مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و ششم، شماره شش، شهریور ۱۳۹۷
تاریخ دریافت:۱۳۹۶/۶/۶
تاریخ پذیرش:۱۳۹۶/۱۰/۹

بررسی ارتباط بین مصرف دخانیات و کیفیت زندگی در مردم یزد

مسعود میرزایی[۱]، محمد خواجه[۲*]

مقاله پژوهشی

مقدمه: کیفیت زندگی به عنوان یک پیامد مهم و قابل اندازه گیری در مطالعات حوزه پزشکی شناخته شده. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و مصرف دخانیات در شهرستان یزد می باشد.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی تحلیلی، با استفاده از داده های مطالعه سلامت مردم یزد (یاس) با حجم نمونه ۸۷۲۵ نفرانجام شد. به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی از پرسش نامه SF8 استفاده گردید. داده ها از طریق آزمون های کروسکال والیس و من ویتنی و رگرسیون لجستیک و با استفاده از نرم افزار SPSS20 مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت.

نتایج: تفاوت معنی داری در کیفیت زندگی افراد سیگاری و غیر سیگاری پیدا شد (p<۰/۰۰۱)، افراد سیگاری از کیفیت زندگی پایین تری نسبت به افراد غیرسیگاری برخوردار بودند. این تفاوت در ابعاد سلامت عمومی (p<۰/۰۰۱)، شادابی (p<۰/۰۰۱)، و عملکرد اجتماعی (P=۰/۰۱۴)، و هم چنین دو بعد کلی جسمانی (p=۰/۰۰۱) و روانی (p<۰/۰۰۱) کیفیت زندگی، نیز دیده شد. در این مطالعه مصرف سیگار (OR=۱/۵۴CI٪۹۵:۱/۳۱-۱/۸۱)، و قلیان (OR=۱/۳۲CI٪۹۵:۱/۱۱-۱/۵۶)، از عوامل خطر در کیفیت زندگی پایین شناخته شدند. تجزیه و تحلیل برهم کنش آماری بین سیگار کشیدن با متغییرهای دموگرافیک در ارتباط با کیفیت زندگی نشان داد که افراد جوان و سیگاری نسبت به افراد سالمند و سیگاری (OR=۳/۵۵CI٪۹۵:۱/۵۶-۸/۰۸)، و افراد مجرد سیگاری نسبت به افراد متاهل سیگاری (OR=۲/۳۷CI٪۹۵:۱/۴۴-۳/۸۹)، از کیفیت زندگی پایین تری نسبت به سایرین برخوردار بودند. هم چنین افراد سیگاری و شاغل نسبت به افراد سیگاری و بیکار از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند (OR = ۰/۷۱۱ CI٪۹۵ :۰/۵۱۳-۰/۹۸۳).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه پیشنهاد می کند که تفاوت معنی داری در کیفیت زندگی افراد در ارتباط با وضعیت استعمال دخانیات آن ها وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، استعمال دخانیات، SF8

ارجاع: میرزایی مسعود، خواجه محمد. **بررسی ارتباط بین مصرف دخانیات و کیفیت زندگی در مردم یزد.** مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۷؛ ۲۶ (۶): ۵۰۷-۴۹۵

۱- دانشیار مرکز تحقیقات قلب و عروق ،دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی،دانشکده بهداشت ،دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران
*(نویسنده مسئول)؛تلفن: ۰۹۱۳۸۰۹۹۰۹۳، پست الکترونیکی: khajehmohammad95@gmaile.com ،کدپستی: ۸۱۳۴۱۱۴۳۱۱

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

مقدمه

تا دهه ۱۹۶۰ سیگار کشیدن تنها به عنوان یک عادت مضر در سبک زندگی افراد شناخته می شد. ولی بعد از آن سازمان جهانی بهداشت با طیف وسیعی از شواهد و مدارک روبه رو شد که از سیگار کشیدن به عنوان یک عامل اعتیاد آور که مسبب بسیاری از بیماری ها بود نام می برند (۱). امروزه دیگر از نظر علمی اثبات شده که سیگار کشیدن با بسیاری از بیماری ها از جمله ۱۲نوع از سرطان ها، شش نوع از بیماری های قلبی و عروقی، دیابت، بیماری های انسدادی مزمن ریه (COPD) و پنومونی رابطه علیتی دارد (۲). هم چنین سیگار کشیدن با هفت میلیون مرگ در سال مرتبط است و یکی از علت های منجر شونده به مرگ زودرس می باشد (۳). و به عنوان مهم ترین علت قابل پیشگیری برای بسیاری از بیماری های غیر واگیر و مرگ و میر حاصل از آن ها شناخته شده است. بر طبق آمار های منتشر شده، ۵/ ۲۲درصد از بزرگ سالان جهان (۳۲٪ مردان و ۷٪ زنان) مصرف کننده دخانیات هستند. بیشترین شیوع مصرف دخانیات در کشورهای اقیانوسیه با شیوع ۲۹/۵ درصد، و کشورهای اروپایی با شیوع بین ۲۸/۵-۳۰/۵ درصد در هر دو جنس گزارش شده است (۴). هم چنین مطالعات اخیر در ایران نشان داده که شیوع سیگار کشیدن در ایران ۱۴ ٪ می باشد (۲۱/۷-۱۹/۸٪ در مردان و ۳/۶-۰/۹۴ ٪ در خانم ها) علاوه بر این شیوع کلی سیگار کشیدن در تعدادی از شهرهای ایران از جمله ایلام (۷/۶٪)، یزد (۸/۶٪)،گلستا ن (۹/۱۱٪)، سیستان و بلوچستان (۲۰/۳٪)، و بوشهر (۲۱/۲٪) می باشد(۵).

