



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

*پریسا صابری مهرروزانی^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 به اضطراب کرونا و افراد عادی انجام گرفت. روش بررسی: این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود و جامعه پژوهش را کلیه 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 نفر عادی 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 پرسشنامه مقیاس اضطراب بیماری کرونا و فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ استفاده شد. داده‌ها 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 ($p=0.04$). همچنین طرحواره‌های ترک شدن ($p=0.049$)، معیارهای ناعادلانه ($p=0.015$) و بدبینی-نگرانی ($p=0.027$) 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)

parisa.saberymehr1365@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



۱ مقدمه

شیوع بیماری کرونا، جهان را با مسائل اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و آسیب‌های روانی جدی 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 می‌دهد. 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 شکل‌گیری اندوه اجتماعی^۹ شده است. چرا که، علی‌رغم 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 (فراستی، ۱۳۹۹). همچنین در فرایند همه‌گیری^{۱۱} کرونا بسیاری از مشاغل تعطیل و نیمه تعطیل شده و عده کثیری با ضررهای مالی شدیدی روبرو شده‌اند به گونه‌ای 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 نهایتاً 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



بنابراین می توان گفت بیماری کرونا منجر به ایجاد اضطراب در سطح جامعه شده است (یانگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۰، ژانگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۰) که شایع ترین علامت روانشناختی مرتبط با این بیماری شناخته می شود (آبراموویتز و برادوک^۳، ۲۰۰۶). لذا می توان گفت تهدید سلامتی، منجر به اضطراب نسبت به بیماری کرونا می شود (کمر و کلاوت^۴، ۲۰۱۲) و تفسیرهای افراطی افراد از علائم بیماری را به دنبال دارد (ایفرت^۵ و همکاران، ۲۰۰۹). اضطراب کرونا، به معنای اضطراب از آلوده شدن و ابتلا به بیماری می باشد که عمدتاً حاصل عدم شناخت و ابهام می باشد (سیگر لیروس، کاروالو و نوبرت^۶، ۲۰۱۹). ساختار شناختی افراد بر شکل گیری و تداوم اضطراب نسبت به یک بیماری تأثیرگذار می باشد. یکی از عوامل ساختار شناختی که می تواند اضطراب بیماری را تحت تأثیر قرار دهد؛ طرحواره های ناسازگار اولیه^۷ می باشد (قاسمی و الهی، ۱۳۹۸).

طرحواره های ناسازگار اولیه به صورت الگوهای فراگیر و ناکارآمد که شامل خاطره ها، هیجان ها، افکار و احساسات بدنی درمورد خود و رابطه با دیگران هستند، بازنمایی می شوند و وقتی طرحواره ها فعال شوند، افراد به گونه ای که این طرحواره ها را در طول زمان حفظ کرده اند پاسخ می دهند (کالوت، اور و هانکینگ^۸، ۲۰۱۵). آسیبی که طرحواره های اولیه می توانند وارد کنند، صرفاً منوط به یک موقعیت خاص نیست و می توان ردپایی از آن را در تصمیمات اساسی زندگی مشاهده کرد. طرحواره به عنوان چهارچوب یا قالب تعریف می شود (احمدیان گرجی و همکاران، ۱۳۸۷). برای اولین بار "بارتلت"^۹ مفهوم طرحواره را در سال ۱۹۳۰ برای روان شناسان بسط داد. او متوجه شد که فراخوانی حافظه در فرد صرفاً براساس سرشت و منش تعیین می شود و گذشته فرد در جریان اتفاقات کنونی به طور مستمر بازسازی می شود. طرحواره ها به صورت خودکار و بدون آگاهی بر سیستم ادراکی افراد تأثیر می گذارند. در دهه ی ۱۹۸۰ نظریه ی طرحواره وسیله ای برای درک جنبه ی روان شناختی فرهنگ شد و در حوزه ی شناختی نیز به عنوان «نقشه ی شناختی»^{۱۰} در نظر گرفته شد که راهنمایی برای تفسیر اطلاعات و حل مسأله است (سادوک^{۱۱}، ۲۰۰۹).

