

## مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم

### Comparing early maladaptive schemas, emotional regulation and coping strategies in patients with multiple sclerosis and healthy people

**Fatemeh Zabihollah Zadeh \***

Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, South Tehran  
zabihalah1362@gmail.com

**Parisa Rashvand**

Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, South Tehran

**Dr. Mohtaram Nemat Tavousi**

Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, South Tehran

فاطمه ذبیح اله زاده نویسنده مسئول

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران جنوب

پریسا رشوند

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران جنوب

دکتر محترم نعمت طاوسی

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران جنوب

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی و مقایسه طرحواره‌های ناسازگار و تنظیم هیجان و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم بود. جامعه آماری کلیه افراد مبتلابه بیماری مولتیپل اسکلروزیس در بیمارستان سینا تهران (۱۳۹۶-۱۳۹۵) بود. از این افراد تعداد ۲۰۲ نفر، که ۱۰۲ نفر بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس به صورت هدفمند و ۱۰۰ نفر دیگر افراد سالم از همراهان بیمار به روش نمونه برداری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه طرحواره یانگ- شکل کوتاه (یانگ، ۲۰۰۵) و پرسشنامه تنظیم هیجان گروس و جان (۲۰۰۳) و پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای کوتاه کارور (۱۹۹۷) بود. روش آماری مورد استفاده تحلیل واریانس بود. بر اساس تحلیل داده‌های پژوهش، بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس از طرحواره‌های ناسازگار اولیه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت مندی بیشتر از افراد سالم استفاده می‌کنند. بین هر دو گروه افراد بیمار و سالم در مؤلفه‌های رهاسدگی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، خود تحول نایافته/ گرفتار، ایثار و معیار سرسختانه تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین نتایج نشان داد که بین راهبردهای تنظیم هیجان فرونشانی و ارزیابی مجدد در بین دو گروه افراد بیمار و سالم تفاوت معنادار وجود ندارد ولی در راهبرد مقابله ناکارآمد تفاوت معنادار نشان داده شد. بنابراین تفاوت معناداری بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای تنظیم هیجان و راهبردهای مقابله‌ای در افراد مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس و سالم وجود دارد.

**واژه‌های کلیدی:** طرحواره ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان، راهبردهای مقابله‌ای، بیماری مولتیپل اسکلروزیس.

#### Abstract

The purpose of this study was to investigate and compare maladaptive schemas and emotional regulation and coping strategies in patients with multiple sclerosis and healthy individuals. The statistical population of all individuals with multiple sclerosis was Sina Hospital in Tehran (1966-1393). Of these, 202 patients were selected from 102 patients with multiple sclerosis and 100 healthy subjects were selected by the available sampling method. The research tool was Yang-Shaped Schema Questionnaire (Yang, 2005) and Gross and John's (2003) Threat Settlement Questionnaire and Short Carver Coping Strategies Questionnaire (1997). The statistical method used was variance analysis. Based on the analysis of research data, patients with multiple sclerosis use early abnormal scaling and exclusion, self-regulation, and impaired function, impaired limits, and other important health behaviors. There was no significant difference between the two groups of healthy and ill people in the components of abandonment, mistrust/ill-treatment, vulnerability to disease and disease, self-evolution / crippling, self-sacrifice, and stubborn criteria. Also, the results showed that there was no significant difference between stress reduction and reassessment strategies between the two groups of patients and healthy people, but there was a significant difference in the dysfunctional coping strategy. Therefore, there is a significant difference between early maladaptive schemas, emotional regulation strategies and coping strategies in people with multiple sclerosis and healthy people.

