مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۳، آبان ۱۳۹۳، ۶۶۸-۶۶۵

مقایسه تاب‌آوری و عوامل خطر روانشناختی میان جوانان سیگاری و غیرسیگاری

اسحق رحیمیان‌بوگر[۱]، سیدموسی طباطبایی[۲]، نگین نیک‌آئین[۳]

دریافت مقاله: ۹۲/۱۰/۳۰ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۲/۱۱/۱۶ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۳/۴/۲۵ پذیرش مقاله: ۹۳/۵/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: سیگار از عوامل مهم بروز و تداوم اغلب بیماری‌های مزمن و پیامدهای نامطلوب این بیماری‌ها است. هدف از پژوهش حاضر مقایسه تاب‌آوری و عوامل خطر روانشناختی میان جوانان سیگاری و غیرسیگاری بود.

مواد و روش‌ها: در این طرح توصیفی مقطعی، از بین جوانان شهرستان سمنان ۳۰۰ نفر (۱۵۳ فرد سیگاری و ۱۴۷ فرد غیرسیگاری) به شیوه در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان مقیاس تاب‌آوری Connor-Davidson، مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)، مقیاس نشانگان وابستگی به نیکوتین و پرسش‌نامه جمعیت شناختی را تکمیل کردند. داده‌ها توسط تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین میانگین نمره تاب‌آوری (p=۰/۰۰۱)، افسردگی (p=۰/۰۰۱)، اضطراب (p=۰/۰۰۱) و استرس (p=۰/۰۰۵)، در حضور عوامل مخدوش کننده سن و جنس، در دو گروه جوانان سیگاری و غیر سیگاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد به طوری که میانگین نمره تاب‌آوری در افراد سیگاری به طور معنی‌داری کمتر از افراد غیر سیگاری و میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس به طور معنی‌داری بیشتر از افراد غیر سیگاری بود.

نتیجه‌گیری: جوانان سیگاری نسبت به جوانان غیرسیگاری از تاب‌آوری کمتر و از افسردگی، اضطراب و استرس بالاتری برخوردارند. لذا توجه به بهبود تاب‌آوری و کاهش این عوامل خطر روانشناختی در برنامه‌های پیش‌گیری و ترک سیگار ضروری است.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، تاب‌آوری، سیگار، جوانان، اضطراب، استرس

۱ - (نویسنده مسئول) استادیار گروه آموزشی روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
تلفن: ۰۲۳۲-۳۶۲۳۳۰۰، دورنگار: ۰۲۳۲-۳۶۲۶۸۸۸، پست الکترونیکی: i_rahimian@semnan.ac.ir
۲- استادیار گروه آموزشی روانشناسی، دانشگاه پیام نور سمنان، سمنان، ایران
۳-کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه آموزشی روانشناسی، دانشگاه علوم و تحقیقات، واحد سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

وابستگی به سیگار به عنوان یکی از مهمترین آسیب‌های روانی- اجتماعی توجه بسیاری از متخصصان و سیاست‌گزاران خدمات بهداشتی- درمانی و مسئولین فرهنگی و آموزشی بسیاری از کشورها را به خود معطوف ساخته است [۱]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند سیگار علاوه بر همراهی با آسیب‌های اجتماعی با پیامدهای جدی سلامتی و نیز با آسیب‌های روانی- اجتماعی بعدی همراه خواهد بود [۲-۱]. کاهش سن مصرف سیگار و شروع آن در دوره نوجوانی و جوانی یکی از دغدغه‌های سلامت همگانی در ایران و اغلب کشورهای دنیا است [۴-۳]. سیگار دارای اثرات مخرب، پیچیده و چندعاملی است [۴، ۲]. بنابراین، شناسایی خصوصیات روانی- اجتماعی همراه با مصرف سیگار و نیز تبیین درست علل آن برای یافتن راه‌حل‌های مناسب ضروری به نظر می‌رسد. از طرفی، جوانان نقش‌های متعدد و تعیین کننده‌ای در جامعه به عهده دارند و آسیب‌هایی نظیر مصرف سیگار توسط آنان با پیامدهای منفی در سطوح فردی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی همراه است [۶-۴].

بر اساس شواهد پژوهشی، افراد سیگاری از آشفتگی‌های روانشناختی بالاتری نسبت به افراد غیرسیگاری و نیز از خصوصیات روانشناختی مثبت کمتری نسبت به آنان برخوردارند [۹-۷]. عوامل محافظ از جمله تاب‌آوری، نه تنها میزان گرایش به مصرف سیگار را کاهش می‌دهد، بلکه از شیوع کلی آن می‌کاهد و فرآیند ترک سیگار را هموار می‌سازد [۱۰، ۷]. تاب‌آوری باعث کاهش مبادرت افراد به انواع رفتارهای پرخطر برای سلامتی می‌شود و گرایش به مصرف سیگار را کاهش می‌دهد [۱۱]. شواهد حاکی از آن هستند که افراد سیگاری نسبت به افراد غیرسیگاری از سطوح تاب‌آوری و عزت نفس پایین‌تری برخوردارند و در صورت وابستگی به نیکوتین احتمال دارد مدت‌های طولانی آن را ادامه دهند [۱۲-۱۱].

از طرفی، عوامل خطر روانشناختی نظیر افسردگی، اضطراب و استرس در اقدام به مصرف سیگار و نیز تداوم آن طی زمان مهم هستند [۱۰-۹]. از طرفی، عواطف منفی، استرس و آشفتگی‌های روانشناختی از پیامدهای مهم سیگار هستند که با پیچیده‌تر نمودن فرآیند ترک سیگار، عوارض بیشتری را به وجود می‌آورند [۱۳]. افسردگی و اضطراب دو عامل خطر روانشناختی مهم برای مبادرت به رفتارهای پرخطر برای سلامتی و وابستگی به سیگار هستند؛ در افراد سیگاری بالاترند و به عنوان عامل مهم در ترک ناموفق سیگار تلقی شده‌اند [۱۵-۱۴]. استرس نیز به عنوان یکی از عوامل خطر روانشناختی نقش مهمی در رها کردن برنامه درمانی در افراد سیگاری جویای درمان دارد [۱۶].

در کنار تاب‌آوری و عوامل خطر روانشناختی، عوامل جمعیت شناختی نظیر سن و جنسیت نقش تعیین‌کننده‌ای در اقدام به مصرف سیگار دارند [۱۷]. اغلب شواهد نشان داده‌اند که مصرف سیگار در جوانان و افراد کم سن و سال‌تر و نیز در مردان بالاتر است [۱۹-۱۸]. بنابراین، توجه به نقش اثرات متقابل عوامل جمعیت شناختی در کنار عوامل محافظ و عوامل خطر روانشناختی در رابطه با سیگار مهم است.

اگرچه این مطالعات همگی بر تفاوت مهم تاب‌آوری و عوامل خطر روانشناختی در دو گروه افراد سیگاری و غیرسیگاری تأکید داشته‌اند، ولی این مطالعات عمدتاً در کشورهای دیگر انجام گرفته است. به علاوه، با بررسی‌های

به عمل آمده در مورد پیشینه پژوهشی این موضوع در نمونه‌های ایرانی، شواهد مشابه اندکی یافت شد. البته، مطالعات انجام گرفته نیز اثر متقابل مصرف سیگار و عوامل جمعیت شناختی مهم نظیر سن و جنسیت را مورد توجه قرار نداده‌اند [۱۵-۱۳]. از جمله مهم‌ترین دلایل انجام این مطالعه، رفع این خلاءهای پژوهشی با دست‌یابی به درک بهتری از عوامل سهیم در مصرف سیگار در راستای طراحی برنامه‌های مناسب پیش‌گیری از سیگار است. با توجه به آنچه گفته شد، هدف از انجام این پژوهش بررسی تفاوت تاب‌آوری و عوامل خطر روانشناختی نظیر اضطراب، افسردگی و استرس در جوانان سیگاری و غیرسیگاری با توجه به عوامل سن و جنسیت می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی بود و جامعه آماری شامل کلیه جوانان شهرستان سمنان طی بهار و تابستان ۱۳۹۲ بودند. تعداد ۳۰۰ نفر (۱۵۳ نفر سیگاری و ۱۴۷ نفر غیرسیگاری) از جوانان این شهرستان به عنوان نمونه پژوهش به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این مطالعه بر اساس فرمول کوکران (Cochran) در مطالعات توصیفی و مقطعی، حداقل حجم نمونه لازم برای مقایسه در هر گروه برابر با ۱۴۵ نفر به دست آمد که به منظور افزایش دقت نمونه‌گیری و با در نظر گرفتن احتمال کاهش نمونه در گروه افراد سیگاری ۱۶۰ نفر و در گروه افراد غیر سیگاری ۱۵۵ نفر جمعاً برابر با ۳۱۵ نفر به عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند. در نمونه اولیه که ۳۱۵ نفر بود، ۱۵ نفر از آنان (۷ نفر در گروه سیگاری و ۸ نفر در گروه غیر سیگاری) به دلیل عدم احراز ملاک‌های ورود و نیز ناقص بودن ابزارهای جمع‌آوری شده از مطالعه و تحلیل داده‌ها خارج گردیدند. معیارهای ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از دامنه سنی ۱۵ تا ۲۵ سال، برخورداری از سواد کافی در پاسخ به ابزارهای خودگزارشی با داشتن حداقل مدرک پنجم ابتدایی و مشارکت فعال و همکاری در اجرای مطالعه. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از وجود بیماری‌های مزمن جسمانی یا روانشناختی عمده که بیان‌کننده حالات اضطرابی، افسردگی و استرس هستند و این بیماری‌ها به تأیید پزشک، روانپزشک و روانشناس بالینی رسیده باشد. دریافت انواع مداخلات روانی- اجتماعی به منظور کنترل یا بهبود حالات اضطرابی، افسردگی و استرس طی شش ماه گذشته از دیگر ملاک‌های خروج در این مطالعه بود. این مطالعه مبتنی بر رعایت اصول اخلاقی پژوهش نظیر اخذ رضایت آگاهانه، محافظت از اسرار شرکت‌کنندگان و حفاظت کلی از آزمودنی‌های انسانی بر مبنای بیانیه هلسینکی و گمنام ماندن آنها در مطالعه انجام گرفته است. در این پژوهش داده‌ها با استفاده از مقیاس تاب‌آوری، مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس، مقیاس نشانگان وابستگی به نیکوتین و پرسش‌نامه جمعیت شناختی جمع‌آوری شد.

مقیاس تاب‌آوری [Connor Davidson- Resilience Scale (CD-RIS)] از لحاظ کاربرد و ویژگی‌های روانسنجی در پنج گروه جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مناسب است [۲۰]. این پرسش‌نامه به‌خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به‌کار برده شود [۲۱]. مقیاس

تاب‌آوری Connor-Davidson، ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است. این مقیاس در ایران توسط Mohammadi هنجاریابی شده است [۲۱]. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جزء گویه ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. در مطالعه Mohammadi مقدار Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) برابر ۰/۸۷ و مقدار کای دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند [۲۱]. برای تعیین پایایی مقیاس خودتاب‌آوری Connor-Davidson از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به‌دست آمد [۲۱].

مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس [Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)] توسط Lovibond و همکارش ساخته شده است و توسط پژوهشگران دیگر نیز تحت ارزیابی‌های گسترده‌ای قرار گرفته است [۲۲]. این مقیاس شامل سه خرده مقیاس هفت گویه‌ای است که عواطف منفی افسردگی، اضطراب و استرس را می‌سنجد. گویه‌های افسردگی بر خلق پایین، عزت نفس پایین و دید منفی نسبت به آینده متمرکز است. مقیاس اضطراب بر پاسخ‌های ترس و برانگیختگی فیزیولوژیکی تمرکز دارد و خرده مقیاس استرس نیز بر تنش و برانگیختگی مداوم تمرکز دارد. از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود شدت/ فراوانی علامت مطرح شده در عبارت مذکور را طی یک هفته گذشته با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای (۰ "هرگز"، ۱ "تا اندازه کمی"، ۲ "اغلب اوقات" و ۳ "همیشه") درجه‌بندی کنند. جمع پاسخ‌های هر مقیاس نشان‌دهنده نمره کل آن مقیاس است. این مقیاس از اعتبار سازه، اعتبار ملاکی، اعتبار همزمان و پایایی مطلوب برخوردار است [۲۴-۲۳]. در مطالعه Asghari-Moghadam و همکارانش ضرایب همسانی درونی مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۹۲ و ضرایب بازآزمایی (با فاصله ۳ هفته) مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ بود [۲۴].

مقیاس نشانگان وابستگی به نیکوتین [Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS)] ابزاری چندعاملی در سنجش وابستگی به نیکوتین است که توسط Shiffman و Sayette با توجه به نشانگان وابستگی به نیکوتین مبتنی بر DSM-IV-TR ساخته شد [۲۵]. این مقیاس شامل ۱۹ گویه است و از ۵ عامل برانگیختگی برای تدخین سیگار، اولویت، تحمل، پیوستگی و رفتار قالبی تشکیل شده است [۲۶-۲۵]. تمام گویه‌های این مقیاس به صورت لیکرت پنج درجه‌ای از ۰ " هرگز در مورد من مصداق ندارد" تا ۵ "همیشه در مورد من مصداق دارد" نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات از ۰ تا ۹۵ قرار دارد که نمرات بالا نشان‌دهنده وابستگی بیشتر به نیکوتین است. اعتبار سازه وجود ۵ زیر مقیاس آن را تأیید کرده است [۲۶]، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد و ضریب بازآزمایی پس از دو هفته ۰/۸۱ گزارش شد که نشان از بالا بودن اعتبار و پایایی این مقیاس دارند [۲۵]. همچنین، همبستگی بین زیر مقیاس‌های NDSS و زیرمقیاس‌های شرایط مطلوب اجتماعی ۰/۶ به دست آمد [۲۵]. در این مطالعه، این مقیاس به منظور دقت بیشتر در گروه بندی افراد به دو گروه سیگاری و غیرسیگاری با توجه به میزان وابستگی به نیکوتین بکار رفت.

با استفاده از پرسش‌نامه جمعیت شناختی نیز که مخصوص این مطالعه است و توسط پژوهشگران تهیه شده است، اطلاعات جمعیت شناختی از جمله سن، جنسیت شرکت‌کنندگان، وضعیت اجتماعی- اقتصادی با توجه به سطح درآمد خانوادگی و نیز سطح تحصیلات جمع‌آوری شد. داده‌های لازم در پرسش نامه جمعیت شناختی با مصاحبه حضوری و پرسش از شرکت‌کنندگان تکمیل گردید.

از لحاظ روند اجرای مطالعه، روش دسترسی به نمونه پژوهش به این صورت بود که با مراجعه به مراکز علمی- آموزشی دوره‌های دبیرستانی و پیش دانشگاهی، دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی شهرستان، کتابخانه‌های عمومی شهرداری، مراکز تفریحی- رفاهی نظیر پارک‌ها و معابر عمومی سطح شهر، جوانان داوطلب به شیوه در دسترس انتخاب شدند و پس از توضیحات و توجیهات لازم در مورد پرسش‌نامه‌ها این سؤال از آنها پرسیده شد که آیا سیگار مصرف می‌کنند یا خیر؟ علاوه بر پاسخ خودگزارشی به این سؤال در کلیه مواردی که سیگار مصرف می‌کردند و به این سؤال پاسخ مثبتی می‌دادند، از مقیاس نشانگان وابستگی به نیکوتین برای تشخیص دقیق وابستگی به سیگار و قرار دادن شرکت‌کننده در گروه نمونه سیگاری استفاده گردید. به منظور افزایش اعتبار بیرونی و تقویت معرف بودن نمونه دبیرستان‌ها و مؤسسات آموزشی، معابر عمومی و مراکز تفریحی از تمام نقاط شهر انتخاب شدند و زمان مراجعه به دانشگاه از نظر روز و ساعت مراجعه متنوع بود. در پایان، داده‌های جمع‌آوری شده در پژوهش به کمک آماره‌های توصیفی (تعداد و درصد، میانگین و انحراف معیار)، و تحلیل کواریانس چند متغیره [Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)] با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شد. تحلیل کواریانس روش مناسبی برای کنترل آماری در مطالعاتی نظیر این مطالعه است که فاقد استفاده همزمان از گروه‌های شاهد به منظور کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده پژوهش هستند [۲۷]. در این مطالعه، سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

سن شرکت‌کنندگان در دامنه ۱۵ تا ۲۵ سال با میانگین و انحراف معیار سنی ۴/۶۷±۲۱/۰۲ سال بود. از میان کل شرکت‌کنندگان، تعداد ۱۶۷ نفر (۵۵/۷٪) مرد و تعداد ۱۳۳ نفر (۴۴/۳٪) زن بودند. تعداد ۱۵۳ نفر (۵۱٪) سیگاری و ۱۴۷ نفر (۴۹٪) غیرسیگاری بودند. در گروه افراد سیگاری، تعداد ۸۳ نفر (۵۴/۲٪) مرد و تعداد ۷۰ نفر (۴۵/۸٪) زن وجود داشت. در گروه افراد غیر سیگاری، تعداد ۸۴ نفر (۵۷/۱٪) مرد و تعداد ۶۳ نفر (۴۲/۹٪) زن وجود داشت. از لحاظ وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی با سنجش سطح درآمد خانوادگی، ۳۶ نفر (۱۲٪) فاقد هر گونه درآمد مشخص و یا دارای درآمد پایین‌تر از ۵۰۰ هزار تومان، ۱۶۴ نفر (۵۴/۷٪) درآمد بین ۵۰۰ هزار تومان تا یک میلیون و پانصد هزار تومان، ۷۳ نفر (۲۴/۳٪) دارای درآمد بین یک میلیون و پانصد هزار تومان تا دو میلیون تومان و ۲۷ نفر (۹٪) دارای درآمد بالاتر از دو میلیون تومان بودند. از تعداد کل شرکت‌کنندگان، ۲۶ نفر (۸/۶٪) دارای تحصیلات بین پنجم ابتدایی تا سوم راهنمایی، ۶۲ نفر (۲۰/۷٪) دارای تحصیلات در سطح دیپلم متوسطه، ۶۴ نفر (۲۱/۳٪) دانشجو، ۳۵ نفر (۱۱/۷٪) دارای تحصیلات در سطح فوق دیپلم، ۹۵ نفر (۳۱/۷٪) دارای تحصیلات در سطح کارشناسی و ۱۸ نفر (۶٪) دارای

تحصیلات در سطح کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. در توزیع متغیرهای دموگرافیک وضعیت اجتماعی- اقتصادی و تحصیلات بین جوانان سیگاری و غیرسیگاری تفاوت آماری معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۵) و دو گروه از این لحاظ مشابه بودند. در ابتدا، میانگین و انحراف معیار سن، تاب‌آوری و عوامل خطر روانشناختی به تفکیک دو گروه مورد بررسی در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار سن، تاب آوری و عوامل خطر روانشناختی در دو گروه مورد بررسی

گروه	افراد سیگاری (n=۱۵۳)		افراد غیرسیگاری (n=۱۴۷)		کل (n=۳۰۰)	
متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن(سال)	۲۵/۴۰	۵/۶۹	۲۳/۰۶	۶/۱۴	۲۴/۲۵	۶/۵۴
تاب آوری	۸۸/۲۰	۱۷/۱۰	۹۳/۵۱	۱۲/۷۱	۹۰/۸۰	۱۵/۳۲
افسردگی	۱۴/۲۸	۷/۴۷	۱۰/۳۸	۷/۱۳	۱۲/۳۷	۷/۵۵
اضطراب	۱۱/۸۳	۷/۲۱	۹/۲۲	۶/۴۸	۱۰/۵۵	۶/۹۷
استرس	۱۷/۱۳	۷/۷۲	۱۵/۰۵	۸/۱۲	۱۶/۱۱	۷/۹۷

در ابتدا، قبل از تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیره [Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)]، آزمون‌های مربوط به رعایت پیش فرض‌های این تحلیل آماری بررسی شدند. نتایج آزمون Levene جهت بررسی فرض‌های همگنی واریانس برای متغیرهای تاب‌آوری (F=۱/۲۳)، افسردگی (F=۱/۱۹)، اضطراب (F=۱/۰۷)، و استرس (F=۰/۹۳) نشان داد در این متغیرها تفاوت واریانس در دو گروه غیرمعنادار است (p>۰/۰۵) و بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها برای این متغیرها برقرار است. همچنین، نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه جهت بررسی فرض همگنی شیب‌های رگرسیون (همگنی شیب) برای متغیرهای تاب‌آوری، افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب با مقادیر F=۲/۴۰، F=۲/۸۴، F=۲/۲۴ و F=۲/۱۱ روابط معناداری را نشان نمی‌دهد (p>۰/۰۵). بنابراین، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برای این متغیرها وجود دارد. همچنین، مقدار آزمون Box's M، فرضیه همگنی و نرمال بودن باقی مانده‌ها را تأیید کرد. نتایج نشان داد آماره Box's M برابر ۲۹/۱۰ با مقدار F=۱/۶۸ (p=۰/۲۸۱) معنادار نیست که به معنای همگنی واریانس‌ها در دو گروه است. با توجه به یافته‌های فوق به منظور بررسی تفاوت تاب‌آوری و عوامل خطر روانشناختی در میان دو گروه جوانان سیگاری و غیرسیگاری از آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. در جدول ۲ نتایج آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیره در مورد تفاوت تاب‌آوری و عوامل خطر روانشناختی در دو گروه با توجه به اثرات مخدوش کنندگی سن، جنسیت و اثر متقابل جنسیت و گروه ارایه شده است.

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس در مورد تفاوت تاب‌آوری و عوامل خطر روانشناختی در دو گروه مورد بررسی

منبع اثر	لامبدای ویلکز	F	مفروض df	خطا df	مقدار p	توان آزمون
سن	۰/۹۶۷	۲/۴۷۴	۴	۲۹۲	۰/۰۴۵	۰/۷۰۳
گروه	۰/۸۹۶	۸/۴۶۸	۴	۲۹۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹
جنسیت	۰/۹۵۱	۳/۷۴۰	۴	۲۹۲	۰/۰۰۶	۰/۸۸۵
گروه * جنسیت	۰/۹۹۹	۰/۱۰۰	۴	۲۹۲	۰/۹۸۲	۰/۰۷۰

در ابتدا نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره با ارزش لامبدای ویلکز (۰/۸۹۶) نشان داد که بین تاب‌آوری، افسردگی، اضطراب و استرس در حضور عامل مخدوش کنندگی سن و جنس در بین جوانان سیگاری و جوانان غیرسیگاری تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۱، F=۸/۴۶۸). بنابراین، با توجه به میزان F به دست آمده، بین میانگین نمرات تاب‌آوری، افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود دارد. جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره اثرات آزمودنی‌ها در تاب‌آوری، افسردگی، اضطراب و استرس بین جوانان سیگاری و جوانان غیرسیگاری را با توجه به عوامل سن و جنسیت نشان می‌دهد.

جدول ۳- اثرات آزمودنی‌ها در مقایسه تاب‌آوری و عوامل خطر روانشناختی در دو گروه سیگاری و غیرسیگاری با توجه به عامل سن و جنسیت

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	مقدار p	اندازه اثر
سن	تاب‌آوری	۷۷۲/۶۶	۱	۷۷۲/۶۶	۳/۵۵	۰/۰۶۰	۰/۴۶۸
	افسردگی	۳۲۷/۱۷	۱	۳۲۷/۱۷	۶/۲۷	۰/۰۱۳	۰/۷۰۵
	اضطراب	۷/۴۲	۱	۷/۴۲	۱/۶۰	۰/۶۸۹	۰/۰۶۸
	استرس	۲۷۲/۹۹	۱	۲۷۲/۹۹	۴/۴۱	۰/۰۳۶	۰/۵۵۴
گروه	تاب‌آوری	۴۲۶۲/۹۵	۱	۴۲۶۲/۹۵	۱۹/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۹۹۳
	افسردگی	۱۴۵۹/۵۲	۱	۱۴۵۹/۵۲	۲۸/۰۰	۰/۰۰۱	۱
	اضطراب	۷۶۱/۸۷	۱	۷۶۱/۸۷	۱۶/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۸۱
	استرس	۵۰۵/۷۷	۱	۵۰۵/۷۷	۸/۱۸	۰/۰۰۵	۰/۸۱۴
جنسیت	تاب‌آوری	۲۳۸۶/۰۷	۱	۲۳۸۶/۰۷	۱۰/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۹۱۰
	افسردگی	۳۱۵/۸۹	۱	۳۱۵/۸۹	۶/۸۱	۰/۰۰۹	۰/۷۴۰
	اضطراب	۱۱۶/۸۴	۱	۱۱۶/۸۴	۲/۲۴	۰/۱۳۵	۰/۳۲۰
	استرس	۸۳/۳۳	۱	۸۳/۳۳	۱/۳۴	۰/۲۴۷	۰/۲۱۲
اثر متقابل گروه و جنسیت	تاب‌آوری	۱/۳۵۳	۱	۱/۳۵۳	۱/۰۳۴	۰/۹۳۷	۰/۰۵۱
	افسردگی	۳/۱۳۴	۱	۳/۱۳۴	۱/۸۱	۰/۸۰۶	۰/۰۵۷
	اضطراب	۳/۶۶۷	۱	۳/۶۶۷	۱/۰۷	۰/۷۷۹	۰/۰۵۹
	استرس	۵/۷۱۳	۱	۵/۷۱۳	۱/۰۵	۰/۷۶۱	۰/۰۶۱

از داده‌های جدول ۳ نتیجه گرفته می‌شود بین میانگین نمره تاب‌آوری، افسردگی، اضطراب (p=۰/۰۰۱) و نیز استرس (p=۰/۰۰۵)، در حضور عامل مخدوش کنندگی سن و جنس، در دو گروه جوانان سیگاری و غیرسیگاری تفاوت معناداری وجود دارد. اثر عامل مخدوش‌کننده سن بر افسردگی معنادار بود (p=۰/۰۱۳). همچنین، بر استرس، اثر عامل مخدوش کننده سن معنادار بود (p=۰/۰۳۶). اما، بر تاب‌آوری (p=۰/۰۶۰) و اضطراب (p=۰/۶۸۹) اثر عامل مخدوش‌کننده سن معناداری نبود همچنین، اثر عامل مخدوش‌کننده جنسیت بر تاب‌آوری (p=۰/۰۰۱) و افسردگی (p=۰/۰۰۹) معنادار بود، اما اثر عامل مخدوش‌کننده جنسیت بر اضطراب (p=۰/۱۳۵) و استرس (p=۰/۲۴۷) معنادار نبود. همچنین، اثر متقابل گروه و جنسیت بر روی تاب آوری و عوامل خطر روانشناختی معنی دار نبود (p>۰/۰۵)، بدین معنی که تفاوت تاب‌آوری و عوامل خطر روانشناختی در جوانان سیگاری و غیر سیگاری در زیر گروه مردان و زنان از الگوی مشابهی برخوردار است.

بحث

بر اساس نتایج مطالعه، بین تاب‌آوری، افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه جوانان سیگاری و غیرسیگاری تفاوت معناداری وجود داشت، به گونه‌ای که میزان تاب‌آوری افراد سیگاری پایین‌تر از تاب‌آوری افراد غیرسیگاری بود در حالی که میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در افراد سیگاری بالاتر از افراد غیرسیگاری بود. این نتیجه همسو با نتایج مطالعات قبلی [۲۸، ۱۶، ۱۰] است. در مطالعه‌ای Gramkowski و همکاران نشان دادند که تاب‌آوری ضعیف و سطوح بالای آشفتگی‌های روانشناختی عاملی مهم در اقدام به رفتارهای مضر سلامتی از جمله مصرف سیگار است [۲۸].

در راستای نتایج این پژوهش، مطالعه Farinha و همکاران نیز نشان داد علایم اضطراب و افسردگی از شاخص‌های مهم خطرساز در جوانان سیگاری بوده است [۱۰]. در مطالعه Minichino و همکاران مشاهده شد استرس و آشفتگی‌های روانشناختی از خصوصیات نسبتاً پایدار افراد سیگاری هستند و این خصوصیات برنامه‌های ترک سیگار را با مشکل مواجه می‌سازد [۲۹]. با توجه به نتایج این مطالعه و همسویی آن با نتایج مطالعات قبلی می‌توان استدلال نمود که عوامل روانشناختی با مصرف سیگار رابطه دارند به گونه‌ای که برخی از این عوامل نظیر تاب‌آوری از دسته عوامل محافظ هستند که با کاهش مصرف سیگار همراه هستند و برخی دیگر نظیر افسردگی، اضطراب و استرس به عنوان عوامل خطری هستند که با افزایش مصرف سیگار همراه هستند. در استدلالی دیگر، Colgan و همکاران معتقدند که سطوح پایین تاب‌آوری در جوانان مشخصه از دست دادن عوامل محافظ در برابر آسیب‌ها است و لذا تاب‌آوری پایین عامل خطر روانشناختی جدی در مصرف سیگار است [۷]. آنچه که از نتیجه این مطالعه با توجه به یافته‌های مطالعات قبلی می‌توان استنباط نمود این است که آشفتگی‌های روانشناختی و عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) از عوامل خطر روانشناختی مهم و تاب‌آوری نیز از عوامل مهم محافظ در برابر مصرف سیگار هستند. این یافته‌ها بر ضرورت توجه به این متغیرهای روانشناختی در

برنامه‌های مداخلاتی پیش‌گیرانه از مصرف سیگار و دخانیات در جوانان تأکید دارد.

توجه به یافته‌های مربوط به تفاوت دو گروه با لحاظ عوامل مخدوش‌کننده سن و جنسیت نیز در این مطالعه مهم است. نتایج این مطالعه همسو با مطالعات قبلی [۱۹، ۱۳] نشان داد که اثر عامل مخدوش‌کننده سن بر افسردگی و استرس معنادار است. در مطالعه‌ای، Green و همکاران نتیجه گرفتند سن به عنوان یک عامل همپراش یا عامل کمکی اثر افسردگی و استرس را در گرایش به مصرف سیگار تشدید می‌کند و وجود افسردگی یا استرس در سنین بالاتر عاملی مهم در مصرف سیگار است [۱۳]. می‌توان استنباط نمود که در مقایسه با نقش جداگانه این متغیرها، سن پایین‌تر در کنار افسردگی و استرس بالاتر عوامل خطر مهم‌تری برای مصرف سیگار هستند. به علاوه، حالات افسردگی وابسته به سن هستند و نیز در سنین مختلفی استرس‌های خاصی وجود دارد که در تعامل پیچیده با هم در رفتار سیگار کشیدن ایفای نقش دارند.

همچنین، طبق نتایج این مطالعه همسو با مطالعات قبلی [۱۹، ۱۷] اثر عامل مخدوش‌کننده جنسیت بر تاب‌آوری و افسردگی نیز معنادار بود. در این زمینه، Tsai و همکاران معتقدند جنسیت به عنوان عامل خصیصه‌ای با تأثیر بر میزان تاب‌آوری و سایر حالات روانشناختی از جمله افسردگی عامل تعیین‌کننده‌ای در مصرف سیگار است، به گونه‌ای که مصرف سیگار در مردان افسرده و فاقد خصوصیات سازنده روانشناختی بالاتر است [۱۸]. در تبیین این یافته استدلال می‌شود که زنان در مقایسه با مردان کمتر به رفتارهای پرخطر اقدام می‌کنند و نسبت به رفتارهای مضر برای سلامتی مقاوم‌تر هستند و از طرفی تجارب افسردگی و تاب‌آوری ضعیف در مردان زمینه‌ساز مصرف سیگار است، اگرچه در مصرف‌های بعدی نیز وابستگی به سیگار تجارب افسردگی و ضعف در تاب‌آوری را تشدید می‌نماید. در استنباط و نتیجه‌گیری از این یافته‌ها، به موضوع مهم‌تر دیگری نیز باید توجه نمود. در واقع سن و جنسیت به عنوان عوامل خصیصه‌ای با بروز علایم روانشناختی نظیر افسردگی، اضطراب و استرس همراهی دارند و از طرفی جنسیت نیز با تاب‌آوری ارتباط دارد [۱۵، ۱۱]. با توجه به آنکه در این مطالعه نقش سن و جنسیت در رابطه با این متغیرها به عنوان متغیرهای مخدوش‌کننده در تحلیل کواریانس بررسی شده است، پیامد مطالعه در مورد تفاوت‌های دو گروه سیگاری و غیر سیگاری در تاب‌آوری و حالات روانشناختی مورد مطالعه بر اهمیت این عوامل روانشناختی در کنار عوامل سن و جنس تأکید دارد.

طبق نتایج مطالعه حاضر، اثر عامل مخدوش‌کننده سن بر تاب‌آوری و اضطراب و اثر عامل مخدوش‌کننده جنسیت نیز بر اضطراب و استرس معناداری نبود. این یافته با اغلب مطالعات قبلی ناهمخوان [۳۰، ۱۹، ۱۴] و با برخی دیگر همخوان [۳۱] است. در پژوهش Mojtabai و Crum نتیجه گرفته شد که سن و جنسیت در تعامل پیچیده‌ای با عوامل روانشناختی با مصرف سیگار همراه می‌شوند و مصرف سیگار نیز به نوبه خود با شدیدتر شدن علایم اختلالات خلقی و اضطراب همراه بود [۳۰]. بر عکس، در مطالعه Kałucka اثر متقابل معناداری بین عوامل اجتماعی، خصوصیات جمعیت شناختی و ابعاد روانی-

اجتماعی کیفیت زندگی در مصرف سیگار به دست نیامد [۳۱]. می‌توان تا اندازه زیادی این یافته‌های متناقض را به روش‌های متفاوت بررسی، ابزارهای متفاوت سنجش، تفاوت‌های فرهنگی و اهداف متفاوت در مطالعات گوناگون نسبت داد. از طرفی، می‌توان استدلال نمود عدم معناداری اثر متقابل گروه و جنسیت نشان‌دهنده آن است که تفاوت تاب‌آوری، افسردگی، اضطراب و استرس بین افراد سیگاری و غیر سیگاری در زنان و مردان از الگوی مشابهی برخوردار است.

استفاده از ابزارهای خودگزارشی و خصوصیات خاص مطالعه از جمله شیوه نمونه‌گیری می‌تواند از عوامل محدودکننده در تعمیم نتایج مطالعه باشد. این پژوهش در محدوده سنی بین ۱۵ تا ۲۵ سال صورت گرفته است و تعمیم نتایج پژوهش به جمعیت خارج از این محدوده سنی محدودیت دارد. با توجه به این که در پژوهش حاظر به مقایسه عوامل روانشناختی در جوانان سیگاری و غیرسیگاری پرداخته شده است، لذا این مطالعه محدود به این عوامل بوده است و عوامل مهم اجتماعی نظیر حمایت اجتماعی و وضعیت تأهل، عوامل طبی و نیز خصوصیات فردی در این مطالعه بررسی نشده‌اند.

پیشنهاد می‌شود این متغیرها در مطالعات آتی بررسی شوند. در راستای رفع این محدودیت‌ها در مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در مقیاس وسیع‌تر با طرح پژوهشی جامع‌تری نظیر طرح آمیخته، طرح طولی و مورد کاوی همراه با استفاده از روش‌های سنجش چندبعدی تکرار گردد تا بتوان به پایه مستحکمی از دانش تخصصی در این زمینه دست یافت.

نتیجه‌گیری

نتایج این بررسی نشان داد بین دو گروه جوانان سیگاری و غیرسیگاری از لحاظ تاب‌آوری، افسردگی، اضطراب و استرس تفاوت معناداری وجود دارد، به گونه‌ای که تاب‌آوری افراد سیگاری پایین‌تر از تاب‌آوری افراد غیرسیگاری بود، در حالی که افسردگی، اضطراب و استرس افراد سیگاری بالاتر از افراد غیرسیگاری بود. بنابراین، تاب‌آوری پایین و افسردگی، اضطراب و استرس بالا با افزایش مصرف سیگار همراه است. بر اساس این یافته‌ها، به نظر می‌رسد انجام کارآزمایی‌های بالینی مناسب جهت بهبود تاب‌آوری و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در نوجوانان و جوانان سیگاری برای دستیابی به مداخله‌ای کارآمد در پیش گیری و ترک سیگار بتواند مهم باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی عمومی در دانشگاه علوم و تحقیقات واحد سمنان است که توسط شورای تحصیلات تکمیلی آن دانشگاه تصویب و به ثبت رسیده است. نویسندگان مقاله از معاونت محترم آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم و تحقیقات سمنان و نیز از کلیه شرکت‌کنندگان محترم در زمینه همکاری در اجرای این مطالعه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

[1] Peters EN, Schwartz RP, Wang S, O'Grady KE, Blanco C. Psychiatric, psychosocial, and physical health correlates of co-occurring cannabis use disorders and nicotine dependence. *Drug Alcohol Depend* 2014; 134: 228-34.

[2] Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. *JAMA* 2014; 311(2): 183-92.

[3] Haghdoost AA, Moosazadeh M. The prevalence of cigarette smoking among students of Iran's universities: A systematic review and meta-analysis. *J Res Med Sci* 2013; 18(8): 717-25. [Farsi]

[4] King BA, Tynan MA, Dube SR, Arrazola R. Flavored-little-cigar and flavored-cigarette use among U.S. middle and high school students. *J Adolesc Health* 2014; 54(1): 40-6.

[5] Berg CJ, Schauer GL, Rodgers K, Narula SK. College student smokers: former versus current and nonsmokers. *Am J Prev Med* 2012; 43(5): 229-36.

[6] Guignard R, Wilquin JL, Richard JB, Beck F. Tobacco smoking surveillance: is quota sampling an efficient tool for monitoring national trends? A comparison with a random cross-sectional survey. *PLoS One* 2013; 8(10): e78372.

[7] Colgan Y, Turnbull DA, Mikocka-Walus AA, Delfabbro P. Determinants of resilience to cigarette smoking among young Australians at risk: an exploratory study. *Tob Induc Dis* 2010; 8: 7.

[8] Michal M, Wiltink J, Reiner I, Kirschner Y, Wild PS, Schulz A, et al. Association of mental distress with smoking status in the community: Results from the Gutenberg Health Study. *J Affect Disord* 2013; 146(3): 355-60.

[9] Kiviniemi MT, Orom H, Giovino GA. Psychological distress and smoking behavior: the nature of the relation differs by race/ethnicity. *Nicotine Tob Res* 2011; 13(2): 113-9.

[10] Farinha H, Raposo de Almeida J, Aleixo AR, Oliveira H, Xavier F, Santos AI. Relationship between smoking and anxiety and depression in primary care. *Acta Med Port* 2013; 26(5): 523-30.

[11] Mistry R, McCarthy WJ, Yancey AK, Lu Y, Patel M. Resilience and patterns of health risk behaviors in California adolescents. *Prev Med* 2009; 48(3): 291-7.

[12] Veselska Z, Geckova AM, Orosova O, Gajdosova B, van Dijk JP, Reijneveld SA. Self-esteem and resilience: the connection with risky behavior among adolescents. *Addict Behav* 2009; 34(3): 287-91.

[13] Green MJ, Leyland AH, Sweeting H, Benzeval M. Socioeconomic position and adolescent trajectories in smoking, drinking, and psychiatric distress. *J Adolesc Health* 2013; 53(2): 202-8.

[14] Bot M, Vink JM, Willemsen G, Smit JH, Neuteboom J, Kluft C, et al. Exposure to secondhand

smoke and depression and anxiety: a report from two studies in the Netherlands. *J Psychosom Res* 2013; 75(5): 431-6.

[15] Leventhal AM, Ameringer KJ, Osborn E, Zvolensky MJ, Langdon KJ. Anxiety and depressive symptoms and affective patterns of tobacco withdrawal. *Drug Alcohol Depend* 2013; 133(2): 324-9.

[16] Dupont P, Reynaud M, Aubin HJ. Stress and smoking in treatment-seeking smokers. *Rev Med Liege* 2012; 67(4): 195-201.

[17] Bonevski B, Paul C, Jones A, Bisquera A, Regan T. Smoky homes: Gender, socioeconomic and housing disparities in second hand tobacco smoke (SHS) exposure in a large population-based Australian cohort. *Prev Med* 2014; 60: 95-101.

[18] Tsai YW, Tsai TI, Yang CL, Kuo KN. Gender differences in smoking behaviors in an Asian population. *J Womens Health (Larchmt)* 2008; 17(6): 971-8.

[19] Durkin S, Bayly M, Cotter T, Mullin S, Wakefield M. Potential effectiveness of anti-smoking advertisement types in ten low and middle income countries: Do demographics, smoking characteristics and cultural differences matter? *Soc Sci Med* 2013; 98: 204-13.

[20] Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003; 18(2): 76-82.

[21] Mohammadi M. Factors influencing resiliency in at risk substance abusers. Dissertation for the degree of Doctorate of Philosophy in Clinical Psychology. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation. 2005; 44-84. [Farsi]

[22] Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd ed). Sydney: Psychology Foundation of Australia. 1995; 35-56.

[23] Wood BM, Nicholas MK, Blyth F, Asghari A, Gibson S. The utility of the short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) in elderly patients with persistent pain: does age make a difference? *Pain Med* 2010; 11(12): 1780-90.

[24] Asghari-Moghadam M, Mehrabian N, Pak Nejad M, Saed F. psychometric characteristics of the depression anxiety stress scales (DASS) in patients with chronic pain. *J Psychol Educ* 2010; 40(1): 13-42. [Farsi]

[25] Shiffman S, Sayette MA. Validation of the nicotine dependence syndrome scale (NDSS): a criterion-group design contrasting chippers and regular smokers. *Drug Alcohol Depend* 2005; 79(1): 45-52.

[26] Sterling KL, Mermelstein R, Turner L, Diviak K, Flay B, Shiffman S. Examining the psychometric properties and predictive validity of a youth-specific version of the Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS) among teens with varying levels of smoking. *Addict Behav* 2009; 34(6-7): 616-9.

[27] Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics (5th edn). Boston, Pearson Education, 2007; 195-221.

[28] Gramkowski B, Kools S, Paul S, Boyer CB, Monasterio E, Robbins N. Health risk behavior of youth in foster care. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2009; 22(2): 77-85.

[29] Minichino A, Bersani FS, Calò WK, Spagnoli F, Francesconi M, Vicinanza R, et al. Smoking behaviour and mental health disorders-mutual influences and implications for therapy. *Int J Environ Res Public Health* 2013; 10(10): 4790-811.

[30] Mojtabai R, Crum RM. Cigarette smoking and onset of mood and anxiety disorders. *Am J Public Health* 2013; 103(9): 1656-65.

[31] Kałucka S. Social aspects of tobacco addiction and the quality of life of people smoking and non-smoking tobacco. *Przegl Lek* 2012; 69(10): 908-13.

The Comparison of the Resiliency and Psychological Risk Factors between the Youth of Smokers and Non-smokers

I. Rahimian Boogar[1], S.M. Tabatabaee[2], N. Nikaeen[3]

Received: 20/01/2014 Sent for Revision: 05/02/2014 Received Revised Manuscript: 16/07/2014 Accepted: 05/08/2014

Background and Objective: Smoking is a main factor for incidence and progression of the chronic diseases and their related adverse outcomes. The aim of this study was to compare the resiliency and psychological risk factors between the youth of smokers and non-smokers**.**

Materials and Methods: In a cross-sectional descriptive plan, among the youth of Semnan town, 300 participants (153 smokers and 147 non-smokers) were selected by convenience method. Participants completed the Connor-Davidson Resilience Scale, Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21), Nicotine Dependence Syndrome Scale and Demographical Questionnaire. Data were analyzed using Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA).

Results: The finding indicated that there was significant difference in resiliency, depression, and anxiety (p=0.001) and stress (p=0.005) between the youth of smokers and non-smokers. There was a significant difference in depression and stress regarding the confounding factor of age (p=0.013, p=0.36), but non-significant difference in resiliency and anxiety regarding the confounding factor of age (p=0.060, p=0.689). Also, there was a significant difference in resiliency and depression regarding to the confounding factor of gender (p=0.001, p=0.009), but non-significant difference in anxiety and stress regarding to the confounding factor of gender (p=0.135, p=0.247). In men and women subgroups, there was non-significant difference (p>0.05).

Conclusion: Smokers in comparison with non-smokers had lower resiliency but higher depression, anxiety and stress. It is necessary to pay attention to resiliency improvement and reduction of these psychological risk factors in preventive and smoking cessation programs.

Key words: Depression, Resiliency, Smoking, Youth, Anxiety, Stress

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of Interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Researches and Sciences University, Semnan Branch, approved the study.

How to cite this article: Rahimian Boogar I, Tabatabaee SM, Nikaeen N. The Comparison of the Resiliency and Psychological risk factors between the youth of Smokers and Non-smokers *J RafsanjanUniv Med Sci* 2014; 13(9): 655-68. [Farsi]

1- Assistant Prof., Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran (Corresponding Author) Tel: (0232) 3623300, Fax: (0232) 3626888, E-mail: i_rahimian@semnan.ac.ir
2- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Payam-noor University,Semnan Center, Semnan, Iran
3- MSc. Student in General Psychology, Researches and Sciences University, Semnan Center, Semnan, Iran