

تحلیل عوامل مؤثر بر اقدام به ترک الکل در مصرف کنندگان مواد مخدر: مطالعه‌ای مبتنی بر داده‌های سامانه ثبت اطلاعات اعتیاد در غرب ایران

زهره منوچهری^۱، برهان منصوری^۱، عادل الهی^۲، امیررضا گراوند^۳

۱- مرکز تحقیقات پیشگیری سوء مصرف مواد، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۲- مرکز توسعه تحقیقات بالینی امام خمینی، دکتر محمد کرمانشاهی و فارابی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۳- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

DOI: [10.18502/ijre.v22i1.22232](https://doi.org/10.18502/ijre.v22i1.22232)

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ دریافت ۱۴۰۴/۰۹/۲۹	مقدمه و اهداف: در بین مصرف کنندگان مواد مخدر، مصرف الکل نیز شیوع بالایی دارد و ترک آن تحت تأثیر عوامل پیچیده بیولوژیک، روانی و اجتماعی قرار می گیرد. با وجود این، دانش موجود در مورد عوامل مؤثر بر اقدام به ترک الکل در مصرف کنندگان مواد مخدر در ایران بسیار محدود است و به ویژه در غرب کشور هیچ مطالعه‌ای این عوامل را با استفاده از داده‌های سامانه ثبت اعتیاد بررسی نکرده است. از این رو، این مطالعه با هدف تحلیل عوامل مؤثر بر اقدام به ترک الکل در مصرف کنندگان مواد مخدر با استفاده از داده‌های سامانه ثبت اطلاعات اعتیاد در غرب ایران طراحی شد.
تاریخ پذیرش ۱۴۰۵/۰۳/۳۰	روش کار: این مطالعه مقطعی تحلیلی بر روی ۴۶۰ نفر از سامانه ثبت اطلاعات اعتیاد بیمارستان فارابی، کرمانشاه انجام شد. داده‌های اطلاعات دموگرافیک، متغیرهای مرتبط با مصرف الکل و مواد و اقدام به ترک الکل گردآوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار R انجام شد.
نویسنده رابط برهان منصوری	یافته‌ها: از ۴۶۰ شرکت کننده، ۳۹۳ نفر (۸۵ درصد) اقدام به ترک الکل کرده بودند. در مدل رگرسیون لجستیک وزنی، اشتغال ((شغل آزاد $p\text{-value} = ۰/۰۳۶$) و کارمند $p\text{-value} = ۰/۰۰۲$))، مصرف الکل شرکتی $p\text{-value} = ۰/۰۱۷$) یا هر دو نوع شرکتی و دست‌ساز $p\text{-value} = ۰/۰۳۲$)، و وجود عضو مصرف کننده الکل در خانواده $p\text{-value} = ۰/۰۰۲$) به عنوان عوامل پیش‌بین مثبت و معنادار اقدام به ترک شناسایی شدند. متغیرهای جمعیت شناختی، درصد الکل مصرفی، مصرف سیگار، قلیان و سابقه اختلالات روانی ارتباط آماری معناداری با اقدام به ترک نشان ندادند.
ایمیل نویسنده رابط borhanmansouri@yahoo.com	نتیجه‌گیری: اقدام به ترک الکل در مصرف کنندگان مواد مخدر عمدتاً با اشتغال، مصرف الکل شرکتی و سابقه خانوادگی مصرف الکل مرتبط است. از نظر کاربردی، طراحی مداخلات حمایت شغلی، اولویت‌دهی به مصرف کنندگان الکل دست‌ساز در برنامه‌های تشویق به ترک، و بهره‌گیری از شبکه خانواده به‌عنوان عامل انگیزشی توصیه می‌شود.
نشانی نویسنده رابط مرکز تحقیقات پیشگیری سوء مصرف مواد، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران	
واژگان کلیدی: نوشیدن الکل، مصرف کنندگان مواد مخدر، سامانه‌های ثبت اطلاعات، عوامل اجتماعی، مدل‌های لجستیک	

مقدمه

اختلال مصرف الکل^۱ به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل خطر برای بار جهانی بیماری‌ها، سالانه مسئول بیش از ۳ میلیون مرگ در سراسر جهان است. مطالعات اخیر نشان می‌دهند که این اختلال علاوه بر پیامدهای مستقیم

سلامتی، با افزایش خطر ابتلا به بیش از ۲۰۰ بیماری از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌های دستگاه گوارش و اختلالات روانی مرتبط است (۱). در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا^۲، الگوهای مصرف الکل در حال تغییر است و نگرانی‌های فزاینده‌ای در مورد افزایش مصرف مشکل‌ساز وجود دارد (۲). در ایران، با وجود

² Middle East and North Africa

¹ Alcohol use disorder

ممنوعیت قانونی و مذهبی، مطالعات اپیدمیولوژیک نشان از شیوع قابل توجه مصرف الکل در برخی از گروه‌های جمعیتی دارد. پژوهش چگینی و همکاران (۳) در مرور نظام‌مند خود برآورد کردند که شیوع مصرف الکل در طول عمر بین جمعیت عمومی و جوانان ۱۳ درصد بوده است، اما این رقم در جمعیت‌های خاص مانند مصرف‌کنندگان مواد مخدر به مراتب بالاتر گزارش شده است. بار بیماری ناشی از الکل در ایران نه تنها شامل پیامدهای جسمی و روانی مستقیم است، بلکه هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی قابل توجهی را نیز در بر می‌گیرد که نیازمند توجه ویژه سیاست‌گذاران سلامت است (۴).

ترک الکل فرآیندی چندمرحله‌ای و پویا است که تحت تأثیر تعامل پیچیده عوامل بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی قرار دارد. در جمعیت مصرف‌کنندگان مواد مخدر، این پیچیدگی به دلیل وجود وابستگی چندگانه و اغلب اختلالات هم‌زمان روانپزشکی تشدید می‌شود (۵). مطالعات نشان می‌دهند که افراد با اختلالات مصرف چندگانه مواد، نسبت به کسانی که تنها به یک ماده وابسته هستند، با چالش‌های بیشتری در فرآیند ترک روبرو می‌شوند. این چالش‌ها شامل علائم ترک پیچیده‌تر، احتمال بالاتر عود و پاسخ کمتر به درمان‌های استاندارد می‌باشد (۶). از دیدگاه روانشناختی، وجود نقص‌های شناختی مرتبط با مصرف مزمن مواد، تصمیم‌گیری و خودتنظیمی را در این افراد مختل می‌کند که بر انگیزه و توانایی آنها برای ترک تأثیر می‌گذارد (۷). از منظر اجتماعی، مصرف‌کنندگان مواد مخدر اغلب با طرد اجتماعی، محدودیت‌های شغلی و مشکلات خانوادگی بیشتری مواجه هستند که منابع حمایتی لازم برای ترک موفقیت‌آمیز را کاهش می‌دهد (۸).

در دهه اخیر، استفاده از داده‌های ثبت شده^۱ در پژوهش‌های حوزه سلامت به ویژه در مطالعات مربوط به اعتیاد، به عنوان یک روش قدرتمند برای تولید شواهد مبتنی بر جمعیت مورد توجه قرار گرفته است. این داده‌ها

به دلیل پوشش گسترده، هزینه نسبتاً پایین و قابلیت پیوند با سایر پایگاه‌های اطلاعاتی سلامت، امکان انجام مطالعات کوهورت بزرگ و تحلیل‌های طولی را فراهم می‌کنند (۹). در ایران، سامانه‌های ثبت اعتیاد از جمله مهم‌ترین منابع داده برای پایش اپیدمیولوژیک اختلالات مصرف مواد هستند. بلم و همکاران (۱۰) در مطالعه‌ای نشان دادند که داده‌های ثبت شده می‌توانند اطلاعات ارزشمندی در مورد الگوهای مصرف، مشخصات دموگرافیک و پیامدهای درمانی در جمعیت مصرف‌کنندگان مواد ارائه دهند. این سیستم‌های ثبت با گردآوری داده‌های استاندارد از مراکز درمانی مختلف، امکان تحلیل‌های چندمرکزی و شناسایی تفاوت‌های منطقه‌ای در الگوهای مصرف و پیامدهای درمانی را فراهم می‌کنند (۱۱). استفاده از این داده‌ها برای مطالعه ترک الکل از این جهت حائز اهمیت است که می‌تواند عوامل مؤثر بر تصمیم به ترک را در سطح جمعیت و در بافت واقعی خدمات سلامت بررسی کند (۱۲).

