

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 M¹, *Akbari B², Moghtader L³, Mehregan B⁴

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@iaurash.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.

مدل سازی معادلات ساختاری رابطه اعتیاد مادر به سیگار و گرایش به خودکشی در دختران نوجوان با نقش میانجیگری دین داری

مهین پُرمُرخنچه،* 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.

*رأبایانامه نویسنده مسئول: akbari44@yahoo.com; shakbari44@iaurashi.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۸ شهریور ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۱۷ بهمن ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: سلامت روانی نوجوانان تحت تأثیر بهداشت روانی خانواده است و مادر بیشترین تأثیر را بر شکل دهی شخصیت و رفتار آن ها دارد. هدف پژوهش حاضر، مدل سازی معادلات ساختاری رابطه اعتیاد به سیگار مادران و گرایش به خودکشی در دختران نوجوان با نقش میانجیگری دین داری بود.

روش بررسی: پژوهش از نوع همبستگی و در قالب مدل سازی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران و دختران مراجعه کننده به مراکز روان شناسی در شهرهای تهران و کرج و رشت تشکیل دادند. تعداد ۲۲۰ نفر مادر و ۲۲۰ نفر دختران نوجوانشان باتوجه به معیارهای ورود و به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزارهای استفاده شده در پژوهش، مقیاس نشانگان وابستگی به نیکوتین (شیفمن و همکاران، ۲۰۰۴) و مقیاس چندرویکردی گرایش به خودکشی (اورباخ و همکاران، ۱۹۹۱) و پرسش نامه دین داری (خدایاری فرد و همکاران، ۲۰۱۳) بود. به منظور تحلیل داده ها از ضریب همبستگی پیرسون و روش معادلات ساختاری در نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۴، در سطح معناداری ۰/۰۱ استفاده شد.

یافته ها: در مدل برازش شده، اثر برآورد مستقیم اعتیاد به سیگار بر گرایش به خودکشی مثبت و معنادار بود ($\beta=0/83, p<0/001$). اثر برآورد مستقیم اعتیاد به سیگار بر دین داری، منفی و معنادار ($\beta=-0/90, p<0/001$) و همچنین اثر برآورد مستقیم دین داری بر گرایش به خودکشی منفی و معنادار ($\beta=-0/67, p<0/001$) به دست آمد. اثر برآورد غیرمستقیم اعتیاد به سیگار بر گرایش به خودکشی با میانجیگری دین داری، منفی و معنادار بود ($\beta=-0/17, p<0/001$). شاخص نکویی برازش داده های گردآوری شده نشان داد، مدل از برازش مطلوبی برخوردار است ($CMIN/df=2/8$ ، $GFI=0/98$ ، $RMSEA=0/03$ ، $AGFI=0/94$ ، $CFI=0/98$ ، $TLI=0/98$ ، $PNFI=0/94$ ، $GFI=0/98$ ، $NFI=0/98$ ، $IFI=0/98$).

نتیجه گیری: براساس نتایج، بین اعتیاد به سیگار مادران و گرایش به خودکشی دختران با میانجیگری دین داری مادران رابطه غیرمستقیم وجود دارد. **کلیدواژه ها:** اعتیاد به سیگار، گرایش به خودکشی، دین داری.

خودکشی^۱، مسئله جدی بهداشت عمومی در سطح جهان است و مدیریت و پیشگیری از خودکشی در جوامع، به‌ویژه در مراحل اولیه آن، مداخله 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 برجسب‌گذاری فرهنگی، دسترسی به داده‌های معتبر و مطمئن در زمینه ثبت خودکشی را با محدودیت مواجه می‌سازد (۳). باوجود این محدودیت‌ها تحقیقات نشان داد، خودکشی دومین عامل مرگ‌ومیر در بین افراد ۱۵ تا ۲۹ ساله 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^۲ و طلاق^۳ 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^۴ مشخص کرد، چنین آسیب‌پذیری ممکن است در دوران بارداری و اوایل دوران کودکی ازطریق قرارگرفتن در معرض 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، ۸ درصد از مادران به‌تنهایی و ۹ درصد 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. مواجهه درون‌رحمی با سیگار اولین و پرستندترین رابطه‌ای بوده که تاکنون به‌دست آمده است. ازسوی دیگر ازآنجا که مغز در دوران کودکی و نوجوانی به رشد خود ادامه می‌دهد، قرارگرفتن در معرض سیگار پس از تولد (دود دست دوم) ممکن است اثرات منفی بر رشد عصبی داشته باشد (۵). علاوه‌براین، مشاهده والدین سیگاری ممکن است رفتارهای سیگارکشیدن را در فرزندان ازطریق اثرات مدل‌سازی رفتاری تقویت کند که به‌نوبه 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^۵ است (۷، ۸). دین‌داری شامل باور^۶ و مقابله دینی^۷ است؛ باور دینی یعنی باور به اینکه خداوند قدرت نامحدود برای کنترل یا تغییر قلوب و

