

# گزارش برنامه محیط کار عاری از مواد مخدر در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

هومن شریفی<sup>۱</sup>، محمد ورهرام<sup>۲</sup>، شبنم اسلام‌پناه نوبری<sup>۱\*</sup>

- (۱) مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
- (۲) مرکز تحقیقات مایکوباکتریولوژی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

## چکیده:

امروزه مصرف مواد مخدر و محرک یک معضل بزرگ در ایران است. بطور معمول معتادین ایرانی مرد، متاهل و شاغل می‌باشند. کارایی کارمندان معتاد شاغل در حدود دو سوم ظرفیت‌شان است. این افراد در رسیدن به محل کار ۳ برابر تاخیر بیشتر دارند. همچنین غیبت از کار نیز در این اشخاص بیشتر مشاهده می‌گردد. از این رو بهره‌وری شغلی و عملکرد پایین‌تری دارند. لذا ضروری است تا برای ایجاد محیط‌های کاری عاری از مواد مخدر و داشتن کارمندانی با بیشترین کارایی و اثربخشی، برنامه‌ریزی‌هایی صورت پذیرد. این مطالعه به منظور ارزیابی اثربخشی برنامه کمک به کارمندان بیمارستان دکتر مسیح دانشوری انجام گرفته است.

طی سال‌های ۸۹ تا ۹۳، از ۱۰۰۰ کارمند تمام وقت یا پاره‌وقت شاغل در بیمارستان مسیح دانشوری بطور تصادفی نمونه آزمایش ادرار برای تشخیص مصرف مواد مخدر و محرک گرفته شد. افرادی که در مرحله دوم وارد مطالعه شدند (۱۴ نفر) حداقل دارای دو نتیجه مثبت آزمایش ادراری برای تشخیص مصرف مواد بودند و برای مدت ۴ سال پیگیری شدند. یک پزشک برای مشاوره در طول برنامه ترک مواد حاضر بود. در ابتدای مطالعه و نیز در زمان پیگیری، از بیماران در مورد استفاده از مواد طی ۳۰ روز گذشته و همچنین در سال گذشته سوال گردید. پاسخ منفی برای مصرف مواد بعنوان ترک در نظر گرفته شد.

تمام بیماران مورد مطالعه مرد (۱۰۰٪) بودند که متوسط سنی  $37/23 \pm 6/90$  سال داشتند. ۹۲/۹٪ ایشان تجربه مصرف سیگار داشتند. متوسط سن شروع مصرف مواد در آنها  $26/25 \pm 5/79$  سال محاسبه شد. کمترین تمایل برای ترک سیگار در درجه اول بین افرادی بود که مصرف شیره داشتند (۲ نفر). در این مطالعه متوسط دوره ترک در بیماران  $160/75 \pm 85/28$  روز بود.

بر اساس نتایج بدست آمده به نظر می‌رسد که وجود یک پزشک یا تیم پزشکی مقیم برای ترک مصرف مواد موثرتر بوده و با درصد پایین‌تر عود مصرف همراه است.

**واژگان کلیدی:** محیط کار، عاری از مواد مخدر، تهران

## \* نویسنده مسئول:

دکتر شبنم اسلام‌پناه نوبری، مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دارآباد، نیاوران، تهران، ایران، کد پستی: ۱۹۵۶۹-۴۴۴۱۳، پست الکترونیک: [eslampanahshabnam@gmail.com](mailto:eslampanahshabnam@gmail.com)

**مقدمه:**

مصرف مواد مخدر در سراسر جهان یکی از مهمترین معضلات بهداشتی است [۱]. بنابر آمار United Nations Office on Drug and Crime در سال ۲۰۰۶، تقریباً ۵ درصد از افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله در سراسر جهان، معتاد به مصرف مواد مخدر می‌باشند [۲] در ایران نیز در حدود ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر مصرف کننده مواد مخدر می‌باشند. از این رو، به مانند سایر کشورهای جهان مصرف مواد مخدر در ایران نیز یک معضل بهداشتی بزرگ است [۳].

گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵ نشان داد که بیشترین شیوع سو مصرف مواد در ایران بین گروه‌های سنی ۲۰ تا ۳۵ سال است [۴]. طی دهه‌های گذشته، سو مصرف مواد و مشکلات مربوطه در ایران رو به رشد بوده است [۳] و آمار مصرف غیرقانونی مواد مخدر، به صورت هشدار دهنده‌ای افزایش یافته است [۵]. در ایران بطور معمول افراد معتاد، مرد، متاهل و شاغل هستند. در واقع مطالعه انجام شده توسط رزاقی و همکاران نشان می‌دهد که بطور میانگین ۹۳٪ مصرف کنندگان مواد مخدر ایران مرد می‌باشند، از این تعداد عده‌ای در زندان و عده‌ای در جامعه بوده و عده‌ای در حال درمان هستند. همچنین گزارش شده است که ۹۸٪ از افرادی که به دنبال درمان در مراکز دولتی می‌باشند مردان می‌باشند [۶-۸].

براساس گزارش US. Department of Health and Human Services، هزینه‌های سو مصرف مواد برای کارمندان سنگین است. طبق این گزارش از ۲۰ میلیون بزرگسالی که در سال ۲۰۰۷ مشکلات سو مصرف مواد مخدر داشتند در حدود ۱۲ میلیون نفر (۶۰٪) به صورت تمام وقت شاغل بودند [۵]. سو مصرف مواد در کارمندان مشاغل مختلف، هزینه‌های بهداشتی سنگینی از نظر آسیب‌ها و بیماری‌ها به بار می‌آورد [۹]. مطالعات نشان داده است که عملکرد کارمندان معتاد به مواد مخدر در حدود دو سوم توانایی آنها برای انجام کار بوده و تاخیر این کارمندان در رفتن به محل کار سه برابر سایر کارمندان است [۱۰]. این افراد در محل کار علاوه بر غیبت‌های فراوان و بازدهی کاری اندک، در طی انجام کار نیز ایمن نمی‌باشند و خطرات چندی متوجه آنها خواهد

شد که در نهایت اتلاف کاری افزایش می‌یابد [۱۱]. این کارمندان اغلب بعلت کم‌کاری ناشی از سو مصرف مواد توسط مسئولان خود مواخذه می‌شوند [۹].

امروزه جهت مقابله با این معضل، "برنامه کمک به کارمندان" <sup>۱</sup> به بیشتر کارفرمایان پیشنهاد می‌شود. این برنامه شامل اطلاعات لازم، منابع و مشاوره‌های لازم در زمینه سو مصرف مواد می‌باشد که در خلال آن، گروه‌های حرفه‌ای خدمات کوتاه مدتی جهت حل مشکلات کارمندان ارائه می‌دهند. برنامه کمک به کارمندان شامل غربالگری محرمانه سو مصرف مواد می‌باشد. همچنین آموزش، درمان و حمایت‌های لازم در دوره ترک را فراهم می‌آورد. علاوه بر مزایای بهداشتی، این برنامه نقش حیاتی در تشویق کارمندان برای کسب و حفظ سلامتی دارد. از سویی سبب کاهش سو مصرف مواد شده و کاهش سایر خطرات بهداشتی دیگر را نیز به بار می‌آورد [۱۰].

کارمندان مصرف کننده مواد مخدر اغلب نمی‌توانند کارهای سنگین را در محیط‌های کاری بطور کامل انجام دهند و ممکن است مواد را در موقعیت‌هایی مصرف کنند که خطرات جسمانی به بار می‌آورد (مثلاً به هنگام کار با دستگاه‌ها). بعلاوه ایشان مشکلات مالی یا قانونی ناشی از مصرف مواد نیز دارند. با این حال علیرغم معضلات مداوم اجتماعی یا شخصی به مصرف مواد خود ادامه می‌دهند [۱۲]. همچنین سو مصرف مواد جابجایی کارمندان را افزایش می‌دهد. برآورد شده است که افراد مصرف کننده مواد مخدر بیشتر از افراد غیر مصرف کننده در طول یک سال برای سه کارفرما یا بیشتر کار کرده‌اند. این جابجایی شغلی برای کارفرمایان هزینه سنگینی دارد. طبق یک مطالعه انجام شده، جایگزینی یک کارمند هزینه‌ای بین ۲۵ تا ۲۰۰ درصد هزینه‌های سالانه کارمندی دارد [۹]. از سویی دیگر ثابت شده است که برنامه‌های بهداشتی باید غربالگری سو مصرف مواد، مشاوره، درمان و پیگیری را پوشش دهند [۱۲].

کشور ما هم نیازمند برنامه‌هایی است که محیط‌های کاری عاری از مواد مخدر ایجاد کند. چرا که ضروری است کارمندانی با حداکثر کارایی ممکن داشته باشیم. در

<sup>1</sup> Employee Assistance Program

دست دادن شغلستان یا از دست دادن مزایای رفاهی شما باشد".