یکی از جنبه های مهم سیگار کشیدن ارتباط آن با کیفیت زندگی افراد می باشد. امروزه بیشتر سازمان های بهداشتی به خصوص سازمان جهانی بهداشت بر این عقیده اند که کیفیت زندگی افراد باید به عنوان یک پیامد در مراقبت های بالینی و مطالعات در نظر گرفته شود (۶). بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی شامل درک افراد از موقعیت خود از نظر فرهنگ، محیط زندگی، اهداف، انتظارات و اولویت در زندگی می باشد (۷). و به طور کلی کیفیت زندگی اشاره به ترکیبی از شرایط خارجی و ویژگی های شخصیتی دارد که به صورت لذت یا نارضایتی توسط یک فرد تجربه می شود و فرد بر اساس آن تصمیم به حفظ یا تغییر موقعیت خود در زندگی را می گیرد (۸). اغلب دانشمندان توافق دارند کیفیت زندگی شامل پنج بعد می باشد این ابعاد شامل بعد فیزیکی، بعد روانی، بعد اجتماعی، بعد روحی و علائم مربوط به بیماری و تغییرات مربوط به درمان می باشد (۷).

کیفیت زندگی افراد ممکن است نشانه ایی از سلامتی افرد نیز باشد به طوری که نشان داده شده اشخاصی که امتیاز پایینی را در کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن کسب می کنند بیش از دو برابر خطر مرگ و میر بالاتر نسبت به اشخاصی دارند که امتیاز عالی را از کیفیت زندگی کسب کرده اند (۶). از آن جایی که سیگار کشیدن می‌تواند روی بسیاری از ابعاد کیفیت زندگی تاثیر بگذارد (۹). بنابر این می توان از کیفیت زندگی به عنوان ابزاری برای ارزیابی وضعیت سلامتی افراد سیگاری استفاده کرد. هم چنین اطلاعات به دست آمده در زمینه توصیف رابطه سیگار کشیدن و کیفیت زندگی می تواند باعث تسهیل در مداخلات پیشگیری شود. به عنوان مثال تغییرات کیفیت زندگی بعد از ترک سیگار می تواند باعث افزایش انگیزه افراد سیگاری برای ترک و افزایش کارایی استراتژی های پیشگیری از شیوع سیگار کشیدن در جامعه شود (۶). با توجه به این که هنوز مطالعه ایی در مورد کیفیت زندگی در افراد سیگاری با حجم نمونه زیاد در ایران انجام نشده است این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین سیگار کشیدن و کیفیت زندگی در یک نمونه بزرگ تصادفی مردم شهرستان یزد انجام شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر مطالعه ایی مقطعی تحلیلی می باشد که با استفاده از داده های مطالعه آینده نگر سلامت مردم یزد (یاس) انجام شد. در این مطالعه ما کیفیت زندگی را به عنوان پیامد مطالعه بررسی نمودیم. هدف از مطالعه بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و مصرف دخانیات (سیگار و قلیان) می باشد این مطالعه در سال ۹۴-۱۳۹۳ انجام شده و جامعه آماری کلیه افراد ۶۹-۲۰ ساله شهرستان یزد بود. حجم نمونه این مطالعه ۱۰۰۰۰ نفر بود که

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

داده های ۸۷۲۵ نفر که به سوالات مرتبط پاسخ داده بودند آنالیز شد. افراد مورد مطالعه در ۵ گروه سنی ۲۹-۲۰ سال،۳۹-۳۰ سال، ۴۹-۴۰ سال، ۵۹-۵۰ سال و ۶۹-۶۰ سال متناسب با تعداد افراد در هر خوشه انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس مطالعه یاس حدود دو درصد جمعیت شهرستان یزد می باشد جزئیات روش مطالعه قبلاً منتشر شده است (۱۰). روش نمونه گیری مطالعه یاس، مبتنی بر جمعیت و به صورت دو مرحله ایی خوشه ایی می باشد در مرحله اول ۲۰۰ خوشه به صورت تصادفی از مناطق شهرستان یزد انتخاب شدند و در مرحله بعدی بر اساس لیست فهرست برداری خانوار سال ۱۳۹۳ سرخوشه ها انتخاب گردید سپس با حرکت از سمت راست سرخوشه ها نسبت به تکمیل پاسخ نامه های کامپیوتری به صورت پشت سر هم اقدام شد. انتخاب خانوار بعدی به فاصله یک خانه از خانه اول بود در صورتی که در یک پلاک چند خانوار وجود داشت (مثلاً مجتمع های مسکونی) از واحد اول شروع و به طور پیوسته به واحد های بعدی مراجعه می شد قبل از شرکت افراد در مطالعه از آنها رضایت آگاهانه کسب شد. ابزار مورد استفاده برای جمع آوری اطلاعات استفاده از پرسش نامه مطالعه سلامت مردم یزد و با مصاحبه حضوری بود این پرسش نامه حاوی ۳۰۰ سوال در زمینه های مختلف (از جمله کیفیت زندگی و مصرف مواد مخدر و دخانیات) می باشد. سوالات این پرسش نامه با مشارکت و تعامل کلیه دانشکده ها و مراکز تحقیقاتی مرتبط با دانشگاه استخراج شد و بعد از چندین جلسه متوالی مشورت با اساتید صاحب نظر اصلاحات مورد نظر در پرسش نامه اعمال گردید و اعتبار آن تایید شد پس از انجام طرح پایلوت پرسش نامه که جهت بررسی پایایی و روایی آن روی ۲۰۰ نفر از مردم یزد به صورت تصادفی انجام شد الفای کرونباخ ۰/۸ به دست آمد و در نهایت پرسش نامه نهایی تدوین شد. جهت بررسی وضعیت جمعیت مورد مطالعه از نظر استعمال دخانیات از سوالات پرسش نامه یاس در این زمینه استفاده شد سپس جمعیت مورد مطالعه از نظر استعمال دخانیات (سیگار و قلیان) به گروه های (افرادی که مصرف دخانیات دارند، افرادی که مصرف دخانیات ندارند، افرادی که گاهی اوقات مصرف دارند و افرادی که مصرف دخانیات را ترک کرده اند) تقسیم شدند و کیفیت زندگی در این گروه ها بررسی شد. هم چنین جهت بررسی ارتباط استعمال دخانیات با کیفیت زندگی، جمعیت مورد مطالعه از نظر مصرف سیگار و قلیان به دو گروه (کسانی که مصرف دخانیات دارند و افردی که دخانیات مصرف نمی کنند) گروه بندی شدند و گروهی که مصرف دخانیات نداشتند به عنوان گروه مرجع انتخاب شد.

