



سناد مبارزه با مواد مخدر
اداره کل فرهنگی و پیشگیری



سازمان بهداشتی کشور
مرکز توسعه پیشگیری

پیشگیری نوین

گازنامه داخلی

شورای سیاستگذاری

- مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهداشتی کشور
- اداره کل فرهنگی و پیشگیری سناد مبارزه با مواد مخدر کشور

ویژه مدیران دستگاه ها

شماره یازدهم



۱۳۹۰

عواقب سوء مصرف مواد در محل کار ✓

عناصر کلیدی برنامه های پیشگیری اولیه از اعتیاد در محل کار ✓

کارکنان معتاد بیمارند ✓

زمینه های تاریخی برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد در محل کار



در قالب کلی تری تحت عنوان مراقبت بهداشتی و مدیریت منابع انسانی بود (رومان و یلوم، ۱۹۹۶).

۲) آزمایش اعتیاد:

در خلال سال های ۱۹۸۰ یک نوع استراتژی مداخله ای دیگر یعنی آزمایش اعتیاد بسیار مورد توجه قرار گرفت که هدفش آشکار کردن استفاده از مواد غیر قانونی در محیط کار بود. آزمایش سوء مصرف مواد در محیط کار ابتدا در دهه ۱۹۷۰ از محیط های نظامی شروع شد. نهضت تست اعتیاد به این دلیل شروع شد که هم کارفرمایان صنایع و هم دولت ها نیاز داشتند کارکنان معتاد و مصرف کننده مواد را شناسایی کنند. برنامه های تست اعتیاد در محیط کار سه نوع هستند:

۱) تست اعتیاد قبل از استخدام برای داوطلبان یک شغل که رایج ترین برنامه محسوب می شود.

۲) تست تشخیصی بعد از اتفاقات و حوادث

۳) تست نمونه تصادفی از کارکنان (نورماند و همکاران، ۱۹۹۰). با

وجود پیشرفت های صورت گرفته در زمینه تست اعتیاد، همچنان نگرانی ها نسبت به دقت این گونه تست ها ادامه دارد. در پیمایش انجمن مدیریت امریکا (۱۹۹۵) آشکار شد که تقریباً ۳۰ میلیون نفر از کارگران و کارمندان امریکایی سالانه برای تشخیص اعتیاد مورد آزمایش قرار می گیرند.

گرچه مطالعات متعددی برای بررسی اثرات آزمایش اعتیاد بر روی نیروی کار صورت گرفته، لیکن اثرات پیشگیرانه و بازدارنده آن کمتر مشخص شده است. به علاوه، نورماند و همکارانش (۱۹۹۰) بعد از مرور گسترده بر روی این موضوع نتیجه گرفتند که اثرات پیشگیرانه برنامه تست اعتیاد هرگز ثابت نشده است. لذا عوامل زیادی از جمله عوامل

توجه فعلی به مسایل سوء مصرف مواد در بین نیروی کار تا حدودی ریشه در دو جنبش مجزا دارد که منجر به برنامه های کارمندیار و برنامه های آزمایش سوء مصرف مواد شد. همان گونه که در بحث زیر به آن خواهیم پرداخت، هر یک از این برنامه ها تا حدودی جهت گیری پیشگیرانه داشته اند.

۱) برنامه های کارمندیار:

محتوا و مفهوم اصلی برنامه های کارمندیار، زاییده برنامه های مبارزه با الکلیسم در صنعت است که به سال ۱۹۴۰ برگشته و تا حدود زیادی تحت تاثیر الکی های بی نام شکل گرفته است (رومان و یلوم، ۱۹۹۶). محیط کار به واسطه کنترلی که بر زندگی فرد اعمال می کند امتیاز خاصی در تغییر رفتار معتادین به الکل دارد. در این نوع برنامه های اولیه، تصور می شد که مشکلات مرتبط با مصرف الکل در عملکرد ضعیف کارکنان نمایان شده و سرپرستان می توانند از این نشانه ها در تشخیص الکی ها استفاده کنند.