"مراجعه مجدد به درمانگاه کاهش آسیب" بیمارستان مسیح دانشوری از پایگاه اطلاعات اداری گرفته شد. مراجعه مجدد به درمانگاه کاهش آسیب، وقتی تعریف می‌شود که فرد بعد از یک دوره فاصله زمانی ۳۰ روزه یا بیشتر مراجعه کرده باشد. این تعریف بوسیله درمانگاه کاهش آسیب بیمارستان مسیح دانشوری انجام شد.

پایبندی به درمان با دیگر نتایج ارزیابی گردید. شرکت‌کنندگان به یک چک لیست از سوالات مصاحبه وابستگی به مواد مخدر DSM-IV<sup>۱</sup> پاسخ دادند. از بیماران حضور یا عدم حضور هر علامت طی ۳۰ روز گذشته پرسیده شد و افراد با ۳ یا ۴ علامت از ۷ علامت به عنوان وابسته در نظر گرفته شدند.

هم در مصاحبه پایه و هم در مصاحبه پیگیری از بیماران، درباره مصرف موادی مانند الکل، ماری‌جوانا<sup>۲</sup>، باربیتورات‌ها<sup>۳</sup>، سداتیوها<sup>۴</sup>، کوکائین<sup>۵</sup>، کراک<sup>۶</sup>، محرک‌ها<sup>۷</sup>، اپیوئیدها<sup>۸</sup>، مواد توهم‌زا<sup>۹</sup> و مواد استنشاقی<sup>۱۰</sup> طی ۳۰ روز گذشته و در سال گذشته (که توسط پزشک تجویز نشده بودند) سوال گردید و در آنالیز وارد شد. پاسخ منفی درباره تمامی مواد به عنوان ترک تلقی و بوسیله آزمایش ادرار تایید گردید. آنالیز داده‌های بیماران تمام وقت و نیمه وقت با کمک آزمون‌های chi-square و T test برای بررسی میانگین‌ها انجام گرفت.

### نتایج:

همگی بیماران مورد مطالعه مرد و متوسط سنی آنها ۳۷/۲۳±۶/۹۰ سال بود. وضعیت تحصیلی آنها شامل تحصیلات ابتدایی ۱۴/۳٪، تحصیلات دبستان و راهنمایی ۳۵/۷٪، دبیرستان و دیپلم ۴۲/۹٪ و فوق دیپلم ۷/۱٪ بود.

حال حاضر اجرای این برنامه در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری در جریان است.

از این رو این مطالعه به منظور ارزیابی کارایی "برنامه کمک به کارمندان" در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری انجام گرفت.

### مواد و روش‌ها:

این مطالعه بر روی ۱۰۰۰ کارمند، که طی سال‌های ۸۹ تا ۹۳ در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری مشغول به کار بودند، انجام شد. در ابتدا یک آزمون غربالگری سو مصرف مواد برای افرادی که به طور دایم غیبت از کار داشتند و یا بازدهی کاری و هماهنگی با سایر کارکنان نداشتند و مظنون به مصرف مواد مخدر بودند انجام گرفت. از این افراد بطور تصادفی نمونه ادرار برای تشخیص مصرف مواد مخدر و محرک اخذ شد.

اجازه انجام مطالعه از دانشگاه شهید بهشتی گرفته شد. داده‌های آنالیز شده در این گزارش صرفاً مربوط به ۱۴ کارمند تمام‌وقت یا پاره‌وقتی بود که نتیجه حداقل ۲ بار تست ادرار در آنها مثبت گزارش گردید. مطالعه مداخله‌ای نبود، بلکه از نوع مشاهده‌ای بود و طی آن نتایج درمانی که این افراد، جدا از این طرح در محل کار بصورت سرپایی و گروه درمانی دریافت کردند، ارزیابی شد. تمامی شرکت‌کنندگان این مطالعه از کارمندان بیمارستان بودند و برای شرکت در مطالعه رضایت کامل داشتند. بیماران در طول درمان و پیگیری، بصورت هفتگی و بصورت تصادفی آزمایش ادرار شدند. درمان شامل آموزش، پیشگیری از عود، درمان حمایتی و مشاوره شخصی به مدت ۴ سال بود که توسط یک پزشک دوره دیده مسئول مشاوره انجام می‌گرفت. کلینیک کاهش آسیب بیمارستان دکتر مسیح دانشوری مسئول دارو درمانی و روان درمانی بیماران بود.

