MEJDS. 2021; 11:8.

Published online 2021 Apr. **Research Article**

A Model for Explaining Quality of Life Based on Maladaptive Schemas and Attachment Styles with the Mediating Role of Self-Differentiation in Students with Substance Abuse

Hokmabadi ME[1], *Zeraatkar M[2], Nejat H[3], Khanghaee R[4], Ghafouri Nasab J[5], Imani H[5]

Author Address
1. Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran;
2. MA, Department of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran;
3. Department of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran;
4. Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
5. Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Iran;
***Corresponding author's email:** zeraatkar.2000@gmail.com

Received: 2019 April 28; **Accepted:** 2019 August 17

Abstract

Background & Objectives: Drug abuse is consuming addictive substances in a harmful manner to self or others, i.e., a type of drug use disorder. Quality of Life (QoL) represents the wellbeing of the individual and its' life–associated variables. QoL is affected by various characteristics, including early maladaptive schemas and attachment styles. Furthermore, individuals, in the family system, are affected by emotional–cognitive factors. One of these variables is self–differentiation. Therefore, the present study aimed to investigate a model explaining the QoL of substance–dependent male students. For this purpose, we considered the scaling and exclusion criteria as well as attachment styles with the mediating role of self–differentiation.

Methods: This was a causal–comparative study. The sample individuals were involved with substance abuse in the past; accordingly, their effects were being investigated in the present research. The statistical population of this study included all students of Kharazmi University of Tehran City, Iran, in 2016. The sample size, given the limited number of these individuals, was considered as 171. Moreover, they were selected by a convenience sampling method. The inclusion criteria of the study were as follows: being current university students; not receiving any counseling or psychotherapy services; not having familial problems, such as running away or being rejected by parents; being dependent on at least one known opioid or stimulant drug. The following tools were applied for collecting the required data: the Adult Attachment Scale (Collins and Read, 1990), the Young Schema Questionnaire–Short Form (Young, 1998), the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL–BREF), and the Differentiation of Self Inventory (Skowron & Friedlander, 1998). The obtained data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (by path analysis) in AMOS and SPSS at a significance level of 0.05.

Results: The present research results suggested that explanting QoL by emotional deprivation schema (Beta=0.333, p=0.012), abandonment (Beta=0.309, p=0.023) and distrust (Beta=0.293, p=0.038) was significant. Besides, the pathways of explaining avoidant insecure attachment style (Beta=0.360, p=0.048), ambivalent insecurity (B=0.135, p=0.049), and explaining self–differentiation based on lifestyle (Beta=0.374, p=0.032) were significant. Moreover, the model of explaining the QoL in students with substance abuse based on the maladaptive schemes and attachment styles was significant (RMSEA=0.075, AGFI=0.925).

Conclusion: Based on the obtained data, maladaptive schemas concerning scaling and exclusion and attachment styles with the mediating role of self–differentiation could provide a desirable model to explain the QoL of male students who abuse drugs.

Keywords: Maladaptive schemas, Attachment styles, Quality of life, Self–Differentiation, Substance abuse.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.44.3]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.43]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۸.

انتشار برخط فروردین ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مدل تبیین کیفیت زندگی براساس طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های دلبستگی با نقش میانجی خودمتمایزسازی در دانشجویان پسر سوءمصرف‌کنندهٔ مواد مخدر

محمدابراهیم حکم‌آبادی[۱]، *مرضیه زراعتکار[۲]، حمید نجات[۳]، راشین خانقائی[۴]، جواد غفوری‌نسب[۵]، هانیه ایمانی[۶]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران؛

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران؛

۳. گروه روان‌شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران؛

۴. گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۵. کارشناسی‌ارشد مشاوره، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران؛

۶. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** zeraatkar.2000@gmail.com

تاریخ دریافت: ۸ اردیبهشت ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۶ مرداد ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت زندگی تحت‌تأثیر عواملی مانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دل‌بستگی قرار دارد و مؤلفه‌های مرتبط با خانواده مانند خودمتمایزسازی، می‌تواند بر آن اثرگذار باشد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تبیین مدل کیفیت زندگی دانشجویان پسر سوءمصرف‌کنندهٔ مواد مخدر براساس طرحواره‌های ناسازگار حوزهٔ بریدگی و طرد و سبک‌های دل‌بستگی با نقش میانجی خودمتمایزسازی بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعهٔ آماری دانشجویان پسر دانشگاه خوارزمی تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. ۱۷۱ نفر به‌روش دردسترس انتخاب شدند. در این پژوهش مقیاس دل‌بستگی بزرگسال (کولینز و رید، ۱۹۹۰)، فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحواره‌های ناسازگار (یانگ، ۱۹۹۸)، فرم کوتاه پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) و پرسشنامهٔ خودمتمایزسازی (اسکورن و فردلندر، ۱۹۹۸) به‌کار رفت. داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی (استفاده از تحلیل مسیر) با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای AMOS و SPSSدر سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، تبیین کیفیت زندگی توسط طرحواره‌های محرومیت هیجانی (p=۰/۰۱۲، Beta=۰/۳۳۳) و رهاشدگی (p=۰/۰۲۳، Beta=۰/۳۰۹) و بی‌اعتمادی (p=۰/۰۳۸، Beta=۰/۲۹۳) معنادار است. از طرف دیگر، مسیر تبیین سبک دل‌بستگی ناایمن اجتنابی (p=۰/۰۴۸، Beta=۰/۳۶۰)، ناایمن دوسوگرا (p=۰/۰۴۹، Beta=۰/۱۳۵) و مسیر تبیین خودمتمایزسازی بر اساس کیفیت زندگی (p=۰/۰۳۲، Beta=۰/۳۷۴) معنادار است. همچنین مدل تبیین کیفیت زندگی دانشجویان مبتلا به سوءمصرف مواد مخدر، براساس طرحواره‌های بریدگی و طرد و سبک‌های دل‌بستگی باتوجه به نقش میانجی خودمتمایزسازی معنادار است (RMSEA=۰/۰۷۵، AGFI=۰/۹۲۵).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش حاضر، طرحواره‌های ناسازگار حوزهٔ بریدگی و طرد و سبک‌های دل‌بستگی می‌توانند با نقش میانجی خودمتمایزسازی مدل مطلوبی را برای تبیین کیفیت زندگی دانشجویان پسر سوء مصرف‌کنندهٔ مواد مخدر ارائه دهند.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌های ناسازگار، سبک‌های دل‌بستگی، کیفیت زندگی، خودمتمایزسازی، سوءمصرف مواد مخدر.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.44.3]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.43]

