ارزشیابی برنامه پیشگیری از اعتیاد در محیط کار

بهزاد دماری[1*]، فرید براتی[2]، فاطمه حاج نقی‌زاده[1]، ماریت قازاریان[2]، آزاده اولیایی[2]

۱. دپارتمان مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، تهران، ایران
۲. معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، تهران، ایران

نشریه پایش
سال سیزدهم شماره دوم فروردین - اردیبهشت ۱۳۹۳ صص ۱۷۵-۱۶۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۲/۱۰
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۷ دی۹۲]

چکیده

آخرین ارزیابی وضعیت اعتیاد در کشور در سال ۱۳۸۶ نشان می‌داد. حدود ۷۰ درصد از معتادان کشور شاغل بوده، و حدود ۱۰ درصد از آنها مصرف مواد را در محیط‌های کار شروع کرده‌اند. برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در محیط کار به طور عملی در سال ۱۳۸۱ در ۵ استان پایلوت شد و از سال ۱۳۸۲ در کل کشور تعمیم داده شد. به‌منظور ارزشیابی این برنامه و بهبود تصمیم‌گیری در مورد شیوه ادامه کمی و کیفی آن در سال‌های آتی این طرح انجام شده است. این تحقیق توصیفی تحلیلی بر اساس روش ارزشیابی برنامه‌های سلامت به اجرا در آمده است. داده‌ها از طریق مرور اسناد مرتبط به تاریخچه و پایش برنامه از بدو راه‌اندازی، جلسات بحث گروهی متمرکز با کارشناسان استانی سازمان بهزیستی، مصاحبه با ده نفر از افراد مطلع و مصاحبه با کارشناس رابط برنامه در ۵۸ محیط کار نمونه گیری شده، جمع آوری شده است. این ارزشیابی نشان داد مهم‌ترین دستاورد برنامه از دیدگاه افراد مورد مطالعه افزایش آگاهی و حساسیت در کارکنان و کارفرمایان نسبت به موضوع اعتیاد، و تمرین و توانمندشدن کارشناسان رابط محیط کار و آثار ثانوی ناشی از کاهش اعتیاد در محیط کار از جمله افزایش بهره‌وری، کاهش غیبت، کاهش مرخصی‌ها و غیره. از جمله دیگر دستاوردهای برنامه بوده است. مهم‌ترین چالش‌های برنامه با سهم تقریباً یکسان در هر سه حوزه قانونی سیاستی (کلان)، ساختاری عملیاتی و رفتاری (خرد) عنوان شده است. مهم‌ترین راهکارهای پیشنهادی ارتقای برنامه عبارتند از بازنگری در بسته خدمتی، تهیه شیوه‌نامه جامع و ساده با مشارکت کلیه ذی‌نفعان، تفاهم‌نامه با نمایندگان کارفرمایان و کارگران و استفاده از روش‌های تشویقی کارفرمایان در سطح استان بود. با اینکه داده‌های کافی دوره‌ای برای مقایسه نشان‌گرهای بروز و شیوع اعتیاد در محیط‌های کاری وجود نداشت، اتکای ارزشیابی به نظرات سه دسته افراد ذی‌نفع (صاحب‌نظران، کارشناسان رابط در محیط کار، تسهیل‌گران استانی سازمان بهزیستی) بود، که از اجرای برنامه رضایت داشتند و استمرار آن را با اصلاحاتی ضروری می‌دانستند. اما در کوتاه‌مدت بازنگری در بسته خدمتی پیشگیری از اعتیاد در محیط کار با مشارکت نمایندگان کارفرمایان، کارگران، کارشناسان رابط محیط کار و کارشناسان استانی و توجیه و توانمندسازی محیطی در سطح استان و محیط‌های کاری از جمله گام‌های کاربست نتایج این ارزشیابی است.

کلیدواژه: پیشگیری از اعتیاد در محیط کار، برنامه ارتقای سلامت، ارزشیابی

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ایتالیا، پلاک ۷۸، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
تلفن: ۸۸۹۹۱۱۰۷
E-mail: bdamari@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.2.3.1]

مقدمه

ارزشیابی روشی برای تحلیل وضعیت موجود سازمان یا سیستم و شناخت دقیق و ارزش‌گذاری عملکرد آن بر مبنای اهداف و منابع مصرف شده است. ارزشیابی یک راه منظم برای آموختن تجارب و به‌کارگیری این آموخته‌ها در استفاده بهینه از منابع موجود، بهبود فعالیت‌های جاری و ارتقای برنامه‌ریزی را ارایه می‌دهد. معیارهایی که در ارزشیابی مورد سنجش قرار می‌گیرند شامل مرتبط بودن، متناسب بودن، پایداری، کارآیی، اثربخشی و اثرات نهایی هستند. ارزشیابی فرآیند سلسله اقدامات رسمی به منظور«قضاوت ارزشی» درباره عملکرد سازمان در یک مقطع یا فاصله زمانی است که تکرار می‌گردد. اهداف ارزشیابی عبارتند از: تضمین کیفیت، ارتقای کیفیت، تضمین ایمنی همگانی و عمومی، تعیین الزامات و قوانین سطح ورود، تشخیص اینکه آیا مشخصات طراحی و ابقاء رعایت شده‌اند یا خیر، مستندسازی توانمندی‌های ویژه به‌عنوان یک سازمان یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی حرفه‌ای، مدیریت ریسک، نظارت بر بخش خصوصی، پایه‌گذاری ارائه خدمت جدید، شناسایی موضوعات ملی سلامت همگانی، تخصیص منابع محدود، ایجاد مراکز تعالی، تشکیل نظام‌ها و شبکه‌های جدید خدمات[۱]. رویکردهای متفاوتی در ارزشیابی و مدیریت کیفیت در نظام سلامت وجود دارد ؛ مجوزدهی یکی از این موارد است و فرایندی است که طی آن یک مرجع دولتی، اجازه‌ی عملکرد یا اشتغال در یک حرفه یا شغل را به سازمان یا فردی اعطا می‌نماید. قوانین اعطای مجوز عموماً برای تضمین ارائه حداقل استانداردها جهت تأمین سلامت و ایمنی عمومی به نهادها به وجود آمده است. اعتباربخشی به عنوان رویکردی دیگر است و فرایندی رسمی است که طی آن یک نهاد شناخته شده، معمولا سازمانی غیردولتی، سازمان ارائه خدمات درمانی را از نظر دستیابی به استانداردهای از پیش تعیین شده و منتشرشده ارزیابی و شناسایی می‌کند. استانداردهای اعتباربخشی معمولا به عنوان مراحل بهینه و قابل دستیابی و به عنوان انگیزشی برای ارتقای مداوم تعیین می‌گردند. دادن گواهینامه هم یکی دیگر از رویکردها است و فرایندی را شامل می‌شود که طی آن نهادی مختار، چه دولتی و چه غیردولتی، دستیابی فرد یا سازمان به معیارها یا الزامات از پیش تعیین شده را بررسی و ارزیابی می‌نماید. واژه‌ی اعتباربخشی تنها برای سازمان‌ها به کار می‌رود، در حالی که گواهینامه شامل افراد نیز می‌شود[۲]. در مجموع چهار استاندارد برای ارزشیابی برنامه‌ها وجود دارد[۳]:

- استانداردهای کاربست (نیازهای اطلاعاتی حاصل از ارزشیابی نیازهای کاربران را تأمین و آنها را راضی می‌کند)
- استانداردهای امکان‌پذیری (ارزشیابی ممکن است)
- استانداردهای تناسب (تأکید بر اخلاقی بودن)
- دقت (صحیح بودن روش و داده‌های جمع‌آوری شده)

این استانداردها با طی مراحل شش‌گانه ارزشیابی برنامه‌ها ارزیابی می‌شود که عبارت است از ایجاد تیم ارزشیابی، توصیف برنامه، طراحی روش، جمع‌آوری داده‌های معتبر، تحلیل و قضاوت و به کار گیری نتایج (حمایت طلبی) [۳].

