



A practical pattern for employers to face with drug addicted workers

- **Behzad Damari**, (*Corresponding author), Associated Professor, Community Medicine Specialist; Department of Governance and Health, Neuroscience Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. bdamari@gmail.com
- Fereshteh Taheri**, PhD Student of Cognitive Psychology, Occupational Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
- Hosein Almadani**, PhD of Psychology, Researcher, Department of Governance and Health, Neuroscience Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
- Roya Nouri**, Psychologist, Addiction researcher, Department of Governance and Health, Neuroscience Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
- Hooman Narenjiha**, Psychologist, Addiction researcher, Department of Governance and Health, Neuroscience Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Background and aims: Today, Drug addiction is a social disaster. Drugs use in the workplace is undoubtedly of the main problems because it leads to high costs for employers due to reduced productivity and increased need for health care, absenteeism, workplace injuries, workplace corruption, as well as personal problems and social ills. The work environment is a unique situation in the treatment of addicts. Therefore, the employer, as one of the affected groups, can play a vital role in the treatment of workers by providing workers' healthcare houses in the workplace. The purpose of this study is to determine the practical pattern of employers' to deal with workers who use addictive drugs. Of the most important interventions in the workplaces is defining and implementing the employee assistance programs (EAP), through which they can support employees in the relatively risky and unstable environment. EAP provides a variety of services for both employees and employers; train supervisors on how to treat with problematic employees; clear referring procedure for their counseling and consider the follow up.

Work Health Promotion (WHP) is another approach which has wide goals for prevention and rehabilitation measurements for all problems of employees; for example, comprehensive and non-punishable actions to improve employee's health status and their productivity versus drug abusing in workplaces.

Establishing healthcare houses in Iranian workplaces is one of the practical action in the country to contribute employee's health status.

There are more than 1,000 researches studied on mental health issues and substance abuse in the workplace. Five comprehensive studies of mental health problems have been conducted by reliable sources. The results generally support the need for more services to address the mental problems and addiction of employees and their families. Substance abuse among adults in the workplaces costs millions of dollars for preventive health care services. Therefore, developing an effective prevention programs for drug users are essential for the workplace. Although, applied studies to prevent substance abuse in workplaces encounter many challenges such as employer considerations, data gathering and access to the intended audience of these programs.

In accordance with addiction prevalence study in workplaces which is performing from 2016 throughout the country; three educational packages have been provided and distributed; promoting package (training healthy life style), facilitating package (providing staff assistant services in healthcare houses for physical, mental and social problems) and health oriented employers

Keywords

Workplace

Employer

Employee

Substance Abuse

Addiction

Received: 09/11/2019

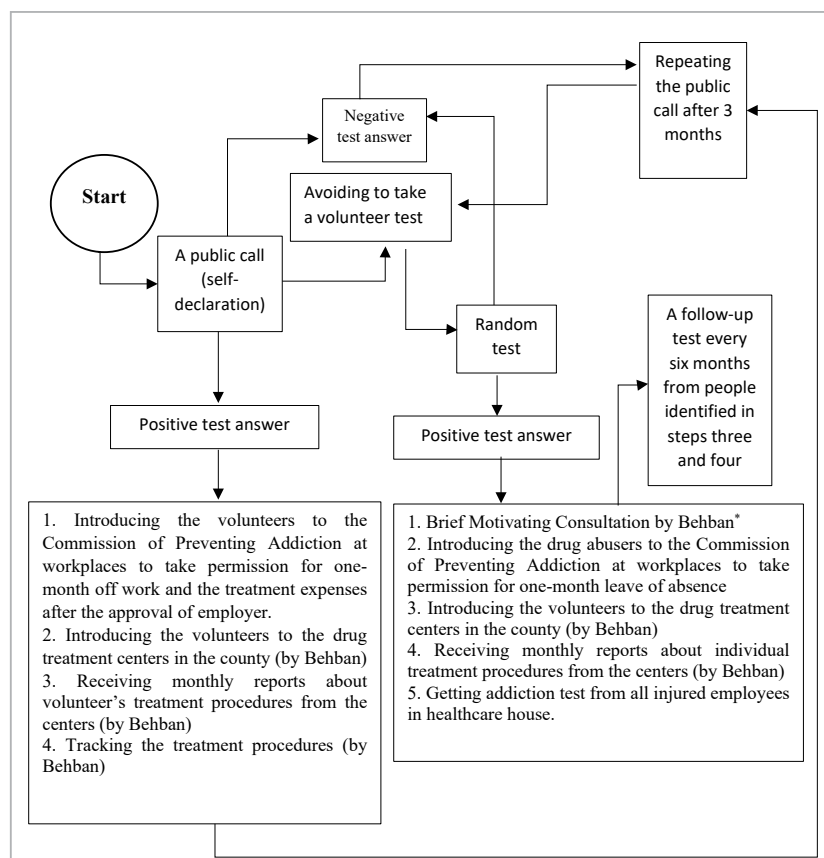
Accepted: 06/08/2020

package. This Study is going to develop a facilitator and practical pattern to help employers how to treat and face with addictive drug users.

Methods: This is a qualitative study. In order to data collection, three methods were used as follows; reviewing the literature, holding focused group discussions and distributing the questionnaires. The methodology followed as these steps:

- 1- Checking the keywords in English and Persian databases including Magiran, SID, Scopus, Google Scholar, Elsevier and PubMed to find a basic model.
- 2- A Basic conceptual model was presented after studying the achieved results. Afterwards, during three focused group discussions with experts the pattern was codificated as procedures, trends and standards. As a result, a methodology was provided for employers to confront with addicted employees.
- 3- The pattern as a 'standard behavior guideline' was sent to all stakeholders to comment. So the standard behavior guideline has been finalized.
- 4- To observe executive challenges, the standard behavior guideline was implemented in two workplaces.

Results: A practical pattern to help employer how to confront substance abuser in workplaces consist of two phases; self-declaration and random test which is periodically repeated. In case of self-declaration or positive answer of random test, the treatment process will be started. The incentive measurements for treating a substance abusing workers in the self-declaration phase are more than the random test. The implementation of this model requires the provision of legal, physical and ethical considerations. The algorithm is as follow:



Conclusion: Undoubtedly, substance abuse in workplaces is one of the major problems. Of the most important interventions in the workplaces is defining and implementing the employee assistance programs (EAP). EAP offers different solutions for problematic employees. The result of this study is a standard behavior guideline to help employers how to treat with drug users in the workplaces. In the first step, self-declaration should be applied. In the positive test result, treatment procedure has to be implemented. In the second step, random test should be given and in positive cases, the treatment procedure has to be followed. Furthermore, regulatory, physical and ethical infrastructure should be considered in both steps.