هجده نوع طرحواره ی اولیه در پنج حوزه طبقه بندی شده اند که عبارتند از: بخش بریدگی و طرد^{۱۲} شامل رهاشدن/عدم ثبات^{۱۳}، عدم اعتماد/رفتار بد^{۱۴}، محرومیت هیجان^{۱۵}، نقص/شرم^{۱۶}، گوشه گیری اجتماعی/بیگانگی^{۱۷}، بخش خودگردانی و عملکرد مختل شده^{۱۸} شامل آسیب پذیر بودن نسبت به بیماری و آسیب^{۱۹}، طرحواره های وابستگی/عدم کفایت^{۲۰}، عدم موفقیت^{۲۱}،

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



خودتحويل نایافته/ گرفتار^۱، بخش محدودیت های مختل^۲ مشتمل بر طرحواره خویشتن داری/ خودانضباطی ناکافی^۳، استحقاق /بزرگ منشی^۴، بخش جهت مندی نیز شامل طرحواره ایثار^۵، اطاعت^۶، پذیرش جویی/ جلب توجه^۷ و بخش گوش به زنگی مضاعف و بازداری دربرگیرنده ی طرحواره های بازداری هیجانی^۸، منفی گرایی و بدبینی، تنبیه، معیارهای سرسختانه/ عیب جویی افراطی^۹ (برازنده^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۶).

برخی از طرحواره ها دارای ارتباط مستقیمی با هیجانات منفی هستند. از جمله می توان به آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری اشاره نمود. در همین راستا جعفری و همکاران (۱۳۹۲) اثربخشی طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه و کاهش حساسیت اضطرابی را مورد تایید قرار دادند همچنین قاسمی و الهی (۱۳۹۸) در پژوهش خود نشان دادند طرحواره های ناسازگار اولیه با اضطراب بیماری ارتباط دارد و مکانیسم اثرگذار در تداوم اضطراب بیماری می باشد نتایج پژوهش اورعی و نشاط دوست (۱۳۹۴) نیز نشان داد عامل اختلال اضطراب بیماری که همان شکایات جسمانی می باشد با طرحواره های ناسازگار اولیه (حوزه ی بریدگی و طرد، حوزه ی خودگردانی و عملکرد مختل و حوزه ی گوش به زنگی بیش از حد و بازداری) ارتباط دارد. همچنین در پژوهش طرحواره های ناسازگار اولیه حوزه ی خودگردانی و عملکرد مختل می تواند اختلالات اضطرابی از جمله اضطراب فراگیر (شوری^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۵) و اضطراب اجتماعی را در افراد پیش بینی نماید (پینتو گویا^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۶).

با توجه به موارد مطرح شده می توان گفت بیماری کرونا به واسطه تحت الشعاع قرار دادن سلامتی فردی، ارتباطات و تعاملات اجتماعی و منابع مالی و درآمدی، بسیار اضطراب زا می باشد. از طرفی اضطراب کرونا، افراد را مستعد بیماری های جسمی و روانی متعدد می نماید و شناخت عوامل تاثیرگذار بر آنچه منظور کاهش اثرات و پیامدهای آن است از اهمیت ویژه ای برخوردار است. همچنین نتایج مطالعات انجام شده در زمینه طرحواره های ناسازگار اولیه نشان می دهد که با هیجان های منفی از جمله اضطراب ارتباط دارد. لذا می توان انتظار داشت اضطراب کرونا تحت تاثیر طرح واره های ناسازگار اولیه قرار داشته باشد و افراد مبتلا به اضطراب کرونا در مقایسه با افراد عادی، از منظر طرحواره های ناسازگار اولیه تفاوت داشته باشند. لذا پژوهش حاضر سعی دارد، به مقایسه طرحواره های 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 کلیه افراد عادی و مبتلا به اضطراب کرونا در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ تشکیل می داد. با توجه به آنکه در پژوهش های علی مقایسه ای حداقل تعداد نمونه در هر گروه، ۱۵ نفر می باشد (۳۵)، نمونه پژوهش حاضر نیز شامل ۶۰ نفر آزمودنی زن و مرد (۳۰ نفر عادی و ۳۰ نفر مبتلا به اضطراب کرونا) بین سنین ۱۸ تا ۴۰ سال بود که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک های ورود شرکت کنندگان در گروه آزمایش، ابتلا به اضطراب کرونا و ملاک خروج نیز شامل عدم ابتلا به بیماری های روانپزشکی در طول یکسال گذشته و عدم تمایل به ادامه همکاری بود. به منظور جمع آوری داده ها 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



