Journal of Research in Psychological Health
December 2019, Volume 13, Issue 3

The Relationship between Early Maladaptive Schemas and Illness anxiety: The Mediating Role of Experiential Avoidance

Kobra ghasemi[1], Tahereh Elahi[2*]

1. Msc in Psychology, Faculty of Humanities, University of Zanjan, Zanjan, Iran

*2. * (Corresponding Author) Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Zanjan, Zanjan, Iran. Email: telahi@znu.ac.ir*

Citation: Ghasemi K, Elahi T. The relationship between early maladaptive schemas and illness anxiety: The mediating role of experiential avoidance. **J**ournal of **R**esearch in **Psychological Health**. 2019; 13 (3) : 47-55. [Persian].

Highlights

- There is a significant association between schemas of Impaired autonomy and performance and Impaired limits domains and illness anxiety.
- Experimental avoidance mediates the relationship between entitlement/grandiosity and vulnerability to harm (illness schemas) and illness anxiety.

Key words
early maladaptive schemas, illness anxiety, Experimental avoidance

Abstract
The purpose of this study was to investigate the mediating role of experiential avoidance in the relationship between early maladaptive schemas and illness anxiety. The research was carried out using correlation method on 308 students of Qazvin University who were selected with convenience sampling method. Data were collected using Early Maladaptive Scheme (Young), hypochondriasis (Evans) and Acceptance and Action Questionnaires. Data analysis with stepwise regression method showed a significant role of schemas of impaired autonomy and performance and impaired limits domains in illness anxiety. Also, vulnerability to harm or illness and entitlement/grandiosity schemas could significantly predict illness anxiety. It could be concluded that the early maladaptive schemas and experiential avoidance are mechanisms that influence the maintenance of illness anxiety.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.3.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.47]

رابطه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگاراولیه با اضطراب بیماری: نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی

کبری قاسمی [۱]، طاهره الهی [۲*]

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.

۲. (نویسنده‌ی مسئول) گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران. رایانامه: telahi@znu.ac.ir

تاریخ دریافت
۱۳۹۸/۸/۱۳

تاریخ پذیرش
۱۳۹۸/۱۰/۱

واژگان کلیدی:
طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، اضطراب بیماری، اجتناب تجربی

یافته‌های اصلی

- رابطه معناداری بین طرح‌واره‌های حوزه‌های خودگردانی - عملکرد مختل و محدودیت‌های مختل و اضطراب بیماری وجود دارد.
- اجتناب تجربی میانجی‌گر رابطه‌ی طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و استحقاق/ بزرگ‌منشی با اضطراب بیماری است.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی در رابطه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با اضطراب بیماری انجام شد. پژوهش به روش همبستگی روی ۳۰۸ نفر از دانشجویان دانشگاه قزوین انجام شد که این افراد به روش در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه‌های طرح‌واره‌ی یانگ، خودبیمارانگاری ایوانز و مقیاس پذیرش و عمل جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با روش رگرسیون گام‌به‌گام، نقش معنادار طرح‌واره‌های حوزه‌های خودگردانی- عملکرد مختل و محدودیت‌های مختل را در اضطراب بیماری نشان داد. همچنین نقش طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و استحقاق/ بزرگ‌منشی در اضطراب بیماری معنادار بود. می‌توان نتیجه‌گیری کرد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اجتناب تجربه‌ای مکانیسم‌هایی اثرگذار در تداوم اضطراب بیماری هستند.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.3.3]

[DOI: 10.52547/rph.13.3.47]

مقدمه

اضطراب بیماری[1] یک اختلال روانی است که تشخیص آن معمولاً مشکل بوده و با اعتقاد فرد به وجود یک بیماری جدی در خود و نگرانی نسبت به آن شناخته می‌شود. این ترس از بیماری یا ابتلا به نشانه‌های آن ناخوشایند بوده و تأثیری منفی در روند عادی زندگی روزانه فرد دارد و نهایتاً به آزمایش‌های کلینیکی یا درمان منجر می‌شود. این باور اشتباه برخلاف فقدان یافته‌های آسیب‌شناسی در معاینات طبی و عصبی باید به مدت ۶ ماه دوام داشته باشد و در بررسی‌های متعدد هیچ مشکل بارزی در حد نگرانی موجود تشخیص داده نشده باشد (۱).

میزان شیوع ۶-۱۲ماهه اختلال اضطراب بیماری که قبلاً خودبیمارانگاری نامیده می‌شد در جمعیت سرپایی بین ۳ تا ۸ درصد است و میزان آن در مردان و زنان مساوی است (۲). نشانه‌های بیماری از هر سنی ممکن است شروع شود؛ ولی این اختلال اغلب در افراد ۲۰ تا ۳۰ ساله دیده می‌شود (۳).