In a research conducted in 2009 in the United-states, a guideline for appropriate facing with alcohol and substance abusers in workplaces is recommended. Initially, identifying the substance abusers is vital, then set and select a treatment program according to the level of addiction is suggested as treatment and hospitalization, home treatment programs, intensive outpatient care, behavioral therapies, social support programs, recovery care period, a leave of absence and also returning to work plans.

A national study in 2014 entitled “addiction preventive program in Iranian workplaces” shows the main direct results from individual’s view which are increasing awareness and sensitivity in employees and employers to addiction, empowering the responsible persons (Behban¹) in workplaces and the indirect impacts of addiction reduction in workplaces such as an increase in productivity, reduction of taking off and being absent.

Of the crucial specifications of the presented pattern is that cofificated by policymakers request; the stakeholders ideas are considered to finalize the pattern and the other important factor is that incentive behaviors are considered in all procedure rather than punitive treatment.

Therefore, the proposed pattern is suggested as standard behavior guideline by the council of Coordinating of providing health services for insured peoples, the High Council for Health and Food Security, and the High Council of Cultural and Preventive Narcotics Counter Headquarters, and also encouraging top employers.

Conflicts of interest: None

Funding: None

¹ Behban is a person who is responsible for healthcare houses in workplaces

How to cite this article:

Damari Behzad, Almadani Hosein, Nouri Roya, Taheri Fereshteh. A practical patternl for employers to face with drug addicted workers. Iran Occupational Health. 2020 (28 Nov);17:31.

***This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence**



الگوی عملی رویارویی کارفرمایان با کارگران مصرف کننده مواد اعتیادآور

بهزاد دماری: (* نویسنده مسئول) دانشیار، متخصص پزشکی اجتماعی، دپارتمان حکمرانی و سلامت، پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران. bdamari@gmail.com
فرشته طاهری: دانشجوی دکتری روان‌شناسی شناختی، مرکز تحقیقات بهداشت کار، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
حسین المدنی: دکترای روان‌شناسی، محقق، دپارتمان حکمرانی و سلامت، پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.
رؤیا نوری: روان‌شناس، محقق حوزه اعتیاد، دپارتمان حکمرانی و سلامت، پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.
هومان نارنجی ها: پزشک و پژوهشگر اعتیاد، مرکز تحقیقات سومصرف مواد و وابستگی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

چکیده

کلیدواژه‌ها

محیط کار

کارگران

مصرف مواد اعتیادآور

زمینه و هدف: امروزه اعتیاد به مواد مخدر بلای اجتماعی است و بدون تردید مصرف مواد در محیط کار یکی از اصلی‌ترین مضرات محیط‌های کاری به‌شمار می‌رود؛ زیرا کارفرمایان را با هزینه‌های زیادی، مانند کاهش بهره‌وری و افزایش نیاز به مراقبت‌های سلامتی روبه‌رو می‌کند. مصرف مواد مخدر به کاهش بهره‌وری، غیبت از کار، جراحت در محیط کار، افزایش هزینه‌های درمان سلامتی، فساد در محیط کار و نیز مشکلات فردی و مضرات اجتماعی منجر می‌شود. محیط کار موقعیت منحصربه‌فردی در درمان افراد مصرف‌کننده مواد اعتیادآور است. بنابراین کارفرما، به‌عنوان یکی از گروه‌های متضرر، می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در درمان کارگران مصرف‌کننده مواد داشته باشد. راه‌اندازی خانه بهداشت کارگری در محیط‌های کاری فرصتی برای ایفای چنین نقشی فراهم می‌آورد. هدف این مطالعه تعیین الگوی عملی مواجهه کارفرمایان با کارگران مصرف‌کننده مواد اعتیادآور است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع کیفی است. برای جمع‌آوری داده‌ها از سه روش مرور منابع، برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز و نظرخواهی با پرسش‌نامه کتبی استفاده شده است. ابتدا کلیدواژه‌های اصلی این پژوهش در پایگاه‌های داده فارسی و انگلیسی شامل Magiran و SID، Scopus، Elsevier، Google Scholar و PubMed مورد بررسی قرار گرفت و پس از بررسی پژوهش‌های به‌دست‌آمده، مدل مفهومی اولیه طراحی شد. سپس این مدل مفهومی طی سه جلسه بحث گروهی متمرکز با خبرگان در قالب مراحل، روال‌ها و استانداردها تدوین شد. حاصل این جلسات شکل‌گیری شیوه‌نامه رویارویی کارفرمایان با کارگران مصرف‌کننده مواد بوده است. در مرحله نهایی، شیوه‌نامه با استفاده از پرسش‌نامه به تمام ذی‌نفعان جهت نظرخواهی ارسال شد و پس کسب و اعمال نظرات آن‌ها به‌شکل نهایی درآمد.

یافته‌ها: الگوی عملی رویارویی کارفرمایان با کارگران مصرف‌کننده مواد اعتیادآور به‌ترتیب شامل دو مرحله خوداظهاری و سپس تست تصادفی است که به‌شکل دوره‌ای تکرار می‌شود. در صورت خوداظهاری یا مثبت بودن تست تصادفی اعتیاد، فرایند درمان اجرا می‌شود. شرایط تشویقی برای درمان کارگر مصرف‌کننده مواد در مرحله خوداظهاری بیشتر از مرحله تست تصادفی مثبت است. اجرای این الگو نیازمند فراهم شدن زیرساخت‌های قانونی و فیزیکی و رعایت ملاحظات اخلاقی است.

نتیجه‌گیری: از ویژگی‌های مهم این مدل آن است که با درخواست سیاست‌گذاران امر تدوین گردیده، نظر همه ذی‌نفعان در آن اعمال شده و همچنین شیوه‌ای از برخورد تشویقی و نه تنبیهی را ارائه می‌دهد که به‌دنیال درمان کارکنان معتاد است. لذا پیشنهاد می‌شود این الگو به‌شکل شیوه‌نامه در شورای هماهنگی ارائه خدمات بهداشتی به بیمه‌شدگان، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و شورای فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر تصویب شود و کارفرمایان برتر در اجرای آن مورد تشویق قرار گیرند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Damari Behzad, Almadani Hosein, Nouri Roya, Taheri Fereshteh. A practical pattern for employers to face with drug addicted workers. *Iran Occupational Health*. 2020 (28 Nov);17:31.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است

