Journal of Police Medicine

Fall 2016; Vol. 5, No. 3: 205-212

Original Article

The Role of Religiosity, Parenting Style and Alexithymia in Readiness to Addiction in Adolescents

Received: 30 August 2015 **Revised:** 24 May 2016 **Accepted:** 12 June 2016

Gholamreza Mohammadi [1*]

[1]MA in Philosophy of Education, Bu Ali Sina University, Hamadan, Iran.

ABSTRACT

Background: Many components such as personal, familial, and social factors in an onset, continuing and relapse after treatment of substance dependency are effective. Therefore the aim of the present research was to examine the role of religiosity, parenting style, and alexithymia, in readiness to addiction in adolescents.

Materials and Methods: The population of the current research included all girl and boy adolescents in Kermanshah city in 1393-1394 academic years that were 10000. Among them, three hundred and five were selected as sample group by multi-stage cluster sampling method. The instruments include Baumrind parenting style, Arian religiosity assessment, Toronto Alxithymia scale, and Zargar readiness to addiction questionnaire. The data were analyzed with descriptive and inferential statistics (correlation and simultaneous regression) via SPSS software.

Results: The results showed that readiness to addiction has positive relationship with alexithymia, easy going and arbitrary parenting style and has negative relationship with authoritative parenting style and religiosity.

Conclusion: The results showed that alexithymia, parenting styles and religiosity are able to predict significantly readiness to addiction in adolescents.

Keywords: alexithymia, parenting styles, religiosity, easy going, arbitrary, authoritative

[*]**Corresponding Author:**
Gholamreza Mohammadi
Tel: (+98)9183555069
email: zagros91_setareh@yahoo.com

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.30505/.3.205]

پاییز ۱۳۹۵- دوره ۵- شماره ۳- صفحات ۲۱۲-۲۰۵

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

نقش دین‌داری، سبک‌های فرزند پروری و ناگویی هیجانی در آمادگی به اعتیاد نوجوانان

تاریخ دریافت: ۹ شهریور ۱۳۹۴ **تاریخ اصلاح:** ۵ خرداد ۱۳۹۵ **تاریخ پذیرش:** ۲۳ خرداد ۱۳۹۵

چکیده

غلامرضا محمدی [1*]

مقدمه: عوامل بی‌شماری ازجمله عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در شروع، ادامه و یا بازگشت پس از درمان وابستگی به مواد مخدر مؤثر هستند بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی نقش دین‌داری، سبک‌های فرزند پروری و ناگویی هیجانی در آمادگی به اعتیاد نوجوانان بود.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل نوجوانان دختر و پسر پیش‌دانشگاهی کرمانشاه در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳ بود که درمجموع حدود ۱۰۰۰۰ نفر بودند. ۳۷۵ نفر به‌عنوان نمونه پژوهشی به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه شیوه‌های فرزند پروری بامریند، پرسشنامه سنجش دین‌داری آرین، پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو و پرسشنامه آمادگی به اعتیاد زرگر بود. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از روش‌های همبستگی و رگرسیون هم‌زمان و با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آمادگی به اعتیاد با ناگویی هیجانی، فرزند پروری سهل‌گیرانه و فرزند پروری مستبدانه رابطه مثبت و با فرزند پروری مقتدرانه و دین‌داری رابطه منفی معنی‌دار داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که ناگویی هیجانی، سبک‌های فرزند پروری و دین‌داری قادر به تبیین معنادار آمادگی به اعتیاد در نوجوانان می‌باشد.

کلید واژه‌ها: سبک‌های فرزند پروری، دین‌داری، سهل‌گیرانه، مقتدرانه، مستبدانه، ناگویی هیجانی

[1] کارشناس ارشد فلسفه تعلیم و تربیت، دانشگاه ابوعلی سینا، همدان، ایران.

[*] نویسنده مسئول:
غلامرضا محمدی
تلفن: ۹۱۸۳۵۵۵۰۶۹(۹۸+)
پست الکترونیک:
zagros91_setareh@yahoo.com

مقدمه

آثار سوءمصرف مواد بر فرد خانواده و جامعه بر کسی پوشیده نیست به‌طوری‌که هر سال هزینه‌های سنگینی را بر اقتصاد کشورها تحمیل می‌کند. این در حالی است که روش‌های درمانی جهت مقابله با اعتیاد چندان راه به‌جایی نبرده است. با توجه به گستردگی دامنه شیوع اعتیاد امروزه فرض بر آن است که جلوگیری از مبتلا شدن افراد به سوءمصرف مواد و پیشگیری از آن آسان‌تر از درمان این اختلال است [۱]. موسسه ملی سوءمصرف مواد آمریکا برآورد کرده است که از هر ده نفر آمریکایی با سن بالای ۱۲ سال یک نفر مشکل سوءمصرف مواد دارد [۲]. عوامل بی‌شماری ازجمله عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در شروع، ادامه و یا بازگشت پس از درمان وابستگی به مواد مخدر مؤثر هستند. به نظر می رسد که برخی از عوامل به‌عنوان عوامل حمایت‌کننده و برخی دیگر به‌عنوان عوامل خطرآفرین ابتلا به مواد مخدر را تحت تأثیر قرار می دهند. یکی از عواملِ حمایت‌کننده فرد دین‌داری است [۳]. دین از طریق برقراری یک نظم اخلاقی، تدارک فرصت‌هایی برای به دست آوردن شایستگی‌های یاد گرفته‌شده و تهیه قوانین اجتماعی، سوءمصرف مواد و بهبودی از آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۴]. مطالعات نشان داده است که دین‌داری رابطه‌ای منفی با مصرف مواد مخدر در نوجوانان [۵ و ۶ و ۷] گرایش زنان به مصرف داروهای غیرقانونی [۸]، استفاده از ماری‌جوانا در نوجوانان [۹]، مصرف سیگار و ترک سیگار [۱۰] دارد. مطالعه جیمل و همکاران [۱۱] نیز حاکی از این بود که دین‌داری با میزان پایین گرایش نوجوانان به مصرف الکل ارتباط دارد همچنین مطالعه آروالو، پرادو و آمارو [۱۲] نشان داد که