ویژگی اصلی اختلال اضطراب بیماری اشتغال ذهنی با ترس از داشتن یک بیماری جدی است. این اشتغال ذهنی مداوم و بیش‌ازحد ناتوان‌کننده بوده و به دلیل استفاده‌ی زیاد از خدمات بهداشتی‌درمانی و ایجاد اختلال در عملکرد افراد موجب رنج خود فرد و نزدیکانش می‌شود (۴، ۵). تلاش مستمر برای جست‌وجوی اطلاعات و اطمینان در مورد علائم ترس یا بیماری نشانه‌ای است که به‌راحتی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری می‌توان دید. افراد مبتلا به این بیماری ممکن است مدام به پزشکان مراجعه کنند و به دنبال آزمایش‌های اضافی، جست‌وجوی اطلاعات در وبگاه‌های اینترنتی و متون پزشکی باشند (۴). این اختلال با محدودیت‌ها و آسیب‌های قابل‌توجهی از جمله غیبت در انجام کار، محدودیت‌های جسمی، اختلال در عملکرد اجتماعی و خانوادگی و هزینه‌های اقتصادی مربوط به مراقبت‌های پزشکی همراه است (۱، ۵).

به‌طورکلی عوامل متعددی اختلال اضطراب بیماری را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. این عوامل عبارت‌اند از: باورهای فراشناختی و عدم تحمل ابهام (۶) نیازهای ارضانشده و تجارب دوران کودکی (محیط خانوادگی و نحوه‌ی مراقبت والدین) مخصوصاً در مواقع استرس‌زا (۱، ۷) عزت‌نفس پایین (۸) سبک‌های دلبستگی ناایمن و مشکلات بین فردی (۱) و ترس از بیماری (۹).

علاوه بر عوامل بالا، ساختار شناختی افراد نیز در زمینه‌سازی و تداوم اختلال اضطراب بیماری نقش دارد. یکی از عوامل موجود در ساختار شناختی که به‌صورت ناخواسته در بروز این اختلال تأثیرگذار است، طرحواره‌های ناسازگار اولیه[2] است که کمتر مورد توجه و بررسی قرار گرفته است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که در آغاز رشد و تحول در ذهن فرد شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند. در پاسخ به طرحواره‌ها الگوهای رفتاری و هیجانی و شناختی ناسازگاری به وجود می‌آیند که افراد را در برابر انواع اختلالات روانی آسیب‌پذیر می‌کنند (۱۰).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه بازنمایی‌های معتبری از تجارب ناخوشایند دوران کودکی هستند و به‌صورت الگوهای گسترده، ناکارآمد و فراگیر که شامل خاطرات، هیجان‌ها، افکار و احساسات بدنی در مورد خود و رابطه با دیگران هستند، تعریف می‌شوند. این طرحواره‌ها بیشتر در سطح آگاهی قرار می‌گیرند و در دسترس هستند و با فهرست‌های خودگزارشی تشخیص داده می‌شوند. هنگامی‌که طرحواره‌ها فعال می‌شوند اغلب افراد به شیوه‌ای پاسخ می‌دهند که این طرحواره‌ها را در طول زمان حفظ کرده و پایدار نگه می‌دارند (۱۱). هجده نوع طرحواره‌ی ناسازگار اولیه در پنج حوزه طبقه‌بندی شده است که عبارت‌اند از: **حوزه‌ی بریدگی و** طرد شامل طرحواره‌های رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص/ شرم، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل شامل طرحواره‌های وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، خود تحول‌نیافته/ گرفتار، شکست، حوزه‌ی محدودیت‌های مختل شامل طرحواره‌های استحقاق/ بزرگ‌منشی، خویشتن‌داری/ خودانضباطی ناکافی، حوزه‌ی

[1] illness anxiety

[2] early maladaptive schemas

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.3.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.47]

دیگر جهت‌مندی شامل طرحواره‌های اطاعت، ایثار، پذیرش‌جویی/ جلب‌توجه و حوزه گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری دربرگیرنده‌ی طرحواره‌های منفی‌گرایی و بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی، تنبیه (۱۲).

هر کدام از علائم آسیب‌شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرحواره‌های ناسازگار اولیه مرتبط است و در پژوهش‌ها عنوان شده است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه مکانیسم‌های ناکارآمدی هستند که به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم با نشانه‌های مرضی مختلف در ارتباط هستند و به پریشانی روان‌شناختی می‌انجامند. طبق نظر یانگ طرحواره‌های ناسازگار اولیه باعث تحریک افکار خودآیند منفی و ناراحتی روانی شدید می‌شوند و هسته‌ی اصلی اختلالات شخصیت و مشکلات منش‌شناسی و بسیاری از اختلالات روانی قرار می‌گیرند (۱۳، ۱۴).