۱ مقدمه

کیفیت زندگی[1] سازه‌ای گسترده و چندبعدی است که میزان بهزیستی فرد را ارزیابی می‌کند و می‌تواند تحت‌تأثیر عوامل متفاوت قرار داشته باشد. همچنین کیفیت زندگی مجموعه‌ای از واکنش‌های عاطفی و شناختی افراد درمقابل وضعیت جسمی و روانی و اجتماعی خود است (۱) که همواره به‌عنوان پیامدی نهایی در کارآزمایی‌های بالینی و مداخلات و مراقبت‌های بهداشتی مدنظر است. کیفیت زندگی حوزه‌های مختلفی را ازجمله حوزهٔ سلامتی و اشتغال، اقتصادی، اجتماعی، روحی، روانی و خانوادگی شامل می‌شود (۲). ازطرفی کیفیت زندگی، ادراک فرد از وضعیت خود در زندگی در بافت فرهنگ و سیستم‌های ارزشی است که در آن زندگی می‌کند و با اهداف، انتظارات، استانداردها و علاقه‌مندی‌های او ارتباط دارد (۳). از عواملی که در کیفیت زندگی نقش دارد، سوءمصرف مواد مخدر[2] است (۴). مصرف مواد مخدر پدیده‌ای است که در کشورها و جوامع مختلف، به‌ویژه در میان نوجوانان و جوانان افزایش یافته است (۵). نتایج به‌دست‌آمده توسط محمد و همکاران نشان داد که سوءمصرف مواد مخدر با سطح ضعیف کیفیت زندگی رابطهٔ مستقیمی دارد (۶). سوءمصرف مواد مخدر در جوانان به‌عنوان مسئله‌ای چندبعدی موجب افزایش خطر آسیب و مرگ ازطریق خشونت بین‌فردی، تصادفات جاده‌ای، افزایش رفتارهای پرخطر جنسی، حاملگی ناخواسته، ابتلا به بیماری‌هایی چون ایدز و مسائل و مشکلات تحصیلی می‌شود (۷،۸). باتوجه به یافته‌های پژوهش بهفر و همکاران که سبک‌های دل‌بستگی متغیر مؤثری در سبک زندگی بیماران است (۹)، می‌توان گفت کیفیت زندگی و اعتیاد تحت‌تأثیر تربیت اولیهٔ خانوادگی و سبک‌های دل‌بستگی قرار دارد.

اصطلاح دل‌بستگی[3] به پیوند عاطفی بین نوزاد و مادر اشاره دارد. در طول زمان دارای ثبات است و نقش مهمی را در بهداشت روانی افراد ایفا می‌کند (۱۰). سبک‌های دل‌بستگی در طول زمان ثابت هستند و تغییر چندانی نمی‌کنند (۱۱)؛ به عبارت دیگر بین سبک دل‌بستگی افراد در کودکی و بزرگسالی هماهنگی وجود دارد (۱۲). تجربه‌هایی که نوزاد با مراقبش دارد، در آیندهٔ روابط کودک با دیگران درونی‌سازی می‌شود. این الگوهای درونی‌شده، در شکل‌گیری مفهوم خود و دیگران برای کودک و شکل‌گیری طرحواره‌های اولیه تأثیرگذار است و کودک این مفاهیم را به رابطه با دیگران تعمیم می‌دهد. سبک دل‌بستگی ایمن با شیوهٔ مقابلهٔ[4] سالم (مقابلهٔ مسئله‌مدار)، رفتار مشروب‌خوری دائمی، سوءمصرف مواد مخدر و داشتن تعداد شریک جنسی با سبک‌های دل‌بستگی اجتنابی و پریشانی حواس رابطه دارد (۱۳). حتی اثبات شده است که در بروز اختلال‌های مغزی‌عصبی، نقش سبک دل‌بستگی در شدت‌گیری بیماری و تأثیر متقابل بر مراقب بیمار اثرگذار است (۱۴). از سوی دیگر مشخص شده است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه[5] بر کیفیت زندگی افراد اثربخشی مستقیمی دارند (۱۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوی شناختی و عاطفی خودشکنی‌اند که تا حد زیادی مختل هستند و از اوایل زندگی ایجاد می‌شوند و در طول زندگی تکرار می‌گردند. درواقع طرحواره‌های ناسازگار، باورهای اولیه‌ای هستند که افراد دربارهٔ خود و دیگران و محیط دارند و معمولاً از ارضانشدن نیازهای اولیه به‌خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند (۱۶). طرحواره‌ها مانند چهارچوبی هستند که اطلاعات را در فرایندی خاص پردازش می‌کنند و واکنش‌های عاطفی افراد را درقبال موقعیت‌های زندگی و روابط بین‌فردی مشخص می‌کنند و با رضایت از زندگی رابطه دارند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه مکانیزم‌های ناکارآمدی هستند که به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم به پریشانی روان‌شناختی منجر می‌شوند؛ همچنین می‌توانند بسیاری از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی و رضایت فرد از زندگی را مانند اضطراب و علائم اضطرابی (۱۷)، افسردگی و مهارت‌های ضعیف اجتماعی و آسیب‌پذیری به افسردگی (۱۸)، اختلالات عاطفی (۱۹) و احساس بی‌لذتی به زندگی، تحت‌تأثیر قرار می‌دهند و کیفیت زندگی افراد را به چالش می‌کشانند. بیماران دارای طرحواره‌هایی در این حوزه، نمی‌توانند دل‌بستگی‌های ایمن و رضایت‌بخشی با دیگران برقرار کنند. چنین افرادی معتقد هستند که نیاز آن‌ها به ثبات، امنیت، محبت، عشق و تعلق خاطر برآورده نخواهد شد (۱۵). همچنین نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ایجاد و تشدید میل به سوءمصرف مواد مخدر در پژوهش‌های لسینه و تاپیا (۲۰) و بوگ و همکاران (۲۱) تأیید شد. آن‌ها دریافتند که می‌توان از طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز سوءمصرف مواد مخدر نام برد. تفکیک اعضای خانواده مستقیماً به توانایی آن‌ها در روبه‌روشدن با یکدیگر و تعامل‌برقرارکردن بدون واکنش عاطفی و توانایی آن‌ها در بودن فیزیکی باهم بدون اضطراب و تضاد مربوط می‌شود (۲۲).

