	خودقربانی کردن	۱۴/۹۷	۴/۲۵	۰/۱۲۱	-۰/۴۹۰
	تاییدجویی/جلب توجه	۱۷/۵۸	۴/۰۸	-۰/۴۶۸	-۰/۳۶۰
	هدایت شدن توسط دیگران (کل)	۴۳/۳۹	۹/۰۱	-۰/۴۳۱	۰/۳۵۰
خودگردانی و	شکست در پیشرفت	۱۰/۸۶	۴/۰۸	۱/۴۲	۲/۳۲۰
عملکرد مختل	وابستگی/بی کفایتی	۱۰/۱۹	۴/۱۱	۰/۷۸۳	-۰/۱۱۹
	آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری	۱۰/۰۸	۴/۶۲	۱/۲۲	۱/۱۸۵
	به هم ریختگی	۱۷/۷۶	۳/۳۰	۰/۵۱۷	۰/۴۷۶
	خودگردانی و عملکرد مختل(کل)	۴۸/۹۱	۱۲/۸۴	۰/۶۶۲	-۰/۰۹۵
	بازداری هیجانی	۱۱/۴۲	۴/۱۲	۰/۷۹۳	۰/۲۴۶
گوش به زنگی	معیارهای ناعادلانه	۱۵/۶۰	۲/۹۵	-۰/۳۶۵	۰/۳۶۲
بیش از حد و	تنبیه	۱۲/۷۳	۳/۷۸	-۰/۱۵۶	۰/۳۵۰
بازداری	بدبینی / نگرانی	۱۲/۲۶	۳/۹۱	۰/۴۷۴	-۰/۰۰۲
	گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (کل)	۵۱/۷۳	۱۲/۱۱	۰/۳۶۹	۰/۳۵۴
	خویشتنداری	۱۳/۵۳	۳/۵۲	۰/۱۳۹	-۰/۵۶۵
حد و مرزهای	بی اعتمادی	۱۱/۰۴	۳/۶۳	۰/۴۰۸	-۰/۷۴۱
مختل	حد و مرزهای مختل(کل)	۲۸/۷۴	۵/۷۲	-۰/۱۳۳	-۰/۴۱۳
	کل	۲۳۲/۰۹	۴۸/۸۵	۰/۱۹۶	-۰/۱۹۲
	مقیاس روانی	۱۰/۹۷	۵/۸۵	۰/۵۷	-۰/۱۱۵
	مقیاس جسمانی	۲/۳۶	۳/۳۰	۲/۴۴	۶/۷۳
	اضطراب کرونا	۱۳/۳۴	۸/۳۸	۱/۲۲	۱/۹۱

جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین زیرمقیاس روانی در بعد اضطراب میانگین بالاتری نسبت به مقیاس جسمانی دارد از سوی دیگر مقیاس انفصال بالاترین میانگین رادر بین سایر مقیاس‌ها دارد.

جدول ۲. نتایج آزمون میانگین t اضطراب در بین دو گروه مورد بررسی

	آماره t	سطح معناداری	آماره F	درجه آزادی

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

-۶.۹۵	۰.۰۰	۶.۷۲	۴۴

با توجه به این که سطح معناداری در جدول ۲ از سطح آزمون ۰.۰۱ کمتر است بنابراین فرض برابری میانگین اضطراب ناشی از کرونا در بین دو گروه مورد مطالعه باهم برابر نبوده و اختلاف معناداری در بین آنان وجود دارد ($p<0.01$)، هم چنین جدول زیر مقدار میانگین هر گروه را به تفکیک نشان می‌دهد که تایید کننده فرض عدم برابری میانگین در بین دو گروه مورد مطالعه است.