بنابراین شناسایی طرحواره‌هایی که در آسیب‌پذیری افراد نقش دارند گام مؤثری در راستای تدوین و کاربرد مداخلات روان‌شناختی است و در پیشگیری و درمان آسیب‌های روانی و کمک به افزایش سلامت جامعه سودمند خواهد بود. پژوهش‌های انجام‌شده در رابطه با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و علائم آسیب‌های روانی همواره بر اهمیت وجود این طرحواره‌ها در شکل‌گیری علائم صحه گذاشته‌اند. یکی از انواع آسیب‌های روانی که نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در آن‌ها بررسی شده است اختلال اضطراب بیماری است. برای مثال نتایج پژوهشی نشان داد که عامل اول اختلال اضطراب بیماری که همان شکایت‌های بدنی است با طرحواره‌های حوزه‌های بریدگی و طرد، محدودیت‌های مختل و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری رابطه‌ی معناداری دارد. همچنین عامل ترس و نگرانی با طرحواره‌های حوزه‌های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری، رابطه‌ی معناداری دارد (۱۵). در پژوهشی طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی حوزه‌ی بریدگی و طرد و محدودیت‌های مختل پیش‌بینی‌کننده‌ی افسردگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل پیش‌بینی‌کننده‌ی اضطراب فراگیر بود (۱۶). یافته‌های پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلالات اضطرابی رابطه وجود دارد (۱۷، ۱۸). همچنین رابطه‌ی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اضطراب اجتماعی مورد پژوهش قرار گرفت و نتایج نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی حوزه‌ی بریدگی و طرد، پیش‌بینی‌کننده‌ی اضطراب اجتماعی هستند (۱۹).

بر اساس این یافته‌ها و موارد بسیار مشابه می‌توان پیش‌بینی کرد که اضطراب بیماری تحت‌تأثیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه قرار دارد؛ اما نکته مهم‌تر می‌تواند این باشد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه از چه طریقی و با چه مکانیسم‌هایی اضطراب بیماری را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند؟ بررسی روابط بین این متغیرها و متغیرهایی که احتمالاً بتوانند در رابطه‌ی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اضطراب بیماری نقش واسطه‌ای ایفا کنند به روشن‌تر شدن این مطلب کمک خواهد کرد. به‌منظور دستیابی به چنین متغیرهایی باید عواملی که از یک‌سو تحت‌تأثیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند و از سوی دیگر بر اضطراب بیماری تأثیر می‌گذارند، مورد بررسی قرار گیرند. در واقع زمانی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه فعال می‌شوند، افراد به‌صورت هشیارانه و نیمه‌هشیارانه از مکانیسم‌هایی برای مقاومت در برابر اثرگذاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه استفاده می‌کنند که یکی از مکانیسم‌ها اجتناب تجربی[۳] است. اجتناب تجربی سازه‌ای است که به‌منظور اجتناب از تجارب دردناک به کار برده می‌شود. این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است: اول، بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (مانند حساسیت‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار و زمینه‌های رفتاری) و دوم، تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردند. این شکل از اجتناب شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی نیز می‌شود (۲۰). کارکرد روان‌شناختی اجتناب تجربی، کنترل یا به حداقل رساندن تجارب آزاردهنده است و می‌تواند آرامش فوری و کوتاه‌مدت ایجاد کند که به شکل منفی رفتار اجتنابی را تقویت می‌نماید. این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل نماید (۲۱).

[۳] Experimental avoidance

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.3.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.47]

با توجه به تحریف‌های شناختی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ذهن افراد ایجاد می‌کنند و تأثیر آن‌ها در آسیب‌شناسی انواع اختلالات روانی و نظر به نقش اجتناب تجربی در تداوم آسیب‌های روانی در پژوهش‌های مختلف، پژوهش حاضر سعی دارد به بررسی این موضوع بپردازد که آیا طرحواره‌های ناسازگار اولیه با واسطه‌ی مکانیسم اجتناب تجربی در ایجاد و گسترش اختلالاتی مانند اختلال اضطراب بیماری نقش دارند؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر جزء تحقیقات توصیفی از نوع همبستگی بود که در جامعه‌ی آماری دانشجویان (دختر و پسر) دانشگاه قزوین در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ انجام شد. ۳۰۸ نفر (۲۳۰دختر و ۷۸ پسر) از این دانشجویان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از اعلام آمادگی برای شرکت در پژوهش، به پرسشنامه‌های طرحواره‌های ناسازگار یانگ، خودبیمارانگاری ایوانز و پذیرش و عمل پاسخ دادند. معیارهای ورود افراد در نمونه‌ی پژوهش عدم ابتلا به بیماری جسمانی حاد که مشخصاً تشخیص پزشکی گرفته باشند، بود. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۲ سال (دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۳۰) و در مقاطع تحصیلی کاردانی (۳/۶٪) ، کارشناسی (۷۵/۶٪) و کارشناسی ارشد (۲۰/۵٪) بودند. تحلیل داده‌های پژوهش با روش‌های همبستگی پیرسون، رگرسیون گام‌به‌گام و سلسله‌مراتبی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 انجام شد.