سوالات بخش کیفیت زندگی مطالعه سلامت مردم یزد برگرفته از پرسش نامه SF8(Short Form 8 Health Survey) می باشد. SF8یک ابزار اندازه گیری عمومی در کیفیت زندگی می باشد، که می تواند کیفیت زندگی را در ابعاد وسیعی از گروه های مختلف بیماران یا افراد سالم بسنجد و با هم مقایسه کند. این ابزار در مطالعات مختلفی در داخل کشور مورد استفاده قرار گرفته و روایی آن بررسی شده است (۱۱). این پرسش نامه دارای دو بعد جسمی و روانی می باشد که هر یک از ابعاد دارای چهار سؤال و در مجموع شامل هشت سؤال در ابعاد مختلف کیفیت زندگی می باشد بعد جسم‌انی شامل سوالاتی در زمینه عملکرد جسمانی، محدودیت به علت مشکلات جسمی، درد جسمی و سلامت عمومی می باشد و سوالات بعد روانی نیز در زمینه شادابی، عملکرد اجتماعی، بخش عاطفی، و سلامت روانی می باشد. بر طبق مطالعه ایی که ware.j و همکاران در زمینه روش رتبه بندی وتفسیر پرسش نامه SF8 انجام داده اند امتیاز مربوط به هر سوال صفر تا صد و امتیاز هر بعد کیفیت زندگی نیز صفر تا صد می باشد، میانگین امتیازات هم۵۰ می باشد بنابراین امتیاز زیر ۵۰ بیانگر کیفیت زندگی ضعیف در حالی که امتیاز بالای ۵۰ بیانگر کیفیت زندگی بهتر می باشد (۱۲).

تجزیه و تحلیل آماری

در این مطالعه چون شرایط نرمالیتی داده های کیفیت زندگی برقرار نبود از آزمون های نان پارامتریک استفاده شد بنابراین جهت بررسی این که آیا اختلاف معنی داری در میانگین کیفیت زندگی چهار گروه (سیگاری، غیر سیگاری، ترک کرده، و افرادی که گاهی اوقات مصرف سیگار داشتند) وجود دارد یا نه، از آزمون کروسکال والیس استفاده شد هم چنین به منظور بررسی این که اختلاف به

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

وجود آمده در میانگین کیفیت زندگی این چهار گروه مربوط به کدامین گروه ها می باشد از آزمون من ویتنی استفاده گردید. به دلیل این که در این آزمون سه مقایسه انجام می گرفت (افراد سیگاری با غیر سیگاری، افراد سیگاری با افرادی که سیگار را ترک کرده اند، و افراد سیگاری با افرادی که گه گاهی سیگار می کشند) از تصحیح بونفرونی استفاده شد و p value کمتر از ۰/۰۱۶۷ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد. در مورد افرادی که مصرف قلیان داشتند از همین روش استفاده گردید. هم چنین به منظور بررسی ارتباط سایر متغییر های دموگرافیک روی کیفیت زندگی از مدل رگرسیون لجستیک استفاده گردید. در این روش کیفیت زندگی به دو طبقه پایین و بالا تقسیم شد و افرادی که امتیاز بین صفر تا ۷۵ را کسب کرده بودند در طبقه کیفیت زندگی متوسط و پایین قرار گرفتند و افرادی با امتیاز بالای ۷۵ در طبقه کیفیت زندگی بالا قرار گرفتند. p value کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS20 تجزیه و تحلیل شد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال مطالعه یاس توسط دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد تایید شده است (کد اخلاق: IR.SSU.REC.1393.7394).

نتایج

ویژگی های فردی و اجتماعی جمعیت مورد مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است با توجه با این جدول ۴۳۰۷(۴۹/۶٪) نفر از جمعیت مورد مطالعه را مردان و ۴۳۶۸(۵۰/۶٪) نفر را نیز زنان تشکیل می دهند، بیش از نیمی از جمعیت مورد مطالعه سطح سواد سیکل و کمتر از سیکل داشتند و ۱۵/۸ درصد جمعیت مورد مطالعه نیز دارای سطح سواد لیسانس و بالاتر بودند از نظر وضعیت تاهل ۸۴/۸٪ افراد متاهل، ۱۰/۹ درصد مجرد و ۴/۴ درصد هم بیوه و مطلقه بودند ۱۹/۸ درصد جمعیت مورد مطالعه بیکار و زیر بنای مسکن ۷۷/۳ درصد از جمعیت مورد مطالعه بالای صد متر گزارش شد.

از نظر کیفیت زندگی افراد شرکت کننده در مطالعه ۵۴۲۲نفر (۶۴/۱٪) دارای کیفیت زندگی بالا و ۳۰۳۸ نفر (۳۵/۹٪) دارای کیفیت زندگی متوسط و پایین شناخته شدند. با استفاده از آزمون من ویتنی میانگین کیفیت زندگی در سه زوج گروه (افراد سیگاری با غیر سیگاری، افراد سیگاری با افرادی که سیگار را ترک کرده اند و افراد سیگاری با افرادی که گاهی اوقات سیگار می کشند) بررسی شد، میانگین کیفیت زندگی و ابعاد آن تنها در افرد سیگاری با افرادی که سیگار نمی کشیدند اختلاف معنی داری داشت و در دو گروه دیگر اختلاف معنی داری پیدا نشد. در مورد افرادی که مصرف قلیان داشتند هم وضع به همین گونه بود که نتایج آن در جدول ۲ نشان داده شده است، با توجه به این جدول وضعیت سیگار کشیدن افراد ارتباط معنی داری با کیفیت زندگی افراد داشت (p<۰/۰۰۱)، به طوری که گروهی که سیگار می کشیدند از میانگین کیفیت زندگی پایین تری نسبت به افراد غیر سیگاری برخوردار بودند. بین مولفه های سلامت عمومی (p<۰/۰۰۱)، شادابی (p<۰/۰۰۱) و عملکرد اجتماعی (p=۰/۰۱۴) کیفیت زندگی در افراد سیگاری و غیر سیگاری اختلاف معنی داری وجود داشت و میانگین این مؤلفه ها در افراد سیگاری نسبت به افراد غیر سیگاری پایین تر بود. هم چنین بین مصرف سیگار با دو بعدکلی جسمانی (p =۰/۰۰۱) و روانی کیفیت زندگی (p<۰/۰۰۱)، ارتباط معنی داری دیده شد و افراد سیگاری در این دو بعد میانگین کمتری را نسبت به افراد غیر سیگاری داشتند. در این مطالعه افرادی که مصرف قلیان داشتند میانگین بالاتری رادر تعدادی از ابعاد کیفیت زندگی نسبت به افرادی که مصرف قلیان نداشتند کسب کرده بودند این ابعاد شامل سلامت عمومی (p=۰/۰۰۶)، درد جسمی (p=۰/۰۰۲)، شادابی (p<۰/۰۰۱) و بعد کلی جسمانی کیفیت زندگی (P=۰/۰۰۴) بود ولی با این وجود وقتی متغیر مصرف قلیان وارد مدل رگرسیون لجستیک شد بین مصرف قلیان و کیفیت زندگی پایین ارتباط معنی داری دیده شد و افرادی که مصرف قلیان داشتند (۱/۵۶-۱/۱۱:۹۵٪CI)۱/۳۲ برابر شانس بیشتری را برای قرار گرفتن در طبقه پایین کیفیت زندگی نسبت به افرادی که مصرف قلیان نداشتند برخوردار بودند (جدول ۳).