**Key Words:** Primary maladaptive schema, emotional regulation, Coping strategies, Multiple sclerosis disease.

## مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (MS)<sup>۱</sup> یک بیماری مزمن و پیش‌رونده‌ی سیستم اعصاب مرکزی است که سومین عامل ناتوانی‌های عصبی محسوب می‌شود. در این بیماری، دستگاه ایمنی بدن فرد مبتلا، علیه بافت عصبی خود واکنش التهابی نشان داده و موجب میلین زدایی بافت می‌شود (بجاردتیر، کونراددوتیر، روونیس دوتیر و اولافسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). میزان ابتلا به این بیماری در ایران، به‌رغم آمار کمتر گزارش شده در بین آسیایی‌ها (۳-۵ در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر) در حال افزایش است. طبق گزارش انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آن‌ها ثبت‌شده‌اند (آقاباقری، محمدخوانی، عمرانی و فرهمند، ۱۳۹۱). دامنه سن شروع بیماری از ۹ سال و ۲ ماه الی ۶۷ سال و ۱۰ ماه گزارش شده است (حقیقت، رسول‌زاده طباطبایی و زاده‌هوش، ۱۳۸۸). بیماری مولتیپل اسکلروزیس به علت مزمن بودن و شیوع آن در افراد جوان جامعه، می‌تواند تأثیر عمیقی بر فعالیت‌های روزانه زندگی شخص بگذارد و مشکلات عمده‌ای در زمینه اقتصادی و اجتماعی، مشکلات خانوادگی ایجاد کند (ساداتنیا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). به این ترتیب بررسی عوامل شناختی و کیفیت زندگی فرد بیمار دارای اهمیت است (مختاری، ۲۰۰۵).

یکی از عوامل عمده تأثیرگذار بر سیستم شناختی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، طرحواره<sup>۴</sup> است. به‌طور کلی طرحواره به‌عنوان ساختار<sup>۵</sup> قالب<sup>۶</sup> یا چهارچوب<sup>۷</sup> خاطرات، هیجان‌ها، شناخت و احساسات بدنی پایدار و ماندگار در دوران کودکی بیان می‌گردد (یانگ، کلوکسو و ویشار<sup>۸</sup>، ۱۳۹۰) که به سازگاری فرد با خانواده یا محیطش کمک و پاسخ فرد به رخدادهای محیطی را کنترل می‌کنند (یانگ و دیگران، ۱۳۹۰). افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به دلیل داشتن محدودیت جسمانی، احساس طردشدگی، شرم، شکست، وابستگی به دیگران و بی‌کفایتی دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه<sup>۹</sup> هستند. وجود این عوامل منجر به کاهش حرمت خود و افزایش اضطراب و تنیدگی و به تبع آن مشکلاتی در زمینه روابط اجتماعی در این افراد می‌گردد (آخانی و دیگران، ۱۳۹۱؛ شهامت، ۱۳۸۹؛ یوسف نژاد شیروانی و پیوسته‌گر، ۱۳۹۰؛ زرگر، کاکاوند، جلالی، و صلواتی، ۱۳۹۰؛ کاظمی و دیگران، ۱۳۹۰؛ رفیعی و دیگران، ۱۳۹۰). این افراد به دلیل مشکلات جسمانی و فشار روانی حاصل از بیماری مانند احساس سربار بودن، توانایی کنترل هیجانات خود را ندارند از این رو درک و شناخت آن‌ها از خود و جهان پیرامونشان تغییر پیدا می‌کند و تبدیل به عاملی نا سازگار می‌گردد که به دلیل افسردگی، پرخاشگری، واکنش عاطفی نامناسب و استرس، توانایی تنظیم هیجان<sup>۱۰</sup> خود را به منظور مدیریت و چگونگی ابراز صحیح آن‌ها ندارند (شارپ<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۶). بنابراین پاسخدهی آن‌ها به شرایط استرس‌زا نامناسب است. این در حالی است که یکی از شیوه‌های مدیریت تنظیم هیجان استفاده از راهبردهای راهبردهای مقابله<sup>۱۲</sup> به منظور شیوه‌ای در جهت پاسخدهی فرد به استرس محیط است (لازاروس<sup>۱۳</sup> و فولکمن<sup>۱۴</sup>، ۱۹۸۴؛ فرزین راد، اصغر نژاد، یکه یزدان دوست و حبیبی عسگرآباد، ۱۳۸۹). پژوهش‌های تاشک (۱۳۹۰)، آخانی و دیگران (۱۳۹۱)، زرگر و دیگران (۱۳۹۰)، شهامت (۱۳۸۹)، بشارت و دیگران (۱۳۸۷) و حقیقت و دیگران (۱۳۸۸) نشان داد که افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به دلیل داشتن طرحواره‌های ناسازگار اولیه توانایی تنظیم هیجانات خود را ندارند از این رو از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار که سلامت روان آن‌ها را به خطر می‌اندازد استفاده می‌کنند. از این رو این افراد در شرایط تنش‌زای بیماری خود دچار افت شدید کارکردهای اجتماعی و شناختی خود می‌گردند. با توجه به نوسانات خلقی و هیجانی و عوامل استرس‌زا در ایجاد بیماری مولتیپل اسکلروزیس و نقش طرحواره‌ها در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای این فر ضیه‌ها مطرح می‌گردند که بین طرحواره‌های ناسازگار