مقدمه

امروزه اعتیاد به مواد مخدر بلایی اجتماعی است و بدون تردید مصرف مواد در محیط کار یکی از اصلی‌ترین معضلات محیط‌های کاری به‌شمار می‌رود؛ زیرا کارفرمایان را با هزینه‌های زیادی، مانند کاهش بهره‌وری و افزایش نیاز به مراقبت‌های سلامتی، روبه‌رو می‌کند. (۱) محیط کار فرصت منحصربه‌فردی فراهم می‌کند که مشکلات مصرف مواد، تشخیص مصرف یا وابستگی به آن و دیگر مسائل مربوط به مصرف مواد را می‌توان در آن حل کرد. مصرف مواد مخدر به کاهش بهره‌وری، غیبت از کار، جراحات در محیط کار، افزایش هزینه‌های درمان سلامتی، فساد در محیط کار و نیز مشکلات فردی و مضرات اجتماعی منجر می‌شود. (۲) مداخلات محیط کار با هدف تغییر زیست محیطی، فرهنگی، اجتماعی یا عوامل شخصی در تلاش برای حفظ افراد از سوءمصرف الکل یا داروهای غیرقانونی در محیط کار و جلوگیری از پیامدهای منفی در محیط کار انجام می‌شود. چنین اقداماتی منجر می‌شود که بهره‌وری افراد بالا رود؛ اگرچه بهره‌وری هدف اصلی نیست. (۳)

یکی از مهم‌ترین اقدامات انجام‌شده در زمینه مداخله در محیط کار تعریف و اجرای برنامه‌های همیار کارکنان (EAP)^۱ است که از طریق آن‌ها می‌توان کارکنان را در محیط‌های کاری نسبتاً پرخطر و ناپایدار امروزی حمایت کرد. (۴) برنامه‌های EAP خدمات متنوعی را هم به کارگر و هم به کارفرما ارائه می‌کند، روش‌های برخورد با کارکنان مسئله‌دار را به سرپرستان آموزش می‌دهد و ارجاع و پیگیری را برای کارکنان مورد مشاوره خود فراهم می‌کند. (۵) خدمات در محیط‌های متفاوت و به دو طریق رودررو (برای مثال در محیط کاری، مطب پزشک و امور سلامت) و از طریق رسانه (مانند ویدئوها، تلفن، اینترنت و انتشارات) دریافت می‌شود. (۶)

رویکرد دیگری به‌نام ارتقای سلامت محیط کار (WHP) نیز وجود دارد که اهداف وسیعی درخصوص اقدامات پیشگیرانه و توان‌بخشی تمامی مشکلات کارکنان دارد؛ از آن جمله می‌توان به اقدامات جامع و غیرتنبیهی برای بهبود وضعیت سلامت کارگران و بهره‌وری آن‌ها در مقابل سوءمصرف مواد اعتیادآور در محیط کار اشاره کرد. امروزه تقریباً همه مداخلات با هدف کاهش بیماری کارکنان، افزایش سلامت و رفاه آن‌ها، نگه‌داشتن و افزایش بهره‌وری

1. Employee Assistance Program

انجام می‌شود. اگرچه تمایز مهمی بین برنامه‌های همیار کارکنان و برنامه‌های رفاه محیط کار (WWPs) وجود دارد، هر دو مصرف مواد اعتیادآور را در محیط کار مورد توجه قرار می‌دهند و مشکلات مرتبط با آن را بازبینی می‌کنند. (۳)

یکی از اساسی‌ترین مداخلاتی که برای کمک به کارکنان در محیط‌های کاری در داخل کشور انجام شده، تأسیس خانه‌های بهداشت در محیط‌های کاری بوده است که هدف آن تعمیم و توسعه هرچه بیشتر خدمات رفاهی در محیط‌های کاری و ارتقای خدمات بهداشتی و درمانی برای کارگران بود. این مراکز در سال ۱۳۶۶ در روندی تدریجی به‌صورت طرح ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی به کارگران کارخانجات، به تصویب وزارت‌های کار و امور اجتماعی، و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسید. (۷) در پژوهشی که برای کاربست شیوع‌شناسی اعتیاد در جامعه کار و تولید از سال ۱۳۹۵ در کل کشور درحال اجراست، مداخلاتی، مانند آموزش کارگران درخصوص پیشگیری از اعتیاد، فعال‌سازی خانه‌های بهداشت به‌منظور بررسی وضعیت سلامت و نیز ارجاع کارکنان نیازمند، در محیط‌های کاری بین ۵۰ تا ۵۰۰ نفر انجام شده و سطح رضایت از عملکرد خانه‌های بهداشت پیش از مداخله درخصوص آموزش، غربالگری بیماری‌ها، دریافت خدمات مشاوره‌ای و خدمات ارجاع به پزشک و پیگیری آن به‌طور متوسط (۵۰٪) زیاد و بسیار زیاد ارزیابی شده است. (۸)

نتایج مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۵ برای سنجش وضعیت کیفیت زندگی شغلی کارکنان مراکز صنعتی و تولیدی کشور انجام شده است، نشان می‌دهد میانگین نمره کیفیت زندگی کاری کارکنان مراکز صنعتی و تولیدی کشور در دامنه متوسط پایین قرار دارد که علت اصلی آن به مسائل اقتصادی (حقوق و دستمزد) و احساس عدم امنیت شغلی برمی‌گردد. (۹) در بخش دوم همین مطالعه آمده است که میزان شیوع اختلالات و مشکلات روان‌شناختی در جامعه کار و تولید کشور (۳۳٪) در مقایسه با شیوع اختلالات و مشکلات روان‌شناختی کل جامعه (۲۳،۵٪)، وضعیت نگران‌کننده تری دارند. مطابق نتایج پژوهش مذکور، استان‌های سیستان و بلوچستان، خراسان شمالی، زنجان، همدان و بوشهر از این نظر در وضعیت نامساعدتری قرار دارند. همچنین شدیدترین علائم استرس که جامعه کار و تولید را تحت تأثیر قرار

مرور منابع، برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز و نظرخواهی با پرسشنامه کتبی استفاده شده است. براساس تحلیل ذی‌نفعان، سازمان‌های زیر در این مطالعه شرکت کرده‌اند: سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان تأمین اجتماعی، کانون عالی انجمن صنفی کارفرمایان ایران، کانون عالی شوراهای اسلامی کار سراسر کشور، وزارت ورزش و جوانان، معاونت‌های فرهنگی و اجتماعی و مشارکت‌های قوه قضاییه، وزارت علوم و تحقیقات و فناوری، پلیس مبارزه با مواد مخدر، سازمان پزشکی قانونی کشور، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، بنیاد شهید واحد ایثارگران، و اداره کار و رفاه اجتماعی ۳۱ استان.

مراحل طرح به شرح زیر به اجرا درآمده است:

۱. کلیدواژه‌های اصلی این پژوهش مانند اعتیاد، سلامت در محیط کار و برخورد با معتادان در پایگاه‌های داده فارسی از جمله Magiran و SID بررسی شد. پایگاه‌های معتبر انگلیسی مانند Scopus، Google Scholar، Elsevier و PubMed نیز از نظر دور نماند. پس از بررسی مطالعات، مدل مفهومی اولیه ای طراحی شد.