جدول ۳ ارتباط بین کیفیت زندگی با متغییر های دموگرافیک را بر اساس مدل رگرسیون لجستیک و با کنترل عوامل مخدوش کننده نشان می دهد. در این جدول مصرف دخانیات (سیگار و

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

قلیان)، جنس زن، سالمند بودن، سطح سواد کم، بیکار بودن، مطلقه و بیوه بودن و زیر بنای مسکن کمتر از ۱۰۰ متر و تعداد کم اعضای خانواده (کمتر از ۴نفر)، از متغییر های دموگرافیکی بودند که با کیفیت زندگی پایین در ارتباط بودند. هم چنین جنس مرد، متاهل بودن، جوان یا میان سال بودن، سطح سواد بالا، شاغل بودن، زیر بنای مسکن بیش از ۱۰۰ متر و تعداد اعضای خانواده بیش از ۴ نفر از متغیرهای دموگرافیک تاثیرگذار روی کیفیت زندگی بهتر بودند با توجه به جدول ۳ سیگار کشیدن به عنوان یک عامل خطر برای قرار گرفتن در طبقه پایین و متوسط کیفیت زندگی شناخته شد و افراد سیگاری با نسبت شانس (۱/۸۱-۱/۳۱:CI٪۹۵)۱/۵۴ از شانس بیشتری برای قرار گرفتن در طبقه پایین و متوسط کیفیت زندگی نسبت به افراد غیر سیگاری برخوردار بودند. به منظور بررسی اثر ترکیبی سیگار کشیدن با سایر متغیرها روی کیفیت زندگی افراد متغیر های مختلفی وارد مدل رگرسیون لجستیک شدند .که در جدول ۴ نشان داده شده اند. با توجه به این جدول از بین متغیرهایی که وارد مدل شدند جوان بودن و سیگاری بودن و هم چنین مجرد بودن و سیگاری بودن برهمکنش معنی داری (برهم کنش مثبت) در ارتباط با کیفیت زندگی داشتند. به طوری که شانس قرار گرفتن در طبقه پایین کیفیت زندگی برای افراد جوان و سیگاری نسبت به افراد سالمند و سیگاری (۸/۰۸-۱/۵۶:CI٪۹۵)۳/۵۵ برابر و برای افراد مجرد سیگاری نسبت به افراد متاهل سیگاری (۳/۸۹-۱/۴۴:CI٪۹۵)۲/۳۷ برابر می باشد.

هم چنین بین دو متغیر مصرف سیگار و داشتن شغل در ارتباط با کیفیت زندگی یک برهم کنش منفی دیده شد و افراد سیگاری و شاغل نسبت به افراد سیگاری و بیکار شانس کمتری برای کیفیت زندگی پایین داشتند (۰/۹۸۳– ۰/۵۱۳)۰/۷۱۱ .

جدول ۱: ویژگی های فردی و اجتماعی افراد تحت مطالعه

متغیر ها	تعداد (٪)
جنسیت	
مرد	۴۳۰۷(۴۹/۶)
زن	۴۳۶۸(۵۰/۴)
گروه های سنی	
۲۰-۲۹	۱۷۱۹ (۱۹/۸)
۳۰-۳۹	۱۷۲۹ (۱۹/۹)
۴۰-۴۹	۱۸۱۰ (۲۰/۹)
۵۰-۵۹	۱۷۲۲ (۱۹/۹)
۶۰-۶۹	۱۶۹۵ (۱۹/۵)
وضعیت تاهل	
مجرد	۹۴۵ (۱۰/۹)
متاهل	۷۳۶۹ (۸۴/۸)
بیوه	۳۲۶ (۳/۸)
مطلقه	۴۹ (۰/۶)
سطح سواد	
سیکل و کمتر از سیکل	۴۷۳۵(۵۴/۸)
دیپلم و فوق دیپلم	۲۵۴۰ (۲۹/۴)
لیسانس و بالاتر	۱۳۶۸ (۱۵/۸)
وضعیت شغلی	
شاغل	۳۳۸۵ (۳۹/۵)
بیکار	۱۶۹۵ (۱۹/۸)

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

خانه دار	۳۴۸۷ (۴۰/۷)
زیر بنای مسکن	
کمتر از ۱۰۰ متر	۱۹۴۲ (۲۲/۷)
بالای ۱۰۰ متر	۶۶۱۳ (۷۷/۳)

جدول ۲:میانگین و انحراف معیار امتیاز مقیاس های کیفیت زندگی در افراد تحت مطالعه بر حسب استعمال دخانیات