1. Multiple Sclerosis

2 Bjarnadottir. Konradsdottir. Revnisdottir & Olafsson.

3. Saadatnia

4. Schema

5. Structure

3. Framework

7. Outline

8. Young. Klosko & Weishaar

9. Early maladaptive schema (EMS)

10. Emotion regulation

11. Sharp

12. Coping strategies

13. Lazarus

14. Folkman

در دو گروه بیمار و سالم تفاوت معنادار وجود دارد. بین راهبردهای تنظیم هیجان در دو گروه بیمار و سالم تفاوت معنادار وجود دارد. بین راهبردهای مقابله‌ای در دو گروه بیمار و سالم تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین این سؤال مطرح می‌گردد که آیا بین طرحواره‌های ناسازگار، تنظیم هیجان و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم تفاوت وجود دارد؟

## روش پژوهش

روش پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری کلیه افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس در بیمارستان سینا تهران (۱۳۹۶-۱۳۹۵) بود. از این تعداد ۱۰۲ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و تعداد ۱۰۰ نفر افراد سالم از همراهان بیمار به روش نمونه برداری در دسترس به منظور مقایسه انتخاب و از نظر وضعیت اقتصادی و طبقه اجتماعی هم‌تاسازی شدند. ملاک‌های ورود در این پژوهش داشتن پرونده پزشکی ابتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس، محدوده سنی ۲۵ تا ۵۰ و دارا بودن سواد خواندن و نوشتن و ملاک‌های خروج، ابتلا به بیماری روان پزشکی دیگر و یا دیگر بیماری‌های جسمانی و ناتوانی جسمی بود. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به شرح زیر است.

**پرسشنامه طرحواره یانگ (شکل کوتاه YSQ-SF)** به منظور اندازه‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسط یانگ (۲۰۰۵) طراحی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۷۵ ماده، مقیاس پاسخگویی ۶ درجه لیکرت (کاملاً غلط: ۱ تا کاملاً درست: ۶) و ۱۵ خرده مقیاس شامل محرومیت هیجانی، طرد/رها شدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری به ضرر، گرفتاری/در دام افتادگی، اطاعت، از خودگذشتگی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خویشن‌داری و خود انضباطی ناکافی است. هر ۵ ماده این پرسشنامه مربوط به یک طرحواره و برای به دست آوردن نمره طرحواره‌ها، میانگین نمره در هر ۵ ماده محاسبه می‌گردد. اعتبار این پرسشنامه به وسیله آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶ و برای تمام خرده مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۵ گزارش شده است (یانگ ۱۹۹۸، ۱۲). این پرسشنامه را در ایران آهی (۱۳۸۵) ترجمه و آماده اجرا کرده و همسانی درونی آن را برحسب آلفای کرونباخ در گروه مؤنث ۰/۹۷ و در گروه مذکر ۰/۹۸، گزارش کرده است. در پژوهشی که یوسف نژاد شیروانی و پیوسته نگر (۱۳۹۰) انجام دادند آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ به دست آمد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۷ به دست آمد.

**پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان (ERQ)** توسط گروس و جان (۲۰۰۳) طراحی شده است. طرح اولیه آن دارای ۱۶ ماده و ۷ لیکرت (= ۱ کاملاً ناموافق تا ۷ کاملاً موافق) است که از دو قسمت، ارزیابی مجدد شناختی (۶ ماده) و فرونشانی (۴ ماده) تشکیل شده است. گروس و جان (۲۰۰۳) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ به دست آوردند. فرم کوتاه و تجدیدنظر شده آن ۱۰ ماده دارد که تفاوت‌های فردی را در ارزیابی مجدد شناختی<sup>۳</sup> و فرونشانی<sup>۴</sup> ابزاری بررسی می‌کند. شانک (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ مقیاس ارزیابی مجدد ۰/۸۷ و مقیاس فرونشانی ۰/۹۰ و در این پژوهش آلفای کرونباخ فرونشانی ۰/۴۷ و ارزیابی مجدد ۰/۶۹ به دست آمده است.

**پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای کارور (۱۹۹۷)** شامل ۲۸ ماده و ۴ لیکرت و سه سبک راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار<sup>۵</sup>، راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار<sup>۶</sup> و هیجان منفی است. (کارور<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷) اعتبار این پرسشنامه را ۰/۷۱ و روایی آن را ۰/۷۲ گزارش داده است. ملازاده اسفنجانی، اراضی، جوانمرد و محمدی (۱۳۸۱) پایایی و باز آزمایی را ۰/۷۹ و آلفای کرونباخ را ۰/۸۰ گزارش نمودند. پایایی به دست آمده در این پژوهش برای راهبردهای مقابله کارآمد ۰/۷۶ و برای راهبردهای مقابله ناکارآمد ۰/۷۱ به دست آمده است.

در این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS، برای بررسی تفاوت بین دو گروه در متغیرهای مورد نظر از آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA)، و آزمون t مستقل به علت عدم رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چند متغیری در متغیر طرحواره‌ها و آزمون تک متغیری نرمال بودن کالموگروف اسمیرنوف مفروضه نرمال بودن و آزمون همگنی واریانس (لوین) همچنین آزمون M باکس و کرویت بارتلت به منظور همگنی ماتریس کوواریانس و کفایت همبستگی بین مؤلفه‌ها استفاده شد.

1. Young Schema Questionnaire (short form)

1. Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

3. Cognitive reappraisal

4. Expressive suppression

5. Emotional ineffective strategy

6. Emotional coping strategy

7 Carver

## یافته‌های پژوهش

جدول ۱: آزمون t، بررسی تفاوت در طرحواره‌های دو گروه بیمار و سالم

متغیر	میانگین بیمار	میانگین سالم	مقدار t	df	سطح معنادار
محرومیت هیجانی	۱۴/۰۵	۱۱/۵۲	۲/۶۲	۱۸۷/۱۸	۰/۰۱
رهاشده‌گی	۱۵/۷۵	۱۴/۳۳	۱/۴۷	۱۹۷/۱۵	۰/۱۴
بی‌اعتمادی-بدرفتاری	۱۲/۱۲	۱۱/۷۱	۰/۴۶	۱۹۲/۸۰	۰/۶۵
انزوای اجتماعی و بیگانگی	۱۱/۲۹	۹/۵۵	۲/۰۶	۱۷۸/۴۴	۰/۰۴
نقص / شرم	۹/۶۷	۷/۸۲	۲/۶۴	۱۷۰/۶۵	۰/۰۱
شکست	۱۱/۹۶	۹/۳۲	۳/۲۳	۱۸۴/۹۱	۰/۰۰
وابستگی و بی‌کفایتی	۱۰/۸۶	۸/۹۳	۲/۶۲	۱۸۸/۴۰	۰/۰۱
آسیب‌پذیری در برابر ضرر	۱۱/۳۶	۱۰/۰۴	۱/۵۳	۱۸۸/۲۷	۰/۱۳
گرفتار / خود تحول نیافته	۱۱/۷۵	۱۱/۶۳	۰/۱۴	۱۹۹/۹۴	۰/۸۹
اطاعت	۱۲/۴۳	۱۰/۴۰	۲/۳۴	۱۹۰/۴۰	۰/۰۳
ایثار	۱۸/۴۶	۱۸/۸۷	-۰/۵۱	۱۹۸/۴۵	۰/۶۱
بازداری هیجانی	۱۳/۹۲	۱۲/۲۱	۲/۰۱	۱۹۷	۰/۰۵
معیارهای سرسختانه	۱۷/۷۰	۱۸/۳۴	-۰/۷۹	۱۹۰/۲۰	۰/۴۳
استحقاق	۱۶/۷۳	۱۵/۰۲	۲/۲۵	۱۸۵/۱۳	۰/۰۳
خویش‌داری	۱۶/۰۵	۱۳/۸۱	۲/۸۰	۱۸۶/۴۷	۰/۰۱