۲. این الگو طی سه جلسه بحث گروهی متمرکز با خبرگان در قالب مراحل، روال‌ها و استانداردها تدوین شد. جلسات ترکیبی از چهار نوع تخصص شامل پزشکی اجتماعی، بهداشت حرفه‌ای، روان‌پزشک و درمانگر اعتیاد و روان‌شناس بالینی بوده است و به‌طور میانگین ۷ نفر در جلسات شرکت کرده‌اند. هر جلسه دستور کار مشخصی درباره مدل مفهومی ترسیم‌شده در مرحله اول داشته است و به‌طور میانگین ۱ ساعت و ۴۵ دقیقه طول کشیده است. حاصل این جلسات شکل‌گیری شیوه‌نامه رویارویی کارفرمایان با کارگران مصرف‌کننده مواد بوده است.

۳. شیوه‌نامه با استفاده از پرسش‌نامه به تمام ذی‌نفعان، شامل دستگاه‌های چهارده‌گانه پیش‌گفته و ۳۱ واحد استانی، (در مجموع ۴۵ پرسش‌نامه) جهت نظرخواهی ارسال شد. میزان پاسخ واحدهای استانی ۱۰۰٪ و دستگاه‌های ملی ۶۵٪ بوده است. بعد از این نظرخواهی، نظرات در شیوه‌نامه اعمال شد و مجدداً نظرات دستگاه‌ها برای مواردی که مغایرت وجود داشت، اخذ گردید و در نهایت پس از دو بار نظرخواهی، شیوه‌نامه نهایی شد.

۴. این الگو در دو محل کاری صرفاً از نظر چالش‌های اجرایی تست شده است.

داده، اضطراب، افسردگی و خشم است. این مسئله با آمار و ارقام ارائه‌شده توسط قوه قضاییه، سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت نیز مطابقت دارد. لذا اتخاذ سیاست‌های پیشگیرانه از مشکلات روانی اجتماعی و پیش‌بینی ساختارها و تشکیلات حمایتی مورد نیاز ضروری به‌نظر می‌رسد. (۹)

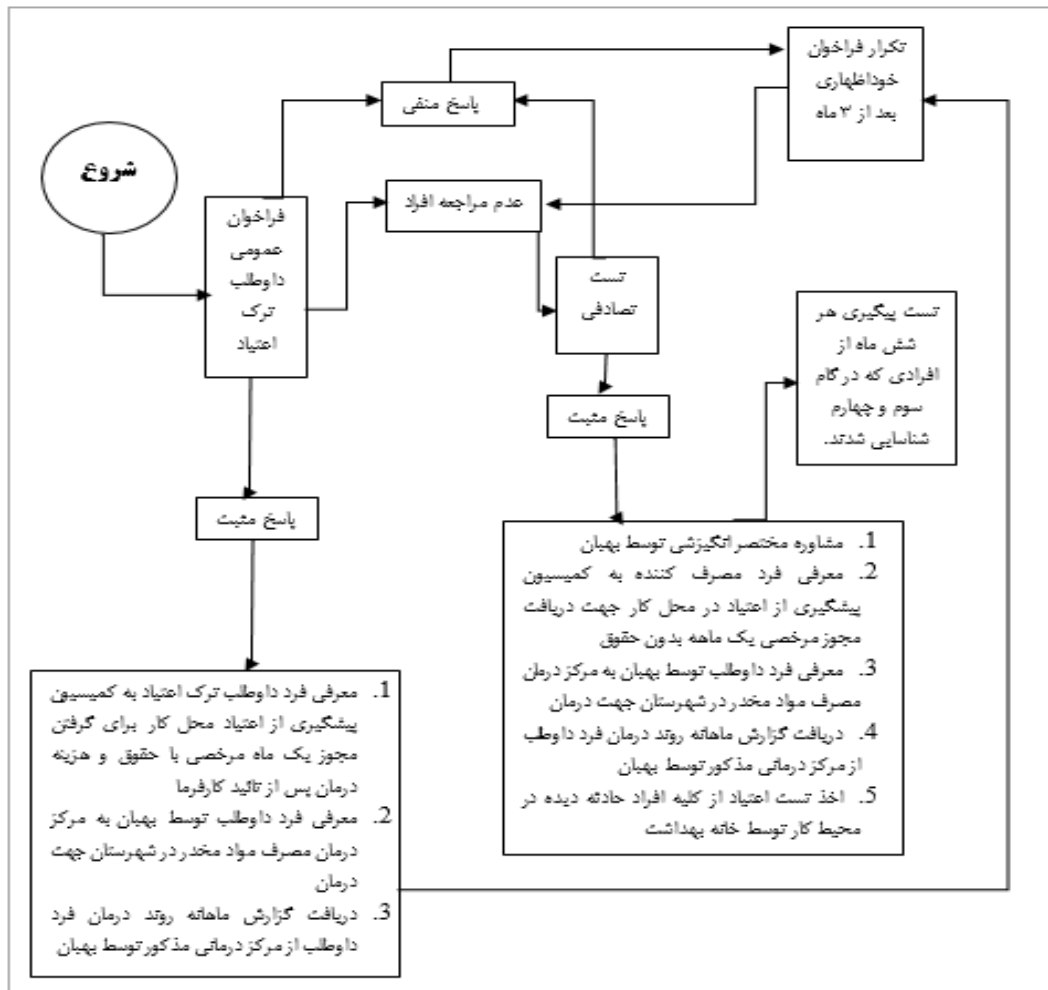
به‌علاوه بیش از هزار مطالعه تحقیقاتی در زمینه مسائل روانی و سوءمصرف مواد در محیط کار وجود دارد. از این میان، ۵ تحقیق جامع درمورد مشکلات روانی محیط کار توسط منابع بسیار معتبر و موثق صورت گرفته است. نتایج این تحقیقات در مجموع از ضرورت خدمات‌رسانی بیشتر جهت رسیدگی به مشکلات بیماری‌های روانی و اعتیاد کارکنان و خانواده آن‌ها حمایت می‌کند. (۷) از آنجا که سوءمصرف مواد بین بزرگسالان در محیط کار از یک سو میلیون‌ها دلار هزینه برای مراقبت پیشگیرانه از سلامت و از سوی دیگر کاهش برآورد مالی صنعت را در پی دارد، توسعه برنامه‌های مؤثر پیشگیرانه سوءمصرف مواد برای محیط کار ضروری است. ناگفته نماند که بررسی‌های کاربردی برای پیشگیری از سوءمصرف مواد در محیط کار با چالش‌های اجرایی زیادی، مانند ملاحظات کارفرما، جمع‌آوری داده، دسترسی به مخاطبان مورد نظر این برنامه‌ها، روبه‌روست. (۱۰)

در راستای اجرای طرح شیوع‌شناسی اعتیاد در محیط‌های کاری که از سال ۱۳۹۵ در کل کشور در حال اجراست، سه بسته آموزشی ترویجی (آموزش سبک زندگی سالم)، تسهیلی (ایجاد خدمات همیار کارکنان در بستر خانه بهداشت برای مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی کارکنان) و بسته کارفرمای سلامت‌محور آموزش داده می‌شود که این شیوه‌نامه بخشی از بسته تسهیلی است.

