

وضعیت مصرف الکل بر اساس خوداظهاری در کارکنان محیط‌های صنعتی ایران

بهزاد دمازی^۱، مریم چگینی^۲، ایرج اسماعیلی^۳، حمید صرامی^۴، حسین المدنی^۵، هومن نارنجی‌ها^۶، فریما مینائی^۷، مهین احمدی پیشکوهی^۸

^۱دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه آموزشی و تحقیقاتی حکمرانی و سلامت، پژوهشکده علوم اعصاب، تهران، ایران

^۲دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، دپارتمان آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۳پزشک عمومی، دبیر شورای تحقیقات اداره زندان‌های استان تهران، تهران، ایران

^۴مدیرکل دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر، پژوهشگر ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران، ایران

^۵کارشناس ارشد روانشناسی، پژوهشگر وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، تهران، ایران

^۶پزشک عمومی و پژوهشگر حوزه اعتیاد، تهران، ایران

^۷متخصص پزشکی اجتماعی، پژوهشگر، دپارتمان مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، تهران، ایران

^۸دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی مرکز تحقیقات روش‌های پیشرفته و کم‌تهاجمی بیمارستان پارس، بیمارستان پارس، تهران، ایران

نویسنده رابط: مهین احمدی پیشکوهی، نشانی: تهران، میدان ولیعصر، بلوار کشاورز، خیابان عبدالله زاده، کوچه رستاک، پلاک ۱۰، مرکز آموزشی-پژوهشی بیمارستان پارس.

تلفن: ۰۲۱-۸۸۹۵۲۰۳۵؛ پست الکترونیک: mahin.ahmadipishkuhi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۱/۲۲؛ پذیرش: ۹۸/۰۷/۰۶

مقدمه و اهداف: مصرف الکل در میان کارکنان مشاغل مختلف منجر به بروز مشکلات متعددی می‌شود لذا به سبب اهمیت موضوع، این مطالعه باهدف بررسی جامع شیوع مصرف الکل در میان کارکنان مشاغل صنعتی انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر پژوهشی توصیفی مقطعی است. داده‌ها از طریق مصاحبه پرسشگر آموزش دیده بر مبنای پرسشنامه ساختارمند و بر اساس خوداظهاری شرکت‌کنندگان گردآوری شدند. شرکت‌کنندگان مطالعه شامل ۱۳۱۲۸ نفر از کارکنان سراسر کشور بوده که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و بر اساس جمعیت شاغلین کارگری و مراکز صنعتی هر استان انتخاب شدند. داده‌ها پس از تجزیه و تحلیل به تفکیک شیوع مصرف در ۳۱ استان کشور گزارش گردید.

یافته‌ها: در وضعیت خوش‌بینانه، کارکنان استان‌های اردبیل (۱۰/۷٪)، کرمانشاه (۱۰/۶٪) و گیلان (۷/۱٪) بالاترین فراوانی مصرف الکل را گزارش داده بودند. میانگین کشوری شیوع مصرف فعلی در کارکنان ۲/۳٪ بوده و فراوانی شیوع مصرف الکل در طول عمر کارکنان تا ۱۲/۴٪ می‌رسد.

نتیجه‌گیری: داده‌های این مطالعه با تکیه بر خوداظهاری شرکت‌کنندگان گردآوری شده لذا نرخ شیوع برآورد شده به‌صورت خوش‌بینانه و پایین‌تر از وضعیت واقع‌بینانه تلقی می‌گردد. بر اساس یافته‌ها، در محیط‌های کاری کشور به‌ویژه در استان‌های اردبیل، کرمانشاه و گیلان نیاز به سیاست‌گذاری و مداخله جهت کاهش شیوع مصرف الکل و به حداقل رساندن صدمات ناشی از آن احساس می‌شود.

واژگان کلیدی: شیوع، مراکز صنعتی، مصرف الکل

مقدمه

مصرف الکل یکی از معضلات جدی در محیط‌های شغلی به شمار می‌رود که شیوع آن در جوامع اروپایی تا ۲۰ درصد گزارش شده است. ازجمله مشکلات ناشی از آن، غیبت از کار، کاهش نرخ کارآمدی، بروز رفتارهای غیرقابل‌پیش‌بینی و مخرب حین کار و ایجاد خسارت به تجهیزات محیط کار هستند. بعلاوه، بر اساس استنباط‌های محرز از شیوع این پدیده در محیط‌های کاری و صنعتی، تبعاتی از قبیل افت عملکرد فکری و حرکتی، کاهش تعهد فرد نسبت به شغل خود، اخراج کارکنان باسابقه و باتجربه، حوادث و سوانح به دنبال خواهد داشت (۱). همچنین بر

اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت از بار بیماری‌ها در سال ۲۰۱۴، مصرف الکل ۵/۱٪ از سال‌های ازدست‌رفته عمر به دلیل ناتوانی (DALY) (۱) و ۵/۹٪ از مرگ‌ها را به خود اختصاص داده است (۲-۳). میزان شیوع مصرف الکل در محیط‌های کاری در هر کشور متفاوت است. بر اساس یافته‌های مطالعه Berry حدود ۸٪ از کارگران استرالیایی حداقل یک‌بار در هفته الکل مصرف می‌کنند همچنین حدود ۱۷٪ از آن‌ها یک‌بار در سال و ۱۸/۳٪ از آن‌ها نیز