ب) ابزار و مواد

پرسشنامه‌ی طرحواره‌ی یانگ – فرم کوتاه[4]: برای ارزیابی و تشخیص انواع طرحواره‌های ناسازگار اولیه از پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی یانگ (۱۹۹۴) استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که برای ارزیابی ۱۵ طرحواره‌ی ناسازگار اولیه ساخته شده است. این پرسشنامه ۷۵ سؤال دارد که هر پنج مؤلفه یک طرحواره را می‌سنجد و در یک طیف لیکرت ۶درجه‌ای از (کاملاً درست) تا (کاملاً غلط) نمره‌گذاری می‌شوند. خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه در نمونه‌ی ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۲). میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر برای کل پرسشنامه ۰/۹۵ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی اضطراب بیماری ایوانز[5]: به‌منظور سنجش اضطراب بیماری از پرسشنامه‌ی خودبیمارانگاری ایوانز استفاده شد. این پرسشنامه ۳۶ سؤال دارد و برای افراد زیر ۷۰ سال معتبر است. پایایی این پرسشنامه در نمونه‌ی ایرانی ۰/۸۹ گزارش شده است (۳). میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه در این پژوهش ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل[6]: از این پرسشنامه برای سنجش اجتناب تجربی استفاده شد که پذیرش، اجتناب تجربی و عدم انعطاف‌پذیری روانی را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه ۱۰ سؤالی است و در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (هرگز درست نیست) تا (همیشه درست است) نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار دو خرده‌مقیاسِ اجتناب از تجارب هیجانی (۷ عبارت) و کنترل روی زندگی (۳ عبارت) را می‌سنجد و از جمع نمرات آن‌ها عامل کلی اجتناب تجربی به دست می‌آید. پایایی پرسشنامه با محاسبه‌ی آلفای کرونباخ در جامعه‌ی ایرانی ۰/۸۹ به دست آمد (۲۳). میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه در این پژوهش ۰/۷۰ به دست آمد.

ج) روش اجرای پژوهش: شرکت‌کنندگان قبل از اجرای پژوهش در یک جلسه‌ی توجیهی شرکت کردند و پژوهشگر توضیحات لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها را به آن‌ها داد. پس از کسب رضایت آگاهانه‌ی آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش و اطمینان به آن‌ها از عدم افشای محتوای پرسشنامه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا با صحت و دقّت لازم به سؤالات پاسخ دهند. به‌این‌ترتیب در کل تعداد ۴۴۰ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند که ۳۰۰ مورد معتبر و قابل‌اعتماد بودند و در تحلیل داده‌ها وارد شدند.

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی مربوط به طرحواره‌های ناسازگار اولیه به تفکیک حوزه‌های پنجگانه آن، اضطراب بیماری و اجتناب تجربی در جدول ۱ آورده شده است.

[4] Young Schema Questionnaire-Short Form

[5] Evans Hypochondrias Questionnaires

[6] Acceptance and Action Questionnaire

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.3.3]

[DOI: 10.52547/rph.13.3.47]

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

	متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	کجی
طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه	حوزه‌ی بریدگی و طرد	۵۷/۹۵	۲۲/۲۲	۲۵	۱۲۳	۰/۶۷
	حوزه‌ی محدودیت‌های مختل	۳۰/۱۵	۹/۵۱	۱۰	۶۰	۰/۲۰
	حوزه‌ی دیگر جهت‌مندی	۲۶/۷۳	۹/۱۸	۱۰	۵۷	۰/۶۶
	حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل	۳۷/۱۲	۱۴/۱۱	۲۰	۸۳	۰/۸۷
	حوزه‌ی گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری	۳۰/۸۰	۹/۸۲	۱۰	۵۵	۰/۱۸
	اضطراب بیماری	۲۶/۶۰	۱۰/۶۰	۳	۶۰	۰/۲۹
	اجتناب تجربی	۳۲/۹۹	۷/۱۱	۱۶	۵۵	۰/۱۶

برای بررسی رابطه‌ی بین متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. نتایج آن که در جدول ۲ آمده است حاکی از آن است که رابطه‌ی همه‌ی حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با اجتناب تجربی و اضطراب بیماری و نیز رابطه‌ی اجتناب تجربی با اضطراب بیماری معنادار است.

