

## بررسی نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده دانشجویان در زمینه ترک استعمال قلیان

حمید جوینی<sup>۱</sup>، طاهره دهداری<sup>۲</sup>، محمودرضا گوهری<sup>۳</sup>، حسن غریب نواز<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** عادت قلیان کشیدن در بین جوانان رو به گسترش است و توجه بیشتر به این مسأله ضرورت دارد. هدف مطالعه حاضر، تعیین نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری ادراک شده دانشجویان پسر در زمینه ترک استعمال قلیان در سال ۱۳۹۱ بود.

**روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی و روش کار به این ترتیب بود که پس از تهیه پرسش‌نامه خودساخته و بررسی روایی و پایایی آن، ۹۰ دانشجوی پسر مصرف کننده قلیان که ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند، به صورت نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های  $\chi^2$  و Independent t تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** ۵۸/۹ درصد دانشجویان برای ترک استعمال قلیان برنامه‌ریزی کرده بودند و ۴۱/۱ درصد برای ترک برنامه‌ریزی نداشتند. با این‌که دانشجویان اعتقاد داشتند که ترک قلیان می‌تواند از بسیاری از بیماری‌ها پیشگیری کند؛ اما اعتیادآور نبودن، رفع اضطراب و خستگی و محروم شدن از ارتباط با دوستان قلیانی، مهم‌ترین اعتقادات آنان برای ادامه مصرف قلیان بود. خانواده و سپس جامعه از دانشجویان انتظار داشتند که این عادت را ترک کنند. دانشجویان باور داشتند که موانعی مانند عدم توانایی نه گفتن به تعارف دوستان، ناتوانی در مقابله با وسوسه کشیدن قلیان و سختی صرف نظر کردن از قلیان در محیط‌های تفریحی دوستانه، ترک مصرف قلیان را مشکل می‌کند.

**نتیجه‌گیری:** در طراحی مداخلات جهت ترک قلیان باید بر حذف نگرش‌های مثبت به قلیان و پرورش مهارت‌های نه گفتن، آرام‌سازی و مقابله با وسوسه‌های کشیدن قلیان متمرکز شد.

**واژه‌های کلیدی:** قلیان، دانشجویان، نگرش، کنترل رفتاری درک شده، هنجارهای انتزاعی

**ارجاع:** جوینی حمید، دهداری طاهره، گوهری محمودرضا، غریب نواز حسن. بررسی نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده دانشجویان در زمینه ترک استعمال قلیان. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ۸ (۷): ۱۳۲۱-۱۳۱۱.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۳۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۸/۰۷

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- استادیار، گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
- ۳- دانشیار، گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

Email: [t-dehdari@tums.ac.ir](mailto:t-dehdari@tums.ac.ir)

### مقدمه

مصرف دخانیات یکی از عوامل مهم بیماری، ناتوانی و مرگ زودرس در جهان است (۱، ۲). خطر مرگ و میر در مصرف کنندگان دخانیات ۸۰-۹۰ درصد بیشتر از افرادی است که این مواد را استعمال نمی‌کنند (۳). تنباکو به روش‌های مختلفی از جمله سیگار، قلیان و جویدن مورد استفاده قرار می‌گیرد. هند، ترکیه و ایران اولین استفاده کنندگان از قلیان می‌باشند (۴). مصرف قلیان یک روش قدیمی استعمال دخانیات به شمار می‌رود که در مبدأ آن اختلاف نظر وجود دارد. امروزه این پدیده در بین جوانان به طور وسیعی رواج و محبوبیت یافته است (۵، ۶).

روزانه حدود ۱۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان، قلیان مصرف می‌کنند. حتی در بعضی مناطق شیوع آن بیشتر از استعمال سیگار است. در طول سال‌های اخیر مصرف قلیان گسترش قابل توجهی در اروپا و آمریکای شمالی داشته است. در اکثر کشورها روند صعودی مصرف قلیان با افزایش مصرف توتون‌های میوه‌ای یا طعم‌دار در ارتباط بوده است (۷). در مطالعه‌ای که ترقی‌جاه و همکاران به منظور بررسی شیوع مصرف قلیان و سیگار در دانشجویان انجام دادند، شیوع مصرف قلیان ۴۰/۳ درصد گزارش شد (۸). در بررسی دیگری که توسط مؤمن‌نسب و همکاران صورت گرفت، مصرف قلیان در دانشجویان مراکز آموزش عالی خرم‌آباد ۲۹/۷ درصد بوده است (۹). همچنین در مطالعه دیگری که توسط Almerie و همکاران در سوریه بر روی دانشجویان علوم پزشکی انجام شد، شیوع مصرف قلیان ۲۳/۵ درصد گزارش شده است (۱۰). مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که ترکیبات دود قلیان حاوی مقادیر زیادی از مواد سرطان‌زا از قبیل هیدروکربن‌ها و فلزات سنگین می‌باشد (۱۱، ۱۲). میزان دود تولید شده در قلیان بسیار بیشتر از سیگار است؛ به طوری که یک سیگار در حدود ۶۰۰-۵۰۰ میلی‌لیتر دود تولید می‌کند و دود تولید شده توسط قلیان حدود ۵۰۰۰۰ میلی‌لیتر می‌باشد. دود قلیان حاوی مقدار زیادی مواد سمی در مقایسه با دود سیگار است. مقدار نیکوتین موجود در خون مصرف کنندگان روزانه قلیان در سطح نیکوتین خون افرادی است که روزانه ۱۰ نخ سیگار

مصرف می‌کنند. اگرچه نیاز بیشتری برای بررسی‌های اپیدمیولوژیک وجود دارد، اما مشخص است که استفاده از قلیان با مشکلات مهمی از قبیل سرطان، بیماری‌های قلب و عروق و اعتیاد به نیکوتین مرتبط است (۱۳). در ضمن کشیدن قلیان سبب گسترش بیماری‌های عفونی از طریق اشتراک لوله دهانی آن می‌شود (۱۴).