^۱ Disability Adjusted Life Years

جامعه آماری پژوهش حاضر مشتمل بر کلیه کارکنان مراکز صنعتی کشور است که لیست آن‌ها با همکاری اداره کل کار و امور اجتماعی به دست آمد؛ انتخاب نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بر اساس جمعیت شاغلین کارگری و مراکز صنعتی استان‌ها بود. حجم نمونه حداقل برای برآورد در هر استان، با آلفای ۵ درصد و شیوع ۱۰ درصد و دقت ۴ درصد بر اساس فرمول زیر در هر استان برابر ۲۰۰ نمونه است که مجموع نمونه‌های ۳۱ استان برابر با ۶۲۰۰ نمونه می‌شود. حجم نمونه محاسبه‌شده جهت در نظر گرفتن طرح خوشه‌ای مطالعه، در اثر طرح معادل ۱,۹ ضرب گردید که حدود ۱۲۰۰۰ نفر شد. در مرحله بعد حجم نمونه با توجه به نرخ پاسخگویی پیش‌بینی‌شده (۰,۸۸) تعدیل گردید که نهایتاً حجم نمونه ۱۳۵۰۰ نفر در مجموع استان‌ها به دست آمد. حجم نمونه مورد نیاز در هر استان با رویکرد نمونه‌گیری وزنی و بر اساس جمعیت شاغلین در هر استان محاسبه گردید و بنابراین، حجم نمونه در هر استان به تعداد کل حجم نمونه متناسب با تعداد کارگران هر استان به جمعیت کل کارگران کشور بوده است.

نحوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود، به نحوی که کارگاه‌های صنعتی دارای کارکنان زیر ۱۰ نفر به دلیل محدودیت اطلاعات در خصوص این دسته، از مطالعه خارج شدند و کارگاه‌ها به دو سرخوشه (۱) دارای کارکنان ۱۰ تا ۵۰ نفر (۲) کارکنان بیش از ۵۰ نفر تقسیم شدند و خوشه کارگاه‌های بیش از ۵۰ نفر به زیرخوشه‌های کارگاه‌های ۵۰ تا ۹۹ نفر، ۱۰۰ تا ۵۰۰ نفر، ۵۰۱ تا ۱۰۰۰ نفر و بیشتر از ۱۰۰۰ نفر تقسیم شدند. در کارگاه‌های ۱۰ تا ۵۰ نفر کلیه افراد آنان مورد بررسی قرار گرفتند و اگر تعداد افراد کمتر یا بیشتر از تعداد اعلام‌شده بودند بازم تمام افراد مورد بررسی قرار گرفتند. در کارگاه‌های ۵۰ نفر و بیشتر در هر کارگاه (بدون در نظر گرفتن تعداد افراد) ۲۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند، لیست افراد تهیه شد. لیست اعداد تصادفی از روی جدول اعداد تصادفی انتخاب و برای هر کارگاه با توجه به تعداد نفرات (کمتر از ۱۰۰، بین ۱۰۰ تا ۹۹۹ و بیشتر از ۱۰۰۰) اعداد مناسب انتخاب و در دسترس پرسشگران قرار گرفت و در هر کارگاه از روی ردیف و شماره افراد در لیست انتخاب انجام شد.

این مطالعه جزئی از طرح ملی بزرگ‌مقیاس برای تعیین شیوع مصرف مواد مخدر، محرک و الکل بوده است (۸). ابزار اندازه‌گیری مورداستفاده پرسشنامه بود که بر اساس اهداف طرح و پرسشنامه‌های ملی موجود تدوین شد. در این پرسشنامه استانداردهای بین‌المللی و نظر متخصصین و ناظران طرح نیز

حداقل سالی یک‌مرتبه از مشروبات الکلی استفاده می‌کنند (۴). البته میزان شیوع مصرف در مشاغل گوناگون، تفاوت دارد. به‌عنوان مثال نوع شغل، وضعیت استخدام و وضعیت کار، جنس مرد، مشاغل یدی، دریافت دستمزد ساعتی از جمله عوامل تأثیرگذار بر مصرف الکل در میان کارگران تایوانی محسوب می‌شوند (۵).

در ایران، مصرف تفننی الکل تا کمتر از ۱۰٪ در میان مردان جوان در مناطق مختلف کشور گزارش شده و شیوع وابستگی به مصرف در سال ۲۰۱۰ حدود ۰/۲٪ بوده است. البته به سبب محدودیت قانونی در مصرف مشروبات الکلی، اکثر موارد مصرف الکل در ایران به‌صورت پنهانی بوده و گزارش و ثبت نمی‌شوند (۲). تاکنون مطالعات محدودی در خصوص شیوع مصرف الکل در ایران انجام شده که غالب آن‌ها در میان دانش آموزان و یا دانشجویان بوده است (۶). لیکن پیش‌از این مطالعه‌ای در خصوص شیوع شناسی مصرف الکل در جوامع شغلی کشور اجرانشده بوده است و اطلاعی از میزان مصرف مواد و الکل در جمعیت کارگری محیط‌های کاری در کشور در دست نیست (۷).

