

# خلاصه دیده بانی سلامت ایرانیان

## موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دبیرخانه دیده بانی سلامت

### شماره ۲: پیمایش شیوع مصرف مواد مخدر، محرک و داروهای روان گردان در بین کارکنان مراکز صنعتی کشور



#### مقدمه

اعتیاد و مصرف مواد پدیده ای فراگیر، همگانی، جهانی و پیچیده است که می تواند سلامتی را مختل کند و باعث از دست دادن شغل، مشکلات خانوادگی و مالی شود؛ در محیطهای کاری به بروز حوادث، غیبت از کار، از دست دادن بهره وری، کم توجهی، تأخیر، جر و بحث، ناخشنودی، کاهش تولید و الگوی کاری نامنظم منجر شود.

#### روش

مطالعه حاضر پژوهشی توصیفی مقطعی برای سنجش شیوع مصرف مواد در بین کارکنان مراکز دولتی و خصوصی صنعتی کشور است که به سفارش معاونت اجتماعی فرهنگی وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی و دفتر تحقیقات ستاد مبارزه با مواد مخدر در گروه مولفه

های اجتماعی سلامت موسسه ملی تحقیقات سلامت (سال ۱۳۹۳) انجام شده است. داده ها از طریق مصاحبه پرسشگر آموزش دیده بر مبنای پرسشنامه ساختارمند و انجام تست ادراری گردآوری شدند. جامعه آماری پژوهش حاضر مشتمل بر کلیه کارکنان مراکز صنعتی کشور بود که با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای و براساس جمعیت شاغلین کارگری و مراکز صنعتی هر استان انتخاب شدند. تعداد پرسشنامه های تکمیل شده ۱۳۱۲۸ از ۶۰۹ کارگاه از کل کشور بود.

#### یافته ها

شرکت کنندگان از نظر جنسیت ۱۲۰۷۷ نفر (۹۲٪) مرد و ۱۰۵۱ نفر (۸٪) زن بودند. کمترین سن ۱۴ و بیشترین ۸۲ سال با میانگین  $36 \pm 8$  سال بود. قریب ۱۸٪ در حال حاضر سیگار مصرف می کردند. اگر بر اساس سه وضعیت زیر نتایج مصرف مواد و الکل را در این مطالعه دسته بندی کنیم:

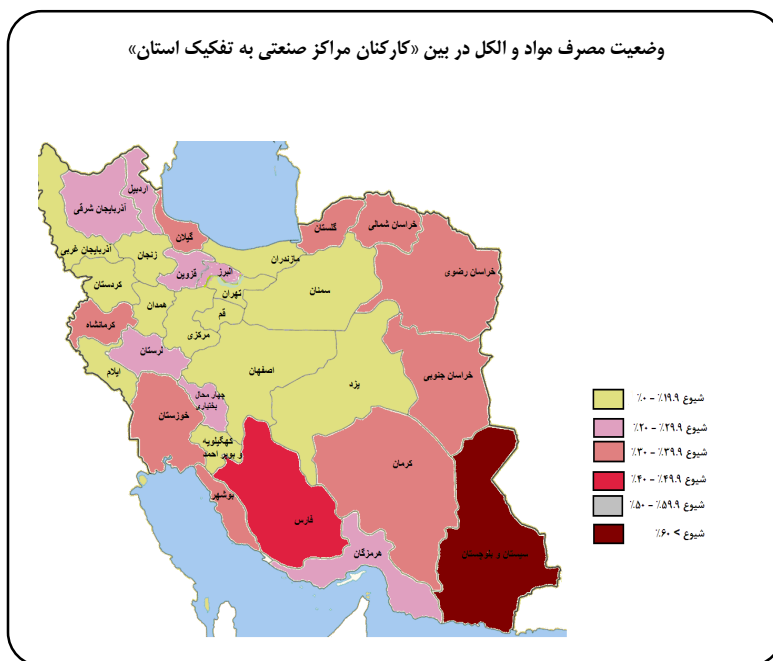
■ در وضعیت واقع بینانه شیوع مصرف گروه های حشیش، اپیوئیدها، شیشه و الکل در بین کارکنان مراکز صنعتی کشور ۲۳،۸٪ می باشد.

■ در وضعیت خوشبینانه شیوع مصرف گروه های حشیش، اپیوئیدها، شیشه و الکل در بین کارکنان مراکز صنعتی کشور ۱۸،۶٪ می باشد.

■ در وضعیت بدبینانه شیوع مصرف گروه های حشیش، اپیوئیدها، شیشه و الکل در بین کارکنان مراکز صنعتی کشور ۳۲،۳٪ می باشد.<sup>۱</sup>

وضعیت مصرف فعلی مواد و الکل در زنان به طور واقع بینانه ۱۱،۴٪ و مردان ۲۴،۹٪ است. در حالت خوشبینانه، بیشترین شیوع در استان سیستان و بلوچستان (۴۶،۵٪) و کمترین آن در استان زنجان (۵،۹٪) می باشد. در حالت واقع بینانه، بیشترین شیوع در استان سیستان و بلوچستان (۶۰،۵٪) و کمترین آن در استان آذربایجان غربی (۱۰،۶٪) می باشد و در حالت بدبینانه بیشترین شیوع در استان سیستان و بلوچستان

وضعیت مصرف مواد و الکل در بین «کارکنان مراکز صنعتی به تفکیک استان»



(۶۹٪) و کمترین آن در استان آذربایجان غربی (۱۵،۱٪) می باشد. در تمام حالات خوشبینانه واقع بینانه و بدبینانه، بیشترین شیوع در نوع کار نقلیه (به ترتیب ۲۶،۸٪، ۳۴٪ و ۴۰٪) و کمترین شیوع در نوع کار اداری (به ترتیب ۱۲،۵٪، ۱۶٪ و ۲۴،۴٪) می باشد. نتایج تست ادراری اعتیاد نشان داد در ۷۸٪ موارد هر سه تست ادراری مربوط به مرفین، حشیش و شیشه منفی بود، اگرچه ۲۲۳ نفر (۱،۷٪) تست ادراری ندادند. در حدود ۱٪ هر سه تست مثبت گزارش شد و در ۲۱٪ موارد یک یا دو نمونه از تست ها مثبت گزارش شد. مقایسه نتایج خوداظهاری مصرف و نتایج آزمایش ادرار نشان می دهد این دو با هم همخوانی ندارند و موارد تست مثبت بیش از موارد خوداظهاری شده است.

#### تعاریف<sup>۱</sup>

در حالت واقع بینانه، وجود هر یک از موارد خود اظهاری، تست مثبت یا بدون مصرف دارو یا مردان امتناع کننده از انجام تست بعنوان مصرف کننده فعلی در نظر گرفته شدند. در حالت خوشبینانه موارد منفی، مشکوک و فاقد ارزش بعنوان نتیجه منفی و موارد مثبت بعنوان نتیجه مثبت در نظر گرفته شده است. در حالت بدبینانه موارد منفی و فاقد ارزش بعنوان نتیجه منفی و موارد مثبت و مشکوک بعنوان نتیجه مثبت در نظر گرفته شده است.

بدبینانه	واقع بینانه		خوش بینانه		تعداد
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۹.۵	۲۰.۶	۳۵.۱	۱۸۳	۳۱.۸	۱۶۶
۴۳.۹	۸۷	۳۳.۳	۶۶	۲۰.۷	۴۱
۴۰.۵	۸۱	۳۲.۰	۶۴	۲۴.۰	۴۸
۴۳.۵	۸۷	۱۸.۵	۳۷	۱۵.۵	۳۱
۲۴.۶	۹۷	۱۲.۹	۵۱	۹.۹	۳۹
۶۹.۰	۱۳۸	۶۰.۵	۱۲۱	۴۶.۵	۹۳
۱۹.۷	۵۰	۱۱.۴	۲۹	۵.۹	۱۵
۳۰.۸	۹۳	۱۸.۲	۵۵	۱۴.۲	۴۳
۳۲.۷	۱۲۴	۳۰.۳	۱۱۵	۲۴.۸	۹۴
۳۹.۰	۳۳۶	۳۱.۷	۲۷۳	۲۶.۱	۲۲۵
۳۷.۹	۷۷	۳۴.۵	۷۰	۲۶.۶	۵۴
۳۵.۹	۵۶	۳۰.۱	۴۷	۲۴.۴	۳۸
۲۱.۶	۴۲	۱۶.۰	۳۱	۱۳.۹	۲۷
۵۰.۰	۹۱	۳۵.۲	۶۴	۲۰.۳	۳۷
۳۸.۲	۶۵	۳۵.۹	۶۱	۳۵.۹	۶۱
۱۹.۱	۴۴	۱۴.۳	۳۳	۱۱.۳	۲۶
۲۶.۰	۵۲	۱۸.۰	۳۶	۷.۰	۱۴
۳۰.۳	۵۹	۲۹.۷	۵۸	۲۴.۶	۴۸
۲۲.۲	۱۴۴	۱۹.۱	۱۲۴	۱۲.۳	۸۰
۲۳.۵	۴۷	۲۱.۵	۴۳	۱۴.۵	۲۹
۳۳.۰	۷۴	۲۹.۰	۶۵	۲۴.۶	۵۵
۱۷.۰	۲۸	۱۲.۷	۲۱	۶.۱	۱۰
۴۱.۶	۲۹۹	۲۸.۱	۲۰۲	۲۱.۸	۱۵۷
۳۰.۳	۷۱۲	۱۷.۴	۴۰۹	۱۳.۶	۳۲۰
۱۵.۱	۳۰	۱۰.۶	۲۱	۷.۵	۱۵
۲۸.۳	۱۷۷	۲۶.۸	۱۶۸	۲۲.۴	۱۴۰
۲۴.۹	۴۴	۲۲.۶	۴۰	۲۰.۹	۳۷
۲۶.۷	۳۳۲	۱۷.۳	۲۱۵	۱۲.۸	۱۵۹
۳۰.۰	۲۰۴	۲۴.۹	۱۶۹	۲۰.۰	۱۳۶
۵۰.۵	۲۱۴	۴۳.۶	۱۸۵	۳۸.۰	۱۶۱
۳۳.۷	۱۴۵	۱۷.۰	۷۳	۱۱.۴	۴۹
۳۲.۳	۴۲۳	۲۳.۸	۳۱۲۹	۱۸.۶	۲۴۴۸
	۵				

به نظر نمی رسد که روند مصرف در محیط های صنعتی چیزی جدای از روند مصرف در جامعه باشد. علل گرایش به مصرف مواد مخدر علاوه بر علل روان شناختی و رفتاری ریشه در عوامل اجتماعی دارد. مشاهده شده است که کشورهای دارای توزیع عادلانه درآمد وضعیت بهتری در زمینه شاخص های سلامت اجتماعی دارند و به همین دلیل امروزه معتبرترین رویکرد سلامت همگانی برای کشورهای در حال توسعه رشد اقتصادی به همراه توزیع عادلانه درآمد پیشنهاد شده است، با این نگاه اگر بدانیم که بیش از سه میلیون نیروی کاری مولد جامعه گرفتار این مسئله هستند آن موقع می توانیم عمق مشکل را درک کنیم به عبارت دیگر رشد اقتصادی توأم با توزیع عادلانه درآمد بر کاهش اعتیاد اثر دارد و افراد معتاد نیز نمی توانند در رشد اقتصادی جامعه سهیم باشند، البته این به معنای آن نیست که پیامدهای اعتیاد فقط کاهش رشد اقتصادی است و می دانیم که بیش از این عوارض اجتماعی، معنوی و روانی را در پی دارد؛ بلکه به این معنا است که وقتی هدف رشد اقتصادی توأم با توزیع عادلانه باشد برای دستیابی به این هدف سیاست های بزرگی باید در کشور استقرار یابد از تضمین حقوق شهروندی، جمع آوری و بازتوزیع عادلانه مالیات، فراهم آوردن بستر برای سرمایه گذاری و ایجاد اشتغال تا افزایش بودجه بخش آموزش عمومی و عالی کشور و سیاست ملی تفریحات در جامعه فقط بخشی از این موارد است.

با توجه به تئوری سیندیک (هم افزایی) نمی توان با سرمایه گذاری بر رفع یک علت، بر مشکل پیچیده اعتیاد غلبه کرد لذا تجمیع سیاست های پیشگیرانه مصرف مواد در دو بخش علل نزدیک و علل دور اثربخشی بیشتر خواهد داشت:

- پیشگیری نزدیک: سرمایه گذاری در کاهش عرضه، آموزش و توانمندسازی جوامع و مردم و برنامه های ارتقای سلامت
- پیشگیری دور: بهبود شرایط کلان کشور در حیطه های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و بین المللی

مطالعات نشان داده است که برنامه های پیشگیری از اعتیاد در محیط های صنعتی و ایجاد واحدهای همیار کارکنان می تواند بروز اعتیاد را کم کند به همین دلیل تخصیص منابع بیشتر توسط دستگاه های متولی و تعهد سندیکاهای کارفرمایی برای سرمایه گذاری روی این موضوع ضروری است. مانند بسیاری از مطالعات، خوداظهاری به تنهایی کارگشا نیست و باید از انجام تست های اداری دوره ای استفاده کرد. فراهم آوری امکانات درمان از موارد مهمی است که در مراکز صنعتی باید ایجاد شود.

در تحلیل بروز و شیوع مصرف مواد مخدر تاثیر فزاینده یا کاهنده عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فن آوری، زیستی محیطی و بین المللی را نباید فراموش کرد.

با این مقدمه پیشنهاداتی برای کاهش مصرف مواد در محیط های صنعتی وجود دارد:

- حمایت طلبی نتایج این مطالعه برای کلیه ذینفعان وزارت خانه های مرتبط، کمیسیون های مجلس شورای اسلامی، سندیکاهای کارفرمایی و ...
- هدف گذاری و برنامه ریزی بر اساس نتایج این مطالعه با مشارکت کلیه ذینفعان
- توسعه و فعال سازی مراکز سلامت درون محیط های صنعتی [ آن گونه که در قانون مربوطه آمده است] برای ارائه خدمات پیشگیرانه .
- رتبه بندی و تشویق سندیکاهای کارفرمایی که به همه ابعاد سلامت کارکنان اهمیت می دهند
- رایزنی و حمایت طلبی در سطوح تصمیم گیرندگان ارشد برای بهبود و ارتقای سیاست های کلان کشور

**شناسنامه**

این طرح به سفارش و تصویب شورای پژوهشی ستاد مبارزه با مواد مخدر و معاونت اجتماعی فرهنگی وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی با مشاوره متدولوژی موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی به انجام رسیده است . در صورت استفاده از اطلاعات این گزاره برگ به کتاب منتشر شده از این پژوهش به شرح زیر ارجاع دهید:

دماری بهزاد ، سیدحسین الممدنی ، علاء الدینی فرشید ، نارنجی ها هومن ، اسمعیلی ایرج . **برآورد شیوع مصرف مواد مخدر و محرک و**