N=۲۰۰

از آنجایی که راهبردهای تنظیم هیجان شامل دو مؤلفه فروزشانی و ارزیابی مجدد و راهبردهای مقابله نیز شامل دو مؤلفه (کارآمد و ناکارآمد) می‌باشد برای مقایسه دو گروه از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. آزمون تک متغیری نرمال بودن کالموگروف اسمیرنوف مفروضه نرمال بودن، و آزمون همگنی واریانس (لوین) مفروضه‌های اولیه استفاده از این تحلیل را تأیید کرد. در این سوال به علت عدم رعایت مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس و همبستگی کافی بین مولفه‌ها از آزمون t ولش (آزمون تی ولش هر گاه که همگنی واریانس‌ها برقرار نباشد با تغییر درجه آزادی مقادیر t را محاسبه می‌کند و از خطا در استنباط جلوگیری می‌کند) استفاده شد. نتایج آزمون ولش نشان داد که بین دو گروه بیمار و سالم در مولفه‌های محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی و بیگانگی، نقص / شرم، شکست، وابستگی و بی‌کفایتی، اطاعت، استحقاق و خویش‌داری تفاوت معنادار وجود دارد و میانگین گروه بیمار در این طرحواره‌ها بالاتر می‌باشد. همچنین بین دو گروه بیمار و سالم در مولفه‌های رهاشده‌گی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، گرفتار-خود تحول نیافته، ایثار و معیارهای سرسختانه تفاوت معنادار وجود ندارد. همچنین آزمون M باکس و کرویت بارتلت به

ترتیب مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس و کفایت همبستگی بین مؤلفه‌های تنظیم هیجان و مؤلفه‌های مقابله را تأیید کردند. آماره چند متغیری لامبدای ویلکز و اثر پیلایی نشان داد که بین دو گروه بیمار و سالم تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری

اثر	ارزش	F	Df	df خطا	p
راهبردهای تنظیم هیجان	اثر پیلایی	۰/۹۲	۲	۱۹۹	۰/۴۰
لامبدای ویلکز	۰/۹۹	۰/۹۲	۲	۱۹۹	۰/۴۰
راهبردهای مقابله	اثر پیلایی	۰/۰۳	۳/۸۴	۲	۱۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۹۷	۰/۰۳	۳/۸۴	۲	۱۹۹

همچنین نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه در بین هر یک از مؤلفه‌های تنظیم هیجان (فرونشانی و ارزیابی مجدد) آزمون چند متغیری را تأیید کرده و نتایج نشان داد که هیچ تفاوتی بین دو گروه در راهبردهای تنظیم هیجان وجود ندارد.