به همین سبب این مطالعه باهدف بررسی وضعیت مصرف الکل بر اساس خوداظهاری در کارکنان محیط‌های صنعتی کشور انجام شده است. ایران کشور گسترده ایست که به‌منظور هماهنگی در امور توسعه‌ای بین‌استانی و در راستای متمرکز کردن منابع و ایجاد فرصت‌های مناسب برای شهرهای متوسط، کوچک و مناطق روستایی و تدوین سیاست‌های توسعه منطقه‌ای، به ده منطقه آمایشی تقسیم گردیده است که هر منطقه تعدادی استان را تحت پوشش قرار می‌دهد. در این مطالعه به بررسی شیوع الکل به تفکیک استان‌های کشور پرداخته‌شده تا تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی برای اجرای مداخلات و سیاست‌گذاری بر اساس نتایج تسهیل گردد.

روش کار

این بررسی، یک مطالعه توصیفی مقطعی است که از آذر ۱۳۹۲ آغاز و به مدت یک سال ادامه یافت. این بررسی برای برآورد شیوع مصرف مواد زیان‌آور از جمله الکل در بین کارکنان مراکز صنعتی کشور انجام شده است. داده‌ها از طریق مصاحبه پرسشگر آموزش‌دیده بر مبنای پرسشنامه ساختارمند گردآوری شدند. جهت اجرای مطالعه، ۳۷ نفر به‌عنوان پرسشگران مرد و ۲۹ نفر به‌عنوان پرسشگران زن در سطح استان‌ها تعیین گردیدند و توسط تیم پژوهش آموزش داده شدند.

در مجموع ۱۳۱۲۸ نفر از نمونه‌ها در مطالعه شرکت کردند و نرخ پاسخگویی مطالعه برابر با ۹۷/۲٪ به دست آمد. خصوصیات جمعیت شناختی افراد در جدول ۱ گزارش شده است. محدوده و میانگین (انحراف معیار) سن افراد به ترتیب ۸۲-۱۴ سال و 36 ± 8 سال بود. در میان شاغلین شرکت‌کننده ۱۲۰۷۷ نفر مرد و ۱۰۵۱ نفر زن بودند. مصرف فعلی الکل بر اساس خوداظهاری در مجموع برابر ۲/۳٪ است. مصرف فعلی الکل بر اساس خوداظهاری در مردان برابر ۲/۵٪ و در زنان برابر ۰/۵٪ است. در جدول ۲ شیوع مصرف الکل در محیط‌های شغلی را به تفکیک استان نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌ها، شیوع مصرف الکل در شاغلین شهرهای اردبیل (۱۰/۷٪)، کرمانشاه (۱۰/۶٪) و گیلان (۷/۱٪) بوده است. استان‌های چهارمحال و بختیاری، لرستان، هرمزگان، سمنان، کردستان، ایلام، بوشهر، کهگیلویه و بویراحمد، کرمان، خراسان رضوی و شمالی کمترین شیوع مصرف الکل در میان شاغلین را دارا هستند.

جدول ۳ وضعیت مصرف فعلی الکل بر اساس خوداظهاری را به تفکیک نوع کار نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بیشترین شیوع در نوع کار نقلیه (۳٪) و کمترین شیوع در نوع کار فنی (۱/۸٪) است. بر اساس خوداظهاری شاغلین، درصد قابل‌توجهی (۱۲/۴٪) در طول عمرشان سابقه مصرف الکل داشته‌اند و ۴/۷٪ از آن‌ها در طول سال گذشته از زمان مرجع پرسشگری، الکل مصرف کرده بودند.

لحاظ گردید و روایی و پایایی پرسشنامه مصرف الکل با نظر آنان سنجیده شد و روایی و پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ تأیید شد. اطلاعات جمعیت شناختی همراه با اقتباسی از پرسشنامه‌های قبلی ارزیابی سریع سوءمصرف مواد در کشور در ابتدای پرسشنامه وارد شد و سپس به الگوهای مصرف مواد گوناگون و از جمله الکل پرداخته شد. با توجه به حساس بودن موضوع مصرف الکل در جامعه ایرانی، در یافته‌ها با خطای برآورد ناشی از تورش مطلوبیت اجتماعی مواجه بودیم که این خطای برآورد، شامل دو مؤلفه «اریبی پاسخ» و «واریانس پاسخ» است. اریبی پاسخ، از طریق مقایسه برآوردهای حاصل از مطالعه حاضر با برآوردهای حاصل از منابع خارجی معتبر در نظر گرفته شد و برای کنترل واریانس پاسخ، در پرسشنامه چندین پرسش با یک مفهوم یکسان مطرح گردیده بود و پاسخ‌های ارائه‌شده به این پرسشنامه‌ها در مقایسه با یکدیگر مورد بررسی قرار گرفتند. در تجزیه و تحلیل نتایج، تقسیم‌بندی افراد از نظر مصرف‌کننده فعلی بر اساس خوداظهاری به تفکیک جنسیت، نوع کار در هر استان انجام شد. به دلیل اینکه در این مطالعه در مورد الکل تنها آمارهای خوداظهاری وجود دارد، شیوع مربوط به آن خوش‌بینانه در نظر گرفته می‌شود. نتایج به‌صورت فراوانی مصرف در هر استان گزارش شده است.