مطالعات نشان داده‌اند که عوامل متعددی مانند نگرش‌ها و باورهای مختلف در مورد مضرات کمتر قلیان نسبت به سیگار، دسترسی آسان، هزینه پایین و سایر عوامل در شیوع مصرف قلیان نقش دارند (۱۵). چارچوب نظری مورد استفاده در این مطالعه، برای ارزیابی اعتقادات و باورهای دانشجویان در زمینه ترک مصرف قلیان، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده است که یکی از تئوری‌های رایج در مبحث تغییر رفتار و پیش‌بینی رفتارهای سالم می‌باشد. طبق این تئوری، مهم‌ترین تعیین کننده رفتار فرد، قصد رفتاری است. تعیین کننده‌های قصد رفتاری در این تئوری سه عامل نگرش (اعتقاد فرد به نتایج رفتار و ارزشیابی او از این نتایج منجر به شکل‌گیری نگرش می‌شود)، هنجارهای انتزاعی (خود تحت تأثیر اعتقادات فرد در مورد انتظارات دیگران و نیز انگیزه فرد در برآوردن این انتظارات است) و کنترل رفتاری درک شده (شامل درجه احساس فرد در مورد این امر است که انجام یا عدم انجام یک رفتار تا چه حد تحت کنترل ارادی وی می‌باشد و به وسیله دو عامل اعتقادات کنترلی و توانمندی درک شده توصیف می‌شود) می‌باشند. کنترل رفتاری درک شده و قصد به طور مستقیم رفتار را پیش‌بینی می‌کنند. نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده، پیش‌بینی کننده‌های مستقل قصد هستند (۱۶).

مطالعات انجام شده در ایران به طور عمده معطوف به بررسی شیوع مصرف قلیان در بین دانشجویان (۸، ۹) و یا در گروه‌هایی مانند سالمندان و دانش‌آموزان بوده است (۱۷، ۱۸). مطابق با جستجوهای انجام شده توسط محققین پژوهش حاضر، در سطح دنیا در مطالعات اندکی عوامل تعیین کننده مصرف سیگار (و نه قلیان) بر اساس سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده مورد بررسی قرار داده شده است (۲۱-۱۹).

در ضمن در ایران مطالعات محدودی در مورد بررسی ادراکات و اعتقادات و تعیین کننده‌های ترک استعمال قلیان در بین جوانان یا دیگر گروه‌های جمعیتی صورت گرفته است، بنابراین این پژوهش با هدف تعیین نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری ادراک شده دانشجویان پسر مصرف کننده قلیان در زمینه ترک استعمال آن در سال ۱۳۹۱ انجام شد.

## روش‌ها

پژوهش توصیفی-تحلیلی حاضر بر روی ۹۰ دانشجوی پسر ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۱ انجام شد. ابتدا پرسش‌نامه متناسب با اهداف پژوهش در دو بخش تدوین شد. بخش اول مرتبط با عوامل دموگرافیکی (۲۴ سؤال) و بخش دوم بر مبنای سنجش نگرش (اعتقادات رفتاری + ارزشیابی پیامد)، هنجارهای انتزاعی (اعتقادات هنجاری + انگیزش پیروی) و کنترل رفتاری درک شده (اعتقادات کنترل + قدرت درک شده) به صورت غیر مستقیم بود. سازه‌ها به طور کلی در قالب ۲۸ سؤال اندازه‌گیری شدند. نگرش در قالب ۱۰ سؤال، هنجارهای انتزاعی در قالب ۸ سؤال و کنترل رفتاری درک شده نیز در قالب ۱۰ سؤال با مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت سنجیده شد. لازم به ذکر است که در مورد سؤالات پرسش‌نامه، به توافق کامل فرد، نمره ۷ و به عدم توافق وی، نمره ۱ تعلق می‌گرفت. در ضمن تصمیم به ترک یا ادامه مصرف قلیان در قالب یک سؤال (بلی، خیر) مورد سنجش قرار گرفت.

پرسش‌نامه پس از تدوین، در اختیار ۱۶ نفر از دانشجویان قرار داده شد و نظرات اصلاحی آنان در پرسش‌نامه اعمال گردید (اعتبار صوری). پایایی پرسش‌نامه با روش آزمون مجدد و اعتبار پرسش‌نامه با روش سنجش اعتبار محتوی به صورت کمی به وسیله گروهی از متخصصان (۱۰ متخصص آموزش بهداشت) ارزیابی گردید. ضریب همبستگی Spearman به دست آمده از آزمون مجدد (به فاصله ۱۰ روز برای ۱۶ دانشجو) برای سؤالات مرتبط با قصد برابر با  $P = 0/03$  و  $r = 0/78$ ، برای سؤالات مربوط به نگرش (شامل سازه‌های اعتقادات رفتاری و ارزشیابی پیامد) برابر با

برابر با  $P = 0/01$  و  $r = 0/76$  و برای سؤالات مرتبط با کنترل رفتاری درک شده (شامل سازه‌های اعتقادات کنترل و قدرت درک شده) برابر با  $P = 0/01$  و  $r = 0/92$  معنی‌دار بود. نسبت روایی محتوای پرسش‌نامه‌های خودساخته ۰/۹۸ و شاخص روایی محتوای برابر با ۰/۸۱ بود. در مرحله بعد حجم نمونه محاسبه شد. حجم نمونه با توجه به نتایج برگرفته از مطالعه پایلوت (بر ۱۶ دانشجوی مصرف کننده قلیان)، با اطمینان ۹۵ درصد، دقت ۰/۰۵ و با استفاده از فرمول  $(n = Z^2 \sigma^2 / d^2)$ ، ۸۰ نفر محاسبه گردید. با در نظر گرفتن ریزش، در نهایت ۹۰ نفر در این مطالعه شرکت کردند. روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام شد. در مرحله اول ۴ خوابگاه پسرانه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران انتخاب و سپس از هر خوابگاه در حدود ۲۲ دانشجو که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند به صورت تصادفی انتخاب شدند. معیار ورود به پژوهش حاضر شامل: موافقت افراد برای ورود به پژوهش، دانشجو بودن، سکونت در خوابگاه‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران و سابقه مصرف قلیان در ۳ ماه گذشته بود. پس از کسب موافقت دانشجویان برای ورود به پژوهش، پرسش‌نامه برای تکمیل در اختیار آن‌ها قرار داده شد. در ضمن پرسش‌نامه‌ها بدون نام بودند و به نمونه‌ها در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد. موافقت مدیریت خوابگاه و مسؤولین مرتبط نیز اخذ شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) تجزیه و تحلیل شدند. برای تعیین رابطه بین متغیرهای کمی دموگرافیکی با قصد ادامه یا ترک مصرف قلیان از آزمون Independent t استفاده گردید. برای مقایسه قصد ادامه یا ترک مصرف قلیان بر حسب متغیرهای دموگرافی کیفی، از آزمون  $\chi^2$  استفاده شد. در ضمن در مطالعه حاضر، سطح معنی‌داری  $P < 0/05$  در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