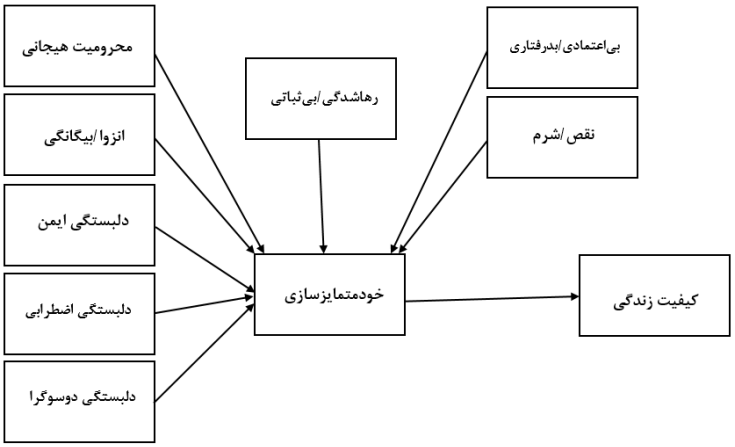
به اعتقاد موری بوون، آشفتگی روانی هر فردی ریشه در ارتباطات او با دیگران دارد و روابط درهم‌تنیدهٔ اعضای خانواده تحت فرمان نیروهای تعادلی تفرد[6] و وحدت[7] است (به نقل از ۲۳). نظریهٔ نظام‌های خانوادگی مبتنی‌بر مفهوم تفکیک خود، بر این اصل استوار است که نوعی نظام عاطفی با قابلیت انتقال بین‌نسلی بر ساختار خانواده حاکم است و سلامت روانی فرد در گروی تفکیک‌قائل‌شدن بین احساس و تفکر می‌باشد (۲۴). منظور از تفکیک خویشتن، فردی سالم و دارای کارکرد هیجانی بیشتر است که در تمیزدادن فرایند عقلی از فرایند احساسی توان‌مندی بیشتری داشته باشد و به عبارت دیگر بتواند بین احساسات و شناخت توازن برقرار کند. حالت مقابل تمایز خویشتن، همجوشی عاطفی[8] است که در آن فرد قادر به تمایز احساس و شناخت از هم نیست و دارای وابستگی عاطفی ناسالم با اعضای خانواده است (۲۳). بر این اساس می‌توان گفت افرادی که دارای تمایزیافتگی کمی هستند، دربرابر استرس و آسیب‌های روانی آسیب‌پذیرتر می‌شوند. همین مسئله موجب می‌گردد عملکرد فردی و اجتماعی آن‌ها مختل

1. Quality of life
2. Substance abuse
3. Attachment
4. Coping style
5. Primary maladaptive schemas
6. Individualization
7. Unity
8. Emotional fusion

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.44.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.43]

شود و حتی وضعیت مذکور به مزمن‌شدن این عملکرد مختل کمک می‌کند. در همین راستا نتایج حاصل از پژوهش‌های انجام‌شده در زمینهٔ خودمتمایزسازی، بیانگر نقش معنادار این مؤلفه در ارتباط با متغیرهایی مانند کاهش بازگشت نشانگان مصرف (۲۵) و تمایزیافتگی و کارکردهای خانواده‌های دارای فرزندان معتاد (۲۶) بوده است.

باتوجه به مطالب ذکرشده می‌توان گفت، افزایش کیفیت زندگی افراد جامعه می‌تواند نشانهٔ سلامت جسمی‌ـ روانی افراد آن جامعه باشد و میزان رضایت‌مندی جمعیت را از امکانات و وضعیت موجود بیان کند. ارزیابی پیشینهٔ پژوهشی نشان می‌دهد، تاکنون مطالعه‌ای در زمینهٔ بررسی عوامل هیجانی مرتبط با نظام هیجانی خانواده در کنار عوامل تعیین‌کننده بر شخصیت روی این گروه از افراد انجام نشده است؛ همان‌گونه که ذکر شد، این کیفیت تحت‌تأثیر عوامل مختلفی مانند سبک‌های دل‌بستگی و طرحواره‌های ناسازگار قرار دارد و طرحواره‌های ناسازگار در رفتارهای مختلف افراد ازجمله گرایش به رفتارهای ضداجتماعی مانند اعتیاد و گرایش به مصرف و سوءمصرف مواد مخدر نقش دارند؛ بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی مدل تبیین کیفیت زندگی دانشجویان پسر سوءمصرف‌کنندهٔ مواد مخدر براساس طرحواره‌های ناسازگار حوزهٔ بریدگی و طرد و سبک‌های دل‌بستگی با نقش میانجی خودمتمایزسازی بود. مدل مفهومی در این پژوهش به‌شرح نمودار ۱ است.



نمودار ۱. مدل مفهومی پژوهش

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعهٔ آماری این پژوهش دانشجویان پسر دانشگاه خوارزمی تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. باتوجه به گسترهٔ دانشجویان این دانشگاه و شیوع ۲درصدی سوءمصرف مواد مخدر و محرک در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران (۲۷) و تعداد فعلی دانشجویان این دانشگاه که حدود ۱۵۰۰۰ نفر هستند، پس از محاسبهٔ ۲درصد دانشجویان این دانشگاه، جامعهٔ ۳۰۰نفری دانشجویان سوءمصرف‌کننده مدنظر قرار گرفت. با درنظرگرفتن احتمال تمایل‌نداشتن برخی از افراد برای شرکت در پژوهش یا نامعتبربودن پرسشنامه‌ها، تعداد ۲۰۰ نفر به‌عنوان نمونهٔ اولیه در نظر گرفته شدند؛ اما درنهایت ۱۷۱ دانشجو به‌عنوان نمونهٔ نهایی پژوهش بررسی شدند. روش نمونه‌گیری نیز به‌صورت دردسترس بود.