جدول ۳. مقدار میانگین اضطراب در هر گروه

	حجم نمونه	میانگین	انحراف معیار
گروه اول	۲۳	۷.۳۴	۳.۲۶
گروه دوم	۲۳	۱۹.۳۴	۷.۶۰

جدول ۴. نتایج آزمون میانگین t یانگ در بین دو گروه مورد بررسی

آماره t	سطح معناداری	آماره F	درجه آزادی
-۲.۰۵۳	۰.۰۴	۲.۳۴	۴۰

با توجه به این که سطح معناداری در جدول ۴ از سطح آزمون ۰.۰۵ کمتر است نتیجه می‌گیریم فرض برابری میانگین اضطراب ناشی از کرونا در بین دو گروه مورد مطالعه باهم برابر نیست و اختلاف معناداری در بیان آنان وجود دارد ($p<0.05$)، هم چنین جدول زیر مقدار میانگین هر گروه را به تفکیک نشان می‌دهد که تایید کننده فرض عدم برابری میانگین در بین دو گروه مورد مطالعه است.

جدول۵. مقدار میانگین اضطراب در هر گروه

	حجم نمونه	میانگین	انحراف معیار
گروه اول	۲۳	۲۱۷.۱۹	۳۹.۴۲
گروه دوم	۲۳	۲۴۷.۰۰	۵۳.۵۹

جدول۶. مقدار میانگین اضطراب در هر گروه

عامل خالص	شاخص متغیر	اضطراب		p-value*
		ندارد	دارد	
انفصال و طرد	محرومیت هیجانی	۱۱.۴±۴.۰۰	۱۱.۶۹±۴.۰۰	۰.۸۵۵
	انزوای اجتماعی / بیگانگی	۱۲.۱۳±۴.۲۸	۱۴.۳۴±۵.۰۹	۰.۱۱۶
	نقص	۸.۷۸±۳.۴۵	۱۰.۰۸±۴.۴۷	۰.۲۷۴
	ترک شدن	۱۲.۱۴±۳.۹۹	۱۴.۵۶±۴.۳۶	۰.۰۴۹
هدایت شدن توسط دیگران	فداکردن	۱۰.۳۰±۲.۳۲	۱۱.۳۴±۴.۳۶	۰.۳۱۷

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

	خودقربانی کردن	۱۳.۸۶±۳.۵۵	۱۶.۰۸±۴.۶۷	۰.۰۷۷
	تاییدجویی/جلب توجه	۱۶.۶۵±۴.۴۲	۱۸.۵۲±۳.۵۵	۰.۱۲۱
خودگردانی و عملکرد مختل	شکست در پیشرفت	۱۰.۲۶±۳.۴۰	۱۱.۴۷±۴.۶۵	۰.۳۱۷
	وابستگی/بی کفایتی	۹.۳۹±۳.۲۵	۱۱.۰۰±۴.۷۵	۰.۱۸۸
	آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری	۹.۰۴±۲.۶۵	۱۱.۱۳±۵.۸۷	۰.۱۲۸
	به هم ریختگی	۱۷.۹۱±۳.۱۶	۱۷.۶۰±۳.۵۱	۰.۷۵۹
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	بازداری هیجانی	۱۱.۰۴±۳.۰۷	۱۱.۸۱±۵.۰۵	۰.۵۳۵
	معیارهای ناعادلانه	۱۴.۵۶±۲.۷۴	۱۶.۶۵±۲.۸۳	۰.۰۱۵
	تنبیه	۱۲.۳۰±۳.۳۰	۱۳.۱۷±۴.۲۳	۰.۴۴۲
	بدبینی / نگرانی	۱۱.۰۰±۳.۰۶	۱۳.۵۲±۴.۳۲	۰.۰۲۷
حد و مرزهای مختل	خویشتنداری	۱۲.۵۷±۳.۵۱	۱۴.۴۵±۳.۳۴	۰.۰۷۹
	بی اعتمادی	۱۰.۱۷±۳.۰۰	۱۱.۹۱±۴.۰۴	۰.۱۰۵

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد طرحواره‌های ترک شدن ($p<0.5$)، معیارهای ناعادلانه ($p<0.01$) و بدبینی- نگرانی ($p<0.5$) نیز به طور معناداری در افراد دارای اضطراب کرونا بالاتر می‌باشد.