جدول ۲- همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

	متغیرها	اضطراب بیماری	اجتناب تجربی
طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه	حوزه‌ی بریدگی و طرد	۰/۳۴**	۰/۵۵**
	حوزه‌ی محدودیت‌های مختل	۰/۳۰**	۰/۳۸**
	حوزه‌ی دیگر جهت‌مندی	۰/۳۱**	۰/۴۸**
	حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۳۷**	۰/۴۹**
	حوزه‌ی گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد	۰/۲۷**	۰/۳۹**
	اجتناب تجربی	۰/۲۸**	۱

p<۰/۰۵ * p<۰/۰۱ **

برای بررسی سهم هر کدام از حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در تبیین واریانس اضطراب بیماری از رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است. قبل از اجرای مراحل مدل رگرسیون گام‌به‌گام کلیه‌ی پیش‌فرض‌های موجود برای بررسی استقلال خطاها، آزمون شاخص تحمل و عامل تورم واریانس برای بررسی هم‌خطی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از رعایت این پیش‌فرض‌ها بود.

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نقش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در اضطراب بیماری

متغیر ملاک	مرحله	متغیر پیش‌بین	R	R^2	R^2 (تعدیل‌شده)	F	sig	Beta	t	sig
اضطراب بیماری	۱	خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۳۷	۰/۱۴	۰/۱۴	۵۱/۱۰	۰/۰۰	۰/۳۷	۷/۱۴	۰/۰۰
	۲	خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۴۰	۰/۱۶	۰/۱۵	۲۹/۰۴	۰/۰۰	۰/۲۹	۴/۸۷	۰/۰۰
		محدودیت‌های مختل						۰/۱۵	۲/۴۷	۰/۰۱

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.3.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.47]

طبق نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام در جدول ۳ نقش طرح‌واره‌های حوزه‌های خودگردانی- عملکرد مختل و محدودیت‌های مختل در اضطراب بیماری معنادار بود. حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل به‌تنهایی ۱۴درصد و به همراه حوزه‌ی محدودیت‌های مختل ۱۶درصد از واریانس نشانه‌های اضطراب بیماری را تبیین می‌کند. برای بررسی نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی در رابطه هر کدام از طرح‌واره‌های دو حوزه‌ی خودگردانی- عملکرد مختل و محدودیت‌های مختل در اضطراب بیماری از تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد. ابتدا همه‌ی پیش‌فرض‌های موجود برای بررسی استقلال خطاها، آزمون شاخص تحمل و عامل تورم واریانس برای بررسی هم‌خطی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از رعایت این پیش‌فرض‌ها بود.

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی برای اضطراب بیماری به‌عنوان متغیر ملاک و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان متغیر پیش‌بین و اجتناب تجربی به‌عنوان متغیر واسطه‌ای

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	R^2	R^2 (تعدیل‌شده)	تغییرات R^2	Beta	t	sig
	اجتناب تجربی	۰/۲۸	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۲۸	۵/۱۱	۰/۰۰
	اجتناب تجربی	۰/۴۸	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۱۵	۰/۱۱	۱/۹۵	۰/۰۵
	شکست وابستگی/ بی‌کفایتی					-۰/۰۳	۰/۴۶	۰/۶۴
	آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری					۰/۰۷	۰/۹۱	۰/۳۵
اضطراب بیماری	گرفتار/ خود تحول‌نیافته					۰/۳۰	۴/۴۴	۰/۰۰
	استحقاق خویشتن‌داری/ خودانضباطی ناکافی					۰/۰۳	۰/۵۴	۰/۵۸
						۰/۲۲	۳/۹۳	۰/۰۰
						-۰/۱۱	۱/۷۲	۰/۰۸

طبق نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی، طرح‌واره‌های دو حوزه‌ی خودگردانی- عملکرد مختل و محدودیت‌های مختل، ۱۵درصد از واریانس اضطراب بیماری را تبیین می‌کنند که با ورود اجتناب تجربی این مقدار به ۲۳درصد افزایش می‌یابد. به‌عبارت‌دیگر اجتناب تجربی در حضور طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ۷درصد از واریانس اضطراب بیماری را تبیین می‌کند. با توجه به کاهش قابل‌توجه سهم این طرح‌واره‌ها در تبیین واریانس اضطراب بیماری بعد از کنترل نقش اجتناب تجربی، نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی تأیید شد. ضرایب بتا نشان می‌دهد که طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری و استحقاق/ بزرگ‌منشی، توان تبیین بیشتری از واریانس اضطراب بیماری را نسبت به طرح‌واره‌های دیگر دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در اضطراب بیماری با واسطه‌ی اجتناب تجربی انجام شد. نتایج نشان داد که دو حوزه‌ی خودگردانی– عملکرد مختل و محدودیت‌های مختل اضطراب بیماری را پیش‌بینی می‌کنند. این نتیجه همسو با نتایج پژوهش‌هایی (۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸) است که در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند بین حوزه‌ی خودگردانی- عملکرد مختل و محدودیت‌های مختل، با علائم آسیب‌شناسی روانی رابطه وجود دارد. افرادی که طرح‌واره‌هایشان در حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل قرار دارد توانایی لازم برای جدا شدن از خانواده و عملکرد مستقل را ندارند. طرح‌واره‌های این حوزه معمولاً در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که گرفتارند یا بیش‌ازحد از