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: دانشجو باید در دانشگاه در حال تحصیل باشد و جزو دانشجویان انصرافی و اخراجی نباشد؛ هیچ‌گونه خدمات مشاوره‌ای و روان‌درمانی دریافت نکند؛ دارای مشکلاتی نظیر گریز از منزل یا طردشدگی توسط والدین نباشد؛ حداقل به مصرف یکی از انواع مواد مخدر یا محرک شناخته‌شده، وابستگی داشته باشد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر به‌کار رفت.

ـ مقیاس دل‌بستگی بزرگسال[1]: این مقیاس توسط کولینز و رید در سال ۱۹۹۰ ساخته شده است و مقیاسی برای خودارزیابی از مهارت‌های ایجاد روابط و خودتوصیفی شیوهٔ شکل‌دهی روابط دل‌بستگی به چهره‌های دل‌بستگی نزدیک است (۲۸). مشتمل بر ۱۸ داده بوده و ازطریق علامت‌گذاری روی مقیاس پنج‌درجه‌ای از نوع لیکرت سنجیده می‌شود که از ۱ (به‌هیچ‌وجه با خصوصیات من تطابق ندارد) تا ۵ (کاملاً با خصوصیات من تطابق دارد)، تشکیل می‌گردد. سه زیرمقیاس این پرسشنامه وابستگی[2] و نزدیک‌بودن و اضطراب[3] است. کولینز و رید مقادیر آلفای کرونباخ را در نمونه‌ای ۱۷۳نفره، برای سبک‌های ایمن و اجتنابی و دوسوگرا به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۸ و ۰/۸۵ گزارش کردند (۲۸). در ایران نیز پاکدامن میزان قابلیت اعتماد را با استفاده از روش آزمون‌ـ‌آزمون مجدد به‌صورت همبستگی بین دو اجرا در نمونه‌ای با حجم ۱۰۰ نفر آزمودنی با فاصلهٔ زمانی یک ماه از یکدیگر بررسی کرد. نتایج بیانگر آن بود که تفاوت بین دو اجرای مقیاس‌های A و D و C در این پرسشنامه معنادار نیست و این آزمون در سطح ۹۵درصد قابل اعتماد است (۲۹).

ـ فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحواره‌های ناسازگار[4]: فرم کوتاه این مقیاس توسط یانگ در سال ۱۹۹۸ طراحی شد (۳۰). این فرم دارای ۷۵ ماده است که پنج بعد و ۱۵ طرحوارهٔ ناسازگار اولیه را می‌سنجد. شیوهٔ

1. Adult Attachment Scale
2. Dependence
3. Anxiety
4. Maladaptive Schemas Questionnaire -Short Form

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.44.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.43]

نمره‌گذاری براساس مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای از کاملاً غلط دربارهٔ=۱ تا کاملاً درست دربارهٔ من=۶ است. دامنهٔ نمرات بین ۵تا۲۵ است و نمرهٔ بیشتر حضور پررنگ‌تر آن طرحواره را نشان می‌دهد (۳۰). اویی تیان و بارانف در پژوهشی اعتبار این ابزار را ۰/۸۹ گزارش کردند (۳۱). در ایران نیز آهی و همکاران همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ به‌دست آوردند (۳۲).

ـ پرسشنامهٔ کیفیت زندگی[1]: این پرسشنامه فرم کوتاه پرسشنامهٔ کیفیت زندگی است که توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ بعد از ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سؤالات آن تدوین شد (۳۳). پرسشنامه ۲۶ سؤال دارد. ۲ سؤال اول وضعیت سلامت و کیفیت زندگی به‌شکل کلی و ۲۴ سؤال بعدی چهار حیطهٔ سلامت جسمانی، روان‌شناسی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را بررسی می‌کند. برای بررسی پایایی این پرسشنامه از روش ثبات درونی استفاده شد و آلفای کرونباخ برای سلامت جسمانی ۰/۸۲، سلامت روان‌شناسی ۰/۸۱، سلامت محیط ۰/۸۰ و روابط اجتماعی ۰/۶۸ به‌دست آمد (۳۳). در ایران نجات و همکاران نیز پایایی این ابزار را ۰/۸۴ گزارش کردند (۳۴).

ـ پرسشنامهٔ خودمتمایزسازی[2] : این پرسشنامه توسط اسکورن و فردلندر در سال ۱۹۹۸ با ۴۳ ماده در چهار خرده‌مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم‌آمیختگی با دیگران ساخته شد (۳۵). پرسشنامهٔ خودمتمایزسازی مبتنی‌بر ارتباط‌های مهم زندگی و روابط جاری افراد با خانواده اصلی است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به‌صورت طیف شش‌گزینه‌ای لیکرت است و با سؤالاتی مانند (معمولاً برای برای شروع یک کار یا وظیفهٔ بزرگ به تشویق زیادی از جانب دیگران نیاز دارم)، به سنجش تمایزیافتگی افراد می‌پردازد. برای محاسبهٔ امتیاز کلی پرسشنامه، نمرهٔ همهٔ گویه‌های پرسشنامه با هم جمع می‌شود و هرچه امتیاز حاصل از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهندهٔ میزان بیشتر خودمتمایزسازی خواهد بود (۳۵). در پژوهش دریک و همکاران آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های واکنش‌پذیری عاطفی ۰/۸۶، جایگاه من ۰/۷۹، گریز عاطفی ۰/۸۳ و هم‌آمیختگی با دیگران ۰/۷۳ به‌دست آمد (۳۶). همچنین علیکی و نظری در پژوهش خود پایایی درونی این پرسشنامه را به‌روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامهٔ تمایزیافتگی ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های واکنش عاطفی ۰/۸۱، جایگاه من ۰/۶۹، گریز عاطفی ۰/۶۵ و هم‌آمیختگی با دیگران ۰/۶ گزارش کردند (۳۷).