احساسات و رفتار افراد دارد و مقابله 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 روزمره خود کنار بیایند (۷). همه 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 پیش‌بینی‌کننده 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). ازمنی و همکاران در مطالعه‌ای مروری به بررسی مقالات منتشرشده از سال ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰، درباره ارتباط مذهب و دین‌داری و مصرف سیگار پرداختند. نتایج مشخص کرد، دین‌داری عامل مهمی برای ترک سیگار است و نیاز آشکاری برای تمرکز بر مداخله مبتنی بر 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 به‌شمار می‌رود و کوشش‌های زیادی برای شناسایی عوامل خطری که منجر به 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 عمده مرگ‌ومیر در سراسر جهان بوده و میزان آن کاهش نیافته است (۱۴). مدیریت و پیشگیری از خودکشی در جوامع، به‌ویژه در مراحل اولیه آن، مداخله 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 در معرض سیگارکشیدن مادر و راه‌های مقابله با آن همچون افزایش دین‌داری در مادران برای پیشگیری افراد در معرض 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

5. Religiosity

6. Belief

7. Religious coping

1. Suicide

2. Substance abuse

3. Divorce

4. Model of suicide risk

نپرداخته است؛ زیرا مسئله 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 به وجود می‌آورد، در جامعه کنونی روزبه‌روز در حال رشد و گسترش است؛ بنابراین تدوین برنامه‌ای با جنبه‌های دینی تفصیلی مبتنی بر قرآن و سنت، احادیث و نیز نظرات صاحب‌نظران دینی که ممکن است مکمل دیگر تلاش‌های کنترل سیگار در مادران باشد، لازم به نظر می‌رسد (۷). باتوجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف مدل‌سازی معادلات ساختاری رابطه 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. جامعه 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 نوجوانان باتوجه به معیارها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. باتوجه به نوع مطالعه و تعداد متغیرهای پیش‌بین در تحلیل معادلات ساختاری، بنا به پیشنهاد سیدریس و همکاران، حجم نمونه باید حداقل ۱۵ تا ۱۵ برابر تعداد متغیرهای آشکار باشد (۱۵). در پژوهش حاضر در مجموع دوازده متغیر آشکار وجود داشت که حجم نمونه براساس گفته سیدریس و همکاران، برابر با ۱۸۰ نفر (۱۲×۱۵) برآورد شد؛ اما باتوجه به اینکه حجم نمونه نباید از دویست نفر کمتر باشد، تعداد آزمودنی‌ها به ۲۲۰ نفر افزایش یافت.

شیوه انجام کار بدین‌ترتیب بود که پس از اخذ کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1401.023 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، طی فراخوانی به همکاران روان‌شناس و روان‌پزشک برای دستیابی به نمونه پژوهش، از آن‌ها درخواست مساعدت شد. پس از تماس با افراد دارای شرایط اولیه (گرایش به خودکشی در دختران)، توضیحات لازم از سوی 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 پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و رضایت‌نامه شرکت در پژوهش و همچنین مقیاس چندرویکردی گرایش به خودکشی^۱ (۱۶) توسط دختران و مقیاس نشانگان وابستگی به نیکوتین^۲ (۱۷) توسط مادران تکمیل شد؛ سپس ۲۲۰ نفر دختر و ۲۲۰ نفر مادران نشان که به ترتیب نمرات بیشتری در پرسش‌نامه‌های مذکور به دست آوردند (باتوجه به نقطه برش پرسش‌نامه‌ها طبق معیارهای ورود)، به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. در ادامه مادران گروه نمونه پرسش‌نامه دین‌داری (۱۸) را تکمیل کردند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل رضایت آگاهانه، گرایش به خودکشی دختران نوجوان (نقطه برش ۶۰ در مقیاس چندرویکردی

گرایش به خودکشی)، اعتیاد به سیگار مادران (نقطه 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 از جمله نمونه‌گیری به شکل داوطلبانه، رضایت آگاهانه، حضور درمانگر بالینی حرفه‌ای، محرمانه ماندن اطلاعات، توضیح کامل اهداف و ارائه نتایج پژوهش به شرکت‌کنندگان و آزادی شرکت‌کنندگان برای خروج از پژوهش در این مطالعه رعایت شد. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و سه پرسش‌نامه استاندارد به شرح زیر استفاده شد.