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.3.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.47]

کودک محافظت می‌کنند و از همه مهم‌تر اعتمادبه‌نفس کودک را کاهش می‌دهند. به دلیل اعتمادبه‌نفس پایینی که این افراد دارند توانایی خود را در کنار آمدن با بیماری بسیار کم برآورد می‌کنند و خود را به‌صورت آدم ضعیفی برداشت می‌کنند که نمی‌توانند تلاش جسمانی یا ورزش را تحمل کنند. این عوامل در مواجهه با محرک‌های مبهم و بعضاً تهدیدکننده، چرخه‌ی اضطراب را راه می‌اندازد که در آن نگرانی درباره‌ی بیماری و نشانه‌های آن به نشانه‌های فیزیولوژیکی اضطراب منجر می‌شود و باور آن‌ها درباره بیمار بودن خودشان را تحکیم می‌کند (۱، ۱۲). از سوی دیگر طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی حوزه‌ی محدودیت‌های مختل به مشکلاتی در تعیین مرزهای درونی، عملکرد مسئولانه یا فعالیت منسجم برای دستیابی به اهداف درازمدت، ضعف و ناتوانی منجر می‌شود. لذا افراد برخوردار از این طرحواره‌ها مشکلاتی در رابطه با رعایت حقوق دیگران، همکاری با دیگران، تعهد یا هدف گزینی و رسیدن به اهداف واقع‌بینانه دارند. معمولاً این افراد هر کاری را در هر زمانی که دوست داشته باشند بدون در نظر گرفتن واقعیت‌های موجود و زیان‌های احتمالی آن برای دیگران انجام می‌دهند و به‌منظور کسب قدرت یا کنترل، تأکید اغراق‌آمیزی بر برتری خود دارند و برای غلبه بر دیگران تلاش بسیاری می‌کنند. آن‌ها به‌شدت از ناراحتی اجتناب می‌کنند و درد را تحمل نمی‌کنند، از مسئولیت‌پذیری گریزان‌اند و می‌خواهند به هر قیمتی که شده از تعارض جلوگیری کنند. درنتیجه برای فرار از مسئولیت‌های زندگی و مسائل حل‌نشدنی و غلبه‌ناپذیر علائم اضطراب بیماری را برای پذیرش نقش بیمار نشان می‌دهند. در واقع نقش بیمار راه گریز تلقی می‌شود چراکه شخص می‌تواند از تعهدات مزاحم اجتناب کند و چالش‌های نامطلوب را به تعویق بیندازد و از تکالیف مورد نظرش معاف شود (۱، ۲۴).

در ادامه نتایج پژوهش نشان داد که سه حوزه‌ی بریدگی و طرد دیگر جهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی و بازداری بیش‌ازحد اضطراب بیماری را پیش‌بینی نمی‌کنند. نتایج این یافته ناهمسو با نتایج پژوهش‌هایی (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹) است که در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین حوزه‌های بریدگی و طرد، دیگر جهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی و بازداری بیش‌ازحد و علائم آسیب‌شناسی روانی رابطه وجود دارد. همچنین نتایج این یافته با پژوهشی (۱۵) که اختصاصاً به بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خودبیمارانگاری پرداخته بودند، ناهمسو بود. استفاده از ابزارهای پژوهشی متفاوت برای سنجش اضطراب بیماری یکی از دلایل ناهمخوانی نتایج این فرضیه با پژوهش قبلی است. بررسی‌های بیشتر نشان داد که از میان طرحواره‌های دو حوزه‌ی خودگردانی- عملکرد مختل و محدودیت‌های مختل، نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و استحقاق/ بزرگ‌منشی در پیش‌بینی اضطراب بیماری، بیشتر و معنادارتر از طرحواره‌های دیگر است. افرادی که از طرحواره ناسازگار اولیه آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری رنج می‌برند، به دلیل ترس افراطی از وقوع پیشامدهای ناگوار همواره در اضطراب به سر می‌برند. یکی از جنبه‌هایی که ترس این افراد بر آن متمرکز است، ترس از حوادث و بیماری‌های پزشکی هست (۲۵). افراد دارای طرحواره‌ی ناسازگار اولیه آسیب‌پذیری

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.3.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.47]

نسبت به ضرر و بیماری با پیش‌آمادگی ترس از حوادث و بیماری‌ها مترصد علائم و نشانه‌هایی هستند که ترس و نگرانی آن‌ها را تأیید می‌کند و به‌محض مواجهه با موقعیت‌ها و علائم مبهم یا اندکی ناراحت‌کننده بلافاصله به تأیید انتظارهای خود می‌پردازند که به‌شدت و تداوم اضطراب آن‌ها و درنهایت اختلال در عملکردشان منجر می‌شود. افراد دارای طرحواره‌ی ناسازگار اولیه استحقاق/ بزرگ‌منشی خود را یک سروگردن بالاتر از دیگران می‌دانند و درنتیجه حقوق و امتیازات خاصی برای خودشان قائل هستند. بیمارانی که این طرحواره را دارند نسبت به رعایت احترام متقابل که پایه و اساس تعاملات اجتماعی سالم است، مسئولیتی احساس نمی‌کنند، اغلب اصرار می‌کنند که می‌توانند هر کاری را که دلشان بخواهد بدون توجه به هزینه‌هایی که این کار برای دیگران دارد انجام دهند. آن‌ها دوست دارند به قدرت برسند تا بتوانند برتری خود را به رخ دیگران بکشند (مثل موفق شدن، مشهور شدن و پولدار شدن). این بیماران اغلب بیش‌ازحد پرتوقع و سلطه‌گر هستند و در روابط اجتماعی با مشکلات دیگران همدلی نمی‌کنند. به نظر می‌رسد اضطراب بیماری نوعی دفاع در برابر توجه مفرط این افراد به خود تلقی می‌شود. در واقع این الگوی رفتاری فرد را مستعد اضطراب بیماری می‌کند (۱، ۲۶).

از سوی دیگر مشخص شد که اجتناب تجربی در رابطه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه (آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، استحقاق/ بزرگ‌منشی) و اضطراب بیماری نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. هر چند پژوهشی که به بررسی این نقش واسطه‌ای پرداخته باشد یافت نشد، شاید بتوان نتایج گزارش‌شده درباره‌ی رابطه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب بیماری (۱۵) رابطه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اجتناب تجربی (۲۷) و مطالعات مربوط به رابطه‌ی اجتناب تجربی و اختلالات روانی (۲۱، ۲۸) را همسو با نتایج پژوهش حاضر مدنظر قرار داد. افرادی که از طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی آسیب‌پذیری در برابر ضرر (ترس افراطی از وقوع پیشامدهای ناگوار) و استحقاق/ بزرگ‌منشی (خود را یک سر و گردن بالاتر از دیگران دانستن) رنج می‌برند، اغلب رویدادها و محرک‌های محیطی را به شکل منفی ارزیابی و تفسیر می‌کنند، آن‌ها را تهدیدآمیز قلمداد کرده و حجم وسیعی از هیجان‌های منفی و آزاردهنده را تجربه می‌کنند که همین امر باعث شکل‌گیری مشغله‌ی ذهنی درباره‌ی سلامتی و اضطراب بیماری می‌شود. آن‌ها به‌منظور اجتناب از تجارب دردناک یا وقایعی که باعث فراخوانی این تجارب می‌شوند از مکانیسمی به نام اجتناب تجربی استفاده می‌کنند. استفاده از مکانیسم اجتناب تجربی در کوتاه‌مدت به آسودگی روانی منجر می‌گردد ولی در درازمدت به تقویت طرحواره‌ها منجر می‌شود و به پایداری آسیب‌های روان‌شناختی کمک می‌کند (۲۴، ۲۷). به‌طورکلی یافته‌های پژوهش حاضر در سطح نظری می‌تواند به شناخت بهتر عوامل تأثیرگذار بر اضطراب بیماری کمک کرده و با تبیین نحوه‌ی تأثیرپذیری اضطراب بیماری از عواملی که ریشه در دوران کودکی فرد دارند مانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اجتناب تجربی به گسترش دانش، مفاهیم و مدل‌های موجود در این زمینه کمک کنند و راهگشای پژوهش‌های جدیدتر به‌منظور گسترش دانش روان‌شناختی باشند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند دیدگاهی امیدبخش و پیشگیرانه نسبت به کاهش بروز اضطراب بیماری را در جامعه پیش رو بگذارد و مبنای تجربی مناسبی برای تدوین برنامه‌های پیشگیرانه و درمان به حساب آید.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم تعمیم نتایج به جوامع دیگر و گردآوری داده‌ها در قالب پرسشنامه اشاره کرد که گرچه به لحاظ روان‌سنجی کفایت لازم را دارد، اما پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از روش‌های کیفی، همچون مصاحبه و مشاهده استفاده شود.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.3.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.47]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.3.3]
[DOI: 10.52547/rph.13.3.47]

References

١. Bakhti M. Relationship between attachment styles and alexithymia with hypochondriasis in non-clinical population the students of ferdowsi university of mashhad. Master's Degree in General Psychology. Mashhad Ferdowsi University; 2011. [Persian].