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.30505/3.205]

Journal of Police Medicine
Fall 2016; Vol. 5, No. 3: 205-212

دین‌داری رابطه‌ای مثبت با افزایش کارایی درمان سوءمصرف در زنان دارد.

شیوه‌های فرزند پروری نیز یکی از عوامل مهم در میزان گرایش به مواد مخدر می‌باشد. مکوبی و مارتین مدل کلاسیک بامریند را بازنگری کردند. آن‌ها معتقدند که سبک‌های فرزند پروری بر اساس دو مشخصه میزان توقع و پاسخ‌دهی طبقه‌بندی می‌شوند. توقع به این اشاره دارد که والدین رفتار پخته را از فرزندان خود انتظار دارند و پاسخ‌دهی به این اشاره دارد که والدین گرمی، عاطفی و پذیرش نشان‌دهند و خود را درگیر کارهای کودکان کنند. بر این اساس آن‌ها سه سبک فرزند پروری مستبدانه، سهل‌گیرانه و مقتدرانه را معرفی کردند [۱۳]. کومبس و لندزورک عقیده دارند که رابطه والد– فرزند یک عرصه منطقی برای مطالعه این‌که چرا برخی از فرزندان مواد مصرف می‌کنند و چرا برخی دیگر از مصرف امتناع می‌کنند می‌باشد [۱۴]. مطالعات نشان داده است که سبک فرزند پروری مقتدرانه رابطه معکوسی با مصرف الکل [۱۵ و ۱۶]، سیگار [۱۶] آمادگی به اعتیاد [۱۷ و ۱۸] و مصرف مواد [۱۹ و ۲۰] دارد. علاوه بر این بین سبک‌های فرزند پروری سهل‌گیرانه و مستبدانه نیز با آمادگی به اعتیاد رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد [۷،۱۸ و ۱۹]. بااین وجود برخی از مطالعات حاکی از عدم ارتباط آمادگی به اعتیاد با فرزند پروری سهل‌گیرانه می‌باشد [۱۷]. همچنین در برخی دیگر از پژوهش‌ها مشخص‌شده است که سبک فرزند پروری مقتدرانه با مشکلات رفتاری مانند مصرف الکل و مواد مخدر رابطه معنی داری ندارد [۲۱ و ۲۲]. یکی دیگر از متغیرهایی که با مصرف مواد ارتباط دارد ناگویی هیجانی است. کریستال [۲۳] معتقد است که ناگویی هیجانی به‌عنوان نارسایی در درک، پردازش و توصیف هیجان باعث می‌شود که برخی افراد آمادگی وابستگی به مواد را داشته باشند. در مطالعات متعددی رابطه مستقیم ناگویی هیجانی با مصرف الکل [۲۴] سو مصرف مواد [۲۵ و ۲۶ و ۲۷ و ۲۸ و ۲۹] شوق بیشتر جوانان برای مصرف دخانیات [۳۰] و سوءمصرف مصرف ماری‌جوانا [۳۱ و ۳۲] نشان داده‌شده است. گسترش پرشتاب مصرف مواد و مشکلات وابسته به آن در جمعیت جوان و وجود مواد آزمایشگاهی مانند شیشه و پیامدهای زیان‌بار آن مانند بی‌انگیزگی تحصیلی، افت تحصیلی، بیماری‌های جسمی و روانی، خودکشی، رانندگی بی‌احتیاط، تخریب اموال عمومی، رفتارهای پرخاشگرانه، احساس بی‌هویتی و رفتارهای جنسی پرخطر [۳۳] باعث شده است تا در دو دهه گذشته مطالعات متعددی در مورد تغییر رفتار عمدی و هدفمند درباره رفتارهای اعتیادی انجام گیرد [۳۴]. مطالعه‌ای که هم زمان رابطه چهار متغیر ذکرشده را باهم مدنظر قرار دهد و این ارتباط را در فرهنگ ایرانی بررسی کند وجود ندارد. همچنین در یافته های پیشین تناقض وجود دارد و علاوه بر آن با توجه به اینکه مطالعات پیشین کمتر در نمونه آماری نوجوانان بوده است و مطالعه حاضر این هدف را مورد پوشش قرار می‌دهد بنابراین مطالعه حاضر می‌تواند به شناسایی عوامل دخیل در گرایش جوانان و نوجوانان به اعتیاد کمک کند و درنتیجه در کنترل و پیشگیری از ابتلا به آن مؤثر واقع شود. همچنین رفع تناقضات موجود در مطالعات نیز از دیگر ضرورت‌های مطالعه حاضر می‌باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف پژوهش جز تحقیقات مقطعی– توصیفی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه نوجوانان دختر و پسر شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۴–۱۳۹۳ پایه پیش‌دانشگاهی شهر کرمانشاه بودند که درمجموع حدود ۱۰۰۰۰ نفر بودند. بر اساس جدول مورگان و با توجه به جامعه آماری، ۳۷۵ نفر دانش‌آموز به روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله‌ای به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. بعد از تهیه ابزارهای پژوهش و هماهنگی با آموزش‌وپرورش شهر کرمانشاه ابتدا لیستی از مدارس شهر تهیه شد سپس پنج مدرسه دخترانه و پنج مدرسه پسرانه و از هر مدرسه دو کلاس به‌صورت تصادفی انتخاب گردید. بعد از توضیح اهداف پژوهش به دانش‌آموزان تأکید شد که پرسشنامه‌های آن‌ها بدون نام هست و اطلاعات آن ها کاملاً محرمانه می‌باشد همچنین به دلیل رعایت نمودن اصول اخلاقی از دانش آموزان رضایت کتبی گرفته شد. بعدازاین مرحله آن‌ها اقدام به تکمیل ابزار پژوهشی نمودند. ابزار پژوهش عبارت بودند از:

۱– پرسشنامه آمادگی به اعتیاد زرگر: این پرسشنامه مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد است که توسط زرگر ساخته شد و شامل ۳۶ گویه است که پنج ماده دروغ‌سنج دارد و از دو خرده مقیاس استعداد و پذیرش اعتیاد تشکیل‌شده است. نمره‌گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا سه (کاملاً موافقم) می‌باشد. جهت محاسبه روایی این مقیاس از دو روش استفاده شد. روایی سازه‌مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده ای فهرست علایم بالینی، ۰/۴۵ محاسبه‌شده است که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود و در روایی ملاک پرسشنامه آمادگی به اعتیاد دو گروه معتاد و غیر معتاد را به‌خوبی از هم تمیز داد. پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد که در حد مطلوب می‌باشد [۳۵].

۲– مقیاس سنجش دین‌داری آرین: این مقیاس یک ابزار خود گزارشی برای سنجش میزان دین‌داری فرد بوده و توسط آرین [۳۶] تهیه‌شده است که مشتمل بر ۲۰ سؤال می‌باشد. نمره گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از یک (خیلی کم) تا پنج (خیلی زیاد) می‌باشد، مجموع نمرات سؤالات یک تا ۲۰ با وارونه در نظر گرفتن

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.30505/3.205]

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۵- دوره ۵- شماره ۳- صفحات ۲۱۲-۲۰۵

سؤالات شماره ۱۲ و ۱۷ شاخص میزان دین‌داری فرد در این تحقیق محسوب می‌شود. مطالعه آرین روی یک نمونه از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی انجام‌شده که ضرایب پایایی آزمون ۰/۹۲ به دست آمد.

۳- پرسشنامه شیوه‌های فرزند پروری بامریند: این پرسشنامه توسط بامریند در سال ۱۹۷۲ ساخته‌شده و دارای ۳۰ سؤال می‌باشد که به‌صورت لیکرتی از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. هر ۱۰ سؤال یک سبک را می‌سنجد. بوری میزان پایایی این پرسشنامه را با روش باز آزمایی ۰/۸۱ برای سبک سهل‌گیرانه، ۰/۸۶ برای سبک مستبدانه و ۰/۹۲ برای سبک مقتدرانه گزارش نموده است. روایی تشخیص پرسشنامه نشان داد که روش استبدادی مادر رابطه معکوس با سهل‌گیری و قاطع بودن دارد و مستبد بودن پدر نیز رابطه معکوسی با سهل‌گیری و قاطع بودن دارد. در ایران نیز اسفندیاری میزان پایایی این پرسشنامه را با روش بازآزمایی برای سبک سهل‌گیرانه ۰/۶۹، برای سبک مستبدانه ۰/۷۷ و برای سبک مقتدرانه ۰/۷۳ گزارش نموده است و روایی محتوای آزمون نیز توسط ۱۰ نفر از صاحب‌نظران روان‌شناسی و روان‌پزشکی مورد تأیید قرار گرفت[۳۷].

۴- مقیاس ناگویی خلقی تورنتو: یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها (هفت سؤال)، دشواری در توصیف احساس‌ها (پنج سؤال) و تفکر عینی (هشت سؤال) را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل برای ناگویی خلقی کلی محاسبه می‌شود. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی خلقی ۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای ناگویی خلقی کل و زیر مقیاس های مختلف تأیید شد [۳۸].

یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی داده‌های پژوهش شامل (میانگین و انحراف استاندارد) در جدول ۱ ارائه‌شده است. قبل از انجام تحلیل های آماری جهت نرمال بودن داده‌ها از آزمون کالموگراف اسمیرنف استفاده شد که نتایج نشان داد که سطح معنی‌داری برای کلیه متغیرهای پژوهش از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است لذا مفروضه نرمال بودن توزیع نیز رعایت شده و به‌این‌ترتیب استفاده از تحلیل ضریب همبستگی پیرسون مقدور است. نتایج آزمون ضرایب همبستگی

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد دین‌داری، سبک‌های فرزند پروری، ناگویی هیجانی و آمادگی به اعتیاد

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
دین‌داری	۳۶/۷۶	۱۵/۷۴	۳۷۵
فرزندپروری مقتدرانه	۱۷/۲۰	۹/۹۴	۳۷۵
فرزندپروری مستبدانه	۱۲/۹۶	۷/۰۸	۳۷۵
فرزندپروری سهل‌گیرانه	۱۵/۲۴	۹/۴۵	۳۷۵
آلکسی تایمیا	۴۵/۷۲	۹/۳۳	۳۷۵
آمادگی به اعتیاد	۵۲/۰۴	۱۸/۴۵	۳۷۵

متغیرهای پژوهش در جدول ۲ گزارش‌شده است. در آمار استنباطی به‌منظور تعیین اینکه دین‌داری، سبک‌های فرزند پروری و ناگویی هیجانی به چه میزانی قادر هستند واریانس آمادگی به اعتیاد را به‌طور معنی‌داری تبیین کنند از تحلیل رگرسیون هم‌زمان استفاده شد.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود دین‌داری با آمادگی به اعتیاد رابطه منفی (r=-۰/۳۶)، با سبک فرزند پروری مقتدرانه رابطه مثبت (r=۰/۳۰)، با سبک فرزند پروری سهل‌گیرانه رابطه منفی (r=-۰/۱۲) دارد. سبک فرزند پروری مقتدرانه با آمادگی به اعتیاد رابطه منفی (r=-۰/۳۴)، سبک فرزند پروری مستبدانه با آمادگی به اعتیاد رابطه مثبت (r=۰/۲۸) و درنهایت ناگویی هیجانی با آمادگی به اعتیاد رابطه مثبت (r=۰/۲۴) معنادار دارد.

برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای دین‌داری سبک‌های فرزند پروری و ناگویی هیجانی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد نوجوانان از تحلیل رگرسیون چندگانه هم‌زمان استفاده شد. برای اطمینان از عدم‌تخطی از مفروضه‌های نرمال بودن خطی بودن و یکسانی پراکندگی از تولارنس (مقدار اغماض) و VIF (عامل تورم واریانس) استفاده گردید. مقادیر این دو شاخص در جدول ۳ نشان از رعایت شدن مفروضه هم‌خطی بودن است چرا که ارزش تولارنس تمام متغیرها بیشتر از ۰/۱ و ارزش VIF متغیرها کمتر از ۱۰ بوده است. همچنین برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شده است که میزان آن ۱/۹۸ به دست آمد که نشان از مستقل بودن خطاها می‌باشد. مفروضه دیگری که در آزمون رگرسیون باید رعایت گردد نرمال بودن توزیع متغیر ملاک (وابسته) است که در مطالعه حاضر برای بررسی توزیع نمرات متغیر ملاک (آمادگی به اعتیاد) از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد که میزان معناداری بیشتر از پنج صدم به دست آمد که نشان از نرمال بودن توزیع این متغیر است. همچنین برای بررسی داده‌های پرت از آزمون ماهالانوبیس استفاده شد که با میزان ۲۱/۳۰ (کمتر از مقدار

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.30505/3.205]

Journal of Police Medicine
Fall 2016; Vol. 5, No. 3: 205-212

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)	(۵)	(۶)
(۱) دین‌داری	۱					
(۲) سبک فرزند پروری مقتدرانه	۰/۳۰**	۱				
(۳) سبک فرزند پروری مستبدانه	-۰/۰۵	۰/۱۹**	۱			
(۴) سبک فرزند پروری سهل‌گیرانه	-۰/۱۲*	۰/۰۲۸	۰/۶۱**	۱		
(۵) ناگویی هیجانی	-۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۱۸**	۰/۱۸*	۱	
(۶) آمادگی به اعتیاد	-۰/۳۶**	-۰/۳۴**	۰/۲۸**	۰/۳۷**	۰/۲۴**	۱

(* P < ۰/۰۵ ،** P < ۰/۰۱)