در طی انجام پژوهش ملاحظات اخلاقی ازجمله نبود اجبار شرکت‌کنندگان برای تکمیل پرسشنامه‌ها و گمنام‌بودن آن‌ها در فرایند پژوهش رعایت شد.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، نرم‌افزار آماری SPSS، نرم‌افزار AMOS، شیوه‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار و درصد فراوانی) و آمار استنباطی (تحلیل مسیر) به‌کار رفت. برازندگی الگوی پیشنهادی براساس شاخص مجذور خی‌دو، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص نکویی برازش (GFI)، شاخص نکویی برازش تعدیل‌شده (AGFI) و ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)بررسی شد. هرچه دو شاخص GFI و AGFI به یکدیگر نزدیک‌تر باشد، برازش کامل مدل را بیشتر نشان می‌دهد و کمتر از ۰/۱ بودن شاخص RMSEA بیانگر مطلوبیت مدل است (۳۸).

۳ یافته‌ها

ابتدا نمونه‌های پژوهش از نظر ویژگی‌های دموگرافیک مانند سن، جنس، دانشکده و وضعیت تأهل بررسی شدند که نتایج در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های جمعیت‌شناختی نمونهٔ پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن (سال)	۲۶/۶۵	۲/۱۴
وضعیت تأهل	فراوانی	درصد فراوانی
متأهل	۱۲	۷درصد
مجرد	۱۵۹	۹۳درصد
مقطع تحصیلی	فراوانی	درصد فراوانی
کارشناسی	۱۱۰	۶۴درصد
کارشناسی‌ارشد	۵۴	۳۲درصد
دکتری	۷	۴درصد
وضعیت اشتغال	فراوانی	درصد فراوانی
بیکار	۱۰۰	۵۸درصد
پاره‌وقت	۵۹	۳۵درصد
تمام‌وقت	۱۲	۷درصد

باتوجه به جدول ۱ مشاهده می‌شود که میانگین سن شرکت‌کنندگان در پژوهش حدود ۲۶ سال بود. همچنین ملاحظه می‌شود که تعداد

[1]. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)

[2]. Self-Differentiation Inventory (DSI)

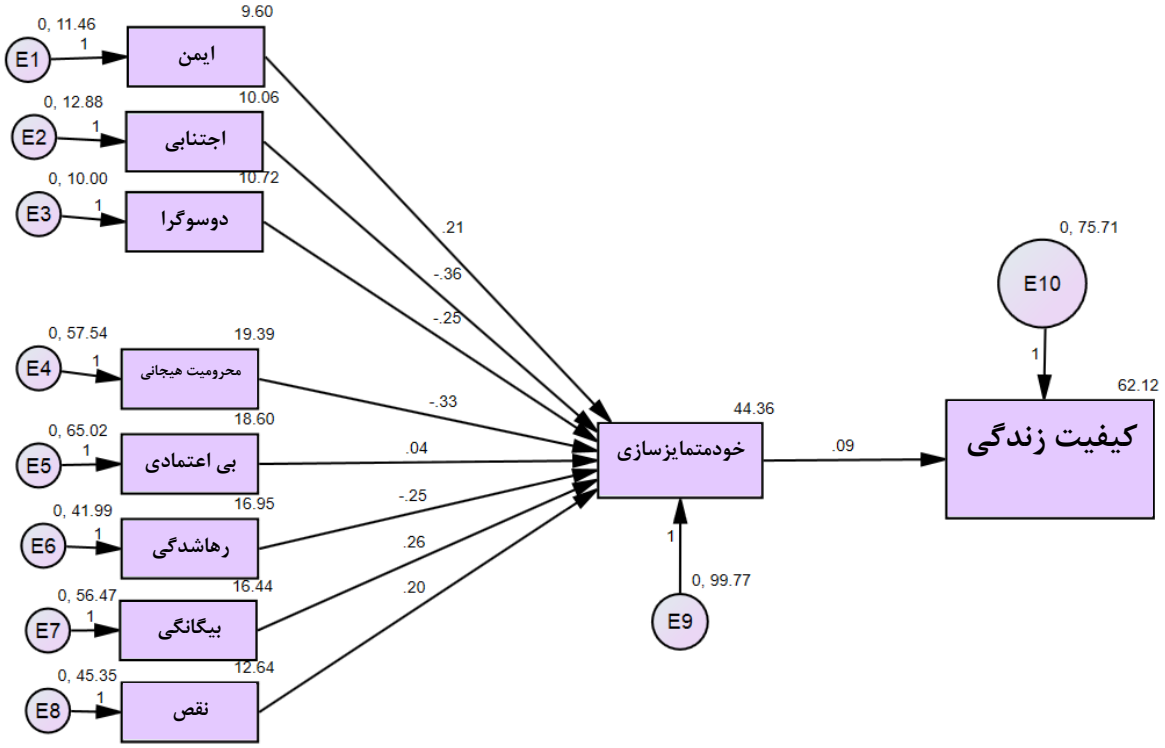
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.44.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.43]

بیشتری از اعضای نمونه مجرد بودند و دانشجویان مقطع کارشناسی سهم بیشتری را به خود اختصاص داده‌اند؛ همین‌طور مشخص شد که ۷۱ نفر از دانشجویان دارای مشاغل پاره‌وقت یا تمام‌وقت بودند و بقیه دانشجوی بدون شغل بودند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی آزمودنی‌ها در متغیرهای تحقیق

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
کیفیت زندگی	۶۵/۲۸	۸/۷۹	۵۰	۸۷
محرومیت هیجانی	۱۹/۳۹	۷/۶۲	۵	۳۰
رهاشدگی/بی‌ثباتی	۱۸/۶	۸/۱۰	۶	۳۰
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۱۶/۹۵	۶/۱۵	۵	۳۰
انزوای اجتماعی/بیگانگی	۱۶/۴۴	۷/۵۵	۵	۳۰
نقص/شرم	۱۲/۶۴	۶/۷۶	۵	۳۰
دل‌بستگی ایمن	۹/۶	۳/۴۰	۵	۱۷
دل‌بستگی اضطرابی_دوسوگرا	۱۰/۷۲	۳/۱۷	۵	۱۹
دل‌بستگی اجتنابی	۱۰/۰۶	۳/۶۰	۵	۱۹
خودمتمایزسازی	۳۶/۸۲	۱۰/۱۵	۱۶	۷۳

داده‌های جدول ۲ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها را در متغیرهای کیفیت زندگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک دل‌بستگی ایمن، سبک دل‌بستگی اضطرابی_دوسوگرا، سبک دل‌بستگی اجتنابی و خودمتمایزسازی نشان می‌دهد.