ابعاد کیفیت زندگی	مصرف سیگار			مصرف قلیان		
	دارد انحراف معیار±میانگین	ندارد انحراف معیار±میانگین	p	دارد انحراف معیار±میانگین	ندارد انحراف معیار±میانگین	p
عملکرد جسمانی	۷۹/۳۹± (۲۵/۱۰)	۸۱/۲۶± (۲۴/۱۴)	۰/۰۵	۸۴/۶۴ ± (۲۲/۰۲)	۸۰/۷۵ ± (۲۴/۴۰)	۰/۰۰۴
محدودیت به علت مشکل جسمی	۸۱/۰۱± (۲۴/۸۵)	۸۲/۶۹± (۲۳/۱۶)	۰/۱۷۸	۸۴/۳۷± (۲۳/۳۸)	۸۲/۲۹± (۲۳/۳۷)	۰/۰۲۶
درد جسمی	۲۳/۱۵± (۲۶/۸۹)	۷۵/۰۷± (۲۵/۸۲)	۰/۰۸۴	۷۸/۶۴± (۲۵/۱۶)	۷۴/۷۰± (۲۵/۹۲)	۰/۰۰۲
سلامت عمومی	۶۵/۹۵± (۲۲/۴۳)	۷۰/۱۱± (۲۱/۹۰)	<۰/۰۰۱	۷۲/۴۱± (۲۱/۸۴)	۶۹/۴۲± (۲۲/۰۳)	۰/۰۰۶
شادابی	۶۴/۶۹± (۲۳/۲۲)	۶۸/۶۸± (۲۳/۶۴)	<۰/۰۰۱	۷۳/۲۰± (۲۳/۲۴)	۶۷/۸۵± (۲۳/۷۷)	<۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۸۲/۶۴± (۲۳/۹۴)	۸۵/۱۹± (۲۱/۵۹)	۰/۰۱۴	۸۳/۸۴± (۲۲/۸۷)	۸۴/۹۳± (۲۱/۸۱)	۰/۴۴
عملکرد عاطفی	۷۸/۰۶± (۲۷/۵۳)	۷۹/۲۲± (۲۵/۹۶)	۰/۴۱۸	۷۸/۵۲± (۲۷/۳۱)	۷۹/۲۲± (۲۶/۰۱)	۰/۹۳۴
سلامت روانی	۸۰/۹۰± (۲۴/۰۳)	۸۳/۴۱± (۲۱/۶۵)	۰/۰۲۵	۸۱/۹۱± (۲۲/۲۶)	۸۳/۲۸± (۲۱/۸۲)	۰/۲۱۳
بعد جسمانی کیفیت زندگی	۷۴/۹۸± (۲۰/۴۲)	۷۷/۳۳± (۱۹/۹۷)	۰/۰۰۱	۸۰/۰۴± (۱۸/۴۸)	۷۶/۸۵± (۲۰/۰۸)	۰/۰۰۴
بعد روانی کیفیت زندگی	۷۶/۴۹± (۱۹/۷۴)	۷۹/۱۳± (۱۸/۴۷)	<۰/۰۰۱	۷۹/۲۶± (۱۸/۶۸)	۷۸/۸۰± (۱۸/۶۶)	۰/۵۵۹
کیفیت زندگی	۷۵/۷۲± (۱۸/۵۶)	۷۸/۲۵± (۱۷/۸۵)	<۰/۰۰۱	۷۹/۶۱± (۱۶/۹۹)	۷۷/۸۴± (۱۸/۰۱)	۰/۰۹۱

*p<۰/۰۱۶۷ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شده است.

* دامنه امتیازات از صفر تا صد بوده و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر می باشد.

* آزمون آماری مورد استفاده من ویتنی می باشد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۳: ارتباط بین کیفیت زندگی و متغییر های دموگرافیک در افراد تحت مطالعه

متغیر ها	OR(CI95%)	p-value
جنسیت		
مرد	_	۱
زن	۲/۳۱(۲/۰۶ – ۲/۸۵)	<۰/۰۰۱
وضعیت تاهل		
متاهل	_	۱
مجرد	۰/۹۸۷(۰/۸۰۴ -۱/۲۱)	۰/۹۰۲
بیوه و مطلقه	۱/۶۴ (۱/۲۹- ۲/۱۰)	<۰/۰۰۱
گروه های سنی		
سالمند	_	۱
میانسال	۰/۶۴(۰/۵۶ – ۰/۷۳)	<۰/۰۰۱
جوان	۰/۴(۰/۳۲ – ۰/۸۴)	<۰/۰۰۱
سطح سواد		
لیسانیس و بالاتر	_	۱
دیپلم و فوق دیپلم	۱/۲۱(۱/۰۲ – ۱/۴۴)	۰/۰۰۲
بیسواد تا سیکل	(۱/۶۲ – ۲/۲۴)	<۰/۰۰۱
وضعیت شغلی		
بیکار	_	۱
شاغل	۰/۶۴(۰/۵۶ – ۰/۷۳)	<۰/۰۰۱
زیر بنای مسکن		
بالای صد متر	_	۱
کمتر از صد متر	(۱/۱۵ – ۱/۴۶)	۰/۰۰۱
تعداد اعضای خانواد		
کمتر از چهار نفر	_	۱
بیش از چهار نفر	(۰/۷۵ – ۰/۹۲)	<۰/۰۰۱
مصرف سیگار		
خیر	_	۱
بله	۱/۵۴(۱/۳۱ – ۱/۸۱)	<۰/۰۰۱
مصرف قلیان		
خیر	_	۱
بله	۱/۳۲(۱/۱۱ – ۱/۵۶)	۰/۰۰۱

*آزمون آماری مورد استفاده رگرسیون لجستیک می باشد

جدول ۴: برهم کنش بین مصرف سیگار و سایر متغییرهای دموگرافیک در ارتباط با کیفیت زندگی افراد تحت مطالعه

متغیر ها	OR(CI95%)	p-value
جنسیت		
مرد	_	۱
زن	۰/۷۱۶(۰/۴۳۳ – ۱/۱۵)	۰/۱۷۱
وضعیت تاهل		
متاهل	_	۱
مجرد	۲/۳۷(۱/۴۴ – ۳/۸۹)	۰/۰۰۱
بیوه و مطلقه	(۰/۲۸۵ – ۲/۱۱)	۰/۶۲۲
گروه های سنی		
سالمند	_	۱