٢. Grossi D, Longarzo M, Quarantelli M, Salvatore E, Cavaliere C, De Luca P, et al. Altered functional connectivity of interoception in illness anxiety disorder. Cortex. 2017;86:22-32.

٣. Talaei A, Nasiraei A, Samari AA, Mirshojaeian M, Rezaei Ardani A. Hypochondrias in resident students of mashhad university of medical sciences. Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2009; ١٧(١):٨-١٨. [Persian].

٤. Olatunji BO, Deacon BJ, Abramowitz JS. Is hypochondriasis an anxiety disorder?. Br J Psychiatry. 2009;194(6):481-482.

٥. Newby JM, Hobbs MJ, Mahoney AE, Wong SK, Andrews G. DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. J Psychosom Res. 2017;101:31-37.

٦. Khaje Mansoori A, Mohammadkhani P, Mazidi M, Kami M, Bakhshi Nodooshan M, Shahidi S. The role of metacognition and intolerance of uncertainty in differentiating illness anxiety and generalized anxiety. Pract clin psychol. 2016;4(1):57-65.

٧. Kerry L. The interpersonal model of health anxiety: measurement invariance and gender comparisons. Dalhousie university Halifax, nova scotia. 2008.

٨. Abramowitz JS, Braddock AE. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Clin. 2006;29(2):503-519.

٩. Fergus TA, Valentiner DP. Disease phobia and disease conviction are separate dimensions underlying hypochondriasis. J Behav Ther Exp Psychiatry .2010;41(4):438-444.

١٠. Young J E, Klosko J S, Weishoar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Arjmand Press: Tehran. 2003. [Persian].

١١. Calvete E, Orue I, Hankin BL. A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. J Psychopathol Behav Assess. 2015;37(1):85-99.

١٢. Barazandeh H, Kissane DW, Saeedi N, Gordon M. A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits. Pers Individ Dif. 2016;94:130-139.

١٣. Delattre V, Servant D, Rusinek S, Lorette C, Parquet P, Goudemand M, et al. The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders. Encephale. 2004;30(3):255-258.

١٤. Khosravani V, Bastan FS, Ardestani MS, Ardakani RJ. Early maladaptive schemas and suicidal risk in an Iranian sample of patients with obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res. 2017;255:441-448.

١٥. Oraee Z, neshat dost HT. Relationship between early maladaptive schemas and hypochondria in married women in Tehran. 2nd International Conference on Research in Behavioral and Social Science Sciences. 2016. [Persian].

١٦. Shorey RC, Elmquist J, Anderson S, Stuart GL. The relationship between

early maladaptive schemas, depression, and generalized anxiety among adults seeking residential treatment for substance use disorders. J Psychoact Drugs. 2015;47(3):230-138.

۱۷. Gewelt SE. Early Maladaptive Schemas in Anxiety Disorders-An Investigation of Schemas' Relation to Symptoms in a Complex Sample .2017.

۱۸. Cámara M, Calvete E. Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. J Psychopathol Behav Assess. 2012;34(1):58-68.

۱۹. Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M. Early maladaptive schemas and social phobia. Cognit Ther Res. 2006;30(5):571-584.

۲۰. Karimi J, Homayouni A, Homayouni F. The Prediction of Health Anxiety based on Experiential Avoidance and Anxiety Sensitivity among non-clinical Population. Journal of Research in Psychological Health. 2019; 12 (4):66-79 .[Persian].

۲۱. Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. Cogn Behav Pract. 2009;16(4):368-85.

۲۲. Yousefi N, Shirbagi N. Validating the young early maladaptive schema questionnaire (YEMSQ) among students. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2010; 4(1): 38-46.

۲۳. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire –II. Journal of psychological models and methods. ۲۰۱۳;۲(۲): ٦٥-۸۰. [Persian].

۲٤. Sigre-Leirós V, Carvalho J, Nobre PJ. Rape-related cognitive distortions: Preliminary findings on the role of early maladaptive schemas. Int J Law Psychiatry. 2015;41:26-30.

۲٥. Boudoukha A-H, Przygodzki-Lionet N, Hautekeete M. Traumatic events and early maladaptive schemas (EMS): Prison guard psychological vulnerability. Eur Rev Appl Psychol. 2016;66(4):181-187.

۲٦. González-Jiménez AJ, del Mar Hernández-Romera M. Early maladaptive schemas in adolescence: A quantitative study. Procedia Soc Behav Sci. 2014;132:504-508.

۲۷. Rezaei M, Ghazanfari F. The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. Psychiatry research. 2016;246:407-14. .[Persian].

۲۸. Kashdan TB, Goodman FR, Machell KA, Kleiman EM, Monfort SS, Ciarrochi J, et al. A contextual approach to experiential avoidance and social anxiety: Evidence from an experimental interaction and daily interactions of people with social anxiety disorder. Emotion. 2014;14(4):769- 781.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.3.3.3]

[DOI: 10.52547/rph.13.3.47]