یافته‌ها

جدول شماره ۱- اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه

تعداد	درصد	
۱۲۰۷۷	۹۲	مرد
۱۰۵۱	۸	زن
۱۳۱۲۸	۱۰۰	مجموع
۷۲	۰/۶	کمتر یا مساوی ۲۰ سال
۸۶۲۶	۷۱/۴	۲۱-۴۰ سال
۳۳۲۹	۲۷/۶	۴۱-۶۰ سال
۵۰	۰/۴	بیشتر از ۶۰ سال
۱۲۰۷۷	۱۰۰	مجموع مردان
۳۵	۳/۳	کمتر یا مساوی ۲۰ سال
۸۶۵	۸۲/۳	۲۱-۴۰ سال
۱۴۹	۱۴/۲	۴۱-۶۰ سال
۲	۰/۲	بیشتر از ۶۰ سال
۱۰۵۱	۱۰۰	مجموع زنان
۱۵۸	۱/۲	بی‌سواد
۱۸۰	۱/۴	خواندن و نوشتن
۱۳۲۲	۱۰/۱	ابتدایی

تحصیلات

گروه‌های سنی (زنان)

گروه‌های سنی (مردان)

جنس

۱۶/۴	۲۱۵۹	راه‌نمایی	
۷/۳	۹۵۴	دبیرستان	
۳۹/۹	۵۲۴۰	پیش‌دانشگاهی و دیپلم	
۸/۹	۱۱۷۰	فوق‌دیپلم	
۱۴/۸	۱۹۳۷	لیسانس و بالاتر	
۰/۱	۸	سایر	
۱۰۰	۱۳۱۲۸	مجموع	
۱۵/۳	۲۰۰۱	مجرد	وضعیت تأهل
۸۳/۹	۱۱۰۱۳	متأهل	
۰/۵	۷۰	طلاق گرفته	
۰/۲	۲۹	متارکه	
۰/۱	۱۵	فوت همسر	
۱۰۰	۱۳۱۲۸	مجموع	
۲۱	۲۳۶۴	بدون فرزند	تعداد فرزند
۷۷	۸۵۳۷	۱-۴ فرزند	
۲	۲۲۶	۵ فرزند یا بیشتر	
۱۰۰	۱۱۱۲۷	مجموع	
۹۶/۷	۱۲۷۰۳	اسلام، شیعه	دین و مذهب
۳/۰	۳۹۶	اسلام، سنی	
۰/۱	۱۰	زرتشتی	
۰/۱	۹	مسیحی	
۰/۱	۱۰	سایر	
۱۰۰	۱۳۱۲۸	مجموع	

جدول شماره ۲- وضعیت مصرف فعلی الکل به تفکیک استان

استان	وضعیت	جمعیت کارگران در هر استان	درصد حجم نمونه	حجم نمونه وزنی در هر استان (تطبیق نشده)		مصرف‌کننده	
				تعداد	درصد	تعداد	درصد
خوزستان		۶۵۳۹۰	۵	۵۹۸	۹۹/۲	۵۱۸	۰/۸
خراسان شمالی		۸۷۶۰	۰/۷	۸۰	۱۰۰/۰	۱۹۸	۰
بوشهر		۱۸۲۷۵	۱/۴	۱۶۷	۱۰۰/۰	۲۰۰	۰
ایلام		۱۷۲۰	۰/۱	۱۶	۱۰۰/۰	۲۰۰	۰
یزد		۴۳۱۰۵	۳/۳	۳۹۴	۹۸/۵	۳۸۹	۱/۵
سیستان و بلوچستان		۳۶۲۰	۰/۳	۳۳	۹۸/۵	۱۹۷	۱/۵
زنجان		۲۹۴۵۵	۲/۲	۲۶۹	۹۹/۶	۲۵۳	۰/۴
سمنان		۳۴۸۰۰	۲/۶	۳۱۸	۱۰۰/۰	۳۰۲	۰
گیلان		۳۹۴۱۰	۳	۳۶۰	۹۲/۹	۳۵۲	۷/۱
خراسان رضوی		۹۵۹۰۵	۷/۳	۸۷۶	۱۰۰/۰	۸۶۱	۰
خراسان جنوبی		۶۹۳۰	۰/۵	۶۳	۹۹/۰	۲۰۱	۱/۰
گلستان		۱۶۸۳۵	۱/۳	۱۵۴	۹۸/۱	۱۵۳	۱/۹
کردستان		۵۷۹۵	۰/۴	۵۳	۱۰۰/۰	۱۹۴	۰
کرمان		۲۱۴۷۵	۱/۶	۱۹۶	۱۰۰/۰	۱۸۲	۰