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

– 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 به صورت طیف لیکرت پنج‌نقطه‌ای انجام می‌شود که برای گزینه‌های شدیداً مخالفم، موافق نیستم، گاهی اوقات موافقم گاهی اوقات مخالفم، موافقم و شدیداً موافقم به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. نمره کل از جمع سی عبارت با یکدیگر به دست می‌آید. حداقل امتیاز ممکن ۳۰ و حداکثر ۱۵۰ خواهد بود. نمره کمتر از ۳۰ نشان‌دهنده تمایل نداشتن به خودکشی، نمره بین ۳۰ تا ۵۹ تمایل به خودکشی کم، نمره بین ۶۰ تا ۹۰ تمایل به خودکشی متوسط و نمره بیشتر از ۹۰، تمایل به خودکشی زیاد در فرد است. برای به دست آوردن نمره کل، نمره کل خرده‌مقیاس‌های نفرت از مرگ و علاقه به زندگی به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود (۱۶). در مطالعه اورباخ و همکاران، روایی افتراقی از طریق مقایسه آزمودنی‌های بهنجار (از دبیرستان‌های حیفا) و گروه‌های خودکشی و روان‌پزشکی (از بیمارستان‌های روان‌پزشکی آبرنل و گها در منطقه تل‌آویو) به دست 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 به روش آزمون بازآزمون نمره کل مقیاس در فاصله 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، به دست آمد (۱۶). در پژوهش علی‌پور و قائدی بارده روی سیصد نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر تهران (منطقه 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 مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت به تأیید رسید.

– 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

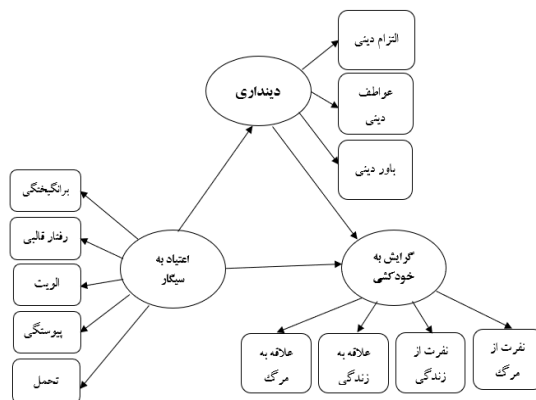
². The Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS)

¹. Multi-Attitude Suicide Tendency Scale (MAST)

همکاران در سال ۲۰۱۳ به منظور سنجش میزان دین‌داری فرد مسلمان و براساس هنجار جامعه 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 نمره سوالات، نمره هر خرده‌مقیاس و نیز نمره کل حاصل می‌شود؛ بنابراین کمترین نمره کل ۱۰۲ و بیشترین نمره کل ۶۱۲ است. نمره کل ۱۰۲ تا ۲۳۰ نشانه دین‌داری ضعیف، نمره کل ۲۳۱ تا ۳۵۷ نشانه دین‌داری متوسط و نمره کل ۳۵۸ تا ۶۱۲ به منزله 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 رده سنی ۱۹ تا ۶۰ سال زن و مرد در سی شهر مرکز استان‌های ایران به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای اجرا شد (۱۸). روایی مقیاس بر مبنای 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 دین‌داری سابقه انجام طرح پژوهشی در این زمینه، به تأیید رسید. برای اندازه‌گیری پایایی مقیاس از روش بازآزمایی (با فاصله شش هفته بین دو بار اجرا) استفاده شد که نمره ۰/۸۴ نشان داد، بین مؤلفه‌های دین‌داری و نیز نمره کل دین‌داری در اجرای اول با همه مؤلفه‌ها و نمره 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 نمونه پژوهش در شکل ۱ آمده است. مدل پیشنهادی پژوهش حاضر بر مبنای مدل نصرت‌آبادی و حلوانی‌پور بود که در زمینه سبب‌شناسی و عوامل خطر ساز گرایش به خودکشی ارائه شده است (۲۲). در این پژوهش، اعتیاد به سیگار مادران به مثابه متغیر برون‌زا و گرایش به خودکشی در دختران به عنوان متغیر درون‌زا و دین‌داری به منزله متغیر میانجی در نظر گرفته شد.

خرده‌مقیاس برانگیختگی یا سائق^۱ (برای مصرف سیگار)، اولویت^۲، تحمل^۳، تداوم^۴ و رفتار قالبی^۵ تشکیل شده است. نمره‌گذاری سوالات پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت پنج‌تایی شامل کاملاً نادرست (نمره ۱) تا کاملاً درست (نمره ۵) است. حد کمتر نمره این مقیاس ۱۹ و حد بیشتر آن ۹۵ است که از جمع سوالات کل مقیاس حاصل می‌شود. وابستگی به نیکوتین با دامنه نمرات ۱۹ تا ۳۸ وابستگی خفیف، ۳۹ تا ۵۷ وابستگی متوسط، ۵۸ تا ۷۶ وابستگی زیاد و ۷۷ تا ۹۵ وابستگی خیلی زیاد را نشان می‌دهد. نمره خرده‌مقیاس‌ها نیز به همین روش محاسبه می‌شود و نمره بیشتر نشان‌دهنده وابستگی بیشتر است (۱۷). شرکت‌کنندگان مطالعه شیفمن و همکاران، ۸۰۲ فرد سیگاری بودند که داوطلب شدند در این مطالعه شرکت کنند و برای واجد شرایط بودن، شرکت‌کنندگان باید ۱۱ تا ۴۰ نخ سیگار در روز می‌کشیدند. مقیاس نشانگان وابستگی به نیکوتین ویژگی‌های روان‌سنجی امیدوارکننده‌ای را نشان داد. روایی سازه مقیاس توسط سازندگان به روش تجزیه و تحلیل عاملی تجدیدنظر شده با استفاده از تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریمکس (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 (مرتب بودن میزان سیگار کشیدن) و رفتار قالبی (تغییر ندادن سیگار). شیفمن و همکاران ضریب آلفای کرونباخ را برای نمره کلی مقیاس ۰/۸۴ و برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب برانگیختگی ۰/۷۶، اولویت ۰/۷۰، تحمل ۰/۷۳، پیوستگی ۰/۶۹ و رفتار قالبی ۰/۷۹ ذکر کردند. همچنین پایایی مقیاس با روش آزمون بازآزمون 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 محاسبه ضریب توافق کندال برابر با ۰/۵۰ و براساس ضریب همبستگی پیرسون ۰/۶۱ به دست 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 به طور مطلوب گزارش شد (۲۰).

— پرسش‌نامه دین‌داری^۶: پرسش‌نامه دین‌داری توسط خدایاری فرد و



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

^۵. Stereotype

^۶. Religiosity Questionnaire

^۱. Drive

^۲. Priority

^۳. Tolerance

^۴. Continuity

۰/۰۱ به کار رفت. همچنین پیش فرض هم خطی بودن از طریق بررسی مقادیر تورم واریانس^۲ و ضریب تحمل^۳ 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.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها، روش‌های آماری مختلف شامل میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی به کار رفت. برای بررسی داده‌های پرت چندمتغیری از شاخص فاصله ماهالانوبیس^۱ در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. همچنین برای آزمون مدل مفهومی پژوهش و برازش آن با داده‌های گردآوری شده از روش برآورد و به منظور برآورد مربوط به پارامترهای اصلی مدل معادله ساختاری از روش بوت استرپ با خودگردان سازی استفاده شد. برای آزمون این مدل نرم افزار AMOS نسخه ۲۴ در سطح معناداری

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

متغیر	طبقه	فراوانی	درصد	مادران			دختران		
				فراوانی	درصد	طبقه	فراوانی	درصد	درصد
گروه سنی (برحسب سال)	۴۰ تا ۳۰	۱۱	۵/۰	۱۴ تا ۱۳	۱۰۸	۴۹/۰	۱۰۸	۴۹/۰	۴۹/۰
	۵۱ تا ۴۱	۱۶۳	۷۴/۰	۱۶ تا ۱۵	۸۸	۴۰/۰	۸۸	۴۰/۰	۴۰/۰
	۶۲ تا ۵۲	۳۹	۱۶/۳	۱۷ و بیشتر	۲۴	۱۰/۹	۲۴	۱۰/۹	۱۰/۹
	۷۳ تا ۶۳	۷	۴/۵						
سطح تحصیلات	کمتر از دیپلم	۲۴	۱۰/۹	کلاس هفتم	۲۴	۱۱/۰	۲۴	۱۱/۰	۱۱/۰
	دیپلم	۹۴	۴۲/۷	کلاس هشتم	۳۸	۱۷/۰	۳۸	۱۷/۰	۱۷/۰
	فوق دیپلم	۳۲	۱۴/۵	کلاس نهم	۳۲	۱۵/۰	۳۲	۱۵/۰	۱۵/۰
	کارشناسی	۴۵	۲۰/۴	کلاس دهم	۸۲	۳۷/۰	۸۲	۳۷/۰	۳۷/۰
	کارشناسی ارشد	۲۲	۱۰/۰	کلاس یازدهم	۴۱	۱۹/۰	۴۱	۱۹/۰	۱۹/۰
	دکتری	۳	۱/۳	کلاس دوازدهم	۳	۱/۰	۳	۱/۰	۱/۰
شغل	پزشک	۲	۰/۹۰	دانش آموز					
	معلم	۲۷	۱۲/۲۷						
	کارمند	۵۲	۲۳/۶۳						
	کارگر	۵۳	۲۴/۰۹						
	خانه دار	۶۳	۲۸/۶۳						
	آزاد	۲۳	۱۰/۴۵						

جدول ۲. توصیف متغیرهای اعتیاد به سیگار و گرایش به خودکشی و دین داری

متغیر	مؤلفه‌های هر متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	واریانس	کشیدگی	چولگی	حداقل	حداکثر
اعتیاد به سیگار	برانگیختگی	۲۲۰	۱۲/۴۵	۴/۷	۲۲/۰۹	-۰/۴۱۶	-۱/۱۰۹	۴	۲۰
	تحمل	۲۲۰	۱۰/۹۱	۳/۶	۱۲/۹۶	-۰/۱۲۹	-۱/۱۱۶	۳	۲۳
	پیوستگی	۲۲۰	۱۰/۸۸	۳/۵	۱۲/۲۵	-۰/۱۱۸	-۱/۱۲۸	۳	۱۹
	اولویت	۲۲۰	۱۰/۹۵	۳/۴	۱۱/۵۶	-۰/۸۱۸	-۱/۱۶۸	۳	۱۹
گرایش به خودکشی	رفتار قلبی	۲۲۰	۱۹/۶۱	۸/۰۵	۶۴/۸	-۰/۳۱۶	-۱/۱۱۹	۶	۳۵
	علاقه به زندگی	۲۲۰	۱۸/۴۸	۱۰/۳۸	۱۰۷/۷۴	-۰/۱۳۹	-۱/۱۰۶	۶	۳۰
	نفرت از زندگی	۲۲۰	۱۷/۷۳	۱۰/۵۳	۱۱۰/۸۸	-۰/۱۰۸	-۱/۱۱۸	۶	۳۰
	علاقه به مرگ	۲۲۰	۱۲/۶۱	۷/۵۲	۵۶/۵۵	-۰/۸۳۸	-۱/۱۴۸	۶	۳۵
دین داری	نفرت از مرگ	۲۲۰	۲۹/۰۹	۷/۶۸	۵۸/۹۸	-۰/۱۱۶	-۱/۲۱۹	۷	۳۵
	التزام دینی	۲۲۰	۱۰۰/۶۹	۶۳/۱۸	۳۹۹۱/۷۱	-۰/۱۲۶	-۱/۱۱۷	۳۵	۲۱۰
	باور دینی	۲۲۰	۸۴/۸۱	۵۲/۴۳	۲۷۴۸/۹	-۰/۱۰۴	-۱/۱۵۸	۳۵	۱۸۹
	عواطف دینی	۲۲۰	۸۳/۲۰	۴۴/۴۶	۱۹۷۶/۶۹	-۰/۸۲۸	-۱/۱۴۵	۳۶	۲۰۷

مطالعه شده به خود اختصاص داد و گروه سنی مادران ۷۳ تا ۶۳ ساله کمترین فراوانی را با ۴/۵ درصد از نمونه مطالعه شده داشت. همچنین

براساس نتایج حاصل از بررسی جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان، گروه سنی مادران ۵۱ تا ۴۱ ساله بیشترین فراوانی را با ۷۴ درصد از نمونه

^۳. Tolerance

^۱. Mahalanobis

^۲. Variance inflation factor (VIF)

۳- باشند، باید حذف شوند (۲۳). باتوجه به جدول ۲، مقادیر چولگی و کشیدگی بین ۳+ تا ۳-، مطلوب بودن وضعیت متغیرهای پژوهش را برای انجام تحلیل‌های پارامتری بیان کرد و نیازی به حذف آن‌ها نبود؛ بر این اساس پیش‌فرض نرمال بودن رعایت شد. همچنین بررسی داده‌های پرت چندمتغیری با استفاده از شاخص فاصله ماهالانویس صورت گرفت. در این پژوهش، داده‌ها سطح معناداری ۰/۰۱، معنادار بود. داده‌هایی که دارای فاصله زیاد بین (۱۰+ و ۱۰-) از شرکت‌کننده بعدی هستند، حاکی از دور بودن از توزیع نرمال است که می‌توان به عنوان داده‌های پرت چندمتغیره تلقی کرد و به احتمال زیاد باید از نمونه حذف شوند؛ بنابراین از آنجایی که در این پژوهش فاصله زیاد داده‌ها بین (۱۰+ و ۱۰-) از نمرات آزمودنی قبلی تا نمرات آزمودنی بعدی وجود نداشت، نیازی به حذف داده‌ها نبود. براین اساس، نرمال بودن چندمتغیره در بین داده‌های پژوهش برقرار بود. در مقادیر تورم واریانس و ضریب تحمل برای همه متغیرهای پژوهش به ترتیب کوچک‌تر از ۱۰ و بزرگ‌تر از ۰/۱ بود که هم‌خطی بودن چندمتغیره در بین داده‌ها را نشان داد؛ بنابراین می‌توان گفت، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌های تک‌متغیره، هم‌خطی بودن و نرمال بودن 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.

گروه سنی دختران ۱۳ تا ۱۴ ساله بیشترین فراوانی را با ۴۹ درصد و گروه سنی ۱۷ ساله و بیشتر کمترین فراوانی را با ۱۰/۹ درصد از نمونه مطالعه شده به خود اختصاص داد. از نظر شغلی نیز مادران خانه‌دار بیشترین فراوانی را با ۲۸/۶۳ درصد از نمونه مطالعه شده داشتند و کمترین فراوانی شغل پزشک با ۰/۹۰ درصد از نمونه مطالعه شده بود. باتوجه به جدول ۲، در متغیر اعتیاد به سیگار، در مؤلفه برانگیختگی، بیشترین نمره ۲۰ و کمترین نمره ۴ با میانگین ۱۲/۴۵، در مؤلفه اولویت، بیشترین نمره ۱۹ و کمترین نمره ۳ با میانگین ۱۰/۹۵، در مؤلفه تحمل، بیشترین نمره ۲۳ و کمترین نمره ۳ با میانگین ۱۰/۹۱، در مؤلفه پیوستگی، بیشترین نمره ۱۹ و کمترین نمره ۳ با میانگین ۱۰/۸۸ و در مؤلفه رفتار قالبی، بیشترین نمره ۳۵ و کمترین نمره ۶ با میانگین ۱۹/۶۱ بود. در متغیر گرایش به خودکشی، در مؤلفه نفرت از زندگی، بیشترین نمره ۳۰ و کمترین نمره ۶ با میانگین ۱۷/۷۳، در مؤلفه علاقه به مرگ، بیشترین نمره ۳۰ و کمترین نمره ۶ با میانگین ۱۲/۶۱ و در مؤلفه نفرت از مرگ، بیشترین نمره ۳۵ و کمترین نمره ۷ با میانگین ۲۹/۰۹ به دست آمد. در متغیر دین‌داری، در مؤلفه التزام دینی، بیشترین نمره ۲۱۰ و کمترین نمره ۳۵ با میانگین ۱۰۰/۶۹، در مؤلفه باور دینی، بیشترین نمره ۱۸۹ و کمترین نمره ۳۵ با میانگین ۸۴/۸۱ و در مؤلفه عواطف دینی، بیشترین نمره ۲۰۷ و کمترین نمره ۳۶ با میانگین ۸۳/۲۰ بود.

به نظر کلان، اگر داده‌های پرت تک‌متغیره اگر بیشتر از ۳ یا کمتر از

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	۰/۱۴	۰/۱۷	۰/۱۸	۰/۲۳	۱						
۷ علاقه به زندگی	۰/۰۵	۰/۱۷	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۱۵	۰/۱۴	۱					
۸ نفرت از زندگی	۰/۰۶	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۳۲	۰/۰۳	۰/۱۲	۰/۰۳	۱				
۹ نفرت از مرگ	۰/۱۹	۰/۱۵	۰/۰۳	۰/۱۸	۰/۲۳	۰/۰۳	۰/۱۳	۰/۲۳	۱			
۱۰ عواطف دینی	۰/۰۵	۰/۰۸	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۱۰	۰/۱۴	۰/۰۲	۰/۱۰	۰/۱۴	۱		
۱۱ التزام دینی	۰/۲۲	۰/۰۶	۰/۱۳	۰/۱۴	۰/۱۰	۰/۱۸	۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۷۳	۰/۷۲	۱	
۱۲ باور دینی	۰/۰۶	۰/۱۲	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۱۳	۰/۰۳	۰/۸۵	۰/۶۷	۰/۸۱	۱

$p < 0.01$

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 ($\beta = 0.83, p < 0.01$). اثر برآورد مستقیم اعتیاد به سیگار بر دین‌داری، منفی و معنادار ($\beta = -0.90, p < 0.01$) و همچنین اثر برآورد مستقیم دین‌داری بر گرایش به خودکشی منفی و معنادار ($\beta = -0.67, p < 0.01$) به دست آمد. برای اثرات برآورد غیرمستقیم مدل از روش بوت‌استرپ استفاده شد (جدول ۶).

باتوجه به جدول ۳، همبستگی متقابل بین متغیرهای آشکار پژوهش به روش همبستگی پیرسون محاسبه شد. روابط بین متغیرهای آشکار پژوهش به میزان زیادی بر مسیرهای انتظارداشته منطبق بود؛ یعنی همه 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 از طریق 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^۱ (LM) استفاده شد که

^۱ Maximum likelihood

جدول ۴. شاخص‌های نكویی برازش

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

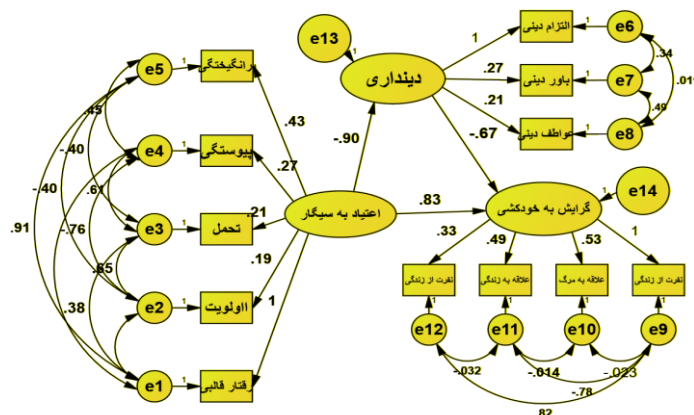
جدول ۵. اثرات برآورد مستقیم مدل از روش حداکثر درست‌نمایی

مسیرها	اثر مستقیم غیراستاندارد	خطای معیار برآورد (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 استاندارد شده (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 ($p < ۰/۰۰۱$)، (گرایش به خودکشی) بر عهده دارد؛ بنابراین مدل پیشنهادی پژوهش رد نشد. $(\beta = -۰/۱۷)$ بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت، متغیر دین‌داری نقش



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

سیگار مادر و گرایش به خودکشی نوجوانان رابطه معناداری مشاهده می‌شود.

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

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مدل‌سازی معادلات ساختاری رابطه 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

مصرف سیگار نوجوانان بررسی کردند. آن‌ها نشان دادند، افراد با گرایش مذهبی زیاد، تمایل کمتری به مصرف سیگار دارند (۱۲). نتایج آثار بررسی‌شده توسط از می 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 یافته‌ 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 به سمت اتخاذ رفتارهای بهتر از جمله ترک سیگار سوق دهد و در ترویج مضرات سیگار، راهکاری مؤثر است (۸). دین‌داری همچون سپری حفاظتی در برابر 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 در نتیجه 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 رابطه 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 پهنه‌ای برخوردار باشند (۵). اغلب مادرانی که اعتیاد به سیگار دارند، دیگر به فرزند خود توجه نمی‌کنند؛ بنابراین کودکان نگران ازدست‌دادن شیء یا ابژه^۱ 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 درباره مادرشان

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 در معرض سیگارکشیدن مادر اثرات منفی بر رشد دارد که می‌تواند ناشی از قرارگرفتن در معرض در طول رشد جنین باشد (۲۶)؛ دوم، مغز کودکان تا دوران نوجوانی در حال رشد است و قرارگرفتن در معرض سیگار می‌تواند با مشکلات سلامت روان در دوران کودکی و نوجوانی مرتبط باشد؛ به‌عبارتی آسیب‌پذیری در برابر اقدام به خودکشی ممکن است در مواقع مواجهه جمعی با سیگارکشیدن مادر از داخل رحم تا کل دوره کودکی و نوجوانی افزایش یابد (۲۷). در تبیین 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 روانی اجتماعی 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 اجتماعی اقتصادی، بی‌ثباتی هیجانی و نیز اعتقادات و نوع نگرش مادران به‌نوبه 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 رابطه 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 رابطه سرد و نامناسبی با دختران خود دارند و به‌دلیل عوارض این ماده، از فرزندان‌شان غفلت می‌کنند که منجر به 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 اعتیادداشتن به سیگار شود. رومن و همکاران در مطالعه‌ای بر ۱۳۰۲ زن و مرد رومانیایی ۱۵ تا ۲۹ ساله به این نتیجه رسیدند که نه‌تنها دین و دین‌داری تاحد درخورتوجهی مانع از غوطه‌ورشدن آن‌ها در رذایلی می‌شود که به‌شدت برای مردان و زنان در دسترس است، بلکه آن دسته از افرادی که به مذهب شک ندارند یا منعکس‌کننده دین هستند، رفتارهای مخاطره‌آمیز کمتری را نشان می‌دهند (۱۱). پژوهش تاما و همکاران در کشور اندونزی بر ۱۰۴۸۱ مرد ۱۵ تا ۶۴ ساله مشخص کرد، سطح دین‌داری با ترک سیگار دارای ارتباط معناداری است و افراد بسیار مذهبی اقبال بیشتری برای ترک دارند (۸). به‌همین و همکاران در پژوهشی تأثیر نگرش مذهبی را بر

^۱. Object

باشد، قابل ارجاع به محققان آینده است (۷).

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج تحقیق، اعتیاد به سیگار مادران با گرایش به خودکشی دختران رابطه مستقیم دارد؛ همچنین بین اعتیاد به سیگار مادران و گرایش به خودکشی دختران با میانجیگری دین‌داری مادران رابطه غیرمستقیم مشاهده می‌شود؛ از این رو، مداخلات مبتنی بر 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 حوصله فراوان ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان
این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی عمومی دارای کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1401.023، از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت است. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی از جمله کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و محرمانه نگاه داشتن اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها رعایت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پژوهش حاضر در اختیار تمامی نویسندگان قرار دارد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی 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 رساله دکتری نویسنده اول است. همه نویسندگان این پژوهش در انجام پژوهش دخیل بودند و نسخه نهایی را مطالعه و تأیید کردند. بدین ترتیب که دانشجو (نویسنده اول مقاله) ایده پژوهشی را مطرح کرد و اساتید راهنما و مشاور بعد از بحث و تفسیر آن را تأیید کردند. نویسنده اول جمع‌آوری داده‌ها را با مشورت اساتید انجام داد و اساتید راهنما و مشاور در فرایند تفسیر داده‌ها همکاری داشتند.

ملاکت می‌کند و دوست دارند این حملات را جبران کنند؛ بنابراین برای جبران به لحاظ آزادشدن و رهاشدن، به‌سوی گرایش به خودکشی سوق داده می‌شوند (۶). امروزه دین‌داری و معنوی بودن به‌عنوان ظرفیت‌های بالقوه انسان، در کنار ابعاد جسمانی و روان‌شناختی و اجتماعی قرار می‌گیرد و حتی از ابعادی نقشی مهم‌تر از آن‌ها ایفا می‌کند. دین از طریق 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 در نتیجه تلقی موقعیت‌های بحرانی به‌عنوان فرصتی برای پیشرفت) و ارتباطی (احساس همدلی و یکی‌بودن با دیگران و در نتیجه 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 خدایسندانه‌تری با فرزندان خود خواهند داشت؛ در نتیجه گرایش به خودکشی در دخترانشان کاهش پیدا می‌کند یا وجود نخواهد داشت؛ از این رو 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 از آنجاکه دین به تنظیم رفتار و عادات فرزندپروری مناسب کمک می‌کند، مداخلات مبتنی بر 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. از آنجاکه برای جمع‌آوری داده‌ها در مطالعه، فقط از پرسش‌نامه استفاده شد و نمونه بررسی شده محدود به مراکز مشاوره در شهرهای رشت و کرج و تهران بود، میزان تعمیم‌پذیری نتایج به‌دست‌آمده را می‌توان به‌عنوان محدودیت تحقیق قلمداد کرد. توانایی نداشتن در کنترل همه متغیرهای مخدوشگر شامل عوامل ژنتیکی و شرایط اجتماعی اقتصادی خانواده از دیگر محدودیت‌های تحقیق بود؛ بنابراین به پژوهشگران علاقه‌مند پیشنهاد می‌شود، تحقیقاتی با روش‌های مشاهده و مصاحبه بالینی و نیز باتوجه به عوامل ژنتیکی و شرایط اجتماعی اقتصادی خانواده اجرا کنند. با در نظر گرفتن یافته‌های پژوهش، تدوین و ارائه برنامه فرزندپروری با جنبه‌های دینی تفصیلی مبتنی بر قرآن و سنت، احادیث و نیز نظرات صاحب‌نظران دینی که ممکن است مکمل دیگر تلاش‌های کنترل سیگار

References

1. Sharif Nia H, Heidari M, Naghavi N, Lehto RH, Haghdoust 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

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, Haghdoust 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, Ploeanu 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, Halvaeipour 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>

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>