۴ بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه به طور معناداری در گروه افراد دارای اضطراب کرونا بالاتر می‌باشد. همچنین طرحواره‌های ترک شدن، معیارهای ناعادلانه و بدبینی / نگرانی نیز به طور معناداری در افراد دارای اضطراب کرونا بالاتر می‌باشد. در راستای یافته پژوهش مبنی بر بالاتر بودن طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه افراد دارای اضطراب کرونا، می‌توان به پژوهش جعفری، جعفری و همکاران (۱۳۹۲) اشاره نمود در این پژوهش اثربخشی طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره‌های ناسازگاراولیه و کاهش حساسیت اضطرابی را مورد تایید قرار دادند. از طرفی نتایج پژوهش قاسمی و الهی (۱۳۹۸) نشان می دهد که طرحواره‌های ناسازگاراولیه با اضطراب بیماری ارتباط دارد و مکانیسم اثرگذار در تداوم اضطراب بیماری می‌باشد. همچنین عامل اختلال اضطراب بیماری که همان شکایات جسمانی می‌باشد با طرحواره‌های ناسازگار اولیه (حوزه‌ی بریدگی و طرد، حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل و حوزه‌ی گوش به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری) ارتباط دارد (اورعیو نشاط دوست، ۱۳۹۴). طرحواره‌های ناسازگار اولیه می تواند اختلالات اضطرابی (کامارا و کالوت،۲۰۱۲) از جمله اضطراب فراگیر (شوری و همکاران، ۲۰۱۵) و اضطراب اجتماعی (پینتو گویا، ۲۰۰۶) را در افراد پیش‌بینی نماید.

در تبیین آنکه طرحواره‌های ترک شدن در افراد دارای اضطراب کرونا، بالاتر از افراد عادی می‌باشد، می‌توان به این نکته اشاره نمود که افراد دچار این طرحواره، همواره انتظار دارند افراد مهم زندگی‌شان، آن‌ها را ترک و یا رها نمایند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). در همین راستا پیرانی[55](۲۰۱۷) نشان می‌دهد طرحواره درمانی منجر به کاهش بی ثباتی هیجانی و احساس ترک شدن تاثیرگذار می‌باشد. همچنین نتایج کامارا و کالوت (۲۰۱۲) نشان می‌دهد که طرح واره ترک شدن افراد را نسبت به علائم اضطراب در حضور رویدادهای استرس‌زا آسیب پذیرتر کند. لذا با شیوع ویروس کرونا، و احتمال وقوع مرگ عزیزان و اضطراب ناشی از آن، افراد دارای طرحواره رهاشدگی، اضطراب بیشتری را تجربه نمایند. افراد درگیر با طرحواره رها شدگی از تنهایی ترس شدیدی

[55] Pirani

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

دارند و در برابر جدایی‌های کوتاه مدت نیز، اضطراب شدیدی را تجربه می‌نمایند. همچنین این افراد دلبستگی مضطرب و اجتنابی را تجربه می‌کنند تا حدی که انتظار دارند دیگران آن‌ها را رها سازند (دروزاریو و پیلکینگتون[56]، ۲۰۲۲)، بنابراین می‌توان انتظار داشت با شیوع کرونا و ایجاد قرنطینه‌های اجتماعی، افراد با طرحواره‌های رها شدگی، به واسطه کاهش تعاملات اجتماعی به افراد نزدیک، و ترس از رها شدن توسط دیگران، اضطراب بیشتری را نسبت به افراد عادی تجربه نمایند.