بحرانی مجذور کای با آلفای ۰/۰۰۱) نشان از عدم وجود داده های پرت در مطالعه حاضر است. همان‌طور که در مدل کلی ملاحظه می‌شود متغیرهای دین‌داری، سبک فرزند پروری مقتدرانه، مستبدانه، سهل‌گیرانه و ناگویی هیجانی با هم با ضریب تعیین (R^2 =۰/۳۶) حدود ۳۶ درصد از تغییرات متغیر آمادگی به اعتیاد را پیش بینی می‌کنند که در سطح (P<۰/۰۰۰۱) معنادار است. با توجه مندرجات جدول ۳، متغیر دین‌داری (β =-۰/۲۱۹، P<۰/۰۰۰۱)، سبک فرزند پروری مقتدرانه (β =-۰/۳۲۸، P<۰/۰۰۰۱)، سبک فرزند پروری مستبدانه (β =۰/۱۶۵، P<۰/۰۰۰۱)، سبک فرزند پروری سهل‌گیرانه (β =۰/۲۲۰، P<۰/۰۰۰۱) و آلکسی تایمیا (β =۰/۱۸۳، P<۰/۰۰۰۱) به طور معناداری تغییرات آمادگی به اعتیاد در نوجوانان را پیش‌بینی می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی همبستگی دین‌داری، سبک های فرزند پروری و ناگویی هیجانی در آمادگی به مصرف مواد نوجوانان بود. نتایج نشان داد که دین‌داری با آمادگی به مصرف مواد همبستگی منفی، با سبک فرزند پروری مقتدرانه همبستگی مثبت و با سبک فرزند پروری سهل‌گیرانه همبستگی منفی دارد. هم‌چنین متغیر دین‌داری قادر به پیش‌بینی معنی‌دار آمادگی به مصرف مواد در نوجوانان می‌باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر در زمینه ارتباط دین‌داری با آمادگی به مصرف مواد مخدر و پیش‌بینی معنی‌دار مصرف مواد در نوجوانان با مطالعات کواکز و همکاران [۵]، پیاسنتین و همکاران [۶]، اصلانی و همکاران [۷] مبنی بر همبستگی منفی دین‌داری با مصرف مواد مخدر در نوجوانان، مطالعه کلین و همکاران [۸] مبنی بر رابطه معکوس دین‌داری با گرایش زنان به مصرف داروهای غیرقانونی و مطالعه مریل و همکاران [۹] مبنی بر رابطه معکوس دین داری با استفاده از ماری‌جوانا در نوجوانان همسو می‌باشد. همچنین این یافته بامطالعه یانگ و همکاران [۱۰] مبنی بر رابطه دین‌داری با ترک سیگار و مطالعه جیمل و همکاران [۱۱] مبنی بر تأثیر دین‌داری بر کاهش مصرف الکل همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته باید ذکر نمود که مذهب می‌تواند مصرف مواد و بهبودی از آن را از طریق برقراری یک نظم اخلاقی تحت تأثیر قرار دهد. مذهب راهنمایی‌ها یا قواعد خاص اخلاقی را به‌منظور کنترل خویشتن و عفت از قبیل امتناع از استفاده از الکل و دیگر مواد در اختیار فرد قرار می‌دهد. علاوه بر این مذهب به تسهیل تجربه

جدول ۳: ضریب رگرسیون چندگانه استاندارد برای پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد با توجه به متغیرهای دین‌داری، سبک فرزند پروری مقتدرانه، مستبدانه، سهل‌گیرانه و ناگویی هیجانی

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	Beta	t	VIF	Tolerance	P	F	R	R^2
مدل کلی								۴۳/۰۲	۰/۶۰	۰/۳۶۸
دین‌داری	-۰/۲۵۷	۰/۰۵۱	-۰/۲۱۹	-۵/۰۰۲	۱/۱۲	۰/۸۹۰	۰/۰۰۰			
سبک فرزند پروری مقتدرانه	-۰/۶۰۹	۰/۰۸۳	-۰/۳۲۸	-۷/۳۶	۱/۱۶	۰/۸۶۱	۰/۰۰۰			
سبک فرزند پروری مستبدانه	۰/۴۳۰	۰/۱۴۱	۰/۱۶۵	۳/۰۴	۱/۷۲	۰/۵۸۱	۰/۰۰۰			
سبک فرزند پروری سهل‌گیرانه	۰/۴۲۹	۰/۱۰۴	۰/۲۲۰	۴/۱۱	۱/۶۶	۰/۶۰۰	۰/۰۰۰			
ناگویی هیجانی	۰/۳۶۲	۰/۰۸۴	۰/۱۸۳	۴/۳۳	۱/۰۴	۰/۹۵۸	۰/۰۰۰			

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.30505/3.205]

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۵- دوره ۵- شماره ۳- صفحات ۲۱۲-۲۰۵

معنوی کمک می‌کند. تجربه معنوی می‌تواند تعهدات اخلاقی را تحکیم بخشد که این نیز به‌نوبه خود مانع از مصرف الکل و دیگر مواد می‌گردد. همچنین مذهب می‌تواند از طریق مهارت ها و دانش‌هایی که فرد در طی زندگی خود کسب می‌کند از مصرف مواد پیشگیری کند. مثلاً مذهب می‌تواند یک سیستم معنایی شامل هدف‌دار بودن زندگی، احساس خود ارزشمندی مثبت و خود را شایسته احترام دانستن درست کند. این سیستم معنایی می‌تواند مانع از خطرپذیری و رفتار هیجان خواهی شود که این نیز می‌تواند منجر به‌احتمال کاهش مصرف مواد توسط فرد گردد. هم‌چنین شرکت در فعالیت‌ها و گروه‌های مذهبی می‌توانند به عنوان یک مهارت مقابله‌ای در برابر تنشگرهای زندگی که فرد را وادار به استفاده از مواد می‌کنند عمل کند [۴]. باید توجه داشت که افراد در زندگی روزانه خود بر پایه باورهای شخصی و دیدگاهی که درباره دیگران، خود و جهان دارند رفتار می‌کنند. این باورها و دیدگاه‌ها برای فرد یک سیستم معنایی شکل می‌دهند. این سیستم معنایی به فرد اجازه می‌دهد که به جهان اطراف خود معنا دهد و بر اساس این معنادهی به انتخاب هدف و سپس عمل و رفتار مبتنی بر اهداف انتخاب‌شده بپردازد. مذهب می‌تواند منبع عظیم و بی‌نظیری برای سیستم معنادهی فرد باشد چراکه در مرکز اینکه چه چیزی مقدس ادراک می‌شود قرار دارد. مؤلفه‌های سیستم معنادهی که متأثر از مذهب هستند شامل باورها، وابستگی‌ها، انتظارات و اهداف به‌عنوان نقطه مرکزی هیجانات و اعمال فرد عمل می‌کنند [۳۹].