دامنه سنی دانشجویان در مطالعه حاضر، ۱۸ تا ۳۰ سال و

( $P = 0/07$ ) با قصد ترک یا ادامه مصرف قلیان در دانشجویان وجود ندارد. همچنین آزمون  $\chi^2$  نشان داد که بین قصد ترک یا ادامه مصرف قلیان با مصرف سیگار در حال حاضر (بلی-خیر) ( $P = 0/01$ ) رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد. در جدول ۱، فراوانی نسبی پاسخ‌های دانشجویان به سؤالات مرتبط با نگرش (شامل سازه‌های اعتقادات رفتاری و ارزشیابی پیامد)، در جدول ۲، فراوانی نسبی پاسخ‌های دانشجویان به سؤالات مرتبط با هنجارهای انتزاعی (شامل سازه‌های اعتقادات هنجاری و انگیزه پیروی) و در جدول ۳ نیز فراوانی نسبی پاسخ‌های دانشجویان به سؤالات مرتبط با کنترل رفتاری درک شده (شامل سازه‌های اعتقادات کنترل و قدرت درک شده) در زمینه ترک استعمال قلیان نشان داده شده است.

### بحث

نتایج مطالعه حاضر پیرامون نگرش دانشجویان مصرف‌کننده قلیان در زمینه ترک استعمال آن نشان داد که اعتیادآور نبودن قلیان یک نگرش مثبت برای ادامه مصرف قلیان در دانشجویان مورد مطالعه شمرده می‌شود. همچنین ۹۴/۴ درصد از مصرف‌کنندگان قلیان، نوع میوه‌ای آن را ترجیح می‌دادند و معتقد بودند نوع میوه‌ای کم‌خطرتر می‌باشد. اعتیادآور نبودن قلیان اعتقاد نادرستی می‌باشد؛ چرا که پس از گذشت زمانی که برای هر فرد متفاوت است، مقدار مصرف بالا می‌رود و وابستگی به قلیان نمایان می‌شود. یک بررسی نشان می‌دهد که بین نگرش و رفتار رابطه مستقیمی وجود دارد (۲۲). به عنوان مثال ترقی‌جاء و همکاران نشان دادند که بین نگرش مثبت نسبت به مصرف سیگار و قلیان با احتمال سیگاری و قلیانی شدن دانشجویان رابطه معنی‌داری وجود دارد (۸).

Maziak و همکاران در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که توتون‌های معطر و میوه‌ای نقش مهمی در محبوبیت و افزایش مصرف قلیان در میان جوانان سوری دارد (۲۳). از دیگر نگرش‌های مثبت نسبت به مصرف قلیان در دانشجویان، کاهش اضطراب و خستگی در پی مصرف آن بود. در مطالعات مشابه نشان داده شده است که احساس لذت از کشیدن سیگار و کاهش اضطراب به واسطه آن، مهم‌ترین عامل مصرف

میانگین سنی آنان  $2/6 \pm 23/4$  سال بود. میانگین رتبه تولد دانشجویان  $2 \pm 3/14$  بود. میزان تحصیلات پدران  $16/7$  درصد نمونه‌ها دانشگاهی،  $28/9$  درصد دبیرستان،  $26/7$  درصد راهنمایی،  $17/8$  درصد ابتدایی و  $10$  درصد بی‌سواد بود. تحصیلات مادران  $10$  درصد نمونه‌ها دانشگاهی،  $13/3$  درصد دبیرستان،  $25/6$  درصد راهنمایی،  $34/4$  درصد ابتدایی و  $16/7$  درصد بی‌سواد بود. شغل مادران  $6/7$  درصد نمونه‌ها کارمند،  $2/2$  درصد آزاد،  $6/7$  درصد بازنشسته و  $83/3$  درصد خانه‌دار بود.  $14/4$  درصد پدران دانشجویان مورد مطالعه دارای شغل کارمند،  $5/6$  درصد بی‌کار،  $8/9$  درصد کارگر و  $50$  درصد شغل آزاد داشتند و  $21/1$  درصد بازنشسته بودند. میانگین تعداد خواهر و برادران دانشجویان مورد مطالعه  $3/63$  گزارش شد.  $46/7$  درصد دانشجویان در مقطع کارشناسی،  $41/1$  درصد در مقطع کارشناسی ارشد،  $1/1$  درصد در دوره دکتری و  $11/1$  درصد در دوره پزشکی عمومی مشغول به تحصیل بودند.  $72/2$  درصد افراد مصرف‌کننده قلیان اظهار داشتند که اولین بار قلیان را با دوستان خود کشیده‌اند.  $35/6$  درصد افراد مصرف‌کننده قلیان اظهار داشتند که اولین بار قلیان را در سفره‌خانه‌های سنتی کشیده‌اند.  $66/7$  درصد دانشجویان مصرف‌کننده قلیان عنوان کردند که در خانواده آنان کسی قلیان نمی‌کشد.  $22/2$  درصد دانشجویان در حال حاضر سیگار می‌کشیدند. در ضمن  $94/4$  درصد از آن‌ها قلیان میوه‌ای را ترجیح می‌دادند.  $58/9$  درصد دانشجویان بیان کردند که قصد دارند قلیان را ترک کنند و  $41/1$  درصد تصمیم به ادامه مصرف آن در آینده داشتند.

