MEJDS. 2022; 12:230.

Published online 2023 Mar. **Original Article**

Structural Equation Modeling of the Relationship Between Mothers' Smoking Addiction and Suicidal Tendencies in Adolescent Girls Based on the Mediating Role of Religiosity

Pormer Khanfche M[1], *Akbari B[2], Moghtader L[3], Mehregan B[4]

Author Address
1. PhD Student in General Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;
2. Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Theology and Islamic Science, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
***Corresponding Author Email:** bAkbari44@yahoo.com, akbari@iaurasht.ac.ir
Received: 2022 September 19**; Accepted:** 2023 February 6

Abstract

Background & Objectives: The suicide of a teenager is a tragic event that leaves a lasting and devastating impact on families, friends, and the community. Research shows that suicide is the second leading cause of death among people aged 15 to 29 years. Several factors, including mental and physical disorders, functional disorders, family environment, and stressful life events, play a role in suicide. However, two important social problems, i.e., parents' substance abuse and their divorce, contribute to the suicide of the youth generation in Iran. The family's mental health influences adolescents' mental health, and mothers have the greatest influence in forming their personalities and behavior. The current research aimed to investigate structural equation modeling of the relationship between mothers' smoking addiction and suicidal tendencies in adolescent girls based on the mediating role of religiosity.

Methods: The method of this research is correlational based on structural equation modeling. The research population included all mothers and daughters referred to psychology and counseling centers in Tehran, Karaj, and Rasht cities, Iran. Of them, 220 mothers and 220 teenage daughters were selected using convenience sampling according to the inclusion and exclusion criteria. In structural equation modeling, one of the methods of determining the sample size is based on hidden variables. That is, 15 to 20 samples are required for each hidden variable. Also, in general, at least 200 samples are recommended. Considering the 12 factors of the current study, the sample size is 180 to 240, and with the sample size of 220 subjects, this assumption was met in this research. In the first meeting, preliminary sampling was done in an available manner. The purpose of the study was explained to each person, and the questionnaire of demographic characteristics and the consent form for participating in the research were completed. Then, the Nicotine Dependence Syndrome Scale (Shiffman et al., 2004) among the mothers and Multi–Attitude Suicide Tendency Scale (Orbach et al., 1991) among the daughters were distributed. Afterward, 220 girls and their mothers who obtained high scores in the questionnaires mentioned above (according to the cut–off point of the tests) were selected as the research samples. Then the mothers of the sample group completed the Religiosity Questionnaire (Khodayarifard et al., 2013). The inclusion criteria included providing informed consent, having an acute physical and psychiatric disorder, teenage girls tending to commit suicide, and smoking addiction of mothers. The exclusion criteria included dissatisfaction with continuing the study and failure to complete the questionnaires. The instruments used in this research were the Nicotine Dependence Syndrome Scale (Shiffman et al., 2004), Multi–Attitude Suicide Tendency Scale (Orbach et al., 1991), and Religiosity Questionnaire (Khodayarifard et al., 2013). To analyze the data, the Pearson correlation coefficient and structural equation method were performed in SPSS version 26 and AMOS version 24 at a significance level of 0.01.

Results: In the fitted model, the direct effect of smoking addiction on girls' suicidal tendencies was positive and significant ($p<0.001$, $\beta=0.83$). The direct effect of smoking addiction on the mothers' religiosity was negative and significant ($p<0.001$, $\beta=-0.90$). Also, the direct effect of mothers' religiosity on girls' suicidal tendencies was negative and significant ($p<0.001$, $\beta=-0.67$). The effect of an indirect relationship between smoking addiction and girls' suicidal tendencies with the mediation of the mother's religiosity was negative and significant ($p<0.001$, $\beta=-0.17$). The goodness of fit indicators indicates the acceptable model fitness (GFI=0.98, CFI=0.98, AGFI=0.94, NFI=1.000, IFI=1.000, RMSEA=0.03, CMIN/df=2.80, TLI=0.98, RNFI=0.4).

Conclusions: According to the results, there is an indirect relationship between a mother's smoking addiction and girls' tendency to commit suicide with the mediation of the mother's religiosity. Hence, religion–based interventions may be a very promising tool to increase the spiritual ability of mothers so that effective steps can be taken to reduce and prevent family anomalies and injuries, such as teenage girls' tendency to commit suicide.

Keywords: Smoking addiction, Suicide tendency, Religiosity.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

Copyright © 2022, 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.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۲۳۰.

انتشار برخط اسفند ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

مدل‌سازی معادلات ساختاری رابطهٔ اعتیاد مادر به سیگار و گرایش به خودکشی در دختران نوجوان با نقش میانجیگری دین‌داری

مهین پُرمرخنفچه، *بهمن اکبری[۲]، لیلا مقتدر[۳]، بتول مهرگان[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۴. استادیار، گروه الهیات و معارف اسلامی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** akbari@iaurasht.ac.ir :bakbari44@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۸ شهریور۱۴۰۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۷ بهمن۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: سلامت روانی نوجوانان تحت‌تأثیر بهداشت روانی خانواده است و مادر بیشترین تأثیر را بر شکل‌دهی شخصیت و رفتار آن‌ها دارد. هدف پژوهش حاضر، مدل‌سازی معادلات ساختاری رابطهٔ اعتیاد به سیگار مادران و گرایش به خودکشی در دختران نوجوان با نقش میانجیگری دین‌داری بود.

روش‌بررسی: پژوهش از نوع همبستگی و در قالب مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام شد. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی مادران و دختران مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناسی در شهرهای تهران و کرج و رشت تشکیل دادند. تعداد ۲۲۰ نفر مادر و۲۲۰ نفر دختران نوجوانشان باتوجه به معیارهای ورود و به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزارهای استفاده‌شده در پژوهش، مقیاس نشانگان وابستگی به نیکوتین (شیفمن و همکاران، ۲۰۰۴) و مقیاس چندرویکردی گرایش به خودکشی (اورباخ و همکاران، ۱۹۹۱) و پرسش‌نامهٔ دین‌داری (خدایاری‌فرد و همکاران، ۲۰۱۳) بود. به‌منظور تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و روش معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۶ و AMOS نسخهٔ ۲۴، در سطح معناداری ۰/۰۱ استفاده شد.

یافته‌ها: در مدل برازش‌شده، اثر برآورد مستقیم اعتیاد به سیگار بر گرایش به خودکشی مثبت و معنادار بود (β=۰/۸۳، p<۰/۰۰۱). اثر برآورد مستقیم اعتیاد به سیگار بر دین‌داری، منفی و معنادار (β=-۰/۹۰، p<۰/۰۰۱) و همچنین اثر برآورد مستقیم دین‌داری بر گرایش به خودکشی منفی و معنادار (β=-۰/۶۷، p<۰/۰۰۱) به‌دست آمد. اثر برآورد غیرمستقیم اعتیاد به سیگار بر گرایش به خودکشی با میانجیگری دین‌داری، منفی و معنادار بود (β=-۰/۱۷، p<۰/۰۰۱). شاخص نکویی برازش داده‌های گردآوری‌شده نشان داد، مدل از برازش مطلوبی برخوردار است (CMIN/df=۲/۸، RMSEA=۰/۰۳، GFI=۰/۹۸، CFI=۰/۹۸، AGFI=۰/۹۴، TLI=۰/۹۸، PNFI=۰/۴، GFI=۰/۹۸، NFI=۱/۰۰۰، IFI=۱/۰۰۰).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج، بین اعتیاد به سیگار مادران و گرایش به خودکشی دختران با میانجیگری دین‌داری مادران رابطهٔ غیرمستقیم وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد به سیگار، گرایش به خودکشی، دین‌داری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

۱ مقدمه

خودکشی[1]، مسئلهٔ جدی بهداشت عمومی در سطح جهان است و مدیریت و پیشگیری از خودکشی در جوامع، به‌ویژه در مراحل اولیهٔ آن، مداخلهٔ مهمی برای نظام مراقبت‌های بهداشتی به‌شمار می‌رود (۱). ازدست‌دادن یک نوجوان به‌دلیل خودکشی، رویدادی غم‌انگیز است که تأثیری ماندگار و ویرانگر بر خانواده‌ها و دوستان و جوامع بر جای می‌گذارد (۲). تخمین زده می‌شود که سالانه بیش از ۱ میلیون نفر در جهان بر اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند؛ اما این اعداد نوک کوه یخ هستند و گزارش‌نشدن برخی موارد به‌علت برچسب‌گذاری فرهنگی، دسترسی به داده‌های معتبر و مطمئن در زمینهٔ ثبت خودکشی را با محدودیت مواجه می‌سازد (۳). باوجود این محدودیت‌ها تحقیقات نشان داد، خودکشی دومین عامل مرگ‌ومیر در بین افراد ۱۵تا۲۹ساله است (۳).

عوامل متعددی ازجمله اختلالات روانی و جسمی، اختلالات عملکردی، محیط خانواده و رویدادهای استرس‌زای زندگی در خودکشی نقش دارد (۱)؛ اما طبق پژوهش‌ها، علت خودکشی در ایران ازطریق دو معضل اجتماعی مهم یعنی سوءمصرف مواد والدین[2] و طلاق[3] آن‌ها نسل نوجوان و جوان را تهدید می‌کند (۴). اقدام به خودکشی ناشی از تأثیر عوامل بیولوژیک و اجتماعی و محیطی متعدد در طول عمر است که آسیب‌پذیری فرد را دربرابر خودکشی شکل می‌دهد. مطالعات حمایت‌کننده از مدل رشدی خطر خودکشی[4] مشخص کرد، چنین آسیب‌پذیری ممکن است در دوران بارداری و اوایل دوران کودکی ازطریق قرارگرفتن درمعرض ناملایمات که می‌تواند بر رشد عصبی کودکان تأثیر بگذارد، ایجاد شود (۵). اعتیاد مادر به سیگار به‌طور گسترده‌ای به‌عنوان عامل خطر بالقوه‌ای برای پیامدهای منفی رشد عصبی دوران کودکی و نوجوانی شناخته شده است (۵). اعتیاد به مواد و سیگار به‌طور عمده در پدران نیز دیده می‌شود؛ اما مطالعات مشخص کرد، ۸درصد از مادران به‌تنهایی و ۹درصد از هر دو والد باهم در خانواده‌ها دارای اعتیاد به سیگار هستند (۶).

طبق مطالعات چند نوع ارتباط بین سیگارکشیدن مادر و خودکشی نوجوان وجود دارد. مواجههٔ درون‌رحمی با سیگار اولین و پرمستندترین رابطه‌ای بوده که تاکنون به‌دست آمده است. ازسوی‌دیگر ازآنجاکه مغز در دوران کودکی و نوجوانی به رشد خود ادامه می‌دهد، قرارگرفتن درمعرض سیگار پس از تولد (دود دست دوم) ممکن است اثرات منفی بر رشد عصبی داشته باشد (۵). علاوه‌براین، مشاهدهٔ والدین سیگاری ممکن است رفتارهای سیگارکشیدن را در فرزندان ازطریق اثرات مدل‌سازی رفتاری تقویت کند که به‌نوبهٔ خود خطر پیامدهای منفی سلامت روان را ازجمله اقدام به خودکشی، افزایش می‌دهد (۵).

براساس تحقیقات، یکی از متغیرهای مهمی که می‌تواند بر مصرف‌نکردن و ترک سیگار نقش بسزایی داشته باشد، متغیر دین‌داری[5] است (۷،۸). دین‌داری شامل باور[6] و مقابلهٔ دینی[7] است؛ باور دینی یعنی باور به اینکه خداوند قدرت نامحدود برای کنترل یا تغییر قلوب و احساسات و رفتار افراد دارد و مقابلهٔ مذهبی که به افراد اجازه می‌دهد با انجام اعمال مذهبی مانند دعا، مراقبه، خواندن کتاب مقدس مذهبی، حضور در مراسم مذهبی، انجام مناسک دینی با تکیه بر حمایت گروه‌های مذهبی زندگی، با استرس‌ها و فشارهای روزمرهٔ خود کنار بیایند (۷). همهٔ ادیان بزرگ جهان برای زندگی انسان ارزش زیادی قائل هستند و به‌همین دلیل اغلب از کشیدن سیگار جلوگیری می‌کنند؛ حتی اگر آن را به‌طور کامل منع نکنند؛ درنتیجه، دین‌داری به‌عنوان پیش‌بینی‌کنندهٔ مهمی برای رفتارهای بهداشتی و مصرف مواد شناخته شده است (۹). پژوهش‌ها نشان داد، دین‌داری بیشتر با میزان کمتر مصرف دخانیات و الکل و مواد مخدر غیرقانونی مرتبط است و پرداختن به امور مذهبی میزان کمتری از سیگارکشیدن را در آینده پیش‌بینی می‌کند (۷،۸). ازمی و همکاران در مطالعه‌ای مروری به بررسی مقالات منتشرشده از سال ۲۰۱۳تا۲۰۲۰، دربارهٔ ارتباط مذهب و دین‌داری و مصرف سیگار پرداختند. نتایج مشخص کرد، دین‌داری عامل مهمی برای ترک سیگار است و نیاز آشکاری برای تمرکز بر مداخلهٔ مبتنی‌بر اسلام برای سیگاری‌های مسلمان به‌ویژه در کشور مسلمان و در حال توسعه وجود دارد (۷). این یافته با مطالعات تاما و همکاران (۸)، ژائو و همکاران (۱۰)، رومن و همکاران (۱۱) و بهامین و همکاران (۱۲) همخوان است.

خودکشی، رفتاری پیچیده و چندعاملی به‌شمارمی‌رود و کوشش‌های زیادی برای شناسایی عوامل خطری که منجربه اقدام به خودکشی می‌شود، با هدف درک و فهم خودکشی و پیشگیری از آن صورت گرفته است (۱۳)؛ باوجود این هنوز خودکشی یکی از علل عمدهٔ مرگ‌ومیر در سراسر جهان بوده و میزان آن کاهش نیافته است (۱۴). مدیریت و پیشگیری از خودکشی در جوامع، به‌ویژه در مراحل اولیهٔ آن، مداخلهٔ مهمی برای نظام مراقبت‌های بهداشتی به‌شمار می‌رود. سیگارکشیدن از رفتارهای خطر بسیار مهم اصلاح‌شدنی در مادران است؛ ازاین‌رو درک افزایش خطر خودکشی فرزندان با قرارگرفتن درمعرض سیگارکشیدن مادر و راه‌های مقابله با آن همچون افزایش دین‌داری در مادران برای پیشگیری افراد درمعرض خطر ضروری است (۵). به‌عبارتی می‌توان با به‌دست‌آوردن نتایج، مادران را یاری کرد تا آن‌ها درک صحیحی از مسئولیت خود به‌عنوان مادر داشته باشند؛ همچنین با افزایش دین‌داری در مادران و دختران، راهنمایی مؤثری برای هدایت و تعادل در امور دنیوی و معنوی آن‌ها ایجاد شود تا با تغییر در فرد، آرامش نسبی در خانواده و جامعه فراهم آید و از بزه‌ها و آسیب‌هایی چون خودکشی پیشگیری شود. باوجود تمرکز بر دین‌داری که کاتالیزور مهمی برای ترک یا حفظ وضعیت ترک سیگار فرد به‌شمار می‌رود، نه محققان در کشورهای دیگر و نه در ایران آن‌چنان‌که شایسته و بایسته است به جنبه‌های مذهبی و دینی که باعث ترک سیگار یا مصرف‌نکردن سیگار می‌شود، توجه نکرده‌اند و تعداد پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه محدود است. همچنین در کشور ما مطالعه‌ای به نقش دین‌داری در ارتباط بین اعتیاد به سیگار و گرایش به خودکشی دختران نوجوان

[1]. Suicide
[2]. Substance abuse
[3]. Divorce
[4]. Model of suicide risk
[5]. Religiousity
[6]. Belief
[7]. Religious coping

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

نپرداخته است؛ زیرا مسئلهٔ مدنظر در پژوهش حاضر آن بود که چه متغیرهایی می‌توانند واسطه شوند تا اعتیاد به سیگار در مادران کاهش یابد و متعاقب آن نوجوانانی با سلامت بیشتر روان و رفتار و بدون تکانه‌های خودکشی مشاهده شوند. اعتیاد به سیگار مادران و خودکشی نوجوانان با تمام دشواری‌هایی که برای افراد به‌وجود می‌آورد، در جامعهٔ کنونی روزبه‌روز در حال رشد و گسترش است؛ بنابراین تدوین برنامه‌ای با جنبه‌های دینی تفصیلی مبتنی‌بر قرآن و سنت، احادیث و نیز نظرات صاحب‌نظران دینی که ممکن است مکمل دیگر تلاش‌های کنترل سیگار در مادران باشد، لازم به‌نظر می‌رسد (۷). باتوجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف مدل‌سازی معادلات ساختاری رابطهٔ اعتیاد مادر به سیگار و گرایش به خودکشی در دختران نوجوان با نقش میانجیگری دین‌داری مادران انجام گرفت.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر، همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی مادران و دختران مراجعه‌کننده به مراکز و کلینیک‌های تخصصی روان‌شناسی و مشاوره در شهرهای تهران و کرج و رشت تشکیل دادند که ۲۲۰ نفر مادر و ۲۲۰ نفر دختر نوجوانشان باتوجه به معیارها به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. باتوجه به نوع مطالعه و تعداد متغیرهای پیش‌بین در تحلیل معادلات ساختاری، بنا به پیشنهاد سیدریس و همکاران، حجم نمونه باید حداقل ۵تا۱۵ برابر تعداد متغیرهای آشکار باشد (۱۵). در پژوهش حاضر درمجموع دوازده متغیر آشکار وجود داشت که حجم نمونه براساس گفتهٔ سیدریس و همکاران، برابر با ۱۸۰ نفر (۱۵×۱۲) برآورد شد؛ اما باتوجه به اینکه حجم نمونه نباید از دویست نفر کمتر باشد، تعداد آزمودنی‌ها به ۲۲۰ نفر افزایش یافت.

شیوهٔ انجام کار بدین‌ترتیب بود که پس از اخذ کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1401.023 از کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، طی فراخوانی به همکاران روان‌شناس و روان‌پزشک برای دستیابی به نمونهٔ پژوهش، از آن‌ها درخواست مساعدت شد. پس از تماس با افراد دارای شرایط اولیه (گرایش به خودکشی در دختران)، توضیحات لازم ازسوی محقق ارائه شد و دعوت برای همکاری صورت گرفت. در آغاز برای هریک از افراد، هدف انجام پژوهش و سایر اصول اخلاقی همچون محرمانگی توضیح داده شد و پرسش‌نامهٔ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و رضایت‌نامهٔ شرکت در پژوهش و همچنین مقیاس چندرویکردی گرایش به خودکشی[1] (۱۶) توسط دختران و مقیاس نشانگان وابستگی به نیکوتین[2] (۱۷) توسط مادران تکمیل شد؛ سپس ۲۲۰ نفر دختر و ۲۲۰ نفر مادرانشان که به‌ترتیب نمرات بیشتری در پرسش‌نامه‌های مذکور به‌دست آوردند (باتوجه به نقطهٔ برش پرسش‌نامه‌ها طبق معیارهای ورود)، به‌عنوان نمونهٔ تحقیق انتخاب شدند. در ادامه مادران گروه نمونه پرسش‌نامهٔ دین‌داری (۱۸) را تکمیل کردند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل رضایت آگاهانه، گرایش به خودکشی دختران نوجوان (نقطهٔ برش ۶۰ در مقیاس چندرویکردی گرایش به خودکشی)، اعتیاد به سیگار مادران (نقطهٔ برش ۳۹ در مقیاس نشانگان وابستگی به نیکوتین) و نداشتن اختلال شدید جسمانی و روانی مادران و دختران بود. معیار خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش، نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها در نظر گرفته شد.

تمامی اصول اخلاقی ازجمله نمونه‌گیری به‌شکل داوطلبانه، رضایت آگاهانه، حضور درمانگر بالینی حرفه‌ای، محرمانه‌ماندن اطلاعات، توضیح کامل اهداف و ارائهٔ نتایج پژوهش به شرکت‌کنندگان و آزادی شرکت‌کنندگان برای خروج از پژوهش در این مطالعه رعایت شد.

به‌منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامهٔ جمعیت‌شناختی و سه پرسش‌نامهٔ استاندارد به‌شرح زیر استفاده شد.

ـ پرسش‌نامهٔ جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه شامل سن دختران و مادران، تحصیلات دختران و مادران و شغل مادران بود.

ـ مقیاس چندرویکردی گرایش به خودکشی: این مقیاس توسط اورباخ و همکاران در سال ۱۹۹۱ طراحی شد که شامل سی گویه است (۱۶). این مقیاس ترکیبی از چهار خرده‌مقیاس علاقه به زندگی، نفرت از زندگی، علاقه به مرگ و نفرت از مرگ است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به‌صورت طیف لیکرت پنج‌نقطه‌ای انجام می‌شود که برای گزینه‌های شدیداً مخالفم، موافق نیستم، گاهی‌اوقات موافقم گاهی‌اوقات مخالفم، موافقم و شدیداً موافقم به‌ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. نمرهٔ کل از جمع سی عبارت با یکدیگر به‌دست می‌آید. حداقل امتیاز ممکن ۳۰ و حداکثر ۱۵۰ خواهد بود. نمرهٔ کمتر از ۳۰ نشان‌دهندهٔ تمایل‌نداشتن به خودکشی، نمرهٔ بین ۳۰تا۵۹ تمایل به خودکشی کم، نمرهٔ بین ۶۰تا۹۰ تمایل به خودکشی متوسط و نمرهٔ بیشتر از ۹۰، تمایل به خودکشی زیاد در فرد است. برای به‌دست‌آوردن نمرهٔ کل، نمرهٔ کل خرده‌مقیاس‌های نفرت از مرگ و علاقه به زندگی به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود (۱۶). در مطالعهٔ اورباخ و همکاران، روایی افتراقی ازطریق مقایسهٔ آزمودنی‌های بهنجار (از دبیرستان‌های حیفا) و گروه‌های خودکشی و روان‌پزشکی (از بیمارستان‌های روان‌پزشکی آبربنل و گها در منطقهٔ تل‌آویو) به‌دست آمد که در گروه‌های خودکشی (۵۵ نفر) و هنجاری (۹۰ نفر) ۰/۷۶ و روان‌پزشکی (۲۰ نفر) و هنجاری (۹۰ نفر) ۰/۸۰ گزارش شد. پایایی به‌روش آزمون‌بازآزمون نمرهٔ کل مقیاس در فاصلهٔ دو ماه، ۰/۸۵ و برای زیرمقیاس‌های علاقه به زندگی ۰/۸۳، نفرت از زندگی ۰/۷۶، علاقه به مرگ ۰/۷۶ و نفرت از مرگ ۰/۸۳، به‌دست آمد (۱۶). در پژوهش علی‌پور و قائدی بارده روی سیصد نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر تهران (منطقهٔ چهار)، ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های علاقه به زندگی ۰/۸۱، نفرت از زندگی ۰/۸۳، علاقه به مرگ ۰/۷۶ و نفرت از مرگ ۰/۸۳ بود (۱۹). در پژوهش حاضر روایی صوری مقیاس چندرویکردی گرایش به خودکشی توسط پنج تن از اساتید متخصص روان‌شناسی و مشاورهٔ دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت به‌تأیید رسید.

ـ مقیاس نشانگان وابستگی به نیکوتین: این مقیاس توسط شیفمن و همکاران در سال ۲۰۰۴ ساخته شد (۱۷). این مقیاس شامل نوزده گویه است و باتوجه به نشانگان وابستگی به نیکوتین از پنج

[1]. Multi-Attitude Suicide Tendency Scale (MAST)

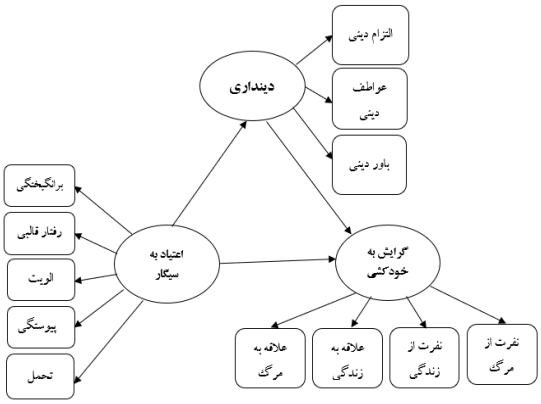
[2]. The Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

خرده‌مقیاس برانگیختگی یا سائق[1] (برای مصرف سیگار)، اولویت[2]، تحمل[3]، تداوم[4] و رفتار قالبی[5] تشکیل شده است. نمره‌گذاری سؤالات پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت پنج‌تایی شامل کاملاً نادرست (نمرهٔ ۱) تا کاملاً درست (نمرهٔ ۵) است. حد کمتر نمرهٔ این مقیاس ۱۹ و حد بیشتر آن ۹۵ است که از جمع سؤالات کل مقیاس حاصل می‌شود. وابستگی به نیکوتین با دامنهٔ نمرات ۱۹تا۳۸ وابستگی خفیف، ۳۹تا۵۷ وابستگی متوسط، ۵۸تا۷۶ وابستگی زیاد و ۷۷تا۹۵ وابستگی خیلی زیاد را نشان می‌دهد. نمرهٔ خرده‌مقیاس‌ها نیز به‌همین روش محاسبه می‌شود و نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ وابستگی بیشتر است (۱۷). شرکت‌کنندگان مطالعهٔ شیفمن و همکاران، ۸۰۲ فرد سیگاری بودند که داوطلب شدند در این مطالعه شرکت کنند و برای واجد شرایط‌بودن، شرکت‌کنندگان باید ۱۱تا۴۰ نخ سیگار در روز می‌کشیدند. مقیاس نشانگان وابستگی به نیکوتین ویژگی‌های روان‌سنجی امیدوارکننده‌ای را نشان داد. روایی سازهٔ مقیاس توسط سازندگان به‌روش تجزیه‌وتحلیل عاملی تجدیدنظرشده با استفاده از تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس (متعامد)، پنج عامل را مشخص کرد: برانگیختگی (میل و ترک و اجبار ذهنی به سیگار)؛ اولویت (ترجیح سیگار بر سایر تقویت‌کننده‌ها)؛ تحمل (کاهش حساسیت به اثرات سیگار)؛ تداوم (مرتب‌بودن میزان سیگارکشیدن) و رفتار قالبی (تغییرندادن سیگار). شیفمن و همکاران ضریب آلفای کرونباخ را برای نمرهٔ کلی مقیاس ۰/۸۴ و برای زیرمقیاس‌ها به‌ترتیب برانگیختگی ۰/۷۶، اولویت ۰/۷۰، تحمل ۰/۷۳، پیوستگی ۰/۶۹ و رفتار قالبی ۰/۷۹ ذکر کردند. همچنین پایایی مقیاس با روش آزمون‌بازآزمون ۰/۹۵ بود (۱۷). در پژوهش کاظمی زهرانی و همکاران بر ۳۶۰ نفر از دانشجویان دختر و پسر، روایی محتوای مقیاس توسط دو متخصص بالینی برآورد شد و ضریب توافق براساس محاسبهٔ ضریب توافق کندال برابر با ۰/۵۰ و براساس ضریب همبستگی پیرسون ۰/۶۱ به‌دست آمد. همچنین پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ برای برانگیختگی ۰/۸۱، اولویت ۰/۷۱، تحمل ۰/۷۵، پیوستگی ۰/۷۲ و رفتار قالبی ۰/۶۸ به‌طور مطلوب گزارش شد (۲۰).

ـ پرسش‌نامهٔ دین‌داری[6]: پرسش‌نامهٔ دین‌داری توسط خدایاری‌فرد و همکاران در سال ۲۰۱۳ به‌منظور سنجش میزان دین‌داری فرد مسلمان و براساس هنجار جامعهٔ ایرانی طراحی شد (۱۸). این پرسش‌نامه شامل ۱۰۲ گویه در سه خرده‌مقیاس عواطف دینی و باور دینی و التزام به وظایف دینی است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت شش‌تایی از زیاد موافقم (۱) تا زیاد مخالفم (۶) است که براساس مجموع نمرهٔ سوالات، نمرهٔ هر خرده‌مقیاس و نیز نمرهٔ کل حاصل می‌شود؛ بنابراین کمترین نمرهٔ کل ۱۰۲ و بیشترین نمرهٔ کل ۶۱۲ است. نمرهٔ کل ۱۰۲تا۲۳۰ نشانهٔ دین‌داری ضعیف، نمرهٔ کل ۲۳۱تا۳۵۷ نشانهٔ دین‌داری متوسط و نمرهٔ کل ۳۵۸تا۶۱۲ به‌منزلهٔ دین‌داری قوی است (۱۸). مطالعات نشان داد، این پرسش‌نامه از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است. این مقیاس روی ۲۰ هزار نفر زن و مرد مسلمان (تشیع و تسنن) در ردهٔ سنی ۱۹تا۶۰ سال زن و مرد در سی شهر مرکز استان‌های ایران به‌شیوهٔ نمونه‌گیری خوشه‌ای اجرا شد (۱۸). روایی مقیاس برمبنای ساختار نظری دین‌داری و با مراجعه به آیات و احادیث و کتب شهید مطهری و شهید صدر و نیز نظرات دوازده نفر از متخصصان صاحب‌نظر در حوزه‌های روان‌شناسی، روان‌سنجی و دین دارای سابقهٔ انجام طرح پژوهشی در این زمینه، به‌تأیید رسید. برای اندازه‌گیری پایایی مقیاس از روش بازآزمایی (با فاصلهٔ شش هفته بین دو بار اجرا) استفاده شد که نمرهٔ ۰/۸۴ نشان داد، بین مؤلفه‌های دین‌داری و نیز نمرهٔ کل دین‌داری در اجرای اول با همهٔ مؤلفه‌ها و نمرهٔ کل آن در اجرای شش هفته بعد، ضریب همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای عواطف دینی ۰/۷۶، باور دینی ۰/۹۰، التزام به وظایف دینی ۰/۹۲ و دین‌داری کل ۰/۹۵ بود که همسانی درونی زیاد این مقیاس را نشان داد (۲۱).

مدل مفهومی مدنظر محققان این مطالعه که دوازده متغیر آشکار را معرفی کرد، برای بررسی در نمونهٔ پژوهش در شکل ۱ آمده است. مدل پیشنهادی پژوهش حاضر برمبنای مدل نصرت‌آبادی و حلوایی‌پور بود که در زمینهٔ سبب‌شناسی و عوامل خطرساز گرایش به خودکشی ارائه شده است (۲۲). در این پژوهش، اعتیاد به سیگار مادران به‌مثابهٔ متغیر برون‌زا و گرایش به خودکشی در دختران به‌عنوان متغیر درون‌زا و دین‌داری به‌منزلهٔ متغیر میانجی در نظر گرفته شد.



شکل ۱. مدل مفهومی رابطهٔ بین اعتیاد به سیگار مادران و گرایش به خودکشی در دختران نوجوان با نقش میانجیگری دین‌داری

[1]. Drive
[2]. Priority
[3]. Tolerance
[4]. Continuity
[5]. Stereotype
[6]. Religiosity Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها، روش‌های آماری مختلف شامل میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی به‌کار رفت. برای بررسی داده‌های پرت چندمتغیری از شاخص فاصلهٔ ماهالانوبیس[1] در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ استفاده شد. همچنین برای آزمون مدل مفهومی پژوهش و برازش آن با داده‌های گردآوری‌شده از روش برآورد و به‌منظور برآورد مربوط به پارامترهای اصلی مدل معادلهٔ ساختاری از روش بوت‌استرپ یا خودگردان‌سازی استفاده شد. برای آزمون این مدل نرم‌افزار AMOS نسخهٔ ۲۴ در سطح معناداری ۰/۰۱ به‌کار رفت. همچنین پیش‌فرض هم‌خطی‌بودن ازطریق بررسی مقادیر تورم واریانس[2] و ضریب تحمل[3] ارزیابی شد.

۳ یافته‌ها

در ابتدا داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها بررسی شد. در جدول ۱ وضعیت دختران و مادران از نظر متغیرهای سن و تحصیلات و شغل ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

متغیر	مادران			دختران		
	طبقه	فراوانی	درصد	طبقه	فراوانی	درصد
گروه سنی (برحسب سال)	۳۰تا۴۰	۱۱	۵/۰	۱۳تا۱۴	۱۰۸	۴۹/۰
	۴۱تا۵۱	۱۶۳	۷۴/۰	۱۵تا۱۶	۸۸	۴۰/۰
	۵۲تا۶۲	۳۹	۱۶/۳	۱۷ و بیشتر	۲۴	۱۰/۹
	۶۳تا۷۳	۷	۴/۵	.....	.....	.....
سطح تحصیلات	کمتر از دیپلم	۲۴	۱۰/۹	کلاس هفتم	۲۴	۱۱/۰
	دیپلم	۹۴	۴۲/۷	کلاس هشتم	۳۸	۱۷/۰
	فوق‌دیپلم	۳۲	۱۴/۵	کلاس نهم	۳۲	۱۵/۰
	کارشناسی	۴۵	۲۰/۴	کلاس دهم	۸۲	۳۷/۰
	کارشناسی‌ارشد	۲۲	۱۰/۰	کلاس یازدهم	۴۱	۱۹/۰
	دکتری	۳	۱/۳	کلاس دوازدهم	۳	۱/۰
شغل	پزشک	۲	۰/۹۰	دانش‌آموز		
	معلم	۲۷	۱۲/۲۷			
	کارمند	۵۲	۲۳/۶۳			
	کارگر	۵۳	۲۴/۰۹			
	خانه‌دار	۶۳	۲۸/۶۳			
	آزاد	۲۳	۱۰/۴۵			

جدول ۲. توصیف متغیرهای اعتیاد به سیگار و گرایش به خودکشی و دین‌داری

متغیر	مؤلفه‌های هر متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	واریانس	کشیدگی	چولگی	حداقل	حداکثر
اعتیاد به سیگار	برانگیختگی	۲۲۰	۱۲/۴۵	۴/۷	۲۲/۰۹	ـ۰/۴۱۶	ـ۱/۱۰۹	۴	۲۰
	تحمل	۲۲۰	۱۰/۹۱	۳/۶	۱۲/۹۶	ـ۰/۱۲۹	ـ۱/۱۱۶	۳	۲۳
	پیوستگی	۲۲۰	۱۰/۸۸	۳/۵	۱۲/۲۵	ـ۰/۱۱۸	ـ۱/۱۲۸	۳	۱۹
	اولویت	۲۲۰	۱۰/۹۵	۳/۴	۱۱/۵۶	ـ۰/۸۱۸	ـ۱/۱۶۸	۳	۱۹
گرایش به خودکشی	رفتار قالبی	۲۲۰	۱۹/۶۱	۸/۰۵	۶۴/۸	ـ۰/۳۱۶	ـ۱/۱۱۹	۶	۳۵
	علاقه به زندگی	۲۲۰	۱۸/۴۸	۱۰/۳۸	۱۰۷/۷۴	ـ۰/۱۳۹	ـ۱/۱۰۶	۶	۳۰
	نفرت از زندگی	۲۲۰	۱۷/۷۳	۱۰/۵۳	۱۱۰/۸۸	ـ۰/۱۰۸	ـ۱/۱۱۸	۶	۳۰
	علاقه به مرگ	۲۲۰	۱۲/۶۱	۷/۵۲	۵۶/۵۵	ـ۰/۸۳۸	ـ۱/۱۴۸	۶	۳۵
	نفرت از مرگ	۲۲۰	۲۹/۰۹	۷/۶۸	۵۸/۹۸	ـ۰/۱۱۶	ـ۱/۲۱۹	۷	۳۵
دین‌داری	التزام دینی	۲۲۰	۱۰۰/۶۹	۶۳/۱۸	۳۹۹۱/۷۱	ـ۰/۱۲۶	ـ۱/۱۱۷	۳۵	۲۱۰
	باور دینی	۲۲۰	۸۴/۸۱	۵۲/۴۳	۲۷۴۸/۹	ـ۰/۱۰۴	ـ۱/۱۵۸	۳۵	۱۸۹
	عواطف دینی	۲۲۰	۸۳/۲۰	۴۴/۴۶	۱۹۷۶/۶۹	ـ۰/۸۲۸	ـ۱/۱۴۵	۳۶	۲۰۷

براساس نتایج حاصل از بررسی جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان، گروه سنی مادران ۴۱تا۵۱ساله بیشترین فراوانی را با ۷۴درصد از نمونهٔ مطالعه‌شده به خود اختصاص داد و گروه سنی مادران ۶۳تا۷۳ساله کمترین فراوانی را با ۴/۵درصد از نمونهٔ مطالعه‌شده داشت. همچنین

[1]. Mahalanobis
[2]. Variance inflation factor (VIF)
[3]. Tolerance

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

گروه سنی دختران ۱۳ تا۱۴ ساله بیشترین فراوانی را با ۴۹ درصد و گروه سنی ۱۷ ساله و بیشتر کمترین فراوانی را با ۱۰/۹ درصد از نمونهٔ مطالعه‌شده به خود اختصاص داد. از نظر شغلی نیز مادران خانه‌دار بیشترین فراوانی را با ۲۸/۶۳ درصد از نمونهٔ مطالعه‌شده داشتند و کمترین فراوانی شغل پزشک با ۰/۹۰ درصد از نمونهٔ مطالعه‌شده بود.

باتوجه به جدول ۲، در متغیر اعتیاد به سیگار، در مؤلفهٔ برانگیختگی، بیشترین نمره ۲۰ و کمترین نمره ۴ با میانگین ۱۲/۴۵، در مؤلفهٔ اولویت، بیشترین نمره ۱۹ و کمترین نمره ۳ با میانگین ۱۰/۹۵، در مؤلفهٔ تحمل، بیشترین نمره ۲۳ و کمترین نمره ۳ با میانگین ۱۰/۹۱، در مؤلفهٔ پیوستگی، بیشترین نمره ۱۹ و کمترین نمره ۳ با میانگین ۱۰/۸۸ و در مؤلفهٔ رفتار قالبی، بیشترین نمره ۳۵ و کمترین نمره ۶ با میانگین ۱۹/۶۱ بود. در متغیر گرایش به خودکشی، در مؤلفهٔ نفرت از زندگی، بیشترین نمره ۳۰ و کمترین نمره ۶ با میانگین ۱۷/۷۳، در مؤلفهٔ علاقه به مرگ، بیشترین نمره ۳۰ و کمترین نمره ۶ با میانگین ۱۲/۶۱ و در مؤلفهٔ نفرت از مرگ، بیشترین نمره ۳۵ و کمترین نمره ۷ با میانگین ۲۹/۰۹ به‌دست آمد. در متغیر دین‌داری، در مؤلفهٔ التزام دینی، بیشترین نمره ۲۱۰ و کمترین نمره ۳۵ با میانگین ۱۰۰/۶۹، در مؤلفهٔ باور دینی، بیشترین نمره ۱۸۹ و کمترین نمره ۳۵ با میانگین ۸۴/۸۱ و در مؤلفهٔ عواطف دینی، بیشترین نمره ۲۰۷ و کمترین نمره ۳۶ با میانگین ۸۳/۲۰ بود.

به نظر کلاین، اگر داده‌های پرت تک‌متغیره اگر بیشتر از ۳ یا کمتر از ۳ـ باشند، باید حذف شوند (۲۳). باتوجه به جدول ۲، مقادیر چولگی و کشیدگی بین ۳+ تا ۳ـ، مطلوب‌بودن وضعیت متغیرهای پژوهش را برای انجام تحلیل‌های پارامتری بیان کرد و نیازی به حذف آن‌ها نبود؛ بر این اساس پیش‌فرض نرمال‌بودن رعایت شد. همچنین بررسی داده‌های پرت چندمتغیری با استفاده از شاخص فاصلهٔ ماهالانوبیس صورت گرفت. در این پژوهش، داده‌ها سطح معناداری ۰/۰۱، معنادار بود. داده‌هایی که دارای فاصلهٔ زیاد بین (۱۰+ و ۱۰ـ) از شرکت‌کنندهٔ بعدی هستند، حاکی از دوربودن از توزیع نرمال است که می‌توان به‌عنوان داده‌های پرت چندمتغیره تلقی کرد و به احتمال زیاد باید از نمونه حذف شوند؛ بنابراین از آنجایی‌که در این پژوهش فاصلهٔ زیاد داده‌ها بین (۱۰+ و ۱۰ـ) از نمرات آزمودنی قبلی تا نمرات آزمودنی بعدی وجود نداشت، نیازی به حذف داده‌ها نبود. براین‌اساس، نرمال‌بودن چندمتغیره در بین داده‌های پژوهش برقرار بود. در مقادیر تورم واریانس و ضریب تحمل برای همهٔ متغیرهای پژوهش به‌ترتیب کوچک‌تر از ۱۰ و بزرگ‌تر از ۰/۱ بود که هم‌خطی‌بودن چندمتغیره در بین داده‌ها را نشان داد؛ بنابراین می‌توان گفت، پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع داده‌های تک‌متغیره، هم‌خطی‌بودن و نرمال‌بودن چندمتغیری در بین داده‌ها برقرار بود. پس از آزمون پیش‌فرض‌های تحلیل و اطمینان از برقراری آن‌ها، چگونگی برازش مدل ساختاری با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری بررسی شد.

جدول ۳. ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای آشکار

	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱	برانگیختگی	۱											
۲	تحمل	۰/۷۵	۱										
۳	پیوستگی	۰/۷۸	۰/۷۵	۱									
۴	اولویت	۰/۸۱	۰/۷۸	۰/۹۴	۱								
۵	رفتار قالبی	۰/۳۸	۰/۸۱	۰/۳۳	۰/۳۳	۱							
۶	علاقه به مرگ	۰/۱۹	۰/۰۱۴	۰/۱۷	۰/۱۸	۰/۲۳	۱						
۷	علاقه به زندگی	۰/۰۵	۰/۱۷	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۱۵	۰/۱۴ـ	۱					
۸	نفرت از زندگی	۰/۰۶	۰/۰۴	۰/۰۵ـ	۰/۰۳۲	۰/۰۳	۰/۱۲	۰/۰۳	۱				
۹	نفرت از مرگ	۰/۱۹ـ	۰/۱۵	۰/۰۳	۰/۱۸ـ	۰/۲۳	۰/۰۳ـ	۰/۱۳	۰/۲۳	۱			
۱۰	عواطف دینی	۰/۰۵ـ	۰/۰۸-	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۱۰ـ	۰/۱۴	۰/۰۲ـ	۰/۱۰ـ	۰/۱۴	۱		
۱۱	التزام دینی	۰/۲۲ـ	۰/۰۶ـ	۰/۱۳ـ	۰/۱۴ـ	۰/۱۰ـ	۰/۱۸	۰/۰۷ـ	۰/۰۱ـ	۰/۷۳ـ	۰/۷۲ـ	۱	
۱۲	باور دینی	۰/۰۶-	۰/۱۲ـ	۰/۰۵ـ	۰/۰۵ـ	۰/۰۱ـ	۰/۱۶ـ	۰/۱۳ـ	۰/۰۳ـ	۰/۸۵ـ	۰/۶۷ـ	۰/۸۱ـ	۱

$p<۰/۰۱$

باتوجه به جدول ۳، همبستگی متقابل بین متغیرهای آشکار پژوهش به‌روش همبستگی پیرسون محاسبه شد. روابط بین متغیرهای آشکار پژوهش به‌میزان زیادی بر مسیرهای انتظارداشته منطبق بود؛ یعنی همهٔ روابط در سطح معناداری ۰/۰۱ بود؛ بنابراین تحلیل‌های همبستگی بینشی را در ارتباط بین متغیرهای پژوهش فراهم آورد.

مندرجات جدول ۴، شاخص‌های برازندگی مدل را نشان می‌دهد که ازطریق نرم‌افزار AMOS محاسبه شد؛ بنابراین باتوجه به یافته‌های جدول ۴، مدل از برازش مطلوبی برخوردار بود. برای اثرات برآورد مستقیم مدل از روش حداکثر درست‌نمایی[1] (LM) استفاده شد که نتایج در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

باتوجه به مندرجات جدول ۵، اثر برآورد مستقیم اعتیاد به سیگار بر گرایش به خودکشی مثبت و معنادار بود ($\beta=۰/۸۳$، $p<۰/۰۰۱$). اثر برآورد مستقیم اعتیاد به سیگار بر دین‌داری، منفی و معنادار ($\beta=-۰/۹۰$، $p<۰/۰۰۱$) و همچنین اثر برآورد مستقیم دین‌داری بر گرایش به خودکشی منفی و معنادار ($\beta=-۰/۶۷$، $p<۰/۰۰۱$) به‌دست آمد. برای اثرات برآورد غیرمستقیم مدل از روش بوت‌استرپ استفاده شد (جدول ۶).

[1]. Maximum likelihood

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

جدول ۴. شاخص‌های نکویی برازش

نام آزمون	شاخص	مقدار شاخص
CMIN/df	نسبت خی‌دو بر درجهٔ آزادی	۲/۸
GFI	شاخص نکویی برازش	۰/۹۸
AGFI	شاخص نکویی برازش تعدیل‌یافته	۰/۹۴
IFI	شاخص هنجارشدهٔ رشدیابنده (افزایشی)	۱/۰۰۰
TLI	شاخص تاکر–لویس	۰/۹۸
NFI	شاخص برازش هنجارشده	۱/۰۰۰
RMSEA	ریشهٔ میانگین مربعات خطای برآورد	۰/۰۳
CFI	شاخص برازش تطبیقی	۰/۹۸

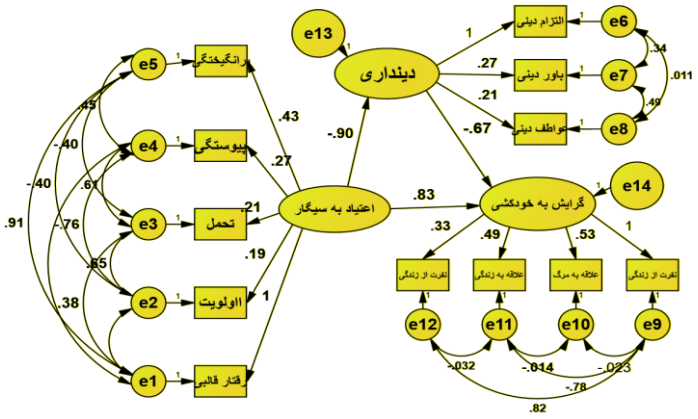
جدول ۵. اثرات برآورد مستقیم مدل از روش حداکثر درست‌نمایی

مسیرها	اثر مستقیم غیراستاندارد	خطای معیاربرآورد (SE)	مقدار احتمال	اثر مستقیم استاندارد
اعتیاد به سیگار بر گرایش به خودکشی	۰/۶۹	۰/۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۳
اعتیاد به سیگار بر دین‌داری	–۰/۵۵	۰/۰۶	<۰/۰۰۱	–۰/۹۰
دین‌داری بر گرایش به خودکشی	–۰/۱۸	۰/۰۷	<۰/۰۰۱	–۰/۶۷

جدول ۶. اثرات برآورد غیرمستقیم مدل از روش بوت‌استرپ

مسیرها	مقادیر استانداردشده (β)	کران پایین	کران بالا	مقدار احتمال
اعتیاد به سیگار بر گرایش به خودکشی با میانجیگری دین‌داری	–۰/۱۷	–۰/۳۷	–۰/۱۱	<۰/۰۰۱

باتوجه به جدول ۶، اثر برآورد غیرمستقیم اعتیاد به سیگار بر گرایش به خودکشی با میانجیگری دین‌داری، منفی و معنادار بود (p<۰/۰۰۱، β=–۰/۱۷). بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت، متغیر دین‌داری نقش میانجیگری در میان متغیرهای برون‌زا (اعتیاد به سیگار) و درون‌زا (گرایش به خودکشی) بر عهده دارد؛ بنابراین مدل پیشنهادی پژوهش رد نشد.



شکل ۲. ضرایب مسیر استاندارد اصلاح‌شده در مدل ساختاری رابطهٔ اعتیاد به سیگار مادران و گرایش به خودکشی در دختران نوجوان با نقش میانجیگری دین‌داری

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مدل‌سازی معادلات ساختاری رابطهٔ اعتیاد به سیگار مادران و گرایش به خودکشی در دختران نوجوان با نقش میانجیگری دین‌داری انجام شد. نتایج نشان داد، بین اعتیاد به سیگار مادران با گرایش به خودکشی در دختران نوجوان، همبستگی مستقیم و معناداری وجود داشت. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های لی و کیم (۲۴) و اوری و همکاران (۲۵) همسوست که دریافتند، بین اعتیاد به سیگار مادر و گرایش به خودکشی نوجوانان رابطهٔ معناداری مشاهده می‌شود.

در تبیین یافتهٔ مذکور این ادعا وجود دارد که رفتار سیگارکشیدن مادر بیانگر طیف وسیعی از ناملایمات و استعدادهای ژنتیکی است؛ به‌عبارتی مادرانی که به‌صورت دائم سیگار می‌کشند، دارای طیف وسیعی از ویژگی‌های مادری و خانوادگی هستند که منعکس‌کنندهٔ ناملایمات محیطی و (تاحدی) آسیب‌پذیری‌های ژنتیکی است؛

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

بنابراین خطر گرایش به خودکشی دختران می‌تواند ازسویی مرتبط با ویژگی‌های ژنتیکی نامناسب و مرتبط با ناهنجاری‌هایی همچون اعتیاد به سیگار باشد (۵). سازوکارهای متعددی ممکن است ارتباط بین سیگارکشیدن مادر و اقدام به خودکشی فرزندان را توضیح دهد: اول، در سطح بیولوژیک، قرارگرفتن درمعرض سیگارکشیدن مادر اثرات منفی بر رشد دارد که می‌تواند ناشی‌از قرارگرفتن درمعرض در طول رشد جنین باشد (۲۶)؛ دوم، مغز کودکان تا دوران نوجوانی در حال رشد است و قرارگرفتن درمعرض سیگار می‌تواند با مشکلات سلامت روان در دوران کودکی و نوجوانی مرتبط باشد؛ به‌عبارتی آسیب‌پذیری دربرابر اقدام به خودکشی ممکن است در مواقع مواجههٔ تجمعی با سیگارکشیدن مادر از داخل رحم تا کل دورهٔ کودکی و نوجوانی افزایش یابد (۲۷). در تبیینی دیگر می‌توان گفت، اگرچه مصرف زیاد سیگار در دوران بارداری و پس از آن با اقدام به خودکشی نوجوانان ارتباط دارد، افزایش خطر اقدام به خودکشی با سازوکارهای روانی‌اجتماعی نیز مرتبط است. به‌طور خاص، کودکانی که سیگارکشیدن والدین را مشاهده می‌کنند، ممکن است به‌دلیل تأثیرات مدل‌سازی، مستعد رفتارهای سیگارکشیدن و رفتارهای پرخطر باشند. مشکلات اجتماعی‌اقتصادی، بی‌ثباتی هیجانی و نیز اعتقادات و نوع نگرش مادران به‌نوبهٔ خود، می‌تواند با استفاده از الکل و حشیش و رفتارهای نابهنجار دیگر که بر فرزندان اثر می‌گذارد و از عوامل خطر بالقوه برای اقدام به خودکشی است، مرتبط باشد (۲۸). اغلب مادرانی که اعتیاد به سیگار دارند، دارای رابطهٔ عاطفی عمیقی با دختران خود نیستند؛ زیرا سیگار نقش بازدارنده‌ای در سلامت روانی دارد و مشکلاتی بر جسم و روان آن‌ها ایجاد می‌کند؛ بنابراین اغلب مادران سیگاری رابطهٔ سرد و نامناسبی با دختران خود دارند و به‌دلیل عوارض این ماده، از فرزندانشان غفلت می‌کنند که منجربه خشم، نفرت، انتقام، گناه و سرزنش خواسته و ناخواسته در دختران آن‌ها می‌شود و آنان را به‌سمت خودکشی سوق می‌دهد (۲۸).

نتایج معادلات ساختاری نشان داد، اعتیاد به سیگار مادران بر دین‌داری آن‌ها اثر مستقیم داشت و همچنین اعتیاد به سیگار مادران بر گرایش به خودکشی در دختران نوجوان با میانجیگری دین‌داری مادران اثر غیرمستقیم داشت. این نتایج با یافته‌های مطالعات ژائو و همکاران (۱۰) و وانگ و همکاران (۹) همسوست که نشان دادند، بین اعتیاد به سیگار با دین‌داری همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد و دین‌داری می‌تواند موجب کاهش یا اعتیادنداشتن به سیگار شود. رومن و همکاران در مطالعه‌ای بر ۱۳۰۲ زن و مرد رومانیایی ۱۵تا۲۹ساله به این نتیجه رسیدند که نه‌تنها دین و دین‌داری تاحد درخورتوجهی مانع از غوطه‌ورشدن آن‌ها در رذایلی می‌شود که به‌شدت برای مردان و زنان دردسترس است، بلکه آن دسته از افرادی که به مذهب شک ندارند یا منعکس‌کنندهٔ دین هستند، رفتارهای مخاطره‌آمیز کمتری را نشان می‌دهند (۱۱). پژوهش تاما و همکاران در کشور اندونزی بر ۱۰۴۸۱ مرد ۱۵تا۶۴ساله مشخص کرد، سطح دین‌داری با ترک سیگار دارای ارتباط معناداری است و افراد بسیار مذهبی اقبال بیشتری برای ترک دارند (۸). بهامین و همکاران در پژوهشی تأثیر نگرش مذهبی را بر مصرف سیگار نوجوانان بررسی کردند. آن‌ها نشان دادند، افراد باگرایش مذهبی زیاد، تمایل کمتری به مصرف سیگار دارند (۱۲). نتایج آثار بررسی‌شده توسط ازمی و همکاران در مطالعه‌ای مروری مشخص کرد، دین‌داری عامل مهمی در ترک سیگار برای سیگاری‌های مسلمان به‌ویژه در کشورهای مسلمان است و می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای جایگزین جدید، مکمل دیگر تلاش‌های کنترل تنباکو باشد (۷).

در تبیین یافتهٔ اثر مستقیم اعتیاد به سیگار مادران بر دین‌داری آن‌ها می‌توان گفت، دین ارزش‌های خوبی را آموزش می‌دهد که مردم را راهنمایی می‌کند تا انسان خوبی باشند. افراد مذهبی تعهد قوی‌تری به اطاعت از قوانین دین خود دارند. آن‌ها اجتناب از انجام کارهای مضر را به انجام رفتارهای پرخطر مانند سیگارکشیدن که اثرات منفی آن بر سلامت آن‌ها ثابت شده است، ترجیح می‌دهند. آن‌ها معتقد هستند که خدایشان همیشه بر آن‌ها نظارت دارد و آنان را تشویق می‌کند که آنچه دین گفته است، انجام دهند. افزایش پایبندی به دین می‌تواند افراد را به‌سمت اتخاذ رفتارهای بهتر ازجمله ترک سیگار سوق دهد و در ترویج مضرات سیگار، راهکاری مؤثر است (۸). دین‌داری همچون سپری حفاظتی دربرابر اعتیاد به سیگار و مواد عمل می‌کند و پایبندی به اعتقادات دینی باعث می‌شود این اشخاص کمتر از افراد فاقد دین به مصرف الکل و مواد مخدر روی آورند (۹)؛ به‌طورکلی شواهد تجربی بسیاری نشان داد، دین‌داری اغلب به مؤمنان در برخورد موفقیت‌آمیز با وسوسه‌ها و بحران‌ها کمک می‌کند و افراد با اعتقادات دینی کمتر دچار کشمکش‌های درونی، بی‌هدفی، پوچی، یأس، نارضایتی و ناامیدی درقبال زندگی می‌شوند و راحت‌تر محرومیت‌ها و ناملایمات را تحمل می‌کنند. ازسویی افراد دارای باورهای مذهبی از مهارت مقابله‌ای سازنده‌تری برخوردار هستند؛ زیرا حضور مفهومی فراتر از خود را در زندگی حس می‌کنند، زندگی برایشان معنادار است و درنتیجهٔ این اتکا و پذیرش خود به‌عنوان اشرف مخلوقات از آرامش درونی بیشتری برخوردار می‌شوند و به‌سمت رفتار نابهنجار چون مصرف سیگار کمتر گرایش پیدا می‌کنند (۹). در تبیین اثر غیرمستقیم اعتیاد به سیگار مادران بر گرایش به خودکشی در دختران نوجوان با میانجیگری دین‌داری می‌توان گفت، باتوجه به مطالب مذکور در تبیین رابطهٔ دین‌داری و اعتیاد به سیگار، منطقی است وقتی مادران دارای اعتقادات دینی باشند، مجهز به چنین ویژگی‌ها و صفات پسندیده‌ای بوده و بهترین امکان طبیعی برای پیدایش و رشد زیستی، تربیتی و فکری و بهترین الگو برای فرزندان خود هستند. سلامت روانی کودک و نوجوان تحت‌تأثیر بهداشت روانی خانواده است و مادر بیشترین تأثیر را بر شکل‌دهی شخصیت و رفتار کودک دارد؛ بنابراین مادران باید از سلامت جسمی و روانی، موقعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و ارزش‌های معنوی بهینه‌ای برخوردار باشند (۵). اغلب مادرانی که اعتیاد به سیگار دارند، دیگر به فرزند خود توجه نمی‌کنند؛ بنابراین کودکان نگران ازدست‌دادن شیء یا ابژهٔ[1] عزیز که همان مادر است، همراه با احساس گناه برای میل به نابودکردن آن شیء (مادر) هستند. کودکان تشخیص می‌دهند که اکنون شیء عزیز و شیء نفرت‌انگیز، یکی است. آن‌ها خود را به‌سبب امیال مخرب قبلی دربارهٔ مادرشان

[1]. Object

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

ملامت می‌کنند و دوست دارند این حملات را جبران کنند؛ بنابراین برای جبران به‌لحاظ آزادشدن و رهاشدن، به‌سوی گرایش به خودکشی سوق داده می‌شوند (۶). امروزه دین‌داری و معنوی‌بودن به‌عنوان ظرفیت‌های بالقوهٔ انسان، در کنار ابعاد جسمانی و روان‌شناختی و اجتماعی قرار می‌گیرد و حتی از ابعادی نقشی مهم‌تر از آن‌ها ایفا می‌کند. دین ازطریق معنادادن به زندگی و نیز راهنمایی برای گذر از فراز و نشیب‌های جهان هستی به انسان، انسانیت می‌بخشد. درواقع دین از زوایای مختلف بر زندگی فرد و به‌موازات آن زندگی و کار وی تأثیر می‌گذارد؛ برای مثال این تأثیرات را می‌توان در ابعاد نگرشی (نگرش مثبت به جهان پیرامون و درنتیجه تلقی موقعیت‌های بحرانی به‌عنوان فرصتی برای پیشرفت) و ارتباطی (احساس همدلی و یکی‌بودن با دیگران و درنتیجه گذشت و بخشش و همکاری و مشارکت با دیگران) و شخصی (خودشناسی، خودآگاهی و اعتمادبه‌نفس) مشاهده کرد (۱۱)؛ بنابراین هرچه ایمان و دین‌داری مادران افزایش یابد، فشارها و تنش‌های آن‌ها کم می‌شود و نگرش مثبت‌تر و رفتارهای همدلانه و خداپسندانه‌تری با فرزندان خود خواهند داشت؛ درنتیجه گرایش به خودکشی در دخترانشان کاهش پیدا می‌کند یا وجود نخواهد داشت؛ ازاین‌رو در جوامع امروزی و پیشرفته، باید به دین به‌عنوان موضوعی انکارناپذیر نگریسته شده و سعی شود میزان و تأثیرات آن به‌طور جامع بررسی شود. براساس یافته‌های پژوهش، مادران احتیاج به اصول ایدئولوژیک مناسب دارند؛ زیرا ازآنجاکه دین به تنظیم رفتار و عادات فرزندپروری مناسب کمک می‌کند، مداخلات مبتنی‌بر مذهب ممکن است ابزار بسیار امیدوارکننده‌ای برای افزایش توانایی معنوی مادران باشد تا گامی مؤثر برای کاهش ناهنجاری‌ها و آسیب‌های خانوادگی مانند پیشگیری از گرایش به خودکشی دختران نوجوانشان لحاظ شود. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود. ازآنجاکه برای جمع‌آوری داده‌ها در مطالعه، فقط از پرسش‌نامه استفاده شد و نمونهٔ بررسی‌شده محدود به مراکز مشاوره در شهرهای رشت و کرج و تهران بود، میزان تعمیم‌پذیری نتایج به‌دست‌آمده را می‌توان به‌عنوان محدودیت تحقیق قلمداد کرد. توانایی‌نداشتن در کنترل همهٔ متغیرهای مخدوشگر شامل عوامل ژنتیکی و شرایط اجتماعی‌اقتصادی خانواده از دیگر محدودیت‌های تحقیق بود؛ بنابراین به پژوهشگران علاقه‌مند پیشنهاد می‌شود، تحقیقاتی با روش‌های مشاهده و مصاحبهٔ بالینی و نیز باتوجه به عوامل ژنتیکی و شرایط اجتماعی‌اقتصادی خانواده اجرا کنند. با درنظرگرفتن یافته‌های پژوهش، تدوین و ارائهٔ برنامهٔ فرزندپروری با جنبه‌های دینی تفصیلی مبتنی‌بر قرآن و سنت، احادیث و نیز نظرات صاحب‌نظران دینی که ممکن است مکمل دیگر تلاش‌های کنترل سیگار باشد، قابل ارجاع به محققان آینده است (۷).

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج تحقیق، اعتیاد به سیگار مادران با گرایش به خودکشی دختران رابطهٔ مستقیم دارد؛ همچنین بین اعتیاد به سیگار مادران و گرایش به خودکشی دختران با میانجیگری دین‌داری مادران رابطهٔ غیرمستقیم مشاهده می‌شود؛ ازاین‌رو، مداخلات مبتنی‌بر مذهب ممکن است ابزار بسیار امیدوارکننده‌ای برای افزایش توانایی معنوی مادران باشد تا گامی مؤثر برای کاهش و پیشگیری از ناهنجاری‌ها و آسیب‌های خانوادگی همچون گرایش به خودکشی دختران نوجوان برداشته شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمام آزمودنی‌ها که با صبر و حوصلهٔ فراوان ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری رشتهٔ روان‌شناسی عمومی دارای کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1401.023، از کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت است. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی ازجمله کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و محرمانه نگاه‌داشتن اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها رعایت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پژوهش حاضر در اختیار تمامی نویسندگان قرار دارد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی این پژوهش از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله مستخرج از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است. همهٔ نویسندگان این پژوهش در انجام پژوهش دخیل بودند و نسخهٔ نهایی را مطالعه و تأیید کردند. بدین‌ترتیب که دانشجو (نویسندهٔ اول مقاله) ایدهٔ پژوهشی را مطرح کرد و اساتید راهنما و مشاور بعد از بحث و تفسیر آن را تأیید کردند. نویسندهٔ اول جمع‌آوری داده‌ها را با مشورت اساتید انجام داد و اساتید راهنما و مشاور در فرایند تفسیر داده‌ها همکاری داشتند.

References

1. Sharif Nia H, Heidari M, Naghavi N, Lehto RH, Haghdoost AA, Jafari-Koulaee A, et al. Age changes and suicidal activity in iran over the past decade: a systematic review and meta-analysis. Omega (Westport). 2022;86(1):312–37. https://doi.org/10.1177/0030222820966934
2. Ruch DA, Bridge JA. Epidemiology of suicide and suicidal behavior in youth. In: Ackerman JP, Horowitz LM; editors. Youth suicide prevention and intervention. Cham: Springer International Publishing; 2022. https://doi.org/10.1007/978-3-031-06127-1_1

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

3. Azizi H, Fakhari A, Farahbakhsh M, Esmaeili ED, Mirzapour M. Outcomes of community-based suicide prevention program in primary health care of Iran. Int J Ment Health Syst. 2021;15(1):67. https://doi.org/10.1186/s13033-021-00492-w
4. Heidari M, Haghdoost A, Khanjani N. Call for new stories: exploring the etiology of suicide in Iran (causal layered analysis). Med J Islam Repub Iran. 2019;33:138. https://doi.org/10.34171/mjiri.33.138
5. Orri M, Chadi N, Ahun MN, Seguin JR, Tremblay RE, Boivin M, et al. Suicidal ideation and attempt in adolescents exposed to maternal smoking across pregnancy and childhood: a 20-year prospective cohort study. J Affect Disord. 2021;286:10–8. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.047
6. Vilela T Dos R, Rocha MM Da, Figlie NB, Mari J De J. Association between psychosocial stressors with emotional and behavioral problems among children of low-income addicted families living in Brazil. Child Abuse & Neglect. 2019;92:12–21. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.005
7. Azmi J, Munirah S, Nurumal MS, Hani H. Religiosity and its relationship with smoking cessation: a systematic review. IIUM Medical Journal Malaysia. 2021;20(4):85–94. https://doi.org/10.31436/imjm.v20i4.1654
8. Tama TD, Astutik E, Ulfah NH. The relationship between religiosity and smoking cessation: an analysis of indonesian family health survey 2014. In: Third International Scientific Meeting on Public Health and Sports [Internet]. Malang, Indonesia; 2022. https://doi.org/10.2991/ahsr.k.220108.025
9. Wang Z, Koenig HG, Al Shohaib S. Religious involvement and tobacco use in mainland China: a preliminary study. BMC Public Health. 2015;15(1):155. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1478-y
10. Zhao X, Davey G, Wan X. Synergistic relationships between tobacco smoking, tattooing, religiosity, and spirituality among Chinese Buddhist adolescents. Addiction Research & Theory. 2022;30(4):246–52. https://doi.org/10.1080/16066359.2021.2005031
11. Roman M, Zimmermann KF, Plopeanu AP. Religiosity, smoking and other risky behaviors. Journal of Economics, Management and Religion. 2022;3(1):2250001. https://doi.org/10.1142/S2737436X22500017
12. Bahamin G, Davari Fard F, Malekshahi M, Abi R, Dousti R. Enquiring the effect of metacognitive beliefs and religious attitude on the tendency to cigarette use in adolescents. Journal of Research on Religion & Health. 2016;2(3):35–45. [Persian]
13. Babaei Z, Mansoobifar M, Sabet M, Borjali M, Mashayekh M. Comparing the effects of cognitive-behavioral therapy and mindfulness treatment on depressive symptoms in students with suicidal ideation. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2021;11:100. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-2470-en.html
14. Aftab R, Bermas H, Abolmaali Alhoseini K. Structural prediction model of suicidal ideation based on the big five personality traits with the mediation of guilt. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2021;11:106. [Persian]http://jdisabilstud.org/article-1-1713-en.html
15. Sideridis G, Simos P, Papanicolaou A, Fletcher J. Using structural equation modeling to assess functional connectivity in the brain: power and sample size considerations. Educational and Psychological Measurement. 2014;74(5):733–58. http://dx.doi.org/10.1177/0013164414525397
16. Orbach I, Milstein I, Har-Even D, Apter A, Tiano S, Elizur A. A multi-attitude suicide tendency scale for adolescents. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1991;3(3):398–404. https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.3.398
17. Shiffman S, Waters A, Hickcox M. The Nicotine Dependence Syndrome Scale: a multidimensional measure of nicotine dependence. Nicotine & Tobacco Research. 2004;6(2):327–48. https://doi.org/10.1080/1462220042000202481
18. Khodayarifard M, Ghobari–Bonab B, Shokoohi–Yekta M, Faghihi AN, Beh-Pajooh A, Afrooz GA, et al. Developing a religiosity scale for Iranian college student. Procedia Soc Behav Sci. 2013;82:432–5. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.288
19. Alipour L, Ghaedi Bardeh F. A comparative study of jurisprudence and law, the relationship between social networks in girls' suicidal tendencies. Journal of Cultural Sociology. 2018;1(3):1–9. [Persian]
20. Kazemi Zahrani H, Kamali A, Ghorbani M. Predictive model of nicotine dependence based on mental health indicators and self-concept. J Kermanshah Univ Med Sci. 2014;18(9):e74022. https://dx.doi.org/10.22110/jkums.v18i9.1860
21. Akbari Zardkhaneh S, Shahabi R, Khodayarifard M. Religiosity, self-control and tendency to substance abuse among university students. Social Welfare. 2009;9(34):115–30. [Persian] http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-1840-en.html
22. Nosratabadi M, Halvaiepour Z. A structural equation modeling of the relationships between depression, drug abuse and social support with suicidal ideation among soldiers in Iran in 2015. J Res Health Sci. 2016:16(4):212–16.
23. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: Guilford Press; 2015.
24. Lee E, Kim KY. The association between secondhand smoke and stress, depression, and suicidal ideation in adolescents. Healthcare. 2021;9(1):39. https://doi.org/10.3390/healthcare9010039

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

25. Orri M, Russell AE, Mars B, Turecki G, Gunnell D, Heron J, et al. Perinatal adversity profiles and suicide attempt in adolescence and young adulthood: longitudinal analyses from two 20-year birth cohort studies. Psychol Med. 2022;52(7):1255–67. https://doi.org/10.1017/S0033291720002974
26. Orri M, Séguin JR, Castellanos-Ryan N, Tremblay RE, Côté SM, Turecki G, et al. A genetically informed study on the association of cannabis, alcohol, and tobacco smoking with suicide attempt. Mol Psychiatry. 2021;26(9):5061–70. https://doi.org/10.1038/s41380-020-0785-6
27. Padrón A, Galán I, Rodríguez-Artalejo F. Second-hand smoke exposure and psychological distress in adolescents. a population-based study. Tobacco Control. 2014;23(4):302–7. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2012-050548
28. Akbari B, Fadaei Shahkhali S, Ghasemi Jobaneh R. Canonical analysis of the relationships of religiosity, hope, and optimism with the meaning of life and quality of life in spinal cord injury patients. Journal of Religion & Health. 2019;7(1):11–19. [Persian] http://jrh.mazums.ac.ir/article-1-647-en.html

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]