در مصاحبه اولیه اطلاعات دموگرافیک ثبت شده شامل سن، جنس، تحصیلات، قومیت و وضعیت شغل بودند. همچنین سوالات دیگری نیز پرسیده شد مانند تمایل بیمار به شرکت در مطالعه و پرسش این سوال که "آیا می‌دانید که اگر شما درمان نگیرید براساس قانون استخدام کشوری ممکن است منجر به انفصال از خدمت شما گردد؟ و یا اینکه عواقب وخیم عدم درمان می‌تواند از

<sup>1</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition

<sup>2</sup> Marijuana

<sup>3</sup> Barbiturates

<sup>4</sup> Sedatives

<sup>5</sup> Cocaine

<sup>6</sup> Crack cocaine

<sup>7</sup> Amphetamines & Methamphetamines

<sup>8</sup> Opioids

<sup>9</sup> Hallucinogen

<sup>10</sup> Inhalants

## جدول ۱ - الگوی مصرف سیگار در شرکت کنندگان

تعداد سیگارهای مصرفی طی ۲۴ ساعت	۲۰-۳۰ نخ ۱۱-۲۰ نخ کمتر از ۱۰ نخ	۷۷٪ (۱ نفر) ۳۰/۸٪ (۴ نفر) ۶۱/۵٪ (۸ نفر)
زمان روشن کردن اولین سیگار در روز	۵ دقیقه بعد از بیدار شدن ۵-۳۰ دقیقه بعد از بیدار شدن ۳۰-۶۰ دقیقه بعد از بیدار شدن یک ساعت بعد از بیدار شدن	۱۵/۴٪ (۲ نفر) ۲۳/۱٪ (۳ نفر) ۱۵/۴٪ (۲ نفر) ۴۶/۱٪ (۶ نفر)

## جدول ۲ - راه‌های مصرف مواد و سابقه مصرف در اطرافیان

سابقه مصرف مواد در اطرافیان	مصرف مواد در افراد همخانه مصرف مواد در دوستان مصرف مواد در همکاران	۷۱/۴٪ (۱۰ نفر) ۵۸/۱٪ (۸ نفر) ۲۸/۶٪ (۴ نفر)
راه‌های مصرف مواد	دود کردن تزریق و نوشیدن استنشاق کردن	۵۷/۱٪ (۸ نفر) ۲۱/۴٪ (۲ نفر) ۱۴/۳٪ (۲ نفر)

## جدول ۳ - متوسط دوزهای داروهای مصرفی و متوسط ساعات مداخله برای هر بیمار

متوسط ساعات مداخله برای هر بیمار در هفته	متوسط ساعات مداخله برای هر بیمار	۲ ساعت
متوسط کلونیدین مصرفی روزانه هر بیمار	متوسط متادون مصرفی روزانه برای هر بیمار	۴۰ mg
متوسط تعداد نالتروکسان مصرفی برای هر بیمار	متوسط کلونیدین مصرفی روزانه هر بیمار	۰/۴۳۷ mg
	متوسط تعداد نالتروکسان مصرفی برای هر بیمار	۱۲۵ mg (قرص ۲/۵)

جدول ۱ الگوی مصرف سیگار در شرکت کنندگان، جدول ۲ راه‌های مصرف مواد و سابقه مصرف در اطرافیان و جدول ۳ اطلاعاتی در مورد دوزهای داروهای مصرفی و متوسط ساعات مداخله برای هر بیمار را نشان می‌دهند. سابقه مصرف دخانیات از هر گونه (سیگار، قلیان و ...) ۹۲/۹٪ بود که ۷۸/۶٪ آنها سیگاری روزانه و ۱۴/۳٪ آنها سیگاری گهگاهی بودند. تنها یک نفر (۷/۱٪) سابقه مصرف سیگار یا قلیان نداشت. متوسط سن شروع سیگار کشیدن در افراد ۲۰/۹۲±۴/۵۲ سال و متوسط Pack yearهای مصرفی ۱۳/۹۵±۸/۸۲ سال بود. در مورد علاقمندی به ترک سیگار ۹۲/۳٪ افراد به این سوال که در حال حاضر آیا تمایل به ترک سیگار دارید؟ پاسخ مثبت دادند. ۷۶/۹٪ از شرکت کنندگان حداقل یک اقدام برای ترک سیگار داشته‌اند. کمترین تمایل برای ترک سیگار در افرادی که شیره مصرف می‌کردند (۲ نفر، ۶۶/۷٪) و در درجه بعدی در افرادی که اپیوم یا تریاک مصرف می‌کردند بدست آمد (۴ نفر، ۸۰٪).