در مطالعه‌ای با عنوان «مروری سیاست محور بر راهبردهای ارتقای نتایج خدمات ارائه‌شده به بیماران مبتلا به آسیب استفاده از مواد مخدر» سیاست‌های عمومی و اسناد علمی مربوط به ارتقای خدمات ارائه شده برای درمان سوء مصرف مواد در دو کشور انگلیس وایالات متحده امریکا بررسی شد، راهبردها به دو دسته متمرکز بر فرایند (که برای ارتقای برخی ابعاد درمان تلاش می‌کرد) و متمرکز بر بیمار (که مبتنی بر پیگیری نتایج به صورت مستقیم بود) پرداختند. راهبردهای متمرکز بر فرایند شامل افزایش عواملی که برای اعتبار بخشی برای مراکز درمانی نیاز است، افزایش اندازه‌گیری و ارزشیابی اقدامات بالینی مبتنی بر شواهد، ارتقای ظرفیت‌های مدیریتی و اقدامات کسب و کاری، ادغام اطلاعات سوء مصرف مواد در شبکه بالادستی آسیب‌ها بود و راهبردهای مبتنی بر بیمار عبارت بودند از: تشویق ارائه‌دهندگان برای ارتقای نتایج بعد از درمان، (ایجاد و ارزشیابی درونی ابزاری ۱۷ عاملی را که در بردارنده رفتارهای مرتبط به سوء مصرف مواد) دو مرحله داشت، (مرحله اول ایجاد ابزار و مرحله دوم بررسی درونی برای ویژگی‌های روان سنجی). ۱۷۵ نفر مشارکت‌کننده که به درمان سوء مصرف وارد شده بودند. در تحلیل عاملی مشخص شد سه عامل کلیدی نگهداری بهبودی، مشکلات جسمی و روانی، خطرات و استفاده از مواد مخدر در ارزشیابی یک برنامه‌ی پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد تأثیرگذارند[۵] این تجربه می‌تواند رویکردی را برای تعیین شاخص‌های ارزشیابی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد پیش روی محققان بگذارد.

تجارب بین‌المللی در زمینه روش‌های ارزشیابی نشان می‌دهد که تلفیق خودارزیابی و ممیزی کارشناسی خارجی، دو سنگ بنای هر فرآیند ارزشیابی موفق در خدمات سلامت به شمار می‌رود. ارزشیابی بیرونی ضمن ایجاد پاسخگویی، اعتبار بیشتری به گزارش خود ارزیابی می‌دهد. یکی از روش‌های ارزشیابی بیرونی، اعتباربخشی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.2.3.1]

توسط نهاد حقوقی دولتی یا غیردولتی مستقل یا وابسته است. به دلایل مختلف تاریخی، فرهنگی و جغرافیای منطقه و شرایط اجتماعی از جمله سیر توسعهٔ صنعتی و مشکلات ناشی از آن شامل مهاجرت، افزایش قابل توجه جمعیت شهری به ویژه حاشیه نشینی و بیکاری اعتیاد افزایش داشته است به‌طوری که در حال حاضر اعتیاد سهم عمده‌ای از بار بیماری‌های کشور را به خود اختصاص داده و رقم وابستگان به مواد ۲ میلیون نفر تخمین زده می‌شود. آخرین ارزیابی وضعیت اعتیاد در کشور در سال ۱۳۸۶ نشان می‌دهد حدود ۷۰ درصد از معتادان کشور شاغل بوده، و حدود ۱۰ درصد از آنها مصرف مواد را در محیط‌های کار شروع کرده‌اند[۶]. برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در محیط‌کار به طور عملی در سال ۱۳۸۱ در ۵ استان پایلوت شده و از سال ۱۳۸۲ در کل کشور تعمیم داده شد. به منظور ارزشیابی این برنامه و بهبود تصمیم‌گیری در مورد شیوه ادامه کمی و کیفی آن در سال‌های آتی این ارزشیابی انجام شده است.

مواد و روش کار

مطالعه توصیفی تحلیلی بوده و بر اساس روش ارزشیابی برنامه‌های سلامت به اجرا در آمده است. ارزشیابی برنامه پیشگیری از مصرف سوء مصرف مواد در محیط کار سه مرحله را طی کرد:

- مرحله اول : توصیف برنامه و تعیین شاخص‌های قابل ارزشیابی در برنامه
- مرحله دوم: تعیین روش و ابزار سنجش شاخص‌های ارزشیابی برنامه
- مرحله سوم: جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و قضاوت در کمیته راهبری و گزارش نهایی ارزشیابی

داده‌ها از طریق مرور اسناد مرتبط به تاریخچه و پایش برنامه از بدو راه‌اندازی، جلسات بحث گروهی متمرکز با کارشناسان استانی سازمان بهزیستی، مصاحبه با شش نفر از افراد مطلع و مصاحبه با کارشناسان رابط برنامه در ۵۸ محیط کار نمونه‌گیری شده جمع آوری شده است. داده‌ها جمع‌آوری شده با تعیین قلمروهای اصلی در سه طبقه کلی « دستاوردها، چالش‌ها و راهکارهای ارتقای برنامه » دسته‌بندی شد و در کمیته راهبری طرح به عنوان شورای قضاوت کننده نهایی شده و راه آینده برای توسعه و ارتقای برنامه پیشنهاد شد. کمیته راهبری به اقتضای زمان و اهداف کارفرمای طرح، از مدیر کل اداره پیشگیری از اعتیاد سازمان بهزیستی، کارشناسان ستادی معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد و دو نفر از صاحب نظران این حوزه تعیین شدند. جمع آوری داده‌ها از منابع و با روش‌های زیر انجام شد:

- از سه راس مثلث صاحبان فرایند در استقرار برنامه پیشگیری از اعتیاد در محیط کار که شامل کارفرما ، مجریان (کارشناسان رابط در محیط کار و کارشناس استانی سازمان بهزیستی) و مخاطبان هستند. مجریان برای مصاحبه و نظرخواهی انتخاب شدند. کارشناسان رابط در محیط کار پس از نمونه‌گیری و آموزش پرسشگران با مصاحبه تلفنی در ۵۰ محیط کار و در هشت مورد مصاحبه حضوری اطلاعات جمع‌آوری شد. در زمان انجام مطالعه ۴۳۹ محیط صنعتی و سازمانی و ۳۷ محیط نظامی تحت پوشش این برنامه بودند، معیار ورود به مطالعه محیط‌های کاری بود که حداقل ۵ سال برنامه پیشگیری از اعتیاد در محیط کار را اجرا کرده اند و در اداره کل بهزیستی استان ثبت شده‌اند، بر همین اساس ۵۸ محیط کار در ۳۱ استان کشور انتخاب شدند و با هماهنگی از طریق سازمان بهزیستی کشور و مساعدت کارشناسان استانی مصاحبه‌ها انجام شد. مصاحبه‌ها توسط افراد آشنا به روش تحقیق کیفی و اصول مصاحبه انجام شده و از نوع ساختارمند بود. پرسشنامه مصاحبه حاوی ده سؤال باز و بسته بوده است. راهنمای مصاحبه تهیه شده و در ابتدای کار توسط محقق و همکارانش طی یک برنامه آموزشی توجیهی کلیه مصاحبه‌کنندگان آموزش داده شدند. مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مصاحبه‌شونده ضبط شده و در حین مصاحبه نکات اصلی یادداشت شده است.
- کارشناسان استانی از طریق نشست هم‌اندیشی کشوری و در قالب بحث گروهی متمرکز در سه گروه (در مجموع کارشناسان ۲۵ استان) در این بحث شرکت کردند. در این جلسه هدف از ارزشیابی به صورت سخنرانی ارایه شد و پس از پاسخ به ابهامات شرکت کنندگان سؤالات اصلی بحث گروهی متمرکز به گروه‌ها اعلام و توسط تسهیل‌گران نتایج هر گروه در قالب چهار سوال جمع‌بندی و مطابق قلمروهای پیشگفت تحلیل و دسته بندی شد.
- با شش نفر از صاحب‌نظران برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در محیط‌های کاری شامل دو نفر از سازمان بهزیستی به عنوان کارشناس و مدیر، یک نفر از مدیران کل استانی، یک نفر از محققان مرتبط، یک نفر صاحب‌نظر از وزارت بهداشت، یک نفر از کارشناسان دفتر جرم و مواد مخدر سازمان ملل متحد در کشور مصاحبه ساختارمند انجام شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.2.3.1]

- اسناد مرتبط به برنامه شامل کلیه مکاتبات، ارزشیابی‌ها، گزارش های موردی، وضعیت بودجه‌های تخصیصی، چارچوب‌های ارسالی به استان‌ها و محتوی کارگاه‌های آموزشی بوده است که با سؤال از کارشناسان معاونت پیشگیری جمع‌آوری و در توصیف برنامه استفاده شده است. به دلیل نبود اطلاعات پایه در زمان شروع برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد در محیط‌های کاری، شاخص‌های ارزشیابی این برنامه بیشتر محدود به درون داد، فرایند و برون داد برنامه شد و تغییرات در شاخص‌های سطح پیامد از طریق نظرخواهی از کارشناسان رابط تعیین شده است. مشکلات و چالش ها در قالب « تحلیل مثلثی» شامل علل قانونی سیاستی (کلان)، علل ساختاری و عملیاتی (میانی) و علل فرهنگی و رفتاری (خرد) دسته‌بندی شده و در کمیته راهبری نهایی شد سپس برای هر یک از ریشه‌ها راهکار اصلاحی پیشنهاد شد.

یافته‌ها

بخش اول) توصیف برنامه

در سند فرابخشی مبارزه با اعتیاد به موادمخدر برنامه چهارم توسعه اقتصادی ـ اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران اجرای طرح جامع سالم‌سازی محیط‌های کار اعم از آموزشی، بهداشتی، اداری، نظامی، صنعتی و کارگری با رویکرد پیشگیری از مصرف موادمخدر و روان‌گردان‌ها در قالب آموزش‌های کوتاه، میان و بلندمدت در نظام جامع آموزش کارکنان دستگاه‌های دولتی و غیردولتی تصویب و ابلاغ شد. براین اساس در یکصد و بیست و دومین جلسه ستاد مبارزه با موادمخدر (مورخ ۸۷/۲/۱) طراحی و اجرای دوره‌های آموزش ضمن خدمت پیشگیری از اعتیاد کلیه کارکنان دولت مورد تصویب قرار گرفت و مقرر شد معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی ریاست‌جمهوری با همکاری دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر، اقدامات لازم را در این زمینه به عمل آورند. با توجه به مصوبات مورد اشاره از اوایل دهه ۱۳۸۰ به تدریج سازمان‌های مربوطه فعالیت‌هایی را در زمینه پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های کار آغاز کردند. ازسال ۱۳۸۱ در سازمان بهزیستی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد با رویکرد جماعت محور شروع گردید. جماعت محور رویکردی تعریف شد که در آن فرآیندهای خدماتی رفاهی و ارتقایی و مسئولیت معطوف به آن به خانواده‌ها، نهادهای مردمی و جامعه انتقال داده و یا واگذارمی‌گردد. برنامه پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های کاری توسط سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۸۱ برای ۵ استان پایلوت شده و از سال ۱۳۸۲ در کل کشور تعمیم داده شده است و در مجموع تا پایان سال ۱۳۹۰ در مجموع ۴۷۶ محیط صنعتی، سازمانی و نظامی پوشش داده شده است. توزیع بودجه این برنامه سال ۱۳۸۲ به‌طور یکسان بود و به‌طور سرانه توزیع شد. در سال ۱۳۸۲ شاخص عملکردی برنامه اعلام نشد و کارگاه کشوری با حضور معاونین پیشگیری کلیه استان‌ها و یک کارشناس اعتیاد از هر استان برگزار شد. پایش از طریق بررسی نمونه گزارش‌هایی از پیشرفت کار و بازدید استانی صورت پذیرفته است. اساس برنامه مشارکتی بوده و میزان کل بودجه ابلاغی برای این برنامه در کشور در سال منتهی به ارزشیابی برنامه حداکثر به یک میلیارد تومان می رسد. مراحل اصلی آن در محیط کار شامل مراحل زیر است:

- هماهنگی با مدیریت محیط کار برای ورود به محیط کار (کارشناس سازمان بهزیستی به عنوان تسهیل گر بوده است)
- تعیین رابط در محیط کار (به‌طور معمول یک بخش مانند واحد ایمنی سلامت یا خانه بهداشت، طب کار و غیره)
- جمع‌کردن افراد در محیط کار و فراخوان داوطلبان
- انتخاب داوطلبان و تشکیل هسته اولیه پیشگیری از اعتیاد
- ارزیابی محیط کار و تدوین برنامه
- مداخله در محیط کار و ارزشیابی

مطالعاتی که در محیط‌های کار بر روی کارکنان انجام شده باشد و وضعیت مصرف مواد و اعتیاد و عوامل مربوط به آن را بررسی نماید، بسیار محدود هستند. یک مطالعه علم‌سنجی که بر مقالات پژوهشی چاپ شده از کشور در سال‌های ۱۳۵۲ تا ۱۳۸۱ اختصاص داشت، تعداد مقالات چاپ شده در این دوره ۳۰ ساله را ۲۱۸ عدد گزارش نمود که هیچ‌یک در محیط کار انجام نشده بودند. آخرین ارزیابی وضعیت اعتیاد در کشور که بر حدود ۷۷۰۰ معتاد از سراسر کشور انجام شد، حاکی از آن است که در سال ۱۳۸۶، حدود ۷۰ درصد از معتادان کشور شاغل بوده‌اند؛ حدود ۱۰ درصد از آنها مصرف مواد را در محیط‌های کار شروع کرده‌اند، بیش از ۱۰ درصد از آنها اولین بار به پیشنهاد یکی از همکاران خود مواد را مصرف کرده‌اند، حدود ۱۴ درصد از آنها در پی واقعه‌ای در محیط کارشان شروع به مصرف مواد کرده‌اند، و ۳ درصد از آنها نهایتاً به علت اعتیاد از کار اخراج شده‌اند. همچنین در حدود ۵ درصد از موارد، اولین تزریق در محیط کار صورت گرفته و در بیش از ۱۰ درصد موارد، محیط کار اغلب مکان تزریق بود. برخی از این شاخص‌ها در مطالعات وضعیت اعتیاد در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.2.3.1]

کشور در سال ۱۳۸۳ و سال ۱۳۷۸ نیز مورد بررسی قرار گرفته و تغییر محسوسی را نشان نداده‌اند. تحلیل وضعیت نظام پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های کاری مطابق جدول شماره یک نقاط ضعف و تهدیدهای برجسته‌ای را نسبت به نقاط قوت و فرصت‌ها نشان می‌دهد. از دیدگاه صاحب‌نظران، کارشناسان استانی و رابطان برنامه در محیط کار دستاوردها، چالش‌ها و راهکارهای ارتقای برنامه پیشگیری از اعتیاد در محیط کار به شرح زیر است:

بخش دوم) دستاوردهای برنامه

پاسخ‌دهندگان در کل معتقد بودند که آگاهی، نگرش و مهارت کارکنان در مورد پیشگیری از اعتیاد افزایش یافته است و این برنامه مشارکت مردم و در اختیار قرار دادن منابع مردمی برای سازمان‌ها و نهادهای دولتی را بهبود داده است. رابطان محیط کار معتقد بودند که این برنامه در کاهش شیوع اعتیاد و مشکلات ناشی از آن مؤثر بوده است. از دیگر تغییرات ایجاد ظرفیت برای مطرح شدن مشکلات روانی و خانوادگی کارگران، ارتقای سطح فرهنگی اجتماعی در محیط کار، ایجاد حساسیت در میان مدیران نسبت به اعتیاد، جلب مشارکت مدیران و کارفرمایان، گسترش برنامه‌های پیشگیری از روی کاغذ تا سطح استان‌ها و محلات، تشکیل و توانمندسازی سمن‌ها در حوزه پیشگیری از اعتیاد، افزایش سطح آگاهی کارکنان نسبت به مقوله ی اعتیاد، بهبود روابط پرسنل، افزایش سطح تعهد و رضایت کارکنان، کارفرمایان و ارباب رجوع بود. از جمله تغییرات سازمانی که حاصل استقرار این برنامه بود می‌توان به افزایش بهره‌وری، کاهش تخلفات اداری، کاهش صدمات، غیبت‌ها، کاهش مرخصی‌ها، افزایش تولید، افزایش عوامل محافظت‌کننده در محیط کار ، تغییرات هزینه‌ای در سازمان، کاهش میزان استرس و افزایش امنیت روانی پرسنل در محیط‌های کاری اشاره کرد. توانمندسازی کارکنان و آگاهی آنان در مورد حقوق خود، تابو شکنی در روابط کارکنان و کارفرمایان و افزایش تعاملات اجتماعی، تغییر نگرش از نگاه سنتی به نگاه علمی در محیط‌های کار نسبت به اعتیاد، آشنائی کارکنان با سازمان بهزیستی، خدمات بهداشتی، درمانی و مشاوره، نهادینه‌شدن فرهنگ و تفکر پیشگیری در محیط کار از جمله دستاوردهای فرهنگی رفتاری بود.

بخش سوم) چالش‌های اجرای برنامه در سه دسته علل به شرح زیر بود:

شفاف نبودن برنامه، خط مشی و بودجه بندی، وابستگی برنامه‌ها به دولت و عدم واگذاری تصمیم‌گیری‌ها به مردم، اولویت نبودن رویکرد پیشگیری به طور کلی، کوتاهی در اجرا و نظارت بر اجرای قانون‌های مصوب، وجود نداشتن تفاهم‌نامه در سطح کشوری و بین سازمان‌ها (ضعف همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی با بهزیستی) موازی کاری برخی دستگاه‌های اجرائی مثل طرح هجرت سپاه، شرایط اقتصادی و سیاسی متغیر در سطح جامعه و تأثیر آن بر اجرای برنامه از جمله علل کلان (قانونی و سیاستی) و ممانعت‌کننده برای توسعه و موفقیت کامل برنامه.

چالش‌های حوزه ساختاری و عملیاتی بسیار متعدد و متنوع بود که از آن جمله می‌توان به: محدودیت نیروهای حرفه‌ای و متخصص (خصوصاً در خارج از تهران)، کوتاه بودن عمر مدیران و کارشناسان و جابجایی سریع آنها، ساعات کاری متفاوت محیط‌های کار و سازمان‌های دولتی مجری برنامه (غیربومی بودن کارمندان، شیفت بندی، دسترسی مشکل به کارکنان)، نبود شبکه آماری برخط (آن لاین) برنامه‌های اجتماع محور ، نبود دستورالعمل مدون و سلیقه ای عمل کردن، ابلاغ دیرهنگام بودجه‌ها و نبود محتوای آموزشی همگن و یکپارچه (کتابچه‌ها یا پمفلت‌های آموزشی کارشناس، کار تیمی، اجرای طرح‌ها با مشارکت مردم) اشاره کرد. واگذاری برنامه به سمن‌ها و توانایی محدود این نهادها، تعدد وظایف کارشناسان ستادی و توانمندی محدود، نبود جلسات هم‌اندیشی منطقه‌ای، حس تحمیل برنامه از بالا و نه از دل محیط کار(ستاد مبارزه با موادمخدر و استانداری)، نبود فضای آموزشی مناسب و تسهیلات مربوطه در محیط‌های کاری، عدم تداوم برنامه در طول اجرا، کمبود بودجه واعتبارات، کمبود زمان کارشناسان رابط و کارکنان برای مشارکت در برنامه، استفاده کمتر از راهبردهای تسهیلی در مقایسه با راهبردهای ترویجی، مشارکت داده نشدن سندیکاهای کارفرمایی و خانه کارگر از دیگر موانع و چالش‌های ساختاری و عملیاتی بود. ناآشنایی دست اندرکاران با ماهیت رویکرد اجتماع محور و نگاه به این رویکرد به منزله یک تهدید، توجیه نبودن کارفرمایان در مورد برنامه، در اولویت بودن تولید و نه سلامت در محیط کار، نا آشنایی کارفرمایان با رویکرد سلامت محور، در نظر نگرفتن تسهیلات و تشویقات برای کارکنان در محیط کار، نگاه سنتی در رفع مشکلات و نبود فرهنگ مشارکت در جامعه، بی‌رغبتی و بی‌انگیزگی کارکنان و تسهیل‌گران به کارهای گروهی و نگرش کارفرمایان در تخصیص محدود بودجه برای این موضوع از چالش‌ها و موانع رفتاری فرهنگی توسعه این برنامه بود.

بخش چهارم) راهکارهای پیشنهادی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.2.3.1]

آگاه‌سازی جامعه از طریق رسانه، تغییر نگرش مدیران نسبت به اجرای برنامه، در نظر گرفتن تسهیلات و تشویقات برای مدیران و کارکنان در محیط‌های کاری، ابلاغ به موقع بودجه‌ها، ابلاغ اعتبار در پایان سال، ابلاغ به مدیران استانی و هماهنگی در سطح استان‌ها، تدوین برنامه مالی و اجرایی مدون برای اجرای برنامه در محیط کار، تدوین آئین‌نامه و دستورالعمل طرح‌های اجتماع محور در سطح محیط کار، ایجاد پست سازمانی کارشناسان سلامت در سطح محیط کار، تعیین متولی دائمی طرح در محیط کار، ثبات ساختاری کارشناسان پیشگیری از اعتیاد، گنجاندن شاخص‌های سلامت در برنامه‌های محیط‌های کاری و تخصیص بودجه برای پرداختن به آنها، تشکیل سمن‌های تخصصی سلامت محیط کار از جمله راهکارهای پیشنهادی بود.

استفاده از رسانه‌های جمعی جهت آشنایی افراد با برنامه در سطح وسیع‌تر، ایجاد نظام ارزشیابی برنامه، بازدید کارشناسان مسئول طرح از استان‌ها و بازخورد نتایج آن در سطح همه استان‌ها، برگزاری همایش‌های تخصصی محیط کار در استان‌ها، قرار دادن پژوهش‌های اجتماع محور در اولویت‌های پژوهشی استان، تدوین بانک اطلاعاتی و شبکه آماری جامع از برنامه‌های اجتماع محور، تهیه برنامه آموزشی در سطوح مختلف کاری، توجه به ماهیت چند وجهی در مواجهه با اعتیاد، تلاش برای استقلال برنامه از منابع دولتی، آموزش کارفرما و کارمند و کارگر و نزدیک کردن منافع این گروه‌ها، توجیه و هماهنگ‌سازی سازمان‌ها و نهادهای مرتبط، شناسایی نهادها و مراکز موفق در اجرای این‌گونه برنامه‌ها، بهره‌گیری از تجربیات آنها، فرهنگ‌سازی و آگاه‌سازی خانواده‌ها، ایجاد احساس تعلق در مردم نسبت به CBOها و استقلال از دولت، ارائه پیشنهاد عملیاتی متناسب با فرهنگ و قوانین مملکت از دیگر راهکارهای پیشنهادی توسط پاسخ‌دهندگان بود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.2.3.1]

جدول ۱: وضعیت موجود نظام پیشگیری از اعتیاد در محیطهای کار

قوت ها	ضعف ها
- وجود ساختارهای مشخص مسئول و متصدی سلامت و ایمنی‌کارکنان از جمله خانه بهداشت کار گری، دفتر بهداشت کار، دفتر رفاه و سلامت و ایمنی کارکنان، کمیته حفاظت فنی و بهداشتی، سندیکا، انجمن صنفی و کارگری، انجمن اسلامی و شورای اسلامی کار دربرخی محیط های کار که میتوانند متولی اجرای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در محیط های کار شوند. وجود ساختارهای مشخص مسئول و متصدی سلامت و ایمنی در وزارت خانه‌ها از جمله مرکز تحقی‌قات و تعلی‌مات حفاظت و بهداشت کار و معاونت اجتماعی و فرهنگی در وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی در سطح سیاستگذاری که می توانند متولی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد شوند. - تدوین، تصویب و ابلاغ سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد و اختصاص یک برنامه ملی برای مداخله در محیطهای کار - درک نسبی ضرورت پیشگیری در محیطهای کار در مدیریت اعتیاد کشور و توجه به ضرورت تدوین برنامه ملی پیشگیری در محیطهای کار - امکان تخصیص بودجه و ردیف اعتباری مستقل به برنامه‌های پیشگیری در محیطهای کار - وجود تجاربی از تدوین و اجرای طرحها و برنامه‌های پیشگیرانه در محیطهای کار - وجود کارکنان داوطلب مشارکت در برنامه‌های پیشگیری در برخی محیطهای کار تدوین بسته پیشگیری از مصرف مواد در محیط کار بر اساس بسته‌های مبتنی بر شواهد سازمان بین‌المللی کار توسط دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل - وجود رشته‌های مرتبط در دانشگاه‌ها مانند بهداشت حرفه‌ای، طب صنعتی و طب کار که امکان آموزش پیشگیری از اعتیاد را فراهم می‌کند.	- نبود ساختار مصوب متصدی پیشگیری از اعتیاد در دستگاه‌ها - ضعف نظام رصد(مراقبت) وضعیت مصرف مواد و عوامل آن در محیطهای کار و در دسترس نبودن اطلاعات مورد نیاز و روزآمد - ابهام در مسئولیت دقیق هر سازمان عهده‌دار پیشگیری در محیطهای کار - ضعف و اختلال در تخص‌ی‌ص بودجه و اعتبارات پیشگیری در محیطهای کار - عدم نظارت تخصصی بر نحوه هزینه کرد اعتبارات پیشگیر اختصاص یافته به دستگاههای ستادی و استان‌ها در محیطهای کار - نامشخص بودن کارشناس پ‌ی‌شگ‌ی‌ری محیطهای کار در دستگاه‌های مسئول - ضعف مداخله مراکز علمی و دانشگاه در برنامه‌ریزی برای پیشگیری در محیطهای کار - کمبود نیروی انسان‌ی دارای دانش و تجربه ویژه در زمینه پیشگیری در محیطهای کار - نبود آموزش‌های ویژه پیشگیری در محیطهای کار در رشته‌های مرتبط با اعتیاد در دانشگاه‌ها و مراکز علمی - وجود موانع در برابر تأسیس، فعالیت و مشارکت تشکل‌های کارگری مستقل و سایر سازمان‌های غیردولتی در برنامه‌های پیشگیری در محیطهای کار - بهره‌گیری ناکافی از دانش روز و تجارب بین‌الملل در زمینه پیشگیری در محیطهای کار - ضعف جدی پژوهش در امر پیشگیری از اعتیاد در محیطهای کار از جمله شناسایی عوامل خطر و محافظت‌کننده ویژه محیطهای کار ایران و بررسی اثربخشی مداخلات - انجام نشدن پایش و ارزشیابی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در محیطهای کار - ضعف توجه به روند فزاینده شروع اعتیاد در محیطهای کار - توجه ناکافی به نقش عوامل محیط و شغلی در پیشگیری از اعتیاد در محیطهای کار - دشواری و دیر بازده بودن مداخلات پیشگیرانه در محیطهای کار - عدم تعمیق و تداوم فعالیت‌های پیشگیرانه، در محیطهای کار و در سازمان‌های متولی - بی‌ثباتی مدیریت و سیاستها در برخی از محیطهای کار مقاومت کارفرمایان برای مداخله در زمینه پیشگیری از اعتیاد به دلیل انکار اعتیاد یا نگرانی از مداخلات بعدی در محیطهای کار - وجود محیطهای کار پر خطر از جمله نوبت کاری، کار طولانی، کار اقماری، دو نوبت کار در روز، کار سنگین و شرایط نامناسب کار، نبود محیطهای مفرح، تاخیر در پرداخت حقوق - تقدم داشتن تولید و فعالیت بر اقدامات پیشگیرانه از اعتیاد و سلامت و ایمنی کارکنان برای کارفرمایان دولتی و غیر دولتی و عدم توجه به نقش اعتیاد د در کاهش بهره‌وری و افزایش حوادث در محیطهای کار - رواج راهکارهای سنتی برخورد با اعتیاد در محیطهای کار مانند چشم پوشی یا اخراج سیس نیافتن بودجه وامکانات از طرف کارفرمایان برای پیشگیری از اعتیاد در محیطهای کار به ویژه برای کارکنان پیمانکاری و قراردادی - تعریف‌نشدن وظیفه مشخص پیشگیری از اعتیاد در نهادها و واحدهای بهداشتی محیطهای کار - تمرکزگرایی و ضعف مشارکت کارگران و کارفرمایان در برنامه‌ریزی و سیاستگذاری برنامه‌های پیشگیری در محیطهای کار و نبود ساز و کار مشارکت کارکنان در ارتقا و بهبود سلامت و ایمنی کارکنان در محیطهای کار - دشواری تشکیل تیم‌های اجرایی پیشگیری از اعتیاد در محیطهای کار دارای برنامه نوبت کاری - اولویت برنامه‌های درمانی در مقایسه با پیشگیری برای مدیران محیطهای کار - ضعف قوانین برای شناسایی مصرف کنندگان و مداخلات ضروری در محیطهای کار - ضعف حمایتهای اجتماعی در برخورد با مصرف کنندگان در محیطهای کار - دشواری برگشت به کار معتادان بهبودیافته
فرصت ها	**تهدید ها**
- توجه تدریجی مجریان و قانونگذاران و مسئولان مرتبط به امر پیشگیری، از جمله "وزارت کار،تعاون و رفاه اجتماعی" و "وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی" - تصویب مواد ۳۷ و ۲۰۷ برنامه پنجم توسعه(۱۳۸۹) که بر اساس آن دولت موظف شد تا ضمن تدوین لایحه جامع مبارزه همه جانبه با مواد مخدر و روانگردان‌ها اقداماتی را در زمینه پیشگیری از اعتیاد انجام دهد. - تصویب قانون نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی به دلیل توجه آن به برخی تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد - وجود سرمایه و منابع قابل توجه در برخی محیطهای کار برای فعالیت‌های پیشگیرانه - حساسیت بالای خانواده‌ها و افکار عمومی نسبت به مصرف مواد و اعتیاد - وجود تجارب اجرایی برنامه‌های پیشگیری در سایر محیطها - وجود دانش پیشرفته پیشگیری در محیطهای کار در سطح جهانی و سازمان‌های بین المللی مرتبط با اعتیاد و پیشگیری - امکان بهره‌گیری از تجارب بین‌المللی در زمینه پیشگیری در محیطهای کار از طرق همکاری و مشارکت با دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل، سازمان بین‌المللی کار و سایر سازمان‌های بین‌المللی	- تغییرات سریع الگوی مصرف مواد در کشور (افزایش تنوع مواد و تشدید خطرات) - تشدید فضای بی‌هنجاری (آنومی) در سطح جامعه - وضعیت نامناسب اقتصادی شامل رکود اقتصادی، افزایش شاخصهای فقر و فلاکت (تورم و بیکاری)، کاهش امنیت شغلی و.... - پایین بودن دستمزدها جهت تامین کیفیت زندگی مناسب نیروی کار - بی‌انگیزگی کارکنان برای شرکت در برنامه‌های غیرکاری در محیط کار - ابهام و بی‌ثباتی در سیاست‌های اجتماعی به طور عام و مرتبط با کار به طور خاص - کاهش توجه مسئولان کشور و کارفرماها به مشارکت عمومی و اهمیت نقش سازمان‌های غیردولتی، ضرورت ارتباط و هماهنگی با آنها و افزایش موانع برای فعالیت آنها - سیاسی تلقی‌شدن مسائل کارگری و به رسمیت شناخته‌نشدن تشکل‌های کارگری مستقل و مورد اعتماد کارگران که امکان مداخلات موثر را تسهیل می‌کند - ضعف پیوند در درون و بین برنامه‌های پیشگیری و سایر راهبردهای کاهش تقاضا - حساسیت ناکافی مدیریت کشور نسبت به مصرف مواد و اعتیاد در محیطهای کار - وجود شبکه پیچیده و چند علتی در بروز اعتیاد مانند عوامل روانی، بیولوژیک، ژنتیک، خانوادگی، محیطی و اجتماعی - ضعف هماهنگی سازمان‌های دولتی مرتبط با اعتیاد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.2.3.1]

بحث و نتیجه‌گیری

در مجموع ارزشیابی برنامه پیشگیری از اعتیاد در محیط کار سازمان بهزیستی با روش ارایه‌شده در این گزارش نشان داد که برنامه به‌رغم چالش‌های متعدد اجرایی، دستاوردهایی داشته است که موجبات رضایت کارشناسان رابط در محیط کار، کارشناسان استانی سازمان بهزیستی (به‌عنوان تسهیل‌گران) و صاحب‌نظران را برای تداوم برنامه فراهم آورده است، لذا به‌طور کلی به نظر می‌رسد با بازطراحی و رفع نقایص «بسته خدمتی پیشگیری از اعتیاد در محیط کار» می‌توان در سال‌های آتی جهش‌های مهمی در نشانگرهای بروز و شیوع اعتیاد از طریق محیط‌های کاری اعمال کرد؛ به‌ویژه اینکه حدود ۷۰ درصد از معتادان کشور شاغل بوده، و حدود ۱۰ درصد از آنها مصرف مواد را در محیط‌های کار شروع کرده‌اند[۶] و از سوی دیگرحدود ۸۰ درصد جمعیت جامعه از طریق محیط‌های کاری قابل دسترس هستند[۷]. «آب رفتن برنامه» یکی از دردسرهای برنامه‌ریزی از بالا به پائین است؛ به عبارت دیگر فاصله زیادی بین آنچه تصمیم‌گیرندگان نوشته و تصویب کرده‌اند با آن چیزی که در محیط اجرا می‌شود وجود دارد؛ به‌خصوص زمانی که در نوشتن پروتکل عملیاتی خدمات اجتماع محور از مشارکت کاربران نهایی (در این مورد کارفرمایان و کارگران) استفاده نشود[۸]. در جریان جمع‌آوری داده‌ها برای ارزشیابی برنامه پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های کاری مستند مکتوب و ابلاغ شده‌ای یافت نشد و شفاف نبود که در زمان ابلاغ با چه ابزاری و دستور عملی ضمانت اجرایی برنامه در سطح محیطی فراهم شده است و چه کسی پایش گر بوده است. گزارش‌های سالانه پیشرفت برنامه در سطح استان وجود نداشت تا مبنای تخصیص اعتبارات سال بعد قرار گیرد، این موضوع ضرورت مستندسازی و ایجاد نظام مدیریت اطلاعات در این برنامه را بیش از پیش متذکر می‌شود. از دیگر چالش‌های اساسی برنامه در طول هشت سال گذشته این بوده است که کارشناسان مسئول در سطح اداره کل بهزیستی استان آموزش کافی نداشته اند و در طول برنامه جا به جایی زیادی در کارشناسان ستادی و استانی رخ داده است و در خیلی از موارد این تنها وظیفه کارشناسان مذکور نبوده است . به نظر می رسد هرمی بودن محیط کار و نحوه ورود سازمان بهزیستی به محیط کار موجبات کند بودن مشارکت ها را فراهم کرده و باید به روش های مشارکت مردمی در محیط کار و تکنیک هایی با ساختار مسطح فکر کرد. با اینکه نتایج پایلوت برنامه در ۵ استان قبل از شروع سراسری آن نامشخص بوده و گزارشی از آن در دسترس نیست. برنامه به سطح همه استان ها گسترش داده شده است لذا لزوم منضبط کردن طرح های پایلوت و ارزشیابی آنها قبل از اجرای کشوری مورد تاکید است. بیشتر مداخلات انجام شده در محیط کار آموزشی بوده است که از راهبردهای ترویجی محسوب می‌شود و کمتر از مداخلات تسهیلی و اجباری در محیط کار استفاده شده است که لزوم وارد کردن ترکیبی متنوع از مداخلات را در بسته خدمتی پیشگیری از سوء مصرف مواد در محیط کار یادآوری می‌کند، این مداخلات با مشارکت نمایندگان کارفرمایان و کارگران قابل تشخیص و طراحی است. بازاریابی اجتماعی و سنجش نگرش‌ها و باورهای کارکنان روش مطمئن‌تری برای اجرای مداخلات ترویجی است.

چالش دیگر این برنامه وجود مداخلات همزمان و متفاوت اما دارای اهداف مشترک در محیط کار بود. برنامه‌های مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، برنامه‌های سایر حوزه‌های سازمان بهزیستی، مداخلات مرکز تعلیمات و حفاظت کار وزارت تعاون، کار و رفاه و ... از جمله این موارد بود و ضرورت دارد همه این برنامه‌ها در یک سطح هماهنگ باشند. اساساً امروزه نوع برنامه‌های محیط کار به سمت برنامه‌های تجمیعی ارتقای سلامت در محیط کار شیفت شده است چراکه ویژگی‌های این برنامه‌ها جامعیت آن در سه حوزه مداخله زیر است[۹]:

- مداخله برای کاهش مخاطرات فیزیکی و حوادث شغلی
- مداخلات ارتقای توان مدیریتی و کاهش عوامل خطر ناشی از مدیریت نابخردانه
- مداخلات کاهش عوامل خطر بیماری از جمله سیگار ، کم تحرکی، چاقی، اعتیاد، الکل و..

به دلیل جامعیت، هماهنگی و یکپارچگی برنامه‌های تجمیعی حمایت کارفرمایان روز به روز افزایش می‌یابد و کارفرما نیز به ازای هر واحد پولی که در آن سرمایه‌گذاری کند می‌تواند کاهش هزینه ها و سود خود را محاسبه نماید، این برنامه مشکل تأمین مالی برنامه‌های پیشگیری را نیز رفع می‌کند همچنان که در تجربیات جهانی نیز این امر نشان داده شده است[۷]. راهکار درازمدت و قابل پیگیری برای بهبود برنامه مورد ارزشیابی عبارت است تلفیق برنامه پیشگیری از اعتیاد در برنامه ارتقای سلامت در محیط کار و تلاش برای تبدیل این برنامه به قانون مصوب کشور از طریق مجلس شورای اسلامی و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور. اما در کوتاه مدت لازم است مراحل زیر برای کاربست نتایج این مطالعه طی شود:

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.2.3.1]

گام اول) برنامه پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های کاری بازنویسی شده و استانداردهای یک برنامه در آن لحاظ گردد در این بازنویسی از مشارکت نمایندگان کارفرمایان، کارگران، داوطلبان درمان اعتیاد و کارشناسان استانی و رابطان محیط کار استفاده شده و جزئیات عملیات در محیط کار به مانند یک کتاب آشپزی ساده و مختصر تهیه شود به عبارت دیگر فرایند، روال و استانداردهای برنامه در سطح محیط کار به صورت راهنمای ویژه کارشناس بهزیستی، رابطان محیط کار،کارفرمایان و مخاطبان (افراد دارای عوامل خطر اعتیاد) تهیه شود. طراحی نظام هماهنگ جمع‌آوری اطلاعات برنامه در سطح اثر، پیامد، برون‌ده، فرایند و درون‌داد انجام شود و این اقدام در قالب نرم‌افزاری ملی انجام شود، این کار خود به تأیید نظرات مشارکت‌کنندگان در این طرح هم کمک می‌کند به عنوان مثال کاهش غیبت محل کار یا افزایش بهره‌وری و ... قبل و بعد از مداخله به صورت ثبت داده‌ها یا انجام پیمایش‌های دوره‌ای بررسی و مقایسه شود. بسته آموزشی توانمندسازی کارشناسان ستادی و استانی پیشگیری از اعتیاد در محیط کار، تیم محیط کار، قانع سازی کارفرمایان، ابزار سنجش وضعیت اولیه در محیط کار و بسته آموزش و توانمندسازی کارکنان و خانواده‌ها در دو سطح «پیشگیری از ابتلا» و «درمان تا بازتوانی» در بازبینی لحاظ شود.

گام دوم) برگزاری جلسه کشوری با سندیکاهای کارفرمایی و کارگری، انعقاد تفاهم‌نامه ملی و ابلاغ دستورالعمل جلب حمایت و عمل استانی به مجریان استانی

گام سوم) توجیه و آموزش کارفرمایان و نهادهای کارگری وسایر ذی‌نفعان در سطح هر استان. برای افزایش پوشش و داوطلب‌شدن صنایع و محیط‌های کاری لازم است از طریق سندیکا کارفرمایان همایش توجیهی و تشویقی سالانه کارفرمایان برگزار شده و با انجام کار رسانه‌ای آنها را تشویق به ورود به این برنامه کرد.