از دیگر یافته‌های پژوهشی این بود که سبک فرزند پروری مقتدرانه به‌طور معکوس و سبک‌های فرزند پروری مستبدانه و سهل‌گیرانه به‌طور مستقیم قادر به پیش‌بینی تغییرات آمادگی به مصرف مواد هستند. این یافته بامطالعه پیکو و همکاران [۱۶] مبنی بر همبستگی منفی فرزند پروری مقتدرانه با سیگار، بامطالعه زینالی و همکاران [۱۷]، کالافت و همکاران [۱۸]، احمدی و همکاران [۱۹]، کالافت، گارسیا و همکاران [۲۰] مبنی بر همبستگی منفی فرزند پروری مقتدرانه و آمادگی به مصرف مواد و مصرف مواد همسو است. این مطالعه هم‌چنین بامطالعه کالافت و همکاران [۱۸]، احمدی و همکاران [۱۹]، اصلانی و همکاران [۷] مبنی بر همبستگی مستقیم فرزند پروری سهل‌گیرانه و مستبدانه با آمادگی به مصرف مواد همسو است. بااین‌وجود این یافته بامطالعه زینالی و همکاران [۱۷] مبنی بر عدم همبستگی بین آمادگی به مصرف مواد با فرزند پروری سهل‌گیرانه و مطالعه متجویک و همکاران [۲۱]، آبار و همکاران [۲۲] مبنی بر عدم همبستگی سبک والدینی مقتدرانه با مصرف الکل و مواد مخدر ناهمسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درواقع والدین به‌عنوان افراد تأثیرگذار در زندگی نوجوان می‌توانند از طریق به‌کارگیری سبک تربیتی مقتدرانه و برقراری ارتباط اثربخش با وی برای قرار گرفتن در مسیر صحیح به او کمک کنند و از طریق تسهیل نیازهای عاطفی فرزندانشان، رفتارهای وابسته به سلامت آن‌ها را بهبود بخشند. فرزندانی که والدینی گرم دارند تعارضات خود را با آن‌ها مطرح می‌کنند و از آن‌ها راهنمایی و کمک می طلبند. برقراری رابطه باکیفیت با والدین منجر به ایجاد احساس تعلق در فرزند می‌شود و نوجوانان از طریق همانندسازی با الگوهای موردقبول خود بسیاری از الگوهای هنجارهای اجتماعی، فرهنگی و سبک‌های رفتاری را درون‌سازی می‌کنند. والدین می‌توانند از طریق درک نیازهای نوجوان و پاسخگویی مناسب به او به الگویی موردقبول برای او تبدیل شوند و از طریق درون سازی قواعد و هنجارهای موردقبول جامعه از گرایش آن‌ها به اعتیاد جلوگیری کنند [۴۰] روابط والد –فرزند صمیمانه و حمایت‌کننده به نوجوانان امکان می‌دهد تا عقاید و نقش‌های اجتماعی را بررسی کنند، به خودمختاری کمک کرده و اتکا به خود بالا، جهت‌گیری شغلی، شایستگی تحصیلی و حرمت خودمطلوب را پیش‌بینی می‌کند و در مقابل والدینی که جبری یا ازلحاظ روان‌شناختی کنترل‌کننده هستند در رشد خودمختاری اختلال ایجاد می‌کنند. این یافته بامطالعه توربرگ و همکاران [۲۴] مبنی بر همبستگی مستقیم ناگویی هیجانی با مصرف مواد، مطالعات قلعه بان و همکاران [۲۵]، لیساکر و همکاران [۲۶]، جوانی و همکاران [۲۷]، هان و همکاران [۲۸] و لیندسی و همکاران [۲۹] مبنی بر رابطه مستقیم ناگویی هیجانی و مصرف مواد، مطالعه شاترلند و همکاران [۳۰] مبنی بر رابطه مستقیم ناگویی هیجانی با شوق بیشتر جوانان برای مصرف دخانیات و با مطالعات لیورز و همکاران [۳۱]، نهرا و همکاران [۳۲] نیز مبنی بر رابطه مستقیم ناگویی هیجانی با سوءمصرف مصرف ماری جوانا همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته نیز باید ذکر نمود که افراد معتاد با ناگویی هیجانی بالا، هیجان‌های کودکانه در سطح پیش کلامی با ظرفیت شناختی آسیب‌دیده دارند که این ناتوانی باعث می‌شود که در تفسیر افسردگی و اضطراب کارایی لازم را نداشته باشند. درنتیجه در این افراد تعارض فرد با محیط افزایش می‌یابد و شخص مکرراً درماندگی و استرس در برابر هیجان‌ها را تجربه می‌کند و به‌منظور مقابله با این درماندگی‌ها، روش‌های مقابله‌ای ناپخته چون مصرف مواد را ادامه می‌دهد [۲۳] همچنین پژوهش‌ها نشان داده است که افراد مبتلابه نا گویی خلقی در شناسایی صحیح هیجان‌ها از چهره دیگران مشکل دارند و ظرفیت آن‌ها برای همدردی با حالت‌های هیجانی دیگران محدود است و این یافته‌ها نشان می‌دهند که دشواری در برقراری رابطه عاطفی که از مشخصه‌های اصلی ناگویی خلقی هستند می‌تواند سوءمصرف مواد را تسهیل کند [۴۱].

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-09]
[DOI: 10.30505/3.205]

Journal of Police Medicine
Fall 2016; Vol. 5, No. 3: 205-212

با توجه به یافته‌های پژوهش قابل‌ذکر است که والدین و مراکز آموزشی می‌توانند با روش‌های موردقبول نوجوانان و جوانان به تقویت باورهای دینی در افراد در معرض خطر مصرف مواد در قالب اجرای کارگاه‌های آموزشی و تکثیر بروشورهای آموزشی بپردازند تا احتمال گرایش آن‌ها به مصرف مواد کمتر شود. علاوه بر این بر اساس یافته‌های این پژوهش روان‌درمانگرها و متخصصین ترک مصرف مواد نیز می‌توانند در کنار روش‌های معمول ترک به تقویت باورهای مذهبی و ایجاد یک سیستم معنی‌دهی به زندگی در مراجعان خود به کاهش وابستگی به مواد در آن‌ها کمک کنند. همچنین با توجه به نقش سبک‌های تربیتی در آمادگی به مصرف مواد نوجوانان شیوه‌های فرزند پروری را می‌توان به والدین آموزش داد تا عاملی در جهت محافظت نوجوانان در مقابل گرایش به مصرف مواد باشد. مطالعه حاضر با چندین محدودیت مواجه بود. نخست ازآنجاکه تحقیق حاضر از نوع همبستگی بود استنباط علی از نتایج باید بااحتیاط صورت گیرد. همچنین نمونه پژوهش، دانش‌آموزان دبیرستانی بودند و در تعمیم نتایج به جمعیت‌های دیگر باید جانب احتیاط نمود. از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر عدم توجه به جنسیت و همین‌طور عدم رعایت تناسب اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دانش‌آموزان بود. بر این اساس پیشنهاد می‌گردد که جنسیت و همتاسازی گروه نمونه بر اساس تناسب اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی به‌عنوان یک متغیر مهم در پژوهش‌های آتی لحاظ گردد و همچنین این پژوهش بر روی گروه‌های دیگر جهت تعمیم‌دهی بیشتر انجام پذیرد.

منابع

1. Botvin GJ, Botvin EM. Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 1992; 13(4):290-301.
2. Grillo K. Integral inquiry into the relationship between addiction and emotional intelligence. Journal of Integral Theory and Practice. 1;5:54-73.
3. Wills TA, Yaeger AM, Sandy JM. Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. Psychology of Addictive Behaviors. 2003; 17(1):24.
4. Smith C. Theorizing religious effects among American adolescents. Journal for the scientific study of religion. 2003; 42(1):17-30.
5. Kovacs E, Piko BF, Fitzpatrick KM. Religiosity as a protective factor against substance use among Hungarian high school students. Substance use & misuse. 2011.46(10):1346-57.
6. Piacentine LB. Spirituality, Religiosity, Depression, Anxiety, and Drug-Use Consequences during Methadone Maintenance Therapy. West J Nurs Res July 2013; 35 (6): 795-814.
7. Aslani Kh, Derikvandi N, Dehghani Y. Relationship between parenting styles, religiosity, and emotional intelligence with addiction potential in high schools students. J Fundamen of Ment Health 2015; 17(2): 74-80. (Persian)
8. Klein H, Elifson KW, Sterk CE. The relationship between religiosity and drug use among at risk women. J Relig Health 2006; 45(1): 40-56.
9. Merrill RM, Folsom JA, Christopherson SS. The influence of family religiosity on adolescent substance use according to religious preference. Soc Behav Pers 2005; 33(8): 821-36.
10. Yong HH, Hamann SL, Borland R, Fong GT, Omar M. Adult smokers' perception of the role of religion and religious leadership on smoking and association with quitting: A comparison between Thai Buddhists and Malaysian Muslims. Social science & medicine. 2009; 69(7):1025-31.
11. Gmel G, Mohler-Kuo M, Dermota P, Gaume J, Bertholet N, Daeppen JB, Studer J. Religion is good, belief is better: Religion, religiosity, and substance use among young Swiss men. Substance use & misuse. 2013; 48(12):1085-98.
12. Arévalo S, Prado G, Amaro H. Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. Evaluation and program planning. 2008 Feb 29;31(1):113-23.
13. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. Handbook of child psychology: formerly Carmichael's Manual of child psychology/Paul H. Mussen, editor. 1983.
14. Coombs RH, Landsverk J. Parenting styles and substance use during childhood and adolescence. Journal of Marriage and the Family. 1988 May 1:473-82.
15. 15. Bahr SJ, Hoffmann JP. Parenting Style, Religiosity, Peers, and Adolescent Heavy Drinking . Journal of Studies on Alcohol and Drugs 2010; 71(4), 539–543 .
16. Piko BF, Balázs MA. Authoritative parenting style and adolescent smoking and drinking. Addict Behav 2012; 37(3): 353–356.
17. Zeinali A, Vahdat R, Gharadinge K. [Relationship between parenting style talented addiction in children]. J fam res 2010; 23(6): 335-52. (Persian)
18. Calafat A, García F, Juan M, Becoña E, Fernández-Hermida JR. Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. Drug Alcohol Depend 2014; 138: 185-92.
19. Ahmadi V, Ahmadi S, Dadfar R, Nasrolahi A, Abedini S, Azar-Abdar T. the relationships between parenting styles and addiction potentiality among students. JPS 2014 5(3): 2008-4978.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.30505/3.205]

state tobacco craving. Psychopharmacol 2013; 228 (1): 143-155.
31.Lyvers M, Jamieson R, Thorberg FA. Risky Cannabis Use is Associated with Alexithymia, Frontal Lobe Dysfunction, and Impulsivity in Young Adult Cannabis Users. J Psychoactive Drugs 2013;45(5): 394-403.
32.Nehra DK, Kumar P, Sharma V, Nehra S. Alexithymia and emotional intelligence among people with cannabis dependence and healthy control: a comparative study. Dysphrenia 2013; 5.
33.Perkins HW. Surveying the damage: A review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. Journal of Studies on Alcohol, supplement. 2002; (14):91-100.
34.Gossop M, Grant M. Preventing and controlling drug abuse. World Health Organization: Geneva; 1990: 132-78.
35.Zargar Y, Najarian B, Naami A. [The relationship between personality (sensation seeking, assertiveness and resiliency) religious attitudes and marital satisfaction to addiction potential]. Jpn J Educ Psychol 2008; 1(3): 99-120. (Persian)
36.Arian Kh. The relationship between religiosity and mental health in Iranian resident of Canada. Ph. D dissertation, Allame Tabatabaei University 1998. (Persian)
37.Esfandiari GH. [Study of parenting styles in mothers of children with behavior disorders, and normal children and effect of parental education on children's behavioral disorders]. MA Dissertation. Tehran: Psychiatric Institute, College of psychology and education science 1996: 112-18. (Persian)
38.Besharat MA. Reliability and factorial validity of Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. Psychol Rep 2007; 101 (1): 209-20.
39.Silberman, I. Religion as a meaning system: implications for the new millennium. Aust J Soc Issues 2005; 61(4). 641- 663.
40.Hosseinkhanzadeh A, Taher M, Seyednuri S, Yahyazadeh A, Esapour M. Relationship between interaction parent-child with addictability rate and heterosexual orientation in students. Research on addiction, quarterly. Journal of drug abuse, 2014; 7 (27): 1-16. (Persian)
41.Taylor GJ, Parker JDA, Bagby M, Acklin MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. J Psychosom Res 1992; 36, 417-424.

20.Calafat A, García F, Juan M, Becoña E, Fernández -Hermida JR. Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. Drug Alcohol Depend 2014; 138(1): 185–192.
21.Matejevic M, Jovanovic D, Lazarevic V. Functionality of family relationships and parenting style in families of adolescents with substance abuse problems. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2014; 128:281-7.
22.Abar B, Carter KL, Winsler A. The effects of maternal parenting style and religious commitment on self-regulation, academic achievement, and risk behavior among African-American parochial college students. Journal of adolescence. 2009; 32 (2):259-73.
23.Galeban M. The examination and comparison of alexithymia and self-regulation in people with and without suffered from substance abuse. MA dissertation, unpublished, Tehran University 2008. (Persian)
24.Thorberg FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers M. Alexithymia and alcohol use disorders: a critical review. Addictive behaviors. 2009; 34(3):237-45.
25.Ghalehban M, Besharat MA. Examination and comparison of alexithymia and self-regulation in patients with substance abuse disorder and normal individuals. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2011; 30:38-42.
26.Lysaker PH, Olesek K, Buck K, Leonhardt BL, Vohs J, Ringer J, Dimaggio G, Popolo R, Outcalt J. Metacognitive mastery moderates the relationship of alexithymia with cluster C personality disorder traits in adults with substance use disorders. Addict Behav 2014; 39(3): 558–561.
27.Javani N, Aghaei A. The comparision of the alexithymia in addicted and nonaddicted people in esfahan in 2013. 2015 1(2): 161-165. (Persian)
28.Haan HD, Joosten E, Wijdeveld T, Boswinkel P, Palen JVD, Jong CD. Alexithymia is not a stable personality trait in patients with substance use disorders. Psychiatr Res 2012; 198(1): 123–129.
29.Lindsay J, Ciarrochi J. Substance abusers report being more alexithymic than others but do not show emotional processing deficits on a performance measure of alexithymia. Addiction Res Theor 2009; 17(3): 315-321.
30.Sutherland MT. CarrollAffiliated withNeuroimaging Research Branch, National Institute on Drug Abuse, Intramural Research Program, NIH/DHHS AJ, Salmeron BJ, Ross TJ, Stein EA. Insula's functional connectivity with ventromedial prefrontal cortex mediates the impact of trait alexithymia on

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-09-09]
[DOI: 10.30505/3.205]