در بین کل شرکت کنندگان در مطالعه ۹۲/۸۵٪ (۱۳ نفر) سابقه قبلی ترک مواد داشتند. از این تعداد ۳۰/۷٪ (۴ نفر) سابقه ترک به روش خوددرمانی (فردی)، ۲۳/۱٪ (۳ نفر) سابقه ترک در مراکز بازپروری و ۲۳/۱٪ (۳ نفر) سابقه ترک با کمک گروه‌های گمنام<sup>۳</sup> داشتند. ۷/۷٪ (۱ نفر) سابقه ترک در زندان داشت.

۶۲/۵٪ بصورت سالانه حداقل یک بار و ۲۵٪ در بازه‌های زمانی بیش از سال مصرف قلیان داشتند. سن شروع مصرف مواد ۲۶/۲۵±۵/۷۹ سال بود. مصرف حشیش و شیره در ۲۸/۵٪ (۴ نفر)، تریاک در ۵۰٪ (۷ نفر)، متادون در ۱۴/۳٪ (۲ نفر) و کراک، کپسول گیاهی<sup>۱</sup>، بنزودیازپین<sup>۲</sup> و سایر مواد هر یک در ۷/۱٪ افراد (۱ نفر) بود.

در میان شرکت کنندگان، ۵۷/۱٪ تجربه مصرف قلیان داشتند که ۱۲/۵٪ بصورت حداقل هفته‌ای یک بار،

<sup>1</sup> Herbal medicine

<sup>2</sup> Benzodiazepine

<sup>3</sup> Narcotics Anonymous (NA)

رژیم درمانی در ۵۰٪ شرکت‌کنندگان (۷ نفر) متادون بود. نالتروکسان در ۳۵/۷٪ (۵ نفر) و کلونیدین در ۱۴/۳٪ (۲ نفر) تجویز شد.

متوسط دوره ترک مواد در کل افراد  $60/75 \pm 85/28$  روز بود. متوسط دوره ترک مواد در سیگاری روزانه  $140/45 \pm 70/35$ ، برای سیگاری‌های گهگاهی  $232/5 \pm 37/52$  روز و برای غیرسیگاری‌ها ۳۳۵ روز بود. با توجه به تعداد کم حجم نمونه پیدا کردن رابطه بین ترک مواد و مصرف سیگار غیرممکن بود.

### بحث:

این مطالعه در بین ۱۰۰۰ نفر انجام شد هیچ زنی با سابقه مصرف مواد مخدر وجود نداشت و تمام مصرف‌کنندگان مواد مرد بودند. بعلت تفاوت در روش اجرا یافته‌های ما بطور دقیق قابل مقایسه با مطالعات دیگر (که ۹۰٪ مردان را معتاد گزارش کرده بودند) نیست [۴،۳] در حالی که مکرری [۳] و همکاران رقم کمتر از ۱۰٪ را برای سو مصرف مواد در زنان بیان نموده‌اند، مطالعات دیگر نسبت بالاتری از سو مصرف مواد را برای زنان گزارش کرده‌اند [۱۳]. در مطالعه ما، عدم وجود هیچ مورد زن دارای سو مصرف مواد جای سوالات بسیاری دارد.

به نظر می‌رسد این مسئله در نتیجه عادات بهداشتی اجتماعی کارمندان زن باشد که آن‌ها را در برابر مصرف مواد مصون می‌کند. از سویی ممکن است محدودیت‌های بیشتر موجود در جامعه ما، در زمینه تقاضا و مصرف مواد برای زنان (نسبت به مردان)، علت این امر باشد.

تعداد قابل ملاحظه‌ای از شرکت‌کنندگان (۹۳٪) سیگار را به صورت روزانه مصرف می‌کردند و نسبت بالایی از آن‌ها تمایل به ترک سیگار داشتند. در حالی که مطالعه‌ای که عباسی و همکاران در مرکز ترک اعتیاد گلستان انجام دادند [۴] نشان داد که ۷۸/۶٪ مصرف‌کنندگان مواد، سیگاری بودند.