آزمون  $\chi^2$  نشان داد که بین مقطع تحصیلی ( $P = 0/50$ )، میزان تحصیلات مادر ( $P = 0/40$ )، میزان تحصیلات پدر ( $P = 0/116$ )، شغل پدر ( $P = 0/20$ ) و شغل مادر ( $P = 0/60$ ) با قصد ترک یا ادامه مصرف قلیان رابطه آماری معنی‌داری وجود ندارد. آزمون Independent t نشان داد که رابطه معنی‌داری بین سن ( $P = 0/11$ )، تعداد خواهر و برادرها ( $P = 0/50$ )، سن شروع مصرف قلیان ( $P = 0/50$ )، تعداد دفعات مصرف قلیان در هفته ( $P = 0/20$ )، سن شروع مصرف سیگار ( $P = 0/26$ )، تعداد نخ سیگار مصرفی در روز

جدول ۱: درصد (فراوانی نسبی) پاسخ‌های دانشجویان به سوالات نگرش در زمینه ترک استعمال قلیان

کاملاً مخالفم	نسبتاً مخالفم	تا حدودی مخالفم	بی‌نظر	تا حدودی موافقم	نسبتاً موافقم	کاملاً موافقم	باورهای رفتاری اگر من مصرف قلیان را ترک کنم:
۵/۶	۶/۷	۴/۴	۳/۳	۲۱/۱	۳۲/۲	۲۶/۷	از بیماری‌های مرتبط با آن پیشگیری خواهم کرد.
۱۴/۴	۳/۳	۱۰/۰	۱۴/۴	۲۸/۹	۱۶/۷	۱۲/۲	از دیدار با دوستانی که همیشه در موقع قلیان کشیدن آن‌ها را می‌دیدم محروم می‌شوم.
۳/۳	۱۰/۰	۱۶/۷	۱۸/۹	۲۵/۶	۱۲/۲	۱۳/۳	می‌توانم اوقات فراغتم را با فعالیت‌های دیگر از قبیل ورزش و مطالعه پر کنم.
۲۲/۲	۳۰	۳۰	۴/۴	۴/۴	۴/۴	۳/۳	قلیان به اندازه مواد مخدر دیگر مانند سیگار اعتیادآور است.
۸/۹	۱۸/۹	۱۷/۸	۱۴/۴	۲۰/۰	۸/۹	۱۱/۱	هنگامی که قلیان می‌کشم، اضطراب و خستگی من برطرف می‌شود.
خیلی نامطلوب	نسبتاً نامطلوب	تا حدودی نامطلوب	بی‌نظر	تا حدودی مطلوب	نسبتاً مطلوب	خیلی مطلوب	ارزشیابی پیامد
۱/۱	۲/۲	۶/۷	۲/۲	۱۸/۹	۱۷/۸	۵۱/۱	پیشگیری از بیماری‌های مرتبط با قلیان محروم شدن از دیدار با دوستانی که موقع قلیان کشیدن آن‌ها را می‌بینم:
۱۴/۴	۱۳/۳	۱۸/۹	۱۲/۲	۱۶/۷	۱۵/۶	۱۲/۲	پر کردن اوقات فراغتم با سایر فعالیت‌ها مانند ورزش و مطالعه روی آوردن به مواد مخدر دیگر مانند سیگار
۵/۶	۳/۳	۱۳/۳	۱۲/۲	۲۲/۲	۲۰/۰	۲۳/۳	رفع اضطراب و خستگی با مصرف قلیان
۴/۴	۴/۴	۸/۹	۱۱/۱	۱۷/۸	۱۳/۳	۴۰/۰	
۱۱/۱	۴/۴	۱۴/۴	۱۳/۳	۲۶/۷	۱۴/۴	۱۵/۶	

جدول ۲: درصد (فراوانی نسبی) پاسخ‌های دانشجویان به سوالات هنجارهای انتزاعی در زمینه ترک استعمال قلیان

کاملاً مخالفم	نسبتاً مخالفم	تا حدودی مخالفم	بی‌نظر	تا حدودی موافقم	نسبتاً موافقم	کاملاً موافقم	باورهای هنجاری
۱/۱	۲/۲	۲/۲	۸/۹	۸/۹	۲۰/۰	۵۶/۷	خانواده‌ام فکر می‌کنند که من باید مصرف قلیان را ترک کنم.
۸/۹	۸/۹	۳۰/۰	۱۳/۳	۱۲/۲	۱۱/۱	۱۵/۶	دوستانم فکر می‌کنند که من باید مصرف قلیان را ترک کنم.
۱۲/۲	۱۴/۴	۱۷/۸	۲۵/۶	۸/۹	۸/۹	۱۲/۲	هم اتاقی‌هایم فکر می‌کنند که من باید مصرف قلیان را ترک کنم.
۶/۷	۷/۸	۱۱/۱	۱۸/۹	۲۵/۶	۷/۸	۲۲/۲	جامعه از من انتظار دارد که مصرف قلیان را ترک کنم.
اصلاً مهم نیست	نسبتاً مهم نیست	تا حدودی مهم نیست	بی‌نظر	تا حدودی مهم	نسبتاً مهم	خیلی مهم	انگیزه پیروی
۳/۳	۲/۲	۶/۷	۵/۶	۱۴/۴	۱۷/۸	۵۰/۰	نظر خانواده برای ترک مصرف قلیان برای من مهم است.
۱۳/۳	۷/۸	۲۸/۹	۲۲/۲	۱۳/۳	۸/۹	۵/۶	نظر دوستان برای ترک مصرف قلیان برای من مهم است.
۲۲/۲	۱۵/۶	۲۲/۲	۱۰/۰	۱۶/۷	۷/۸	۵/۶	نظر هم‌اتاقی برای ترک مصرف قلیان برای من مهم است.
۱۷/۸	۶/۷	۱۳/۳	۱۴/۴	۲۳/۳	۱۴/۴	۱۰/۰	پیروی از انتظارات جامعه در زمینه مصرف قلیان برای من مهم است.