پرسشنامه مقیاس اضطراب بیماری کرونا^۱: 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. نسخه نهایی این ابزار دارای ۱۸ گویه و ۲ مؤلفه (عامل) است. گویه های ۱ تا ۹ علائم روانی و گویه های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می سنجد. این ابزار در طیف ۴ درجه ای لیکرت (هرگز= ۰، گاهی اوقات= ۱، بیشتر اوقات= ۲ و همیشه= ۳) نمره گذاری می شود؛ بنابراین بیشترین و کمترین نمره ای که افراد پاسخ دهنده در این پرسشنامه کسب می کنند بین ۰ تا ۵۴ است. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان دهنده سطح بالاتری از اضطراب در افراد است. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول ($\alpha=0.879$)، عامل دوم ($\alpha=0.861$) و برای کل پرسشنامه ($\alpha=0.919$) به دست آمد. همچنین مقدار $\lambda-2$ گاتمن^۲ برای عامل اول ($\lambda-2=0.882$)، عامل دوم ($\lambda-2=0.864$) و برای کل پرسشنامه ($\lambda-2=0.922$) 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 پرسشنامه GHQ-28 و مؤلفه اضطراب، نشانه های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با 0.418 ، 0.507 ، 0.483 و 0.333 و 0.269 است و کلیه این ضرایب در سطح 0.01 معنادار بود (علیپور و همکاران، ۱۳۹۸).

• فرم کوتاه پرسشنامه یانگ^۳: نسخه سوم پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه با ۲۳۲ سؤال (در سال ۲۰۰۵ از سوی یانگ) ارائه شده است. فرم کوتاه نسخه 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 در پیشرفت، وابستگی بی کفایتی عملی، آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری، گرفتاری، اطاعت، ایثار (فداکاری)، بازداری هیجانی، معیارهای سختگیرانه، استحقاق داشتن، برتری داشتن، خوشتن داری، خود انضباطی ناکافی، تحسین، جلب توجه، نگرانی، بدبینی، خود - تنبیهی را اندازه می گیرد. در این پرسشنامه بیمار خود را براساس سبک مقیاس لیکرت پنج درجه ای بر مبنای 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 0.83 تا 0.94 قرار داشت. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در ایران نیز در بازه 0.67 تا 0.94 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 پرسشنامه یانگ را تکمیل نمایند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و به روش تحلیل دو گروه مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۳ یافته ها

یافته ها نشان می دهد. میانگین سنی افراد مورد مطالعه در این پژوهش برابر با $27/11$ و انحراف معیار $6/99$ می باشد. در جدول ۱ اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

¹ Corona Disease Anxiety Scale

² Gutman

³ Yang



جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی متغیرهای مورد مطالعه

عامل خالص	شاخص متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
انفصال و طرد	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
	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 توسط دیگران	فداکردن	۱۰/۸۲	۳/۴۹	۰/۸۱۶	۰/۳۵۰
	خود قربانی 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 عملکرد مختل	شکست در پیشرفت	۱۰/۸۶	۴/۰۸	۱/۴۲	۲/۳۲۰
	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
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	خودگردانی و عملکرد مختل (کل)	۴۸/۹۱	۱۲/۸۴	۰/۶۶۲	-۰/۰۹۵
	بازداری هیجانی	۱۱/۴۲	۴/۱۲	۰/۷۹۳	۰/۲۴۶
	معیارهای ناعادلانه	۱۵/۶۰	۲/۹۵	-۰/۳۶۵	۰/۳۶۲
	تنبیه	۱۲/۷۳	۳/۷۸	-۰/۱۵۶	۰/۳۵۰
	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
حد و مرزهای مختل	خویشترنداری	۱۳/۵۳	۳/۵۲	۰/۱۳۹	-۰/۵۶۵
	بی اعتمادی	۱۱/۰۴	۳/۶۳	۰/۴۰۸	-۰/۷۴۱
	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 می دهد میانگین زیرمقیاس روانی در بعد اضطراب میانگین بالاتری نسبت به مقیاس جسمانی دارد از سوی دیگر مقیاس انفصال بالاترین میانگین را در بین سایر مقیاس ها دارد.

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

آماره t	سطح معناداری	آماره F	درجه آزادی
---------	--------------	---------	------------



۴۴	۶.۷۲	۰.۰۰	-۶.۹۵
----	------	------	-------

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 می دهد که تایید کننده فرض عدم برابری میانگین در بین دو گروه مورد مطالعه است.