۱۰/۶	۱۸	۸۹/۴	۱۵۲	۱۴۷	۱/۲	۱۶۰۵۵	کرمانشاه
۰/۹	۲	۹۹/۱	۲۲۸	۲۳۹	۲	۲۶۱۹۰	قم
۰	۰	۱۰۰/۰	۲۰۰	۲۷	۰/۲	۲۹۸۰	کهگیلویه و بویراحمد
۰	۰	۱۰۰/۰	۱۹۵	۱۰۰	۰/۸	۱۰۹۴۰	لرستان
۰	۱	۹۹/۸	۶۴۷	۶۴۹	۵/۴	۷۱۰۴۰	مرکزی
۰	۰	۱۰۰/۰	۲۰۰	۱۱۲	۰/۹	۱۲۲۳۵	چهارمحال و بختیاری
۰	۰	۱۰۰/۰	۲۲۴	۱۴۸	۱/۲	۱۶۱۹۵	هرمزگان
۰/۶	۱	۹۹/۴	۱۶۴	۱۶۷	۱/۴	۱۸۳۲۰	همدان
۲/۲	۱۶	۹۷/۸	۷۰۳	۷۲۴	۶	۷۹۲۵۵	قزوین
۳/۵	۸۲	۹۶/۵	۲۲۷۰	۲۳۶۲	۱۹/۷	۲۵۸۵۳۵	تهران
۰/۵	۱	۹۹/۵	۱۹۸	۱۶۵	۱/۴	۱۸۰۹۰	آذربایجان غربی
۲/۹	۱۸	۹۷/۱	۶۰۸	۶۲۲	۵/۲	۶۸۱۲۰	آذربایجان شرقی
۱۰/۷	۱۹	۸۹/۳	۱۵۸	۸۲	۰/۷	۸۹۵۵	اردبیل
۱/۰	۱۲	۹۹/۰	۱۲۳۲	۱۲۹۰	۱۰/۷	۱۴۱۱۴۵	اصفهان
۶/۹	۴۷	۹۳/۱	۶۳۲	۶۹۲	۵/۸	۷۵۷۰۰	البرز
۵/۴	۲۳	۹۴/۶	۴۰۱	۴۲۴	۳/۵	۴۶,۳۶۰	فارس
۴/۲	۱۸	۹۵/۸	۴۱۲	۴۷۲	۳/۹	۵۱۶۳۰	مازندران
۲/۳	۳۰۴	۹۷/۷	۱۲۸۲۴	۱۲۰۰۰	۱۰۰	۱۳۱۳۲۲۰	مجموع

جدول شماره ۳- وضعیت مصرف فعلی الکل به تفکیک نوع کار

مجموع		مصرف کننده		غیر مصرف کننده		وضعیت مصرف	شغل
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۱۰۰	۴۵۷۹	۲/۲	۱۰۳	۹۷/۸	۴۴۷۶		کارگری ساده
۱۰۰	۵۱۶۳	۲/۵	۱۳۱	۹۷/۵	۵۰۳۲		کارگری ماهر
۱۰۰	۲۱۲۵	۱/۹	۴۱	۹۸/۱	۲۰۸۴		اداری
۱۰۰	۳۶۵	۳/۰	۱۱	۹۷/۰	۳۵۴		نقلیه
۱۰۰	۲۲۰	۱/۸	۴	۹۸/۲	۲۱۶		فنی
۱۰۰	۶۷۶	۲/۱	۱۴	۹۷/۹	۶۶۲		خدمات
۱۰۰	۱۳۱۲۸	۲/۳	۳۰۴	۹۷/۷	۱۲۸۲۴		مجموع

بحث

الکل داشته‌اند (۹). مطالعه دیگری نیز که به‌تازگی با روش NSU^۱ در سطح ملی در ایران انجام گرفت، فراوانی نسبی مصرف الکل را در جمعیت عمومی (۲/۳۱٪) نشان داد که به‌گونه‌ای مؤید نتایج این بررسی است (۱۰). در مطالعه‌ای در کارگران استرالیایی، شیوع مصرف الکل در نیروی کار به‌صورت گه‌گاهی ۴۴٪ گزارش شد که بیش از نیروی کار در ایران بر اساس این مطالعه است (۱۱). مطالعات محدودی در زمینه مصرف الکل در مراکز صنعتی صورت گرفته اما به‌طورکلی شیوع در کشورهایی چون اسکاتلند، کره، ایرلند بیش از ایران گزارش گردیده است (۱۴-۱۲).

در مطالعه حاضر به بررسی جامع و کشوری شیوع مصرف الکل در گروه‌های شغلی صنعتی با استفاده از پرسشنامه خود اظهاری پرداخته شده است. نتایج نشان دادند که مصرف فعلی الکل بر اساس خوداظهاری برابر ۲/۳٪ بوده و در مردان بیشتر از زنان بوده است. این یافته نشان‌دهنده شیوع پایین‌تر الکل در ایران نسبت به سایر کشورها بوده است. به‌عنوان مثال بر اساس مطالعه فرون و همکاران در رابطه با سوءمصرف مواد و الکل در محیط‌های صنعتی آمریکا، ۱۵/۲٪ از کارکنان در بازه زمانی یک روز کاری مصرف