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

میانسال	(۰/۹۸۱ – ۲/۰۵)	۰/۰۶۴
جوان	۳/۳۰(۱/۹۱ – ۵/۶۸)	<۰/۰۰۱
سطح سواد		
لیسانیس و بالاتر	_	۱
دیپلم و فوق دیپلم	۱/۰۰۹(۰/۴۶۳ – ۱/۷۷)	۰/۹۷۴
بیسواد تا سیکل	۰/۷۷۶(۰/۴۶۳ – ۱/۳۰)	۰/۳۳۷
وضعیت شغلی		
بیکار	_	۱
شاغل	۰/۷۱۱(۰/۵۱۳ – ۰/۹۸۳)	۰/۰۳۹

*آزمون آماری مورد استفاده رگرسیون لجستیک می باشد

بحث

نتایج مطالعه اخیر نشان داد که بین مصرف دخانیات (سیگار و قلیان) در افراد تحت مطالعه و کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود دراد و این ارتباط به بسیاری از مولفه های کیفیت زندگی نیز قابل تعمیم می باشد. به طوری که افراد سیگاری در سه بعد کیفیت زندگی که شامل سلامت عمومی، شادابی و عملکرد اجتماعی بود، میانگین پایین تری را نسبت به افراد غیر سیگاری کسب کرده بودند هم چنین افراد سیگاری در دو بعد کلی جسمانی و روانی کیفیت زندگی میانگین پایین تری را نسبت به افراد غیر سیگاری کسب کرده بودند. این نتایج با یافته های مطالعه ایی که توسط Castro و همکاران انجام شد هم خوانی داشت در آن مطالعه افراد سیگاری نمرات پایین تری را در چهار بعد کیفیت زندگی نسبت به افراد غیر سیگاری داشتند این چهار بعد شامل سلامت جسمی، سلامت روان، عملکرد اجتماعی و شادابی و نشاط بود (۱۵). مطالعه ایی که توسط Sarna و همکاران به منظور بررسی تاثیر سیگار و ترک آن روی سلامت وابسته به کیفیت زندگی در زنان انجام شد نتایج آن حاکی از این بود که افراد سیگاری کیفیت زندگی پایین تری را نسبت به افراد غیر سیگاری دارند هم چنین با افزایش مدت زمان ترک سیگار سلامت وابسته به کیفیت زندگی در افراد بهتر می شد (۱۶). مطالعه ایی دیگر که توسط Mitra و همکاران انجام شد نتایج نشان داد که افرد سیگاری و افرادی که در طول دوره پیگیری سیگاری شده بودند دارای کیفیت زندگی پایین تری در مقایسه با غیر سیگاری ها بودند، هم چنین کسانی که در طول دوره پیگیری سیگار را ترک کرده بودند بهبودی قابل توجهی را در ابعاد سلامت روانی، شادابی و سلامت عمومی نسبت به سیگاری ها داشتند (۱۷). مطالعه اخیر هم نشان داد که افراد سیگاری امتیاز کمتری را در بعد کلی کیفیت زندگی نسبت به افراد غیر سیگاری دارند. در مطالعه ایی که توسط طوافیان و همکاران به منظور بررسی استعمال قلیان و سلامت وابسته به کیفیت زندگی در بندرعباس انجام شد نتایج مطالعه نشان داد که افرادی که قلیان مصرف می کنند ازکیفیت زندگی پایین تری نسبت به افرادی که مصرف قلیان ندارند برخوردار هستند (۱۸). در مطالعه اخیر افراد مصرف کننده قلیان از نظر تعدادی مولفه های کیفیت زندگی از جمله، درد جسمی، سلامت عمومی و شادابی کیفیت زندگی میانگین بالاتری را نسبت به افرادی که مصرف قلیان نداشتند برخوردار بودند به نظر می رسد در شهرستان یزد بیشتر افرادی که مصرف قلیان دارند افرادی اجتماعی هستند که وقت بیشتری را با دوستان خود صرف می کنند هم چنین میزان تفریح و سرگرمی در این افراد نسبت به افراد سیگاری بالاتر بوده همین عوامل ممکن است به عنوان مخدوش کننده عمل کنند و باعث افزایش میانگین بعضی از ابعاد کیفیت زندگی در این گروه از افراد شوند، ولی باز هم شانس قرار گرفتن در طبقه پایین کیفیت زندگی در افرادی که مصرف قلیان داشتند ۱/۳۲ برابر بیشتر از افرادی با سابقه عدم مصرف قلیان بود و مصرف قلیان یک عامل خطر برای قرار گرفتن در طبقه پایین کیفیت زندگی شناخته شد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

در مطالعه ایی که توسط Guallar و همکاران انجام شد نتایج آن نشان داد که زنان در تمامی ابعاد کیفیت زندگی امتیاز پایین تری را نسبت به مردان کسب کرده اند در این مطالعه بعید به نظر می رسید که سیگار کشیدن بتواند بخش قابل توجهی از این تفاوت در کیفیت زندگی مردان و زنان را توضیح دهد (۱۹). در مطالعه اخیر نیز شانس قرار گرفتن زنان در طبقه کیفیت زندگی پایین بیشتر از مردان بود و جنس زن به عنوان یک عامل خطر برای کیفیت زندگی پایین تلقی می شد ولی هیچ برهم کنش معنی داری بین سیگار کشیدن و جنسیت افراد با کیفیت زندگی پیدا نشد.