در مطالعه که توسط Thomas Burling و همکاران انجام گرفت شیوع بالای مصرف سیگار (۹۰٪) در بین مصرف‌کنندگان مواد گزارش گردید که شیوع مصرف سیگار در بین مصرف‌کنندگان همزمان چند ماده مخدر ۱۰۰٪ موارد بود [۱۴]. مطالعه Jennifer G Clark و همکاران نشان داد که شیوع مصرف سیگار در مصرف‌کنندگان مواد ۹۱٪ بود و دو سوم موارد تمایل به

ترک مصرف سیگار طی ۶ ماه آینده یا زودتر داشتند [۱۵]. در مجموع به نظر می‌رسد شیوع مصرف سیگار در مصرف‌کنندگان مواد زیاد است ولی بیشتر آنها تمایل به ترک مصرف سیگار دارند. در مطالعه ما بیشتر افراد معتاد سیگار مصرف می‌کردند و در دفعات متعدد اقدام به ترک مصرف سیگار کرده بودند. Richter و همکاران [۱۶] نشان دادند که ترک سیگار در مصرف‌کنندگان مواد، سخت‌تر است. همچنین در مصرف‌کنندگان توام چند ماده مخدر، درصد مصرف سیگار افزایش می‌یابد. مطالعه Janet Kay Bobe و همکاران نشان داد که افراد با سابقه مصرف شدید مواد، در ترک سیگار کمتر موفق هستند. [۱۷]. مطالعه Lousisa Degendhardt و همکاران نیز بیانگر آن بود که مصرف مواد مخدر سبب کاهش اقدام به ترک سیگار می‌شود [۱۸]. از طرف دیگر مطالعه Prochask و همکاران نشان داد مداخلات ترک سیگار در طی درمان مصرف مواد سبب افزایش ۲۵٪ در ترک طولانی مدت مصرف الکل و مواد می‌شود [۱۹]. از این رو به نظر می‌رسد که فراهم کردن سرویس‌های ترک سیگار برای مصرف‌کنندگان مواد سبب کسب نتایج بهتری می‌شود.

سن شروع مصرف سیگار یا مواد یک عامل غیر قابل انکار برای وابستگی بیشتر به مصرف یا سختی در ترک سیگار است [۲۰]. در رابطه با سن شروع مصرف سیگار، مطالعه ما نشان داد که مشابه با دیگر مطالعات انجام شده در دنیا [۲۲،۲۱]، نوجوانان سیگاری در معرض خطر شدیدتری برای مصرف مواد هستند.

مطالعه Alan J Budney و همکاران روشن ساخت که افراد با وابستگی به کوکائین، مصرف دخانیات را در سنین پایین‌تری شروع می‌کنند [۲۳]. Eleanor Z Hanna و همکاران طی بررسی خود نشان دادند که شروع زودرس مصرف سیگار در سنین ۱۳ سالگی یا پایین‌تر و نیز در سنین ۱۶-۱۴ سالگی می‌تواند منجر به مصرف الکل یا سو مصرف مواد و سایر رفتارهای خطرناک شود. این پژوهشگران در این مطالعه نشان دادند که شروع زودرس مصرف سیگار دقیقاً مانند مصرف الکل منجر به سو مصرف مواد می‌شود [۲۴].

براساس تجربه‌ای که ما در زمینه درمان ترک مصرف مواد کسب کردیم، به نظر می‌رسد که انجام ترک در محل کار،

- 4) Abbasi A, Taziki S, Moradi A. The pattern of drug abuse according to demographic characteristics in the self-introduced addicts in Gorgan (North-East of Iran). *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2006;8:22-27.
- 5) Rahimi-Movaghar A, Shari V, Mohammadi MR, et al. Research on substances abuse in Iran; 3 decades evaluation. *Hakim*. 2006;8(4): 37-44. [in Persian].
- 6) Sharifi H, Kharaghani R, Sigari S, Emami H, Sadr M, Masjedi MR. Common Methods to Treat Addiction in Treatment- Rehabilitation Centers in Tehran. *Iranian Journal of Public Health*. 2012;41(4):63-68.
- 7) Razzaghi EM, Rahimi A, Hosseini M, Madani S. Rapid Situation Assessment (RSA) of drug abuse in Iran (1998-1999) [Internet]. Tehran: Prevention Department, State Welfare Organization, Ministry of Health, IR of Iran and United Nations International Drug Control Program; 2000 [cited 2014]. Available from: <http://www.unodc.org/pdf/iran/publications/RSASummary.pdf>
- 8) Bray JW, French MT, Bowland BJ, Dunlap LJ. The cost of employee assistance programs (EAPs): Findings from seven case studies. *The Journal of Employee Assistance Quarterly*. 1996;11(4):1-19.
- 9) Farris T. A new approach to EAP pricing: value-based pricing models create incentives for EAPs to increase utilization and help employers understand the benefits EAPs provide. *The Free Library*. June 1, 2003; Available from: <http://www.thefreelibrary.com/A%20new%20approach%20to%20EAP%20pricing:%20value-based%20pricing%20models%20create...-a0108442821>
- 10) National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Drugs, brains, and behavior the science of addiction* [Internet]. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2010 August (Revised) [cited May 6, 2014]. NIH Pub No. 10-5605. Available from: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/sciofaddiction.pdf>
- 11) Beryl Benderly B, Hafer FD. *Substance Abuse Prevention in the Workplace - An employer's guide*. New York: Robert A. Miller; 1998.
- 12) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- 13) Ahmadi J, Javadpour A, Pridmore S. *Epidemiology of Substance Use among Dentistry Students (Shiraz-Iran)*. *Iranian*