^۱ Network scale up

(۱۵). روایی و پایایی قابل توجه این پرسشنامه خود اظهاری، در مطالعه پایلوت اولیه به دست آمد و به نظر می‌رسد، این پرسشنامه ابزاری نسبتاً کارساز برای شناسایی مصرف‌کنندگان الکل در کشور ایران است که در آن، علاوه بر کلیت مشترکی که با AUDIT دنبال می‌نمود، موارد دیگری از جمله اولین موارد مصرف و زمان و مکان آن، مصرف مواد در خانواده، سابقه تزریق و ارتکاب به جرم را نیز موردسنتجش قرار می‌دهد که در واقع به روشن شدن الگوی مصرف در کارکنان کمک می‌نماید. البته در این مقاله از ذکر این الگوها صرف نظر شده است. البته، با وجود اینکه پرسشنامه حاضر به منظور برآورد شیوع مصرف الکل مناسب بود، اما از آنجاکه کارکنان سؤالات حساس پرسیده می‌شد، تمهیداتی اندیشیده شد که کارکنان بدون ترس از دادن شغل و همچنین در فضایی عاری از ترس پیامدهای قانونی یا انگ‌های اجتماعی بتوانند به صورت محرمانه پاسخگوی سؤالات باشند. با این وجود، با توجه به آزمایش ادراک که در کنار پرسشنامه خود اظهاری برای بررسی شیوع سایر مواد در این مطالعه صورت گرفت، موارد مثبت آزمایش بیش از پرسشنامه به دست آمد، که این خود گواهی بر کم گزارش‌دهی و جزو محدودیت‌های پرسشنامه‌های خود اظهاری است؛ بنابراین، باید در نظر داشت که با وجود این محدودیت شاید نتوان موارد را به‌طور دقیق گزارش نمود.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، بیشترین شیوع مصرف الکل مربوط به شاغلین شهرهای اردبیل، کرمانشاه و گیلان (در شمال غربی، غرب و شمال ایران) بوده است. این یافته با نتایج پیمایش ملی ارزیابی سلامت روان (IranMSH)^۱ انجام شده در سال ۱۳۹۰ بر روی جمعیت عمومی ایران تا حدی متفاوت بود. بر اساس نتایج مطالعه IranMSH، جمعیت عمومی استان‌های واقع در مرکز ایران، بیشترین درصد وزنی مصرف الکل (۹/۳۶٪) را داشتند و پس از آن بیشترین شیوع مصرف الکل، مربوط به ناحیه شمال غربی کشور (۶/۰۵٪) بوده است که در جمعیت موردبررسی بیشترین درصد مصرف (۹/۶۴٪) در بین افراد شاغل بوده است (۱۸). تفاوت‌های مشاهده شده در شیوع مصرف الکل در نواحی مختلف کشور ممکن است با عوامل محیطی و زمینه‌ای و ساختارهای مدیریتی و حاکمیتی موجود مرتبط باشد. بر اساس مطالعه حق‌دوست و همکاران، از مهم‌ترین دلایل فراوانی مصرف الکل در برخی از نواحی کشور، ناآگاهی مصرف‌کنندگان، نگرش و باورهای اشتباه، تغییر ارزش نسبت به مصرف الکل، و شبکه همسالان و دوستان،

از دلایل پایین‌تر بودن شیوع مصرف در ایران می‌توان به دلایلی از قبیل اینکه ایران یک کشور اسلامی است و مصرف مشروبات الکلی منع شرعی دارد اشاره نمود. همچنین به دلیل غیرقانونی بودن مصرف الکل در ایران و یا به دلیل ترس از دست دادن شغل، بسیاری از کارکنان به مصرف الکل اظهار نکرده باشند. در بخشی دیگر از نتایج همین مطالعه در قسمت بررسی شیوع سوءمصرف مواد، نتایج خوداظهاری مصرف این مواد با نتایج آزمایش ادراک همخوانی ندارند و موارد آزمایش مثبت بیش از موارد خوداظهاری شده است که البته با توجه به حساس بودن سؤالات، کم گزارش‌دهی بر اساس این پرسشنامه قابل پیش‌بینی بود لذا از نظر محققین در مورد مصرف الکل هم این عدم همخوانی می‌تواند صادق باشد. لازم به ذکر است که مطالعات مختلف به منظور سنجش وضعیت مصرف الکل در گروه‌های هدف خود از ابزارها و پرسشنامه‌های مختلفی چون^۲ AUDIT،^۳ TWEAK،^۴ CAGE،^۵ MAST،^۶ RAPS،^۷ CRAFT،^۸ و AEQY^۹ استفاده می‌کنند؛ که رایج‌ترین آن‌ها AUDIT، TWEAK، و CAGE است (۱۵). آزمون غربالگری AUDIT برای استفاده در ایران نیز دارای اعتبار و قابلیت اطمینان مناسب شناخته شده است (۱۶). هرچند برخی از مطالعات نشان دادند، این آزمون کارایی کافی برای سنجش شیوع مصرف الکل در ایران را ندارد (۱۷) بنابراین در این مطالعه در جهت طراحی پرسشنامه‌ای جدید، برای رفع محدودیت‌های موجود در ابزارهای پیشین کوشش گردید.