نمودار ۲. مدل تبیین کیفیت زندگی براساس طرحواره‌های ناسازگار حوزهٔ بریدگی و طرد و سبک‌های دل‌بستگی با نقش میانجی خودمتمایزسازی

جدول ۳. نکویی برازش مدل ساختاری

درجهٔ آزادی	خی‌دو	X2/Df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	مقدار احتمال
۱۰۷/۱۰۳	۵۵	۱/۹۴۷	۰/۰۷۵	۰/۹۱۹	۰/۹۲۵	۰/۹۳۸	۰/۰۰۱

همان‌طورکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نسبت خی‌دو به درجهٔ آزادی کمتر از ۲/۵ بوده و میزان RMSEA نزدیک به صفر است. همچنین،

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.44.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.43]

مقدار GFI و AGFI و CFI نزدیک به یک است؛ درنتیجه، مدل ارائه‌شده با مقدار احتمال ۰/۰۰۱ برازش دارد.

جدول ۴. اثرات مستقیم و غیرمستقیم و کل جهت پیش‌بینی کیفیت زندگی

متغیر	ضریب استاندارد Beta	ضریب غیراستاندارد B	t	مقدار احتمال
محرومیت هیجانی * خودمتمایزسازی	۰/۳۳۳	۰/۱۳۲	۲/۱۴۵	۰/۰۱۲
رهاشدگی * خودمتمایزسازی	۰/۳۰۹	۰/۱۳۱	۲/۳۱۵	۰/۰۲۳
بی‌اعتمادی * خودمتمایزسازی	۰/۲۹۳	۰/۱۲۵	۱/۶۳۴	۰/۰۳۸
بیگانگی * خودمتمایزسازی	۰/۵۲۵	۰/۱۱۴	۱/۱۰۹	۰/۱۷۴
نقص * خودمتمایزسازی	۰/۲۰۳	۰/۰۹۴	۱/۰۳۶	۰/۱۷۳
دل‌بستگی ایمن * خودمتمایزسازی	۰/۲۱۳	۰/۱۹۷	۰/۷۱۷	۰/۴۷۳
دل‌بستگی اجتنابی * خودمتمایزسازی	۰/۳۶۰	۰/۲۸۰	۱/۸۸۰	۰/۰۴۸
دل‌بستگی دوسوگرا * خودمتمایزسازی	۰/۱۳۵	۰/۲۷۶	۱/۷۹۲	۰/۰۴۹
خودمتمایزسازی * کیفیت زندگی	۰/۳۷۴	۰/۲۸۴	۱/۶۳۲	۰/۰۳۲

داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که اثرات مستقیم و غیرمستقیم و کل هر سازه بر کیفیت زندگی معنادار است. مشخص شد که سبک‌های دل‌بستگی اجتنابی و دوسوگرا و طرحواره‌های محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی و رهاشدگی با نقش میانجی خودمتمایزسازی کیفیت زندگی را به‌شکل معناداری تبیین می‌کنند؛ درنتیجه، می‌توان گفت که طرحواره‌های ناسازگار حوزهٔ بریدگی و طرد و سبک‌های دل‌بستگی توانسته‌اند با نقش میانجی خودمتمایزسازی، برای تبیین کیفیت زندگی، مدل مطلوبی را ارائه دهند.

٤ بحث

هدف مطالعهٔ حاضر بررسی مدل تبیین کیفیت زندگی دانشجویان پسر سوءمصرف‌کنندهٔ مواد مخدر براساس طرحواره‌های ناسازگار حوزهٔ بریدگی و طرد و سبک‌های دل‌بستگی با نقش میانجی خودمتمایزسازی بود. براساس نتایج به‌دست‌آمده مشاهده شد که طرحواره‌های محرومیت هیجانی و بی‌اعتمادی و رهاشدگی تبیین‌کنندهٔ معناداری برای کیفیت زندگی هستند. از طرف دیگر سبک‌های دل‌بستگی اجتماعی و دوسوگرا توانستند کیفیت زندگی دانشجویان سوءمصرف‌کننده را به‌شکل معناداری تبیین کنند. نتایج به‌دست‌آمده توسط محمد و همکاران (۶)، واردروپ و همکاران (۱۴)، بهفر و همکاران (۹)، لسینه و ژرالدین (۲۰) و بوگ و همکاران (۲۱) در راستای تأیید این نتایج است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت سوءمصرف مواد مخدر به‌عنوان بیماری عصبی‌روانی شناخته می‌شود که در جریان درمان فرد باید به قدرت تصمیم‌گیری برسد و توان ایجاد تمایز را بین احساسات و منطق داشته باشد (۲۵)؛ چراکه تمایزیافتگی ضعیف موجب می‌شود افراد واکنش‌های عاطفی و هیجانی ضعیفی از خود نشان دهند و روابط پرتنشی را با دیگران تجربه کنند؛ به همین دلیل فاصله‌گیری هیجانی از دیگران را انتخاب می‌کنند (۳۴) و همین امر زمینه‌ساز گرایش آنان به سوءمصرف مواد مخدر می‌شود. از طرف دیگر افرادی که درگیر طرحوارهٔ خاصی هستند، درد هیجانی طرحواره را مستقیم احساس می‌نمایند؛ اما به‌گونه‌ای عمل می‌کنند که صحت طرحواره را تأیید نمایند؛ به‌طوری‌که در بزرگسالی، تجارب دوران کودکی را دوباره زنده می‌کنند (۳۹). طرحواره، احساسات درونی و باورها و پنداشت‌های کلی فرد را در کارهای روزمرهٔ کنونی زندگی‌اش نشان می‌دهد (۴۰)؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد افراد دارای طرحوارهٔ ناسازگار حوزهٔ بریدگی و طرد، از تمامی روابط بین‌فردی اجتناب می‌ورزند؛ همچنین این افراد به‌دنبال روابطی نمی‌روند که متفاوت با خواسته‌های خودشان است. به عبارت دیگر، این افراد در دوران کودکی یا نوجوانی، بی‌ثباتی یا بی‌اعتمادی به دریافت محبت و برقراری ارتباط با والدین را تجربه کرده‌اند که درنهایت باعث می‌شود طرحواره‌های فرد به‌سمت طرد کشیده شود. این امر سبب سردی عاطفی و کاهش کیفیت روابط بین‌فردی و ناسازگاری می‌شود. ازطرفی شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد، سبک دل‌بستگی ناایمن با اضطراب و اختلالات بدنی، اعتمادبه‌نفس ضعیف، تنهایی و گوشه‌گیری اجتماعی همراه است. هنگامی‌که مراقب به‌طور پیوسته دردسترس است و به رفتارهای دل‌بستگی کودک حساس باشد، در کودک احساسی به‌نام احساس ایمنی‌بخش درقبال مراقب رشد می‌کند (۱۰). نظام دل‌بستگی در بزرگسالان تحت شرایط و حالت‌های مختلف ازجمله تنیدگی‌ها و تهدیدها فعال می‌شود و فرد را به‌سمت یافتن راه حل متناسب با سبک دل‌بستگی‌اش سوق می‌دهد؛ بنابراین وقتی انسان به دیگران اعتماد داشته باشد و از پذیرفته‌شدن از طرف آنان مطمئن باشد، به کاوش در محیط اشتیاق بیشتری نشان می‌دهد، عواطف مثبت‌تری می‌یابد و از عزت‌نفس بیشتری برخوردار می‌شود؛ همچنین در حل مسئله پافشاری می‌کند و ابتکار و پشتکار پیدا می‌کند؛ به عبارت دیگر از سازگاری اجتماعی و عاطفی بیشتری برخوردار می‌شود (۴۱).