با یک پزشک یا تیم پزشکی مستقر موثرتر بوده و درصد پایین عود دارد. این مطالعه، دوره ترک طولانی‌تری را بعد از درمان‌های رفتاری و دارویی نشان داد اما برای نتایج دقیق‌تر نیازمند حجم نمونه بزرگتری هستیم.

بنظر میرسد برنامه‌های ترک سو مصرف مواد مخدر و محرک، باید همراه با برنامه‌های پیشگیری از عود به مراجعین ارائه گردد [۲۵]. درمان آسیب جسمانی و اجتماعی بیمار و بهبود اعتماد به نفس وی سبب کاهش درصد عود و مانایی بیشتر، در ترک مواد می‌شود [۲۶]. در این زمینه برخی عوامل خطر وجود دارند. برنامه‌های پیشگیری از عود باید موجب کاهش عوامل خطر مربوط به سو مصرف مواد مخدر و محرک شوند. این عوامل بسیار گوناگون هستند. به عنوان مثال فشار اجتماعی از طرف شبکه‌های مصرف‌کننده مواد غیر مجاز، عدم دسترسی به حمایت‌های اجتماعی یا خانوادگی و زندگی در مناطق پر خطر از نظر توزیع و مصرف مواد غیر مجاز، از این دسته‌اند [۲۷].

Silverman و همکاران نشان دادند که محیط کار درمانی می‌تواند میزان ترک اپیوئیدها و کوکائین را دو برابر کند [۲۸] و در روش‌های پیشگیری طولانی مدت و مداخلات نیز موثر باشد [۲۹]. از سویی مطالعه Peirce و همکاران روشن ساخت که یک روش محرک تشویقی می‌تواند بطور موثر سبب افزایش ترک در کلینیک‌های درمان نگهدارنده متادون شود [۳۰]. تمام این گزارش‌ها نقش برنامه‌های تقویتی برای نتایج بهتر در درمان ترک مواد و درصد بیشتر ترک مواد را نشان می‌دهند. پیشنهاد می‌شود این مطالعه با حجم نمونه بیشتری انجام شود تا رابطه مصرف سیگار و ترک مواد بصورت شفاف‌تری مشخص شود.

#### منابع:

- 1) Allahverdipour H, Farhadinasab A, Bashyryan S, Mahjoub H. Patterns and causes of youth substance abuse. *Journal of Medical Sciences*. 2007;15:42-35. [in Persian].
- 2) United Nations Office on Drugs and Crime. 2006 World drug report [Internet]. Vienna: United Nations Publications; 2006 [cited 2014]. Available from: [https://www.unodc.org/pdf/WDR\\_2006/wdr2006\\_volume1.pdf](https://www.unodc.org/pdf/WDR_2006/wdr2006_volume1.pdf)
- 3) Mokri A. Brief overview of the status of drug abuse in Iran. *Archives of Iranian Medicine*. 2002;5(3):184-190.

- context of drug abuse treatment. *Journal of Addiction Medicine*. 2011;5(3):157-162.
- 26) Chappel JN, DuPont RL. Twelve-step and mutual-help programs for addictive disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 1999;22(2):425-446.
  - 27) Drake RE, Wallach MA, McGovern MP. Future directions in preventing relapse to substance abuse among clients with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*. 2005;56(10):1297-1302.
  - 28) Silverman K, Svikis D, Robles E, Stitzer ML, Bigelow GE. A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: six-month abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2001;9(1):14-23.
  - 29) Silverman K, Svikis D, Wong CJ, et al.. A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: three-year abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2002;10(3): 228-240.
  - 30) Peirce JM, Petry NM, Stitzer ML, et al. Effects of lower-cost incentives on stimulant abstinence in methadone maintenance treatment: a National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network study. *Archives of general psychiatry*. 2006;63(2):201-208.
  - Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 2009;3(2):25-28.
  - 14) Burling TA, Ziff DC. Tobacco smoking: a comparison between alcohol and drug abuse in patients. *Addictive Behaviors*. 1989;13(2): 185-190.
  - 15) Jennifer G, Clarke MD, Michael D. Interest in smoking cessation among injection drug users. *The American Journal on Addiction*. 2001;10(2):159-166.
  - 16) Richter KP, Ahluwalia HK, Mosier MC, et al. A population-based study of cigarette smoking among illicit drug users in the United States. *Addiction*. 2002;97(7):861-869.
  - 17) Bobo JK, Gilchrist LD, Schilling RF 2nd, et al. Cigarette smoking cessation attempts by recovering alcoholics. *Addictive Behaviors*. 1987;12(3):209-215.
  - 18) Degenhardt L, Hall W. The relationship between tobacco use, substance-use disorders and mental health: results from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Nicotine and Tobacco Research*. 2001;3(3):225-234.
  - 19) Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72(6):1144-1156.
  - 20) Agrawal A, Grant JD, Waldron M, et al. Risk for initiation of substance use as a function of age of onset of cigarette, alcohol and cannabis use: findings in a Midwestern female twin cohort. *Preventive Medicine*. 2006;43(2):125-128.
  - 21) Heatherton TF, Sargent JD. Does watching smoking in movies promote teenage smoking? *Current Directions in Psychological Science*. 2009;18(2):63-67.
  - 22) McCool JP, Cameron LD, Petrie KJ. Interpretations of smoking in film by older teenagers. *Social Science & Medicine*. 2003;56(5):1023-1032.
  - 23) Budney A, Higgins ST, Hughes JR, Bichel WK. Nicotine and caffeine use in cocaine-dependent individuals. *Journal of Substance Abuse*. 1993;5(2):117-130.
  - 24) Hanna EZ, Yi HY, Dufour MC, et al. The relationship of early-onset regular smoking to alcohol use, depression, illicit drug use, and other risky behaviors during early adolescence: results from the youth supplement to the third national health and nutrition examination survey. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2001;13(3):265-282.
  - 25) Condon TP, Jacobs P, Tai B, Pintello D, Miner L, Elcano JC. Patient relapse in the

# A Report of Drug Free Workplace Program in Dr. Masih Daneshvari Hospital

Hooman Sharifi<sup>1</sup>, Mohammad Varahram<sup>2</sup>, Shabnam Eslampanah nobari<sup>1\*</sup>

- 1) Tobacco Prevention and Control Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 2) Mycobacteriology Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Abstract:

Substance abuse is a major obstacle in Iran. The majority of addicted people in Iran is likely to be male, married and employed. Actual function of substance abuser employees is at about two thirds of their capability and they are three times more likely to be late for work. They have higher rate of absenteeism in work and lower productivity in their job and performance.

Our country needs some program which makes drug-free work places, because it is essential to have employees with the highest possible efficiency. We conducted this study to assess the efficacy of Employee Assistance Programs on substance abuse treatment of Dr. Masih Daneshvari hospital.

Firstly, the study collected data of 1000 full or part time employees of Dr. Masih Daneshvari hospital between Mars 2010 and June 2014. They were randomly assigned to do urine analysis. The individual who had at least two times positive urine analysis were considered as drug abusers and followed up for a period of four years. A physician was available for consultation during the program. At baseline and follow-up interviews, the participants were asked about substance abuse in past 30 days and also in past year. A negative answer to use of all substances was defined as abstinence.

All participants were male (100%). Their mean age was  $37.23 \pm 6.90$ . Experiencing any type of tobacco amongst participants was 92.9%. The mean age of starting substance abuse was  $26.25 \pm 5.79$  years. In this study the mean of abstinence period of the participants was  $160.75 \pm 85.28$  days.

Concerning substance abuse treatment and having our experience, the quit process in workplace with a resident physician or medical team, sounds to be more effective and has the lowest rate of relapse.

**Keywords:** Work place, Drug free, Tehran

---

## \* Corresponding Author:

Shabnam Eslampanah Nobari. Tobacco Prevention and Control Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Daar-Abad, Niavaran, Tehran, Iran, Email: [eslampanahshabnam@gmail.com](mailto:eslampanahshabnam@gmail.com)