جدول ۳: درصد (فراوانی نسبی) پاسخ‌های دانشجویان به سوالات کنترل رفتاری درک شده در زمینه ترک استعمال قلیان

باورهای کنترل	کاملاً غیر ممکن	نسبتاً غیر ممکن	تا حدودی ممکن	بی‌نظر	تا حدودی غیر ممکن	نسبتاً غیر ممکن	کاملاً غیر ممکن
برای من نه گفتن در پاسخ به تعارف دوستان برای کشیدن قلیان امری است:	۸/۹	۸/۹	۲۷/۸	۱۱/۱	۱۲/۲	۱۴/۴	۱۶/۷
برای من مقابله با وسوسه‌های کشیدن قلیان امری است:	۱۰/۰	۱۸/۹	۲۱/۱	۱۳/۳	۱۵/۶	۱۰/۰	۱۱/۱
برای من صرف نظر کردن از کشیدن قلیان در یک محیط تفریحی دوستانه امری است:	۲۶/۷	۱۵/۶	۲۱/۱	۱۴/۴	۱۱/۱	۷/۸	۳/۳
برای من صرف نظر کردن از ارتباط با دوستانی که من را به کشیدن قلیان ترغیب می‌کنند امری است:	۱۳/۳	۱۲/۲	۱۴/۴	۱۷/۸	۱۸/۹	۱۶/۷	۶/۷
برای من صرف نظر کردن از قلیان کشیدن هنگام خستگی و بی‌حوصلگی امری است:	۷/۸	۱۲/۲	۱۴/۴	۱۱/۱	۶/۷	۱۲/۲	۱۵/۶
قدرت درک شده	خیلی آسان	نسبتاً آسان	تا حدودی آسان	بی‌نظر	تا حدودی مشکل	نسبتاً مشکل	خیلی مشکل
برای من صرف نظر کردن از کشیدن قلیان در برابر تعارف دوستانم امری است:	۲۷/۸	۸/۹	۱۶/۷	۸/۹	۱۳/۳	۲۲/۲	۲/۲
برای من مقابله با وسوسه‌های کشیدن قلیان امری است:	۱۶/۷	۱۳/۳	۷/۸	۵/۶	۲۷/۸	۲۳/۳	۵/۶
اگر خسته و بی‌حوصله باشم، صرف نظر کردن از قلیان کشیدن برایم امری است:	۲۸/۹	۱۳/۳	۲۰/۰	۷/۸	۱۱/۱	۱۱/۱	۷/۸
همیشه	به احتمال خیلی زیاد	به احتمال زیاد	به احتمال بی‌نظر	به احتمال کم	به احتمال خیلی کم	هیچ وقت	
من می‌توانم حتی در یک محیط تفریحی، از کشیدن قلیان صرف نظر کنم	۱۱/۱	۱۱/۱	۷/۸	۲۱/۱	۱۶/۷	۱۷/۸	
من می‌توانم در هر شرایطی از ارتباط با دوستانی که من را به کشیدن قلیان ترغیب می‌کنند صرف نظر کنم.	۱۳/۳	۱۳/۳	۱۷/۸	۱۵/۶	۱۳/۳	۴/۴	

توجه مسؤولین خوابگاه‌های دانشجویی قرار گیرد. نتایج مطالعه نشان داد که ۷۲/۲ درصد دانشجویان اولین بار قلیان را با دوستان خود کشیده‌اند و بنابراین محروم شدن از دیدار با دوستان قلیانی، جزء نگرش‌های مثبت پیرامون ادامه مصرف قلیان گزارش شد. مطالعات نشان داده‌اند، کسانی که دوست یا همکلاسی سیگاری دارند، ۱۰ برابر بیشتر از افرادی که دوست سیگاری ندارند، سیگاری می‌شوند (۲۶، ۲۷). با توجه به نتایج بالا می‌توان ادعان نمود که دانشجویان، نگرش‌های مثبتی درباره قلیان دارند و این امر احتمال ترک استعمال آن

سیگار در دانشجویان می‌باشد (۲۴). در ضمن مطالعات مختلف نشان داده‌اند که مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی، مهم‌ترین عامل گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر می‌باشد؛ به طوری که جوانان برای کاهش این مشکلات به مواد مخدر روی می‌آورند (۲۵).

بررسی دقیق و همه جانبه علل استرس و اضطراب در جمعیت دانشجویان و آموزش مهارت‌های لازم جهت حل مشکلات روان‌شناختی به این گروه، موضوعی است که باید در جهت پیشگیری از مصرف مواد دخانی مانند قلیان، مورد

توجه به شرایط خاص خود از جمله سکونت در خوابگاه، دوری از خانواده، تنهایی و نبود نظارت والدین، آسیب‌پذیری دانشجویان را نسبت به مصرف سیگار و سایر مواد دخانی افزایش می‌دهد (۳۳).

با توجه به این‌که خانواده‌های دانشجویان نقش اساسی در کنترل معاشرت فرزندان و توجه به نیازهای عاطفی و مادی آنان دارند، بنابراین آموزش خانواده‌ها از طریق رسانه‌های گروهی پیرامون داشتن نقش محوری در گرایش به قلیان و مضرات آن و توجه بیشتر خانواده‌ها به معاشرت فرزندان خود با افراد استعمال‌کننده مواد دخانی (مانند قلیان) امری است که باید در برنامه‌ریزی‌های رسانه‌ها مورد توجه قرار داده شود. نتایج مطالعه حاضر همچنین نقش جامعه را در زمینه شروع یا ترک استعمال قلیان برجسته نمود. قابل ذکر است که قلیان نسبت به سایر مواد دخانی به سهولت و فراوانی بیشتری در سطح رستوران‌ها، قهوه‌خانه‌های سنتی و سایر مکان‌ها در دسترس دانشجویان قرار دارد و همچنین قبح اجتماعی آن نسبت به سایر مواد مخدر کمتر است. به همین دلیل افراد و به ویژه جوانان، خیلی آسان به مصرف آن روی می‌آورند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ۵۹ درصد از دانشجویان اولین بار در سفره‌خانه‌های سنتی و قهوه‌خانه‌ها قلیان کشیده‌اند. در مطالعه‌ای که توسط Maziak و همکاران در سوریه انجام شد، مصرف قلیان در جوانان به طور عمده در خارج از خانه و برای گذراندن اوقات فراغت گزارش شد (۳۴).