طی سال های دهه ۵۰ تا ۶۰ میلادی تعداد بسیار کمی از این برنامه ها به اجرا درآمد زیرا کارکنان نگران بودند که شرکت در این نوع برنامه ها می تواند ذهنیتی منفی در بین مشتریان ایجاد نماید مبنی بر این که کارکنان یا سازمان با مشکل الکلیسم مواجه است (ترس از برچسب). تا قبل از دهه ۸۰ این مشکل برطرف نشد، در این هنگام بود که برنامه های اجرا شده در سازمان ها کمی از تمرکز مستقیم بر روی سوء مصرف مواد فاصله گرفت و مشکلات گسترده تری شامل مسایل پزشکی و رفتاری را هدف قرار داد. از این طریق، سازمان ها ارتقای سطح بهزیستی و افزایش عملکرد شغلی کارکنان را هدف قرار دادند. این جنبش در واقع اولین شکل جای دادن درمان سوء مصرف مواد

عواقب سوء مصرف مواد در محل کار



سوء مصرف مواد نه تنها بر عملکرد کاری افراد تاثیر می گذارد بلکه بسیاری از غیبت های کاری، حوادث و تصادفات، بیماری ها و مرگ و میرها نیز نتیجه آن است. در سال های اخیر مطالعات جهانی نشان داده اند که:

- غیبت کاری مصرف کنندگان مواد در محل کار دو الی سه برابر سایر کارکنان است.
 - افراد وابسته به مواد در مقایسه با سایر کارکنان ۳ برابر بیشتر درخواست هزینه درمان مشکلات پزشکی می کنند و ۵ برابر بیشتر از سایر کارکنان درخواست غرامت می کنند.
 - در محل های کاری بین ۲۵ تا ۳۰ درصد حوادث کاری به علت مصرف مواد است.
 - سوء مصرف مواد، ۵۰ درصد از تمام علل کاهش تولید کارخانجات را تشکیل می دهد.
 - سوء مصرف کنندگان مواد ۱۲ برابر بیشتر از سایر کارکنان حوادث خارج از محل کار را تجربه می کنند.
 - معتادان کمتر از ۶۰ درصد توان خود را برای کار اختصاص می دهند.
 - استفاده از بیمه و تسهیلات پزشکی در مصرف کنندگان مواد ۵ برابر سایر کارکنان است.
 - مصرف کنندگان مواد مسوول ۵۰ درصد تا ۸۰ درصد سرقت ها و خسارات در محل کار هستند.
 - مصرف مواد غیبت های طولانی مدت از محل کار را ۲/۵ برابر افزایش می دهد.
 - تأخیر مصرف کنندگان در محل کار ۳ برابر سایر افراد است.
- بر اساس گزارش یک کارخانه اتمییل سازی، کارکنان مصرف کننده مواد بطور متوسط ۴۰ روز در سال از مرخصی استعلاجی استفاده می کنند در حالی که کارکنان غیر مصرف کننده ۴/۵ روز مرخصی استعلاجی داشته اند.
- بطور مشخص عملکرد کارکنان مصرف کننده ضعیف تر از افراد غیر مصرف کننده می باشد.
- کارکنانی که نتیجه آزمایش حشیش آنها مثبت بوده ۵۵ درصد بیشتر عامل حوادث صنعتی بوده اند، ۸۵ درصد بیشتر صدمه دیده اند و ۵۵ درصد بیشتر با رده های بالاتر درگیر شده اند.
- در مورد کوکائین نیز، غیبت در کار ۱۴۵ درصد بیشتر عامل حوادث و ۸۵ درصد بیشتر صدمه دیده اند.

فرهنگی و اجتماعی می تواند در نتایج این برنامه ها دخالت داشته باشند. بنابراین بایستی به دقت بررسی شود که استفاده از این روش کنترلی که هزینه های زیادی را بر دولت ها و صنایع وارد می کند تا چه اندازه می تواند نتیجه بخش باشد. به عنوان مثال نتایج پژوهش ها نشان می دهد که به هنگام شروع برنامه تست اعتیاد، کارکنان از شیوه های بسیار متنوعی استفاده می کنند تا اعتیاد آنها توسط این آزمایشات نشان داده نشود.

با وجود همه این انتقادات همانطور که تریس و استیل (۱۹۹۵) خاطر نشان کرده اند آزمایش اعتیاد می تواند از برنامه کارمند یار حمایت کند زیرا:

- ۱ سازمان ها را نسبت به مساله سوء مصرف مواد حساس می کند.
 - ۲ مدرکی عینی برای سوء ظن سرپرستان نسبت به اعتیاد کارکنان به دست می دهد. همچنین، مدیران با در دست داشتن آمار و ارقام مستند از اعتیاد کارکنان می توانند برنامه های خود را دنبال کنند.
 - ۳ ارجاع کارکنان به برنامه کارمند یار را تقویت می کند.
- گرچه اثرات بازدارنده آزمایش اعتیاد کمتر مورد حمایت علمی قرار گرفته ولی نمی توان آن را نادیده گرفت. مثلاً والش و همکاران (۱۹۹۳) اشاره کردند که داده های بدست آمده از پیمایش ملی خانواده بر روی سوء مصرف مواد نشان می دهد که تست اعتیاد در خلال سال های ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۰ اثر پیشگیرانه داشته است. یعنی تعداد کارکنان تمام وقتی که مصرف کننده مواد غیر قانونی بودند به نصف تقلیل یافته بود. همان طور که مشاهده می شود معلوم نیست این کاهش در نتایج مثبت آزمایشات ناشی از اثرات بازدارنده و پیشگیرانه این گونه تست ها است یا این که باید آنها را ناشی از راهبردهایی دانست که مصرف کنندگان مواد به کار می گیرند تا اعتیادشان مخفی بماند. این موضوع همچنان نیازمند بررسی های بیشتری است گرچه به نظر می رسد تفکیک آنها از یکدیگر کار ساده ای نباشد.
- در هر حال گرایش فعلی به این است که محیط کار، محیطی بسیار مناسب برای اجرای برنامه های بازدارنده و پیشگیرانه است متاهی در این برنامه ها توجه به موانع و مشکلات پیش رو ضروری است. همچنین می بایست برنامه های اجرا شده مبتنی بر یک رویکرد تئوریک باشد، رویکردی که چارچوب نظری لازم را برای در نظر گرفتن تمام مسایل پیش رو ارائه نماید.



عناصر کلیدی برنامه های پیشگیری اولیه از اعتیاد در محل کار



مشکلات و موانع بسیار زیادی در سر راه اجرای برنامه های پیشگیری از سوء مصرف مواد در محیط کار وجود دارد، از جمله ترس از برچسب خوردن و هزینه بالای اجرای این برنامه ها. همین طور مخالفت بعضی از کارفرمایان به دلیل مقرون به صرفه ندانستن برنامه های پیشگیری و آگاه نبودن به ضرورت اجرای برنامه های پیشگیرانه. با این وجود، با در نظر گرفتن هزینه ای که سوء مصرف مواد می تواند بر جامعه تحمیل کند، اجرای برنامه های پیشگیری می تواند بسیار سودمند و مقرون به صرفه باشد.

با نگاهی به آینده می توان گفت عواملی چند باعث گسترش این برنامه ها هستند از جمله گسترش فزاینده برنامه های پیشگیری از بیماری ها و ارتقای سلامت در محیط کار، که فرهنگ اجرای اقدامات پیشگیرانه را افزایش داده است. با افزایش آگاهی کارکنان و سازمان ها نسبت به اثرات مثبت فعالیت های پیشگیرانه در ارتقای سلامت، میزان استقبال از این برنامه ها رو به گسترش است به گونه ای که فعالیت های متنوعی تحت عناوین مدیریت استرس، آموزش مهارت های زندگی، توانمند سازی و تقویت سلامت روان در حال اجرا است. گرچه در محیط های کاری، کمتر برنامه های پیشگیری از سوء مصرف مواد به اجرا در آمده ولی تحت پوشش برنامه های مدیریت استرس و ارتقای سلامت می توان مسایل مرتبط با سوء مصرف مواد کارکنان را پیگیری نمود.

بایستی برنامه های پیشگیری از سوء مصرف کارکنان و کارگران به صورتی مدون، جزئی از برنامه های بهداشتی و ارتقای سلامت هر سازمان باشد تا احتمال گرایش کارکنان به سوء مصرف مواد به حداقل تقلیل یابد. این برنامه ها با هدف افزایش آگاهی و ایجاد نگرشی منفی نسبت به مصرف مواد می تواند در قالب زمینه های عمومی تر مانند آموزش مهارت های زندگی و توانمند سازی کارکنان ارائه گردد.

متخصصان توافق دارند که برنامه های پیشگیری باید مبتنی بر یک جهت گیری نظری و تجربی آزمون شده باشد. هنوز روشن نشده که بهترین و موثرترین مدل پیشگیری کدام است، ولی این برنامه ها با هر رویکردی ارائه گردد اهداف مشترکی را دنبال می کند. برخی از استراتژی های پیشگیری متداول از طریق محل کار عبارتند از:

۱ آگاه سازی مدیران، مسوولان و کارفرمایان

۲ آموزش و تقویت سلامت عمومی

۳ راه اندازی و تاسیس مراکز مشاوره روان شناختی

۴ وضع و اجرای قوانین سخت گیرانه مربوط به سوء مصرف، حمل و نقل و خرید و فروش مواد در شرکت ها و سازمان ها.

پژوهش های مربوط به پیشگیری از سوء مصرف مواد در محیط کار از مطالعات همبستگی و غیر مداخله ای به سمت بررسی های آزمایشی در جریان است. با وجود مشکلات و مسایل زیاد در سر راه اجرای این بررسی ها، تاکنون پژوهش های تجربی زیادی طرح ریزی شده اند که اثر تغییرات ایجاد شده در محیط کار را بر کاهش سوء مصرف مواد آزمون می کنند.

عناصر کلیدی برنامه های پیشگیرانه

- ۱ محتوای برنامه مبتنی بر یک تئوری مداخله پیشگیری باشد.
- ۲ استفاده از رویکردی جامع که در آن موانع اجرای برنامه، عوامل مخاطره آمیز، عوامل محافظت کننده و در نهایت تعیین پذیری نتایج به خارج از محیط آموزش در نظر گرفته شود.
- ۳ استفاده از وسایل و امکاناتی که با توجه به سطح یادگیری کارکنان، محیط آموزش و محتوای برنامه به تواند پیام های پیشگیرانه را انتقال دهد.
- ۴ توجه هر چه بیشتر به ویژگی های انواع محیط کار (صنعتی، اداری، کارگری و نظامی) که با توجه به این ویژگی ها اجرای برنامه های پیشگیرانه استراتژی خاصی را می طلبد.
- ۵ حساسیت داشتن نسبت به فرهنگ و اجتماعی که کارکنان در آن فعالیت می کنند.
- ۶ توجه به میزان لازم آموزش، پیگیری اجرای این آموزش ها و تداوم آنها.
- ۷ استفاده از راهبردهای آموزشی تعاملی و مشارکتی.
- ۸ آموزش افرادی که برنامه های پیشگیری را تهیه و تدارک می بینند.
- ۹ ارزشیابی میزان تاثیر این آموزش ها بر رفتار کارکنان و ارزیابی اثربخشی برنامه مداخله پیشگیرانه در کاهش سوء مصرف مواد.





نیازسنجی مناسب برای پیشگیری جامعه محور از اعتیاد

با تعیین مناسب نیازها می توانیم تحقیقات و فعالیت های برنامه ریزی مناسبی برای ساخت استراتژی پیشگیری که با جامعه هم خوانی داشته باشد، تدارک ببینیم. نتایج تعیین نیازها می توانند ابزار قدرتمندی برای به اجرا در آوردن برنامه های پیشگیرانه در جامعه باشند. تعیین نیازها اولین مرحله ی پیشگیری از اعتیاد مبتنی بر جامعه است. شما باید قادر باشید که نیازها و منابعی که برای برآوردن آن، لازم هستند را، شناسایی کنید. بدین ترتیب می توانید تلاش مناسب و عقلانی برای پیشگیری از اعتیاد داشته باشید. بعد از تعیین نیاز، طراحی صورت می گیرد که این طراحی در به اجرا درآوردن فعالیت های پیشگیرانه کمک می کند و بعد از آن ارزیابی صورت می گیرد که در واقع مجدداً به مرحله ی تعیین نیازها، از این طریق نائل می شویم. پس نتیجه می گیریم که این پروسه بیشتر حالت دایره ای دارد تا خطی.

۳) تعیین نیازها می تواند از دوباره کاری ها جلوگیری کند.

نتایج حاصل از تعیین نیازها، ممکن است این مطلب را نیز نشان دهد که فراهم آوردن خدمات مربوط به جلوگیری از مصرف مواد برای تمام افراد، می تواند باعث شود که نتوانیم برای آن دسته که بیشتر در معرض خطر استفاده از مواد هستند خدمات لازم را فراهم آوریم.

تعیین نیازها می تواند از دوباره کاری ها جلوگیری کند. امکان دارد مشکلی را شناسایی کرده باشید اما برای حل این مشکل، چه برنامه ها، سیاست ها و تلاش های دیگری از قبل صورت گرفته و درحال انجام است؟ میزان کارایی تلاش های موجود، چقدر است؟ آیا میان فعالیت های انجام شده برای منع استفاده از مواد، هم پوشانی وجود دارد؟ یک برنامه ی جدید چگونه می تواند خود را با برنامه هایی که از قبل وجود دارند، هماهنگ کند؟ چه نوع ویژگی های رفتاری، باورها و ارزش های فرهنگی، می تواند بر آمادگی جامعه برای وارد عمل شدن، تاثیر به گذارد؟

از طریق تعیین کردن نیازها، می توانید این مسأله را مشخص کنید که آیا یک جامعه یا سازمان برای مقابله با مشکل آماده است یا خیر؟ آیا مایل به انجام این کار هست یا نه؟ آیا توانایی مقابله دارد؟ کدام سازمان ها مایل به نشان دادن توجه یا تخصیص منابع شان هستند؟ کدام یک از رهبران جامعه، می خواهند بایستند و از تغییر حمایت کنند؟ آیا کسی هست که در زمینه ی اقدامات جلوگیری از مصرف مواد، مهارت های لازم را داشته باشد؟ چه نوع ویژگی های رفتاری، باورها و ارزش های فرهنگی، می تواند بر آمادگی جامعه برای وارد عمل شدن، تاثیر به گذارد؟

تعیین نیازها به شما داده های اساسی ای را می دهد که می توانید از آن برای ارزیابی تاثیر برنامه، استفاده کنید.

۱) تعیین نیازها چه ضرورتی دارد؟

اگر افراد جامعه ی شما مشکلات مربوط به مواد را تجربه می کنند، چرا تشریفات را کنار نگذاریم و وارد عمل نشویم؟ حتی اگر بدانید که مشکلی وجود دارد، تعیین نیازها می تواند، معضلات یا روش هایی را که در غیر اینصورت، ممکن است غیرقابل ردیابی شوند، مشخص کند و به ما کمک می کند که به سؤال های این چنینی پاسخ دهیم: چه کسی مواد مصرف می کند؟ مشکل تا چه اندازه گسترده است؟ از چه موادی استفاده می شود؟ چرا؟ تحت چه شرایطی؟ چگونه به مواد دسترسی پیدا می کنند؟ عواقب این مسأله چقدر وخیم است؟ جامعه ی شما در مقایسه با دیگر جوامع چگونه است؟ تعیین نیازها به صورت دقیق، می تواند به اثبات اینکه مشکلی وجود دارد کمک کند. از طریق جمع آوری اطلاعات و نتیجه گیری درباره ی شرایط جاری، می توانید به صورت قوی وارد عمل شوید. با مدارکی که در دست دارید می توانید از سازمان ها کمک بخواهید و به افراد دیگری نیز علاوه بر آنهایی که قبلاً در مورد استفاده از مواد آگاه بوده اند، هشدار دهید.

۲) داشتن حقایق، می تواند به الویت بندی آنها بپردازد.

ارائه داده های مربوط به تعیین نیازها، مانند مطالعات انجام شده درباره ی استفاده از مواد و دیگر رفتارهای پرخطر موجود در میان جوانان، ممکن است احساسات و افکار عمومی را تحریک کند. با این حال ارائه کردن این داده ها به صورت دقیق و محتاطانه می تواند از وقوع عکس العمل های تند جلوگیری کرده و در عین حال به اعضای جامعه، انگیزه ی همکاری دهد. نتایج حاصل از تعیین نیازها می تواند در فراخواندن جامعه برای کمک، ابزاری قدرتمند باشد. با داشتن حقایق می توانید به الویت بندی آنها بپردازید.

درخواست سازمان جهانی کار: پیشگیری از سوء مصرف مواد در محل کار

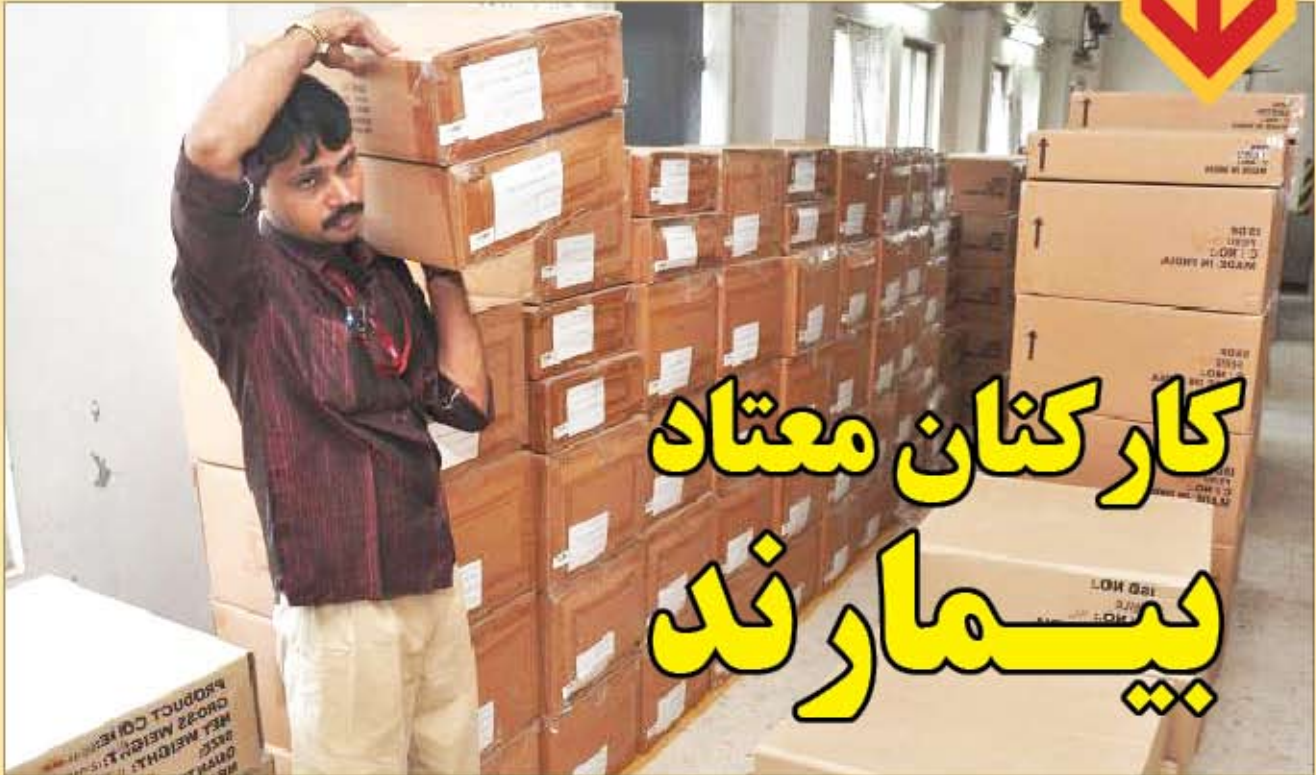


در شیوه زندگی و ارتقای سلامت، تفضیح حقوق کارکنان سالم و یا درمان شده در صورت تحمل کردن یا نادیده گرفتن مصرف مواد توسط برخی از کارکنان.

مؤسسات و مراکز متعددی برنامه های پیشگیری از مصرف مواد در محل کار را تدوین و برای اجرا آماده ساخته اند. یکی از برجسته ترین سازمان های متولی برنامه پیشگیری از مصرف مواد در محل کار، سازمان جهانی کار می باشد که برنامه ای را برای پیشگیری از مصرف سیگار، الکل و مواد، پیشگیری از خشونت، استرس و اج آوی ایدز در محل کار معرفی کرده است. همچنین سازمان های معتبر دیگری نیز برنامه های مبتنی بر شواهدی در پیشگیری از مصرف مواد دارند که اهم مراحل آن عبارت است از: تشکیل کمیته راهبری (اصلی) و گروه های فرعی، سیاست گذاری و تعیین خط مشی، نیازسنجی / تحلیل وضعیت، برنامه آزمایش مواد (جزء برنامه سازمان جهانی کار نیست)، آموزش و تربیت سرپرستان، آموزش و تربیت کارکنان، برنامه کارمندیاری (پیشگیری، درمان، بازتوانی) و ارزشیابی.

با توجه به افزایش روز افزون سوء مصرف مواد در سطح جامعه جهانی از لحاظ تعداد مصرف کنندگان، مقدار مصرف مواد و نوع ماده مصرفی در محل های کار و متعاقب آن آسیب هایی که صاحبان مشاغل، کارکنان، خانواده های کارکنان، افراد خدمات گیرنده از آن حرفه یا صنعت، مردم و در نهایت جامعه متحمل می شوند، اهمیت استفاده از برنامه های پیشگیری از مصرف مواد در محل کار بیش از پیش احساس می شود.

دلایل اجرای برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد در محل کار عبارتند از: دسترسی به افراد در معرض خطر، تامین امکانات پیشگیری، برنامه ریزی و اجراء ارتباط خاص مصرف مواد با کار، تحمیل هزینه های سنگین درمانی (اختلال کبدی، سرطان، هپاتیت، ایدز و نظایر آنها)، حضور طولانی فرد در اکثر ساعات بیداری (۸ تا ۱۰ ساعت) در محل کار، تراکم سنی سوء مصرف کنندگان در دوران کار و تلاش (۱۸ تا ۴۵ سالگی)، اعلام سازمان جهانی کار مبنی بر سوء مصرف مواد به عنوان یکی از مخاطرات جدی شغلی، محل کار به عنوان مکانی ایده آل برای آغاز تغییرات رفتاری مثبت



کارکنان معتاد بیمارند

مورد مضر بودن مصرف مواد در محل کار و تاثیر مخرب آن بر کارکنان، کار، تولید و در نهایت جامعه اتفاق نظر وجود دارد. بدین جهت در حال حاضر برنامه های مختلفی برای پیشگیری از مصرف مواد در محل کار در حال اجراست.

ضرورت اجرای برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد در محل کار

با نگاهی به آخرین آمار مصرف مواد در محل کار در ایران می توان به ضرورت اجرای برنامه های پیشگیری و بازتوانی سوء مصرف مواد در محل کار و کاهش اثرات و عوارض آنها پی برد.

بر اساس نتایج پژوهش ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران (سال ۱۳۸۶):

■ تقریباً از میان ۷۰ درصد معتادان شاغل، ۵۳ درصد آنان کارفرمایانی خصوصی و خویش فرما داشته و ۷/۶ درصد آنها در مراکز دولتی اشتغال به کار داشته اند.

■ ۶۵ درصد معتادان مخارج زندگی خود را از طریق درآمد شغلی تأمین نموده و نزدیک به ۳۵ درصد آنان از کمک مالی خانواده برای تأمین مخارج زندگی بهره مند شده و ۱۲ درصد از طریق خرید و فروش مواد به تأمین مخارج خود می پردازند.

■ ۵/۵ درصد معتادان توسط یکی از افراد خانواده و ۱۴/۷ درصد توسط یکی

بدون هیچ تردیدی، مصرف مواد در محل کار یکی از اصلی ترین معضلات محل های کاری است. با افزایش مشکل مصرف مواد در محل کار اقدامات و تلاش های فراوانی در دنیا برای مقابله با این معضل و اثرات مخرب آن توسط دست اندرکاران، مسئولان و صاحبان بخش های خصوصی، دولتی و محل کار انجام گرفته است. بسیاری از برنامه ها نتایج مثبت و قابل ملاحظه ای داشتند. ولی سهم کشور ما از این اقدامات بسیار ناچیز بوده و گاه تنها محدود به عملیات و کارزارهای بسیار مختصر شده است.

در سال های اخیر تلاش های سازمان های مربوط نظیر سازمان بین المللی کار، سبب خلع و رشد درک جدیدی از اثرات مخرب مصرف مواد در محل کار شده است. هرچند برخورد با موضوع مصرف مواد در محل های کاری، گاه بطور سستی بوده و نگاه به آن اکثراً از منظر اخلاقی این مشکل بوده است ولی امروزه اتخاذ دیدگاه بهداشتی و نگاه به مشکل سوء مصرف مواد به عنوان یک بیماری به عنوان یک اصل مورد قبول دست اندرکاران بهداشتی محل کار می باشد. همچنین در اغلب موارد، نگرش حذف فرد مصرف کننده و پنهان کردن مشکل، نگرشی متداول و چیره بوده است.

در حال حاضر نگاه به مصرف مواد در محل کار با چشم انداز وسیع تری است، هرچند این چشم انداز کماکان در کشورهای مختلف، متفاوت بوده و برنامه ها و مداخلات فراز و نشیب زیادی داشته اند. با این وجود در



است بطوریکه مشاغلی که یا نیازمند بیداری و نیروی جسمانی بیشتر می باشند و یا موجب دوری فرد از خانواده شده اند، در آغاز مصرف مواد مؤثرترند. لازم به ذکر است که یک سوم از مصاحبه شوندگان اطلاع دقیقی از علت آغاز مصرف فرد معتاد در خانواده ندارند.

■ نزدیک به ۴۷ درصد معتادان اولین بار مواد را در منزل خود یا دوستانشان تزریق کرده اند. نزدیک به ۲۰ درصد معتادان در مهمانی های دوستانه و حدود ۷۵ درصد در محل کار مواد را تزریق کرده اند.

معتادان طی مصاحبه عمیق در ارتباط با تأثیر مصرف مواد بر شغل خود، اعلام کردند ۳۷/۶ درصد آنان متعاقب اعتیاد شغل خود را از دست داده، ۲۵/۵ درصد اکت عملکرد شغلی داشته، ۲۱ درصد بدون تأثیر، ۸/۸ درصد قبل از ابتلا به اعتیاد بیکار بوده اند.

عوارض شغلی که بر اعتیاد مترتب است از دیدگاه خانواده معتادان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان می دهد که ۳۹ درصد از این افراد بی کارند و ۳۷/۹ درصد به علت مصرف مواد مخدر در ساعات کاری آنها اختلال وجود دارد. اختلال در روند کاری این افراد وضعیت شغلی آنها را بی ثبات نشان می دهد به گونه ای که تا مرز تهدید به اخراج رسیده اند. ۷/۸ درصد از افراد به علت اعتیاد از محل کار خود اخراج شده اند و ۲/۲ درصد رکود شغلی دارند و هیچگونه ارتقای شغلی نداشته اند. ۱۲/۲ درصد به این پرسش پاسخ نداده اند.