جدول ۳: تحلیل واریانس یک‌راهه در مؤلفه‌های تنظیم هیجان و راهبردهای مقابله

منبع اثر	وابسته	Ss	df	مولتیپل اسکالروزیس	f	p
عضویت گروهی	فرونشانی	۲۴/۷۲	۱	۲۴/۷۲	۰/۷۷	۰/۳۰
	ارزیابی مجدد	۶/۹۵	۱	۶/۹۵	۰/۱۷	۰/۶۸
خطا	فرونشانی	۶۴۱۴/۹۱	۲۰۰	۳۲/۰۸		
	ارزیابی مجدد	۸۳۳۹/۲۳	۲۰۰	۴۱/۷۰		
عضویت گروهی	راهبردهای مقابله کارآمد	۱۷/۰۵	۱	۱۷/۰۵	۰/۳۹	۰/۵۴
	راهبردهای مقابله ناکارآمد	۱۴۲/۵۲	۱	۱۴۲/۵۲	۵/۵۷	۰/۲۰
خطا	راهبردهای مقابله کارآمد	۸۸۴۵/۵۶	۲۰۰	۴۴/۲۳		
	راهبردهای مقابله ناکارآمد	۵۱۱۹/۳۹	۲۰۰	۲۵/۶۰		

با توجه به میانگین‌های به‌دست‌آمده از دو گروه بیمار و سالم در راهبرد مقابله ناکارآمد نشان می‌دهد که گروه بیمار از این راهبرد بیشتر از گروه سالم استفاده می‌کنند.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه طرحواره‌های ناسازگار و خودنظم‌جویی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم بود. همانطور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، فرضیه اول پژوهش مبنی بر تفاوت معنادار بین طرحواره‌های ناسازگار در دو گروه بیمار و سالم تأیید می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، و دیگر جهت‌مندی نسبت به گروه سالم بیشتر استفاده کرده‌اند. این نتایج با یافته‌های تحقیقات (آخانی و دیگران، ۱۳۹۱؛ شهامت، ۱۳۸۹؛ یوسف نژاد شیروانی و پیوسته‌گر، ۱۳۹۰؛ زرگر، کاکاوند، جلالی، و صلواتی، ۱۳۹۰؛ کاظمی و دیگران، ۱۳۹۰؛ رفیعی و دیگران، ۱۳۹۰) هم‌سو است. در تبیین‌های احتمالی این یافته می‌توان بیان کرد که طبق نظر یانگ و دیگران (۱۳۹۰) افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به دلیل عدم ارضاء مناسب نیازهای فرد به امنیت، محبت و همدلی حاصل رشد فرد در خانواده‌هایی مضایقه‌گر و بدرفتار دارای طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد و به دلیل داشتن علائم افسردگی دارای سه طرحواره محرومیت هیجانی، نقص/ شرم، انزوای اجتماعی/ بیگانگی هستند. این افراد به دلیل بیماری مزمن جسمی، تفسیرهای منفی از خود دارند و به دلیل خودگردانی و عملکرد مختل طرحواره‌های ناسازگار مانند وابستگی/ بی‌کفایتی و شکست به کار می‌برند (شهامت، ۱۳۸۹). مشکلات عمده در حفظ و تداوم روابط عاطفی با دیگران به دلیل عدم حمایت عاطفی لازم از والدین خود، بی‌توجهی نسبت به آن‌ها دارای طرحواره‌های ناسازگار استحقاق/ بزرگ‌منشی و به دلیل عدم کنترل هیجان‌ها و تکانه‌های خود به شیوه‌ای مناسب دارای طرحواره ناسازگار استحقاق/ بزرگ‌منشی و خویش‌تن-داری و خود انضباطی هستند (یانگ و دیگران، ۱۳۹۰). این یافته با جنبه‌ای از پژوهش زرگر و دیگران (۱۳۹۰) هم‌سو است.

همانطور که نتایج جدول ۲ و ۳ نشان می‌دهد، فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تفاوت معنادار بین راهبردهای تنظیم هیجان (فرونشانی و ارزیابی مجدد) در دو گروه بیمار و سالم تأیید نمی‌شود. این نتیجه با تحقیقاتی که در گروه‌های دیگر اجرا شده از جمله پژوهش مشهدی و دیگران (۱۳۹۰) ناهم‌سو است. در تبیین احتمالی این یافته می‌توان بیان کرد که ممکن است عوامل محیطی و روان‌شناختی کیفیت زندگی بیماران را ارتقا داده و شرایط زندگی آن‌ها را مانند افراد سالم کرده باشد از این جهت در موقعیت‌های استرس‌زا مانند افراد سالم رفتار می‌کنند.