با این‌که در سال ۱۳۷۴ مصوبه ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی مانند رستوران‌ها ابلاغ شد و در سال ۱۳۸۱ به اجرای آن تأکید گردید، اما در مطالعه‌ای توسط حیدری و همکاران گزارش شد که در سال ۱۳۸۸ از حدود ۴۵۸ رستوران و غذاخوری در شهر تهران، ۱۳ درصد علامت ممنوعیت استعمال دخانیات نداشتند، در ۳۰ درصد این اماکن، زیرسیگاری و در ۱۲ درصد آن‌ها، محل مخصوص استعمال دخانیات وجود داشت. در ۲۹ درصد موارد، متصدیان این اماکن واکنشی در برابر سیگار کشیدن مشتری‌ها نشان نمی‌دادند. همه متصدیان این اماکن از ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی آگاه بودند و ۵۰ درصد این قانون را

را کاهش می‌دهد؛ به گونه‌ای که نتیجه مطالعه حاضر نشان داد که بین میانگین نمره نگرش با قصد ترک یا ادامه مصرف قلیان در آینده رابطه معنی‌داری وجود داشت، بدین معنی که با افزایش نمره نگرش مثبت به مصرف قلیان، قصد ترک استعمال آن کاهش می‌یافت. این مسأله لزوم ارایه آموزش‌های لازم به دانشجویان (به خصوص دانشجویان جدیدالورود) و تغییر نگرش‌های مثبت آنان (به ویژه تأکید بر اعتیادآور بودن قلیان، تأکید بر روش‌های حل اضطراب و استرس، عدم معاشرت با دوستان قلیانی و یادگیری مهارت نه گفتن برای مصرف قلیان) به مصرف قلیان در سطح خوابگاه‌های دانشجویی را نشان می‌دهد.

نتایج مطالعه حاضر پیرامون هنجارهای انتزاعی دانشجویان مصرف‌کننده قلیان در زمینه ترک استعمال آن نشان داد که برای دانشجویان، نظر خانواده و جامعه برای ترک قلیان از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد. این موضوع نشان دهنده تأثیرات شکرگرف نقش خانواده در شروع مصرف مواد دخانی مانند قلیان و همچنین ترک استعمال این مواد در جوانان می‌باشد. همچنان که Kardia و همکاران، اعتیاد والدین را از عوامل پیش‌بینی‌کننده گرایش و وابستگی به مواد در جوانان معرفی کردند (۲۸). همچنین اعظمی و همکاران، رابطه معنی‌داری بین داشتن سابقه خانوادگی مصرف مواد اعتیادآور و گرایش جوانان به مواد مخدر پیدا کردند (۲۹).

در بررسی دیگری که توسط Tilson و همکاران صورت گرفت، نشان داده شد که ارتباط مناسب بین والدین و فرزندان و وجود فضای آرام و خالی از تنش در خانواده، نقش محافظتی در پیشگیری از گرایش جوانان به مصرف سیگار و قلیان ایفا می‌کند (۳۰). همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ۳۳/۳ درصد از خانواده‌های دانشجویان مورد مطالعه، قلیان می‌کشیدند. در مطالعه مجیدپور و همکاران گزارش شد که ۱۷ درصد از خانواده‌های دانشجویان علوم پزشکی اردبیل، سیگار مصرف می‌کنند (۳۱). در بررسی دیگری که توسط Flay و همکاران انجام گردید، نشان داده شد که داشتن والدین سیگاری، پیش‌بینی‌کننده کشیدن سیگار در دانش‌آموزان می‌باشد (۳۲). مطالعات نشان داده‌اند که دوران دانشجویی با

ذکر است که پرکردن اوقات فراغت دانشجویان با پرداختن به فعالیت‌های سالم مانند ورزش، انجام اقدامات زیرساختی توسط مسئولین دانشگاه مانند ارائه لوازم و فضای ورزشی کافی در خوابگاه‌های دانشجویی، برگزاری مراسم، فعالیت‌های جمعی و اردوهای تفریحی، از جمله اقدامات عملی مناسب برای افزایش موارد ترک استعمال قلیان در دانشجویان می‌باشند.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، حجم نمونه به نسبت پایین و عدم مطالعه اعتقادات دانشجویان غیر خوابگاهی و همچنین دانشجویان دختر است. پیشنهاد می‌شود در آینده، قصد، نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده این گروه‌ها نسبت به ترک استعمال قلیان در قالب مطالعات گسترده‌تری مورد سنجش قرار گیرد. همچنین شناخت تعیین کننده‌های ترک یا ادامه مصرف قلیان بر اساس سازه‌های سایر الگوهای تغییر رفتار مانند الگوی اعتقاد بهداشتی، تئوری مراحل تغییر، تئوری انگیزش محافظت و ... توصیه می‌گردد.

### نتیجه‌گیری

در طراحی مداخلات جهت ترک مصرف قلیان در دانشجویان پسر باید بر حذف نگرش‌های مثبت به قلیان و پرورش مهارت‌های نه گفتن، آرام‌سازی و مقابله با وسوسه‌های کشیدن قلیان متمرکز شد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه طرح تحقیقاتی تحت عنوان «طراحی و ارزشیابی برنامه آموزشی بر مبنای تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده جهت کاهش مصرف قلیان در دانشجویان پسر خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۱» مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در سال ۱۳۹۱ به کد ۱۷۶۶-۶۲-۰۲-۹۱ می‌باشد که با حمایت دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا گردید.

سودمند می‌شمردند. آن‌ها پیشنهاد کردند که حساس بودن مسئولین به اجرای فضای بدون دخانیات و اعمال جرایم و نیز پیگیری جهت آگاه‌سازی عمومی درباره حق افراد غیر سیگاری به تنفس هوای عاری از دود سیگار می‌تواند در رسیدن به هدف نهایی برنامه کنترل دخانیات در اماکن عمومی کمک کننده باشد (۳۵).