گام چهارم) امضای تفاهم‌نامه همکاری سازمان بهزیستی با محیط های کاری داوطلب و سمن های علاقمند به عنوان مشاور یا ناظر

گام پنجم) آموزش کارشناسان رابط محیط کار در یک برنامه هماهنگ استانی به طور سالانه و ارایه بسته محیط کار

گام ششم) استقرار بسته در محیط کار و پایش پیشرفت از طریق نرم افزار یکپارچه

گام هفتم) قدردانی و تشویق محیط‌های کاری به طور سالانه؛ در طول زمان رتبه‌بندی و معرفی کارفرمایان موفق و همکار از طریق سازمان بهزیستی و رسانه‌های استانی به‌عنوان یک واقعیت باید در نظر داشت که کاهش و یا افزایش شیوع و بروز اعتیاد در محیط کار به دو دسته عامل مهم هم بستگی دارد که در موفقیت یا عدم موفقیت برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در محیط کار مؤثرند و باید در قضاوت نهایی آنها را در نظر داشت که دسته اول عبارت است از مداخلات محیط کار ناشی از سلایق مدیریتی کارفرمایان، قوانین اجباری و ابلاغی و مداخلات ارتقای سایر دستگاه‌های مسئول در محیط کار و دسته دیگر تأثیر عوامل کلان سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فن آوری، بین المللی و زیست محیطی است؛ و کسی نمی تواند منکر تأثیرات این عوامل بر زندگی روزمره افراد باشد.

سهم نویسندگان

بهزاد دماری: تهیه مقاله

فرید براتی: طراحی، جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات

فاطمه حاج نقی‌زاده: طراحی، جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات

ماریت قازاریان: طراحی، جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات

آزاده اولیایی: طراحی، جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات

تشکر و قدردانی

این طرح با حمایت مالی و به سفارش معاونت پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد مخدر سازمان بهزیستی کشور و با همکاری انجمن علمی پزشکی اجتماعی ایران در دپارتمان مؤلفه‌های اجتماعی سلامت موسسه ملی تحقیقات سلامت انجام شده است و نتایج آن در بازنگری برنامه مورد مطالعه به کارگرفته شده است. لازم است از دکتر فرید براتی (معاون پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی)، دکتر حسن رفیعی (عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی) و دکتر محسن روشن‌پژوه (مسئول گروه درمان اعتیاد)، آقای دکتر فرهاد اقطار (مدیرکل سابق دفتر پیشگیری و امور اعتیاد سازمان بهزیستی کشور)، خانم دکتر شبنم میر بیگی (کارشناس سابق دفتر پیشگیری و امور اعتیاد سازمان بهزیستی کشور)، آقای دکتر هومن نارنجی‌ها (مدیرکل سابق دفتر پیشگیری و فرهنگی ستاد مبارزه با موادمخدر)، آقای دکترمحمدعلی‌ادیب‌فر (کارشناس اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، آقای حمیدرضا طاهری نخست (کارشناس ارشد دفتر مقابله با موادمخدر و جرم سازمان ملل متحد) و کارشناسان استانی مشارکت‌کننده تشکر و قدردانی شود .

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.2.3.1]

منابع

1. Karimi I.Health Economy: Planning, Resource Allocation and Productivity.1th Edition, GAP publication 2006 Available *at* en.wikipedia.org/wiki/Certification_and_Accreditation[Persian]

2. Rooney AL, Qstenberg PR. Licensure, accreditation and Certification: approaches to health services quality. Quality assurance methodology refinement series. Quality Assurance Project: Bethesda, MD, 1999. Available at www.qaproject.org/products.html(visited 2013 07 April)

3. Developing an Effective Evaluation Plan. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity, 2011. Available at http://www.cdc.gov/eval/framework/index.htm (visited 2013 07 April)

4. Humphreys, K. and A. T. McLellan (2011). A policy-oriented review of strategies for improving the outcomes of services for substance use disorder patients. Addiction 106; 12:2058-66

5. Cacciola, JS, A I. Alterman, et al (2012). Development and initial evaluation of the Brief Addiction Monitor (BAM). Journal of Substance Abuse Treatment. Available *at* www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22898042(visited 2013 07 April)

6. Narejiha H. et al. Drug abuse rapid assessment in Iran. Available at www.ravanyar.blogfa.com (visited 2013 07 April)[Persian]

7. Rafifar Sh, Damari B. Health promotion in system in worksite. Ministry of Health and Medical Education 2006[Persian]

8. Damari B. Principles and techniques of Chang in Health System. 1th Edition, Publish by Teb o Jame: Iran, 2012 [Persian]

9. Monitoring and Evaluation of Worksite Health Promotion Programs - Current state of knowledge and implications for practice.2007. Available at www.who.int/dietphysicalactivity/Engbers-monitoringevaluation.pdf *(*visited 2013 07 April*)*

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.2.3.1]

ABSTRACT

Evaluation of the 'substance abuse prevention program' in workplaces

Behzad Damari[*1], Farid Barati [2], Fatemeh HajNagizade [1], Mariet Gazarian [2], Azadeh Oliaei[2]

1. Department for Social Determinants of Health, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. State welfare organization of Iran, Tehran, Iran

Payesh 2014; 13: 165-175
Accepted for publication: 30 April 2013
[EPub a head of print-27 Janvier 2014]

Objective (s): The last evaluation of addiction conditions in Iran in 2008 showed that 70% of the addicts in Iran are employed and about 10% of them have started drug taking in their workplaces. The addiction prevention program in workplaces were practically piloted in 5 provinces in 2003 and generalized to the whole country from 2004. This study was carried out to evaluate the program in order to improve its implementation.

Methods: This analytical descriptive research has been implemented according to health program evaluation method. Data has been collected through reviewing documents of the program history and monitoring since it was established, intensive group discussion sessions with Welfare Organization local authorities, interviewing 10 well-informed individuals, and interviewing program intermediary experts in 58 workplaces. All data were classified in three general categories as achievements, challenges, and techniques to promote the program; and it was finalized in the project steering committeel, and future trends were proposed to develop and promote the program.

Results: The most important achievement of the program from the viewpoint of individuals studied has been awareness and sensitivity increase in employers and employees on addiction. The secondary effect was decline in addiction in workplaces and increase in productivity, absenteeism and leave reduction. The most important challenges of the program have a nearly equal contribution in all three legal-political (macro), operational- structural (middle), and cultural- behavioral (micro) domains. The most important proposed techniques to promote the program were service pack revision, preparing simple and comprehensive style sheet with all stakeholders' incorporation, signing an agreement with employers and employees representatives, and applying encouraging methods for employers at local levels.

Conclusion: Although there was inadequate periodic data to compare indicators of addiction incidence and prevalence in workplaces, evaluation relied upon ideas of three stakeholders (authorities, intermediary experts, and local facilitators) who were satisfied with the program implementation and required it to be continued and amended. Long-term intervention are needed to include addiction prevention program into health promotion programs in work places and attempt to legalize them. However, in short term service pack revision of addiction prevention in workplaces with incorporation of employers' representatives, employees, workplace intermediary experts, provincial authorities; environmental rehabilitation and justification at local level and workplaces, are recommended.

Key Words: Addiction prevention in workplace, health promotion program, evaluation

[*] Corresponding author: National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences
Tel: 88991107
E-mail: bdamari@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.2.3.1]