از نقاط قوت پرسشنامه خود اظهاری مورد استفاده در این مطالعه، طراحی پرسشنامه بر اساس استانداردهای جهانی و با در نظر گرفتن رهنمودهای کیجی در خصوص پرسشنامه ایده آل برای غربالگری شیوع الکل است. بر اساس رهنمودهای کیجی، پرسشنامه حاضر دارای ویژگی‌های اختصار، حساسیت و ویژگی بالا، سهولت به یاد آوردن موارد مصرف بوده و تمرکز سؤالات بر روی عواقب نوشیدن الکل و پرسش در خصوص مقدار و تکرار نوشیدن، و بررسی سایر عوامل مؤثر بر کارسازی روش غربالگری نظیر سن، جنس، نژاد یا قومیت بیمار، و وضعیت بارداری است

^۱ Alcohol Use Disorders Identification Test

^۲ An acronym for Tolerance (T1 number of drinks to feel high; T2, number of drinks one can hold), Worry about drinking, Eye-opener (morning drinking), Amnesia (blackouts), and Cut down on drinking (K/C).

^۳ An acronym of its four questions (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener)

^۴ Michigan Alcoholism Screening Test

^۵ The Rapid Alcohol Problems Screen

^۶ Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble

^۷ Alcohol Expectancy Questionnaire

^۸ Iranian household Mental Health survey (IranMHS)

قبیل خدمات، نقلیه و کارگری است. مداخلات پیشنهادی و برنامه عملیاتی برای کاهش شیوع سوءمصرف الکل و مواد در بین کارکنان مناطق صنعتی ایران، به تفصیل در مقاله دیگری توسط تیم تحقیقاتی این مطالعه توصیه شده است که می‌تواند به‌عنوان راهنمایی مؤثر برای سیاست‌گذاری در کشور در سطح کلان مورد توجه قرار گیرد (۲۱).

نتیجه‌گیری

در این مطالعه از پرسشنامه خوداظهاری استفاده نمودیم بنابراین نرخ شیوع برآورد شده پایین‌تر از وضعیت واقع‌بینانه تلقی می‌گردد. به نظر می‌رسد به‌منظور برآورد دقیق‌تری از شیوع مصرف بایستی این روش با سایر آزمایش‌ها به‌صورت ترکیبی به کار گرفته شود. همچنین بر اساس یافته‌های این بررسی، در محیط‌های کاری کشور به‌ویژه در مناطق با شیوع بالاتر نیاز به سیاست‌گذاری و مداخله جهت کاهش شیوع مصرف الکل و به حداقل رساندن صدمات ناشی از آن احساس می‌شود.

تغییر ساختار و فرهنگ خانواده‌ها و ارتباطات و شبکه‌های مجازی می‌باشند که لازم است در مدیریت راهبردی در مناطق با شیوع بالای مصرف الکل در نظر گرفته شوند (۱۹).

در یکی از بررسی‌هایی که به‌طور سالانه در آمریکا انجام می‌گیرد در بین گروه‌های شغلی، افراد شاغل در خدمات عمرانی و استخراج (۱۷/۸ درصد) و خدمات نصب، نگهداری و تعمیرات (۱۴/۷ درصد) بیشترین میزان شیوع مصرف الکل سنگین را در ماه گذشته داشته‌اند. این در حالی است که افراد شاغل در خدمات اجتماعی (۲/۸ درصد) کمترین میزان مصرف را در این زمان گزارش نموده‌اند. که نشان‌دهنده فراوانی مصرف در حالت فشارکاری بالاتر بوده است (۲۰). در عین حال در بررسی کارگران استرالیایی، آسیب حاصله از مصرف الکل به‌طور معناداری در شاغلین کارخانه‌های صنعتی، صنایع ساختمانی، صنایع بیمارستانی و کشاورزی بیشتر بود و شیوع مصرف الکل و غیره در کارگران غیر فنی و ساده بیش از کارگران فنی و تخصصی بود (۱۲). در مطالعه حاضر هم نتایج مشابهی به دست آمد و نشان داده شده که در مشاغل اداری و فنی که فشار کاری کمتری متحمل می‌شوند، شیوع مصرف الکل پایین‌تر از مشاغل سخت‌تر از