با وجود شواهد فزاینده در مورد اهمیت ترک الکل در جمعیت مصرف‌کنندگان مواد مخدر، دانش موجود در مورد عوامل مؤثر بر اقدام به ترک در این گروه جمعیتی در ایران محدود است. بیشتر مطالعات انجام شده در این حوزه، یا بر مصرف الکل در جمعیت عمومی متمرکز بوده‌اند یا به بررسی پیامدهای درمان در کلینیک‌های ترک اعتیاد پرداخته‌اند. علاوه بر این، مطالعات موجود اغلب با حجم نمونه محدود و در مناطق خاصی از کشور انجام شده‌اند که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌کند. از سوی دیگر، مطالعات بین‌المللی نیز عمدتاً در بافت فرهنگی و سیستم‌های سلامت متفاوت انجام شده‌اند که لزوماً قابل تعمیم به شرایط ایران نیستند (۱۳، ۱۴). این شکاف دانش از این جهت مهم است که عوامل مؤثر بر ترک الکل می‌توانند تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و ساختاری باشند که در ایران منحصر به فرد هستند (۱۵). لازم به ذکر است که با توجه به تفاوت‌های بنیادین الکل و مواد مخدر از نظر ماهیت وابستگی، عوارض ترک

¹ - Registry Data

(مانند خطر تشنج و دلیریوم در ترک الکل) و پروتکل‌های درمانی، تحلیل عوامل مؤثر بر ترک نیازمند بررسی اختصاصی برای هر ماده است. از سوی دیگر، حجم بالای داده‌ها و پیچیدگی تحلیل‌های آماری در مطالعه حاضر، گنجاندن یافته‌های مربوط به چند ماده مختلف در یک مقاله را غیرممکن می‌سازد. بنابراین، مطالعه حاضر صرفاً به تحلیل عوامل مؤثر بر اقدام به ترک الکل در مصرف‌کنندگان مواد مخدر با استفاده از داده‌های سامانه ثبت اطلاعات اعتیاد در استان کرمانشاه طراحی شده است.

روش کار

طراحی مطالعه و جامعه پژوهش

این مطالعه از نوع مقطعی تحلیلی است و داده‌های مورد استفاده، وضعیت افراد را صرفاً در مقطع زمانی ثبت شده (بین سال‌های ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۲) از داده‌های سامانه ثبت اطلاعات اعتیاد در بیمارستان فارابی کرمانشاه را منعکس می‌کند. فرایند ثبت‌نام افراد در این سامانه مبتنی بر ارجاع خودآگاه، معرفی توسط خانواده یا معرفی از سوی سازمان‌های مرتبط صورت گرفته است. کلیه افراد پس از تأیید تشخیص اختلال مصرف مواد بر اساس ملاک‌های DSM-5 توسط روان‌پزشک و ارائه نتیجه مثبت تست کروماتوگرافی لایه نازک (TLC)، با امضای رضایت آگاهانه کتبی وارد سامانه شدند. اطلاعات جمعیت شناختی، الگوی مصرف مواد و الکل، سابقه خانوادگی و بالینی توسط روانشناس بالینی آموزش‌دیده از طریق مصاحبه ساختاریافته و بررسی پرونده پزشکی جمع‌آوری گردید. جزئیات کامل طراحی و اجرای این سامانه ثبت اطلاعات اعتیاد پیش‌تر در مطالعه فرنی و همکاران (۲۰۲۵) منتشر شده است (۱۶). با توجه به اینکه پروژه پیگیری (Follow-up) این بیماران در حال تصویب در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد، اطلاعات مربوط به عود مصرف پس از ترک یا ترک موفق پس از آخرین

ثبت‌نام، در زمان انجام این آنالیز در سامانه به‌روزرسانی نشده و در نتیجه تحلیل حاضر منعکس‌کننده وضعیت نقطه‌ای و مقطعی افراد است. بنابراین، یافته‌های این مطالعه صرفاً به بررسی عوامل مؤثر بر اقدام به ترک در مقطع ثبت شده محدود می‌شود و قابلیت نتیجه‌گیری درباره تداوم ترک یا عود را ندارد. جامعه پژوهش شامل کلیه مصرف‌کنندگان مواد مخدر ثبت شده در سامانه ثبت اطلاعات اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی می‌باشد که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند. از این جامعه ۱۰۳۷ نفری، ۴۶۲ نفر دارای سابقه مصرف الکل بودند که پس از حذف مقادیر گم‌شده تعداد ۴۶۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. لازم به توضیح است که جامعه مورد مطالعه در این پژوهش، نماینده تمامی مصرف‌کنندگان الکل در سطح جامعه نیست، بلکه صرفاً شامل «مصرف‌کنندگان شناسایی شده و در تماس با سیستم درمان یا ثبت» می‌باشد. افرادی که به هر دلیل تمایل یا امکان مراجعه به مراکز درمانی و ثبت در سامانه را نداشته‌اند، در این داده‌ها حضور ندارند. بنابراین، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به کل جمعیت مصرف‌کنندگان الکل نیازمند احتیاط است.

معیارهای ورود و خروج

شرکت‌کنندگان بر اساس معیارهای مشخصی انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: (۱) ثبت‌نام در سامانه ثبت اطلاعات اعتیاد، (۲) تشخیص اختلال مصرف مواد بر اساس ملاک‌ها DSM-5، (۳) داشتن سابقه مصرف الکل در طول عمر، (۴) سن ۱۸ سال یا بیشتر، و (۵) ارائه رضایت آگاهانه بود. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: (۱) ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی شدید مانند اسکیزوفرنی یا اختلال دوقطبی فعال، (۲) وجود ناتوانی ذهنی (IQ زیر ۷۰) و (۳) امتناع از ادامه همکاری.

گردآوری داده‌ها

داده‌های مورد نیاز از طریق استخراج اطلاعات از سامانه ثبت اطلاعات اعتیاد گردآوری شد. ابزار گردآوری داده‌ها، چک‌لیست محقق‌ساخته‌ای بود که شامل چهار بخش اصلی می‌شد: بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک

شامل سن، جنس (زن/ مرد)، وضعیت تأهل (مجرد/ متاهل/ مطلقه و بیوه)، سطح تحصیلات (بی سواد و ابتدایی/ متوسطه/ دیپلم/ دانشگاهی) و وضعیت اشتغال (بیکار/ شغل آزاد/ کارمند/ سایر)؛ بخش دوم شامل متغیرهای مرتبط با مصرف الکل مانند درصد الکل مصرفی، تعداد دفعات مصرف در روز (یک بار/ دو یا بیشتر از دوبار)، نوع الکل مصرفی (شرکتی/ دست ساز/ هر دو) و حضور فرد مصرف کننده الکل در خانواده (بله/ خیر)؛ بخش سوم شامل متغیرهای مربوط به مصرف مواد مانند سابقه مصرف سیگار (بله/ خیر)، قلیان (بله/ خیر) و اختلالات روانی (بله/ خیر)؛ و بخش چهارم متغیر پیامد مطالعه بود. متغیر پیامد «تلاش برای ترک مصرف الکل» به صورت خودگزارش دهی و بر اساس پاسخ شرکت کنندگان به سؤال «آیا تاکنون برای ترک مصرف الکل اقدام کرده اید؟» اندازه گیری شد. این متغیر به صورت دوحالتی (بله/خیر) تعریف و در تحلیل آماری به عنوان متغیر پیامد وارد شد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با کسب کد اخلاق IR.KUMS.MED.REC.1404.142 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام شد. به منظور حفظ محرمانگی، کلیه اطلاعات شرکت کنندگان به صورت ناشناس و کدگذاری شده مورد استفاده قرار گرفت. با توجه به استفاده از داده های ثبت شده قبلی و ناشناس بودن اطلاعات، نیاز به اخذ رضایت آگاهانه مجدد نبود، اما پروتکل مطالعه به طور کامل توسط کمیته اخلاق بررسی و تأیید شده بود. همچنین، پژوهشگران متعهد به رعایت اصول اخلاقی هلسینکی در تمام مراحل پژوهش بودند.

یافته ها

براساس نتایج حاصل از این مطالعه از میان ۶۰ شرکت کننده ۳۹۳ نفر (۸۵ درصد) برای ترک الکل تلاش کردند و تنها ۶۷ نفر (۱۵ درصد) هیچ تلاشی برای ترک الکل نکردند. توزیع متغیرهای دموگرافیک بر حسب تلاش برای ترک الکل در جدول ۱ نمایش داده شده است. بر اساس نتایج حاصل از این جدول میانگین سنی کل شرکت کنندگان 38.1 ± 9.5 سال بود. ۹۸/۹ درصد از شرکت کنندگان مرد و تنها ۱/۱ درصد زن بودند. اکثر افراد شرکت کننده مجرد (۴۸/۷ درصد) و دارای تحصیلات دبیرستانی بوده (۴۳/۳ درصد) و از نظر

شامل سن، جنس (زن/ مرد)، وضعیت تأهل (مجرد/ متاهل/ مطلقه و بیوه)، سطح تحصیلات (بی سواد و ابتدایی/ متوسطه/ دیپلم/ دانشگاهی) و وضعیت اشتغال (بیکار/ شغل آزاد/ کارمند/ سایر)؛ بخش دوم شامل متغیرهای مرتبط با مصرف الکل مانند درصد الکل مصرفی، تعداد دفعات مصرف در روز (یک بار/ دو یا بیشتر از دوبار)، نوع الکل مصرفی (شرکتی/ دست ساز/ هر دو) و حضور فرد مصرف کننده الکل در خانواده (بله/ خیر)؛ بخش سوم شامل متغیرهای مربوط به مصرف مواد مانند سابقه مصرف سیگار (بله/ خیر)، قلیان (بله/ خیر) و اختلالات روانی (بله/ خیر)؛ و بخش چهارم متغیر پیامد مطالعه بود. متغیر پیامد «تلاش برای ترک مصرف الکل» به صورت خودگزارش دهی و بر اساس پاسخ شرکت کنندگان به سؤال «آیا تاکنون برای ترک مصرف الکل اقدام کرده اید؟» اندازه گیری شد. این متغیر به صورت دوحالتی (بله/خیر) تعریف و در تحلیل آماری به عنوان متغیر پیامد وارد شد.

تجزیه و تحلیل

در مطالعه حاضر به منظور توصیف متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد و به منظور توصیف متغیرهای کیفی فراوانی و درصد فراوانی مورد استفاده قرار گرفت. به منظور انجام آمار استنباطی ابتدا نرمالیتی متغیرهای کمی با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت. سپس در صورت نرمال بودن توزیع از آزمون t -استیودنت جهت مقایسه این متغیرها در دو گروه استفاده شد و در غیر این صورت آزمون من ویتنی اجرا شد. به منظور توصیف متغیرهای کیفی نیز فراوانی و درصد فراوانی مورد استفاده قرار گرفته و نحوه توزیع آن بین دو گروه با استفاده از آزمون کای اسکور مورد آزمون قرار گرفت. سپس به منظور بررسی عوامل موثر بر تلاش برای ترک الکل (متغیر پاسخ) از آنجایی که حجم نمونه در سطوح متغیر پاسخ نامتعادل بود، برای کاهش تأثیر بالقوه این عدم تعادل، از رگرسیون لجستیک وزنی استفاده شد. تمامی متغیرها

وضعیت شغلی نیز اکثراً دارای شغل آزاد بودند (۷۳/۵ درصد)، با این حال بین هیچ یک از متغیرهای ذکر شده در دو گروه تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد (۰/۰۵ > p-value).

جدول شماره ۱- توزیع متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه تلاش / عدم تلاش برای ترک الکل

متغیر	تلاش برای ترک مصرف الکل			*p-value
	بله	خیر	کل	
سن	۳۸/۱±۹/۶	۳۸/۴±۹/۱	۳۸/۱±۹/۵	۰/۸۲۳
جنسیت	زن	۴ (۱/۰)	۱ (۱/۵)	۵ (۱/۱)
	مرد	۳۸۹ (۹۹)	۶۶ (۹۸/۵)	۴۵۵ (۹۸/۹)
وضعیت تاهل	مجرد	۱۸۹ (۴۸/۱)	۳۵ (۵۲/۲)	۲۲۴ (۴۸/۷)
	متاهل	۱۴۵ (۳۶/۹)	۲۰ (۲۹/۹)	۱۶۵ (۳۵/۹)
	مطلقه و بیوه	۵۹ (۱۵/۰)	۱۲ (۱۷/۹)	۷۱ (۱۵/۴)
سطح تحصیلات	بی سواد و ابتدایی	۷۱ (۱۸/۱)	۱۰ (۱۴/۹)	۸۱ (۱۷/۶)
	دبیرستان	۱۶۸ (۴۲/۷)	۳۱ (۴۶/۳)	۱۹۹ (۴۳/۳)
	دیپلم	۱۱۶ (۲۹/۵)	۲۰ (۲۹/۹)	۱۳۶ (۲۹/۶)
	دانشگاهی	۳۸ (۹/۷)	۶ (۹/۰)	۴۴ (۹/۶)
وضعیت اشتغال	بیکار	۸۴ (۲۱/۴)	۱۱ (۱۶/۴)	۹۵ (۲۰/۷)
	شغل آزاد	۲۸۹ (۷۳/۵)	۴۹ (۷۳/۱)	۳۳۸ (۷۳/۵)
	کارمند	۱۷ (۴/۳)	۶ (۹/۰)	۲۳ (۵/۰)
	سایر	۳ (۰/۸)	۱ (۱/۵)	۴ (۰/۹)

* نشان دهنده $p\text{-value} < 0/05$

($p\text{-value}=0/271$). اکثر افراد در گروهی که تلاشی برای ترک الکل نداشتند (۴۳/۳ درصد) الکل شرکتی مصرف می کردند در حالی که در گروه مقابل ۳۷/۲ درصد الکل شرکتی مصرف می کردند، با این وجود بین دو گروه از نظر نوع الکل مصرفی تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد ($p\text{-value} > 0/05$). اکثر افراد شرکت کننده (۷۳ درصد) دارای عضوی از خانواده که الکل مصرف می کند نبودند. اکثر شرکت کنندگان (۷۸/۹ درصد) نیز فاقد هرگونه اختلالات روانی بودند.

در جدول ۲ نیز توزیع سایر متغیرهای مربوط به مصرف الکل در دو گروه نمایش داده شده است. براساس نتایج حاصل از این جدول میانگین درصد الکل مصرفی در گروهی که برای ترک تلاش کردند ($54/6 \pm 21/6$) بیشتر از گروه دیگر بود ($52/7 \pm 20/2$) با این حال تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد ($p=0/501$). اکثر افراد مصرف کننده الکل در مطالعه حاضر (۹۸/۵ درصد) یک بار در روز الکل مصرف می کردند و تنها ۱/۵ درصد بیشتر از یک بار الکل می نوشیدند ولی این تفاوت به لحاظ آماری معنادار نبود.

جدول شماره ۲- توزیع متغیرهای مربوط به مصرف الکل در دو گروه تلاش / عدم تلاش برای ترک الکل

متغیر	تلاش برای ترک مصرف الکل			*p-value	
	بله	خیر	کل		
درصد الکل مصرفی	۲۱/۶±۵۴/۶	۲۰/۲±۵۲/۷	۲۱/۴±۵۴/۳	۰/۵۰۱	
تعداد دفعات مصرف الکل (در روز)	یک بار	۳۸۸ (۹۸/۷)	۶۵ (۹۷/۰)	۴۵۳ (۹۸/۵)	۰/۲۷۱
	دو یا بیشتر از دو بار	۵ (۱/۳)	۲ (۳/۰)	۷ (۱/۵)	
نوع الکل مصرفی	شرکتی	۱۴۶ (۳۷/۲)	۲۹ (۴۳/۳)	۱۷۵ (۳۸/۰)	۰/۲۹۵
	دست ساز	۱۳۸ (۳۵/۱)	۱۷ (۲۵/۴)	۱۵۵ (۳۳/۷)	
	هر دو	۱۰۹ (۲۷/۷)	۲۱ (۳۱/۳)	۱۳۰ (۲۸/۳)	
حضور فرد مصرف کننده الکل در خانواده	بله	۱۰۱ (۲۵/۷)	۲۳ (۳۴/۳)	۱۲۴ (۲۷/۰)	۰/۱۷۹
	خیر	۲۹۲ (۷۴/۳)	۴۴ (۶۵/۷)	۳۳۶ (۷۳/۰)	
سابقه مصرف سیگار	بله	۳۷۴ (۹۵/۲)	۶۳ (۹۴/۰)	۴۳۷ (۹۵/۰)	۰/۷۶۰
	خیر	۱۹ (۴/۸)	۴ (۶/۰)	۲۳ (۵/۰)	
سابقه مصرف قلیان	بله	۱۸۵ (۴۷/۱)	۳۳ (۴۹/۳)	۲۱۸ (۴۷/۴)	۰/۷۹۲
	خیر	۲۰۸ (۵۲/۹)	۳۴ (۵۰/۷)	۲۴۲ (۵۲/۶)	
سابقه اختلالات روانی	بله	۸۱ (۲۰/۶)	۱۶ (۲۳/۹)	۹۷ (۲۱/۱)	۰/۵۲۱
	خیر	۳۱۲ (۷۹/۴)	۵۱ (۷۶/۱)	۳۶۳ (۷۸/۹)	

* نشان دهنده $p\text{-value} < ۰/۰۵$

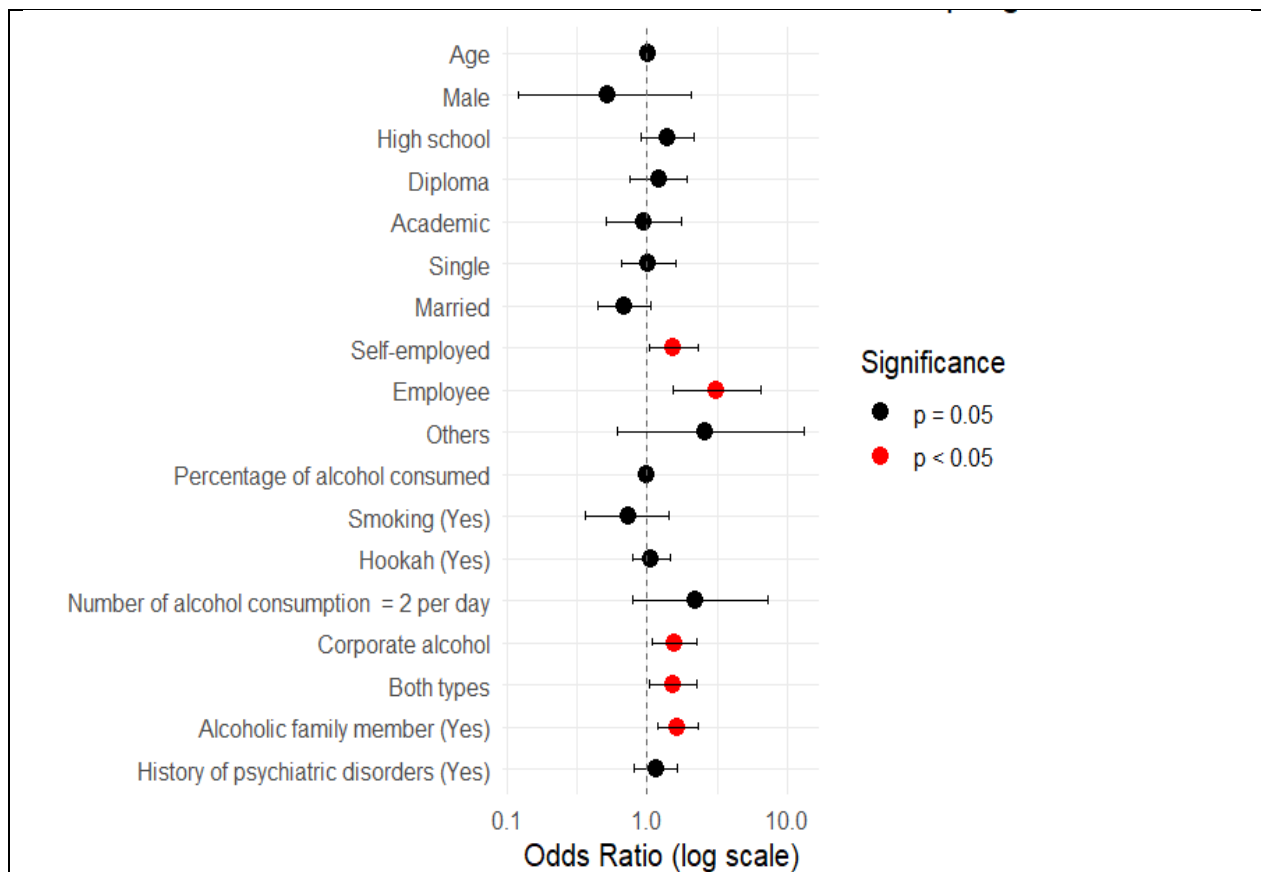
در جدول ۳ و شکل ۱ نیز نتایج حاصل از برازش رگرسیون لجستیک وزنی نمایش داده شده است. بر اساس نتایج حاصل از این جدول افراد با شغل آزاد مصرف کننده مواد شانس بیشتری برای تلاش جهت ترک الکل داشتند ($p\text{-value} = ۰/۰۳۶$ ، $CI = ۱/۰۳$ و $۲/۲۹$). علاوه بر این افراد کارمند نسبت به افراد بیکار نیز شانس بیشتری برای تلاش جهت ترک الکل داشتند ($p\text{-value} = ۰/۰۰۲$ ، $CI = ۱/۵۲$ و $۶/۴۲$). شانس تلاش برای ترک الکل در افراد مصرف کننده موادی که الکل شرکتی مصرف می کردند $۱/۵۶$ برابر شانس ترک در افراد مصرف کننده الکل دست ساز بود ($p\text{-value} = ۰/۰۱۷$ ، $CI = ۱/۰۸$ و $۲/۲۶$). علاوه بر این شانس ترک الکل در افرادی که هم الکل شرکتی استفاده می کردند و هم الکل دست ساز $۱/۵۴$ برابر شانس در افرادی بود که تنها از الکل دست ساز استفاده می کردند ($p\text{-value} = ۰/۰۳۲$ ، $CI = ۱/۰۴$ و $۲/۲۷$). افرادی که در خانواده مصرف کننده الکل داشتند نسبت به افرادی که در خانواده خود فرد مصرف کننده الکل نداشتند، شانس بیشتری برای تلاش جهت ترک الکل داشتند ($p\text{-value} = ۰/۰۰۲$ ، $CI = ۱/۲۰$ و $۲/۲۸$). در سطح ۹۵ درصد و $OR = ۱/۶۵$.

در جدول ۳ و شکل ۱ نیز نتایج حاصل از برازش رگرسیون لجستیک وزنی نمایش داده شده است. بر اساس نتایج حاصل از این جدول افراد با شغل آزاد مصرف کننده مواد شانس بیشتری برای تلاش جهت ترک الکل داشتند ($p\text{-value} = ۰/۰۳۶$ ، $CI = ۱/۰۳$ و $۲/۲۹$). علاوه بر این افراد کارمند نسبت به افراد بیکار نیز شانس بیشتری برای تلاش جهت ترک الکل داشتند ($p\text{-value} = ۰/۰۰۲$ ، $CI = ۱/۵۲$ و $۶/۴۲$). شانس تلاش برای ترک الکل در افراد مصرف کننده موادی که الکل شرکتی مصرف می کردند $۱/۵۶$ برابر شانس ترک در افراد مصرف کننده الکل دست ساز بود ($p\text{-value} = ۰/۰۱۷$ ، $CI = ۱/۰۸$ و $۲/۲۶$). علاوه بر این شانس ترک الکل در افرادی که هم الکل شرکتی استفاده می کردند و هم الکل دست ساز $۱/۵۴$ برابر شانس در افرادی بود که تنها از الکل دست ساز استفاده می کردند ($p\text{-value} = ۰/۰۳۲$ ، $CI = ۱/۰۴$ و $۲/۲۷$). افرادی که در خانواده مصرف کننده الکل داشتند نسبت به افرادی که در خانواده خود فرد مصرف کننده الکل نداشتند، شانس بیشتری برای تلاش جهت ترک الکل داشتند ($p\text{-value} = ۰/۰۰۲$ ، $CI = ۱/۲۰$ و $۲/۲۸$). در سطح ۹۵ درصد و $OR = ۱/۶۵$.

جدول شماره ۳- نتایج حاصل از برازش رگرسیون لجستیک وزنی چند متغیره به منظور شناسایی عوامل مؤثر بر تلاش برای ترک الکل

متغیر	ضریب	انحراف استاندارد	p-value
سن	۱/۰۱	۰/۰۱	۰/۵۴۰
جنسیت (رفرنس: زن)			
مرد	۰/۵۲	۰/۷۱	۰/۳۵۷
سطح تحصیلات (رفرنس: بی‌سواد ابتدایی)			
دبیرستان	۰/۳۲	۰/۲۲	۰/۱۴
دیپلم	۰/۱۹	۰/۲۴	۰/۴۲
دانشگاهی	-۰/۰۵	۰/۳۱	۰/۸۸
وضعیت تاهل (رفرنس: مطلقه و بیوه)			
مجرد	۰/۰۲	۰/۲۳	۰/۹۳۲
متاهل	-۰/۳۸	۰/۲۳	۰/۰۹۵
وضعیت اشتغال (رفرنس: بیکار)			
شغل آزاد	۰/۴۲	۰/۲۰	۰/۰۳۶*
کارمند	۱/۱۲	۰/۳۷	۰/۰۰۲*
سایر	۰/۹۴	۰/۷۶	۰/۲۱۰
درصد الکل مصرفی	-۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۳۳۸
سابقه مصرف سیگار (رفرنس: خیر)			
بله	-۰/۳۱	۰/۳۵	۰/۳۶۴
سابقه مصرف قلیان (رفرنس: خیر)			
بله	-۰/۰۶	۰/۱۶	۰/۶۹۶
تعداد دفعات مصرف الکل در روز (رفرنس: یک بار)			
دو یا بیشتر از دوبار	۰/۸۰	۰/۵۶	۰/۱۵۲
نوع الکل مصرفی (رفرنس: دست ساز)			
شرکتی	۰/۴۴	۰/۱۹	۰/۰۱۷*
هر دو	۰/۴۳	۰/۲۰	۰/۰۳۲*
حضور فرد مصرف‌کننده الکل در خانواده (رفرنس: خیر)			
بله	۰/۵۰	۰/۱۶	۰/۰۰۲*
سابقه اختلالات روانی (رفرنس: خیر)			
بله	۰/۱۴	۰/۱۸	۰/۴۳۶

* نشان دهنده $p\text{-value} < ۰/۰۵$. نتایج ارائه‌شده حاصل برازش مدل رگرسیون لجستیک وزنی چندمتغیره بوده و ضرایب گزارش‌شده برای هر متغیر پس از تعدیل اثر سایر متغیرهای واردشده در مدل برآورد شده‌اند.



شکل شماره ۱- نمودار جنگلی حاصل از مدل رگرسیون لجستیک وزنی چند متغیره جهت بررسی عوامل موثر بر تلاش برای ترک الکل. نقاط نشان‌دهنده OR تعدیل شده و خطوط افقی بیانگر فاصله اطمینان ۹۵ درصد هستند. متغیرهای معنادار آماری ($p\text{-value} < 0.05$) با رنگ قرمز مشخص شده‌اند.

بحث

مصرف، نقش برجسته‌تری نسبت به ویژگی‌های فردی صرف در شکل‌دهی به انگیزه برای ترک دارند (۱۷). شواهد مشابه از سایر مناطق نیز نشان می‌دهد که در جمعیت‌های دارای اختلال مصرف مواد، تصمیم به تغییر رفتار اغلب بیش از آنکه توسط عوامل جمعیت‌شناختی پیش‌بینی شود، تحت تأثیر زمینه اجتماعی و ماهیت خود مصرف قرار می‌گیرد (۱۸). این یافته با مطالعه مک‌مورای و همکاران (۲۰۲۰) که بر اهمیت عوامل زمینه‌ای در مدل‌های ترک در جمعیت‌های آسیب‌پذیر تأکید داشت، همسو است (۱۹).

نقش مهم اشتغال به عنوان یک عامل تسهیل‌کننده اقدام به ترک، از یافته‌های کلیدی این مطالعه است. افراد شاغل

یافته‌ها نشان داد که ۸۵ درصد از شرکت‌کنندگان (۳۹۳ نفر از ۴۶۰ نفر) اقدام به ترک الکل کرده‌اند. در تحلیل چندمتغیره، اشتغال (شاغل آزاد و کارمند)، مصرف الکل شرکتی (به‌تنهایی یا همراه با دست‌ساز) و وجود عضو مصرف‌کننده الکل در خانواده به‌عنوان عوامل پیش‌بین مثبت و معنادار اقدام به ترک شناسایی شدند. در مقابل، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پایه و برخی متغیرهای مرتبط با مصرف (مانند درصد الکل مصرفی، سیگار، قلیان و سابقه اختلال روانی) ارتباط آماری معناداری نشان ندادند. این الگو حاکی از آن است که در جمعیت خاص مورد مطالعه، عوامل زمینه‌ای اجتماعی-اقتصادی و الگوی

آزاد و کارمند به ترتیب ۱/۵۴ و ۳ برابر بیشتر از افراد بیکار شانس اقدام به ترک داشتند. این نتایج با ادبیات جهانی همسو است که بر ارتباط مثبت بین اشتغال، ثبات مالی و پیامدهای بهتر درمان اعتیاد تأکید دارد (۲۰). مطالعه اخیر بیک و همکاران (۲۰۲۴) در کره جنوبی بر روی مصرف‌کنندگان دوگانه مواد و الکل نیز نشان داد که اشتغال رسمی قوی‌ترین پیش‌بین برای شروع درمان و حفظ تعهد اولیه به ترک بود، یافته‌ای که به طور مستقیم با نتایج حاضر درباره نقش محافظتی اشتغال هم‌خوانی دارد (۲۱). اشتغال نه تنها دسترسی به منابع مالی برای پرداخت هزینه‌های درمان را ممکن می‌سازد، بلکه با ایجاد ساختار روزانه، تقویت عزت نفس و حس هویت اجتماعی مثبت، بستر روانی-اجتماعی لازم برای تغییر رفتار را فراهم می‌آورد (۲۲). در بافت ایران، به ویژه در استان کرمانشاه، که ممکن است با چالش‌های اقتصادی خاصی مواجه باشد، داشتن شغل می‌تواند به معنای دسترسی به شبکه‌های حمایتی غیررسمی و موقعیت اجتماعی پایدارتر باشد که همگی در تصمیم به ترک مؤثرند (۲۳). این یافته، ضرورت تلفیق خدمات حمایت شغلی و آموزش مهارت‌های حرفه‌ای را در برنامه‌های جامع کاهش آسیب و درمان اعتیاد پررنگ می‌کند (۲۴).

ارتباط معنادار بین نوع نوشیدنی الکلی (شرکتی در برابر دست‌ساز) و اقدام به ترک، یافته‌ای قابل تأمل است. مصرف‌کنندگان الکل شرکتی و مصرف‌کنندگان هر دو نوع، نسبت به مصرف‌کنندگان الکل صرفاً دست‌ساز، شانس بیشتری برای اقدام به ترک داشتند. این مسئله ممکن است منعکس‌کننده تفاوت در پروفایل مصرف‌کنندگان این نوشیدنی‌ها باشد. الکل‌های دست‌ساز غالباً ارزان‌تر، در دسترس‌تر و با غلظت نامشخص تولید می‌شوند و مصرف آن‌ها ممکن است با الگوهای پرخطرتر، وابستگی شدیدتر و عوارض جسمانی بیشتر همراه باشد (۲۵). مطالعه Balsarkar و همکار (۲۰۲۳) در هند نشان داد مصرف الکل‌های غیررسمی و دست‌ساز با نرخ پایین‌تر جستجوی درمان و انگیزه برای ترک همراه

است که تأییدکننده یافته ما در بافتی دیگر است (۲۶). از سوی دیگر، انتخاب الکل شرکتی ممکن است با سطح اقتصادی-اجتماعی بالاتر، سبک زندگی متفاوت و احتمالاً نگرش‌های متفاوت نسبت به مصرف و ترک مرتبط باشد (۲۷). همچنین در ایران گزارش شده است که مصرف الکل‌های دست‌ساز در مناطق محروم‌تر و در میان گروه‌های با دسترسی محدود به خدمات سلامت شایع‌تر است (۲۸). بنابراین، این یافته لزوم طراحی مداخلات هدفمند برای گروه مصرف‌کنندگان الکل دست‌ساز را که ممکن است در معرض آسیب‌پذیری مضاعف باشند، نشان می‌دهد (۲۹).

وجود عضو مصرف‌کننده الکل در خانواده نیز به عنوان یک عامل پیش‌بین مثبت اقدام به ترک ظاهر شد. این نتیجه در تقابل با چارچوب رایجی قرار می‌گیرد که سابقه خانوادگی مصرف مواد را عمدتاً یک عامل خطر می‌داند. تبیین این یافته می‌تواند در "یادگیری مبتنی بر مشاهده" نهفته باشد. زندگی در کنار فردی با اختلال مصرف الکل، پیامدهای منفی این رفتار (از جمله مشکلات سلامتی، مالی و اجتماعی) را به طور عینی و ملموس در معرض دید فرد قرار می‌دهد. این تجربه می‌تواند به عنوان یک محرک قوی برای انگیزش درونی و تصمیم به اجتناب از سرنوشت مشابه عمل کند (۳۰). مطالعه Montero-Zamora و همکاران (۲۰۲۴) در مکزیک نشان داد که تجربه مستقیم عواقب منفی مصرف الکل در یکی از بستگان درجه یک، قوی‌ترین انگیزه گزارش‌شده برای ترک در مردان جوان بود، که هم‌سو با مکانیسم پیشنهادی ماست (۳۱). علاوه بر این، اگر عضو خانواده در حال بهبودی باشد، می‌تواند منبعی برای حمایت عاطفی و راهنمایی عملی باشد. این تفسیر با نظریه انتقال بین‌نسلی تاب‌آوری مطابقت دارد که بر چگونگی تبدیل تجربیات منفی خانوادگی به محرکی برای تغییر مثبت تأکید می‌ورزد. این یافته بر اهمیت ارزیابی دقیق دینامیک خانواده و به‌کارگیری رویکردهای خانواده‌محور در مداخلات ترک الکل تأکید می‌کند (۳۲، ۳۳).

در نهایت، عدم معناداری متغیرهایی مانند سن، جنس، وضعیت تأهل و سابقه اختلالات روانی در مدل نهایی، درخور توجه است. این ممکن است نشان‌دهنده آن باشد که در جمعیت خاص مصرف‌کنندگان مواد مخدر که خود گروهی همگن از نظر مواجهه با انگ اجتماعی و چالش‌های مرتبط با اعتیاد هستند، تمایزات اولیه جمعیت شناختی تأثیر کمتری بر تصمیم به ترک الکل دارد. به عبارت دیگر، زمانی که فرد درگیر اختلال مصرف مواد است، عوامل اجتماعی-اقتصادی زمینه‌ای (مانند اشتغال) و عوامل مرتبط با خود رفتار مصرف (مانند نوع الکل) برجستگی بیشتری در تعیین انگیزه برای تغییر پیدا می‌کند (۳۴، ۳۵). با این حال، این نتیجه به معنای بی‌اهمیتی این متغیرها در فرآیند ترک موفقیت‌آمیز یا عود نیست، بلکه صرفاً بر مرحله "اقدام به ترک" متمرکز است. برای ترسیم نقشه کامل مسیر بهبودی، مطالعات طولی که مراحل مختلف از تصمیم‌گیری تا حفظ پرهیز را بررسی کنند، ضروری است. مطالعه Trim و همکاران (۲۰۲۳) نیز تأیید کرد که اگرچه عوامل دموگرافیک در مرحله شروع ترک ممکن است کمتر متمایزکننده باشند، اما در پیش‌بینی تداوم پرهیز نقش مهمی ایفا می‌کنند (۳۶، ۳۷).

با وجود شباهت‌های فرهنگی، مذهبی و قانونی در منطقه خاورمیانه، مطالعات بسیار محدودی به بررسی عوامل مؤثر بر ترک الکل در مصرف‌کنندگان مواد مخدر پرداخته‌اند. مطالعه حاضر از این جهت منحصر به فرد است که برای اولین بار در غرب ایران و با استفاده از داده‌های سامانه ثبت اعتیاد به این موضوع پرداخته است. در مقایسه با مطالعه سرمد و همکاران (۲۰۲۴) در استان ایلام (همجوار با منطقه مورد مطالعه) که شیوع بالای مصرف الکل‌های دست‌ساز را در مناطق محروم گزارش کردند، یافته ما مبنی بر شانس کمتر ترک در مصرف‌کنندگان الکل دست‌ساز، نشان‌دهنده هم‌پوشانی جغرافیایی الگوهای مصرف پرخطر و نیاز به مداخلات هدفمند در این مناطق است (۲۸). در سطح کشورهای همسایه، مطالعه

Kizilkurt و همکاران (۲۰۲۰) در ترکیه نشان داد که حمایت خانواده قوی‌ترین عامل پیش‌بین‌کننده شروع درمان در مصرف‌کنندگان مواد بود؛ یافته‌ای که با نقش مثبت وجود عضو مصرف‌کننده الکل در خانواده در مطالعه ما (به عنوان عامل انگیزشی) همسو است، هرچند در ترکیه این حمایت عمدتاً از اعضای غیرمصرف‌کننده نشأت می‌گرفت (۳۸). در پاکستان، مطالعه سفدر و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که بیکاری مهم‌ترین مانع برای ترک الکل در جمعیت‌های حاشیه‌نشین شهری است که با تأکید شدید ما بر نقش اشتغال (افزایش شانس ترک تا ۳ برابر) هم‌خوانی کامل دارد (۳۹). همچنین، در عربستان سعودی، مطالعه الحسین و همکاران (۲۰۲۴) نشان دادند که مصرف الکل‌های دست‌ساز و تقلبی به‌عنوان یک مشکل جدی شناسایی شده است که با عوارض شدیدی مانند نرخ مرگ‌ومیر ۱۷/۴ درصد و اختلالات دائمی بینایی همراه است (۴۰). مطالعات انجام شده در هند نرخ‌های بسیار متفاوتی از تکمیل درمان اختلال مصرف الکل را نشان می‌دهند؛ به‌گونه‌ای که Nadkarni و همکاران (۲۰۲۰) در گوا نرخ ۳۹/۵ درصد را گزارش کردند، در حالی که Ramasubramanian و همکاران (۲۰۲۵) در مناطق روستایی این کشور به نرخ ۹۳/۹ درصد دست یافتند که این تضاد، اهمیت عوامل زمینه‌ای مانند نوع برنامه درمانی، حمایت اجتماعی و دسترسی به خدمات را آشکار می‌سازد (۴۱، ۴۲). این مقایسه‌های منطقه‌ای نشان می‌دهد که علی‌رغم تفاوت‌های ساختاری در سیستم‌های سلامت کشورها، عوامل اجتماعی-اقتصادی (به‌ویژه اشتغال) و الگوی مصرف (نوع نوشیدنی) نقش ثابت و تعیین‌کننده‌ای در انگیزه برای ترک در سراسر منطقه دارند و این امر لزوم طراحی مداخلات فراملی با رویکردهای مشترک را تقویت می‌کند. از طرفی پژوهش‌های بین‌المللی نشان می‌دهند که مهم‌ترین شاخص‌های پیش‌بینی‌کننده ترک درمان در اختلال مصرف الکل شامل هوس شدید، انگیزه پایین، عدم حمایت اجتماعی، آگاهی کم از بیماری و اختلال در کارکردهای

اجرایی هستند (۴۳، ۴۴). با توجه به اینکه مصرف الکل‌های دست‌ساز و تقلبی ممکن است از طریق تشدید عوارض جسمی و روانی، بر این شاخص‌ها تأثیر منفی بگذارد، می‌توان فرض کرد که این نوع الکل‌ها به‌عنوان یک عامل خطر غیرمستقیم برای نرخ پایین‌تر تکمیل دوره درمان عمل می‌کنند، هر چند تحقیقات مستقیم در این زمینه محدود است.

برای درک بهتر اهمیت بالینی یافته‌های این مطالعه، لازم است آن را در چارچوب بار جهانی بیماری‌ها قرار دهیم. بر اساس گزارش آخرین به‌روزرسانی مطالعه بار جهانی بیماری‌ها، اختلال مصرف الکل به عنوان یکی از علل اصلی مرگ و ناتوانی در سطح جهانی شناخته می‌شود، به‌گونه‌ای که الکل به‌تنهایی مسئول ۴/۷ درصد از کل مرگ‌های جهانی است (۱). این سهم در میان مردان جوان و میان‌سال به مراتب بیشتر است و الکل به عنوان سومین عامل خطر تعدیل‌پذیر برای بار بیماری در جهان شناخته می‌شود. در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا، با وجود محدودیت‌های قانونی و فرهنگی، سهم مرگ ناشی از مصرف الکل رو به افزایش است و الگوهای مصرف در حال تغییر به سمت مصرف پرخطر گزارش شده است (۲). یافته‌های مطالعه حاضر که نشان می‌دهد ۸۵ درصد از مصرف‌کنندگان مواد مخدر حداقل یک بار اقدام به ترک الکل کرده‌اند، از این جهت حائز اهمیت است که نشان می‌دهد با وجود موانع متعدد، انگیزه برای تغییر در این جمعیت بالا است و این می‌تواند فرصتی برای مداخلات مؤثر در جهت کاهش سهم مرگ و ناتوانی ناشی از الکل باشد. به‌ویژه، شناسایی عواملی مانند اشتغال که شانس ترک را تا ۳ برابر افزایش می‌دهد، می‌تواند راه-گشای سیاست‌هایی باشد که هدفشان کاهش بار بیماری ناشی از مصرف هم‌زمان مواد و الکل در کشور است.

محدودیت‌ها

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است که باید در تعمیم نتایج مورد توجه قرار گیرد. نخست، طراحی مقطعی مطالعه امکان استنباط علیتی را فراهم نمی‌کند. برای مثال،

اگرچه اشتغال با اقدام به ترک مرتبط بود، اما نمی‌توان با اطمینان گفت که اشتغال موجب ترک می‌شود یا افرادی که انگیزه بیشتری برای ترک دارند، احتمال بیشتری دارد که شغل پایدارتری داشته باشند. دوم، داده‌های مورد استفاده از سامانه ثبت استخراج شدند که علی‌رغم جمع‌آوری توسط پرسنل آموزش دیده در چارچوبی استاندارد، احتمالاً تحت تأثیر سوگیری گزارش‌دهی قرار دارند. اطلاعات مبتنی بر خودگزارش‌دهی می‌تواند متأثر از عواملی مانند ترس از انگ اجتماعی، پیامدهای قانونی یا منافع ثانویه باشد. اگرچه در این مطالعه امکان بررسی مستقیم و مستقل داده‌ها (مثل تست بیومارکر) وجود نداشت، اما به‌جای اتکا به اعداد خام، الگوی ارتباط میان متغیرها را بررسی کردیم تا خطای احتمالی را تا جای ممکن کاهش دهیم. سوم، نمونه مطالعه عمدتاً از مردان (۹۸/۹ درصد) تشکیل شده بود که نمایندگی جمعیت زنان مصرف‌کننده مواد را محدود می‌سازد و تعمیم یافته‌ها به زنان را با مشکل مواجه می‌کند. چهارم، داده‌های سامانه ثبت اطلاعات اعتیاد ممکن است فاقد اطلاعات عمیق‌تری در مورد عواملی مانند شدت وابستگی به الکل، انگیزه‌های خاص برای ترک، کیفیت حمایت اجتماعی یا دسترسی به خدمات درمانی باشند که می‌توانند در مدل تأثیرگذار باشند. در نهایت، این مطالعه در یک منطقه خاص از ایران (غرب کشور) انجام شده است که ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی منحصر به فردی دارد و بنابراین، یافته‌ها باید با احتیاط به سایر مناطق ایران یا کشورهای دیگر تعمیم داده شوند. انجام مطالعات طولی آینده‌نگر با نمونه‌های جنسیتی متوازن و استفاده از ابزارهای جامع‌تر ارزیابی، می‌تواند به رفع این محدودیت‌ها و درک عمیق‌تر از پویایی ترک الکل کمک کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۸۵ درصد از مصرف‌کنندگان مواد مخدر دارای سابقه مصرف الکل، حداقل یک بار اقدام به ترک الکل کرده‌اند. در مدل رگرسیون لجستیک وزنی، اشتغال (شغل آزاد با شانس

پزشکی، به تقویت حمایت‌های شغلی، هدف‌گیری گروه‌های پرخطر و به‌کارگیری رویکردهای خانواده‌محور بپردازند. انجام مطالعات طولی برای بررسی تداوم ترک و اثربخشی این مداخلات در آینده توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مرکز تحقیقات پیشگیری سوء مصرف مواد و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که امکان دسترسی به داده‌ها را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر می‌گردد. همچنین از سرکار خانم بهاره رهامی، دکتر وحید فرنی و دیگر همکاران سامانه ثبت اطلاعات اعتیاد به‌خاطر همکاری ارزشمندشان در تهیه و جمع‌آوری نمونه‌های تشکر می‌گردد. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجوی پزشکی عمومی می‌باشد. لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته از داده برنامه ثبت بیماری با عنوان "مطالعات اعتیاد" می‌باشد که در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه تصویب و مورد حمایت قرار گرفته است. همچنین از مرکز توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان‌های امام خمینی و دکتر محمد کرمانشاهی و فارابی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به‌خاطر حمایت‌هایشان تشکر و قدردانی می‌کنیم.

References

1. Bryazka D, Reitsma MB, Griswold MG, Abate KH, Abbafati C, Abbasi-Kangevari M, Abbasi-Kangevari Z, Abdoli A, Abdollahi M, Abdullah AY, Abhilash ES. Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020. *The Lancet*. 2022 Jul 16;400(10347):185-235.
2. Darijani SR, Seyedmirzaei H, Nakhostin-Ansari A, Menbari-Oskouie I, Ghaseminejad-Raeini A, Nasoori H, Memari AH, Akhondzadeh S. Burden of substance use disorders in the middle East and North Africa from 1990 to 2019. *Balkan Med J*. 2025 Mar 3;42(2):138.
3. Chegeni M, Kamel Khodabandeh A, Karamouzian M, Shokoochi M, Abedi L, Khalili M, Rajaei L, Ardalan G, Sharifi H. Alcohol consumption in Iran: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Drug and alcohol review*. 2020 Jul;39(5):525-38.

۱/۵۳ و کارمند با شانس ۳/۰۸ نسبت به بیکاران)، مصرف الکل شرکتی یا ترکیبی از شرکتی و دست‌ساز (به ترتیب با شانس ۱/۵۶ و ۱/۵۳ نسبت به الکل دست‌ساز) و وجود عضو مصرف‌کننده الکل در خانواده (شانس ۱/۶۵ نسبت به فاقدان چنین سابقه‌ای) به عنوان عوامل پیش‌بین مثبت و معنادار اقدام به ترک شناسایی شدند. بر اساس این یافته‌های مشخص، پیام‌های کاربردی مقاله عبارتند از: اول، لزوم ادغام خدمات حمایت شغلی و مشاوره حرفه‌ای در برنامه‌های درمان اعتیاد به دلیل نقش مهم اشتغال در افزایش شانس ترک. دوم، ضرورت هدف‌گیری ویژه مصرف‌کنندگان الکل دست‌ساز به عنوان گروهی با انگیزه کمتر برای ترک، از طریق مداخلات انگیزشی فشرده‌تر و کاهش موانع دسترسی به درمان. سوم، بهره‌گیری از رویکرد خانواده‌محور با استفاده از اعضای خانواده که تجربه مصرف الکل داشته‌اند، به عنوان منابع حمایت عاطفی و مشاوران همتا، زیرا تجربه مستقیم عواقب منفی مصرف در خانواده می‌تواند به عنوان محرکی برای ترک عمل کند. چهارم، پیشنهاد می‌شود غربال‌گری برای شناسایی افراد با انگیزه بالاتر برای ترک، بر اساس سه عامل اشتغال، نوع الکل مصرفی و سابقه خانوادگی طراحی شود نه صرفاً ویژگی‌های جمعیت‌شناختی. در مجموع، اقدام به ترک الکل در جمعیت مصرف‌کنندگان مواد مخدر عمدتاً تحت تأثیر عوامل اقتصادی-اجتماعی و الگوی مصرف قرار دارد و برنامه‌های مداخله‌ای باید فراتر از رویکردهای صرفاً

4. Rehm J, Shield KD. Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Current psychiatry reports*. 2019 Feb;21(2):10.
5. Palazón-Llecha A, Caparrós B, Trujols J, Duran-Sindreu S, Batlle F, Madre M, Mallorquí-Bagué N. Predictors of cocaine use disorder treatment outcomes: a systematic review. *Systematic reviews*. 2024 May 8;13(1):124.
6. Bahji A. Navigating the complex intersection of substance use and psychiatric disorders: A comprehensive review. *Journal of Clinical Medicine*. 2024 Feb 9;13(4):999.
7. Goldstein RZ, Volkow ND. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nature reviews neuroscience*. 2011 Nov;12(11):652-69.

8. Tucker JA, Chandler SD, Witkiewitz K. Epidemiology of recovery from alcohol use disorder. *Alcohol research: current reviews*. 2020 Nov 12;40(3):02 .
9. Alemi F, Avramovic S, Schwartz MD. Electronic health record-based screening for substance abuse. *Big data*. 2018 Sep 1;6(3):214-24.
10. Blom B, Dukes KA, Lundgren L, Sullivan LM. Register data in the evaluation and program planning of addiction treatment programs: using Sweden as an example. *Evaluation and program planning*. 2015 Apr 1;49:185-91 .
11. Posadas-Martinez ML, Vicens J, Dawidowski AR, Martinez Von Scheidt MA, Pagotto VL, Blugerman GA, Schpilberg MG, Gadano AC. The role of registries in improving health and bridging healthcare, research, education, innovation and development: a research department perspective. *J Inter Med Res*. 2024 Mar;52(3):03000605241233140 .
12. Hser YI, Evans E, Huang D, Weiss R, Saxon A, Carroll KM, Woody G, Liu D, Wakim P, Matthews AG, Hatch-Maillette M. Long-term outcomes after randomization to buprenorphine/naloxone versus methadone in a multi-site trial. *Addiction*. 2016 Apr;111(4):695-705 .
13. Davtalab Esmaeil E, Zeinalzadeh A H, R. Kalankesh L, Ghaffari A, Dastgiri S. Familial Aggregation of Alcohol Consumption and Associated Factors in East Azerbaijan Province: A Cross-Sectional Study. *irje* 2024; 20 (2):118-127.
14. Damari B, Chegeni M, Esmaili I, Sarraimi H, Almadani H, Narenjiha H, et al. Status of Alcohol Consumption Based on the Self-Report of Iran's Industrial Staff. *irje* 2020; 15 (4) :334-342 .
15. Connor JP, Haber PS, Hall WD. Alcohol use disorders. *The Lancet*. 2016 Mar 5;387(10022):988-98.
16. Farnia V, Mohebian M, Davarinejad O, A. Hien D, Salemi S, Hookari S, et al. (2025) Alcohol consumption associated with suicidal ideation, and suicide attempts in substance users: A cross-sectional study of an addiction registry in western Iran. *PLoS ONE* 20(2): e0317456. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0317456>
17. Monterosso J, Ainslie G. The behavioral economics of will in recovery from addiction. *Drug and alcohol dependence*. 2007 Sep 1;90:S100-11 .
18. Fukui S, Shimizu Y, Rapp CA. A cross-cultural study of recovery for people with psychiatric disabilities between US and Japan. *Community mental health journal*. 2012 Dec;48(6):804-12.
19. McMurray, D (2020). Risk Factors for Polysubstance Abuse: A National Secondary Data Analysis Study Walden Dissertations and Doctoral Studies (Doctoral dissertation, Walden University). 9193, 94 pages. <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/9193>
20. Henkel D, Zemlin U. Social inequality and substance use and problematic gambling among adolescents and young adults: a review of epidemiological surveys in Germany. *Current drug abuse reviews*. 2016 Apr 1;9(1):26-48.
21. Baek SU, Lee YM, Won JU, Yoon JH. Precarious employment and the onset of depressive symptoms and problematic alcohol use in middle-aged or older workers: A Korean longitudinal study (2006–2022). *Social Science & Medicine*. 2024 Sep 1;357:117170.
22. Marchand K, Oviedo-Joekes E, Guh D, Marsh DC, Brissette S, Schechter MT. Sex work involvement among women with long-term opioid injection drug dependence who enter opioid agonist treatment. *Harm Reduction Journal*. 2012 Jan 25;9(8):1-7.
23. Mohammad Karimi Mazhin A, Qaedamini Harooni G, Seddighi H, Sajadi H. (2023). The Relationship between Social Support and Tendency to Drug Abuse among Earthquake Victims in Kermanshah Province. *refahj*. 23(90), 89-119.
24. Magura S, Staines GL, Blankertz L, Madison EM. The effectiveness of vocational services for substance users in treatment. *Substance use & misuse*. 2004 Jan 1;39(13-14):2165-213.
25. Abbasi M, Soltaninejad K. Analyzing toxic chemical components in illegal alcoholic beverages. *Int J Med Toxicol Forensic Med*. 2020 Jan 1;10(3):29331 .
26. Balsarkar K, Mazumdar K. Unveiling Treatment Barriers Towards Seeking Help for Alcohol Consumption- a Qualitative Study on Urban Indian Women. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 2025 Jul 4:1-22.
27. Grittner U, Kuntsche S, Gmel G, Bloomfield K. Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels—results from an international study. *The European Journal of Public Health*. 2013 Apr 1;23(2):332-9.
28. Sarmad, A., Ahmadzadeh, D., Bazzyar, M. et al. Age- and sex-standardized prevalence of alcohol consumption and its determinants in the western region of Iran, Ilam: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2024, 24 (3430): 1-10.
29. Moradinazar M, Najafi F, Jalilian F, Pasdar Y, Hamzeh B, Shakiba E, Hajizadeh M, Haghdoust AA, Malekzadeh R, Poustchi H, Nasiri M. Prevalence of drug use, alcohol consumption, cigarette smoking and measure of socioeconomic-related inequalities of drug use among Iranian people: findings from a national survey. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2020 Jun 5;15(39):1-11.
30. Bandura A. Social cognitive theory of mass communication. In *Media effects* 2009 Jan 13 (pp. 110-140). Routledge.
31. Montero-Zamora P, Brown EC, Ringwalt CL, Schwartz SJ, Prado G, Ortiz-García J. Effects of a family-based program for reducing risk for youth alcohol use in Mexico. *Journal of Child and Family Studies*. 2024 Apr;33(4):1224-37.
32. Mak C, Lewis DC, Seponski DM. Intergenerational transmission of traumatic stress and resilience among Cambodian immigrant families along coastal Alabama: Family narratives. *Health Equity*. 2021;18;5(1):431-438.
33. Copello A, Templeton L, Powell J. The impact of addiction on the family: Estimates of prevalence and costs. *Drugs: education, prevention and policy*. 2010 Dec 1;17(sup1):63-74.
34. DiClemente CC. *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. Guilford Publications; 2018 Jan 18. 364p.
35. Witkiewitz K, Litten RZ, Leggio L. Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Science advances*. 2019 Sep 25;5(9):eaax4043.
36. Moos RH, Moos BS. Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*. 2006 Feb;101(2):212-22.
37. Trim RS, Schuckit MA, Smith TL. Predictors of Initial and Sustained Remission from Alcohol Use Disorders: Findings from the 30-Year Follow-Up of the San Diego Prospective Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2013 Aug;37(8):1424-31.
38. Kizilkurt OK, Gynas FF. Factors affecting treatment motivation among Turkish patients receiving inpatient treatment due to alcohol/substance use disorder. *Journal of ethnicity in substance abuse*. 2020 Nov 2;19(4):594-609.

39. Safdar MH, Ahmed RI, Hussain NA, Safdar MA, Ahmed TA. Analyzing the health status of slum dwellers: An evidence of Lahore, Pakistan. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*. 2022;16(12):702-5.
40. Alhusain F, Alshalhoub M, Homaid MB, Esba LC, Alghafees M, Al Deeb M. Clinical presentation and management of methanol poisoning outbreaks in Riyadh, Saudi Arabia: a retrospective analysis. *BMC emergency medicine*. 2024 Apr 16;24(1):64.
41. Nadkarni A, Velleman R, Bhatia U, Fernandes G, D'souza E, Murthy P. Home-detoxification and relapse prevention for alcohol dependence in low resource settings: an exploratory study from Goa, India. *Alcohol*. 2020 Feb 1;82:103-12.
42. Ramasubramanian C, Tirupati S, Muthukumaraswamy A, Kannan M, Rajangam K. Two-year outcome of a treatment program for alcohol use disorder in regional and rural India. *Indian Journal of Psychiatry*. 2025 Jul 1;67(7):659-65.
43. Brorson HH, Arnevik EA, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical psychology review*. 2013 Dec 1;33(8):1010-24.
44. Barrick C, Connors GJ. Relapse prevention and maintaining abstinence in older adults with alcohol-use disorders. *Drugs & aging*. 2002 Aug;19(8):583-94.

Original Article

Analysis of Factors Influencing Attempts to Quit Alcohol in People Who Use Drugs: A Study Based on Addiction Registry Data in Western Iran

Zohreh Manoochehri¹, Borhan Mansouri¹, Adeleh Elahi², Amirreza Garavand³

- 1- Substance Abuse Prevention Research Center, Health Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
- 2- Clinical Research Development Center, Imam Khomeini and Mohammad Kermanshahi and Farabi Hospitals, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
- 3- Student Research Committee, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

DOI: [10.18502/ijre.v22i1.22232](https://doi.org/10.18502/ijre.v22i1.22232)

Article Information

Received

20 December 2025

Accepted

20 June 2026

Corresponding author

Borhan Mansouri

Corresponding author E-mail

borhanmansouri@yahoo.com

Keywords:

Alcohol drinking, Drug users, Registries, Social factors, Logistic models

Abstract

Background and Objectives: Alcohol use is highly prevalent among people who use drugs, and cessation is influenced by complex biological, psychological, and social factors. However, current knowledge regarding factors associated with attempts to quit alcohol among drug users in Iran is very limited, and no study has specifically investigated these factors in the western region using addiction registry data. Therefore, this study was designed to analyze the factors influencing attempts to quit alcohol among drug users, utilizing data from the addiction registry system in western Iran.

Methods: This cross-sectional analytical study was conducted on 460 individuals from the addiction registry system of Farabi Hospital in Kermanshah. Data were collected on demographic characteristics, variables related to alcohol and substance use, and attempts to quit alcohol. Data analysis was performed using R software.

Results: Of the 460 participants, 393 (85%) had attempted to quit alcohol. In the weighted logistic regression model, employment (self-employed (p-value = 0.036); employed (p-value = 0.002)), consumption of commercial alcohol (p-value = 0.017) or both commercial and homemade alcohol (p-value = 0.032), and having a family member who consumes alcohol (p-value = 0.002) were identified as positive and significant predictors of quit attempts. Demographic variables, alcohol content (%), cigarette and hookah smoking, and history of mental disorders showed no statistically significant association with quit attempts.

Conclusion: Attempts to quit alcohol among drug users are primarily associated with employment, commercial alcohol consumption, and family history of alcohol consumption. From a practical standpoint, designing job support interventions, prioritizing homemade alcohol users in cessation encouragement programs, and leveraging family networks as motivational factors are recommended.

Copyright © 2026 The Authors. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.