همچنین تحقیقات صورت گرفته بر روی تقاضای سیگار حاکی از آن است که نوسانات قیمت یکی از عوامل مؤثر بر تقاضای مواد دخانی مانند سیگار می‌باشد (۳۶). به طور مثال، بررسی‌های انجام شده در ایران نشان می‌دهد که اگر قیمت سیگار بالا رود، مصرف آن تا حد زیادی کاهش می‌یابد (۳۷). مطالعه رضایی و همکاران نشان داد که در دسترس بودن و قیمت ارزان سیگار، از عوامل مهم گرایش نوجوانان به مصرف سیگار می‌باشد (۳۸). یکی از اقدامات برجسته برای کاهش مصرف مواد دخانی مانند قلیان می‌تواند افزایش قیمت تنباکو و اخذ مالیات بیشتر در زمینه تولید و فروش آن باشد که باید مورد توجه مسئولین ذی‌ربط قرار گیرد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که عدم توانایی نه گفتن به تعارف دوستان، ناتوانی در مقابله با وسوسه کشیدن قلیان و سختی صرف نظر کردن از قلیان کشیدن در محیط‌های تفریحی دوستانه، از دلایل ادامه استعمال قلیان بود. باقیانی مقدم و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که عدم قدرت نه گفتن به دیگران، عامل مهمی در گرایش به اعتیاد در جوانان می‌باشد (۳۹). مطالعات نشان می‌دهند، افرادی که دارای اعتماد به نفس و کنترل فردی پایین هستند، بیشتر تحت تأثیر دیگران برای مصرف قلیان قرار می‌گیرند (۴۰، ۴۱). بنابراین اگر مهارت‌هایی در جهت افزایش ظرفیت افراد در پاسخگویی قاطع در برابر تعارف آن‌ها به مصرف قلیان ایجاد شود، از میزان مستعد بودن در برابر تأثیرات اجتماعی کاسته شده و احتمال گرفتار شدن آن‌ها در اعتیاد به مواد مخدر کمتر خواهد بود. همچنین یادگیری استراتژی‌های کاهش اضطراب و استرس می‌تواند احساس خودکارآمدی دانشجویان برای ترک استعمال قلیان را افزایش دهد. قابل



## References

1. World health organization. Why is tobacco a public health priority? [Online]. 2004; Available from: URL: <http://www.who.int/tobacco/about/en/>
2. Differences in worldwide tobacco use by gender: findings from the Global Youth Tobacco Survey. *J Sch Health* 2003; 73(6): 207-15.
3. Aryanpour M, Sharifi H. Smoking. 1<sup>st</sup> ed. Tehran, Iran: Baraye Farda Publication; 2003. p. 14-21.
4. Kiter G, Ucan ES, Ceylan E, Kilinc O. Water-pipe smoking and pulmonary functions. *Respir Med* 2000; 94(9): 891-4.
5. Kandela P. Nargile smoking keeps Arabs in Wonderland. *Lancet* 2000; 356(9236): 1175.
6. Hadidi KA, Mohammed FI. Nicotine content in tobacco used in hubble-bubble smoking. *Saudi Med J* 2004; 25(7): 912-7.
7. Rastam S, Ward KD, Eissenberg T, Maziak W. Estimating the beginning of the waterpipe epidemic in Syria. *BMC Public Health* 2004; 4: 32. [In Persian].
8. Taraghi Jah S, Hamdiye M, Yaghubi M. Predictor factors of shisha in Government University. *Pajouhesh Dar Pezeshki* 2011; 34(4): 249-56.
9. Moemen Nasab M, Najafi SS, Kaveh MH, Ahmadpoor F. Prevalence of risk behavior in students of academy centers of Khoramabad city in 2005. *Yafteh* 2006; 8(2): 23-30. [In Persian].
10. Almerie MQ, Matar HE, Salam M, Morad A, Abdulaal M, Koulsi A, et al. Cigarettes and waterpipe smoking among medical students in Syria: a cross-sectional study. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12(9): 1085-91.
11. Shihadeh A. Investigation of mainstream smoke aerosol of the argileh water pipe. *Food Chem Toxicol* 2003; 41(1): 143-52.
12. Sepetdjian E, Shihadeh A, Saliba NA. Measurement of 16 polycyclic aromatic hydrocarbons in narghile waterpipe tobacco smoke. *Food Chem Toxicol* 2008; 46(5): 1582-90.
13. Primack BA, Walsh M, Bryce C, Eissenberg T. Water-pipe tobacco smoking among middle and high school students in Arizona. *Pediatrics* 2009; 123(2): e282-e288.
14. Knishkowsky B, Amitai Y. Water-pipe (narghile) smoking: an emerging health risk behavior. *Pediatrics* 2005; 116(1): e113-e119.
15. Martinasek MP, McDermott RJ, Martini L. Waterpipe (hookah) tobacco smoking among youth. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2011; 41(2): 34-57.
16. USF. Theory of reasoned action / Theory of planned behavior community and family health, university of south Florida 1999. Available from: URL: <http://hnc.usf.edu/kmbrown/TRA-TPB-Interactive-outline.htm>, 1999. 2013.
17. Momenan AA, Sarbandi Zaboli F, Etemadi A, Azizi F. Pattern of waterpipe (ghalyan) use among intermediate and high school students: a cross-sectional study in Tehran, Iran. *Payesh* 2007; 6(2): 135-44. [In Persian].
18. Agha Mollayi T, Zare SH. Cigarette and hookah using pattern in over-15 population of bandar abbas, a population based study. *Hormozgan Med J* 2008; 11(4): 241-6.
19. Grenard JL, Guo Q, Jasuja GK, Unger JB, Chou CP, Gallaher PE, et al. Influences affecting adolescent smoking behavior in China. *Nicotine Tob Res* 2006; 8(2): 245-55.
20. Harakeh Z, Scholte RH, Vermulst AA, de VH, Engels RC. Parental factors and adolescents' smoking behavior: an extension of The theory of planned behavior. *Prev Med* 2004; 39(5): 951-61.
21. Guo Q, Johnson CA, Unger JB, Lee L, Xie B, Chou CP, et al. Utility of the theory of reasoned action and theory of planned behavior for predicting Chinese adolescent smoking. *Addict Behav* 2007; 32(5): 1066-81.
22. Namdar H, Arshadi M, Ebrahimi H, Sahebi Hagh MH. Nursing students' attitude toward mental illnesses. *Iran J Nurs Res* 2009; 3(10-11): 15-21.
23. Maziak W, Eissenberg T, Rastam S, Hammal F, Asfar T, Bachir ME, et al. Beliefs and attitudes related to narghile (waterpipe) smoking among university students in Syria. *Ann Epidemiol* 2004; 14(9): 646-54.
24. Ansari R, Khosravi A, Mokhtari M. Prevalence and cause of smoking in the medicine students. *Koomesh* 2007; 9(1): 21-6. [In Persian].
25. Moulavi P, Rasoulzadeh B. A study of the factors of drug abusetendency in the young population of the city of Ardabil. *J Fundam Ment Health* 2004; 6(21-22): 49-55. [In Persian].
26. National Cancer Institute (U.S.). Changing adolescent smoking prevalence: where it is and why. Washington, DC: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 2001.
27. Chen KT, Chen CJ, Fagot-Campagna A, Narayan KM. Tobacco, betel quid, alcohol, and illicit drug use among 13- to 35-year-olds in I-Lan, rural Taiwan: prevalence and risk factors. *Am J Public Health* 2001; 91(7): 1130-4.