در تبیین آنکه طرحواره‌های معیارهای ناعادلانه در افراد دارای اضطراب کرونا، بالاتر از افراد عادی می‌باشد، می‌توان به این نکته اشاره نمود که در این طرحواره فرد برای دستیابی به معیارهای سرسختانه تلاش می‌نماید و بر این باور هستند که هرکاری که انجام می‌دهند ناقص می‌باشد (یانگ، ۱۹۹۹)، لذا می‌توان انتظار داشت این افراد در زمان اپیدمی ویروس کرونا، اصول و معیارهای زیاد و سختگیرانه‌ای را به منظور ممانعت از انتقال ویروس، برای خود و دیگران بکار گیرند،که از آن جمله می‌توان به رعایت اصول بهداشتی، حفظ فاصله اجتماعی و غیره اشاره نمود،که منجر به تجربه اضطراب شود بنابراین می‌توان انتظار داشت که افراد با معیارهای سرسختانه، با توجه به تلاش به دستایی به اصول کمال‌گرایانه بهداشتی، نگرانی بیشتری داشته و اضطراب بیشتری را نیز تجربه خواهند کرد. همچنین این افراد در مواجهه با افرادی که پایبندی کم‌تری نسبت به مقررات بهداشتی مرتبط با کرونا دارند، رویکرد انتقادی سختگیرانه خواهند داشت و احتمالا تنش و اضطراب زیادی را تجربه می‌نمایند. از طرفی یان و همکاران (دروزاریو و پیلکینگتون، ۲۰۲۲) معتقدند طرحواره معیارهای ناعادلانه پیش‌بینی کننده اختلال اضطرابی می‌باشند. لذا می‌توان انتظار داشت طرحواره‌های معیارهای ناعادلانه در افراد دارای اضطراب کرونا، بالاتر از افراد عادی باشد. همچنین طرحواره معیارهای ناعادلانه پیش‌بینی کننده متمایز فوبی اجتماعی (دروزاریو و پیلکینگتون، ۲۰۲۲) می‌باشند. بنابراین می‌توان انتظار داشت با رشد همه‌گیری، این افراد خطر حضور در اجتماع را بیش برآورد نموده و در صورت اجبار به حضور در اجتماع به واسطه فعال شدن فوبی اجتماعی اضطراب بیشتری را نیز تجربه نمایند.

در تبیین تفاوت معنادار طرحواره بدبینی/ نگرانی در افراد دارای اضطراب کرونا نسبت به افراد عادی، می‌توان به این نکته اشاره نمود که افراد دارای این طرحواره، نسبت به دیگران بدبین بوده و همواره این نگرانی در آن‌ها وجود دارد که از سوی دیگران مورد آسیب قرار گیرند. و همواره احساس می‌کنند حقوق آن‌ها از سوی دیگران زیرپا گذاشته می‌شود (یانگ و همکاران،۲۰۰۳). از طرفی یکی از عوامل ایجاد کننده اضطراب کرونا، ویژگی همه‌گیری آن، می‌باشد. به عبارتی این ویروس، خاصیت انتقالی داشته و از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود. بنابراین می‌توان انتظار داشت که افراد درگیر در طرحواره بدبینی/ نگرانی، خود را در برابر دیگران آسیب پذیر دانسته و اضطراب شدیدی را تجربه نمایند. همچنین این افراد بر جنبه‌های منفی زندگی از جمله درد، مرگ، از دست دادن، ناامیدی،تمرکز مضاعف و مادام العمر دارند (یانگ و همکاران، ۱۹۹۹). لذا می‌توان پیش‌بینی نمود این افراد در هنگام مواجهه با همه‌گیری کرونا بیش از حد به جنبه‌های درد و مرگ ناشی از بیماری متمرکز شوند و اضطراب مضاعفی را نیز تجربه نمایند. از طرفی این افراد بیش از حد از انجام اشتباهات که ممکن است منجر به ضرر و زیان و گرفتاری شود، ترس دارند و از آنجا که آن‌ها پیامدهای منفی بالقوه را اغراق می‌کنند، این افراد اغلب با نگرانی مزمن، اضطراب مزمن توصیف می‌شوند (یانگ و همکاران،۲۰۰۳) که می‌توان پیش‌بینی نمود که آن‌ها ترس و اضطراب بیش از حدی را نسبت به بیماری کرونا تجربه می‌کنند. براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت اضطراب کرونا در افراد دارای طرحواره‌های خاص، بیشتر از سایر افراد می‌باشد. و این افراد حتی پیش از ابتلا به بیماری، تجربه دردناک و اضطراب‌زایی نسبت به بیماری دارند. لذا پیشنهاد می‌شود به منظور کاهش اضطراب کرونا در جامعه، افراد مبتلا به این طرحواره‌ها، تحت درمان‌های روانی مبتنی بر طرحواره قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود، در سایر پژوهش‌ها، به منظور تعمیم نتایج، گروه‌ها و جامعه‌های آماری مختلف نیز مورد بررسی قرار گیرند.

[56] D'Rozario & Pilkington

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

منابع

احمدیان گرجی، م.، و فتی، ل.، و اصغرنژادفرید، ع.، و ملکوتی، س. (۱۳۸۷). مقایسه طرح واره های ناسازگارانه اولیه در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی با بیماران افسرده غیر اقدام کننده به خودکشی و جمعیت غیربالینی. تازه های علوم شناختی، ۱۰(۴ (مسلسل ۴۰))، ۴۹-۵۹.

اورعی، ز. و نشاط دوست، ح.(۱۳۹۴). رابطه تنظیم هیجان با خود بیمار انگاری در زنان متاهل شهر تهران،*کنفرانس بین المللی یافته های نوین پژوهشی در روانشناسی و علوم تربیتی*،تهران.

جعفری، ا.، و پویامنش، ج.، و قربانیان، ن.، و کبیری، م. (۱۳۹۲). اثر بخشی طرح واره درمانی در تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه و کاهش حساسیت اضطرابی در دانشجویان. آموزش و ارزشیابی (علوم تربیتی)، ۶(۲۴)، ۹۱-۷۹.

چیت سازقمی، م. (۱۳۹۹). کرونا و دینداری: چالش ها و تحلیل ها ارزیابی تاثیرات اجتماعی، ۱(۲ (ویژه نامه پیامدهای شیوع ویروس کرونا-کووید ۱۹))، ۱۵۱-۱۶۲.

علی پور، ا.، و قدمی، ا.، و علی پور، ز.، و عبداله زاده، ح. (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی. روانشناسی سلامت، ۸(۴ (پیاپی ۳۲))، ۱۷۵-۱۶۳.

فتی، ل.،موتابی، ف.، دابسون، ک.، مولودی، ر.، ضیایی، ک. (۱۳۸۸). ساختار عاملی نسخه‌ی ایرانی پرسشنامه‌ی طرحواره‌ی یانگ- فرم ۲۳۲ سؤالی در یک نمونه‌ی غیربالینی .*فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*،4(16)،.246-227

فراهتی، م. (۱۳۹۹). پیامدهای روان شناختی شیوع ویروس کرونا در جامعه. ارزیابی تاثیرات اجتماعی، ۱(۲ (ویژه نامه پیامدهای شیوع ویروس کرونا-کووید ۱۹))، ۲۰۷-۲۲۵.

قاسمی، ک.، و الهی، ط. (۱۳۹۸). رابطه طرحواره های ناسازگاراولیه با اضطراب بیماری: نقش واسطه ای اجتناب تجربی. پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۳(۳)، ۵۵-۴۷.

Abramowitz, J. S., & Braddock, A. E. (2006). Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, *29*(2), 503-519.

Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic?. *The lancet*, *395*(10228), 931-934.

Ballard, K., Elston, M. A., & Gabe, J. (2005). Beyond the mask: women's experiences of public and private ageing during midlife and their use of age-resisting activities. *Health:*, *9*(2), 169-187.

Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N., & Gordon, M. (2016). A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits. *Personality and Individual Differences*, *94*, 130-139.

Bo, H. X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., ... & Xiang, Y. T. (2021). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological medicine*, *51*(6), 1052-1053.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, *395*(10227), 912-920.

Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2015). A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *37*(1), 85-99.

Cámara, M., & Calvete, E. (2012). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *34*(1), 58-68.

Dong, L., & Bouey, J. (2020). Public mental health crisis during COVID-19 pandemic, China. *Emerging infectious diseases*, *26*(7), 1616.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

D'Rozario, A. B., & Pilkington, P. D. (2022). Parental separation or divorce and adulthood attachment: The mediating role of the Abandonment schema. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29*(2), 664-675.

Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and behavioral practice*, *16*(4), 368-385.

Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, *288*, 112954.

Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. *International journal of environmental research and public health*, *17*(6), 2032.

Ouwehand, C., De Ridder, D. T., & Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical psychology review*, *27*(8), 873-884.

Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, *30*(5), 571-584.

Pirani, Z. (2017). The Effectiveness of Schema Therapy on Reducing Emotional Instability and Feeling of Abandonment among Patients with the Borderline Personality Disorder in Arak. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, *7*(1), 77-88.

Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2015). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (Eleventh edition.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Shorey, R. C., Elmquist, J., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2015). Early maladaptive schemas and aggression in men seeking residential substance use treatment. *Personality and individual differences*, *83*, 6-12.

Sigre-Leirós, V., Carvalho, J., & Nobre, P. J. (2015). Adult interpersonal features of subtypes of sexual offenders. *Journal of forensic and legal medicine*, *34*, 5-10.

Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet psychiatry*, *7*(3), 228-229.

Yang, L., Wu, D., Hou, Y., Wang, X., Dai, N., Wang, G., ... & Ruan, L. (2020). Analysis of psychological state and clinical psychological intervention model of patients with COVID-19. *MedRxiv*.1-8.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner" s guide. A Division of Guilford Publications.

Zhang, F., Shang, Z., Ma, H., Jia, Y., Sun, L., Guo, X., ... & Liu, W. (2020). High risk of infection caused posttraumatic stress symptoms in individuals with poor sleep quality: A study on influence of coronavirus disease (COVID-19) in China. *MedRxiv*.1-20.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۵، شماره ۱۹، زمستان سال ۱۴۰۱

Comparison of Primary Maladaptive Schemas in People with Corona Anxiety and Normal People

Parisa Sabery Mehrforouzany[57], Maryam Norouzi[58], Negin Rahmani[59], Khadijeh Mesbah[60]

Abstract

Background and purpose: Corona and the anxiety caused by it have faced the world with serious challenges. It seems that susceptible people experience more damage from this disease. The present study was conducted with the aim of comparing the primary maladaptive schemas in people suffering from corona anxiety and normal people. **Research method**: This research was of a causal-comparative type and the research population consisted of all normal people suffering from corona anxiety in the city of Isfahan in the year 1400.The research sample consisted of 60 male and female subjects (30 normal subjects and 30 subjects with corona anxiety) between the ages of 18 and 40 years old, who were selected by available sampling method. In order to measure the research variables, the Corona Disease Anxiety Scale Questionnaire and the short form of Young's Incongruent Schemas Questionnaire were used. The data was analyzed using SPSS software and by the analysis method of two independent groups. The significance level of the tests was considered 0.05. **Findings:** The findings showed that the primary maladaptive schemas are significantly higher in the group of people with corona anxiety. Also, the schemas of unfair standards and pessimism/worry are significantly higher in people with corona anxiety. Conclusion: It can be concluded that the schemas of unfair criteria and pessimism/worry are more in people with corona anxiety. Therefore, to reduce the anxiety of Corona, it is possible to carry out therapeutic measures on these two schemas.

Keywords: Corona, Early Maladaptive Schemas, Anxiety, Corona Anxiety

[57] MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, Khomeinishahr Branch ,Islamic Azad University, Khomeinishahr,Iran
[58] Bachelor of Counseling, Department of Psychology and Counseling, Sepahan Shahr Branch, Shahid Ashrafi Isfahani University, Sepahan Shahr, Iran.
[59] M.A in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, College of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
[60] M.A in Clinical Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]