منابع

1. Use of alcohol and drugs at the workplace. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2012.
2. Organization WH. Global status report on alcohol and health 2014. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data: 2014.
3. Khazaei S, Mohammadian-Hafshejani A, Pishkuhi, MA, et al., Proportion of mortality attributable to tobacco worldwide. Iranian journal of public health, 2016. 45: 399-400.
4. Berry JG, Pidd K, Roche AM, Harrison JE. Prevalence and patterns of alcohol use in the Australian workforce: findings from the 2001 National Drug Strategy Household Survey. Addiction (Abingdon, England). 2007; 102: 1399-410.
5. Cheng WJ, Huang MC, Cheng Y, Chen CH, Chen CJ. Consumption of Alcoholic Energy Drinks Is Associated with Work-related Injury or Disease Among Manual Workers in Taiwan. Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire). 2015; 50: 458-62.
6. Nikfarjam A, Hajimagsoudi S, Rastegari A, Haghdoost AA, Nasehi AA, Memaryan N, et al. The Frequency of Alcohol Use in Iranian Urban Population: The Results of a National Network Scale Up Int J Health Policy Manag 2016; 5: 1-6.
7. Yasamy MT, Shahmohammadi D, Naghavi M. The report of epidemiological study of drug abuse in I.R.Iran. Tehran: Ministry of Health & Drug Control Headquarters, 2002.
8. Damari B, Almadani H, and Pishkuhi MA, Iranian drug use survey in workplaces: A study protocol. Medical journal of the Islamic Republic of Iran, 2018. 32: 93.
9. Frone MR. Prevalence and distribution of alcohol use and impairment in the workplace: a US national survey. Journal of studies on alcohol. 2006; 67: 147-56.
10. Nikfarjam A, Hajimagsoudi S, Rastegari A. The frequency of alcohol use in Iranian urban population: the results of a national network scale up survey. Int J Health Policy Manag. 2016; 5.
11. Berry JG, Pidd K, Roche AM, Harrison JE. Prevalence and patterns of alcohol use in the Australian workforce: findings from the 2001 National Drug Strategy Household Survey. Addiction. 2007; 102: 1399-410.
12. Wilson GS, Pritchard ME. The relationship between coping styles and drinking behaviors in teenage athletes. Editorial v the associations of competitive trait anxiety and personal control with burnout in sport. 2009: 35.
13. Batterbee R, Heathwaite L, Lane SN, McDonald A, Newson M, Smith H, et al., editors. Water policy in the UK: The challenges 2012: Royal Geographical Society.
14. Kim HJ, Kim JH, Choe WH, Kwon SY, Lee CH. Alcoholic fatty liver disease elevates estimated coronary heart disease risk to levels comparable with those of nonalcoholic fatty liver disease in the Korean population: a cross-sectional study. Clinical and molecular hepatology. 2014; 20: 154-61.
15. Fagbemi K, Q: What is the best questionnaire to screen for alcohol use disorder in an office practice? Cleveland Clinic journal of medicine. 2011; 78: 649.
16. Zavar A, Jarahi L, Alimoradi B, Khosravi N. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Reliability and Validity of the Persian version. Asia Pacific Journal of Medical Toxicology. 2015; 4: 37-42.
17. Noorbakhsh S, Shams J, Faghihimohamadi M, et al. Psychometric properties of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and prevalence of alcohol use among Iranian psychiatric outpatients. Substance abuse treatment, prevention, and policy. 2018; 13: 5.
18. Amin-Esmaili M, Rahimi-Movaghar A, Sharifi V, et al.

- Alcohol use disorders in Iran: Prevalence, symptoms, correlates, and comorbidity. *Drug and alcohol dependence*. 2017; 176: 48-54.
19. Haghdoost AA, Emami M, Esmaili M, et al. Survey the status and causes of alcohol consumption: A case study of the epidemic alcohol poisoning in Rafsanjan in 2013. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015; 13: 991-1006.
20. Niemelä O. Biomarker-based approaches for assessing alcohol use disorders. *International journal of environmental research and public health*. 2016; 13: 166.
21. Damari B, Pishkuhi MA, Masoudiasl I, et al, Interventions to Reduce Drug Abuse in Pars Special Economic Energy Zone. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015; 17.

Status of Alcohol Consumption Based on the Self-Report of Iran's Industrial Staff

Damari B¹, Chegeni M², Esmaili I³, Sarrami H⁴, Almadani H⁵, Narenjiha H⁶, Minaee F⁷, Ahmadi Pishkuhi M⁸

1- Associated Professor, Brain and Spinal Cord Injury Research Center, Neuroscience Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- PhD Student in Epidemiology, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- MD, Secretary of the Investigation Council of the Tehran Prison Administration, Tehran, Iran

4- General Director of narcotic Drug Headquarters Research and Training Center, Researcher at the Counter Narcotics Headquarters, Tehran, Iran

5- Master of Science (MSc) in Psychology, Researcher of the Ministry of Co-operation, Work and Social Welfare, Tehran, Iran

6- General physician and addiction researcher, Tehran, Iran

7- Community Medicine Specialist, Public Health Researcher, Department of Social Determinant of Health, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

8- PhD Student in Epidemiology, Pars Advanced And Minimally Invasive Medical Manners Research Center, Pars Hospital, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

Corresponding author: Ahmadi Pishkuhi M, mahin.ahmadipishkuhi@gmail.com

(Received 11 April 2019; Accepted 28 September 2019)

Background and Objectives: Alcohol consumption among various occupations' staff leads to many problems. Therefore, due to the importance of the issue, this comprehensive study was conducted to determine the prevalence of alcohol consumption among industrial workers.

Methods: In this descriptive cross-sectional study, the data were collected using a structured questionnaire through interview based on the workers' self-reports. The participants included 13,128 workers across the country selected by multi-stage cluster sampling according to the population of labor workers and industrial centers in each province. The data were reported according to the consumption prevalence in the 10 spatial planning zones.

Results: In the optimistic situation, workers in Ardebil (10.7%), Kermanshah (10.6%) and Guilan (7.1%) reported the highest frequency of alcohol consumption. The country's mean prevalence of current consumption was 3.2% and the prevalence of alcohol consumption in life was up to 12.4% in the workers.

Conclusion: The data are based on the self-report of the participants. Therefore, the estimated prevalence rate is considered optimistic and below the actual prevalence. In the work environments of the country, especially in provinces with the highest frequency, special policies and interventions are needed to reduce the prevalence of alcohol consumption and minimize the harms caused by it.

Keywords: Prevalence, Industrial workers, Alcohol consumption