همانطور که نتایج جدول ۲ و ۳ نشان می‌دهد، فرضیه سوم پژوهش مبنی بر تفاوت معنادار بین راهبردهای مقابله در دو گروه بیمار و سالم در استفاده از راهبرد مقابله ناکارآمد تأیید می‌شود اما در راهبردهای مقابله کارآمد تأیید نمی‌شود. به این ترتیب که گروه بیمار از راهبرد مقابله ناکارآمد بیشتر از گروه سالم استفاده می‌کنند. یافته‌های این پژوهش هم‌سو با یافته‌های (غضنفری و قدمگاهی، ۱۳۸۷؛ ملازاده اسفنجانی و دیگران، ۱۳۹۱؛ دنولت، ۲۰۰۳) می‌باشد و با نتایج پژوهش بشارت و دیگران (۱۳۸۷) ناهم‌سو است. در تبیین احتمالی این یافته می‌توان بیان کرد که افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به دلیل سطح بالای اضطراب، آسیب جسمانی، افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی دارای اختلال در انسجام فکری و آشفتگی هیجانی و عدم کنترل بر خود هستند از این رو تفاوت معناداری بین آنها و افراد سالم در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار است (غضنفری و قدمگاهی، ۱۳۸۷). از طرفی به دلیل دریافت آموزش‌هایی در جهت کسب آرامش و کاهش شدت تهدید موقعیت استرس‌زا، حمایت عاطفی دیگران و یا تلاش برای رهایی تدریجی از فشار روانی سعی می‌کنند از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد استفاده کنند از این رو در استفاده از راهبردهای مقابله با افراد سالم تفاوت معناداری ندارند (بشارت، ۱۳۸۶). به دلیل اهمیت بیماری مولتیپل اسکلروزیس پیشنهاد می‌شود که نقش طرحواره‌ای ناسازگار اولیه در این بیماران با بیماری‌های مزمن دیگر نیز مورد بررسی قرار گیرد. پایین بودن سطح آگاهی افراد و وجود حالت تدافعی و پنهان‌کاری در برخی از افراد مورد بررسی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. پژوهش حاضر با اهمیت دادن بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان از طریق راهبردهای مقابله‌ای راه‌حل‌مدار در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارای نقش کاربردی در مراکز درمان این بیماری است.

## منابع

آخانی، ا. ایزدی خواه، ز. باقران سرارودی، ر. و خورش، ف. (۱۳۹۱). بررسی نقش ادراک بیماری در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سطح ناتوانی حرکتی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *تحقیقات علوم رفتاری*. شماره ۱۰ (۷)، ۳۷-۲۲.

- آقاباقری، ح. محمدخوایی، پ. عمرانی، س. و فرهمند، و. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلابه ام اس. *مجله روانشناسی بالینی*، شماره ۱ (۱۳)، ۶۹-۵۱.
- آهی، ق. محمدی، فر، م و بشارت، م. (۱۳۸۶). پایایی و اعتبار فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های یانگ. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، شماره ۱۱ (۱)، ۴۱-۵۹.
- بشارت، م. (۱۳۸۶). سخت کوشی و سبک های مقابله با استرس. *مطالعات روان شناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء*، شماره ۳ (۲)، ۴۴-۵۹.
- بشارت، م.، براتی، ن و لطفی، ج. (۱۳۸۷). رابطه سبک های مقابله با استرس و سطوح سازش روان شناختی در بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس. *مجله پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی*، شماره ۷ (۱۱)، ۴۱-۲۴.
- تاشک، آ. (۱۳۹۰). بررسی مدل خودنظم جویی سازگاری با درد در بیماران سرطانی: نقش برون گرایی، نورو گرایی، راهبردهای تنظیم هیجان و مقابله. رساله دکترای روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران.
- حقیقت، ف. رسول زاده طباطبایی، ک و زادهوش، س. (۱۳۸۸). نیرومندی من، شدت درد و خودکارآمدی مربوط به درد در بیماران مبتلابه مالتیپل اسکلروزیس: بررسی نقش متغیرهای واسطه ای. *فصلنامه علمی- پژوهشی در سلامت روان شناختی*، شماره ۳ (۲)، ۶۲-۴۱.
- زرگر، م. کاکاونده، ج. جلالی، م و صلواتی، م. (۱۳۹۰). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رفتارهای مقابله‌ای اجتناب در مردان وابسته به مواد شبه افیونی و افراد بهنجار. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، شماره ۱۷ (۱)، ۳۱-۱۶.
- شهامت، ف. (۱۳۸۹). پیش‌بینی نشانه های سلامت عمومی (جسمانی سازی، اضطراب و افسردگی) بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، شماره ۹ (۲۰)، ۵۱-۳۴.
- صالحی، ا. باغبان، ا.، بهرامی، ف و احمدی، ا. (۱۳۹۰). رابطه بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و مشکلات هیجان با توجه به عوامل فردی و خانوادگی. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، شماره ۱۳ (۱)، ۶۴-۴۴.
- غضنفری، ف و قدم پور، ع. (۱۳۸۷). بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم آباد. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، شماره ۱۸ (۴۷)، ۶۱-۵۸.
- مشهدی، ع. میردورقی، ف و حسینی، ج. (۱۳۹۰). نقش راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در اختلال های درونی سازی کودکان. *مجله روانشناسی بالینی*، شماره ۳ (۱۱)، ۷۱-۵۸.
- ملازاده اسفنجانی، ر. اراضی، ح. جوانمرد، غ. محمدی، م. (۱۳۹۱). مقایسه شیوه های مقابله با فشار روانی در ورزشکاران و غیر ورزشکاران و ارتباط آن با سلامت روان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، شماره ۱۴ (۴)، ۶۸-۴۵.
- یانگ، ج. کلوکسو، ژ و ویشار، م. (۱۳۹۰). طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی). ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: ارجمند.
- یوسف نژاد شیروانی، م و پیوسته گرم، م. (۱۳۹۰). رابطه رضایت از زندگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، شماره ۴ (۲)، ۶۱-۵۸.

- Bjarnadottir, O. H. Konradsdottir, A. D. Revnisdottir, K., & Olafsson, E. (2007). Multiple sclerosis and brief moderate exercise. *A randomized study. Multiple Sclerosis*, 13 (6), 58-71.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol too long: Consider the Brief COPE. *International Journal Of Behavioral Medicine*. 4(9)45-61.
- Denollet, J. K. (2003). Coping style and other psychological factors related to medical status and to prognosis in patients with coronary heart disease. *International Journal Of Cardiology*. 77(8).54-67.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implication for affect, relationships, and wellbeing. *Journal Of Personality and Social and Psychology*. 85 (2).19-32.
- Lazarus, S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company.
- Mokhtary, S. (2005). The effect of group cognitive-behavioral therapy on depression of multiple sclerosis patients. [Thesis]. *Isfahan, Iran: University of Isfahan*. [In Persian].
- Saadatnia, M. (2005). Multiple Sclerosis epidemiology in the world, *Iran and Isfahan. Multiple sclerosis association*. 9. [In Persian].
- Sharpe, L., & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Soc Sci Med*. 62.
- Tremblay, P F, & King, P R. (1994). State and trait anxiety, coping styles and depression among psychiatric inpatients. *Canadian Journal Of Behavioral Science*. 26(8).36-61.
- Young, J. E. (2005). Young Schema Questionnaire- Short Form. New York: Schema Therapy Institute.

مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم  
Comparing early maladaptive schemas, emotional regulation and coping strategies in patients with



شپوشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی