

بررسی خودکارآمدی و ابعاد کیفیت زندگی افراد سیگاری و غیر سیگاری

سعیده خلیل‌زاد بهروزیان^۱، دکتر عزت‌الله احمدی^{۲*}

تاریخ دریافت 1391/11/05 تاریخ پذیرش 1392/01/20

چکیده

پیش زمینه و هدف: پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که میزان خودکارآمدی با مصرف سیگار در ارتباط بوده و افراد سیگاری از کیفیت زندگی پایین‌تری به نسبت غیر سیگاری‌ها برخوردارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی خودکارآمدی و ابعاد کیفیت زندگی افراد سیگاری و غیر سیگاری صورت گرفت. **مواد و روش کار:** نمونه این پژوهش ۱۶۰ نفر مرد (۸۰ نفر سیگاری و ۸۰ نفر غیرسیگاری) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه خودکارآمدی شرر و پرسشنامه کیفیت زندگی ۲۶ سوالی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-26) استفاده شد و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس چندگانه (MANOVA) انجام گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان دادند که نمره‌های گروه غیر سیگاری در مقیاس خودکارآمدی ($P < 0/05$) به طور معنی‌داری بالاتر از گروه غیر سیگاری است و در میزان کیفیت زندگی، بعد جسمی ($P < 0/05$)، بعد روانی ($P < 0/01$)، بعد روابط اجتماعی ($P < 0/05$) و بعد محیطی ($P < 0/05$) به طور معنی‌داری بیشتر از گروه سیگاری می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** پایین بودن میزان خودکارآمدی در افراد سیگاری در این پژوهش مطابق با یافته‌های پیشین می‌باشد و بعلاوه پایین بودن میزان کیفیت زندگی در ابعاد ذکر شده نشان می‌دهد که سیگاری‌ها وضعیت نامطلوبی را در سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و محیطی ادراک می‌کنند. **واژه‌های کلیدی:** ابعاد کیفیت زندگی، خودکارآمدی، مصرف سیگار

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره چهارم، ص ۲۶۲-۲۵۷، تیر ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: تبریز، اول خیابان عباسی، کوچه شهید کفایشور، پلاک ۸۸، تلفن: ۰۹۱۴۴۱۵۹۶۲۸

Email: saeedeh.khalilzad@gmail.com

مقدمه

منزل در معرض دود سیگار می‌باشند (۵).
متغیرهای متعددی بر مصرف سیگار تأثیر دارند که یکی از متغیرهای موثر بر آن مؤلفه خودکارآمدی می‌باشد. مطابق با نظریه بندورا^۳، خودکارآمدی به میزان اعتقاد هر فرد نسبت به توانایی‌های خود برای تنظیم و اجرای اعمال در موقعیت‌ها و تکالیف آینده اطلاق می‌گردد و به عنوان مکانیسم فراگیر و مرکزی در عملکرد فرد دخالت دارد (۶).
پژوهش‌ها در این خصوص نشان می‌دهد که خودکارآمدی با مصرف سیگار ارتباط داشته (۷) و همچنین از عوامل پیش‌بینی کننده ترک موفق سیگار و عود مجدد در افراد سیگاری است (۸،۹).

استعمال دخانیات به عنوان یکی از با اهمیت‌ترین علل مرگ و میر زودرس در سراسر جهان می‌باشد که در عین حال از جمله قابل اجتناب‌ترین عوامل محسوب می‌شود (۱). بر پایه برآوردهای سازمان جهانی بهداشت (۲) نزدیک به یک میلیارد سیگاری در جهان سالانه حدود شش تریلیون نخ سیگار دود می‌کنند و برآورد می‌شود که در سال‌های آتی مصرف سیگار خود به تنهایی موجب مرگ بیش از ده میلیون نفر در هر سال خواهد شد. بررسی‌های انجام گرفته در ایران بر روی جمعیت‌های مختلف نیز بیانگر رشد مصرف سیگار بوده است (۳،۴). براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در ایران ۴۱/۷ درصد افراد در منزل و ۵۰/۶ درصد از افراد در خارج از

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

^۲ دکترای روانشناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

^۳ Bandura

جمعیت شناختی (جنسیت، سن، میزان تحصیلات) با گروه سیگاری هم‌تا شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد.

ابزارهای اندازه‌گیری:

پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته: بوسیله این پرسشنامه بعضی از اطلاعات دموگرافیک و سوابق افراد از قبیل سن، جنسیت، سطح تحصیلات، تاریخ شروع به مصرف، تعداد دفعات ترک و تعداد نخ‌های مصرفی، جمع‌آوری شدند.

پرسشنامه خودکارآمدی شرر: این آزمون توسط شرر و آدامز^۴ در سال ۱۹۸۳ تهیه شده است. این مقیاس ۱۷ آیتم دارد. آزمودنی به هر آیتم بر اساس یک مقیاس پنج درجه‌ای («کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم») پاسخ می‌دهد. ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۶۷ گزارش شده است (۳). ضریب پایایی در این آزمون ۰/۸۰ بدست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه WHOQOL^۵_BREF کیفیت زندگی را به صورت کلی و عمومی می‌سنجد، دارای ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط با ۲۴ سوال است که هر حیطه به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳، ۸ سوال می‌باشد.

این پرسشنامه دو سوال دیگر نیز دارد که به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. این پرسشنامه در مجموع شامل ۲۶ سوال می‌باشد. لازم به ذکر است که حیطه سلامت جسمانی به مواردی مانند قدرت حرکت، فعالیت‌های روزمره زندگی، ظرفیت کاری و انرژی، در دو خواب می‌پردازد. در حیطه سلامت روان، تصور در مورد شکل ظاهری، احساسات منفی، احساسات مثبت، اعتماد به نفس، تفکرات، یادگیری، حافظه و تمرکز، مذهب و وضعیت روحی مورد سؤال قرار می‌گیرد. حیطه روابط اجتماعی، ارتباطات شخصی، حمایت اجتماعی و زندگی جنسی را مورد سؤال قرار می‌دهد. حیطه سلامت محیط این پرسشنامه در مورد منابع مالی، امنیت فیزیکی، مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، محیط فیزیکی محل سکونت، موقعیت‌های موجود برای کسب مهارت و اطلاعات جدید، موقعیت‌های تفریحی، محیط فیزیکی، آلودگی صدا و هوا و غیره (حمل و نقل) را سؤال می‌نماید. مقادیر پایایی در بعد سلامت جسمانی ۰/۷۷ در بعد روانی ۰/۷۷ در بعد روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت در بعد سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ بوده است (۱۸). در این پژوهش

در پژوهش دیکلمنته^۱، فیهارست^۲، پیوتروسکی^۳ (۱۰) و مارتینز (۹) مشخص شده است که خودکارآمدی به عنوان متغیر واسط عمل کرده و باعث موفقیت در تعدیل شدن رفتارهای اعتیاد زا می‌شود.

از آنجایی که مصرف سیگار ارتباط نزدیکی با از دست رفتن سال‌های توأم با سلامتی در افراد دارد (۱۲، ۱۱)، می‌توان به کیفیت زندگی افراد سیگاری به عنوان عاملی که تحت تأثیر مصرف سیگار قرار می‌گیرد توجه نمود. کیفیت زندگی به تمامی جنبه‌های بهزیستی افراد اعم از جنبه‌های روانی، اجتماعی و جسمانی اطلاق می‌گردد و منحصرأ به نبود بیماری یا ضعف اطلاق نمی‌گردد (۱۳). مصرف سیگار و وابستگی به نیکوتین فرد را مستعد شرایط ناتوان کننده و بیماری کرده و لذا منجر به افزایش نرخ بیماری و مرگ و میر در افراد سیگاری می‌شود (۱۴) در این راستا مطالعات مقطعی نشان داده‌اند که افراد سیگاری از نظر سلامت جسمی و روانی در سطح پایین تری از غیر سیگاری‌ها قرار دارند (۱۵) و همچنین سیگاری‌ها از نظر عملکرد جسمانی در سطح پایین تری قرار داشته (۱۶) و در کارکرد اجتماعی، خانوادگی و شغلی نقص بیشتری را نشان می‌دهند (۱۷). مصرف سیگار با مرگ نابهنگام و بیماری مزمن رابطه دارد و همچنین موجب اضافه بار مالی به سیستم‌های مراقبت بهداشتی و سلامتی می‌شود (۱۴) و تقریباً نصف همه بیماران روان‌پزشکی سیگار مصرف می‌کنند و تنها ۱۵ درصد آن‌ها در ترک سیگار موفق بودند و همچنین به نظر می‌رسد که این بیماران نسبت به وابستگی به نیکوتین مستعد تر باشند چرا که نیکوتین تأثیر مثبتی بر خلق و شناختواره بیماران روانی دارد (۱۴). با در نظر گرفتن نتایج پژوهش‌های مختلف می‌توان چنین فرض نمود که کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در افراد سیگاری در سطح پایین تری نسبت به افرادی باشد که هرگز تجربه مصرف سیگار نداشته‌اند و بعلاوه احساسی که فرد از میزان خودکارآمدی‌اش دارد می‌تواند از عوامل تأثیر گذار بر شروع و تداوم مصرف سیگار باشد.

مواد و روش کار

طرح پژوهشی به کار رفته در این تحقیق با توجه به اهداف، ماهیت و موضوع پژوهش، در مقوله مطالعات توصیفی - مقایسه‌ای قرار می‌گیرد. جامعه آماری شامل ۸۰ نفر مرد سیگاری با دامنه سنی ۱۸ - ۴۸ سال با تحصیلات دیپلم تا فوق لیسانس در شهر تبریز بوده که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و گروه نمونه غیر سیگاری به تعداد ۸۰ نفر از نظر ویژگی‌های

^۴Sherer&Adames

^۵World Health Organization Quality Of Life

^۱DiClemente

^۲Fairhurst

^۳Piotrowski

یافته‌ها

اطلاعات مندرج در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای ابعاد کیفیت زندگی و خودکارآمدی را در دو گروه سیگاری و غیرسیگاری نشان می‌دهد.

ضریب پایایی برای بعد سلامت جسمانی ۰/۷۵، بعد سلامت روان ۰/۷۶، بعد روابط اجتماعی ۰/۷۰ و بعد سلامت محیط ۰/۷۹ بدست آمد.

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف استاندارد ۲ گروه در خودکارآمدی و ابعاد کیفیت زندگی

گروه غیر سیگاری		گروه سیگاری		متغیرها
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۶۶/۰۲	۱۰/۴۴	۶۰/۶۱	۱۰/۷	خودکارآمدی
۱۵/۶۹	۲/۴۹	۱۴/۵۰	۲/۴۴	سلامت جسمی
۱۴/۱۵	۲/۹۷	۱۲/۲۳	۳/۰۷	سلامت روانی
۱۲/۵۰	۲/۵۸	۱۲/۱۲	۴/۶۴	روابط اجتماعی
۱۳/۳۰	۲/۹۲	۱۲/۲۰	۲/۸۹	سلامت محیط

بررسی قرار گرفت که برای این منظور از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جهت بررسی فرضیه اول و دوم پژوهش از روش آماری مانوا استفاده شده است. قبل از تحلیل مانوا میزان تطابق متغیرها مورد

جدول شماره (۲): آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چندگانه متغیر کیفیت زندگی

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
لامبدای ویلکز	۰/۸۹	۳/۵	۵	۱۵۳	۰/۰۵

$P < 0/05$ وجود دارد، بر این اساس روش آماری مانوا مورد استفاده قرار گرفت. جدول ۳ نتایج آزمون مانوا را جهت تحلیل فرضیه‌ها نشان می‌دهد.

آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد بین دو گروه، حداقل در یکی از متغیرهای کیفیت زندگی (جسمی، روانی، روابط اجتماعی و محیطی) و خودکارآمدی تفاوت معنی‌دار $F(5, 153) = 3/5$

جدول شماره (۳): نتایج تحلیل واریانس چندگانه تفاوت نمرات ابعاد کیفیت زندگی و خودکارآمدی در افراد سیگاری و غیرسیگاری

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	سلامت جسمی	۵۶/۸۷	۱	۵۶/۸۷	۹/۳۳	۰/۰۳
	سلامت روانی	۱۴۵/۶۷	۱	۱۴۵/۶۷	۱۵/۹۱	۰/۰۰۰
	سلامت در روابط اجتماعی	۷۵/۸۴	۱	۷۵/۸۴	۴/۴۰	۰/۰۳۷
	سلامت محیط	۴۹/۵۴	۱	۴۹/۵۴	۵/۸۵	۰/۰۱۷
	خودکارآمدی	۱۱۶۴/۵۷	۱	۱۱۶۴/۵۷	۱۰/۳۲	۰/۰۲

و $P < 0/01$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد و غیر سیگاری‌ها در بعد روانی نسبت به سیگاری‌ها در سطح بالاتری قرار دارند، در بعد روابط اجتماعی $F = 4/40$ و $P < 0/05$ تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود و بیانگر این است که غیر سیگاری‌ها در بعد روابط

با توجه به مندرجات جداول شماره ۱ و ۳ بین دو گروه سیگاری و غیر سیگاری در بعد جسمی با $F = 9/33$ و $P < 0/05$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد و غیرسیگاری در بعد جسمی نیست بر سیگاری‌ها در سطح بالاتری قرار دارند، در بعد روانی با $F = 15/92$

افراد سیگاری همسو با یافته میترا^۳ و همکاران (۲۱) و کاسترو (۱۴) است که در آن‌ها میزان کیفیت زندگی در افراد غیر سیگاری بهتر گزارش شده است. و همچنین در تحقیق کاسترو و همکاران (۱۴) به این یافته اشاره شده که در بین افراد سیگاری تخریب در عملکرد شغلی بیشتر دیده می‌شود که مطابق با یافته این پژوهش در بعد سلامت جسمانی و هم‌سوئی دارد. همچنین یافته اشمیتز، کورس و کاگلر (۲۰۰۳) نشان می‌دهد که میزان کارکرد اجتماعی، خانوادگی و شغلی در افراد سیگاری نقص بیشتری را نشان می‌دهند که با یافته حاضر در خصوص ابعاد روابط اجتماعی و محیطی هم‌خوان است.

وجود نمرات پایین در بعد روانی با یافته موریست^۴ و همکاران (۲۲) توکلی زاده و همکاران (۴) همسو است که در افراد سیگاری میزان بالایی از اختلالات اضطرابی، خلق منفی و افسرده، استرس و اجتناب‌ها گذر هراسی گزارش شده است که البته نمی‌توان به طور دقیق اعلام نمود که وجود نمرات پایین در هر یک از ابعاد ناشی از مصرف سیگار بوده و یا اینکه سیگار کشیدن می‌تواند با نقص در ۴ بعد کیفیت زندگی مرتبط باشد.

با توجه به محدودیت‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از نمونه بیشتری استفاده شود و همچنین بررسی این موضوع در جامعه زنان و مقایسه نتایج آن با نتایج بدست آمده از جامعه مردان می‌تواند به نتایج جالب توجهی منجر گردد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه شرکت کنندگان و همکاری کنندگان در گردآوری داده‌های پژوهش حاضر سپاس‌گذاری می‌شود.

اجتماعی در سطح بالاتری از سیگاری‌ها قرار دارند و در بعد محیطی $F=5/85$ و $P<0/05$ معنی‌دار بوده و نشان می‌دهد که غیرسیگاری‌ها در بعد سلامت محیطی در سطح بالاتری از سیگاری‌ها قرار دارند. که این یافته‌ها حاکی از تایید فرضیه اول پژوهش است. همچنین اطلاعات مندرج در جداول فوق بیانگر آنست که بین دو گروه در متغیر خودکارآمدی با $F=10/32$ و $P<0/05$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد و افراد غیر سیگاری نسبت به افراد سیگاری سطح بالایی از خودکارآمدی را دارا هستند و فرضیه دوم پژوهشی نیز تایید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که بین میزان خودکارآمدی و مصرف سیگار رابطه وجود دارد. این یافته پژوهش با بررسی والکر (۷) هم‌سوئی دارد و همچنین مرتبط با پژوهش گارسیا، اشمیتز و دورفلر (۱۹) و کادن^۱ و لیت^۲ (۲۰) می‌باشد که وجود خودکارآمدی بالا را عامل مهمی در ترک سیگار قلمداد می‌کنند. هوگان در تحقیق خود به این یافته رسید که خودکارآمدی پایین شروع به مصرف سیگار را افزایش داده و عامل پیش بینی کننده در مصرف بالای سیگار می‌باشد (۳). با توجه به نتایج یافته‌های فوق و یافته پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گیری نمود که در افراد سیگاری شروع به مصرف سیگار، ترک مصرف و میزان مصرف با میزان خودکارآمدی ارتباط داشته و میزان پایین خودکارآمدی می‌تواند موجب تداوم مصرف سیگار و متعاقب آن به احساس ناکارآمدی در ترک موفق سیگار منجر شود.

نتایج یافته حاضر در خصوص کیفیت زندگی و ابعاد آن در

smoked and non-smoked youth of Gonabad city.

Ofogh-e- Danesh 2003; 9(1): 1-9. (Persian)

5. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. Geneva: The Institute; 2008.

6. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman and Company; 1997. P. 21-32.

7. Walker NR. Understanding self-efficacy for alcohol use: the roles of self-monitoring and hypothesized source variables. (Dissertation). Blacksburg: Virginia University; 2002. P. 43-47.

References:

1. Fagerstrom KO. The epidemiology of smoking: Health consequences and benefits of cessation. *Drugs* 2002; 62: 1-9.
2. Proctor RN. The global smoking epidemic: a history and status report. *Clin Lung Cancer* 2004; 5: 371-6
3. Ariapooran S, Karami J. The comparison of physical symptoms, perceived stress and self-efficacy in smoker and nonsmoker students. *Behbod* 2009; 13(4): 299- 308. (Persian)
4. Tavakolizadeh J, Ghahramani M, Hadizade Talasaz F, Chamanzari H. The survey of health condition on

³Mitra

⁴Morissette

¹Kadden

²Litt

8. Abrams DB, Herzog TA, Emmons KM, Linnan L. Stages of change versus addiction: A replication and extension. *Nicotine Tobacco Res* 2000; 2: 223-9.
9. Martinez E, Tatum KL, Glass M, Bernath A, Ferris D, Reynolds P, et al. Correlates of smoking cessation self-efficacy in a community sample of smokers. *Addict Behav* 2010; 35: 175-8.
10. DiClemente CC, Fairhurst SK, Piotrowski NA. Self-efficacy and addictive behaviors. In: Maddux J. *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application*. New York: Plenum; 1995. P. 109-41.
11. Ostbye T, Taylor DH. The effect of smoking on years of healthy life (YHL) lost among middle-aged and older Americans. *Health Serv Res* 2004;39: 531-52.
12. Mcclave AK, Dube SR, Strine TW, Mokdad AH. Associations between health-related quality of life and smoking status among a large sample of U.S. adults. *Prev Med* 2009; 48: 173-9.
13. World Health Organization (WHO). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO; 1948.
14. Castro MP, Matsuo T, Nunes SV. Clinical characteristics and quality of life of smokers at a referral center for smoking cessation. Study carried out at Londrina State University Londrina. *Brazil J Bras Pneumol* 2010;36(pt1): 67-74.
15. Jorm AF. Association between smoking and mental disorders: results from an Australian National Prevalence Survey. *Aust N Z J. Public Health* 1999; 23: 245-8.
16. Maxwell CJ, Hirdes JP. The prevalence of smoking and implications for quality of life among the community-based elderly. *Am J Prev Med* 1993; 9: 338-45.
17. Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, quality of life, and mental disorders, associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1670-6.
18. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Quality of life of Tehran's population by WHOQOL-BREF questionnaire in 2005. *Hakim Res J* 2007; 10(3): 1- 8. (Persian)
19. Garcia ME, Schmitz JM, Doerfler LA. A fine-grained analysis of the role of self-efficacy in self-initiated attempts to quit smoking. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58(pt3): 317-22.
20. Kadden RM, Litt MD. The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addict Behav* 2011; 1120-6.
21. Mitra M, Chung MC, Wilber N, Klein Walker D. Smoking status and quality of life: a longitudinal study among adults with disabilities. *Am J Prev Med* 2004; 27(pt3): 258-60.
22. MorissetteSB, Brown TA, Kamholz BW, Gulliver SB. Differences between smokers and nonsmokers with anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2006; 20: 597-613.

THE ASSESSMENT OF SELF EFFICACY AND THE DIMENSIONS OF QUALITY OF LIFE ON SMOKERS AND NONSMOKERS

Saeede Khalilzad Behroozian¹, Ezatollah Ahmadi^{2*}

Received: 24 Jan, 2013; Accepted: 9 Apr, 2013

Abstract

Background & Aims: Researches has demonstrated that self efficacy is related to smoking behavior and smokers have a poor quality of life compared with nonsmokers. The aim of this study was to assess the self efficacy and quality of life dimensions in smokers and nonsmokers.

Materials & Methods: This study was conducted on 160 men (80 smokers and 80 nonsmokers) that were selected by haphazard sampling model. Data were gathered via Sherer's self efficacy questionnaire and world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) inventory. The data were analyzed using multiple analysis of variance (MANOVA).

Results: The findings showed significant difference in self efficacy ($P<0.05$) and all dimensions of quality of life including physical ($P<0.005$), psychological ($P<0.01$), social relationship ($P<0.05$), and environment ($P<0.005$) between smokers and nonsmokers.

Conclusion: The low rate of self efficacy and quality of life in smokers is approved by previous studies and revealed that smokers have a negative perception about their self efficacy and physical, psychological, social relationship, and environmental health than nonsmokers.

Keywords: Quality of life dimensions, Self Efficacy, Smoking

Address: University of Shahid Madani Azarbayjan, Tabriz, Iran

Email: saeedeh.khalilzad@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2013; 24(4): 262 ISSN: 1027-3727

¹ Doctoral Candidate in Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

² PhD in Psychology, University of Shahid Madani Azarbayjan, Tabriz, Iran (Corresponding Author)