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به صرف استفاده از پرسشنامه در گردآوری داده‌ها و زیادبودن تعداد سؤالات و کنترل‌نشدن عامل فرهنگ، باتوجه به بافت قشر دانشجویی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در حوزهٔ اعتیاد دانشجویان، علاوه‌بر درنظرگرفتن متغیرهایی مانند سبک‌های تفکر و راهبردهای حل مسئله، به‌عنوان عوامل تأثیرگذار بر سوءمصرف مواد مخدر، نقش فرهنگ و طبقات اقتصادی در این بررسی‌ها لحاظ شود.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.44.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.43]

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های پژوهش‌ها تصور بر این است که در گرایش افراد به سوءمصرف مواد مخدر، علاوه‌بر عوامل شناختی و موقعیتی، عوامل رشدی و هیجانی نیز سهم عمده‌ای دارند که نمی‌توان آن‌ها را نادیده گرفت. نتایج پژوهش حاضر بیانگر این واقعیت است که در بررسی و ریشه‌یابی و درمان سوءمصرف مواد مخدر، توجه به عوامل مرتبط با سیستم خانواده تا حد زیادی می‌تواند راهگشا باشد؛ چراکه براساس تئوری‌های خانواده‌درمانی، آنچه فرد در طول زندگی‌اش تجربه می‌کند، ریشه در کنش‌ها و تعاملات درون‌خانوادگی دارد. همچنین براساس نتایج پژوهش حاضر، طرحواره‌های ناسازگار حوزهٔ بریدگی و طرد و سبک‌های دل‌بستگی می‌توانند با نقش میانجی خودمتمایزسازی مدل مطلوبی را برای تبیین کیفیت زندگی دانشجویان پسر سوء مصرف‌کنندهٔ مواد مخدر ارائه دهند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که با تکمیل پرسشنامه‌ها و صداقت و صبوری‌شان در پاسخ‌گویی، آموزه‌های تجربی زیادی را در اختیار ما گذاشتند و فرصت پژوهش را به گروه پژوهش دادند، سپاس‌گزاری می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در انجام این پژوهش ملاحظات اخلاقی ازجمله نبود اجبار شرکت‌کنندگان برای تکمیل پرسشنامه‌ها و گمنام‌بودن آن‌ها در فرایند پژوهش رعایت شد.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

مشارکت مالی

نویسندگان اعلام می‌کنند این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی از سازمان دولتی یا خصوصی دریافت نکرده است.

References

1. Schwartz CE, Andresen EM, Nosek MA, Krahn GL, RRTC Expert Panel on Health Status Measurement. Response shift theory: important implications for measuring quality of life in people with disability. Arch Phys Med Rehabil. 2007;88(4):529–36. doi: 10.1016/j.apmr.2006.12.032
2. Sammarco A. Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. Cancer Nurs. 2001;24(3):212–9.
3. Melchior M, Chastang J-F, Goldberg P, Fombonne E. High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France: Results from the GAZEL Youth study. Addictive Behaviors. 2008;33(1):122–33. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.09.009
4. Keller TE, Salazar AM, Courtney ME. Prevalence and timing of diagnosable mental health, alcohol, and substance use problems among older adolescents in the child welfare system. Child Youth Serv Rev. 2010;32(4):626–34. doi: 10.1016/j.childyouth.2009.12.010
5. Zarrabi H, Najafi K, Kafi M, Shirazi M. Substance use among students of guilan university of Medical Sciences in Iran in 2005-2006. Acta Medica Iranica. 2009;473–8.
6. Mohamad M, Mohammad M, Mat Ali NA, Awang Z. The impact of life satisfaction on substance abuse: delinquency as a mediator. International Journal of Adolescence and Youth. 2018;23(1):25–35. doi: 10.1080/02673843.2016.1267021
7. Miller TR, Spicer RS. Hospital-admitted injury attributable to alcohol. Alcohol Clin Exp Res. 2012;36(1):104–12. doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01593.x
8. Flisher AJ, Ziervogel CF, Chalton DO, Leger PH, Robertson BA. Risk-taking behaviour of Cape Peninsula high-school students. Part X. Multivariate relationships among behaviours. S Afr Med J. 1996;86(9):1094–8.
9. Behfar Z, Kraskian A, Fata L, Fathi M. The role of attachment styles in quality of life among patients with chronic pain. Anesthesiology and Pain. 2018;9(2):37–46. [Persian] http://jap.iums.ac.ir/article-1-5377-en.pdf
10. Bowlby J, Bowlby J. Attachment and Loss: Attachment. Pimlico ed. London: The Heogarth;1969.
11. Levy KN, Blatt SJ, Shaver PR. Attachment styles and parental representations. Journal of Personality and Social Psychology. 1998;74(2):407–19. doi: 10.1037/0022-3514.74.2.407
12. Malakh-Pines A. Falling in Love: why we choose the lovers we choose. 2nd ed. New York: Routledge; 2005.
13. Zhang D, He H. Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study. Social Behavior and Personality. 2010;38(8):1119–22. doi: 10.2224/sbp.2010.38.8.1119
14. Wardrope A, Green B, Norman P, Reuber M. The influence of attachment style and relationship quality on quality of life and psychological distress in carers of people with epileptic and nonepileptic seizures. Epilepsy Behav. 2019;93:16–21. doi: 10.1016/j.yebeh.2019.01.028
15. Delattre V, Servant D, Rusinek S, Lorette C, Parquet P-J, Goudemand M, et al. The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders. Encephale. 2004;30(3):255–8. [French] doi: 10.1016/s0013-7006(04)95437-1
16. Halvorsen M, Wang CE, Eisemann M, Waterloo K. Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. Cogn Ther Res. 2010;34(4):368–79. doi: 10.1007/s10608-009-9259-5
17. Reinecke MA, Simons A. Vulnerability to depression among adolescents: Implications for cognitive-behavioral treatment. Cognitive and Behavioral Practice. 2005;12(2):166–76. doi: 10.1016/S1077-7229(05)80022-7
18. Calvete E, Estévez A, López de Arroyabe E, Ruiz P. The schema questionnaire--short form: Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. European Journal of Psychological Assessment. 2005;21(2):90–9. doi: 10.1027/1015-5759.21.2.90
19. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: a practitioner's guide. New York; Guilford; 2007.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.44.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.43]

20. Lecigne M, Tapia G. The mediating role of early maladaptive schemas on relations between post-traumatic stress disorder symptom severity and illicit substance use disorder. Journal of Substance Use. 2018;23(6):634–9. doi: 10.1080/14659891.2018.1489005
21. Boog M, van Hest KM, Drescher T, Verschuur MJ, Franken IHA. Schema Modes and Personality Disorder Symptoms in Alcohol-Dependent and Cocaine-Dependent Patients. Eur Addict Res. 2018;24(5):226–33. doi: 10.1159/000493644
22. Peleg-Popko O. Differentiation and test anxiety in adolescents. J Adolesc. 2004;27(6):645–62. doi: 10.1016/j.adolescence.2004.06.002
23. Goldenberg I, Goldenberg H. Family Therapy: an overview. 7th ed. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole; 2012.
24. Ghafourinasab J. Moghayese Asar-bakhsi amoozesh goruhi khanevade darmani beyn-nasli ba khanevade darmani sakhti bar kahesh ta'aroz va behbood ravabet valed-nojavan [Comparing effectiveness of structural family therapy and inter-generational family therapy on parent adolescence conflicts and improving their relation] [Thesis for M.Sc.]. [Mashhad, Iran]: Ferdowsi University of Mashhad; 2011, pp:67–8. [Persian]
25. Narimani M, Hashemi T, Gasemzadeh A, Mashinchi Abbasi N, Fotohi Bonab S. Bowen's self-differentiation training and the relapse of substance abuse symptoms. Research on Addiction. 2009;3(11):45–64. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-419-en.pdf
26. Ghaffari F, Rafiey H, Sanai B. The effectiveness of family training from " Bowen family system" on self differentiation and the function of families with addicted children. Journal of Family Research. 2010;6(22):227–39. [Persian] http://jfr.sbu.ac.ir/article/download/110/110
27. Taremian F, Bolhari J, Pairavi H, Ghazi Tabatabaeii M. The prevalence of drug abuse among university students in Tehran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;13(4):335–42. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-365-en.pdf
28. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. Journal of Personality and Social Psychology. 1990;58(4):644–63. doi: 10.1037/0022-3514.58.4.644
29. Pakdaman S. Barrasi ertebat beyn delbastegi va jahtalabi dar nojavani [The relationship between community attachment and seeking in adolescents] [Ph.D. dissertion]. [Tehran, Iran]: Tehran University; 2000, pp: 122–3. [Persian]
30. Young JE. Young Schema Questionnaire-Short Form. New York: Cognitive Therapy Center; 1998.
31. Oei TPS, Baranoff J. Young schema questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. Australian Journal of Psychology. 2007;59(2):78–86. doi: 10.1080/00049530601148397
32. Ahi G, Mohammadifar M, Besharat Mohammad A. Reliability and validity of young's schema questionnaire-short form. Journal of Psychology and Education. 2007;37(3):5–20. [Persian]
33. WHOQOL group WHOQOL-BREF: Introduction, administration and scoring and genetic version of the assessment. Geneva: World Health Organization; 1996. https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf?ua=1
34. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2006;4(4):1–12. [Persian] https://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.pdf
35. Skowron EA, Friedlander ML. The Differentiation of Self Inventory: Development and initial validation. Journal of Counseling Psychology. 1998;45(3):235–46. doi: 10.1037/0022-0167.45.3.235
36. Drake JR, Murdock NL, Marszalek JM, Barber CE. Differentiation of Self Inventory—Short Form: Development and Preliminary Validation. Contemp Fam Ther. 2015;37(2):101–12. doi: 10.1007/s10591-015-9329-7
37. Aliki A, Nazari AM. A study correlation between differentiation of self and marital satisfaction of Tarbiat Moallem university employees. Counseling Research and Development. 2008;7(26):7–24. [Persian]
38. Nadi MA, Yarmohammadian MH. Reliability, validity, and fitness for purpose of the organizational learning capability model among the faculty members of Isfahan University of Medical Sciences, Iran. Health Information Management. 2012;8(8):1073–85. [Persian] http://him.mui.ac.ir/index.php/him/article/download/530/666
39. Vreeswijk M van, Broersen J, Nadort M. The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: theory, research and practice. Chichester, West Sussex: Malden, MA : Wiley-Blackwell; 2015. doi: 10.1002/9781119962830
40. Bayrami M, Bakhshipor A, Esmaeili A. The relationship between coping styles and early maladaptive schemas in disconnection-rejection and over vigilance -inhibition in young's schema model. J Life Sci Biomed. 2012;2(4):178–81.
41. Johnson SM, Greenman PS. The path to a secure bond: emotionally focused couple therapy. J Clin Psychol. 2006;62(5):597–609. doi: 10.1002/jclp.20251

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.44.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.43]