جدول ۳. مقدار میانگین اضطراب در هر گروه

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

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 می گیریم فرض برابری میانگین اضطراب ناشی از کرونا در بین دو گروه مورد مطالعه باهم برابر نیست و اختلاف معناداری در بیان آنان وجود دارد ($p < ۰.۰۵$)، هم چنین جدول زیر مقدار میانگین هر گروه را به تفکیک نشان می دهد که تایید کننده فرض عدم برابری میانگین در بین دو گروه مورد مطالعه است.

جدول ۵. مقدار میانگین اضطراب در هر گروه

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

جدول ۶. 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
	فداکردن	۱۰.۳۰±۲.۳۲	۱۱.۳۴±۴.۳۶	۰.۳۱۷
هدایت شدن توسط دیگران				



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

نتایج جدول ۶ نشان می دهد طرحواره های ترک شدن ($p < 0.05$)، معیارهای ناعادلانه ($p < 0.01$) و بدبینی-نگرانی ($p < 0.05$) نیز به طور معناداری در افراد دارای اضطراب کرونا بالاتر می باشد.

۴ بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد طرحواره های ناسازگار اولیه به طور معناداری در گروه افراد دارای اضطراب کرونا بالاتر می باشد. همچنین طرحواره های ترک شدن، معیارهای ناعادلانه و بدبینی / نگرانی نیز به طور معناداری در افراد دارای اضطراب کرونا بالاتر می باشد. در راستای یافته پژوهش مبنی بر بالاتر بودن طرحواره های ناسازگار اولیه در گروه افراد دارای اضطراب کرونا، می توان به پژوهش جعفری، جعفری و همکاران (۱۳۹۲) اشاره نمود در این پژوهش اثربخشی طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه و کاهش حساسیت اضطرابی را مورد تایید قرار دادند. از طرفی نتایج پژوهش قاسمی و الهی (۱۳۹۸) نشان می دهد که طرحواره های ناسازگار اولیه با اضطراب بیماری ارتباط دارد و مکانیسم اثرگذار در تداوم اضطراب بیماری می باشد. همچنین عامل اختلال اضطراب بیماری که همان شکایات جسمانی می باشد با طرحواره های ناسازگار اولیه (حوزه ی بریدگی و طرد، حوزه ی خودگردانی و عملکرد مختل و حوزه ی گوش به زنگی بیش از حد و بازداری) ارتباط دارد (اورعیو نشاط دوست، ۱۳۹۴). طرحواره های 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 پیش بینی نماید.

در تبیین آنکه طرحواره های ترک شدن در افراد دارای اضطراب کرونا، بالاتر از افراد عادی می باشد، می توان به این نکته اشاره نمود که افراد دچار این طرحواره، همواره انتظار دارند افراد مهم زندگی شان، آن ها را ترک و یا رها نمایند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). در همین راستا پیرانی^{۵۵} (۲۰۱۷) نشان می دهد طرحواره درمانی منجر به کاهش بی ثباتی هیجانی و احساس ترک شدن تاثیرگذار می باشد. همچنین نتایج کامارا و کالوت (۲۰۱۲) نشان می دهد که طرح واره ترک شدن افراد را نسبت به علائم اضطراب در حضور رویدادهای استرس زا 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



دارند و در برابر جدایی های کوتاه مدت نیز، اضطراب شدیدی را تجربه می نمایند. همچنین این افراد دلبستگی مضطرب و اجتنابی را تجربه می کنند تا حدی که انتظار دارند دیگران آن ها را رها سازند (دروزاریو و پیلکینگتون^{۵۶}، ۲۰۲۲)، بنابراین می توان انتظار داشت با شیوع کرونا و ایجاد قرنطینه های اجتماعی، افراد با طرحواره های 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 طرحواره های معیارهای ناعادلانه در افراد دارای اضطراب کرونا، بالاتر از افراد عادی می باشد، می توان به این نکته اشاره نمود که در این طرحواره فرد برای دستیابی به معیارهای سرسختانه تلاش می نماید و بر این باور هستند که هرکاری که انجام می دهند ناقص می باشد (یانگ، ۱۹۹۹)، لذا می توان انتظار داشت این افراد در زمان اپیدمی ویروس کرونا، اصول و معیارهای زیاد و سختگیرانه ای را به منظور ممانعت از انتقال ویروس، برای خود و دیگران بکار گیرند، که از آن جمله می توان به رعایت اصول بهداشتی، حفظ فاصله اجتماعی و غیره اشاره نمود، که منجر به تجربه اضطراب شود بنابراین می توان انتظار داشت که افراد با معیارهای سرسختانه، با توجه به تلاش به دستیابی به اصول کمال گرایانه بهداشتی، نگرانی بیشتری داشته و اضطراب بیشتری را نیز تجربه خواهند کرد. همچنین این افراد در مواجهه با افرادی که پابندی کمتری نسبت به مقررات بهداشتی مرتبط با کرونا دارند، رویکرد انتقادی سختگیرانه خواهند داشت و احتمالاً تنش و اضطراب زیادی را تجربه می نمایند. از طرفی یان و همکاران (دروزاریو و پیلکینگتون، ۲۰۲۲) معتقدند طرحواره معیارهای ناعادلانه پیش بینی کننده اختلال اضطرابی می باشند. لذا می توان انتظار داشت طرحواره های معیارهای ناعادلانه در افراد دارای اضطراب کرونا، بالاتر از افراد عادی باشد. همچنین طرحواره معیارهای ناعادلانه پیش بینی کننده متمایز فوبی اجتماعی (دروزاریو و پیلکینگتون، ۲۰۲۲) می باشند. بنابراین می توان انتظار داشت با رشد همه گیری، 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، می توان به این نکته اشاره نمود که افراد دارای این طرحواره، نسبت به دیگران بدبین بوده و همواره این نگرانی در آن ها وجود دارد که از سوی دیگران مورد آسیب قرار گیرند. و همواره احساس می کنند حقوق آن ها از سوی دیگران زیر پا گذاشته می شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). از طرفی یکی از عوامل ایجاد کننده اضطراب کرونا، ویژگی همه گیری آن، می باشد. به عبارتی این ویروس، خاصیت انتقالی داشته و از فردی به فرد دیگر منتقل می شود. بنابراین می توان 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 جنبه های منفی زندگی از جمله درد، مرگ، از دست دادن، ناامیدی، تمرکز مضاعف و مادام العمر دارند (یانگ و همکاران، ۱۹۹۹). لذا می توان پیش بینی نمود این افراد در هنگام مواجهه با همه گیری کرونا بیش از حد به جنبه های 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 آن ها پیامدهای منفی بالقوه را اغراق می کنند، این افراد اغلب با نگرانی مزمن، اضطراب مزمن توصیف می شوند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) که می توان پیش بینی نمود که آن ها ترس و اضطراب بیش از حدی را نسبت به بیماری کرونا تجربه می کنند. براساس یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت اضطراب کرونا در افراد دارای طرحواره های خاص، بیشتر از سایر افراد می باشد. و این افراد حتی پیش از ابتلا به بیماری، تجربه دردناک و اضطراب زایی نسبت به بیماری دارند. لذا پیشنهاد می شود به منظور کاهش اضطراب کرونا در جامعه، افراد مبتلا به این طرحواره ها، تحت درمان های روانی مبتنی بر طرحواره قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می شود، در سایر پژوهش ها، به منظور تعمیم نتایج، گروه ها و جامعه های آماری مختلف نیز مورد بررسی قرار گیرند.



منابع

- احمدیان گرجی، م.، و فتی، ل.، و اصغرنژادفرید، ع.، و ملکوتی، س. (۱۳۸۷). مقایسه طرح وارده 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)، ۵۹-۴۹.
- 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 وارده درمانی در تعدیل طرح وارده های ناسازگار اولیه و کاهش حساسیت اضطرابی در دانشجویان. آموزش و ارزشیابی (علوم تربیتی)، ۶(۲۴)، ۷۹-۹۱.
- 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 عبدالله 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 نسخه ی ایرانی پرسشنامه ی طرحواره ی یانگ- فرم ۳۳۲ سؤالی در یک نمونه ی غیربالینی. فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی، ۴(۱۶)، 227-246.
- فراحتی، 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 ناسازگار اولیه 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.



- 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.



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

Parisa Sabery Mehrforouzany⁵⁷, Maryam Norouzi⁵⁸, Negin Rahmani⁵⁹, Khadijeh Mesbah⁶⁰

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.