هدف اصلی ارتقای سلامت روانی و اجتماعی کارکنان پیشگیری از اعتیاد، و غرض از تدوین این راهنما فراهم کردن رویه‌ای منطبق با پاسخ‌گویی اجتماعی کارفرما، حفظ حرمت کارکنان و حفاظت از سرمایه انسانی کارفرمایان است تا از آن طریق کارفرما بتواند شیوع مصرف مواد مخدر را در محیط کار کاهش دهد. لذا سؤال اصلی پژوهش این است که الگوی مناسب رویارویی کارفرما با کارگر مصرف‌کننده مواد در محیط کار باید چگونه باشد.

روش بررسی

روش مطالعه کیفی است و در مجموع از سه روش



نمودار ۱- مراحل الگوی عملی برای کارفرمایان به منظور مواجهه با کارگران مصرف کننده مواد اعتیادآور

برای بهبود وضعیت کارگر مصرف کننده تقسیم بندی شد که گزاره های هر یک در جدول ۱ آمده است.

تم اصلی دوم: رندوم تست که در مرحله دوم این الگو اجرا می شود، در ۲ ساب تم فرایند اجرای رندوم تست و اقدامات ثانویه بهبودی تعریف شده است.

تم اصلی سوم: شرایط و الزامات اجرا که در ۹ ساب تم به ترتیب اولویت تأمین آن ها تعریف شده است. در تأمین زیر ساخت فیزیکی، تأمین زیرساخت قانونی و نیز الزامات اخلاقی به شرح زیر تعریف شد:

پس از نهایی شدن مدل به شرح جدول های فوق، این الگو در دو محیط کاری که به طور تصادفی انتخاب شد، به مرحله اجرا درآمد. در این مرحله، مدل با این مشکلات روبه رو شد: امکان بروز تداخل وظایف بهداشت یار کار و بهبان، خطر ازدست رفتن اصل حفظ اسرار بیماران،

داده های جمع آوری شده در مرحله بحث گروهی و پرسش نامه، به روش تحلیل قلمروها^۱ مورد تحلیل قرار گرفت. داده ها در مرحله اول بازخوانی و کدگذاری شد. کدهای اولیه در دسته بزرگ تر تقسیم بندی و در نهایت سه تم اصلی شناسایی شد.

یافته ها

بر اساس اطلاعات جمع آوری شده مدل مفهومی مطابق نمودار ۱ طراحی گردید. اجزای این مدل در سه تم اصلی خوداظهاری، رندوم تست و شرایط و الزامات اجرا تقسیم شد.

تم اصلی خوداظهاری که در مرحله اول باید اجرا شود، در ۲ ساب تم شامل فرایند طلب خوداظهاری و اقدامات اولیه

جدول ۱- تم اصلی خوداظهاری

فراخوان برای خوداظهاری	ارائه آموزش های لازم درباره این شیوه نامه به بهبان (مسئول خانه بهداشت محل کار) نصب بنر، بخش نامه و پوستر، و برگزاری مراسم اداری با مضمون ممنوعیت مصرف مواد در محیط کار فراخوان انجام تست اعتیاد به صورت خودمعرف از طرف خانه بهداشت
اقدامات اولیه بهبودی	انجام اقدامات پیگیری در صورت مثبت بودن تست خودمعرف: معرفی فرد داوطلب ترک اعتیاد به کمیسیون پیگیری از اعتیاد محل کار برای گرفتن مجوز یک ماه مرخصی با حقوق و هزینه درمان پس از تأیید کارفرما معرفی فرد داوطلب توسط بهبان به مرکز درمان مصرف مواد مخدر در شهرستان جهت درمان دریافت گزارش ماهیانه روند درمان فرد داوطلب از مرکز درمانی مذکور توسط بهبان

جدول ۲- تم اصلی رندوم تست

فرایند رندوم تست	انجام تست تصادفی از کارکنان واحدهای کاری (از جمله کارکنان تحت درمان ترک اعتیاد) توسط خانه بهداشت محل کار توجه به انتخاب افراد برای انجام تست به منظور عدم ایجاد رکود و کندی در خط تولید انجام تست از همه کارکنان در دوره زمانی ۳ تا ۶ ماه و شناسایی افراد معتاد
اقدامات ثانویه بهبودی	انجام اقدامات زیر برای افراد شناسایی شده: مشاوره مختصر انگیزشی توسط بهبان معرفی فرد مصرف کننده به کمیسیون پیگیری از اعتیاد در محل کار جهت دریافت مجوز مرخصی یک ماهه بدون حقوق معرفی فرد داوطلب توسط بهبان به مرکز درمان مصرف مواد مخدر در شهرستان جهت درمان دریافت گزارش ماهیانه روند درمان فرد داوطلب از مرکز درمانی مذکور توسط بهبان اخذ تست اعتیاد از همه افراد حادثه دیده در محیط کار توسط خانه بهداشت اخذ تست پیگیری از افرادی که در گام سوم و چهارم شناسایی شده اند. تبصره: لازم است هر شش ماه از افرادی که در گام سوم و چهارم شناسایی شده اند، تست پیگیری انجام شود.

عملی شود. همچنین برنامه ریزی برای اجرای صحیح و منصفانه جزو پیشنهادهای ارائه شده بود. ارتقای سطح آگاهی کارگران، کارفرمایان و خانواده کارگران نیز برای اجرای بدون چالش این الگو مورد نیاز است. در نهایت دسته آخر پیشنهادها درباره حمایت از وضعیت افراد مصرف کننده است که از عوامل کلیدی در جهت پیشبرد اجرای این الگو معرفی شد. مشروح پیشنهادها در جدول ۴ ذکر شده است.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش، فرایند شیوه رویارویی کارفرمایان با کارگران مصرف کننده مواد اعتیاد آور به این شرح طراحی شده است: در اولین مرحله، باید از روش خوداظهاری استفاده کنند و در صورت مثبت بودن تست تصادفی تشخیص اعتیاد، فرایند درمان شروع شود. در این راستا زیرساخت های قانونی، فیزیکی و ملاحظات اخلاقی باید رعایت گردد.

عدم امکان استناد به آزمایش های سریع، مغایرت قانونی الزام کارفرما به پذیرش ۱ ماه مرخصی با حقوق و ۳ ماه مرخصی بدون حقوق، بروز مشکلات در تأمین هزینه های درمان توسط کارفرما، محرومیت فرد و افراد تحت تکلف او از حمایت های سازمان در زمان استفاده از مرخصی های ذکر شده، اعمال بار مالی به بنگاه های اقتصادی، عدم بهره مندی کارگران با قرارداد کوتاه مدت، تعیین نکردن نقش راهبردی کارفرمایان، عدم شفافیت در ساختارهای واحد همیار، شورای هماهنگی و کمیسیون رهایی، عدم تأکید بر انجام آزمایش های تشخیصی صرف در شناخت معتاد، پافشاری بر روش های انضباطی و قهری و مرخصی های بدون حقوق و نیز لزوم تشکیل کمیته انضباطی برای ادامه اجرای کار.

راهکارهای خبرگان برای رفع چالش های اجرایی در قالب چهار دسته پیشنهاد ارائه شد. بهبود وضعیت زیرساخت های موجود که اغلب قانونی هستند، یکی از مهم ترین اقداماتی است که باید پیش از اجرای این الگو

جدول ۳- تم اصلی شرایط و الزامات اجرا

<p>۱ تأمین زیرساخت فیزیکی</p>	<p>تشکیل خانه بهداشت و خدمات همیار کارکنان کیت تشخیص اعتیاد از طریق ادرار که مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است، باید به تعداد مناسب در خانه بهداشت موجود باشد. در این زمینه سؤال از تست‌دهندگان درمورد مصرف داروی هم‌زمان لازم است (به دلیل تداخل دارویی ممکن است مثبت شود).</p>
<p>۲ تأمین زیرساخت های قانونی</p>	<p>اعطای مسئولیت استانی و شهرستانی این آموزش با تصویب شورای هماهنگی ارائه خدمات بهداشتی به بیمه‌شدگان به ادارات تعاون کار و رفاه اجتماعی و یا دانشگاه علوم پزشکی استان ترکیب کمیسیون پیشگیری از اعتیاد در محل کار عبارت است از پزشک معتمد محل کار، بهبان، رئیس بهداشت ایمنی و محیط زیست محل کار، رئیس حراست، مدیر منابع انسانی و نماینده کارکنان. در تمام موارد اگر مصوبات جنبه تنبیهی داشته باشد، باید به کمیته انضباطی ارجاع شود. مصرف مواد اعتیادآور، همراه داشتن آن، پیشنهاد مصرف به دیگران و فروش مواد اعتیادآور یا داروهای بدون تجویز پزشک در محل کار و اقامت ممنوع است و باید متخلفان به واحد حراست معرفی شوند. همچنین مصرف داروهای مجازی که باعث اختلال در عملکرد فرد می‌شود، بدون نسخه پزشک ممنوع است و توسط کمیسیون پیشگیری از اعتیاد در محیط کار پیگیری خواهد شد. در تمام موارد، شرط ورود مجدد کارگر به محیط کار داشتن تست اعتیاد منفی است. به‌منظور تأمین ایمنی در محیط کار تا تأیید قطع مصرف مواد در فرد، فرد مصرف‌کننده نباید با ماشین‌آلات و تجهیزاتی که کار با آنها نیازمند هشیاری کامل است، بنابه تشخیص کمیسیون پیشگیری، کار کند.</p>
<p>۳ الزامات اخلاقی اجرایی</p>	<p>در تمام موارد حفظ محرمانگی و حرمت کارکنان ضرورت دارد و لازم است از به‌کار بردن قالبی که انگ اجتماعی ایجاد می‌کند، جلوگیری شود. مسئولیت حفظ حرمت و محرمانگی برعهده کمیسیون پیشگیری است و موارد تخلف از این موارد باید به‌صورت ماهیانه در کمیسیون مطرح و رفع گردد. بهبان در طول روند درمان افراد مصرف‌کننده مواد باید از حمایت‌های روانی و اجتماعی فرد تحت درمان اطمینان حاصل کند؛ به همین دلیل لازم است بهبان روند اجرای بسته ترویجی، تسهیلی و کارفرمای سلامت‌محور را به‌صورت ماهیانه پایش کند و به کارفرما گزارش دهد. در صورتی که نتیجه تست فرد تحت درمان و یا درمان‌شده برای بار دوم مثبت شود، باید ۳ ماه مرخصی بدون حقوق به او تعلق گیرد تا فرایند درمان را طی کند و به کار بازگردد. تکرار این موضوع برای بار سوم با ۶ ماه مرخصی بدون حقوق همراه خواهد بود. تکرار برای بار چهارم این مجوز را به کارفرما می‌دهد که فرد را اخراج کند. اجرای همه این موارد مطابق بند دوم، با تصمیم کمیته انضباطی است.</p>

سوءمصرف مواد و مشروبات الکلی در محیط کار تدوین شده است. در این راهنما، در مرحله اول شناسایی و بررسی افراد مصرف‌کننده، سپس تنظیم و انتخاب برنامه درمانی مناسب سطح اعتیاد (درمان و بستری، برنامه های درمان خانگی، مراقبت‌های سرپایی شدید، درمان‌های رفتاری و برنامه‌های حمایت اجتماعی)، دوره مراقبت بهبودی، مرخصی‌های بدون حقوق در دوره زمانی مشخص و برنامه‌های بازگشت به کار پیشنهاد شده که مشابه یافته‌های این مطالعه با دستورالعمل فوق است؛ با این تفاوت که در شیوه‌نامه ارائه‌شده در این مقاله، به مصرف‌کنندگان فرصت بیشتری برای درمان داده شده است. (۴)

مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۳ با عنوان ارزشیابی

مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۲م باعنوان پیشگیری از مصرف الکل در محیط کاری انجام شد، بیان می‌کند که کارفرمایان می‌توانند بر کارکنان خود تأثیر مثبت بگذارند تا از مشکلات اعتیاد رهایی یابند. بدین منظور بسیاری از کارکنان از برنامه‌های همیار کارکنان همانند برنامه‌های آموزشی برای کاهش مشکلات الکلی کارکنان بهره می‌برند. شیوه‌نامه ارائه‌شده در این مقاله در چند مرحله، ضمن پرداختن به مشکل اعتیاد در محل کار، انگیزه کارکنان را به سبب حمایت کارفرما از ایشان افزایش می‌دهد؛ به شرط آنکه ملاحظات اخلاقی، از جمله محدود کردن برخوردهای انضباطی، در مراحل اولیه محدود شود. (۳)

در پژوهشی در سال ۲۰۰۹م، دستورالعمل مواجهه با

جدول ۴- پیشنهاد خبرگان برای رفع چالش های اجرایی

راه اندازی مراکز مشاوره و مددکاری در مراکز صنعتی نیاز به استعلام حقوقی برای اجرا با توجه به تبعات اجتماعی احتمالی تنظیم آیین نامه و بخش نامه قانونی برای پیشگیری از اخراج کارگر معناد انعقاد تفاهم نامه همکاری اداره تعاون با انجمن صنفی کارفرمایان درمانگران استان در نظر گرفتن تخفیف های مالیاتی برای کارفرمایان برای جلب همکاری بیشتر آن ها در نظر گرفتن حمایت های قانونی برای کارشناسان مجری شیوه نامه توجه به پزشک طب کار در به کارگیری فرد معناد در کار با ماشین آلات و تأمین واحدهای مددکاری اجتماعی فعال در کارگاه ها عضویت یک روان شناس (فردی آشنا با مسائل روانی افراد معناد) و نیز نماینده کارفرما در کمیسیون رهایی تدوین برنامه های مشاوره ای برای خانواده های کارکنان مصرف کننده عضویت یک نماینده از طرف کارگران بهبود یافته در ترکیب کمیسیون رهایی	زیرساخت
ارتقای سطح دانش و نگرش کارکنان در خصوص پیشگیری از اعتیاد، ادامه آموزش و مشاوره ها تا سطح خانوارها برگزاری گردهمایی آموزشی و نمایش فیلم هایی از حوادث و سوانح در محیط کار و سپس معرفی طرح و فراخوان تست اعتیاد آموزش و توجه کارفرمایان برای حفظ ضمانت اجرایی	آگاهی
اجرای مرحله به مرحله: اجرا در یک محل کاری از هر شهرستان سطح بندی و اولویت بندی صنایع و نیز کارگران از نظر میزان حساسیت و اهمیت کار آن ها لزوم تقسیم بندی مصرف کنندگان از تقنی تا مرز وابستگی کامل و نیز میزان مصرف مواد برای تدوین محتواهای آموزشی تفصیلی شفاف سازی وظایف هر یک از ارگان ها در اجرا چنانچه پاسخ تست برای مرتبه دوم مثبت شود، حقوق مشارالیه به خانواده تحویل گردد و با استفاده از برگه سازمان بهزیستی در یکی از مراکز تحت نظر به مدت ۳ ماه تحت درمان قرار گیرد و برای وی مرخصی صادر شود. مشخص شدن فرد جانشین در زمان مرخصی فرد معناد	برنامه ریزی
تأکید بر مکانیسم های تشویقی ویژه کارگران معناد در حال درمان و بهبود یافته (به خصوص برای درمان شدگان مرحله اول) تأکید بر رعایت اصول رویکرد بیمار محور و پرهیز از انگ و برچسب زنی رعایت شرایط روحی و روانی کارکنان در زمان انجام تست اعتیاد معرفی استان های موفق و نشان دادن راهکارهای آنان	حمایت و پشتیبانی

تعیین کننده ترین مداخله ای که در سطح ملی برای بهبود وضعیت بهداشت جسمی و روانی کارگران در محیط های کاری صورت گرفته، تأسیس خانه های بهداشت است. میزان رضایت کارگران از آن ها در محیط های کاری ۵۰ تا ۵۰۰ نفر متوسط ارزیابی شده است. نتایج این مطالعه می تواند با اجرای آن در خانه های بهداشت، رضایت کارگران و کارفرمایان را افزایش دهد. (۱۲)

همچنین در مقاله ای که با عنوان ارزیابی رضایتمندی کارگران از خدمات خانه های بهداشت کارگری (۱۳۹۲) انجام شده، رضایتمندی کارگران از خدمات خانه های بهداشت کارگری در کارگاه های تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، ایران و شهید بهشتی به میزان ۹۰/۷٪ سنجیده شده است. با توجه

برنامه پیشگیری از اعتیاد در محیط کار انجام شده، نشان می دهد مهم ترین دستاورد برنامه از دیدگاه افراد مورد مطالعه افزایش آگاهی و حساسیت در کارکنان و کارفرمایان به موضوع اعتیاد، تمرین و توانمند شدن کارشناسان رابط محیط کار، و آثار ثانوی ناشی از کاهش اعتیاد در محیط کار از جمله افزایش بهره وری، کاهش غیبت، کاهش مرخصی ها و غیره بوده است. بزرگ ترین چالش های برنامه، با سهم تقریباً یکسان، در حوزه های قانونی، سیاسی (کلان)، ساختاری، عملیاتی و رفتاری (خرد) بیان شده است. مهم ترین راهکارهای پیشنهادی ارتقای برنامه عبارتند از: بازنگری در بسته خدماتی، تهیه شیوه نامه جامع و ساده با مشارکت همه ذی نفعان، تفاهم نامه با نمایندگان کارفرمایان و کارگران و استفاده از روش های تشویقی کارفرمایان در سطح استان. (۱۱)

سیاست گذاران امر تدوین شده است، نظر همه ذی نفعان در آن اعمال گردیده و همچنین این مدل شیوه ای از برخورد تشویقی و نه تنبیهی را ارائه می دهد که به دنبال درمان کارکنان معتاد است.

یکی از مهم ترین محدودیت های این مدل عدم پایلوت آن در سطح گسترده است؛ لذا نمی توان کاستی های آن را در سطح کشور بررسی کرد. محدودیت دیگر این است که در جهت بومی سازی مدل، نظر کارکنان که هدف این مدل هستند، در نظر گرفته نشده است. لذا پیشنهاد می شود در مطالعات آتی در این زمینه، مدلی برگرفته از خواست و نیاز کارکنان ارائه شود.

پیشنهاد می شود مدل ارائه شده در این تحقیق در چند محل کاری در هر استان به صورت پایلوت اجرا شود و سپس در بُعد وسیع تر، در سطح کشور، به صورت مرحله ای به اجرا درآید. به منظور تأمین ضمانت اجرایی، تدوین مصوبه ای از سوی شورای هماهنگی ارائه خدمات بهداشتی به بیمه شدگان، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و نیز شورای فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر لازم است. همچنین تشویق کارفرمایان برتر در اجرای این مدل در محیط کاری، ضمن ایجاد رقابت، باعث فراگیری اجرای آن می شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از تمامی کارشناسان و مدیرانی که در شکل گیری این مدل، تصویب و اجرای آن حمایت و همکاری داشتند تشکر می کنند به ویژه: دکتر ابراهیم صادقی فر، دکتر صادقیان، دکتر عباس وثوق مقدم، دکتر ایرج اسماعیلی، دکتر علیرضا نوروزی، دکتر حمید یعقوبی، دکتر فرید براتی سده، عارف وهاب زاده و حمید صرامی.