در مطالعه ایی دیگر که توسط Dzubur و همکاران انجام شد نتایج آن نشان داد که فقط در ابعاد عملکرد جسمانی و درد جسمی کیفیت زندگی مرد و زن سیگاری تفاوت معنی داری وجود دارد. بین کیفیت زندگی افراد سیگاری و غیر سیگاری در ارتباط با وضعیت تاهل نیز تفاوت معنی داری در عملکرد فیزیکی، شادابی و سلامت روانی مشاهده شد هم چنین بین کیفیت زندگی افراد سیگاری در ارتباط با وضعیت اقتصادی هم ارتباط معنی داری دیده شد (۲۰). در مطالعه اخیر بررسی اثر متقابل سیگار کشیدن با فاکتور های دموگرافیک نشان داد که افراد جوان و سیگاری و هم چنین افراد مجرد و سیگاری شانس بالاتری را برای قرار گرفتن در طبقه پایین کیفیت زندگی دارند. وجود یک برهم کنش مثبت بین سیگار کشیدن با جوان بودن یا مجرد بودن در ارتباط با کیفیت زندگی پایین، ممکن است به این علت باشد که افراد جوان یا مجرد که مصرف سیگار دارند مشکلات بیشتری در زمینه ناسازگاری های اجتماعی، مشکلات خانوادگی، کمبود محبت، فقر، و اختلالاتی مثل اضطراب و افسردگی داشته باشند به طوری که بسیاری از جوانان به منظور غلبه بر این مشکلات به سیگار کشیدن روی می آورند (۲۱). همه این عوامل به نوعی با کیفیت زندگی پایین در ارتباط هستند که تجمع این عوامل خطر در این گروه از افراد باعث باعث کاهش کیفیت زندگی می شود. بین داشتن شغل و مصرف سیگار در ارتباط با کیفیت زندگی نیز یک برهم کنش منفی دیده شد به طوری که افراد شاغل و سیگاری نسبت به افراد بیکار و سیگاری کیفیت زندگی بهتری داشتند یکی از مواردی که روی کیفیت زندگی بهتر تاثیر گذار می باشد داشتن شغل می باشد زیرا داشتن شغل باعث مستقل بودن افراد، افزایش اعتماد به نفس، احساس رضایت مندی از زندگی و سلامت روانی افراد می شود به نظر می رسد همراه شدن متغیر شغل با سیگار کشیدن اثرات منفی سیگار کشیدن روی کیفیت زندگی افراد را از بین برده و باعث بهتر شدن کیفیت زندگی در این گروه از افراد مورد مطالعه شود. در مطالعه ایی که به منظور بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و متغیر های دموگرافیک انجام شد فاکتور های دخیل در کیفیت زندگی ضعیف، بیکاری، سیگار کشیدن، درآمد کم و فعالیت بدنی کم شناخته شد (۲۲).در مطالعه اخیر نیز مصرف دخانیات (سیگار و قلیان)، جنس زن، سالمند بودن، بیوه و مطلقه بودن، سطح سواد کم، زیر بنای مسکن کمتر از ۱۰۰ متر و تعداد کم اعضای خانواده از ریسک فاکتورهای دخیل در کیفیت زندگی پایین شناخته شد.

تعداد معدودی از مطالعات انجام شده در زمینه مصرف مواد دخانی به کیفیت زندگی در افرادی که استعمال دخانیات دارند توجه کرده اند (۱۳). مطالعاتی هم که به بررسی کیفیت زندگی افراد سیگاری پرداخته اند به اثرات چند علیتی روی کیفیت زندگی افراد سیگاری توجه نکرده اند (۱۱). در حالی که در مطالعه حاضر علاوه بر بررسی تاثیر سیگار روی کیفیت زندگی افراد به بررسی تعامل (اثرات برهم کنشی) سیگار با سایر متغییر ها و ارتباط آن با کیفیت زندگی نیز توجه شده. یکی از اولین مطالعاتی که در زمینه کیفیت زندگی در افراد سیگاری انجام شده مطالعه Helsinki می باشد.در این مطالعه افرد غیر سیگاری به طور متوسط ۱۰ سال بیشتر از سیگاری های قهار (مصرف روزانه ۲۰ نخ سیگار به بالا) عمر می کردند، افراد غیر سیگاری بالاترین امتیاز را در همه ابعاد کیفیت زندگی کسب کرده بودند (۱۴). در این مطالعه چون نمونه ها از نظر وضعیت اقتصادی اجتماعی همگن شده بودند امکان بررسی تاثیر فاکتور های اقتصادی اجتماعی روی کیفیت زندگی افراد سیگاری وجود نداشت ولی در مطالعه اخیر علاوه

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

بر بررسی ارتباط بین سیگار کشیدن و کیفیت زندگی افراد به مقایسه کیفیت زندگی افراد در ارتباط با سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و سایر فاکتور های دموگرافیک تاثیر گذار روی کیفیت زندگی نیز توجه شده است.

به علت مقطعی بودن این مطالعه نمی توان رابطه علت و معلولی را نشان داد و از آن جایی که بین کیفیت زندگی و مقیاس های آن با مصرف دخانیات ارتباط هایی دیده شد توصیه می شود که برای تعیین نوع ارتباط و شناخت علل مطالعه های تحلیلی قوی تری در این زمینه انجام شود.

نتیجه‌گیری

در پایان می توان نتیجه گیری کرد که تفاوت معنی داری در کیفیت زندگی جمعیت مورد مطالعه در ارتباط با مصرف دخانیات وجود داشت. هم چنین تقابل سیگار کشیدن با سایر عوامل تاثیر گذار روی کیفیت زندگی نشان داد افرادی که در سن جوانی شروع به مصرف دخانیات می کنند کیفیت زندگی پایین تری را نسبت به افراد مصرف کننده دخانیات در سنین بالاتر دارند هم چنین افراد مجرد و سیگاری نسبت افراد متاهل و سیگاری کیفیت زندگی پایین تری داشتند، افراد سیگاری شاغل هم نسبت به افراد سیگاری و بیکار کیفیت زندگی بهتری داشتند.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۳۷۱۸ دانشکده بهداشت علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می باشد که با حمایت مالی و معنوی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یزد به انجام رسیده است. نویسندگان از کلیه شرکت کنندگان و همه کسانی که در جمع آوری داده های یاس شرکت کرده اند سپاس گذاری می کنیم بدون کمک آن ها انجام این مطالعه امکان پذیر نبود.

تعارض منافع:

نویسندگان اعلام می دارند که هیچ گونه تضاد منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References:

1-Zack MM, Moriarty DG, Stroup DF, Ford ES, Mokdad AH. ***Worsening trends in adult health-related quality of life and self-rated health—United States, 1993–2001***. Public Health Rep 2004; 119(5): 493-505.

2-Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, Freedman ND ,Hartge P, Lewis CE, et al. ***Smoking and mortality—beyond established causes.*** N Engl J Med 2015; 372(7): 631-40.

3-Babizhayev MA, Yegorov YE. ***Smoking and health: association between telomere length and factors impacting on human disease , quality of life and life span in a large population based cohort under the effect of smoking duration***. Fundam Clinical pharmacol 2011; 25(4): 425-42.

4- Gowing LR, Ali RL, Allsop S, Marsden J, Turf EE, West R, et al. ***Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report.*** Addiction 2015; 110(6): 904-19.

5- Moosazadeh M, Ziaaddini H, Mirzazadeh A, Ashrafi-Asgarabad A, Haghdoost AA. ***Meta-analysis of smoking prevalence in Iran.*** Addicti Health 2013; 5(3-4): 140-53. [Persian]

6- Goldenberg M, Danovitch I, IsHak WW. ***Quality of life and smoking***. Am J Add 2014; 23(6): 540-62.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

7-Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. ***Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument***. J Clin Epid 2000; 53(1): 1-12.

8-Pepic E, Dzubur A, Dzubur A, Dilic M, Musanovic J, Pepic EK, et al. ***Smoking and quality of life after acute myocardial infarction.*** Archives of Pharmacy Practice 2010;1(1):38-46

9-Schmitz N, Kruse J, Kugler J. ***Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence.*** American J Psychiatry 2003; 160(9): 1670-6.

10- Mirzaei M, Salehi-Abargouei A, Mirzaei M, Mohsenpour MA. Cohort Profile: The Yazd Health Study (YaHS): a ***population-based study of adults aged 20–70 years (study design and baseline population data)***. International journal of epidemiology. 2017;47(3):697-8h .[Persian].

11- Rezaei MAA, Ahmadi F, Vahedian A. ***Comparison of depression,anxiety, stress and quality of life in dormitories students of Tarbiat Modares University***. Iran J Nurs Res 2007; 2: 31–38.

12- Ware JE, Kosinsk M, Dewey JE, Gandek B. ***How to score and interpret single-item health status measures: a manual for users of the SF-8TM Health Survey. Boston***: QualityMetric; 2001.

13- Zullig KJ, Hendryx M. ***A comparative analysis of health-related quality of life for residents of US counties with and without coal mining.*** Public Health Reports 2010; 125(4): 548-55.

14- Strandberg AY, Strandberg TE, Pitkälä K, Salomaa VV, Tilvis RS, Miettinen TA. ***The effect of smoking in midlife on health-related quality of life in old age: a 26-year prospective study.*** Archives of Internal Med 2008; 168(18): 1968-74.

15- Castro MRP, Matsuo T, Nunes SOV .***Clinical characteristics and quality of life of smokers at a referral center for smoking cessation.*** J Brasileiro de Pneumologia 2010; 36(1): 67-74.

16- Sarna L, Bialous SA, Cooley ME, Jun H-J, Feskanich D. ***Impact of smoking and smoking cessation on health-related quality of life in women in the Nurses' Health Study***. Qual Life Res 2008; 17(10): 1217-27.

17- Mitra M, Chung M-C, Wilber N, Walker DK. ***Smoking status and quality of life: a longitudinal study among adults with disabilities.*** Am J prev Med 2004; 27(3): 258-60.

18- Tavafian SS, Aghamolaei T, Zare S. ***Water pipe smoking and health-related quality of life: a population-based study***. Archives of Iranian Med (AIM) 2009; 12(3): 232-7. [Persian]

19- Guallar-Castillón P, Sendino ÁR, Banegas JR, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. ***Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain.*** Social Sci Med 2005;60(6):1229-40.

20- Džubur A, Mehić B, Džubur A, Filipovska-Mušanović M, Denjalić A, Hasanbegović I. ***Quality of life for tobacco smokers in relation to their socioeconomic status***. Med Glas (Zenica) 2014; 11(1): 210-5.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

21- Park SH. ***Smoking and adolescent health***. Korean J pediatrics 2011; 54(10): 401-4.

22- Jiang Y, Hesser JE. ***Associations between health-related quality of life and demographics and health risks. Results from Rhode Island's 2002 behavioral risk factor survey.*** Health and quality of life Outcomes 2006; 4(1): 14.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 26| NO 6 | Sep 2018

Received: 28 Aug 2017
Accepted: 30 Dec 2017

Evaluating the relation between smoking and quality of life among the population of Yazd

Masoud Mirzaei[1], Mohammad Khajeh[*2]

Original Article

Introdution:. Quality of life is an important and measurable outcome in the field of medicine; The aim of the present study was to evaluate the relation between smoking and quality of life in the city of Yazd.

Methods: This analytical - cross-sectional study was performed using Yazd Health Study (YaHS) data with a sample size of 8725 people**.** SF8 (Short Form 8 Health Survey) questionnaire was used for evaluating the quality of life. Data were analyzed through Kruskal-Wallis, Mann-Whitney and Logistic regression tests.

Results: There was a significant difference between the quality of life in smokers and non-smokers and the quality of life was significantly lower among smokers compared to non-smokers ($p < 0.001$) . This difference was observed in the dimensions of general health ($p < 0.001$), cheerfulness ($p < 0.001$) and social performance ($p = 0.014$) as well as in two general dimensions of physical ($p = 0.001$) and mental ($p < 0.001$) quality of life. In the present study, smoking cigarette (OR=1.54, CI 95%: 1.31-1.81) and hookah (OR=1.32, CI 95%: 1.11-1.56) were considered as risk factors for low quality of life. Analyzing the statistical interaction between smoking cigarette and quality of life-related demographic characteristics has shown that young smokers compared to old smokers (OR=3.55, CI 95%: 1.56-8.08) and single smokers compared to married smokers (OR=2.37, CI 95%: 1.44-3.89) had a higher chance of being in the low quality of life classification. In addition, employed smoker compared to unemployed smoker had a lower chance of low quaility of life (OR=0.711, CI95%: 0.513-0.983).

Conclusion: The results of this study suggest that there are significant differences in quality of life according to the smoking status.

Keywords: Quality of life, SF-8, smoking, Iran

Citation: Mirzaei M khajeh M. **Evaluating the relation between smoking and quality of life among the population of Yazd.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2018; 26(6): 495-507.

[1]Yazd Cardiovascular Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

[2]Department of Biostatistics and Epidemiology Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

***Corresponding author: Tel:** 09138099093, **email:** khajehmohammad95@gmail.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]