در بعضی مطالعات دیگر حدود ۹۶ درصد مراجعان به درمانگاه اعتیاد شاغل بودند.

بیشترین میزان شیوع اعتیاد مربوط به مردان ۴۰-۲۰ ساله شاغل است.

از این میان کارگران بیشترین گروه معتادان را تشکیل می دهند.

از بستگان مصرف مواد را آغاز کرده اند. ۳۴/۶ درصد معتادان توسط دوستان خارج از مدرسه به سمت مواد کشیده شده اند، ۱۰/۷ درصد افراد توسط همکاران به مصرف مواد ترغیب شده اند. در این میان حدود ۱۳/۷ درصد معتادان بدون پیشنهاد دیگران مصرف مواد را آغاز کرده اند.

■ منزل دوستان با ۳۳/۲ درصد، منزل فرد یا ۱۸/۲ درصد و محل کار یا ۹/۹ درصد به ترتیب شایعترین مکان های آغاز مصرف مواد بوده اند.

۴/۷ درصد به علت کار سنگین و ۴/۳ درصد افراد به علت اختلافات خانوادگی به سراغ مواد رفته اند.

■ ۱/۴ درصد معتادان برای کسب لذت و ۲۲/۸ درصد به علت کنجکاری و ۱۴ درصد برای رفع مشکلات روحی، ۳/۴ درصد به علت رفع مشکلات

جنسی، ۵ درصد رفع درد، ۱/۳ درصد کاهش علائم یک بیماری جسمی به مصرف مواد پرداخته اند.

مصاحبه عمیق با ۳۶۰ نفر از معتادان نشان داد:

■ علت اولین بار مصرف تعارف و پیشنهاد دوستان ۳۵/۸ درصد، کنجکاری ۲۲/۷ درصد، تفریح و سرگرمی ۸/۳ درصد، والدین معتاد ۴/۷ درصد، فشارهای روحی روانی ۴/۷ درصد، اختلالات خانوادگی ۴/۱ درصد و در مراتب بعدی به ترتیب اولویت کار سنگین و خستگی زیاد ناشی از کار، کاهش درد، بیکاری، عدم آگاهی از عوارض اعتیاد، انزال زودرس، فوت بستگان نزدیک، دردسترس بودن مواد و شکست در عشق می باشد. ضمناً ۲/۷ درصد از معتادان علت اولین بار مصرف خود را به خاطر ندارند.

■ ۱۸/۵ درصد از معتادان اظهار داشته اند که از همان اول مایل بودند که مصرف مواد را ادامه بدهند در حالی که ۸۱/۵ درصد از آنان از همان ابتدا تمایلی به ادامه مصرف نداشتند. تفریح و تفنن ۱۳/۲ درصد، کسب لذت ۱۳ درصد، پیشنهاد و اصرار دوستان ۱۱/۱ درصد، وابستگی به مواد ۱۰/۲ درصد، عدم آگاهی از ابتلا به اعتیاد متعاقب مصرف مواد ۹/۴ درصد، تسکین و آرامش روان ۵/۸ درصد و کاهش درد ۴/۷ درصد علت ادامه مصرف مواد را تشکیل داده و در مراحل بعد به ترتیب اولویت، تداوم مشکلاتی که منجر به شروع مصرف مواد شده بودند، وسوسه، بهبود کارایی، انزال زودرس و وضع مالی خوب علت ادامه مصرف مواد را شامل می شوند. ۸۹/۹ درصد از معتادان اظهار داشتند که فکر نمی کردند روزی معتاد شوند ولی ۱۰ درصد از آنان از همان ابتدا می دانستند که به دنبال مصرف مواد ممکن است معتاد شوند. ۴۰/۲ درصد از معتادان مصرف مداوم مواد، ۶۶ درصد در دسترس بودن مواد، ۵ درصد احساس نیاز به ادامه مصرف مواد را علت معتاد شدن خود ذکر می کنند و ۴۱/۱ درصد از آنان به خاطر نمی آورند که چرا معتاد شده اند.

نتایج حاصله از مصاحبه عمیق با ۳۵۶ نفر از خانواده معتادان حاکی است:

■ علت آغاز مصرف در اکثریت این افراد به ترتیب اولویت، دارا بودن دوستان معتاد و اقوام معتاد ذکر شده است. دلایل بعدی کسب لذت و خوش گذرانی، مشکلات خانوادگی اعم از عدم حضور پدر در خانواده، مشاجره و اختلافات خانوادگی، بیماری و به منظور تسکین درد، بیکاری و مشکلات اقتصادی می باشد در عین حال نوع شغل نیز در شروع مصرف مواد مؤثر