References

1. Slavit W, Reagin A, Finch R. An employer's guide to workplace substance abuse: Strategies and treatment recommendations. Center for Prevention and Health Services, Washington DC. 2009.
2. Elizabeth S. Levy Merrick, Joanna Volpe-Vartanian, Constance M. Horgan, mccann B. Revisiting employee assistance programs and substance use problems in the workplace: key issues and a research agenda. Psychiatr Services. 2012; 58(10): 5.
3. Frone MR. Alcohol and Illicit Drug Use in the Workforce and Workplace. USA: American Psychological

به این سطح از رضایت، تقویت امکانات فعلی خانه های بهداشت کارگری، بهینه سازی آن ها و رفع نواقص موجود گامی مؤثر در جهت حفظ و ارتقای سطح سلامت کارگران و در نهایت شکوفایی اقتصاد کشور خواهد بود. (۱۳)

از سوی دیگر طبق آخرین تحقیقات انجام شده در کشور، شیوع اختلالات و مشکلات روان شناختی در جامعه کار و تولید ۳۳% ارزیابی شده که نسبت به کل جامعه اختلاف زیادی دارد. الگوی ارائه شده در این پژوهش با هدف پیشگیری از شیوع اعتیاد در محیط های کاری، مدلی بهینه از نحوه رویارویی کارفرمایان با کارگران مصرف کننده مواد اعتیاد آور است.

در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۹م برای بهبود وضعیت سلامت روانی و عملکرد شغلی بین کارکنان انجام شده، الگوی مداخله مشارکتی به کار رفته که شامل برگزاری کارگاه آموزشی در خصوص سلامت روان در محیط کاری، انجام پرسشگری پیش از مداخله برای اندازه گیری قرار گرفتن در معرض شرایط روانی در محیط کار، برگزاری کارگاه برای آموزش متدلوژی بهبود شرایط استرس زای محیط کاری و برگزاری کارگاه پیگیری درباره تشریح فرایندها و فعالیت ها به وسیله کارشناسان و انجام بحث گروهی، برگزاری کارگاه برای ارائه پیشنهادهای لازم به منظور بهبود فزاینده، مواجهه با کارکنان برای نگهداری و حفظ فعالیت های خروجی و نهایتاً پرسشگری پس از مداخله است. (۱۴)

مطالعه وضعیت سواد پیشگیری از اعتیاد در جامعه کارگری ایران نشان داد حدود ۹۰% از جمعیت کارگری سواد مطلوبی دارند (۱۵)؛ ولی درصد مصرف کنندگان مواد مخدر بیش از ۲۰% است. (۱۶) این حقیقت بدان معناست که صرفاً آموزش کارگران جواب گوی کاهش اعتیاد نیست و اقدامات محیطی، از قبیل فراهم کردن حمایت ها و تشویق ها برای کارگران مصرف کننده، ضروری است.

یکی از مداخلاتی که در برنامه ملی ارتقای سلامت روان کارگران آمده، توسعه مداخلات پیشگیری و درمان اعتیاد است. مدل طراحی شده در این مقاله قرار است مطابق برنامه ملی به صورت ادغام یافته در خدمات سلامت جسمی، روانی و حمایت اجتماعی کارگران انجام شود. این موضوع از این نظر مهم است که موفقیت برنامه های ترک اعتیاد مستلزم مراقبت های اجتماعی، کاهش آلام جسمی و درمان اختلالات روانی همزمان با اعتیاد است. (۱۷) از ویژگی های مهم مدل مذکور این است که با درخواست

- in workplaces. *Payesh*. 2014; 13(2): 11.
12. Kakouei H.* Paah, Seyed Soumeeh Mirghani, Beyg R, Biglarian A. Qualitative evaluation of primary health care plans (worker health house) among some industries in yazd, iran. *Journal of ilam university of medical sciences*. 2010; 18(1): 4.
 13. Modiri F, Tarrah A, madani H. Evaluation of worker satisfaction from services of worker health homes covered shahid Beheshti and Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. *Iran Occupational Health*. 2015; 12(1): 7.
 14. Tsutsumi A, Nagami M, Yoshikawa T, Kogi K, Kawakami N. Participatory intervention for workplace improvements on mental health and job performance among blue-collar workers: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2009; 51(5): 9.
 15. Damari B, Azimi A, Salehi Shahrabi N. Status of substance abuse literacy in manufacturing and production sites in Iran: Results from a nationwide survey. *Med J Islam Repub Iran*. 2019; 33(1): 33-38.
 16. Damari B, Sarami H, Alikhani S, Mirzaei H. A National survey on substance use among Iranian industrial workers. *Med J Islam Repub Iran*. 2020 (14 Mar); 34: 20
 17. Damari B, Almadani SH, Hajebi A, Salehi Shahrabi N. [Promoting Mental Health in Workplaces of Iran; Reviewing Present Status and Future Approaches (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2019; 25(2): 122-135.
 - Association; 2013. 269 p.
 4. Jacobson JM, Hosford-Lamb J. Working It Out-Social Workers in Employee Assistance. *Social work today* 2008. p. 18.
 5. Substance Abuse Prevention in the Workplace: An employer's guide [press release]. New York: Wnet and Public Affairs Television, Inc. 1998.
 6. Galvin DM. Workplace managed care: Collaboration for substance abuse prevention. *The journal of behavioral health services & research*. 2000; 27(2): 6.
 7. Attridge M, Paul R, Amaral T, Routledge S, Bjornson T, Sharar D, et al. Selecting and Strengthening Employee Assistance Programs: A PURCHASER'S GUIDE. North America: Employee Assistance Society of North America (EASNA); 2009.
 8. Headquarters IDC. Applying the Addiction Prevalence Program in the workplaces (KAJ). Tehran: Iran Drug Control Headquarters; 2017.
 9. Yaghoubi H, Alaeddini F, Esmaeili I. Mental health status and quality of work life of industrial and manufacturing workers: Investigating the role of job stressors. Iran: Research report of department of culture and social affairs of ministry of labor and social affairs and State Welfare organization of Iran; 2016.
 10. Hersch RK, Cook RE, Deitz DK, Trudeau JV. Methodological issues in workplace substance abuse prevention research. *The journal of behavioral health services & research*. 2000; 27(2): 8.
 11. Damari B, Barati F, hajnagizade F, Gazarian M, Oliaei A. Evaluation of the 'substance abuse prevention program'