28. Kardia SL, Pomerleau CS, Rozek LS, Marks JL. Association of parental smoking history with nicotine dependence, smoking rate, and psychological cofactors in adult smokers. *Addict Behav* 2003; 28(8): 1447-52.
29. Azami A, Mohammadi MA, Masoumi R. Tendency to narcotics among people over ten years of age in ardabil province, 2002. *J Ardabil Univ Med Sci* 2005; 5(15): 16-21. [In Persian].
30. Tilson EC, McBride CM, Lipkus IM, Catalano RF. Testing the interaction between parent-child relationship factors and parent smoking to predict youth smoking. *J Adolesc Health* 2004; 35(3): 182-9.
31. Majidpour A, Hamidzadeh Arbabi Y, Abbasgholizadeh N, Noursalehi E. Prevalence and causes of tendency to cigarette smoking among students in ardabil university of medical sciences. *J Ardabil Univ Med Sci* 2005; 5(3): 266-70. [In Persian].
32. Flay BR, Hu FB, Richardson J. Psychosocial predictors of different stages of cigarette smoking among high school students. *Prev Med* 1998; 27(5 Pt 3): A9-18.
33. Reed MB, Wang R, Shillington AM, Clapp JD, Lange JE. The relationship between alcohol use and cigarette smoking in a sample of undergraduate college students. *Addict Behav* 2007; 32(3): 449-64.
34. Maziak W, Eissenberg T, Ward KD. Patterns of waterpipe use and dependence: implications for intervention development. *Pharmacol Biochem Behav* 2005; 80(1): 173-9.
35. Heydari Gh, Ramazankhany A, Talis Chei F, Masjedi M. Evaluation of the smoking ban in public places (restaurants) in Tehran in 2009. *J Med Counc I R Iran* 2009; 27(4): 423-30. [In Persian].
36. Dehdari T, Ramazankhany A, Zarghi A. Principles of health promotion. 1<sup>st</sup> ed. Tehran, Iran: Nazari publication; 2010. p. 23-6. [In Persian].
37. Gorji A, Mohammadi T, Hosseini L. Cigarette Price and Smoking Rate in 1983-2005 Period in Iran. *J Health Adm* 2010; 12(38): 31-6. [In Persian].
38. Rezaei F, Majdzadeh SR, Nejat S, Golestan B. Motives for cigarette smoking in 13- to 15-year-old boys a qualitative study. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2008; 5(4): 25-33. [In Persian].
39. Baghiani Moghadam Mh, Fazel Poor Sh, Rahai Z. A comparison of addicts and non-addicts viewpoint on causes of tendency to addiction. *Toloo-E-Behdasht* 2009; 7(3-4): 40-8. [In Persian].
40. Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Tortu S, Botvin EM. Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a 3-year study. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58(4): 437-46.
41. Carroll KM, Budney AJ, Higgins ST, National Institute on Drug Abuse. *Therapy Manuals for Drug Addiction*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse; 1998.

## The Survey of Attitudes, Subjective Norms and Perceived Behavioral Control of College Students about Hookah Smoking Cessation

Hamid Joveyni<sup>1</sup>, Tahereh Dehdari<sup>2</sup>, Mahmood Reza Gohari<sup>3</sup>,  
Hasan Gharibnavaz<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Smoking hookah habit among the young is rising and it is necessary to pay more attention to this problem. This study aimed to determine the attitude, subjective norms and perceived behavioral control of mail students about hookah smoking cessation in 2012.

**Methods:** This study was descriptive-analytical. After designing and assessing validity and reliability of questionnaires, 90 male hookah smoker students who were resident in the dormitories of Tehran University of Medical Sciences were selected by multistage sampling method. The students were asked to fill out questionnaires. The data were analyzed by SPSS software using chi-square test and independent sample t-test.

**Findings:** The results showed that %58.9 of subjects planned to quit. Although students believed that hookah smoking cessation can prevent many diseases, beliefs such as being non-addictive, reducing anxiety and fatigue, and being worry about break off relation with friends who smoke hookah were their major reason for continuing hookah smoking. Family and community expected students to quit hookah smoking. Students expressed that barriers such as not being able to say 'no' against their friends' offers, being difficult to overcome hookah smoking temptations as well as not to smoke hookah in the recreational and friendly environments, make it more difficult to stop.

**Conclusion:** The design of interventions for smoking hookah cessation among college students can be focused on eliminating positive attitudes about hookah and developing skills to say 'no', relaxation and coping with smoking hookah temptations.

**Key words:** Hookah, College Students, Attitude, Subjective Norms, Perceived Behavioral Control

**Citation:** Joveyni H, Dehdari T, Gohari MR, Gharibnavaz H. **Attitudes, Subjective Norms, and Perceived Behavioral Control of College Students about Hookah Smoking Cessation.** J Health Syst Res 2013; 8(7): 1311-21.

Received date: 28/10/2012

Accept date: 19/01/2013

- 1- MSc Student, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 2- Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: Email: t-dehdari@tums.ac.ir
- 3- Associate Professor, Department of Biostatistics, Hospital Management Research Center, School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 4- MSc Student, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran