

نظام جامع آموزش و ارتقای سلامت در محل کار

(ویرایش اول)

تهیه و تدوین:

دکتر شهرام رفیعی فر

دکتر بهزاد دماری

زیر نظر:

دکتر محمد اسماعیل اکبری

دکتر حمید رضا جمشیدی

اداره ارتباطات و آموزش سلامت

معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مؤسسه پژوهش و توسعه پیشگامان طب و تدبیر

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

عنوان کتاب: نظام جامع آموزش و ارتقای سلامت در محل کار

تهیه و تدوین: دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر بهزاد دمازی

همکاران: مرضیه خونانی، آزاده محمد ابراهیم، دکتر ژامک خورگامی، دکتر علیرضا شریفی راینی، الهام طاهری، دکتر احسان فیاض زاده، دکتر جعفر مسعود اسماعیلی، دکتر محمد رضا خسرو بیگی

زیر نظر: دکتر محمد اسماعیل اکبری، دکتر حمید رضا جمشیدی

اداره ارتباطات و آموزش سلامت

معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مؤسسه پژوهش و توسعه پیشگامان طب و تدبیر

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

سال انتشار: ۱۳۸۴

فهرست عناوین:

مقدمه

پیش گفتار

۲	خلاصه اجرایی
۱۵	فصل اول: اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار
۱۷	محل کار، ارتقای سلامت و رویکردی بر اساس موقعیت ها
۱۹	کار و سلامت
۲۲	دیدگاه‌های متفاوت در مورد موفقیت ارتقای سلامت در محل کار
۳۰	راهبردهای ارتقای سلامت در محل کار
۳۲	خدمات سلامت شغلی و تهدیدات جدید برای سلامت
۳۶	برنامه‌های کمک و حمایت از کارکنان
۳۹	ارزیابی تأثیر برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار
۴۰	برنامه‌ریزی طرح ارتقای سلامت در محل کار: استعمال دخانیات
۴۳	مروری بر اثربخشی برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار
۴۳	کاهش استرس
۴۵	غیبت
۴۵	رفتارهای سلامتی
۵۰	مجموعه بازننگری‌های اتحادیه بین المللی آموزش و ارتقای سلامت اروپا
۶۵	نگاهی به اهداف ارتقای سلامت و تندرستی در محل کار
۶۹	کار و بارداری
۷۱	انواع رویکردهای ارتقای سلامت در محل کار
۷۶	خلاصه بررسی متون اثربخشی فعالیت‌های سلامتی داوطلبانه
۹۷	خلاصه بررسی متون اثربخشی فعالیت‌های تغییر سازمانی
۱۰۰	خلاصه بررسی متون اثربخشی فعالیت‌های ایمنی شغلی
۱۰۶	هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم شرکت‌ها در مورد سلامت در محل کار

۱۰۷	موضوعات مفهومی در ارتقای سلامت در محل کار
۱۱۰	پیشرفت برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار
۱۱۳	شیوه‌های کاری سودمند برای سلامتی
۱۲۷	فصل دوم: مدل ارتقای سلامت در محیط‌های کار
۱۲۹	مقایسه مدل‌های مختلف برنامه‌ریزی ارتقای سلامت در محل کار
۱۳۰	معرفی شبکه ارتقای سلامت محل کار اروپا
۱۳۰	چرا در محل کار کوچک؟
۱۳۲	محل کار کوچک چیست؟
۱۳۳	گام‌های هفت‌گانه پیاده‌سازی برنامه ارتقای سلامت در محل کار
۱۳۹	گام اول: توجیه و آشنایی
۱۴۰	گام دوم: سازمان دهی
۱۴۶	گام سوم: برآورد نیازها
۱۴۸	گام چهارم: شرح مختصر سلامت محل کار
۱۵۱	گام پنجم: برنامه ریزی
۱۵۳	گام ششم: اجرا
۱۶۴	گام هفتم: بررسی پیشرفت کار
۱۶۴	شرایط مؤثر در موفقیت برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار
۱۶۷	دوازده استراتژی برتر ارتقای سلامت در محل کار
۱۶۸	عوامل کلیدی برنامه‌های مؤثر ارتقای سلامت در محل کار
۱۷۰	چگونه می‌توان هزینه‌های برنامه ارتقای سلامت در محل کار را کاهش داد؟
۱۸۱	شاخص‌های پایش و ارزشیابی در محل کار سالم
۱۸۷	پیوست ۱: جلسه توجیه و آشنایی
۱۹۰	پیوست ۲: جلسات مؤثر
۱۹۲	پیوست ۳: فرایند حل مشکل
۱۹۳	پیوست ۴: بارش افکار
۱۹۴	پیوست ۵: جلسه بازخورد

۱۹۶	پیوست ۶: برنامه سلامت در شرکت نمونه
۱۹۹	فصل سوم: نیازهای آموزشی مجریان و برنامه ریزان ارتقای سلامت در محل کار
۲۰۱	نیازهای عمومی تیم ارتقای سلامت در محل کار
۲۰۱	نیازهای تخصصی تیم ارتقای سلامت در محل کار
۲۰۴	نگاهی به مفهوم بازاریابی اجتماعی
۲۰۵	اصول و مهارت های تغییر فرهنگ
۲۳۷	فصل چهارم: نگاهی به بهداشت و سلامت کارگران در ایران
۲۳۸	بخش اول: وضعیت موجود
۲۴۱	بخش دوم: قوانین
۲۶۳	فصل پنجم: تجربه کشورها
۲۶۴	برنامه ۲۰۱۰ ایالات متحده
۲۶۵	ارتقای سلامت محل کار در اروپا
۲۶۸	تجربه سوئد
۲۸۷	تایوان
۲۸۹	کانادا
۲۹۱	سنگاپور
۲۹۶	کره جنوبی
۲۹۹	انجمن بین المللی ارتقای سلامت
۳۰۱	فصل ششم: نگاهی به مفاهیم کلیدی در برنامه ارتقای سلامت در محل کار
۳۰۲	صنعت بیمه و برنامه ارتقای سلامت در محل کار
۳۱۲	شیوه زندگی سالم
۳۲۴	مشارکت در ارتقای سلامت
۳۳۶	توانمند سازی افراد
۳۳۹	سلامت روانی محیط کار و تأثیر شرایط سازمانی بر سلامت کارکنان
۳۷۱	کارکرد گروه های حمایتی و خودیاری در برنامه ارتقای سلامت در محل کار
۳۸۳	روابط تحلیلی برنامه چهارم توسعه با برنامه ارتقای سلامت در محل کار

۴۳۱	فصل هفتم: بسته خدمتی ارتقای سلامت در محل کار
۴۳۴	ضرورت خدمت
۴۳۶	مدل مفهومی طراحی بسته خدمتی
۴۳۶	برنامه (Program)
۴۵۱	گیرنده خدمت (Client)
۴۵۸	ارایه دهنده خدمت (Provider)
۵۰۱	استقراردهنده (Implementor)

مقدمه

مفهوم ارتقای سلامت و امید دستیابی تمام مردم به مطلوب ترین سطح از سلامتی و حفظ این سطح به راستی هدف جهانی باشکوهی است. در حالی که پیشرفت به سمت این هدف هرگز به اندازه کافی سریع نیست، با وجود این پیوسته و امیدبخش است و شاید در هیچ کجا به اندازه محل کار، این مسأله مستندتر نباشد.

ارزشمندترین سرمایه آن است که در مورد انسان‌ها استفاده شود. اگر یک سازمان و هم‌چنین یک کشور بخواهد در بازارهای محلی، منطقه‌ای و جهانی رقابت کند، تخصیص سرمایه، به خصوص متعهد شدن به گسترش و اجرای ارتقای سلامت در محل کار، ارزشمندترین سرمایه گذاری است.

برجسته ترین شرکت‌ها اهدافشان را از طریق کارکنانش تحقق می‌بخشند. خط مشی‌ها و برنامه‌های مورد نیاز برای پرورش، استخدام و حفظ کارمندان سالم و سرزنده بی‌هیچ ابهامی به سطح بالایی از مدیریت بستگی دارد. با وجود این سازمان‌ها در سراسر دنیا با فرصت انتخاب یکی از دو خط مشی حیاتی زیر روبه‌رو هستند:

۱. سرمایه‌گذاری برای ارتقای سلامتی و حفظ وضعیت ایده‌آل تمام کارکنان (جوان و پیر) تا آنجا که ممکن است؛

۲. صرف سرمایه اصلی در هزینه‌های پزشکی و هزینه‌های تولید از دست رفته که در نتیجه شرایط ضعیف سلامت کارکنان متحمل می‌شوند.

سازمان بهداشت جهانی معتقد است که سلامت در محل‌های زیر توسعه و تکامل می‌یابد:

● محل کار افراد

● محل بازی و تفریح

● محل زندگی

● محل آموزش

به چند دلیل محل کار جایگاه مناسبی برای برنامه‌های ارتقای سلامت است:

● نظام ایمنی و سلامت حرفه‌ای تا حدی از قبل در محل‌های کار وجود دارد لذا آرایه

خدمات سلامتی را تسهیل می‌کند؛

• اکثر کارکنان در محل کار جزو افرادی هستند که دسترسی به آنان برای ارائه خدمات سلامتی در خارج از محل کار دشوار است؛

• علاقه مشترکی بین کارفرمایان و کارکنان برای ارتقای سلامت وجود دارد؛

• امروزه سازمان‌ها نقش نیروی انسانی را در مؤثر بودن، رقابتی بودن و بهره‌وری بالای سازمان، مهم‌تر از نقش تجهیزات و منابع مالی می‌دانند.

با همین استدلال و تحلیل وضعیت و شرایط سلامت در کشور، یکی از راهبرد های مصوب برنامه توسعه آموزش و ارتقای سلامت در کشور مبتنی بر توانمندسازی مردم و جوامع ۱۳۸۴ - ۱۳۸۸ اداره ارتباطات و آموزش سلامت معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تدوین نظام جامع آموزش و ارتقای سلامت برای محیط‌ها و موقعیت های مختلف است که یکی از این محیط‌ها، محل کار افراد جامعه است. ارتقای سلامت در محل کار که بیش از نیم قرن سابقه عملی در کشورهای مختلف اروپایی و آمریکای شمالی دارد، به عنوان یکی از فرصت های طلایی آموزش و ارتقای سلامت معرفی شده است. اداره ارتباطات و آموزش سلامت معاونت سلامت وزارت بهداشت به عنوان دستگاه سیاست ساز در این زمینه طرحی را شروع کرده است که محصول آن، این بسته خدمتی (Service Package) با اجزای مشخص است که مورد استفاده تصویب کنندگان، مجریان و پیاده کنندگان سلامت در محل کار خواهد بود. آن چه در این گزارش آمده است حاصل جستجو، مطالعه منابع علمی، تحلیل و طراحی گروه مطالعاتی در زمینه ارتقای سلامت در محل کار است که در دو بخش ارائه شده است:

- بخش اول: بررسی متون و منابع علمی (تحقیقات و تجربیات)؛

- بخش دوم: پیش نویس بسته خدمتی آموزش و ارتقای سلامت در محل کار.

امید است که این اقدام کوچک، مقدمه ای برای تعامل و نقد ذینفعان این حیطه از سلامت ملی شامل سیاست گذاران، قانون گذاران، مجریان و متخصصان باشد تا در ماه ها و سال های آتی شاهد پیاده سازی این نوع برنامه‌ها در محل کار باشیم تا از این طریق سلامت نیروی انسانی شاغل در انواع محل های کار که ارزشمندترین سرمایه ملی برای توسعه پایدار است را ارج نهیم .

در اینجا بر خود لازم می داند از حمایت ارزشمند آقای دکتر محمد اسماعیل اکبری ، دکتر حمیدرضا جمشیدی و دکتر محمدرضا واعظ مهدوی از تدوین این مجموعه تشکر و قدردانی نموده و همکاری آقایان دکتر رضا رییس کرمی ، دکتر مسعود جعفر اسماعیلی و دکتر محمدرضا خسرویگی در اجرای پروژه تدوین این مجموعه را گرامی داشته و از آقایان دکتر بهزاد دماری و سایر همکاران مؤسسه پژوهش و توسعه پیشگامان طب و تدبیر در تدوین این مجموعه تشکر نموده و همراهی و حمایت معنوی همکاران محترم اینجانب در اداره ارتباطات و آموزش سلامت و سایر اعضای محترم خانواده بزرگ آموزش سلامت کشور از تدوین این مجموعه را گرامی دارد .

دکتر شهرام رفیعی فر

مدیر اداره ارتباطات و آموزش سلامت

پیش گفتار

بیش از چند سال از طراحی و تعریف محصولی تحت عنوان بسته خدمتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نمی گذرد اما گروه مطالعاتی « ارتقای سلامت در محل کار » در بررسی مستندات و مصاحبه با متصدیان و تدوین کنندگان بسته های خدمتی حوزه سلامت کشور به استاندارد مصوب و تأیید شده ای در این زمینه دست نیافتند. با توجه به این که نگارش استاندارد محصول در پروژه ها یک اقدام اولیه و ضروری به نظر می رسد و مراحل کار پروژه تا حد زیادی بستگی به اجزای استاندارد مربوطه دارد، لذا گروه مطالعاتی ابتدا با بررسی منابع مختلف اینترنتی، تجربیات داخل کشور و مطالعه متون علمی مدیریتی استاندارد پیش نویسی را تدوین کردند که در مرحله بعد با ناظر علمی و فنی پروژه نقد شده و نهایی گردید. این استاندارد برای تعریف و پیاده سازی یک سیاست قابلیت استفاده دارد و از چهار جزء اساسی تشکیل شده است:

۱. شرح خدمت یا برنامه

۲. ویژگی های آرایه دهنده خدمت

۳. ویژگی های گیرنده خدمت

۴. پیاده کنندگان خدمت

گروه مطالعاتی پس از تعیین استاندارد فوق، با استفاده از کلید واژه های زیر به بررسی منابع از طریق اینترنت پرداختند:

- ❑ Workplace health promotion
- ❑ Workplace health Education
- ❑ health promotion at work
- ❑ health promotion and disease prevention
- ❑ health promotion WHO guideline
- ❑ health promotion program
- ❑ work-site health promotion
- ❑ health and workplace project
- ❑ Workplace health promotion networks
- ❑ European union network for workplace
- ❑ NewYork committee on occupational safety and health

هم‌چنین برای بررسی جامع تر کتب، منابع و برخی مجلات موجود در کتابخانه های دانشگاه های علوم پزشکی ایران، شهید بهشتی، تهران نیز جستجو شد و منابع مفیدی در این زمینه یافت شد که در نگارش این متن از آن استفاده شده است.

با توجه به حجم انبوه اطلاعات به دست آمده، ناگزیر شدیم تا این منابع را بر اساس نیازها و اهداف بسته خدمتی غربال و اولویت بندی کنیم و منابعی را که به نگارش اجزای بسته خدمتی کمک می‌کند، انتخاب کرده و مطالعه کنیم .

با توجه به اهمیت مطالعه تجربیات کشورها در راه‌اندازی و اجرای برنامه‌های سلامتی در این متن سعی شده است تجربیات متنوعی از کشورهای آمریکای شمالی، انگلیس، اتحادیه اروپا، سوئد، آلمان، کره جنوبی، تایلند، سنگاپور، تایوان، مکزیک و استرالیا ذکر شود .

همان طور که می‌دانید در طرح های نوع توسعه ای (مثلاً برای ایجاد یک بسته یا فرایند یا محصول) می‌باید تحلیل ذینفعان صورت گرفته و تمامی ذینفعان برای مشارکت در محصول پروژه دعوت شوند اما به صلاحدید مدیران مسؤول مقرر شد تا در ابتدای کار پیش نویسی آماده شود تا محور نقد و تعامل ذینفعان قرار گیرد، لذا متن و نتایج حاصل از این مطالعه صرفاً نتیجه کار گروه مطالعاتی بوده و ویرایش نخست این مجموعه محسوب می‌شود و جای نقد و بحث فراوان دارد که طبق برنامه زمان بندی شده در آینده نزدیک برنامه تعامل و نقد گروهی ذینفعان و تدوین ویرایش نهایی مجموعه به اجرا درخواهد آمد.

چنان که فرصت مطالعه کل کتاب را نداشته باشید با مرور سریع بخش « خلاصه اجرایی » و کادرهای حاشیه نویسی شده خواهید توانست به مهمترین مطالب مندرج دسترسی پیدا کنید .

خلاصه اجرایی

مقدمه:

- دستیابی به جمعیتی که معمولاً دسترسی به آن مشکل می‌باشد، از خصوصیات عالی محیط کار است.
- معمولاً افراد دو سوم از ساعات بیداری خود را در محل کارشان صرف می‌کنند.
- امکان دسترسی به ۸۵٪ از جمعیت در محل کار وجود دارد (نویل - ۱۹۸۶).
- این فرصت در آمریکای شمالی نسبت به اروپا بیشتر پذیرفته شده است.
- محیط کار به عنوان منبع عوامل بیماریزا معرفی شده است.
- ۶۰ تا ۹۰ درصد کلیه مراجعات به متخصصین سلامت، به دلیل برخی اختلالات مربوط به استرس می‌باشد.
- یکی از منابع استرس کار است (WHO).
- در سال ۱۹۹۴ حدود ۸۰٪ محیط‌های کاری ایالات متحده به نوعی برنامه ارتقای سلامت داشته اند که سیستم ملی آن را حمایت می‌کرده است.
- در سال ۱۹۹۶ شبکه اتحادیه اروپا به منظور ارتقای سلامت در محل کار شکل گرفت.
- در برنامه ۲۰۱۰ ایالات متحده «ارتقای سلامت در محل کار» یک راهبرد اساسی است.
- انگیزه‌های اقتصادی به طور آشکار، علت اصلی شروع برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار بوده است (دیویس).
- امروزه با قانونی شدن هدف پیشرفت و توسعه کشورها، کارکنان بیش از پیش در معرض عامل خطر «کار» قرار دارند.

۲ خلاصه اجرایی

واقعیات تلخ:

- هنوز سلامت و ایمنی حرفه ای تعداد قابل توجهی از محل های کار در اروپا تأمین نیست (پلات و همکاران ۲۰۰۰)!
- تنها ۶۲٪ از متخصصین سلامت شغلی در ارایه آموزش سلامت از آموزش خاصی برخوردارند!
- حد اقل ۴ میلیون نفر در سال به بیماری های مربوط به کار مبتلا می شوند!
- تعداد ۴۰۰۰۰۰ نفر آمریکایی در سال در اثر بیماری های ناشی از کار می میرند!
- ۲۰ درصد کل سرطان ها ناشی از عوامل سرطان زای محیط کار است!
- بسیاری از برنامه های فعلی ارتقای سلامت در محل کار، تعداد کمی از کارکنان را شامل می شوند که معمولاً این افراد از سالم ترین کارمندان هستند!
- هر ساله حدود ۷۰ درصد از کارمندان تلاش می کنند تا یک فعالیت شیوه زندگی سالم را اتخاذ نمایند اما کمتر از ۲۰ درصد موفق به حفظ این تغییرات می شوند (آلن ۱۹۹۸) چراکه تغییر رفتار در گروهی توجه به پنج دسته عامل شامل هنجارها، ارزش ها، حمایت همسان، حمایت سازمانی و جو حاکم است که متأسفانه به دلیل ضعف مهارت های بازاریابی اجتماعی مجریان برنامه های ارتقای سلامت و دخالت ندادن این عوامل پنج گانه، درصد فوق به دست می آید!
- بیش از نیمی از کلیه مرگ های زودرس در بزرگسالان، ناشی از عوامل مربوط به شیوه زندگی می باشند!
- کمتر از یک پنجم مرگ های زودرس به علت مشکلاتی هستند که از طریق مراقبت های پزشکی سنتی قابل درمان هستند!

روند رشد برنامه های ارتقای سلامت در محل کار (ویلیس بی گلدبک)

- برنامه های نسل اول:
این برنامه ها به دلایل مختلفی که اکثراً ارتباطی با سلامت نداشتند، شروع شد. برای مثال سیاست های استعمال دخانیات از یک قرن پیش وجود داشته است، بسیار قبل تر از این که شواهد قطعی مبنی بر اثرات نامطلوب سیگار کشیدن وجود داشته باشد.

ارتقای سلامت در محل کار ۳

□ برنامه‌های نسل دوم:

زمانی به وجود آمد که شناسایی عوامل خطر و فن آوری مداخلات توانست به محیط کار انتقال یابد. این برنامه‌ها تمرکزی دقیق بر یک عامل خطر یا مرضی یا برنامه‌هایی که تنها برای یک جمعیت خاص ارایه می‌شوند، داشت.

□ برنامه‌های نسل سوم:

گستره جامع تری از مداخلات برای تعداد قابل توجهی از عوامل خطر تهدید کننده کارکنان را شامل می‌شد.

□ برنامه‌های نسل چهارم:

شامل تدوین یک راهبرد جامع است. این راهبرد تمام فعالیت‌ها، سیاست‌ها و تصمیمات مؤثر بر سلامت کارکنان، خانواده‌هایشان، جوامعی که شرکت‌ها در آنها قرار دارند و مصرف کننده‌هایی که تصمیمات خرید آنها نشان دهنده موفقیت آن شرکت در بازار است را شامل می‌گردد.

لذا:

برنامه‌های نسل اول تا سوم رویکرد فردگرایانه داشته اند اما نگاه برنامه‌های نسل چهارم جامع تر بوده است و به دلیل نو بودن آنها، روند شکل گیری این نوع برنامه‌ها چه در آمریکای شمالی و چه در اروپا تدریجی است.

تعاریف ارتقای سلامت در محل کار

□ تعریف دیویس و همکاران (۱۹۸۲):

آزمایش‌های غربال‌گری، کلاس‌های آموزشی و خدمات پیشگیرانه سلامت

□ تعریف پارکینسون و همکاران (۱۹۸۴):

ترکیبی از فعالیت‌های آموزشی، سازمانی و محیطی برای حمایت از رفتارهای سلامتی کارکنان و خانواده‌هایشان

□ همایش ارتقای سلامت در محل کار (۱۹۸۷)

برنامه‌ای که بر پیشرفت شخصی و اجتماعی تمرکز کند و به دنبال تسهیل اختیار در تصمیم‌گیری باشد

۴ خلاصه اجرایی

□ سازمان بهداشت جهانی (ایکین، ۲۰۰۰): دیدگاه اکولوژیکی

این موقعیت به فیزیک و ساختمان محیط (به طور مثال، ساختمان و روند کار) و محیط روانی اجتماعی (به طور مثال محیط‌های ساختاری، اقتصادی، حقوقی و سیاسی) اشاره می‌کند. مهم تر این که این موقعیت شامل محتوای ایدئولوژیکی کار و ساختار صنعتی، فرضیات، باورهای موجود در قانون و فعالیت‌های اجتماعی مانند روابط کار، حقوق مؤسسه خصوصی و روش‌های مدیریت کار است.

تضاد بین ذینفعان

معمولاً در نگاه اول، بین اهداف دو دسته اصلی از ذینفعان برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار همواره تضاد وجود داشته است:

۱. مدیران (هدفشان تفکر اقتصادی سود آور بوده است)
۲. متخصصان ارتقای سلامت (هدفشان دستیابی به یک نسبت کافی از جمعیت بزرگسال بوده است)

اما اخیراً کارکنان تعهد به سلامت را به عنوان وسیله ای برای ثابت کردن خود به عنوان فردی جدید، یک ارزش محسوب می‌کنند.

کار و سلامت

- کدامیک سلامتی را بیشتر به خطر می‌اندازد: کارکردن یا بیکاری؟
- محیط کار به عنوان منبع عوامل بیماریزاست (از اضطراب عمومی تا خطرات خاص کارهای صنعتی مانند سوانح، سرطان‌ها)
- متداول ترین خطر در محل کار استرس است که منابع استرس از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی عبارت است از:

شرایط بد فیزیکی کار، کار نوبتی، کار بیش از ظرفیت، تضاد عدم امنیت شغلی، افزایش موانع، خانواده‌هایی با والدین (هر دو) شاغل، کمبود فرصت برای مشارکت در تصمیم‌گیری

□ اضطراب با تقاضاهای بالای کار و کم بودن آزادی تصمیم‌گیری رابطه نزدیک دارد (بران و هولندر-۱۹۸۷).

ارتقای سلامت در محل کار ۵

- اسمیت (۱۹۹۷) معتقد است که شش عامل شغلی منجر به افزایش استرس می‌شود:
۱. تقاضای زیاد شغل
 ۲. عدم کنترل روند کار یا عدم توانایی برای مشارکت در تصمیم‌گیری
 ۳. انبوه کارهای تفویض شده و عدم مهارت کافی
 ۴. یکنواختی یا کمبود تنوع کارها
 ۵. روابط ضعیف کارمند و سرپرست یا عدم حمایت از سوی سرپرست
 ۶. مشکلات فن آوری برای مثال خرابی کامپیوتر
- در ژاپن کاروشی (Karoshi) اصطلاحی است که به مرگ ناشی از کار زیاد یا مرگ ناشی از استرس اطلاق می‌شود.

ضرورت های اقتصادی برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار

بررسی های مختلف نشان داده است که ارتقای سلامت در محل کار موجب صرفه جویی در هزینه ها و افزایش بهره وری می شود :

افزایش بهره‌وری به دلیل:	کاهش هزینه‌ها به دلیل:
کاهش بیماری	کاهش سوانح و بار ناشی از آن
کاهش غیبت از کار	کاهش هزینه‌های بیمه سلامت در نتیجه تقاضای پایین مراقبت بیمار
بالا رفتن روحیه کاری	کاهش هزینه‌های درمان، ناتوانی و مرگ
ارایه تصویری خوب از سازمان برای مخاطبان	کاهش جایگزینی کارمند و هزینه‌های آموزش در نتیجه کمتر شدن جابجایی کارمندان
جذب کارمند شایسته از بازار کار	شهرت بهبود یافته سازمان در جامعه

برخی از مطالعات اقتصادی که در توجیه اجرا یا اثرات سوء اجرا نکردن برنامه‌های ارتقای سلامت منتشر شده است به شرح زیر است :

□ هزینه‌های اضافی بیماری برای هر فرد در سال (برترا - ۱۹۹۱):

۱. ۹۶۰ دلار برای استفاده از سیگار

۶ خلاصه اجرایی

۲. ۴۰۱ دلار برای افزایش وزن

۳. ۳۸۹ دلار برای استفاده افراطی از الکل

۴. ۳۷۰ دلار برای افزایش کلسترول

۵. ۳۴۳ دلار برای فشار خون بالا

۶. ۲۷۲ دلار برای استفاده کم از کمربند ایمنی

۷. ۱۳۰ دلار برای کمبود ورزش

□ بررسی هزینه - اثر بخشی پلیتر در آمریکا:

پلیتر به بازنگری هزینه اثر بخشی برگزیده ای از ابتکارات ارتقای سلامت در محل کار در آمریکا (که در درجه اول بر روی شیوه زندگی تمرکز داشت) از سال ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۸ پرداخت است. کلیه این ابتکارات نشان دهنده بازده مثبت سرمایه‌گذاری بوده است که این مقدار در محدوده ۸/۸۱ دلار به ازای هر یک دلار صرف شده در برنامه، در نوسان بود.

□ بررسی هزینه - فایده الدانا، نشریه سلامت کانادا:

این بررسی مطالعات مختلفی را در مورد مداخلات سلامت در محل کار بازنگری کرده است که از نظر محتوا در برگیرنده فعالیت‌هایی در زمینه یک عامل خطر ساز تا برنامه‌هایی چندگانه بود. کاهش قابل توجه در هزینه‌های پزشکی و غیبت در اغلب موارد، گزارش شده است:

نسبت متوسط هزینه - اثر بخشی برای هشت مطالعه ای که به سنجش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و محاسبه نسبت های سود پرداخته بودند، یک به سه بوده است. پنج مطالعه بر روی میزان غیبت، نسبت متوسط هزینه - فایده یک به چهار را نشان داد.

□ نسبت های پس انداز به سرمایه گذاری در برخی از شرکت های آمریکایی:

۱. بانک آمریکا - ۵/۹۶ دلار به ازای هر ۱ دلار

۲. پاسبیل - ۳/۱ دلار به ازای هر ۱ دلار

۳. مدرسه ویسکانسین - ۴/۴۷ دلار به ازای هر ۱ دلار

۴. بیمه احتیاط - ۲/۹۰ دلار به ازای هر ۱ دلار

۵. جنرال میلز - ۳/۵۰ دلار به ازای هر ۱ دلار

ارتقای سلامت در محل کار ۷

حیطه های کلی برنامه های ارتقای سلامت در محل کار (استراتژی های ارتقای سلامت در محل کار)

- ▣ راهبرد اول: ایمنی و سلامت شغلی: مانند کاهش مواد و شرایط زیان آور
- ▣ راهبرد دوم: فعالیت های سلامتی داوطلبانه: مانند برنامه غربالگری، ترک سیگار
- ▣ راهبرد سوم: تغییر سازمانی (OC): مانند چرخش شغلی، طراحی مجدد شغل، نظام مشارکت

موفقیت ها و ناکامی ها

برنامه های ارتقای سلامت در محل کار، موفقیت ها و ناکامی هایی داشته است که لازم است طراحان و مجریان برنامه از علل و عوامل آن آگاه باشند:

موفقیت ها: مرور سیستماتیک پلات و همکاران (۲۰۰۰)	
کاهش استرس	مداخلات مدیریت استرس به شرط شناسایی عوامل استرس زا در محل کار می تواند در کاهش نشانه های بیماری های جسمی و روانی مؤثر باشد.
غیبت	کلیه یافته ها به تأثیر عمده فعالیت ارتقای سلامت در محل کار بر روی غیبت اشاره دارند.
رفتارهای سلامتی	تنها نتیجه ای که با اعتماد کامل می توان بیان کرد این است که به نظر می رسد قانون منع استعمال دخانیات در محل کار تنها میزان استعمال سیگار را در بین سیگاری ها کاهش داده است اما تأثیر کمی بر رواج عمومی استفاده از سیگار داشته است.
ناکامی ها: پولانی و همکاران (۲۰۰۰)	
کاهش وزن	میزان کاهش وزن و کم کردن چربی پایین است (Syme ۱۹۸۸)
رفتار سلامتی	تغییرهای رفتاری بدون تغییر همزمان در بافت فرهنگی و اجتماعی که رفتار فرد را شکل می دهد، کوتاه مدت است.
ترک سیگار	۹۰٪ افرادی که سیگار را ترک کرده اند در طی یک سال دوباره رو به سیگار می آ ورنند (Benowitz & Henningfield ۱۹۹۴)
مدیریت استرس	فقط ۱۰٪ افراد مهارت های مدیریت استرس را در طولانی مدت به کار می گیرند. (Aaron - ۱۹۹۵)

هدف نهایی

تجربیات برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار در کشورهای مختلف نشان داده است که در مجموع اهداف نهایی زیر را برای برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار می‌توان ترسیم کرد:

□ یک محل کار سالم، فرصت دو جانبه‌ای را هم برای کارفرما و هم کارمندان و خانواده‌شان ایجاد می‌کند که با به کار بستن عادات خوب سلامتی منجر به افزایش بهره‌وری و خودرضایتی سازمانی و فردی خواهد شد.

□ ارتقای سلامت در محل کار شامل تعهد سازمانی پایدار به سلامت و نشاط همه کارکنان سازمان است. مدل برنامه ارتقای سلامت در محل کار یک مدل جامع است که به چهار عامل مهم توجه می‌کند:

(۱) کارمند به طور مجزا (۲) محیط فیزیکی کار (۳) سازمان و (۴) اجتماع

□ مهمترین هدف برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار، پیشرفت شیوه‌های کاری سودمند برای سلامتی است.

□ هدف کلیه مداخلات ارتقای سلامت در محل کار، تضمین این موضوع است که هیچ‌گونه جراحت یا بیماری توسط کار یا در محل کار به وجود نیاید و در صورت امکان کار و یا حضور در محل کار موجب ارتقای سلامت نیز بشود.

□ ارتقای سلامت در محل کار، می‌تواند شامل هر چیزی باشد که هدف آن توانمند کردن افراد برای داشتن "احساس خوب" است.

□ هدف نهایی ارتقای سلامت در محل کار این است که فرهنگی را ایجاد نماید که نیازهای فردی و سازمانی برای بهبود سلامت را بر آورده سازد و برای آنها ارزش قایل شود.

□ برنامه ارتقای سلامت در محل کار شامل تلاش‌های مداوم و سازگار برای بهینه کردن سلامت سازمانی و فردی است که از طریق بهینه سازی اقتصاد کلی، محیط فرهنگی و ساختاری سازمان انجام می‌شود.

ویژگی‌های برنامه‌های مؤثر ارتقای سلامت در محل کار:

بررسی ۱۳۹ تحقیق در مطالعه مرور جامع پیرزمن و همکاران (۱۹۹۸) و هم‌چنین مطالعه چو و همکاران (۲۰۰۰) و بررسی مدل سلامت در محیط کوچک وزارت رفاه و سلامت

ارتقای سلامت در محل کار ۹

کانادا (۱۹۸۵) نشان می‌دهد که در مجموع برای مؤثر بودن برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار باید موارد زیر رعایت شود:

۱. حمایت آشکار و مشتاقانه و درگیر شدن در مداخلات، از جانب مدیریت ارشد.
۲. درگیری داوطلبانه کارمندان کلیه سطوح سازمانی در برنامه ریزی، اجرا و فعالیت‌های مداخله.
۳. تمرکز بر روی عوامل خطر قابل تعریف و قابل تغییر برای گروه خاص کارکنان امری ضروری است که موجب قابل قبول تر شدن مداخله و افزایش مشارکت می‌شود (ارزیابی خطر).
۴. مداخله باید طبق ویژگی‌ها، نگرش‌ها و نیازهای دریافت‌کننده‌ها، تغییر داده شوند به عبارت دیگر ساختار، فرهنگ، قوانین و سیاست‌های محل کار را در نظر بگیرد.
۵. مطلوب‌ترین استفاده از منابع اصلی باید در سازماندهی و اجرای مداخلات صورت گیرد.
۶. دنباله دار بودن و استمرار برنامه‌ها برای موفقیت کامل ضروری است.
۷. ارزیابی باید به عنوان قسمت ضروری هر برنامه مداخله جدید در نظر گرفته شود و در بر گیرنده گستره‌ای از نتایج و سنجش‌های فرآیندی باشد.
۸. بر مبنای رعایت اصول عدالت اجتماعی باشد.
۹. هزینه اثربخش باشد.
۱۰. از راهبرد های مختلط استفاده نماید.
۱۱. در صورت لزوم در بر گیرنده خانواده باشد.
۱۲. نیاز تمام کارکنان بدون توجه به سطح سلامتی کنونی آنان مد نظر باشد.
۱۳. برنامه باید تأیید کند که شیوه زندگی یک فرد از مجموعه عادت های سلامت وابسته به یکدیگر تشکیل می‌شود مانند برنامه کاهش وزن.
۱۴. باید برنامه سه راه تأثیر (عوامل فردی، محیط و عادات) را شامل شود.
۱۵. ارتقای سلامت کارکنان باید جزء اساسی رسالت یک سازمان باشد.
۱۶. تغییر همزمان در فرهنگ سازمانی و شیوه‌های مدیریتی برای ارتقای سلامت محل کار یک ضرورت است.

۱۰ خلاصه اجرایی

۱۷. سیاست‌های ارتقای سلامت در محل کار باید به طور مستمر ارزیابی شود.
۱۸. باید یک کمیته ایمنی و ارتقای سلامت با حضور ذینفعان تشکیل شود.
۱۹. ارتباط مستمر با کارکنان در مورد ارتقای سلامت باید برقرار شود.
۲۰. لازم است که به شرکت کنندگان برای دست یابی به اهداف برنامه پاداش داده شود.
۲۱. حمایت اتحادیه‌ها و تشکل‌ها از برنامه‌های ارتقای سلامت ضروری است.

مراحل پیاده‌سازی برنامه ارتقای سلامت در محل کار

- گام اول: توجیه
- گام دوم: سازمان دهی
- گام سوم: برآورد نیازها
- گام چهارم: ارزیابی و نگارش شرح حال سلامت در محل کار
- گام پنجم: برنامه سلامت در محل کار کوچک
- گام ششم: برنامه عملیاتی سالیانه
- گام هفتم: بازنگری پیشرفت

ارزیابی سلامت در محل کار

مطالعه هاو و همکاران در سال ۱۹۹۰ با تأکید بر شاخص‌های فرآیند (Process)، اثر (Impact) و پیامد (Outcome)، قالب تلفیقی زیر را برای ارزیابی سلامت در محل کار تدوین کرده اند.

ارتقای سلامت در محل کار ۱۱

مشخصه های سازمانی	فرهنگ محیط کار، سبک مدیریت، تقسیم کار، همبستگی گروه کار، استقلال کارگران، کار شیفتی، ساختار اهدای پاداش، تعیین مسیرهای شغلی، حجم کار، مشارکت کارگران در تصمیم گیری، کانال های ارتباطی، قدرت/ کنترل در مقابل مسؤولیت، رضایت کاری و روحیه، موضوعات عدالتی، ارتباط با جوامع خارج
محیط فیزیکی	شرایط محیطی و بهداشتی، عدم محافظت در برابر خطرات (صدا، گرد و غبار، گرما، مواد شیمیایی و غیره)، ساختمان محیط (نور، زیبایی شناسی، فضا و غیره)
داده های سلامت و امنیت (ویژه صنعت و محیط کار)	غیبت، جبران کارگر، مرخصی استعلاجی، جراحات و نقص عضوها، میزان کثرت زمان از دست رفته، عوامل خطرساز، میزان مرگ و میر، بهره گیری از خدمات بهداشتی
ماهیت کار	وظایف شغلی، فعالیت های روزمره، مدیریت غیر اتوماتیک، طرح و محیط کار، اندازه گیری های ارگونومیک
خصوصیات جمعیتی، داده های روش زندگی کارکنان	تعداد کارکنان، درآمد، میزان تحصیلات وضعیت فرهنگی - اقتصادی، قومیت و نژاد، جنسیت، توزیع سنی، آمار استفاده از لکل و مواد مخدر، نوع مشتریان

فهرست برنامه های ارتقای سلامت قابل ارایه در محل کار

- کاهش وزن
- ترک سیگار
- غربال گری ها
- برنامه های ورزشی
- برنامه کاهش فشار خون
- آموزش سلامت عمومی
- آموزش مهارت های زندگی
- آموزش روابط والدی
- تربیت فرزند
- برنامه کاهش افسردگی

۱۲ خلاصه اجرایی

- برنامه‌های کاهش استرس
- تغذیه سالم
- کاهش علایم اسکلتی عضلانی (کمردرد، درد گردن)
- تعادل کار و زندگی
- سلامت دهان و دندان
- پیشگیری از سکته های مغزی
- برنامه‌های کاهش صدمات شغلی و افزایش ایمنی
- طراحی مجدد شغل
- سازمان دهی مشارکت در سازمان
- آموزش تفویض کار و مهارت های کار در سازمان
- برنامه‌های حل تضاد

نمونه برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار درحیطه های مختلف

نمونه اقدامات «تغییر رفتار فردی»

- ترویج تکنیک های ریلاکسیشن در محل کار
- ارائه برنامه غذای روزانه سالم، به انضمام تبادل دستور تهیه آن
- تدوین راهنمای حفظ سلامت شخصی برای تمام کارمندان
- هدف قرار دادن تعطیلات و ماه های تابستان برای تناسب اندام و تغذیه
- تسهیل فعالیت‌های گروهی برای گروه های کار
- ایجاد یک "کلوپ گردش" برای کارمندان

نمونه اقدامات «در محل کار فیزیکی»

- تغییر غذاهای دستگاه فروش سکه ای به محصولات کم چرب
- معرفی CPR / مهارت های کمک اولیه به کارمندان در ایستگاه های کاری
- نمایش علایم برای ترویج ارتقای ایمنی (مانند استفاده از کمربند ایمنی، استفاده از تجهیزات حفاظت شخصی)

ارتقای سلامت در محل کار ۱۳

- ایجاد و نگهداری تابلوی اعلانات سلامتی
- تخصیص یک اتاق ساکت برای استراحت و یا تفکر
- فراهم آوردن مبلمانی که سازگار با تناسب بدن هر کارمند باشد

نمونه اقدامات «سیاست‌ها و توسعه سازمانی»

- سازماندهی فعالیت‌های ماهانه با موضوع سلامتی
- اعطای یارانه به اعضای کلوپ سلامتی
- ارسال اطلاعات سلامتی از طریق پست الکترونیک، آگهی، بولتن‌های خبری، ضمیمه‌های لیست حقوق
- ایجاد رقابت‌های سازمانی براساس مقدار کیلومتر پیاده روی، مقدار کاهش وزن، ساعت ورزش و غیره
- آشنا کردن شرکت‌کنندگان به آگهی‌ها/ یا بولتن‌های خبری
- برقراری مسابقات المپیک شرکت برای ترویج ورزش و ساختار گروهی
- پیروی از تمام آیین‌نامه‌های ایمنی و سلامت

نمونه اقدامات «همکاری اجتماعی»

- برگزاری یک سری سخنرانی در مورد سلامتی
- تشکیل گروه‌های گفتگو در ساعت ناهار
- دعوت از یک رستوران محلی برای مدیریت کلاس پخت غذاهای کم چرب
- تأمین مخارج یک مسابقه عمومی و تشویق کارمندان و خانواده‌هایشان به شرکت در آن
- اجرای یک مسابقه برای فرزندان کارمندان برای تهیه پوسترهای ارتقای سلامت برای در محل کار
- تأمین مخارج مدرسه/ پارک‌ها/ برنامه‌های تفریحی برای سلامتی
- جلب مشارکت محلی در تأمین مخارج مسابقات شرکت

فصل اول:

اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

انتظار می رود پس از مطالعه این فصل بتوانید به سؤالات زیر پاسخ دهید:

- چرا آموزش سلامت در محل کار ارایه می شود؟
- آیا آموزش سلامت در محل کار حداقل در امریکای شمالی سودمند فرض شده است ؟
- واقعاً چه کسانی در برنامه های ارتقای سلامت در محل کار ذینفع خواهند بود؟
- چه چیزی را می توان از ارتقای سلامت در محل کار انتظار داشت؟
- ارتقای سلامت در محل کار چه قدر موفقیت آمیز خواهد بود ؟
- توان بالقوه برنامه ارتقای سلامت در محل کار در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری چیست ؟
- محدودیت های ارتقای سلامت در محل کار کدام است؟
- تمرکز اصلی ارتقای سلامت در محل کار باید بر روی چه چیز باشد و این تمرکز چگونه به مسایلی مانند رسیدن به عدالت می پردازد ؟

مقدمه:

برنامه ای به عنوان طرح ارتقای سلامت در محل کار جامع است که دربرگیرنده سه حیطه سلامت و امنیت شغلی، فعالیت‌های بهداشتی داوطلبانه و رویکردهای تغییر سازمانی باشد.

مقالات ارتقای سلامت در محل کار علاوه بر این که سرشار از نتیجه‌گیری در مورد اثربخشی این برنامه‌ها است، حاوی اگرها و اماهایی هم می‌باشد. «جامع» در نظر افراد معانی مختلفی دارد و شاخص‌های اثربخشی هم دارای تنوع زیادی می‌باشد. موانع دیگری که در رسیدن به نتیجه روشن راجع به اثربخشی برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار وجود دارند عبارتند از: تغییرات سریع در محتوای کار، سطح درآمد، ثبات شغلی، امنیت و انتظارات. برنامه ای به عنوان طرح ارتقای سلامت در محل کار جامع است که دربرگیرنده سه حیطه سلامت و امنیت شغلی، فعالیت‌های بهداشتی داوطلبانه و رویکردهای تغییر سازمانی باشد.

محل کار، ارتقای سلامت و رویکردی براساس موقعیت‌ها

محل کار فرصت چالش برانگیزی را برای آموزش دهندگان سلامت فراهم می‌کند.

عشق به کار: اگر شما کار را برای تأمین غذا نمی‌خواهید، احتمالاً برای جسم خود می‌خواهید. کار هم برای بدن مفید است و هم برای ذهن (William Penn, ۱۶۹۳).

نظریه های متضادی در مورد موضوع ارتقای سلامت در محل کار وجود دارد که ریشه در نیازهای مختلف مشارکت کننده های کلیدی در آن یعنی مدیران، کارکنان و کارفرمایان دارد

محل کار فرصت چالش برانگیزی را برای آموزش دهندگان سلامت فراهم می‌کند. فرصتی که در امریکای شمالی با رغبت بیشتری پذیرفته شده است تا در اروپا. نوبل (۱۹۸۶) برآورد کرده است که امکان دسترسی به ۸۵٪ از جمعیت ایالات متحده از طریق محل کار وجود دارد و تنها به این دلیل، آموزش سلامت به نیروی کار می‌تواند در طرح ملی ارتقای سلامت به عنوان یک راهبرد اساسی محسوب می‌شود.

نظریه های متضادی در مورد موضوع ارتقای سلامت در محل کار وجود دارد که ریشه در نیازهای مختلف مشارکت کننده های کلیدی در آن یعنی مدیران، کارکنان و کارفرمایان دارد:

« مدیران نتیجه مطلوب برنامه‌های سازمانی را به طور معمول با شاخص‌های اقتصادی قضاوت می‌کنند در حالی که در اغلب موارد قضاوت ارتقای دهندگان سلامت با انگیزه بهره‌وری مالی و اقتصادی مغایرت دارد. به نظر می‌رسد نیازهای کارکنان، جایی بین این دو باشد.»

محل کار نمونه موقعیتی است که در آن موفقیت برنامه‌های سلامتی توأمأً به رفتار هر فرد و عوامل ساختاری- سازمانی بستگی دارد. به طور مثال برنامه‌های ترک سیگار با یک سیاست جامع مبارزه با سیگار کشیدن در محل کار تسهیل می‌شود. به همین گونه آموزش مهارت های مدیریت و کنترل اضطراب

آموزش مهارت‌های مدیریت و کنترل اضطراب بدون بررسی زمینه‌های اضطراب موجود در طبیعت کار سازمان، نه سودمند است و نه اخلاقی.

بدون بررسی زمینه‌های اضطراب موجود در طبیعت کار سازمان، نه سودمند است و نه اخلاقی.

دیویس و همکاران (۱۹۸۴) تعریفی عملی را ارائه دادند که می‌توان از آن به عنوان راهنمایی برای تعیین این که « آیا شرکتی خاص، برنامه ارتقای سلامت دارد یا نه؟ » استفاده کرد. آنها به این نتیجه رسیدند که چنانچه شرکتی آزمایش‌های غربال‌گری کلاس‌های آموزشی و خدمات پیشگیرانه سلامت را بر اساس برنامه مشخصی اجرا کند، دارای برنامه ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها است. از طرف دیگر پارکینسون و همکاران (۱۹۸۲) رویکردی را شرح دادند که در آن برای حمایت از رفتارهای سالم کارکنان و خانواده‌هایشان ترکیبی از فعالیت‌های آموزشی، سازمانی و محلی اجرا می‌شود.

سازمان بهداشت جهانی در ترویج راهبردی که دیدگاه اکولوژیک را برای ارتقای سلامت انتخاب می‌کند فعال بوده است و از دیدگاهی که کل محل و ویژگی‌های یک موقعیت خاص را در نظر بگیرد، حمایت می‌کند و به رویکردی که صرفاً نگاه موقعیتی برای آموزش سلامت دارد، تمایل کمتری نشان می‌دهد. ایکین (۲۰۰۰) تعریف روشنی را در این زمینه ارائه می‌دهد:

موقعیت ارتقای سلامت از لحاظ شکل، محتوا و نتیجه عمل مهم است. شاید در هیچ موقعیتی از ارتقای سلامت به اندازه محل کار، این مسأله صادق نباشد. این موقعیت به فیزیک و ساختمان محل (به طور مثال، ساختمان و روند کار) و محل روانی اجتماعی (به طور مثال محیط‌های ساختاری، اقتصادی حقوقی و سیاسی) اشاره می‌کند. مهم‌تر این که این موقعیت شامل محتوای ایدئولوژیکی کار و ساختار صنعتی، فرضیات

دیدگاه متداول تر و مستند تر این است که بیکاری بیشتر از کار به سلامت آسیب وارد می‌کند.

باورهای موجود در قانون و فعالیت‌های اجتماعی مانند روابط کار، حقوق مؤسسه خصوصی و روش‌های مدیریت کار است. بنابراین صحبت در مورد چنین موقعیتی، هم شامل محتوای ملموس و فیزیکی است و هم شامل محتوای اجتماعی-سیاسی.

کار و سلامت

کار و سلامت رابطه‌ای متناقض دارند و همین تناقض، منشاء برانگیختن بحث‌های جدید است. از یک طرف طرفداران مارکسیست، کار را وسیله سرمایه‌داران برای استثمار طبقه کارگر می‌دانند. چنانچه خطر کرده و این نظریه را بی‌ارزش بدانیم ممکن است این سؤال مطرح شود که اگر کار بسیار خوب است چرا افراد ثروتمند بیشتر کار نمی‌کنند؟ باسک (۱۹۷۷) این نکته را به اجبار بیان می‌کند:

نارضایتی ناشی از کار آنچنان عمیق است که بروز حمله قلبی در میان کارگران بیش از هر قشر دیگر از جامعه به چشم می‌خورد. مردم از کار کردن می‌میزند نه به این دلیل که زیان آور یا خطرناک است، بلکه به این دلیل که کار ذاتاً کشنده است.

برای سرکوب و نابود کردن کامل وجود انسانی و تحمیل مجازات‌های آزاردهنده بر او تا جایی که خطرناک‌ترین قاتلان لرزه بر اندامشان بیفتد و وحشت کنند، تنها کافی است به او کاری بدهیم که کاملاً و به تمام معنی بیهوده و غیر عاقلانه باشد (خانه مرگ - اثر داستایوفسکی - ۱۸۶۲).

دیدگاه متداول تر و مستند تر این است که بیکاری بیشتر از کار به سلامت آسیب وارد می‌کند. در این مورد می‌توان به رابطه بین بیکاری و بیماری ذهنی، فیزیکی و اجتماعی اشاره نمود. با

۲۰ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

روش مناسب آموزش سلامت روشی است که باعث پیشرفت خود کارایی فردی در تصمیم‌گیری شود.

وجود این در رابطه با انواع روش‌های آموزش سلامت، از هر دو چشم‌انداز بالا می‌توان افزایش آگاهی و برانگیختن تغییرات اجتماعی و سیاسی را ارجح تر از پرداختن به علل ظاهری مسبب مشکلات اجتماعی دانست. بنابر این میزان موفقیت برنامه‌های ارتقای سلامت بستگی به دامنه وقوع این تغییرات اجتماعی و سیاسی دارد.

برای تطابق با حجم کار صنعتی باید اثرات زیان‌آوری را بر روی زندگی خانوادگی و سلامت متحمل شد.

دیدگاه سومی در مورد مسأله کار و سلامت وجود دارد که کمتر رایج است اما به نوبه خود دیدگاهی بنیادینست. این دیدگاه مربوط به طبیعت کار در یک جامعه صنعتی (هاپسون و اسکالی - ۱۹۸۱) است که مشخصات آن « بیکاری مزمن، کاهش روزهای کاری در هفته، مشارکت کار، بازنشستگی پیش از موعد، کار نیمه وقت و افزایش زمان فراغت » است .

تافلر (۱۹۷۰) معتقد است آمادگی برای یک کار در جامعه صنعتی نیاز به مهارت‌ها و قابلیت‌هایی برای اداره وقایع آینده دارد. به گفته دیگر آموزش سلامت شامل پاسخ دهی به سؤال‌هایی اساسی در رابطه با اصول اخلاقی کار و فرهنگ کار جدید یا به عبارت دقیق‌تر کشف مجدد آن است. از آن جایی که پیش‌بینی‌های آینده پردازان در مورد طبیعت کار منجر به این شده که مهارت‌های اجتماعی و شخصی مختلفی به همراه انعطاف‌پذیری و فعالیت‌گرایی برای کار در محیط‌های صنعتی ضرورت یابد لذا روش مناسب آموزش سلامت روشی است که باعث پیشرفت خود کارایی فردی در تصمیم‌گیری شود.

برای تطابق با حجم کار صنعتی باید اثرات زیان‌آوری را بر روی زندگی خانوادگی و سلامت متحمل شد. تغییر نوع کار در اروپا از کشاورزی و تولیدی به خدماتی و افزایش کارمندان مؤنث، ساعت‌های کاری را کاهش داده است. استثنای این

ارتقای سلامت در محل کار ۲۱

کار در حد معمول.

کار بیش از حد برای توسعه.

عاقلانگی، انسانی و اکولوژیک

روند در ایرلند و بریتانیا مشاهده می‌شود، در این میان، بریتانیا بالاترین میزان ساعات کاری را در بین کارگران دوازده کشور اتحادیه اروپا دارا بود (۴۳/۷ ساعت در اوایل دهه ۱۹۹۰). اظهار نظر پولانی و همکاران (۲۰۰۰) در مورد موقعیت مشابه در کانادا نشان داد که بسیاری از کارگران از شرایط کار خود راضی نیستند. با وجود این که یک سوم از مردم کانادا احساس می‌کنند مدام در اضطراب هستند، یک چهارم خود را عاشق کار می‌دانند و بیش از ۲۵ درصد از مردم کانادا خواستار کار کمتر با حقوق کمتر هستند. (Swift ۱۹۹۵).

از آنجایی که ارتقای سلامت در محل کار معمولاً با شرایط سخت و عملی همراه است، دیدگاهی که بر پیشرفت شخصی و اجتماعی تمرکز کند و به دنبال تسهیل اختیار در تصمیم‌گیری باشد، ممکن است به نظر موهوم بیاید اما این دیدگاه در همایش ارتقای سلامت در محل کار که توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) (۱۹۸۷) برگزار شد، تأیید شد.

این همایش سناریوهای زیر را بدیهی دانست:

- کار در حد معمول. فرض می‌شود که کار تمام وقت بیشترین نوع کار را همراه با مصرف محصولات و خدمات تشکیل خواهد داد و پرداخت حقوق به افراد دارای اعتماد به نفس متمرکز خواهد بود.

- کار بیش از حد برای توسعه. بیکاری مزمن را همان‌گونه که پیش تر شرح داده شد، مسلم می‌داند. جامعه از دو گروه تشکیل خواهد شد شاغل و بیکار. گروه شاغل متشکل از گروه نخبگان متخصص خواهد بود که از سرمایه متمرکز در تکنولوژی استفاده می‌کنند.

- عاقلانه، انسانی و اکولوژیک : بار دیگر بیکاری را مزمن فرض می‌کند اما یک تغییر بنیادی را در ارزش ها مسلم می‌داند که دیگر فعالیت‌های مفید علاوه بر کار سنتی به ازای حقوق را به رسمیت خواهد شناخت. کار با حقوق و کار بدون حقوق به طور مساوی بین زن و مرد تقسیم خواهد شد. خانه ها و محل‌های کار به عنوان مراکز کار در جامعه به حساب خواهند آمد

متعارف ترین تعریف از کار و سلامت، به محل کار به عنوان منبع عوامل بیماریزا نگاه می‌کند که این عوامل از اضطراب عمومی کار تا خطرات خاص کارهای صنعتی مانند سوانح، سرطان‌ها و از این قبیل نوسان دارد.

با نگاهی به حال، متعارف ترین تعریف از کار و سلامت، به محل کار به عنوان منبع عوامل بیماریزا نگاه می‌کند که این عوامل از اضطراب عمومی کار تا خطرات خاص کارهای صنعتی مانند سوانح، سرطان‌ها و از این قبیل نوسان دارد. اضطراب مورد خاص و جالبی است زیرا به شرح و توضیح دیدگاه‌های متضاد آموزش دهندگان سلامت و کارفرمایان می‌پردازد. موارد مشخص شده اضطراب زای کار بی شمار است. سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۷) موارد زیر را به عنوان منابع استرس بر می‌شمرد:

اضطراب با تقاضاهای بالای کار و کم بودن آزادی برای تصمیم‌گیری در محل کار رابطه نزدیک دارد.

شرایط بد فیزیکی کار، کار شیفتی، کار بیش از ظرفیت، تضاد عدم امنیت، افزایش موانع، خانواده‌هایی با والدین (هر دو) شاغل، کمبود فرصت برای مشارکت در تصمیم‌گیری .

تحقیقی توسط بران و هولندر (۱۹۸۷) انجام شد که به بررسی اضطراب کار بین کارمندان در جمهوری فدرال آلمان پرداخت. آنها نشان دادند که اضطراب با تقاضاهای بالای کار و کم بودن آزادی برای تصمیم‌گیری در محل کار رابطه نزدیک دارد.

دیدگاه‌های متفاوت در مورد موفقیت ارتقای سلامت در محل

کار

در حدود ۸۵ درصد از جمعیت ایالات متحده از طریق محل کار قابل دسترسی هستند که مقایسه می‌شوند با ۷۵ درصد تماسی که جمعیت مورد آزمایش با یک پزشک عمومی در هر سه سال دارند و ۱۵۰۰۰ ساعتی که دانش آموزان در مدرسه می‌گذرانند.

ارتقای موفقیت آمیز سلامت در محل کار از دیدگاه عوامل انسانی دخیل در این نوع برنامه‌ها متفاوت است: دانشگاهیان آینده شناسان، جامعه پزشکان، کارکنان سلامت عمومی و متخصصان اجتماعی دیدگاه‌های ارزشی متفاوتی از کارفرمایان و کارمندان دارند. با وجود این بدون شک اهداف مشترکی بین آنها وجود دارد. در دیدگاه ارتقای دهندگان سلامت «دستیابی به یک نسبت کافی از جمعیت بزرگسال» یک هدف بارز است.

انتخاب راهبردها تا اندازه‌ای توسط دو اصل دسترسی و قابل دسترس بودن آموزش دهندگان ماهر و معتبر سلامت تعیین می‌شود. دستیابی به جمعیتی که معمولاً دسترسی به آن مشکل می‌باشد، از خصوصیت عالی محل کار است. برآورد شده است که در حدود ۸۵ درصد از جمعیت ایالات متحده از طریق محل کار قابل دسترسی هستند که مقایسه می‌شوند با ۷۵ درصد تماسی که جمعیت مورد آزمایش با یک پزشک عمومی در هر سه سال دارند و ۱۵۰۰۰ ساعتی که دانش آموزان در مدرسه می‌گذرانند.

مک ایون (۱۹۸۷) متذکر شد در سال ۱۹۷۷ نزدیک به ۸۵ درصد از تمام شرکت‌ها در بریتانیا که ۳۴ درصد نیروی کار را در استخدام خود داشتند، دارای خدمات سلامت شغلی نبودند.

باک (۱۹۸۲) بعد از بررسی مقیاس کوچکی از شرکت‌ها در حوزه سلامت در شمال انگلیس خوش بین تر بود. کارکنان سلامت شغلی دو نوع از متداول ترین انواع برنامه سلامت در محل کار را درمان و بازدید محل گزارش دادند. ۵۵ نفر از ۵۹ نفر پاسخ دهندگان وجود فرصت‌های آموزش سلامت را در شرایط درمان تأیید کردند و ۲۹ نفر اظهارداشتند این فرصت‌ها اغلب یا گاهی در بازدید از محل به وجود می‌آید.

نتیجه مؤثری که بعد از تحقیق وتکی و همکاران (۱۹۸۵) در ایالات متحده در سطح ملی انجام شد نشان دهنده دخالت خدمات سلامت شغلی در ارتقای سلامت بود. در نمونه سال ۱۹۵۳ که نتیجه چهار چوب نمونه گیری ۱۱۰۰۰ متخصص سلامت شغلی بود، بار دیگر نسبت پایین پاسخ دهی (۳۴ درصد) به دست آمد بنابر این مشاهدات باید با احتیاط همراه باشند. در این مطالعه پنج گروه را به عنوان متخصصین سلامت تعیین کرده بودند: متخصصین بهداشت صنعتی، پزشکان، پرستاران، آموزش دهندگان سلامت و سایرین. نسبت کل ساعت های کاری که این گروه ادعا می کردند برای آموزش سلامت صرف می کنند: ۳۳، ۲۲، ۳۸، ۸۹، ۲۳ درصد بود. انواع برنامه های مهم شامل ارتقای سلامت، پیش گیری از سوانح و محافظت در مقابل خطرات بود. نسبت هر یک از گروه های متخصص که در ارتقای وسیع تر سلامت در سطح گسترده دخالت داشتند، از ۳۱ درصد (متخصصین بهداشت صنعتی) تا ۹۸ درصد (پرستاران) متغیر بود. انواع روش های آموزشی در سطح گسترده ای توسط آموزش دهندگان سلامت به کار گرفته شدند (۵۰ درصد از آموزش دهندگان از ده تا سیزده روش استفاده کردند).

جالب است وقتی که از گروه های متخصص سؤال شد که آیا اهداف آنها اساساً متوجه آگاهی یا عملکرد بوده است؟ بیشتر به نظر می رسید که فقط گروه آموزش دهندگان سلامت بودند که قصد داشتند رفتارها را تغییر دهند (۸۰٪)، در حالی که ۵۰٪ از پرستاران تنها علاقه مند به آرایه آگاهی بودند. این که آیا این امر تفاوتی را در نظام فکری آنها نشان می دهد و یا پرستاران فرض می کنند که آگاهی به طور خود کار منجر به تغییر رفتار می شود، هیچ کدام روشن نیست. صرف نظر از نسبت پایین

ارتقای سلامت در محل کار ۲۵

تنها ۶۲٪ از متخصصین سلامت شغلی در ارایه خدمات آموزش سلامت، از آموزش خاصی برخوردار بودند.

پاسخها، شرایط به طور روشنی نسبت به اروپا بهتر بود. با وجود این، محققین تأسف می‌خورند از این که تنها ۶۲٪ از متخصصین سلامت شغلی در ارایه خدمات آموزش سلامت، از آموزش خاصی برخوردار بودند.

دیدگاه مدیریت در مورد موفقیت برنامه‌های ارتقای سلامت

در محل کار

غیر عادلانه نیست که انگیزه مدیران و کارفرمایان محل کار را در دو کلمه خلاصه کنیم:
نفع شخصی و اقتصادی.

این نکته ارزش تأکید مجدد را دارد که ایالات متحده در مسیر ارتقای سلامت محل کار در صدر کشورهای جهان قرار دارد. بینو و همکاران (۱۹۹۴) نشان دادند که برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار، حدوداً در ۸۰٪ از محل‌های کار ایالات متحده به کار گرفته می‌شوند و این وضعیت تا حدی توسط سیستم مراقبت سلامت ویژه آن کشور حمایت می‌شود. با این حال غیر عادلانه نیست که انگیزه مدیران و کارفرمایان محل کار را در دو کلمه خلاصه کنیم:

نفع شخصی و اقتصادی.

این اظهار نظر از سوی مدیریت عالی زیروکس (Xerox) است که از دست دادن یک مدیر از بیماری قابل پیشگیری هزینه‌ای در حدود ۶۰۰ / ۱۰۰۰ دلار برای سازمان در بر دارد (کوپر ۱۹۸۵). دانستن این موضوع که ارتقای سلامت در محل کار در حقیقت نوعی صرفه جویی مالی است، در بررسی‌های مختلف نشان داده شده است:

والش (۱۹۸۸) در نقد خود درباره برنامه‌های ارتقای سلامت در محیط کار، از سه فرد بدبین راسل (۱۹۸۶)، اسکلینگ (۱۹۸۶) و وارنر (Warner) نقل قول کرد. با وجود این، برداشت کلی

پولانی و همکاران (۲۰۰۰) نشان دادند که هزینه‌های برنامه‌های سلامت در حدود ۹ درصد از لیست حقوق شرکت را شامل می‌شود

این است که برنامه‌های ارتقای سلامت و آموزش سلامت مناسب موجب افزایش تولید و فروش و کاهش هزینه‌ها شود. منطقی که پشت این برنامه‌ها در مورد افزایش تولید و کاهش هزینه‌ها وجود دارد به شرح زیر است:

- افزایش بهره‌وری به دلیل:

□ کاهش بیماری

□ کاهش غیبت از کار

□ بالا رفتن روحیه کاری

□ آرایه تصویری خوب از سازمان

□ جذب کارمند شایسته از بازار کار

- کاهش هزینه‌ها به دلیل:

□ کاهش سوانح و بار ناشی از آن

□ نزول هزینه‌های بیمه سلامت در نتیجه تقاضای پایین

مراقبت بیمار

□ کاهش هزینه‌های درمان، ناتوانی و مرگ

□ کاهش جایگزینی کارمند و هزینه‌های آموزش در نتیجه

کمتر شدن جابجایی کارمندان

روشن است که بعضی از این مقوله‌ها ویژه سیستم آرایه مراقبت سلامت ایالات متحده است که بر روی بیمه سلامت شخصی تأکید می‌کند. طبق گفته کنراد (۱۹۸۸) هزینه‌های سلامت در محل کار در ایالات متحده در یک سال ۲۰ تا ۳۰ درصد افزایش یافته است. پولانی و همکاران (۲۰۰۰) نشان دادند که هزینه‌های برنامه‌های سلامت در حدود ۹ درصد از لیست حقوق شرکت را شامل می‌شود یعنی ۳ درصد افزایش در دهه ۱۹۸۰ (بیمه ملی عمر شمال غرب - ۱۹۹۴). اهمیت این هزینه‌ها را الکساندر (۱۹۸۸) به ما یاد آوری می‌کند:

ارتقای سلامت در محل کار ۲۷

انگیزه اقتصادی به طور آشکار علت اصلی شروع برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار بود، به خصوص در شرکت‌هایی که در صدد انتخاب آن بودند.

در طول دهه گذشته شرکت‌های بزرگ به طور فزاینده‌ای ابراز نگرانی کردند از این که ارایه برنامه‌های مراقبت سلامت بعدها منجر به هزینه‌های فرعی می‌شود. در ۱۹۶۱، چنین امتیازاتی ۲۵ درصد از لیست حقوقی را شامل شد. در سال ۱۹۸۱، ۴۱/۲ درصد و بین سال‌های ۱۹۸۷ و ۱۹۸۰ حق بیمه سلامت شرکت افزایش چشمگیری از ۴۳ میلیارد دلار به ۶۳ میلیارد دلار داشت. قابل توجه‌ترین اثر آن در بخش تولید برای شرکت جنرال موتور مستند شد که در سال ۱۹۷۷، ۱۷۶ دلار به قیمت هر ماشین و کامیون افزوده شد تا ۸۲۵ میلیون دلاری را که در آن سال صرف امتیازات کارگران کرده بودند، جبران شود. تحقیق اخیری که از ۵۰۰ شرکت و ۲۵۰ واحد صنفی به عمل آمد، نشان می‌دهد که هزینه‌های بیمه سلامت در طی هشت سال بعد از پرداخت مالیات‌ها با سودها برابر خواهد بود.

جذابیت خدمات مؤثر ارتقای سلامت با وجود این آمار غیر قابل فهم می‌شود. بنا براین انگیزه اقتصادی مدیران به هیچ وجه شگفت آور نیست و این موضوع در تحقیقی که توسط دیویس و همکاران Davis در رابطه با ارتقای سلامت محل کار در کلرادو انجام دادند، تأیید می‌شود. از شرکت‌های مورد بررسی که اجرای برنامه‌ها را آغاز کرده بودند، خواسته شد دلایل شروع فعالیت‌های ارتقای سلامت را ارایه دهند، هم‌چنین از شرکت‌هایی که علاقه‌مند به شروع این مداخله‌ها بودند نیز خواسته شد که انگیزه خود را بیان کنند، انگیزه اقتصادی به طور آشکار علت اصلی شروع برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار بود، به خصوص در شرکت‌هایی که در صدد انتخاب آن بودند.

۲۸ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

جدول ۱-۱: دلایل شروع برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار (دیویس و همکاران)

دلایل	شرکت‌های دارای برنامه	شرکت‌های علاقه‌مند به شروع
ارتقای سلامت و کاهش مشکلات سلامت	۸۲	۶۸
بالا بردن روحیه کارکنان	۵۹	۵۲
کاهش هزینه‌های مراقبت سلامت	۵۷	۶۷
کاهش جابجایی و غیبت‌ها	۵۷	۵۷
بهره‌وری	۵۰	۶۴
پاسخ به تقاضا یا علایق کارکنان	۳۳	۲۰
بودن در روندی مبتکرانه	۳۲	۲۰
بهبود تصویر عمومی	۲۰	۸

دیدگاه کارکنان در مورد موفقیت برنامه‌های ارتقای سلامت

در محل کار

کارکنان مداخلاتی را که برای بالا بردن سطح سلامت آنها برنامه‌ریزی شده، به خوبی می‌پذیرند.

کارکنان مداخلاتی را که برای بالا بردن سطح سلامت آنها برنامه‌ریزی شده، به خوبی می‌پذیرند، در صورتی که مدیران وابسته به مقدار فروش هستند. بدون شک اتحادیه‌های کارگری از هر حرکتی که به نفع اعضای آنها باشد، استقبال می‌کنند و کارگران به چنین ابتکار عمل‌هایی پاسخ می‌دهند.

با وجود این پولانی و همکاران (۲۰۰۰) به نکته عبرت آمیزی در مورد دخالت اتحادیه در کانادا و نمونه مشابه دیگری در بریتانیا برخورد کردند. به دلیل سیاست محافظه کارانه حاکم بر دهه ۱۹۸۰ و تنزل پیوسته سطوح تشکیل اتحادیه در اروپا اتحادیه‌ها مجبور بودند به مسایل مربوطه به بیکاری‌ها و افزایش

تعهد به سلامت به عنوان وسیله‌ای برای تجربه یا اثبات خود به عنوان فردی جدید، یکی از ویژگی‌های یک شخص مثبت محسوب می‌شود که ارزش بالایی در فرهنگ امروزی غرب دارد.

چراکه به نظر می‌رسد که یک نیروی کار انگلیسی بیشتر نگران بیکاری باشد تا بی حفاظتی در برابر موادخطرناک، چه رسد به مشارکت در دستیابی به تندرستی به منظور کاهش هزینه‌های ثابت مدیریت

سرعت پیشرفت کار بپردازند و بنابراین زمانی برای پرداختن به موضوعات وسیع تر روانی اجتماعی سازمان کار نداشتند.

هدف مطالعات مختلف در آمریکای شمالی، پی بردن به دلایل مشارکت کارکنان در برنامه ارتقای سلامت بود. برای مثال کنراد (۱۹۸۸) مهمترین دلیل این امر را تندرستی و کنترل وزن دانست. اسپیلمن (۱۹۸۸) متذکر شد، تفاوت‌های جنسیتی در انگیزه مشارکت مؤثر بود که این مورد با نظرات شناخته شده در مورد سلامت زنان تطابق دارد. برای مثال نسبت بالای مشارکت

عمومی در برنامه کاهش وزن به دلیل زیبایی و ظاهر جسمانی بود و البته به نقش‌های سرپرستی آنها به عنوان کارکنان بدون مزد و مراقبین سلامت خانواده نیز مرتبط بود. کوتاربار و بتلی (۱۹۸۸) انگیزه مشارکت در یک برنامه ارتقای سلامت در محل کار را به صورت زیر شرح می‌دهند: «تعهد به سلامت به عنوان وسیله‌ای برای تجربه یا اثبات خود به عنوان فردی جدید، یکی از ویژگی‌های یک شخص مثبت محسوب می‌شود که ارزش بالایی در فرهنگ امروزی غرب دارد».

انگیزه کارکنان وابسته به فرهنگ آنها است و معیارهای سلامت عمومی آنان را منعکس می‌سازد. بنابراین تضمینی وجود ندارد که یک نیروی کار در بریتانیا توسط متخصص سلامت آمریکای شمالی (که به دنبال سلامت در سطح بسیار بالا است) تعیین هویت شود. چراکه به نظر می‌رسد که یک نیروی کار انگلیسی بیشتر نگران بیکاری باشد تا بی حفاظتی در برابر موادخطرناک، چه رسد به مشارکت در دستیابی به تندرستی به منظور کاهش هزینه‌های ثابت مدیریت.

راهبرد های ارتقای سلامت در محل کار

پولانی و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند که برنامه ارتقای سلامت در محل کار عمدتاً بر تغییر شیوه زندگی فرد تمرکز دارد بدون در نظر گرفتن شرایطی که چنین رفتارهایی را شکل می‌دهد. همان‌گونه که سیم (Syme) یادآوری می‌کند مداخلاتی که هر فرد را به تنهایی هدف قرار می‌دهد، مؤثر نیستند زیرا در وهله اول بر فشارهای منبعث از جامعه هیچ تأثیری ندارند و این باعث می‌شود که افراد برای همیشه در معرض خطر باشند:

مداخلاتی که هر فرد را به تنهایی هدف قرار می‌دهد مؤثر نیستند زیرا در وهله اول بر فشارهای منبعث از جامعه هیچ تأثیری ندارند و این باعث می‌شود که افراد برای همیشه در معرض خطر باشند

یکی از فعال‌ترین سیاست‌های امروزی دولت مرکزی در بیشتر کشورهای سرمایه داری غربی، تقویت و برانگیختن برنامه‌های ارتقای سلامت نظیر آموزش سلامت است که هدف از اجرای آن بیشتر تغییر افراد است تا تغییر محیط اقتصادی یا سیاسی.

همان‌گونه که در جدول زیر درج شده، نویسندگان به طور آشکاری روش سنتی ارتقای سلامت در محل کار را با راهبرد تعیین کننده های سلامت در محل کار مقایسه می‌کنند. به عبارتی راهبرد اخیر به عنوان رویکردی بنیادی و توانمند کننده در این متن مورد حمایت قرار خواهد گرفت البته در ادامه متذکر می شویم که یک رویکرد بنیادی در راستای ارتقای سلامت و امنیت شغلی شامل گنجانیدن تعریف عوامل بیماری زای امروزی در محل کار خواهد بود.

ارتقای سلامت در محل کار ۳۱

جدول ۱-۲: استراتژی‌های بهبود سلامت در محل کار

استراتژی	محرک	اهداف	مثال‌ها
ایمنی و سلامت شغلی در روش سنتی	خطرات فیزیکی کار سنگین صنعتی	کاهش میزان سم از محل زیست- کاهش تقاضاهای فیزیکی کار	بهداشت صنعتی، اصلاح تجهیزات و روش کار، محافظت
ارتقای سلامت در محل کار در روش سنتی	غیبت زیاد و هزینه‌های بالا	کاهش خطر بیماری در افراد از طریق آموزش، افزایش مهارت‌ها و برنامه‌های حمایتی	برنامه‌های تندرستی، برنامه ترک سیگار، مشاوره، برنامه‌های کاهش وزن
عوامل تعیین کننده ارتقای سلامت در محل کار	شناخت رابطه بین فشار کاری و سلامتی	کاهش نیازهای روانی اجتماعی در محل کار، افزایش حمایت اجتماعی، افزایش مشارکت کارکنان در تصمیم گیری	ساعات کار با قابلیت انعطاف و تعطیلات، طراحی مجدد شغل، چرخش شغلی، قدرت تصمیم‌گیری برای کارمند، آموزش سرپرستی

خدمات سلامت شغلی و تهدیدات جدید برای سلامت

هنوز نمونه‌های زیادی از محل‌های کاری پر خطر در روش سنتی وجود دارد که در ایجاد حوادث و بیماری‌های مزمن (از نوع قدیمی) نقش به‌سزایی دارند

در روش سنتی آموزش سلامت و ایمنی شغلی، هم شرایط پر خطر برای مشکلات سلامت شخصی مانند بیماری‌های عروق کرونر قلب شناسایی شده و آموزش داده می‌شد و هم شرایط پرخطر در یک موقعیت شغلی خاص. اخیراً برنامه‌های گسترده‌تر ارتقای سلامت بر سلامت عمومی تمرکز یافته است. هر سه رویکرد با اهداف مورد توافق خدمات سلامت شغلی سازگار هستند. هم چنانکه مک اوین (۱۹۸۷) به این مسأله این گونه اشاره می‌کند:

- حفاظت از کارکنان در مقابل هر گونه خطر سلامتی خارج از محل کار و یا موقعیت‌های خطرناک؛
- کمک به سازگاری فیزیکی و ذهنی کارکنان به خصوص از طریق سازگاری کار با کارکنان و وظیفه شغلی که در خور آن هستند؛
- کمک به استقرار و حفظ بالاترین درجه ممکن از سلامت فیزیکی و ذهنی کارکنان .

نمونه‌های این برنامه‌ها به راحتی در دسترس هستند. به طور مثال ایپولیتو شفرد (۱۹۸۷) و همکاران به شرح برنامه آموزش سلامت شغلی کشاورزی در آمریکای لاتین پرداختند. شنک و همکاران (۱۹۸۷) نتایج تحقیق در مورد عقاید و باورهای کارکنان صنعت لاستیک در مورد ایمنی را که ممکن بود از مداخلات آموزش سلامت در طرح کاهش خطر استفاده کنند ارایه کردند. نکته قابل توجه این بود که:

هنوز نمونه‌های زیادی از محل‌های کاری پر خطر در روش سنتی وجود دارد که در ایجاد حوادث و بیماری‌های مزمن (از نوع قدیمی) نقش به‌سزایی دارند. برای مثال (پلات و همکاران

(Platt ۲۰۰۰) در بررسی و تحقیقاتی که از وضعیت بازار کار و سلامتی در اروپا انجام شد، نشان دادند که ۳۰٪ از کسانی که در سال‌های ۱۹۹۲-۱۹۹۱ به پرسشنامه جواب دادند، ایمنی و سلامتی‌شان را در حین کار در معرض خطر می‌دانستند.

این مشکل با قرار گرفتن در معرض سرو صدا، آلودگی هوا، جا به جا کردن مواد خطرناک و کار کردن در محیط‌های سخت رابطه دارد. به عبارت دیگر به نحو روز افزونی لازم است برای ارتقای سلامت در قرن ۲۱- حداقل در جهان غرب- تعدادی از شرایط جدید یا دیدگاه‌های جدید به سمت مشکلات قدیمی سلامت معطوف گردد.

پولانی و همکاران (۲۰۰۰) فهرستی از ویژگی‌های آسیب شناختی در محل‌های کاری امروزی در آمریکا را تهیه کردند که در زیر آمده است:

• کار برای رقابت، حقوق کارگر را به تدریج ضعیف و شرایط کاری بسیار بدی را ایجاد کرده است؛

• برای کاهش هزینه و تطابق با تغییرات، شرکت‌ها حقوق‌ها را کاهش داده و کارمندان تمام وقت را باز خرید و از کار بیکار کرده‌اند؛

• افزایش وام‌های دولتی باعث کاهش در آمد و عدم اجرای برنامه‌های اجتماعی شده است.

پولانی و همکاران (۲۰۰۰) اقتصاد دو گانه را منشاء تبعیض دانسته و این گونه شرح دادند که:

به نظر می‌رسد تغییرات اقتصادی و تکنولوژیکی، محرک توسعه « اقتصاد دوگانه » بوده و موجب تبعیض بین دو قشر شامل دسته کوچکی از متخصصین و گروه بزرگی از کارگران غیر ماهر و بدون ایمنی شغلی شده است. در دهه هشتاد، پنج

۳۴ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

درصد از حقوق بگیران رده بالا، افزایش حقوقی معادل ۲۳٪ داشته اند. ... در حالی که ۲۰٪ از افراد با تجربه و در رده های پایین، کاهش حقوق داشتند!

پلات و همکاران (Platt ۲۰۰۰) نیز از دید اروپایی ها خصوصیات موقعیت های شغلی امروزی را به شرح زیر بیان کرده اند:

- میزان مشارکت کار (کل نیروی کار به عنوان در صدی از جمعیت کار) در کل افزایش یافته است.

- میزان مشارکت کار در بین گروه سنی کمتر از ۲۵ سال کاهش یافته است (این نشانگر رشد تحصیلات متوسطه است).

- میزان مشارکت کار در بین کارگران مسن تر به ویژه مردان کاهش یافته است.

- میزان مشارکت کار در بین زنان افزایش یافته است.

- ساعات کار کاهش یافته است.

- بخش های صنعتی و کشاورزی به بخش های صنایع خدماتی تغییر کرده است.

- نیاز به انعطاف پذیری (یعنی توانایی سازگاری سریع با تغییر شرایط و تکنولوژی که نتیجه آن افزایش اشتغال ناپایدار و کاهش سطح *استاندارد* در مشاغل تمام وقت است) افزایش یافته است.

آنها فرصت های ارتقای سلامت در موقعیت های شغلی را به صورت زیر بیان کرده اند:

- سازماندهی مجدد محل کار: کوچک کردن محل کار

(down sizing)، سازمان دهی مجدد و رفع ناامنی شغلی

- ورود و خروج از بازار کار جدید: رفع بیکاری، بازنشستگی

پیش از موعد و اشتغال مجدد

افراد دارای حقوق پایین و کاربران کم مهارت کامپیوتر از لحاظ روانشناسی بیشتر از افراد دارای حقوق بالا و کاربران ماهر کامپیوتر در معرض فشار و استرس قرار می‌گیرند.

• تکنولوژی جدید: به ویژه سیستم‌های جدید نمایش‌های تصویری مانند کامپیوتر

• مشخصات محل کار: رضایت شغلی، مشارکت و کنترل تقاضا

بحث بیشتر در این رابطه در اینجا ممکن نیست اما نتیجه‌گیری پلات و همکاران (۲۰۰۰) از بررسی ۴ مقاله و ۱۸ تجربه عملی مکتوب در مورد تأثیر استفاده از تکنولوژی جدید بر سلامتی به شرح زیر می‌باشد:

□ افراد دارای حقوق پایین و کاربران کم مهارت کامپیوتر از لحاظ روانشناسی بیشتر از افراد دارای حقوق بالا و کاربران ماهر کامپیوتر در معرض فشار و استرس قرار می‌گیرند؛

□ فشار ناشی از حرکت به سمت تکنولوژی جدید در میان افراد با حقوق پایین، افراد کم مهارت و کارمندان مسن تر بیشتر از افراد با حقوق بالا، افراد ماهر و کارمندان جوان تر است.

اسمیت (۱۹۹۷) هفت عامل شغلی مؤثر در افزایش استرس در میان گروهی از مجموعه های شغلی را به این صورت فهرست می‌کند:

□ تقاضای زیاد شغل

□ عدم کنترل روند کار یا عدم توانایی برای مشارکت در تصمیم‌گیری

□ انبوه کارهای تفویض شده و عدم مهارت کافی

□ یکنواختی یا کمبود تنوع کارها

□ روابط ضعیف کارمند و سرپرست یا عدم حمایت از سوی

سرپرست

□ مشکلات تکنولوژی برای مثال خرابی کامپیوتر، ترس از

امنیت شغلی

تقاضای زیاد برای کار و محدودیت آزادی در تصمیم‌گیری برای تعدیل این تقاضاها، منجر به ایجاد آسیب روانی در کار شده است.

یکی از تأسّف‌بارترین آسیب‌ها در ژاپن به عنوان کاروشی (Karoshi) یا مرگ ناشی از کار زیاد یا مرگ ناشی از استرس شناخته شده است.

کاراسک (۱۹۹۶) با بررسی شش تحقیق انجام شده نشان داد که رضایت شغلی قطعاً با شرایط مختلف سلامتی مرتبط است - از جمله علایم بیماری ناشی از عدم رضایت شغلی « عارضه های شانه و گردن » است. وی همچنین مدلی را به نام « مدل کنترل و تقاضای کار » توضیح داد که تأکید آن بر این است که:

تقاضای زیاد برای کار و محدودیت آزادی در تصمیم‌گیری برای تعدیل این تقاضاها، منجر به ایجاد آسیب روانی در کار شده است و این آسیب روانی در کار، پیامدهای منفی در سلامتی دارد. یکی از تأسّف‌بارترین آسیب‌ها در ژاپن به عنوان کاروشی (Karoshi) یا مرگ ناشی از کار زیاد یا مرگ ناشی از استرس شناخته شده است.

برنامه‌های کمک و حمایت از کارکنان

(EAPs = Employee Assistance programs)

رومن و بلام (۱۹۹۸) بین EAPs و برنامه‌های ارتقای سلامت مقایسه ای انجام دادند، آنها از EAPs دو تعریف ارائه دادند:

□ برنامه‌های کمک و حمایت از کارکنان، مکانیسم افزایش فرصت‌ها برای اشتغال مداوم افرادی است که بازدهی کار و عملکرد شخصی آنها به واسطه مشکلات سوء رفتار، بیماری روانی، اختلافات خانوادگی و دیگر مشکلات شخصی تحت تأثیر قرار گرفته است؛

□ برنامه‌های شغلی در داخل سازمان کار هستند که به منظور شناخت کارمندان دارای مشکل، انگیزه دادن به آنها برای حل مشکلاتشان و ارائه مشاوره یا درمان به آن دسته از کارمندانی که نیاز به این خدمات دارند، انجام می‌شود.

EAPs به درمان توجه دارد در حالی که دیگر برنامه‌های ارتقای سلامت به پیشگیری توجه دارند.

از این تعاریف مشخص است که EAPs به درمان توجه دارد در حالی که دیگر برنامه‌های ارتقای سلامت به پیشگیری توجه دارند. رومن و بلام نیز متوجه شدند از آنجا که اتحادیه‌های کارگری در آمریکا احتمالاً به HPPs (برنامه‌های ارتقای سلامت) مشکوک هستند، تمام آنها به اتفاق آرا از EAPs حمایت می‌کنند. به علاوه، آنها متذکر شدند که HPPS و EAPS هر دو به سمت هدف واحدی حرکت می‌کنند.

ارتقای بنیادین سلامت: توانمندی سازی

پولانی و همکاران (۲۰۰۰) موارد ناکامی روش‌های غیر بنیادین سلامت در محل کار را به شرح زیر دانستند:

□ تغییرهای رفتاری بدون تغییر همزمان در بافت فرهنگی و اجتماعی مؤثر در رفتار فرد کوتاه مدت است.

□ ۹۰٪ افرادی که سیگار را ترک کرده اند در طی یک سال دوباره روبه سیگاری‌آوردند (Benowitz & Henningfield ۱۹۹۴).

□ فقط ۱۰٪ افراد مهارت‌های مدیریت استرس را در طولانی مدت به کار می‌گیرند (Aaron - ۱۹۹۵).

□ میزان کاهش وزن و کم کردن چربی پایین است (۱۹۸۸-Syme).

گروه تحقیق برنامه MRFIT در آمریکا برای بهبود بیماری‌های قلبی - عروقی دلایل شکست مداخله را به این صورت شرح می‌دهد که:

«علی‌رغم انگیزه زیاد شرکت کنندگان، طراحی خوب برنامه مداخله رفتاری، منابع فراوان و کار عالی گروه؛ به دلیل استفاده از روش فردگرایانه برنامه با شکست مواجه شد (تأییدی بر ضرورت به کاری‌گیری رویکرد تغییر بنیادین)».

در مداخلات تغییر شیوه زندگی باید همواره به یاد داشت که:

کنترل افرادی که می‌خواهند بر آینده خود تأثیر بگذارند و افرادی که قصد تغییر دارند، بیشتر متاثر از محیط اجتماعی آنها است.

توانایی افراد برای تغییر رفتارهای مخاطره آمیزشان و تداوم مستمر آن، مستقیماً به ثروت، قدرت و سواد بهداشتی آنها وابسته است. به طور خلاصه کنترل افرادی که می‌خواهند بر آینده خود تأثیر بگذارند و افرادی که قصد تغییر دارند، بیشتر متاثر از محیط اجتماعی آنها است.

مؤثرترین روش ارتقای سلامت در محل کار باید به طور ایده ال با افزایش آگاهی همراه باشد.

به طور اساسی نمی‌توان تمام برنامه‌های متمرکز بر فرد را مردود دانست. برای نمونه، در بریتانیا (UK) برنامه سلامت و تندرستی عمومی که توسط انجمن آموزش سلامت بزرگسالان تهیه شده بود، در محل کار اجرا شده است. این برنامه مراقبت از سلامت خود شامل آموزش ورزش، ریلاکسیشن، تغذیه سالم و دیگر عوامل سلامتی در شیوه زندگی بود (dames – ۱۹۸۶). مربیان آموزشی در محل کار برای اجرای روزانه این برنامه حاضر بودند. برنامه مورد بحث، بیشتر به عنوان آموزش اولیه بزرگسالان شاغل در محل کار به اجرا در آمد. اگر چه این برنامه طیف وسیعی از موضوعات سلامتی را مورد بررسی قرار داد اما تأکید آن هنوز بر روی تغییر رفتار فردی بود. مهمتر از همه این که برنامه به مسأله اساسی تأثیر خطرناک محل کار و به طور کلی جنبه‌های ویژه کار توجهی نداشت.

پس از استدلال ما در بند های قبلی در مورد مرکزیت توانمندسازی و توجه به ماهیت خطرهای سلامتی در محل کار، مشخص شد که مؤثرترین روش ارتقای سلامت در محل کار باید به طور ایده ال با افزایش آگاهی همراه باشد.

ارزیابی تأثیر برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار

بخش عمده برنامه ارتقای بنیادین سلامت - به همراه افزایش آگاهی - بر استراتژی ارزیابی تأثیر سلامتی متمرکز است. همان طور که سازمان بهداشت جهانی توصیه می‌کند، در توسعه سیاست داخلی یا ملی باید همواره روند ارزیابی تأثیر احتمالی آن سیاست بر سلامت را در نظر گرفت و اثرات زیان بار را به حداقل رسانید. هر حرکت به سمت ارزیابی تأثیر سلامتی (و مهمتر از آن اقدام در زمینه نتایج ارزیابی) به همکاری کامل و همبستگی نیروهای طرفدار، افزایش آگاهی و فشار عمومی بستگی دارد.

قالب تلفیقی برای ارزیابی سلامت محیط کار (دانشگاه

گریفیث):

این جدول بر اساس مطالعه هاو و همکاران در سال ۱۹۹۰ به دست آمده است و تأکید آن بر شاخص‌های فرایند (Process)، اثر (Impact) و پیامد (Outcome) است.

۴۰ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

جدول ۳-۱: قالب تلفیقی ارزیابی سلامت محیط کار

طبقه بندی	شاخص
مشخصه‌های سازمانی	فرهنگ محل کار، سبک مدیریت، تقسیم کار، همبستگی گروه کار، استقلال کارگران، کار شیفیتی، ساختار اهدای پاداش، تعیین مسیرهای شغلی، حجم کار، مشارکت کارگران در تصمیم‌گیری، کانال‌های ارتباطی قدرت/ کنترل در مقابل مسؤولیت، رضایت کاری و روحیه، موضوعات عدالتی، ارتباط با جوامع خارج
محل فیزیکی	شرایط محلی و بهداشتی، عدم محافظت در برابر خطرات (صدا، گردو غبار، گرما، مواد شیمیایی و غیره)، ساختمان محل (نور، زیبایی شناسی، فضا و غیره)
داده‌های سلامت و امنیت (ویژه صنعت و محل کار)	غیبت، جبران کارگر، مرخصی استعلاجی، جراحات و نقص عضوها، میزان کثرت زمان از دست رفته، عوامل خطر ساز، میزان مرگ و میر، بهره‌گیری از خدمات بهداشتی
ماهیت کار	وظایف شغلی، فعالیت‌های روزمره، مدیریت غیر اتوماتیک، طرح و محل کار، اندازه‌گیری‌های ارگونومیک
خصوصیات جمعیتی، داده‌های روش زندگی کارکنان	تعداد کارکنان، درآمد، میزان تحصیلات وضعیت فرهنگی - اقتصادی، قومیت و نژاد، جنسیت، توزیع سنی، آمار استفاده از الکل و مواد مخدر، نوع مشتریان

برنامه‌ریزی طرح ارتقای سلامت در محل کار: « استعمال

دخانیات »

برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار باید به درستی طرح ریزی شده و به گونه ای باشد که از اشتباه دوری گزیند. اصول ارتقای سلامت در محل کار با ارتقای سلامت در محیط‌های دیگر تفاوتی ندارد. بنابراین وجود سیاست‌های پشتیبان یک شرط اساسی است.

ارتقای سلامت در محل کار ۴۱

در حقیقت توسعه و اجرای سیاست‌های سلامت، سال‌های زیادی است که برنامه اصلی ارتقای سلامت در محل کار بوده است. به ویژه در مورد سیاست ایمنی و اخیراً سیاست‌های مبارزه با استعمال دخانیات. گاهی اوقات معلوم شده است که چنین سیاست‌هایی حتی بدون آموزش اجرا شده است. معمولاً ایجاد سیاست در مورد مشروبات الکلی، استعمال دخانیات، تندرستی و تغذیه، اغلب بر پیشگیری از بیماری عروق کرونر قلب و به میزان کمی بر روی کاهش استرس متمرکز شده است. به عنوان مثال سیاست مبارزه با استعمال دخانیات در محل کار به طور مختصر در ذیل شرح داده می‌شود:

- اول، سیاست مبارزه با استعمال دخانیات دارای اهداف زیر است:

- ممنوعیت مصرف سیگار در مناطقی که دارای ایمنی ویژه یا خطراتی برای سلامتی است
- ایجاد مکانی برای سیگار کشیدن افراد سیگاری
- دسترسی به تسهیلات ترک سیگار
- نمایش علائم مناسب
- اطلاع رسانی به اداره ها و نیروهای کار
- رعایت سیاست‌های توسط همه کارکنان
- عدم تبعیض بر علیه فردی که حقوقش متأثر از این سیاست-ها است.

- دوم، به طور کلی مراحل قابل قبول برای اجرای سیاست مبارزه با استعمال دخانیات به شرح زیر است:

- تشکیل یک گروه کار
- تعریف اهداف

با هر محل کاری باید به صورت یک اجتماع منفرد که دارای فرهنگ خاص خویش است، رفتار کرد.

□ بررسی نگرش های کارکنان و در خواست از آنان برای ارایه پیشنهادهایی به منظور پیاده سازی سیاست ها

□ انجام مشاوره

□ جلب نظر مدیریت عالی برای اجرای سیاست ها

□ پیاده سازی سیاست ها

□ احداث محیط های ممنوع سیگار کشیدن

□ کمک به افراد سیگاری

□ انجام اقداماتی برای کنترل و حفاظت از سیاست ها

سرن سن و همکاران (۱۹۹۰) استدلال می کردند که با هر محل کاری باید به صورت یک اجتماع منفرد که دارای فرهنگ خاص خویش است، رفتار کرد. وی مراحل ضروری برای اجرای مؤثر یک برنامه ارتقای سلامت را به شرح زیر دانست:

- ایجاد حمایت اجتماعی
- ارزیابی معیارها، فرهنگ و فعالیت های جامعه
- تأسیس شورای مشورتی
- ارزیابی فرهنگ محل کار و معیارهای اجتماعی
- استفاده از فرصت های تسهیل برنامه
- شناسایی و تغییر موانع موجود
- جلب حمایت همه جانبه مدیریت با سابقه و اتحادیه ها
- استفاده از کارکنان در برنامه ریزی
- هدایت تحقیقات بر روی کارکنان
- انتخاب کمیسیون هدایت کارکنان
- انتخاب رابط در محل کار
- استمرار مداوم برنامه با حمایت های اجتماعی و محلی
- مدیریت ارزیابی دوره ای برنامه

مروری بر اثر بخشی برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار:

در سال‌های اخیر، شاهد افزایش واقعی مطالعات مرور اثر بخشی بوده ایم. این مراجع در ذیل صفحه به سه دسته تقسیم شده‌اند:

دسته اول: تغییر شرایط بازار کار و سلامت

قبلاً به بازنگری ریشه‌ای پلات و همکاران (۲۰۰۰) از آثار مکتوب در مورد رابطه تغییر شرایط بازار کار و سلامت به ویژه با مشاهده عوامل تعیین کننده سلامت و بیماری اشاره شد. یکی از بخش‌های ویژه این بازنگری به مداخلات ارتقای سلامت در محل کار مربوط بود. این مرحله شامل سه زیر مجموعه بود: کاهش استرس، غیبت و رفتارهای سلامتی.

کاهش استرس

بررسی‌ها نشان داد که ۶۰ تا ۹۰ درصد از کلیه مراجعات به متخصصین سلامت، به دلیل برخی اختلالات ناشی از استرس بود. دو مورد بازنگری آثار مکتوب ، (Burke- ۱۹۹۳) (Muphy- ۱۹۹۶) به همراه سه مورد تحقیق تجربی تأثیرات مداخلات در محل کار بر اضطراب ، (Reynolds ۱۹۹۷) (Arbetz ۱۹۹۶ ، ۱۹۹۷ ، Barrios - choplin ۱۹۹۷) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پلات و همکاران (۲۰۰۰) نتیجه این مطالعات مختلف را اینگونه تعریف کردند:

« یافته‌های حاصل از این مطالعات به همراه نتایج این دو بازنگری، اشاره بر این دارد که مداخلات مدیریت استرس

بررسی شده در افراد می‌تواند در کاهش نشانه های بیماری‌های جسمی و روانی مؤثر باشد».

مهمتر از همه این که، با توجه به بحث ما پیرامون ارتقای بنیادین سلامت، نویسنده نتیجه گرفته است که:

«مدخلات باید منابع استرس زای سازمانی را در محل کار مشخص کنند تا به طور اصولی به این موضوع پرداخته شود».

همچنین مدارکی وجود دارد که نشان می‌دهد استرس در محل کار ناشی از شیوع خطرات ایمنی، ازدحام و شلوغی و نیازهای شناختی و فیزیکی است و از محرک‌های ایجاد استرس زیست محیطی می‌توان برای پیش بینی جراحات شغلی استفاده کرد. گزارش منتشر شده از سوی انجمن روانشناختی آمریکا نشان داد که هر چه کارمندان بیشتر دچار افزایش تقاضاهای شغلی و محرک‌های استرس‌زا مثل ترس از دست دادن کار شوند، احتمال این که در معرض سوانح در محل کار قرار گرفته و متحمل جراحی شوند، نیز بسیار بیشتر می‌شود. طبق گزارش شین (shain) استرس می‌تواند میزان جراحی در محل کار را به دو تا سه برابر افزایش دهد. علاوه بر رابطه بین امنیت و سلامت شغلی و تغییر سازمانی، رابطه دیگری نیز بین رویکرد تغییر رفتار داوطلبانه و امنیت و سلامت شغلی وجود دارد. کارمندانی که هم در معرض خطرات شدید شیوه زندگی و هم خطرات شغلی قرار دارند، به احتمال بیشتری متحمل جراحی ناشی از محل کار می‌شوند. تداخل مشخصی بین امنیت و سلامت شغلی، تغییر سازمانی و اتخاذ داوطلبانه شیوه زندگی سالم وجود دارد (این رویکردها در صفحات بعدی بیشتر توضیح داده می‌شود).

استرس در محل کار ناشی از شیوع خطرات ایمنی ازدحام و شلوغی و نیازهای شناختی و فیزیکی است و از محرک‌های ایجاد استرس زیست محیطی می‌توان برای پیش بینی جراحات شغلی استفاده کرد.

هر چه کارمندان بیشتر دچار افزایش تقاضاهای شغلی و محرک‌های استرس‌زا مثل ترس از دست دادن کار شوند، احتمال این که در معرض سوانح در محل کار قرار گرفته و متحمل جراحی شوند نیز بسیار بیشتر می‌شود.

استرس می‌تواند میزان جراحی در محل کار را به دو تا سه برابر افزایش دهد.

کارمندانی که هم در معرض خطرات شدید شیوه زندگی و هم خطرات شغلی قرار دارند، به احتمال بیشتری متحمل جراحی ناشی از محل کار می‌شوند.

غیبت

پنج تحقیق در این رابطه انجام شده است (Jeffrey - a.b ۱۹۹۳ - Schi ۱۹۹۳ - Kerrundvos ۱۹۹۳ . Lechers ۱۹۹۷ - Michie). تعبیر پلات و همکاران اینگونه بوده که:

« کلیه یافته‌ها به تأثیر عمده فعالیت ارتقای سلامت در محل کار بر غیبت اشاره دارند.»

رفتارهای سلامتی

در مورد بازنگری تأثیرات رفتاری ارتقای سلامت در محل کار بر موضوعاتی چون تغذیه، کنترل وزن و ورزش به همراه هشت مورد مطالعه خاص بر روی عوامل مخاطره آمیز قلبی-عروقی، مصرف دخانیات و الکل، پلات و همکاران نتیجه‌گیری بد بینانه زیر را اعلام کردند:

« تنها نتیجه‌ای که با اعتماد کامل می‌توان بیان کرد این است که به نظر می‌رسد قانون منع استعمال دخانیات در محل کار تنها میزان استعمال دخانیات را در بین سیگاری‌ها کاهش داده است اما تأثیر کمی بر رواج عمومی استفاده از سیگار داشته است.»

نتیجه‌گیری عمومی بازنگری پلات و همکاران به شرح زیر اعلام شده است:

علی‌رغم نگرانی در مورد کیفیت روش شناختی مطالعات موجود در بازنگری، به این نتیجه می‌رسیم که مدرک کافی در مورد ارتباط اثرات مهم سلامت با شرایط فعلی بازار کار، وجود دارد. یافته‌های ما اشاره بر این دارد که سازماندهی مجدد محل کار، کارگر مازاد، تکنولوژی جدید و ویژگی‌های محل کار امروزی احتمالاً با کمبود سلامت جسمی و روانی در بین طیف وسیعی از کارکنان ارتباط دارد.

کارفرمایان (همه شرکت‌ها) باید تشویق یا ملزم به توجه بیشتر به جنبه‌های سلامت منابع انسانی و تصمیمات کاری خود شوند، حتی در رابطه با کاهش بهره‌وری اقتصادی و مالی، بخش سلامت باید مورد سؤال قرار گیرد تا اطمینان حاصل شود که در تمامی جنبه‌های عملکرد خود (ارتقا، پیشگیری و نیز درمان) توجه زیادی به ارتباط بین اشتغال و بیکاری و سلامت و رفاه دارد.

این امر اشاره بر این دارد که دولت‌های اروپایی باید خط مشی‌های بازار کار خود را در معرض ارزیابی تأثیر سلامتی (چه در آینده و چه در گذشته) قرار دهند و به نحوه کاهش یا جبران عواقب منفی ناشی از تغییر فعلی بازار کار از طریق مکانیزم‌های مناسب توجه کنند.

کارفرمایان (همه شرکت‌ها) باید تشویق یا ملزم به توجه بیشتر به جنبه‌های سلامت منابع انسانی و تصمیمات کاری خود شوند، حتی در رابطه با کاهش بهره‌وری اقتصادی و مالی، بخش سلامت باید مورد سؤال قرار گیرد تا اطمینان حاصل شود که در تمامی جنبه‌های عملکرد خود (ارتقا، پیشگیری و نیز درمان) توجه زیادی به ارتباط بین اشتغال و بیکاری و سلامت و رفاه دارد. در ارتقای سلامت باید توجه داشت که محل کار بهترین محل برای انجام این مأموریت است و در واقع باید اشاره به این سؤال داشت که کدام سطح (فردی یا سازمانی) برای اجرای بهتر مداخلات سودمند است.

اثر بخشی مداخلات ارتقای سلامت در محل کار :

به گزارش پیرزمن و همکاران (۱۹۹۸) کمیسیون آموزش سلامت انگلیس جلسه ای درمورد بازنگری مداخلات ارتقای سلامت در محل کار تشکیل دادند که یافته‌های مهم آنها در زیر به طور خلاصه بیان شده است:

در ابتدا جالب است بدانیم که استفاده از معیار « به کارگیری روش‌های مشارکتی» در این مرورها به عنوان یک معیار ورود به بررسی به کارگرفته شد. همچنین معیار مهم دیگر این بود که مطالعات علاوه بر شاخص‌های پیامد از شاخص‌های فرایند نیز استفاده کنند. از بین ۱۳۹ مطالعه انجام شده تنها ۵۰ مورد با

ارتقای سلامت در محل کار ۴۷

معیارهای موردنظر مطابقت داشتند و از بین این تعداد، ۱۵ مورد از نظر روش شناختی دقیق به نظر می رسیدند (به عنوان مثال دارا بودن گروه‌های کنترل یا مقایسه).

ویژگی‌های برنامه‌های مؤثر ارتقای سلامت در محل کار که از این منابع استخراج شدند به شرح زیر بودند:

• حمایت آشکار و مشتاقانه و درگیر شدن در مداخلات، از جانب مدیریت ارشد؛

• درگیری کارمندان کلید سطوح سازمانی در برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت‌های مداخله؛

• تمرکز بر عوامل خطر قابل تعریف و قابل تغییر برای گروه خاصی از کارگران امری ضروری است که موجب قابل قبول تر شدن مداخله و افزایش مشارکت می‌شود؛

• مداخله باید طبق ویژگی‌ها و نیازهای دریافت کننده‌ها تغییر داده شود؛

• مطلوب ترین استفاده از منابع اصلی باید در سازماندهی و اجرای مداخلات صورت گیرد؛

• ارزیابی باید به عنوان قسمت ضروری هر برنامه مداخله جدید در نظر گرفته شود و در برگیرنده طیف گسترده‌ای از نتایج و شاخص‌های فرآیند باشد.

در این مرور نیز پیرزمن و همکاران (۱۹۹۸) به نکته عبرت آمیزی در رابطه با نتیجه‌گیری از اثر بخشی مطالعات انجام شده اشاره کردند و آن ضعف روش شناختی اکثر مطالعات منتشر شده بود. نویسندگان بر مبنای بازنگری‌هایشان، نظریات خود را راجع به اثر بخشی برنامه‌هایی که ارزیابی کرده‌اند به صورت زیر مطرح کردند:

ترکیب آموزش مهارت‌ها با حمایت اجتماعی در مداخلاتی که یک رفتار خاص مخاطره‌آمیز را هدف می‌دانست، مؤثرتر از آموزش مهارت‌ها به تنهایی به عنوان بخشی از مداخلات وسیع و پیچیده بود.

• برنامه‌های جامعی که در کنار غربال‌گری و ارزیابی خطر با یک برنامه آموزشی و یا تغییر محلی همراه بودند، با این که برنامه‌های مؤثری بودند اما با چند مطالعه انجام شده در این مورد به نظر می‌رسد تکرار آنها تضمین‌کننده موفقیت نباشد.

• برنامه‌های کنترل وزن که همراه با آموزش و تشویق مالی بود، کمترین اثر بخشی را داشتند.

• هیچ مدرک قاطعی در مورد اثر بخشی حمایت اجتماعی توسط همکاران یا رؤسای گروه‌ها به عنوان بخشی از مداخلات وسیع آموزشی، وجود نداشت.

• تأثیر مداخلاتی که مؤلفه توسعه مهارت را در برداشت از نظر مؤثر و غیر مؤثر بودن تقریباً مساوی بود اما ترکیب آموزش مهارت‌ها با حمایت اجتماعی در مداخلاتی که یک رفتار خاص مخاطره‌آمیز را هدف می‌دانست، مؤثرتر از آموزش مهارت‌ها به تنهایی به عنوان بخشی از مداخلات وسیع و پیچیده بود.

• تغذیه سالم‌تر از طریق اطلاع‌رسانی مثل نصب برچسب خرید غذاهای سالم در رستوران‌ها و مشاوره تغذیه از طریق کامپیوتر مؤثر بود و باعث تشویق افراد در این زمینه می‌شد.

• دو نوع از مداخلات پیچیده برای تغذیه سالم غیر مؤثر بود که یکی در سطوح فردی، سازمانی و جامعه اعمال شده و دیگری شامل ارایه و تجزیه و تحلیل داده‌های کامپیوتری بازدید از سوپر مارکت‌ها، فعالیت‌های درون‌خانه و پیاده‌روی‌های گروهی بود.

• ارایه فردی در گستره‌ای از مداخلات، به نظر مؤثر بود. این یافته‌ها از طریق فرآیند ارزیابی مداخلات پیچیده حمایت می‌شد و اشاره به این داشت که درگیری کارمندان مشتاق به برنامه‌های سلامتی در صورت ارایه این برنامه‌ها در محل کار ساده می‌شد و

وارد کردن کارمندان غیر مشتاق نیاز به رویکردهای دقیقاً مشابهی داشت.

مشکلات موجود در نتیجه‌گیری راجع به طراحی برنامه‌های مؤثر ارتقای سلامت در محل کار بسیار زیادند و این مشکلات بیشتر به دلیل طرح تحقیقی محدود و یا نامناسب به وجود می‌آیند.

واضح است که مشکلات موجود در نتیجه‌گیری راجع به طراحی برنامه‌های مؤثر ارتقای سلامت در محل کار بسیار زیادند و این مشکلات بیشتر به دلیل طرح تحقیقی محدود و یا نامناسب به وجود می‌آیند.

پلات و همکاران در مورد طرح مناسب تحقیق ارزیابی برنامه‌های مداخله‌ای ارتقای سلامت، معتقدند که تحقیق ارزیابی باید به دنبال رعایت اصول زیر باشند:

مطالعات اثر بخشی باید از طرح کنترل شده تصادفی (RCT) استفاده کنند.

• مداخلاتی که دارای چندین مؤلفه هستند باید مؤلفه‌ها را به طور واضح تعریف و مشخص کنند که چگونه و توسط چه کسی اجرا می‌شوند؛

ارزیابی مداخلات ارتقای سلامت در محل کار باید در صورت امکان در بر گیرنده اطلاعات هزینه اثر بخشی باشد

• مداخلات ارتقای سلامت در محل کار، باید آن دسته از مؤلفه‌های ارزیابی را با هم ترکیب کنند که تمرکز اولیه آنها بر مقبولیت مداخله باشد تا اثر بخشی آن؛

• برای تجزیه و تحلیل سودمندی، روش‌های کیفی و کمی مناسب و توأم و نیز تکنیک‌های آماری نیز باید مورد استفاده قرار گیرد؛

• در صورت امکان، مطالعات اثر بخشی باید از طرح کنترل شده تصادفی (RCT) استفاده کنند. گرچه رویکردهای نیمه تجربی همراه با گروه‌های کافی کنترل و یا مقایسه هم باید در نظر گرفته شوند؛

• ارزیابی مداخلات ارتقای سلامت در محل کار باید در صورت امکان در بر گیرنده اطلاعات هزینه اثر بخشی باشد؛

• لازم است ارزیابان فعالیت‌های ارتقای سلامت، بازنگران و سردبیران نشریات مربوطه در مورد تعیین صحت روش مطالعه

مسئله، آگاهی بیشتری کسب کنند تا مطالعات منتشر شده از استاندارد مطلوبی برخوردار باشند که این مسأله مطالعاتی که نتایج منفی را گزارش می‌دهند را هم شامل می‌شود.

• لازم است که کارفرمایان، در برنامه‌ریزی خدماتشان به بازنگری متون و مطالعات اولیه که به دقت ارزیابی شده‌اند، توجه کنند.

کارفرمایان، برنامه‌ریزی خدماتشان را از بازنگری متون و مطالعات اولیه که به دقت ارزیابی شده‌اند، تهیه کنند.

• باید روش‌های تحقیق مناسب برای ارزیابی نقش برنامه‌های ارتقای سلامت و دیگر مداخلات پیچیده وجود داشته باشد با این هدف که میزان اثر بخشی آنها را ارزیابی کرده و مؤلفه‌های فعال آنها را شناسایی کنند.

مجموعه بازنگری‌های اتحادیه بین‌المللی ارتقای سلامت و آموزش سلامت در اروپا (IUHPE)

در سال ۱۹۹۴ اداره منطقه‌ای اتحادیه بین‌المللی ارتقای سلامت و آموزش سلامت در اروپا (IUHPE) پروژه‌ای را به منظور کمک به بهبود سودمندی ارتقای سلامت طراحی نمود. مرور سیستمیک ۱۶ موضوع در مورد ارتقای سلامت منتشر گردید که شامل موضوعاتی (مثل رفتارهای جنسی و تغذیه) گروه‌های هدف در معرض خطر (مثل گروه‌های سالخورده و قشر محروم جامعه) و محیطها (مثل آموزش بیماران در بیمارستان‌ها و مدارس سلامت) بود. در زیر به یکی از بازنگری‌های اثر بخشی بر اساس موقعیت‌ها یعنی مطالعه ارتقای سلامت در محل کار، حاصل مطالعه وین و وریچکن رجوع شده است (۱۹۹۴). یکی از نقاط قوت این مداخله این بود که بر روی مطالعات برچسب مؤثر و غیر مؤثر بودن را نمی‌زد بلکه به توصیف کیفیت و طبیعت مداخلات می‌پرداخت. پس از

ارتقای سلامت در محل کار ۵۱

جستجوی منابع، نهایتاً ۲۱ نوع مطالعه که از نظر روش شناختی کاملاً صحیح به نظر رسیده و کلاً متناسب با معیارهای انتخابی محققان بود، شناسایی شدند که شش مورد از آنها از اروپا بودند. موضوعاتی که مورد بازنگری قرار گرفتند، تنها نماینده مداخلات خاص محل کار بودند. این موضوعات در زیر به صورت فهرست آمده اند و در برخی موارد اشاره به بیش از یک موضوع یا نتیجه دارد که عبارتند از:

- جلوگیری از استعمال دخانیات
 - کاهش عوامل خطر در مورد بیماری‌های قلبی-عروقی
 - مدیریت اضطراب
 - کاهش درد کمر / پیشگیری از اختلالات عضلانی - اسکلتی
 - سرطان‌ها
 - استعمال مواد مخدر
 - از دست دادن شنوایی
 - سلامت دهان و دندان
 - رویکردهای ترکیبی نسبت به انواع مشکلات سلامتی
- علاوه بر توضیح کلی درباره مداخلات، ابزار مورد استفاده در تجزیه و تحلیل آنها، اطلاعات زیر را به ما می‌دهد:
- گروه هدف
 - مکان و نحوه برخورد با گروه هدف و نمونه
 - ماهیت اهداف
 - زیر بنای نظری
 - محتوای مداخله، برنامه‌ها و شدت برخورد
 - طول مدت مداخلات و شدت برخورد
 - طرح ارزیابی تجمعی یا تکوینی
 - ماهیت ابزارهای سنجش مورد استفاده

۵۲ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

• پیامدها که شامل جزییات ارزیابی کلی اثر بخشی است.

اکثر مطالعات انتخابی از طرحی نیمه - تجربی استفاده کرده و ۶ مورد از مطالعات، از روش تخصیص تصادفی بهره می بردند. ارزیابی تکوینی در ۶ مورد از مطالعات تقریباً نقش مهمی داشت اما این مطالعات معمولاً غیر رسمی و اتفاقی بودند تا این که مشخصه‌های مهمی برای روشن گری و نتیجه‌گیری کلی باشند.

در سال ۱۹۷۰ در آمریکا، قانون بهداشت و سلامت شغلی به تصویب رسید که در حد امکان امنیت و سلامت شرایط کاری هر مرد و زن شاغل را تضمین کرده و از منابع انسانی حفاظت کند. نیل به این اهداف باید از طریق چیزهای دیگر تضمین شود مانند برنامه‌های تحصیلی و آموزشی برای تشخیص اجتناب و جلوگیری از شرایط کاری ناسالم و ناامن... (وتکی و همکاران ۱۹۸۷). در انگلیس قانون مشابهی به شکل قانون سلامت و ایمنی کاری در سال ۱۹۷۴ مطرح شد.

فاچس و همکاران ۱۹۸۵ راجع به افزایش سود در آمریکای شمالی بین سال‌های ۱۹۷۵ و ۱۹۸۵ اظهار نظر کرده اند. آنها بازنگری انتخابی ۱۱ کتاب مهم را تهیه کرده و به ۳۰ مقاله مطبوعاتی راجع به ارتقای سلامت در محل کار اشاره کرده اند و ۱۰۱ مقاله با عناوینی خاص به همراه ۲۵ نمونه از قطعات مجلات معروف را فهرست کرده اند. عمومی‌ترین برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کاری در مطالعه فاچس به صورت زیر آمده است:

ارتقای سلامت در محل کار ۵۳

جدول ۴-۱: برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار (مطالعه فاجس و همکاران)

ترتیب	عنوان	تعداد
۱	برنامه‌های ورزشی	۳۳
۲	افزایش فشار خون و بیماری عروق کرونی قلب	۱۹
۳	مواد مخدر و الکل	۱۷
۴	کنترل استرس	۱۲
۵	دخانیات (سیگار)	۸
۶	کاهش وزن	۵
۷	ایمنی	۴
۸	غریبالگری سرطان	۳

هولاندر و لنگرمن در سال ۱۹۸۸ به بررسی اصولی ۵۰۰ شرکت بزرگ آمریکایی پرداختند تا ماهیت و میزان تأمین ارتقای سلامت در سال ۱۹۸۴ را مشخص کنند. میزان به دست آمده تقریباً ۵۰ درصد بود. از بین آنها، دو سوم دارای برنامه ارتقای سلامت در محل کار بودند و دو سوم نیز قصد گسترش این رقم را داشتند. یک سوم آنها نیز هیچ برنامه‌ای برای شروع فعالیت‌های ارتقای سلامت نداشتند. به طور کلی شرکت‌های بزرگتر، برنامه‌های وسیع‌تری داشتند. شمار فعالیت‌های ارتقای سلامت گزارش شده از ۵/۷ تا ۸/۹ در نوسان بود.

والش در سال ۱۹۸۸ به دست نوشته‌های منتشر نشده اداره پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت استناد کرد که گزارشی بود از بررسی ملی انجام شده در سال ۱۹۸۵ در مورد کارفرمایان

بخش‌های خصوصی که دارای ۵۰ نفر پرسنل یا بیشتر بودند. این گزارش وجود فعالیت‌های ارتقای سلامت را در تقریباً ۶۶ درصد از مؤسسات نشان داد. مؤسسات بزرگتر برنامه‌های بیشتری داشتند.

از بررسی داده‌هایی که در بالا اشاره شد، بعید به نظر می‌رسد که قانون سلامت و امنیت به تنهایی مسئول تسریع تهیه برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار در آمریکا باشد.

از بررسی داده‌هایی که در بالا اشاره شد، بعید به نظر می‌رسد که قانون سلامت و امنیت به تنهایی مسئول تسریع تهیه برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار در آمریکا باشد.

زمانی که کار تفریح باشد زندگی لذت بخش است. زمانی که کار وظیفه باشد زندگی بردگی است Maxim Gorky, ۱۹۰۳.

آن دسته از کارفرمایان که برنامه‌های ارتقای سلامت را انجام می‌دهند، فکر می‌کنند که واقعاً مؤثر هستند.

مطالعات دیویس و همکاران در سال ۱۹۸۴ نشان داد که آن دسته از کارفرمایان که برنامه‌های ارتقای سلامت را انجام می‌دهند، فکر می‌کنند که واقعاً مؤثر هستند.

بلیر و همکاران (۱۹۸۶) پس از ده هفته برنامه فشرده آموزش تندرستی، نه تنها تفاوت‌های قابل توجهی در مشخصه‌های فیزیولوژی و درمانی در بین ۳۸۴۶ نفر شرکت کننده‌ای که دستور العمل‌ها را دریافت کرده بودند، مشاهده کردند بلکه به طور متوسط میزان غیبت در گروه به ۱/۲۵ روز کاهش یافت. پژوهشگران این طور محاسبه کرده اند که این برنامه منجر به صرفه جویی مبلغی معادل ۱۴۹۵۷۸ دلار شده است!

به نقل از نوبل در سال ۱۹۸۳، هزینه‌های نقص عضو به ازای هر ۱۰۰۰ دلار از پرداخت‌های کلی دستمزد از ۱۳ دلار و ۲۸ سنت در سال ۱۹۷۶ به ۹ دلار و ۴۳ سنت در سال ۱۹۷۸ در جنوب بل کاهش یافت. این صرفه جویی هزینه‌ها را به برنامه پیشگیری و ارتقای سلامت منظم نسبت دادند.

ارتقای سلامت در محل کار ۵۵

□ نوبل هم‌چنین به برنامه شرکت کمپل سوپ اشاره کرد که منجر به رفع حدود ۲۰ مورد پولیپ در هر سال به هزینه ۶۵۰۰ دلار با کاهش تقریبی هر ساله ۱۰۰۰۰۰ دلار در پرداخت‌های مستقیم بیمه شد.

□ شرکت بین ۶۰ تا ۹۰ درصد از موارد مشابه فشار خون بالا را پی‌گیری و درمان کرد و طی بیش از ۱۰ سال از پرداخت میزان تقریبی ۱۳۰۰۰۰ دلار هزینه بستری، توانبخشی و از کار افتادگی، جلوگیری کرد.

□ شرکت گاز طبیعی شمال میزان کاهش غیبت را حدود ۵ روز کاری در طول یک سال بعد از اجرای یک برنامه تندرستی اعلام کرد.

□ میزان غیبت مدیران و معلمان مدارس، طبق گفته نوبل بعد از اجرای برنامه ورزشی، کنترل استرس و آموزش تغذیه ۱۷ درصد کاهش یافت.

□ یک برنامه ارتقای سلامت ۹ مؤلفه‌ای که برای شرکت مخابرات نیویورک در سال ۱۹۸۰، حدود ۲۸۰۰۰۰۰ دلار هزینه در بر داشت، موجب صرفه‌جویی مقدار ۵۵۰۰۰۰۰ دلار به خاطر کاهش در هزینه‌های غیبت و درمان شد.

□ بلیر در سال ۱۹۸۶ به توضیح برنامه‌ای با عنوان زنده بودن برای زندگی کردن در شرکت جانسون و جانسون پرداخت که سلامتی، تندرستی، رژیم غذایی، منع استعمال دخانیات، کنترل فشار خون، مدیریت اضطراب، کنترل وزن و آموزش‌های عمومی بهداشتی را شامل می‌شد. شرکت جانسون و جانسون (Johnson and Johnson) تخمین زده است که از طریق کاهش هزینه‌های پزشکی، کاهش مرخصی‌های استعلاجی و

۵۶ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

افزایش بهره‌وری، به میزان ۱/۹ میلیون دلار در هزینه‌های شرکت صرفه جویی شد.

□ مطالعه گذشته نگر بر روی ۱۳۲۵ کارمند شهر میسا (Mesa) که در آریزونا بیمه شده بودند، نشان داد که کاهش قابل ملاحظه‌ای در هزینه‌های مراقبت سلامت کارمندان به وجود آمد که در برنامه ارتقای سلامت در محل کار شرکت کرده بودند و عکس این مورد برای کارمندان پیش آمد که در این برنامه شرکت نکرده بودند. هزینه‌های مراقبت‌های سلامت ۱۶٪ کاهش یافت که منجر به صرفه جویی ۳/۶ دلار به ازای هر یک دلار مصرف شده در خدمات ارتقای سلامت شد. به همین ترتیب در نتیجه فعالیت‌های ارتقای سلامت، بازده سرمایه ۵ شرکت بزرگ از ۲/۰۵ دلار تا ۶/۱۵ دلار بوده است.

□ مطالعه بر روی ۸۳۳۴ نفر کارمندی که در برنامه ارتقای سلامت Procter & gamble شرکت کرده بودند، نشان داد که در سال سوم اجرای برنامه و در مقایسه با افرادی که در این برنامه شرکت نکرده بودند، هزینه‌های مراقبت سلامت کمتر شده بود (کاهش ۲۹٪ از هزینه کل و ۳۶٪ هزینه‌های مربوط به شیوه زندگی). به همین صورت در سومین سال اجرای برنامه، شرکت کنندگان در برنامه نسبت به کسانی که شرکت نکرده بودند از هزینه‌های کمتر بستری پذیرش در بیمارستان و روزهای کمتر مراقبت‌های بیمارستانی برخوردار بودند اما در دو سال اول اجرای برنامه هیچ تفاوتی دیده نشد.

□ طی بیش از ۲ سال، ۲۰ درصد از زنان و ۳۰ درصد از مردان، در مقایسه با ۷ و ۱۹ درصد از گروه کنترل کارمندان یک شرکت به طور جدی ورزش را پذیرفتند. تندرستی و حس سلامتی روی هم رفته به وضوح شاهد پیشرفت خوبی بود.

ارتقای سلامت در محل کار ۵۷

□ مجدداً بر می‌گردیم به محاسبات نهایی: کاهش روزهای پذیرش بستری در بیمارستان و پذیرش بیمار در مورد کارکنان شرکت جانسون و جانسون و هزینه بستری تقریبی سالیانه ۴۳ دلار در مقایسه با ۷۶ دلار برای کارکنانی که از هیچ برنامه‌ای استفاده نکرده بودند.

□ پروژه سلامت و شیوه زندگی مربوط به شرکت بیمه عمر کانادا (شفرد ۱۹۸۲) نیز موفقیت‌های مشابهی به دست آورده بود. نتیجه این پروژه، کاهش میزان بستری هر کارمند در بیمارستان به مقدار ۵٪ روز کاری بود که به ازای هر کارمند، میزان ۸۴ دلار و ۵ سنت صرفه جویی در هزینه‌ها را در پی داشت.

□ اسلوان در سال ۱۹۸۷ با بازنگری پروژه‌های متعدد فوق الذکر، انتقاد خود را از نمونه رایج در آمریکای جنوبی بیان کرد و هم‌چنین یاد آور شد که برخی رویکردهای کاملاً جایگزین و تکمیلی نادیده گرفته شده‌اند. وی به طور اخص به جو روان شناختی و سازمان کار اشاره داشت.

□ شایان ذکر است که در برخی محیط‌های کاری هیچ نتایج موفقیت آمیزی به دست نیامد. به عنوان مثال برنامه منع استعمال دخانیات نسبت به برنامه‌های جایگزین نتایج بدتری به دست آورد و به گفته کلیجز و همکاران (۱۹۸۷) میزان موفقیت آن طی ۶ ماه، تنها ۱۷ درصد بوده است. به نقل از جیسون و همکاران (۱۹۸۷) گروه‌های پشتیبان کاری با استفاده از تلویزیون و کتابچه‌های راهنما، موجب افزایش اثر بخشی برنامه منع استعمال دخانیات شدند اما طی ۱۲ ماه تنها ۷ درصد موفق به ترک دائم مشروبات الکلی شدند و توانستند که خود را کاملاً با این شرایط سخت وفق دهند.

در اینجا لازم است به تکرار این موضوع کلی بپردازیم مبنی بر این که هر برنامه در صورتی مؤثر خواهد بود که جزیی از برنامه جامع آموزشی باشد و مورد حمایت یک رویکرد پایدار و جامع تر قرار گیرد.

هر برنامه در صورتی مؤثر خواهد بود که جزیی از برنامه جامع آموزشی باشد و مورد حمایت یک رویکرد پایدار و جامع تر قرار گیرد.

□ بخشی از برنامه سلامت قلبی پاتوکت این بود که بین ۵۱۲ کارمند داوطلب از ۲۲ شرکت رقابتی در مورد کنترل وزن ایجاد شود. در خاتمه برنامه، مجموع ۱۸۱۸ پوند کاهش وزن وجود داشت که برابر با متوسط ۳/۵۵ پوند در هر فرد و معادل هزینه ۸۱ دلار به ازای هر پوند کاهش وزن بود.

بترا (۲۰۰۰) با توضیح در مورد برنامه خدمات سلامتی جامع شرکت دوپونت به ذکر چهار مورد مطالعه موفقیت آمیز پرداخت. همان طور که پیش از این گفته شد، طرح برنامه ریزی گرین به عنوان مبنای این برنامه مورد استفاده قرار گرفت. مطالعاتی که مختصراً در زیر توضیح داده شده‌اند، به موضوعاتی از قبیل غیبت، خطرات تهدید کننده زندگی و هزینه‌های بیماری می پردازند:

• دو برنامه مقدماتی به شرح کاهش میزان غیبت پرداختند یعنی متوسط ۶/۸ درصد در هر سال طی یک دوره ۴ ساله در یک محیط کاری و ۷/۹ درصد کاهش در هر سال طی یک دوره ۶ ساله در یک محیط کار دیگر. این کاهش در یک محل کنترل شده به طور متوسط تنها ۲/۱ درصد بوده است (برترا ۱۹۹۰).

• دور دوم مطالعه میزان کاهش غیبت در یک برنامه بررسی اثر بخشی، متشکل بود از ۲۹۳۱۵ کارمند در ۴۱ محل کاری مختلف و میزان ۱۴ درصد کاهش طی ۲ سال در مقایسه با ۵/۸ درصد کاهش در محل‌های کاری کنترل شده (با کارمند ۱۴۵۷۳). به نظر می‌رسید این ابتکارات، از لحاظ هزینه نتایج سود آورتری

را به همراه داشته باشد. این تفاوت خالص بین مداخله و محل کنترل با ۱۱۷۲۶ روزهای ناتوانی کمتر موجب سوددهی ۲/۵ دلار به ازای هر یک دلار سرمایه گذاری شده در پایان سال دوم شد.

• بررسی تأیید عوامل خطر ساز رفتاری بر روی غیبت و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی به طور تقریبی نشان داد که کارکنانی که در معرض هر ۶ نوع خطر قرار داشتند، دارای میزان غیبت بین ۱۰ تا ۳۲ درصد بودند و میزان غیبت آنها نسبت به افرادی که در معرض چنین خطراتی قرار نداشتند، بیشتر بود (برترا ۱۹۹۱). این محاسبات واقعاً جالب بود اما بیشتر برای توضیح و شرح جاذبه‌های ویژه ارتقای سلامت مؤثر در محل کار در صنعت آمریکا به کار می‌رفتند و هیچ کشور دیگری این انگیزه را نداشت- گرچه خدمات بهداشت ملی برای هزینه‌های اضافی اهمیت زیادی قایل بود.

در برنامه دوپونت هزینه‌های اضافی بیماری برای هر فرد در سال به شرح زیر اعلام شد:

□ ۹۶۰ دلار برای استفاده از سیگار

□ ۴۰۱ دلار برای افزایش وزن

□ ۳۸۹ دلار برای استفاده افراطی از الکل

□ ۳۷۰ دلار برای افزایش کلسترول

□ ۳۴۳ دلار برای فشار خون بالا

□ ۲۷۲ دلار برای استفاده کم از کمربند ایمنی

□ ۱۳۰ دلار برای کمبود ورزش

هزینه‌های کلی شرکت به طور تقریبی ۷۰/۸ میلیون دلار در هر سال بود. با توجه به محاسبات هزینه‌ای فوق الذکر، سومین مداخله‌ای (۱۹۹۳) که به برآورد تأثیر برنامه طراحی شده به

۶۰ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

منظور اصلاح رفتارهای فردی غیر بهداشتی پرداخت، علاقه مندان بیشتری را به سوی خود کشید. تأثیر این برنامه بر روی ۷۱۷۸ نفر شرکت کننده طی ۲ سال به این صورت بود: تعداد کارکنانی که در معرض ۳ یا تعداد بیشتری از رفتارهای مخاطره آمیز قرار داشتند تا ۱۴ درصد کاهش یافت. متوسط روزهای غیبت نیز ۱۲ درصد کاهش یافت. از بستن کمربند ایمنی گرفته (۷۸/۹ درصد افزایش استفاده از کمربند ایمنی) تا افزایش وزن (بدون تغییر) در حوزه تغییرات به وجود آمده در رفتارهای مورد نظر قرار می‌گیرند.

انواع مختلف روش‌های اعمال شده در محل‌های کاری به

شرح زیر:

- ابزارهای خودآموز، کیت‌های خودیاری
- کارگاه‌ها/ ایفای نقش/ بازی‌ها
- آموزش مهارت‌های زندگی
- پیاده‌سازی سیاست‌های دخانیات
- تأمین غذاهای بهداشتی برای رستوران‌ها
- دسترسی به دستگاه فشار خون

برنامه ارتقای سلامت در محل کار که توسط ارفورت و همکاران ۱۹۹۱ توضیح داده شد، نیز شایان توجه می‌باشد. این برنامه نیز در بازنگری IUHPE به عنوان برنامه‌ای مؤثر شناخته شده است (وین و وریجکن ۱۹۹۴). این برنامه به عنوان یک برنامه سلامت محل کار در نظر گرفته شده و در واقع با ابعاد غیر بهداشتی زندگی سرو کار دارد. در مورد برنامه مورد بحث این ابعاد شامل استرس زیاد، چاقی و مصرف سیگار می‌باشد. بازنگری اثر بخشی برنامه، قادر به ارائه جزئیات کاملاً دقیقی از مداخلاتی بود که از رویکردهای سازمانی جامعه بهره می‌گرفتند

و شامل یک گروه ویژه (انجمن سلامت) بودند که از مشارکت مراجعین برخوردار بود. حمایت زیاد رسانه های گروهی (به شکل برگزاری نمایشگاهها، برنامه های آموزشی، مطالب نوشتاری) هم به منظور انجام مشاوره و آموزش شخصی، توسعه یافت.

روش های ویژه عبارت بودند از:

- ابزارهای خود آموز / کیت های خود یاری
- مشاوره چهره به چهره
- بحث های دسته جمعی
- کارگاه ها / ایفای نقش / بازی ها
- آموزش مهارت های زندگی
- شبکه ارتباطی سلامت
- گروه های حمایت کننده
- فعالیت های ارتقای سلامت در سطح کارخانه ها

این مداخلات ۳ سال به طول انجامید و تعدادی از مربیان بهداشتی و مشاورین سلامت و عوامل تأمین کننده خارجی ارتقای سلامت با آن سروکار داشتند. این ارزیابی شامل سه گروه مطالعه بر روی ۵۰۰ نفر و یک گروه مطالعه بر روی ۴۰۰ نفر بود. هر گروه دارای مداخلات متمرکز روز افزونی بود که نقطه شروع آن آزمایش و مراجعه به افراد در معرض خطر بود. گروه هایی که دارای حداکثر مداخلات بودند از آموزش و اطلاعات و کلاس های بهداشتی، مشاوره تکمیلی دایمی و حمایت اجتماعی بیشتری در خود کارخانه برخوردار بودند. پیشرفت های عمده ای در رفتارهای مخاطره آمیز پیدا شد: اکثر افراد دچار استرس درمان شده و کاهش بیشتری در میزان فشار خون پدید آمد. تعداد افرادی که در برنامه های کاهش وزن و منع استعمال

۶۲ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

دخانیات شرکت داشتند هم افزایش یافت. این موفقیت زمانی حاصل شد که میزان داده‌های ارتقای سلامت به حداکثر و میزان برگشت به بیماری به حداقل خود رسید.

برنامه دیگری که از جانب وین و وریچکن به عنوان برنامه‌ای اثر بخش شناخته شد بر خلاف سایر مطالعات که به مشکلات عمده سلامت توجه می‌کردند، بیشتر به ارتقای سلامت می‌پرداخت. شاخص‌های موفقیت از طریق تغییر جنبه‌های زیر مشخص می‌شدند:

- دانش / عقاید / آگاهی
- نگرش
- پذیرش آزمایشی رفتارها
- خطرات زیست پزشکی
- دسترسی به خدمات، امکانات یا تشکیلات زیر بنایی
پیشگیرانه
- قانون و مقررات
- بروز یا شیوع بیماری

همان طور که پیش از این و در رابطه با بازنگری پلات و همکاران (۲۰۰۰) بیان شد، اکثر ارزیابی‌های برنامه ارتقای سلامت در محل‌های کار را می‌توان مورد انتقاد قرار داد به این دلیل که دارای طرح‌های ناقص و فقدان جزئیاتی هستند که بتوان بر اساس آن کارکردهای داخلی پروژه را برآورد کرد. بازنگران مختلفی از جمله چن ۱۹۸۴ به درستی به این نتیجه رسیدند که طرح‌های پژوهشی تجربی یا شبه تجربی مناسب بسیار نادرند و آنچه در درجه اول مورد سؤال بود این بود که آیا استفاده از این طرح‌ها مطلوب است یا خیر. گرچه روی هم رفته و بر اساس

مطالعات فوق الذکر، این نتیجه‌گیری منطقی بود که بسیاری از این برنامه‌ها در واقع مؤثر بوده‌اند.

در واقع در آمریکای شمالی به این نظریه کلی رسیده‌اند که ارتقای سلامت در محل کار عملاً موفق بوده است. البته با توجه به مشکلات مطالعات انجام شده در انگلستان، عملاً ارزیابی مؤثری در این کشور وجود ندارد.

در واقع در آمریکای شمالی به این نظریه کلی رسیده‌اند که ارتقای سلامت در محل کار عملاً موفق بوده است. البته با توجه به مشکلات مطالعات انجام شده در انگلستان، عملاً ارزیابی مؤثری در این کشور وجود ندارد.

برخی پیشرفت‌های اخیر:

برخی ابتکارات مهم در مورد توسعه ارتقای سلامت در محل کار ایجاد شده است (طرح چو و همکاران - ۲۰۰۰). در سال ۱۹۹۶ شبکه اتحادیه اروپا به منظور ارتقای سلامت در محل کار شکل گرفت. این شبکه اروپایی در ۲۸ نوامبر ۱۹۹۷ در بیانیه‌ای در لوکزامبورگ، فهرستی از ۵ اقدام در اولویت خود را بیان کرد:

- افزایش آگاهی از ارتقای سلامت در محل کار و نیز افزایش

مسئولیت در برابر سلامتی با در نظر گرفتن کلیه سهام داران

- تشخیص و ترویج نمونه‌هایی از تمرینات مناسب
- توسعه رهنمودهایی برای ارتقای سلامت مؤثر در محل کار
- تضمین تعهد وضعیت اعضا برای گنجاندن اصول ارتقای

سلامت در سیاست‌های مربوطه

- مخاطب قرار دادن چالش‌های ویژه کار مؤثر به وسیله مؤسسات کوچک و متوسط

استراتژی‌های استفاده شده برای دستیابی به اهداف فوق:

- کمیته سلامت (گروه‌های حلال مشکلات با هدف تشخیص مشکلات مربوط به سلامتی و معیارهای ممکن برای بهبود)
- بازرسی روزمره و گسترده شغلی که در برگیرنده کارمندان

باشد

- بررسی دایمی کارمندان از نظر امور بهداشتی
- پودمان های آموزشی ویژه برای آموزش سلامت و ایمنی

چو و همکاران (۲۰۰۰) به توضیح درباره پیدایش شبکه ها در شبکه منطقه ای اقیانوسیه غربی سازمان بهداشت جهانی (سازمان بهداشت جهانی - ۱۹۹۷) و توسعه رهنمودها پرداخت (سازمان بهداشت جهانی اداره منطقه ای اقیانوسیه غربی - ۱۹۹۸). اصول و رهنمودهای زیر بازتابی است از بسیاری از مشخصه های اصلی طرح برنامه مؤثر ارتقای سلامت در محل کار به همراه تعهدات ایدیولوژیکی سازگار با منشور اتاوا. پس اصول زیر باید مبنای همکاری بین کارکنان، نیروی کار و متخصصین قرار گیرد. این اصول به ترتیب اهمیت عبارتند از:

- اثر بخشی هزینه ها
 - حمایت از سلامت و امنیت محل کار
 - کنترل محیطی برنامه در محل کار
 - اولویت بندی نیازها
 - مشارکت داوطلبانه
 - آموزش اصول و تمرینات ارتقای سلامت
 - تداوم برنامه :
- بر مبنای اصول عدالت اجتماعی قرار داشته باشد
- در بر گیرنده ارزیابی باشد
- استفاده از استراتژی های مختلط
 - در صورت لزوم در بر گیرنده خانواده باشد
 - ساختار، فرهنگ، قوانین و سیاست های محل کار را در نظر بگیرد.

نکته آخر:

شاید بحث تغییر رفتار و شاخص‌های اقتصادی موفقیت در این متن قدری وسواس گونه به نظر برسد! دلیل این امر نیز به خاطر فراوانی داده‌های اقتصادی و فقدان مدارک اثر بخشی در دیگر گستره‌های دارای ماهیت بنیادی تر می‌باشد. شاید انتظار وجود ابتکارات بنیادی واقعی در محل کار امری ساده لوحانه باشد اما فراموش نکنیم که:

□ حد اقل ۴ میلیون نفر در سال به بیماری‌های مربوط به کار مبتلا می‌شوند.

□ تعداد ۴۰۰۰۰۰ نفر آمریکایی در سال از این بیماری‌ها می‌میرند.

□ ۲۰ درصد کل سرطان‌ها به این خاطرند که مبتلایان به آنها در محیط کاری در معرض عوامل سرطان زا بوده اند.

در اینجا معیارهای موفقیت مشخص شده‌اند: شاخص نتیجه باید به قوانینی که موجب بهبود استانداردهای امنیت می‌شود دستیابی داشته باشد. شاخص‌های میانه می‌توانند افزایش سطح آگاهی در جامعه و درجات مختلف اقدامات اجتماعی را با سند و مدرک اثبات نمایند.

کار کردن مانع سه مصیبت بزرگ می‌باشد: بی‌حوصلگی، فساد و احتیاج (Voltaire, Candide, ۱۷۵۹).

نگاهی به اهداف ارتقای سلامت و تندرستی در محل کار

ارتقای سلامت در محل کار وقتی مورد تأیید یک سازمان اطلاق می‌شود که به منظور افزایش و ارتقای سلامت سازمان و مهمترین تشکیل دهندگان آن یعنی کارمندان طرح ریزی شده است. به منظور دستیابی به بیشترین میزان پیشرفت سلامت و امکان جلوگیری از هزینه‌های بالقوه، این برنامه‌ها ابتکاراتی را

هدف نهایی ارتقای سلامت در محل کار این است که فرهنگی را ایجاد نماید که نیازهای فردی و سازمانی پیشرفت سلامت را بر آورده سازد و برای آنها ارزش قایل شود.

برنامه ارتقای سلامت (شامل تلاش‌های مداوم و سازگار با سلامت بهینه سازمان و فرد) در محل کار است که به بهبود سلامت کارمند از طریق بهینه‌سازی وضعیت اقتصادی کلی، محیط فرهنگی و ساختار سازمانی کمک می‌کند.

در بر می‌گیرند که ریشه در محل کار و نیز جامعه، کلینیک و خانه دارد. این تلاش‌ها به صورت آموزش و افزایش آگاهی، تغییر رفتار و شیوه زندگی و ایجاد محیط‌های پشتیبان ارایه می‌شود. هدف نهایی ارتقای سلامت در محل کار این است که فرهنگی را ایجاد نماید که نیازهای فردی و سازمانی پیشرفت سلامت را بر آورده سازد و برای آنها ارزش قایل شود.

مراکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها در آمریکا اعلام کرده‌اند که به طور تقریبی بیش از نیمی از کلیه مرگ‌های زودرس در بزرگسالان ناشی از عوامل مربوط به شیوه زندگی می‌باشند. کمتر از یک پنجم مرگ‌های زودرس نیز به علت مشکلاتی هستند که از طریق مراقبت‌های پزشکی سنتی قابل درمان هستند.

محل کار، دارای اجزای متفاوتی است که عبارتند از:

- محیط فیزیکی و تجهیزات: مواد و تجهیزات به کار رفته
- روش کار: سازمان دهی، روابط در محل کار
- ویژگی‌های فردی و رفتاری هر کارمند
- منابع و مشکلات و نهایتاً چگونگی تقابل کار و زندگی در خانه.

انواع مختلف محیط‌های کاری را در نظر بگیرید. این محیط‌ها می‌توانند بزرگ یا کوچک باشند. می‌توانند شامل یک مکان و یا مکان‌های متعددی برای استخدام افراد باشند. می‌توانند محلی، یک ملیتی و یا چند ملیتی باشند. در نظر برخی افراد محل کار همان خانه آنها یا اتاق کامیون و یا مجموعه‌ای از مکان‌های ساختمانی می‌باشد. این گستره وسیع انواع محیط‌های کاری، چه مشکلاتی را برای افرادی که نسبت به ارتقای سلامت در محل کار متعهدند به وجود می‌آورد؟

ارتقای سلامت در محل کار ۶۷

شرکت‌ها برنامه‌های ارتقای سلامت را به منظور کاهش نیازهای مراقبت بهداشتی از طریق ترغیب کارمندان و خانواده‌هایشان به سازگاری با عادات بهتر بهداشتی، تقبل می‌کنند.

بسیاری از هزینه‌های پزشکی که توسط شرکت‌ها پرداخته می‌شود در واقع به خاطر اعضای خانواده کارکنان است. بنابراین یکی از اهداف این مجموعه تشویق اعضای خانواده به شرکت در فعالیتهای ارتقای سلامت است.

برنامه ارتقای سلامت (شامل تلاش‌های مداوم و سازگار با سلامت بهینه سازمان و فرد) در محل کار است که به بهبود سلامت کارمند از طریق بهینه سازی وضعیت اقتصادی کلی، محیط فرهنگی و ساختار سازمانی کمک می‌کند.

در اغلب متون به تعبیر کلی، ارتقای سلامت به عنوان "علم و هنر کمک به افراد برای تغییر شیوه زندگی شان با هدف سلامت بهینه" تعریف شده است که همه مردم را شامل می‌شود. در همین متون سلامت بهینه به عنوان "تعادلی از سلامت جسمی، احساسی (عاطفی)، اجتماعی روانی (روحی) و عقلانی" تعریف می‌شود.

شرکت‌ها برنامه‌های ارتقای سلامت را به منظور کاهش نیازهای مراقبت بهداشتی از طریق ترغیب کارمندان و خانواده‌هایشان به سازگاری با عادات بهتر بهداشتی، تقبل می‌کنند. در حقیقت بسیاری از هزینه‌های پزشکی که توسط شرکت‌ها پرداخته می‌شود در واقع به خاطر اعضای خانواده کارکنان است. بنابراین یکی از اهداف این مجموعه تشویق اعضای خانواده به شرکت در فعالیتهای ارتقای سلامت است. به علاوه بر اهمیت ارتقای سلامت در تمام مکان‌ها (خانه، کار و اجتماع) تأکید شده است چرا که رفتارهایی که در طول زمان روی آنها پافشاری می‌شود، آنهایی هستند که از جانب محیط حمایت می‌شوند.

یک برنامه کامل ارتقای سلامت در محل کار سعی دارد تا:

(۱) به طور فعال کارمندان را در طرح ریزی، آماده سازی

ارایه و ارزیابی موفقیت آن دخیل کند.

(۲) چاره سلامت کارمند و موضوعات ایمنی را شناسایی و به

آنها کمک کند؛

هدف کلیه مداخلات سلامت در محل کار تضمین این مسأله می‌باشد که هیچ‌گونه جراحت یا بیماری توسط کار یا در محل کار به وجود نیاید و این‌که در صورت امکان کار و یا محل کاری موجب ارتقای سلامت نیز بشوند.

(۳) ارتقای سلامت را در روش‌ها و سیاست‌های شرکت تقویت کند؛

(۴) از منابع اجتماعی برای کمک به بهبود و حفظ نشاط و سلامتی کارمندان استفاده کند.

نحوه تعبیر هر فرد ممکن است با دیگری فرق داشته باشد اما چیزی که مهم است این است که ما به گستره وسیع تعریف سلامت پی ببریم و بدانیم که سلامتی در نظر افراد مختلف در موقعیت‌های گوناگون و در زمان‌های مختلف زندگی معنای متفاوتی دارد.

هدف کلیه مداخلات سلامت در محل کار تضمین این مسأله می‌باشد که هیچ‌گونه جراحت یا بیماری توسط کار یا در محل کار به وجود نیاید و این‌که در صورت امکان کار و یا محل کار موجب ارتقای سلامت نیز بشوند.

همه ما از اطلاعات جراید و مواردی که کار به سلامت فرد لطمه وارد کرده است، آگاهی داریم:

□ خبرافزایش میزان تلفات ساختمانی

□ خبر موارد ناگوار خشونت در محل کار

□ خبرادارات به عنوان کانون استرس

□ خبرپیشنهاد ۱۵۵۰۰ پوندی به کارمند بانک RST برای سریع تر تایپ کردن

□ خبر انتظار دردناک برای اجرای عدالت پس از وقوع حادثه در محل کار

□ خبرمردی که در اثر انفجار سوپاپ موتور جان خود را از

دست داد

□ خبر اسو ESSO که به خاطر نقض موارد ایمنی جریمه

شد.

اما آیا یک کار می تواند موجب ارتقای سلامت شود؟

Nailing a Deadly Legacy

Building managers will have a greater duty to protect workers from asbestos.

Building Death Toll Rises.....

Best practice in the construction industry still leaves too many dead.

The Tough Lessons of Violence at Work

Offices are the Capital of Stress

در کشورهای توسعه یافته این احتمال وجود دارد که انواع خاصی از کارها موجب افزایش خطر وزن کم نوزاد در هنگام تولد ناشی از کاهش رشد داخل رحمی و زایمان زودرس شود.

بیشترین خطر در مشاغل نهفته است که با سر پا ایستادن و تقلا طولانی مدت سر و کار دارند از جمله فروشندگی، خدمات پزشکی، پرستاری، خدمات شغلی و اجتماعی.

کار و بارداری

در بازنگری مقالات، مدارکی مبنی بر تأثیرات زیان بار و مفید کار بر روی نتیجه بارداری وجود دارد (کبدومین ۱۹۸۸؛ جوف ۱۹۸۶؛ کرامه ۱۹۸۷). اکثراً در کشورهای توسعه یافته این احتمال وجود دارد که انواع خاصی از کارها موجب افزایش خطر وزن کم نوزاد در هنگام تولد ناشی از کاهش رشد داخل رحمی و زایمان زودرس شود.

بیشترین خطر در مشاغل نهفته است که با سر پا ایستادن و تقلا طولانی مدت سر و کار دارند از جمله فروشندگی خدمات پزشکی، پرستاری، خدمات شغلی و اجتماعی. هم چنین مشاغلی که نیازمند ساعات کاری بیشتر از ۴۰ ساعت در هر هفته

۷۰ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

و یا نیازمند رفت و برگشت بیشتر از یک ساعت در روز می‌باشند نیز در این زمره به حساب می‌آیند (چنیر ۱۹۸۲) تأثیرات نامطلوب، ناشی از کاهش احتمالی در جریان خون گوارشی و رحم می‌باشد که منجر به کاهش جذب مواد غذایی و رشد جنین و استرس روانی مربوطه می‌شود (گبه و مین، ۱۹۸۸؛ کرامر ۱۹۸۷).

مشاغلی که نیازمند تلاش جسمی بیشتر، ایستادن برای مدت طولانی، بلند کردن بارهای سنگین، هفته‌های کاری طولانی و کار کردن بعد از ۲۸ هفته دوره بارداری هستند، موجب تأثیر در وزن نوزاد در هنگام تولد می‌شود مخصوصاً وقتی استرس روحی، کار بر روی ماشین‌های صنعتی (ممل، لومن و لازار ۱۹۸۴؛ ممل و مونز ۱۹۸۷؛ مک دنالد و همکارانش ۱۹۸۸؛ سورل-کویزولس و کامینسکی ۱۹۸۷) و یا کار سنگین در خانه هم به آن بیوندد (سورل-کویزولس و همکارانش ۱۹۸۵). نتایج مطالعاتی که رابطه بین کار و وزن کم نوزادان در هنگام تولد در جمعیت‌های مختلف را گزارش کرده اند، عبارتند از:

• زنان متأهل سفید پوست ممکن است با خطر داشتن نوزادانی با وزن پایین در هنگام تولد روبرو شوند در صورتی که ۴۰ ساعت یا بیشتر در هفته کار کنند (پیپلز- شپس، سیگل، سوچیندران، اریگاسا و باراکت ۱۹۹۱).

• رابطه قابل ملاحظه‌ای بین ایستادن طولانی در هنگام کار به مدت بیش از ۳ ساعت و زایمان زودرس وجود دارد، حتی با وجود سازگاری با عوامل زیان‌آور (تیتلمن و سچ، هلنبراز و براکن ۱۹۹۰) در زنانی که در مشاغلی کار می‌کنند که سطوح بالایی از تلاش‌های جسمی را ایجاب می‌کنند، خطر به دنیا

ارتقای سلامت در محل کار ۷۱

انواع ارتقای سلامت در
محل کار غالباً در سه دسته
کلی تقسیم می‌شوند:
□ ایمنی و سلامت
شغلی (OH&S)
□ فعالیت‌های سلامتی
داوطلبانه (VHP)
□ تغییر سازمانی (OC)

آوردن نوزاد ناقص و کم وزن نیز بیشتر می‌شود (هومر، برسفورد، جیمز، سیگل و ویلکاکس ۱۹۹۰).

• بلند کردن بارهای سنگین و کار نوبتی می‌تواند موجب کند شدن رشد جنینی و افزایش خطر زایمان زودرس شود (ارمسترانگ، نولین و مک دونالاد ۱۹۸۹).

• کارهایی که با فعالیت‌های طاقت فرسا، هفته‌های کاری طولانی و کار نوبتی سروکار دارند ممکن است موجب افزایش مختصری در میزان تولد نوزادان کم وزن و یا نوزادان نارس شود (کالیپر و تامپسون ۱۹۹۰).

• در برخی از مشاغل خاص، فرد در معرض خطرات دیگری از جمله حلال‌های شیمیایی، تشعشعات یونیزه و دستگاه‌های لرزنده، قرار دارد (چینر ۱۹۸۲).

انواع رویکردهای ارتقای سلامت در محل کار

همان‌طور که در صفحات قبلی آمد، در محل کار مهم است که افراد به روش‌های ارتقای سلامتی دست یابند که به منظور یاری رساندن به ایشان در ایجاد تغییرات رفتاری داوطلبانه در زمینه رژیم غذایی، فعالیت جسمی، استعمال سیگار، عدم استفاده از مشروبات الکلی، استرس و هم‌چنین سایر تعیین‌کننده‌های اصلی سلامت مثل کنترل و امنیت شغلی طراحی شده‌اند.

انواع ارتقای سلامت در محل کار غالباً در سه دسته کلی تقسیم می‌شوند:

□ ایمنی و سلامت شغلی (OH&S)

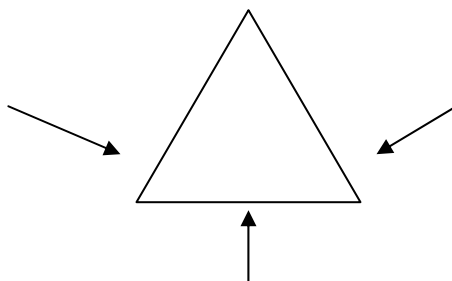
□ فعالیت‌های سلامتی داوطلبانه (VHP)

□ تغییر سازمانی (OC).

۷۲ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

در زیر انواع فعالیت‌هایی که ممکن است تحت هر یک از این سه رویکرد طبقه بندی شوند، به طور کلی بر شمرده شده‌اند. منطقی آن است که کلیه این رویکردها برای ابتکارات واقعاً جامع سلامت در محل کار ضروری باشد.

شکل ۱-۱: ابتکار جامع ارتقای سلامت در محل کار



ایمنی و سلامت شغلی (OH&S)

ابتکارات ایمنی و سلامت شغلی در قدیم با حفظ سلامتی سروکار داشتند و شامل کاهش خطرات فیزیکی و شیمیایی در محل کار و کاهش جراحات مربوط به کار و بیماری و ناتوانایی‌های ناشی از مشاغل خطرناک بودند. اگر چه این محدوده بسته به سازمان متفاوت می‌باشد اما بسیاری از فعالیت‌ها ممکن است در طبقه بندی امنیت و سلامت شغلی قرار گیرند از جمله کار پژوهی، پیشگیری از جراحی، شناسایی و کنترل خطر، برنامه‌های پاسخ اضطراری، مدیریت وضعیت ناتوانی و خدمات پزشکی. مطالب بسیاری در مورد این‌که چگونه می‌توان به نحو مؤثری از عهده امنیت و سلامت شغلی برآمد، نوشته شده است. شما به راحتی می‌توانید این اطلاعات را در سایت‌های زیر

تغییر سازمانی در محل کار از نظر تاریخی به منظور افزایش بهره‌وری شرکت انجام می‌شده است

بسیاری از آغازگران بحث بهره‌وری، رابطه نزدیکی با سلامتی دارند،

کنترل شغلی و استرس در محل کار در رضایت شغلی و گسترش بیماری‌های قلبی-عروقی و سکتة نقش مهمی ایفا می‌کنند

مشاهده نمایید که ارتباطی را بین انتشارات، برنامه‌های آموزشی و گنجینه‌ای از دیگر اطلاعات ایجاد نموده است.

• مراکز کنترل بیماری‌ها و مؤسسه ملی امنیت و سلامت شغلی

<http://www.cdc.gov/niosh/homepage.html>

• مرکز سلامت و امنیت شغلی کانادا

<http://www.ccohs.ca>

• مؤسسه کارولینسکا

<http://www.mic.ki.se/safety.html>

• امنیت و سلامت شغلی وزارت کارانتاریو

<http://www.gov.on.ca/lab/ohs/ohse/htm>

• سلامت و امنیت شغلی برای همه

<http://www.oshforeveryone.org/wsib/gettingstarted/gettingstarted.html>

فعالیت‌های سلامتی داوطلبانه (VHP)

رویکرد فعالیت سلامتی داوطلبانه مشتمل بر تلاش‌هایی است که به منظور کمک به افراد در اصلاح شیوه زندگی شخصی انجام می‌شود و عناوینی از قبیل استفاده از تنباکو، تغذیه، استفاده از الکل و مواد مخدر، ایمن سازی، کنترل استرس، فعالیت فیزیکی و غیره را در بر می‌گیرد.

تغییر سازمانی (OC)

تغییر سازمانی در محل کار که از نظر تاریخی به منظور افزایش بهره‌وری شرکت انجام می‌شده است، در نتیجه پژوهشی که نشان داد بسیاری از آغازگران بحث بهره‌وری رابطه نزدیکی با سلامتی دارند، به قلمرو ارتقای سلامت در محل کار وارد شد (به عنوان مثال رضایت شغلی). کنترل شغلی و استرس در محل

کار در رضایت شغلی و گسترش بیماری‌های قلبی- عروقی و سکتته نقش مهمی ایفا می‌کنند. مقالات هم‌چنین این موضوع را تأیید می‌کنند که کارگرانی که از شغل خود راضی هستند از سلامتی بیشتری برخوردارند اما افرادی که از کار خود راضی نیستند، پیامدهای منفی فیزیکی و روانی را متحمل می‌شوند.

افرادی که از کار خود راضی نیستند، پیامدهای منفی فیزیکی و روانی را متحمل می‌شوند.

طبق تجارب، رضایت شغلی کارمندان بستگی به فرهنگ در محل کار دارد. فرهنگ سازمانی ضعیف موجب ایجاد استرس می‌شود که این امر سلامت و بهره‌وری را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. به منظور بهبود فرهنگ در محل کار، مدیریت باید کار را به روشی سازماندهی کند که به جای مغلوب کردن سلامتی موجب ارتقای آن شود. در اصل این بدین معناست که

تلاش برای تغییر سازمانی شامل عدم خشونت در محل کار، ایجاد فرصت‌های حرفه‌ای توسعه و ایجاد فواید مکمل سلامتی می‌باشد.

« تقاضای زمان و انرژی را در یک محدوده منطقی نگه داریم: میزان شرکت کارمندان در نظارت و اداره کارشان را به حداکثر برسانیم و درک کافی برای کار خوب را ایجاد نماییم ». فرهنگ در محل کار هم‌چنین شامل عملکرد ارتباطی و واکنش نظارتی واژه‌های کار (مثل میزان پرداخت و امنیت شغلی) و پاسخ و واکنش شرکت در برابر تقاضاهای غیرکاری مثل مراقبت از کودکان یا بیماری خانوادگی می‌باشد. تلاش برای تغییر سازمانی شامل عدم خشونت در محل کار، ایجاد فرصت‌های حرفه‌ای توسعه و ایجاد فواید مکمل سلامتی می‌باشد. در شرایطی کنترل مدیریت بر این نوع تغییرات محدود می‌شود که شاید این موارد به دلیل ماهیت کار اتفاق می‌افتند. توجه به این نکته حایز اهمیت می‌باشد که استنباط کارمندان از انصاف کارفرما نیز می‌تواند به خوبی نمایانگر وضعیت فرهنگ سازمانی باشد.

بسیاری از عوامل خارجی در سطح جامعه، سلامت همه مردها و زن‌هایی که مشغول کارند را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

نقش عوامل خارجی:

بسیاری از عوامل خارجی در سطح جامعه، سلامت همه مردها و زنهایی که مشغول کارند را تحت تأثیر قرار می‌دهد. جهانی شدن منجر به کارآمد شدن، کوچکتر شدن و سیاست‌های دولتی که حامی نفوذ شرکت‌های بزرگ در کشورهایی که کار در آنها نامنظم و سطحی است، شده است. این امر موجب دشواری تنظیم شرایط کاری در کانادا شد. سیاست‌هایی که از مشاغل بزرگ حمایت می‌کنند بدون این که با تعهدات مربوط به ایجاد مشاغل تمام وقت و بلند مدت و تغییرات فنی وسیع همراه باشد، از نمونه‌های دیگر عوامل خارجی هستند که بر شرایط کاری و در نهایت بر سلامت کارمندان تأثیر می‌گذارند. گرچه این عوامل تعیین کننده سلامت، خارج از حوزه این پروژه‌اند اما بسیار مهم هستند و هنگام طراحی ابتکارات ارتقای سلامت در محل کار باید مورد توجه قرار گیرند.

علاوه بر در نظر گرفتن گستره جامع رویکردهای ارتقای سلامت در محل کار، توجه به مجموعه روش‌های جامع ارتقای سلامت از جمله آموزش، افزایش آگاهی، ایجاد مهارت، پشتیبانی زیست محیطی و توسعه سیاست نیز حایز اهمیت می‌باشد. این روش‌ها با سه رویکرد از یک ماتریس با هم ترکیب می‌شوند. شکل ماتریسی زیر نمونه‌هایی از فعالیت‌های ارتقای سلامت در محل کار را که می‌تواند در هر سلول یا طبقه از فعالیت‌ها جای گیرد، ارائه می‌دهد.

سه رویکردی که در بخش قبلی مورد بحث قرار گرفت و چهار روش ارتقای سلامت که در اینجا توضیح داده شد با هم یک شیوه کامل ارتقای سلامت در محل کار را تشکیل می‌دهند.

۷۶ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

جدول ۵-۱: روش‌ها و رویکردهای ارتقای سلامت در محل کار

رویکردها / روش‌ها	سلامت و امنیت شغلی	فعالیت‌های سلامتی داوطلبانه	تغییرات سازمانی
آموزش / ایجاد آگاهی	به عنوان مثال افزایش آگاهی نسبت به خطرات تهدید کننده سلامتی که به مواد شیمیایی خطرناک خاصی مربوط می‌باشند	به عنوان مثال افزایش آگاهی با استفاده از خبرنامه‌های شرکت در مورد گستره وسیع فواید این‌که فرد از لحاظ فیزیکی فعال باشد (مضرات بی تحرکی)	به عنوان مثال: افزایش آگاهی نسبت به اهمیت ایجاد داده در مدیریت در مورد محتوا/ موضوعات/ ارتباطات کاری
ایجاد مهارت	به عنوان مثال: نمایش طرز کار و آموزش چگونگی کنترل محصولات خطرناک	به عنوان مثال: کمک کردن و آموزش به کارمندان برای ایجاد اهداف کوچک و واقع گرایانه فعالیت‌های جسمی	به عنوان مثال: ارایه اطلاعات برای بهترین روش‌های ارایه بازخورد به مدیران
حمایت زیست محیطی	به عنوان مثال: تأمین تجهیزات ایمنی لازم و امکانات ایمنی	به عنوان مثال: تأمین امکانات آمادگی در محل کار	به عنوان مثال: ارزیابی‌های گردشی برای کلیه کارکنان و مدیریت
توسعه خط مشی (سیاست)	به عنوان مثال: فرمان ارزیابی دقیق مواد خطرناک قبل از این‌که کارمندان در معرض آنها قرار گیرند	به عنوان مثال: آزادی کارمندان برای شروع زودتر کار و یا ماندن تا دیروقت برای جبران زمان افزوده شده به صرف ناهار که به آنها این اجازه را می‌دهد وقت بیشتری را صرف تمرین نمایند.	به عنوان مثال: سیاستی که طبق آن کلیه کارمندان باید در فرآیند ارزیابی های گردشی شرکت نمایند

خلاصه بررسی متون اثربخشی فعالیت‌های سلامتی

داوطلبانه

برنامه ارتقای سلامت در محل کار، فعالیت‌های مختلفی را با استفاده از رویکرد فعالیت سلامتی داوطلبانه اداره می‌نماید. محدوده این فعالیت‌ها از صفر شروع شده و با برنامه‌های کوچکی که دارای یک عامل خطر هستند (مثلاً فقط یک برنامه فعالیت جسمی) و نیز ابتکاراتی که در برگیرنده انواع بسیاری از

رفتارهای سلامت هستند و در نهایت ابتکارات کاملاً جامعی که رویکردهای تغییر سازمانی و سلامت و ایمنی شغلی را هم ضمیمه می نمایند، ادامه دارد.

راه‌های مختلفی برای سنجش سودمندی این فعالیت‌ها وجود دارد، از جمله:

• سنجش‌های فرآیندی از قبیل سطوح مشارکت و رضایت کارمندان؛

• سنجش‌های نتایج کوتاه مدت مثل تغییر رفتار؛

• سنجش‌های نتایج میان مدت مثل تغییر فشار خون یا سود بهینه؛ و

• سنجش‌های نتایج بلندمدت مثل بیماری‌زایی و میزان مرگ و میر.

انواع مختلف شاخص‌ها، اهداف، جمعیت‌ها و زمان ممکن به همراه مشکلات خود‌گزینشی و فقدان گروه‌های کنترل ما را وادار می‌سازد تا از میان فعالیت‌های آشفته در محل کار، به مدارک موجود در مورد تغییر فعالیت‌های سلامتی داوطلبانه‌نگاهی بیندازیم. علی‌رغم این چالش‌ها، در ادامه مطلب به ارایه خلاصه‌ای از اطلاعات موجود در مورد چگونگی تلاش برای تغییر رفتارهای فردی شیوه زندگی به رفتارهای متعادل، از جنبه‌های زیر می‌پردازیم:

• هزینه - فایده؛

• تغییر رفتار و عوامل خطر سلامتی؛

• بیماری‌زایی و میزان مرگ و میر.

نمونه‌هایی از سود - فایده

بسیاری از مقالات بازنگری شده نشان داده‌اند که تلاش‌هایی که در ضمن رویکرد تغییر شیوه زندگی شخصی انجام شده‌اند،

مداخلات تغییر شیوه زندگی و ارتقای سلامت در محل کار موجب فزونی بازده سرمایه می‌شوند.

به طور عمده با کاهش هزینه‌های پزشکی و غیبت کارمندان موجب پس انداز پول آنها می‌شود.

□ پلیر به بازنگری هزینه اثر بخشی برگزیده ای از ابتکارات ارتقای سلامت در محل کار در آمریکا که در درجه اول بر روی شیوه زندگی تمرکز داشت، از سال ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۸ پرداخته است. کلیه این ابتکارات نشان دهنده بازده مثبت میزان سرمایه‌گذاری شده بودند که این مقدار در محدوده ۸/۸۱ دلار به ازای هر یک دلار صرف شده در برنامه، در نوسان می‌باشد (۴۳)

□ الدانا به تازگی به بازنگری مطالعات مختلفی در مورد مداخلات سلامت در محل کار پرداخته است که از نظر محتوا در برگیرنده فعالیت‌های دارای یک عامل خطر ساز تا برنامه‌هایی چندگانه است و طبق گزارش وی میزان کاهش در هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی و غیبت در اغلب موارد، قابل توجه بوده است (۴۴):

۱. نسبت متوسط هزینه - فایده برای هشت مطالعه ای که به سنجش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و محاسبه نسبت‌های سود بهینه پرداخته‌اند، یک به سه بوده است.

۲. پنج مطالعه بر روی میزان غیبت، نسبت متوسط هزینه - فایده، یک به چهار را نشان داد.

با در نظر گرفتن سیزده مطالعه فوق می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات تغییر شیوه زندگی و ارتقای سلامت در محل کار موجب فزونی بازده سرمایه می‌شوند. دیگر پژوهشگران نیز با این نتایج موافقت می‌کنند.

□ نشریه سلامت کانادا در مورد نسبت های سرمایه گذاری - پس انداز در برخی از شرکت های آمریکایی گزارش می‌دهد (۴۵):

- بانک آمریکا - ۵/۹۶ دلار به ازای هر ۱ دلار
 - پاسبل - ۳/۱ دلار به ازای هر ۱ دلار
 - مدرسه ویسکانسین - ۴/۴۷ دلار به ازای هر ۱ دلار
 - بیمه احتیاط - ۲/۹۰ دلار به ازای هر ۱ دلار
 - جنرال میلز - ۳/۵۰ دلار به ازای هر ۱ دلار
- نشریه سلامت کانادا هم‌چنین به گردآوری نتایج مثبت زیر در آمریکا پرداخت (۴۶-۴۷):
- بانک آمریکا، با ۳۰ دلار به ازای هر فرد، برنامه ارتقای سلامت را برای بازنشستگان اداره می‌نماید. هنگامی که هزینه‌های گروه کنترل تا ۱۵ دلار افزایش یافت، مطالبات بیمه هم به طور متوسط تا ۱۶۴ دلار در هر سال کاهش یافت.
 - به گزارش شرکت کوکاکولا، میزان مطالبات مراقبت‌های بهداشتی کاهش یافت و تنها با یک برنامه تمرینی شرکت توانست مقدار ۵۰۰ دلار به ازای هر کارمند در هر سال برای کارمندانی که به برنامه آمادگی سلامت کار پیوستند، پس انداز نماید.
 - به گزارش بیمه احتیاط هزینه‌های عمده پزشکی شرکت برای هر شرکت کننده در برنامه تندرستی از میزان ۵۷۴ دلار به ۳۱۲ دلار کاهش یافته است.
- مجموعه دیگری از نتایج ارتقای سلامت در محل کار در آمریکا، نتایج فهرست شده در زیر را به ثبت می‌رساند (۴۸):
- سیستم سلامت آینده نگر اورت (۱۹۹۶)، به طور تخمینی مبلغ ۱/۵ میلیون دلار (معادل ۴۲۴ درصد بازده سرمایه) را طی سه سال اول پس انداز نمود و از طریق ارایه انگیزه‌های مالی به کارمندانی که در مقابل سلامت و آمادگی خود براساس

۸۰ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

معیارهای معین، احساس مسئولیت نشان دادند، این کار را انجام داد.

• شرکت دوپونت (۱۹۹۰) با اجرای برنامه سلامت در محل کار و با ۱۴ درصد کاهش در میزان غیبت به ۱۴۲ درصد بازده سرمایه طی یک دوره ۲ ساله دست یافت.

• شرکت مسافرین (۱۹۹۰) با اجرای برنامه ارتقای سلامت هدفدار، میزان ۳۴ درصد بازده سرمایه را ادعا کرد.

• شرکت برقی و مهندسی رینالدز (۱۹۹۳) طی مدت دو سال اجرای برنامه ارتقای سلامت، میزان ۱۶۸ درصد بازده سرمایه را دریافت کرد.

• مواد غذایی و قهوه ممتاز (۱۹۹۴) میزان ۴۰ درصد کاهش در هزینه‌های بلند مدت از کار افتادگی را ناشی از برنامه جامع تندرستی شرکت دانست.

• راه آهن یونین پاسیفیک (Union Pacific) (۱۹۹۵) مدیریت سلامت فردی را به کارمندان معرفی کرد و ضمن تغییرات عینی در فشار خون، میزان کلسترول، کاهش وزن و منع استعمال دخانیات در کارمندان به میزان ۱۵۷ درصد بازده سرمایه در سال اول دست یافت.

• شرکت صنایع فولادی (۱۹۹۴) از طریق اجرای برنامه‌های سلامت هدفدار، میزان ۲۰ میلیون دلار پس‌انداز را طی سه سال نشان داد.

• کتاب‌های راهنمایی مراقبت‌های بهداشتی در دسترس کارمندان شرکت برک تک (Berk-tec) (۱۹۹۶) قرار گرفت و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی شرکت در سال اول تا ۲۴/۳ درصد کاهش یافت.

• ایالت کالیفرنیا (۱۹۹۳) به منظور کاهش صدمات کمربند به اجرای کلاس‌های مربوط به صدمات کمربند و برنامه آمادگی جسمانی پرداخت و میزان ۱۷۵ درصد بازده خالص سرمایه را طی سال اول به دست آورد.

□ طبق یافته‌های مطالعه اثربخشی پروژه ای که توسط اونیتس فارما، آتلانتیک بلوکراس و انجمن تندرستی و سلامت آتلانتیک انجام شده، مشخص شد که به ازای هر یک دلار صرف شده در برنامه تندرستی جامع که به منظور کاهش خطرات مشکلات کرونر یا سکته طرح ریزی شده، کارمندان شاهد بازده به میزان ۱/۶۴ دلار بودند. میزان این بازدهی‌ها برای کارمندی که بیشتر در معرض خطر قرار داشتند از جمله سیگاری‌ها، افزایش یافت و به ازای هر یک دلار صرف شده در برنامه‌های تندرستی کارگران، کارفرماها می‌توانستند انتظار پس انداز به میزان تقریباً ۴ دلار را داشته باشند. تنها بالا بردن آگاهی نسبت به خطرات به افراد بسیاری کمک کرد. بسیاری از افراد نمی‌دانستند که در معرض خطر قرار دارند و در صدها نامه ای که برای پزشکان فرستاده شده بود آنها را نسبت به خطراتی که به تازگی کشف کرده بودند، آگاه ساختند. در واقع بسیاری از کارمندان مستقیماً به بیمارستان فرستاده شدند چرا که کف فشار خون و میزان کلسترول آنها به قدری بالا بود که نیاز به مراقبت‌های پزشکی فوری داشتند.

□ ریدل و همکاران (۵۰) بازنگری آثار مکتوب شامل ۱۴۶ مقاله را به پایان رساندند که همه این مقاله‌ها در یک نشریه به دقت بازنگری شده و توسط یک سازمان حرفه‌ای شناخته شده ملی به چاپ رسیده، از طرح‌های تجربی یا شبه تجربی و بررسی‌های آماری مناسب استفاده کرده و از تعداد شرکت

۸۲ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

کنندگان کافی برخوردار بودند. مشاهدات مربوط به سود بهینه عبارتند از:

- این مدرک با توجه به برنامه‌های پی‌گیری اخیر نشان داد که این برنامه‌ها می‌توانند باعث طول عمر شوند اما نمی‌توانند حداقل در کوتاه مدت، موجب پس انداز مالی شوند.

- این مدرک با توجه به تأثیر مثبت تغییر رفتار و برنامه‌های مراقبتی در هزینه‌های پزشکی، سود بهینه مثبت را نشان دادند. برنامه‌های تمرینی عمومی و منع استعمال دخانیات نیز بازده مثبت سرمایه را نشان دادند.

- پنج نوع از مداخلات موجب پس انداز کوتاه مدت در هزینه‌های پزشکی شدند از جمله غربالگری سرطان سینه غربالگری افسردگی، واکسیناسیون بزرگسالان در مقابل آنفولانزا و برنامه‌های مراقبتی برای بیماری‌های جزئی.

- مدارکی که نشان دهنده سود بهینه پزشکی پیشگیری از بیماری و مداخلات ارتقای سلامت هستند، مدارکی معقول و در حال افزایش می‌باشند که در درجه اول متکی بر ارزیابی برنامه‌های جامعی هستند که شامل منع استعمال دخانیات، تغذیه، کاهش وزن، سلامت جسمی و کنترل استرس می‌باشند.

- مدارک سود بهینه پزشکی، پیشگیری از بیماری و مداخلات ارتقای سلامت، به مداخلات خاص و مداخلاتی که بر یک عامل مخاطره‌آمیز متمرکزند، محدود می‌باشند. چون بسیاری از بیماری‌ها چند عاملی هستند، بسیاری از آزمایشات بر برنامه‌های جامع دارای رویکردهای ترکیبی تمرکز می‌نمایند البته می‌توان این رویکردها را به رفتارهای زندگی واقعی نیز تعمیم داد (مثلاً برخی افراد مایلند که هر بار یکی از رفتارهایشان را تغییر دهند)

مدارک محکمی وجود دارد که نشان می‌دهد غربال‌گری فشار خون بالا منجر به سود بهینه پزشکی بلند مدت می‌شود.

غربال‌گری سرطان پروستات هنوز هم تا حدی بحث‌برانگیز است و به نظر نمی‌رسد که از نظر پزشکی دارای سود بهینه باشد.

اما ارزیابی دقت هر یک از مؤلفه‌های برنامه به تنهایی کاری مشکل است.

• مدارک محکمی وجود دارد که نشان می‌دهد غربال‌گری فشار خون بالا منجر به سود بهینه پزشکی بلند مدت می‌شود.

• غربال‌گری سرطان سینه و افسردگی براساس سطوح بالای موفقیت درمانی از نظر پزشکی در کاهش هزینه‌ها سودمند بوده است.

• غربال‌گری سرطان پروستات هنوز هم تا حدی بحث‌برانگیز است و به نظر نمی‌رسد که از نظر پزشکی دارای سود بهینه باشد.

• بررسی فایده برنامه‌های تغییر رفتار هم طبق معمول نیاز به برنامه‌ریزی مداخلات به مدت ۳ تا ۵ سال دارد.

مدارک به طور کلی نتایج سودآور هزینه‌های مثبت پزشکی را تأیید می‌کنند (موارد استثنا عبارتند از برنامه‌های تمرینی مربوط به دردهای کم‌ری و کنترل استرس) اما مقالات در درجه اول تأثیرات رو به افزایش برنامه‌های جامع را نشان می‌دهند.

نویسندگان بی‌شمار دیگری هم متوجه شدند که چنین تحقیقاتی با در نظر گرفتن تأثیر برنامه پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت بر کاهش هزینه پزشکی، کمتر قطعی به نظر می‌رسد اما مجموعه مدارک به طور کلی نتایج مثبتی را نشان دادند.

در آمریکا که اغلب داده‌های موجود از آنجا سرچشمه می‌گیرد، شرکت‌ها نوعاً هزینه‌های پزشکی بیشتری را برای کارمندان نسبت به کانادا متقبل می‌شوند، جایی که سیستم مراقبت‌های بهداشتی دولت اکثر هزینه‌ها را پوشش می‌دهد.

۸۴ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

گرچه در کانادا، هزینه‌ها بین شرکت‌ها و سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی تقسیم می‌شود اما الگوهای سودآور هزینه‌ای مشابهی را می‌توان یافت.

□ نمونه‌های هزینه - فایده در کانادا :

- شرکت «زندگی کانادایی» در تورنتو بازده سرمایه به مقدار $3/40$ دلار به ازای هر دلار مشترک سرمایه گذاری شده در افزایش بهره‌وری و کاهش مطالبات پزشکی را نشان داد.
- دکتر روسفرد دریافت که برنامه‌های جمعی تندرستی، سود اقتصادی رو به افزایش 500 تا 700 دلار برای هر کارمند در هر سال را داشته است.

- کارمندان شهری در تورنتو نسبت به کارمندانی که در برنامه ثبت نام نکرده بودند، در ۶ ماهه اول برنامه سلامتی مترو فیت (metro fit) $3/35$ روز کمتر از دست دادند.

- آن دسته از کارمندان بی سی هیدرو (BC Hydro) که در برنامه آمادگی کاری ثبت نام کرده بودند، در مقایسه با میانگین درآمد $10/3$ درصدی شرکت، میزان درآمدی بالغ بر $3/5$ درصد را دارا بودند.

- شرکت بیمه عمر کانادا دریافت که میزان هزینه شرکت کنندگان در برنامه سلامت طی یک دوره هفت ساله، $32/4$ درصد پایین‌تر از میانگین بوده است.

- بیمه عمر تورنتو دریافت که درآمد کارمندانی که در برنامه سلامت شرکت ثبت نام کرده بودند به میزان $1/5$ درصد بود و در مقابل این میزان برای کسانی که در برنامه شرکت نکرده بودند، 15 درصد بود.

مجموعه دیگری از نتایج هزینه - فایده، شرکت‌های کانادایی به شرح زیر است:

- شرکت NCR کانادا با مسئولیت محدود (۱۹۹۹)، با ارایه کتاب‌های راهنمای مراقبت‌های بهداشتی به کارمندان، به اجرای یک برنامه مدیریت از کار افتادگی پرداخت و بازده سرمایه بیش از ۴۰۰ درصد را طی سال اول اعلام نمود.
- شرکت لوی استراس و شرکا (کانادا) (۱۹۹۹) که به اجرای یک استراتژی سلامتی در کلیه تأسیسات کانادایی خود و نیز اجرای برنامه‌های سلامت هدفدار پرداخت، طی بیش از سه سال کاهش در هزینه‌های جبرانی بهداشتی را اعلام نمود.
- شرکت کانادایی Tire Acceptance Limited (۱۹۹۷) با اجرای یک برنامه پژوهشی به همراه آموزش و تغییر تجهیزات، طی سال اول و از طریق کاهش جراحات مکرر ناشی از استرس، میزان ۳۰۰ درصد بازده سرمایه به دست آورد.
- خدمات درآمد داخلی (۱۹۹۸) با اجرای برنامه ساعت استراحت به پیشرفت‌هایی در بهره‌وری و کاهش میزان ناراحتی‌های گزارش شده از سوی کارمندان دست یافت.
- شرکت سیستم‌های ابزار تزریقی هاسکی (۱۹۹۵) طی دوره یک ساله اجرای برنامه سلامتی در محل کار، دادن یارانه به رستوران‌ها، برنامه دارویی در برگیرنده مکمل‌های غذایی و وجود کارمندان حرفه‌ای در محل کار، کاهش به میزان ۲/۵ روز هدر رفته در هر سال و برای هر کارمند و نیز کاهش در هزینه‌های دارویی تا بیش از ۷۵ درصد را نشان داد.
- شرکت Canad Life در سال ۱۹۷۸ به توسعه برنامه ارتقای سلامت پرداخت و طی یک دوره ده ساله میزان ۶۸۵ درصد بازده سرمایه را نشان داد.
- به علاوه، به نقل از شرکت بی سی هیدرو، بررسی هزینه - فایده در سال ۱۹۹۶ نشان داده است که برنامه ارتقای سلامت در

۸۶ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

محل کار موجب پس انداز مبلغ ۳ دلار به ازای هر یک دلار صرف شده در برنامه شده است.

• شرکت بیمه عمر کانادا دریافت که طی یک دهه، شرکت به ازای هر یک دلار مصرف شده در برنامه ارتقای سلامت سودی نزدیک به ۷ دلار به دست آورده است.

• کارخانه گندم کانادا وابسته به وینینگف، میزان سالیانه ۳/۸ روز بیماری برای هر کارمند را در مقایسه با ۶/۲ روز میانگین که از جانب اداره آمار کانادا گزارش شده بود، نشان داد.

• شین هم‌چنین نتیجه‌گیری کرد که اگر این نوع برنامه‌ها طبق اصول و تمرینات صحیح اداره شوند، حتماً نتایجی را نشان می‌دهند که حداقل موجب جبران سرمایه خریدار شده و به جای هزینه، موجب افزایش سود می‌شود.

پیش‌بینی کننده‌های موفقیت

در برنامه‌های مختلف ارتقای سلامت ویژگی‌ها و مشخصه‌های مشترکی وجود دارند که به پیش‌بینی موفقیت می‌پردازند. اعم از این که برنامه درباره منع استعمال دخانیات، کنترل استرس، تغذیه، فعالیت فیزیکی، منع استفاده از مشروبات الکلی و یا هر چیز دیگر باشد یا هدف آن صرفاً اطلاع‌رسانی و افزایش آگاهی یا تغییر عقاید و نگرش‌ها و یا تغییر رفتارهای واقعی باشد. اصول طرح ریزی فعالیت‌های سلامت در محل کار عبارتند از:

۱- توجه به نیازهای افراد به منظور تعیین اهداف سلامتی و رویارویی با آنها به شیوه‌ای عاقلانه و مترقی؛

۲- توجه به نیازهای گوناگون افراد به پشتیبانی اجتماعی؛

مطالعاتی که بازده قابل توجهی از سرمایه را در برنامه نشان دادند، گرایش بیشتری به فرصت‌های نسبتاً کوتاه زمانی داشتند (دو تا پنج سال).

۳- توجه به این واقعیت که فعالیت‌های سلامتی غالباً وابسته به هم می‌باشند (مثلاً استفاده از سیگار و مشروبات الکلی و استفاده از سیگار و کافئین غالباً از طریق فرایندهای موقعیتی پیچیده، به هم مربوط می‌باشند)؛

۴- برنامه‌ها باید به منظور پرداختن به اولویت‌ها، صلاحیت‌ها و نیازهای مجموعه وسیعی از شرکت کنندگان طرح ریزی شوند؛

۵- توجه به این واقعیت که مردم از لحاظ زمان، انرژی و نیازها محدود هستند و برنامه‌ها و خدمات باید در حد امکان در راستای آنها باشند تا دیگر مسایل.

گزیده‌ای از بازنگری مطبوعات سلامت کانادا در سال ۱۹۹۵ در صفحات بعدی آمده است. در این گزیده به طور خلاصه برخی از چالش‌های عمده در ارزیابی هزینه - فایده تلاش‌های ارتقای سلامت در محل کار بیان شده است.

چالش‌های موجود در ارزیابی هزینه - فایده (۶۳)

اگر تصمیم‌گیری در مورد توسعه یک برنامه ویژه ارتقای سلامت در محل کار، به دلیل بازده اقتصادی آن باشد پیچیدگی‌ها و فرضیات موجود در زمینه ارزیابی اقتصادی آن باید کاملاً روشن شوند. شفرد بازنگری فوق العاده‌ای از این موارد را ارائه داد و متوجه شد که تغییرات کوچک در روش‌های تحلیلی انتخاب متغیرها و چارچوب زمانی تجزیه و تحلیل‌ها، از جمله عواملی هستند که به وضوح نتایج ارزیابی‌های اقتصادی را تغییر می‌دهند.

چارچوب زمانی به طور اخص از عوامل بسیار مهم به شمار می‌رود. مطالعاتی که بازده قابل توجهی از سرمایه را در برنامه

گزینه‌ش مشکل عمده دیگری است چرا که کارمندان سالم نوعاً داوطلب شرکت در برنامه‌های ارتقای سلامت می‌باشند و مدارک مهمی وجود دارد که شرکت کنندگان نسبت به افرادی که در برنامه شرکت نکرده‌اند برای پیشرفت سلامتشان سالم‌تر و با انگیزه‌ترند.

نشان دادند، گرایش بیشتری به فرصت‌های نسبتاً کوتاه زمانی داشتند (دو تا پنج سال). در این مطالعات این طور تصور می‌شد که پیشرفت‌های کوتاه مدت در رفتارهای سلامتی به عاملی برای بهبود وضعیت اقتصادی شرکت، تبدیل شده بود اما معنی دیگر این پیشرفت‌ها ممکن است این باشد که طول عمر این افراد بیشتر و در مقابل، افزایش طول عمر موجب افزایش پرداخت از سرمایه حقوق بازنشستگی و سودهای پزشکی برای هر نفر از جمعیت سالخورده بازنشستگان شود. تا به امروز هیچ مورد از ارزیابی‌های اقتصادی برنامه ارتقای سلامت در محل کار نتوانسته‌اند یک دوره طولانی مدت کافی برای بررسی دقیق این موارد را تحت پوشش قرار دهند.

گزینه‌ش مشکل عمده دیگری است چرا که کارمندان سالم نوعاً داوطلب شرکت در برنامه‌های ارتقای سلامت می‌باشند و مدارک مهمی وجود دارد که شرکت کنندگان نسبت به افرادی که در برنامه شرکت نکرده‌اند، برای پیشرفت سلامتشان، سالم‌تر و با انگیزه‌ترند. شفره اهمیت مسأله گزینه‌ش برای بررسی اقتصادی را مورد بحث قرار داد چرا که یافته‌های هزینه-فایده بر مبنای شرکت کنندگان فعلی قرار داشت و لزوماً نمی‌توانست در مورد همه کارمندان ملاک قرار داده شود. بنابراین برنامه‌ها موجب پیشرفت سلامت "افراد سالم" شده و بخش زیادی از افرادی که می‌توانند بیشترین بهره‌مندی را داشته باشند از دست می‌دهد.

مشکل دیگر در ارزیابی برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار و خلاصه کردن یافته‌ها از میان مطالعات، ماهیت مداخلات می‌باشد. برخی از برنامه‌ها، کاملاً ساده و کم هزینه‌اند (مثلاً توزیع جزوات اطلاعات سلامتی) در حالی که برنامه‌های دیگر

برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار ممکن است گروه‌های محدود و غیرانتخابی کارگران را فراموش نماید و بیشتر گرایش به تمرکز روی محل‌های کاری اداری بزرگ و سود آور داشته و عمدتاً محل‌های کاری کوچک (حدود یک سوم کل نیروی کار) که از میزان بالاتری از جراحات و عوامل مضر سلامتی برخوردارند را نادیده بگیرند.

کاملاً فشرده هستند (مثلاً غربالگری عوامل خطرساز و مشاوره تکمیلی فشرده). برخی از این برنامه‌ها بر روی یک عامل خطرساز متمرکزند در حالی که دیگر برنامه‌ها بسیاری از رفتارهای سلامتی را هدف قرار می‌دهند.

برخی بر روی تغییر فرد متمرکزند و برخی دیگر شامل مؤلفه زیست محیطی یا تغییراتی در برنامه‌های انتفاعی و بیمه سلامتی می‌باشند. به منظور سودمند بودن این برنامه‌ها، نتایج ارزیابی باید با یک توضیح کامل از برنامه همراه باشد (که این امر ندرتاً اتفاق می‌افتد).

با در نظر گرفتن اثربخشی همه جانبه (نه فقط سود - فایده) بازنگری مقالات سلامت کانادا در سال ۱۹۹۵ گوشزد می‌نماید که "شما باید محدودیت‌های ارزیابی‌ها را مورد توجه قرار دهید. حتی "بهترین" مطالعات هم محدودیت‌های عمده‌ای دارند که از اظهارات قطعی راجع به این که آیا برنامه ارتقای سلامت موجب تغییرات مشاهده شده می‌شود، ممانعت به عمل می‌آورد. به علاوه کسی نمی‌تواند این عدم ثبات در یافته‌های موجود در ارزیابی‌های دارای طراحی بهتر را نادیده بگیرد..."

محققین دیگر، شروط مشابهی را بیان کردند. به عنوان مثال: پلانی و همکاران متوجه شدند که برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار ممکن است گروه‌های محدود و غیرانتخابی کارگران را فراموش نماید و بیشتر گرایش به تمرکز روی محل‌های کاری اداری بزرگ و سود آور داشته و عمدتاً محل‌های کاری کوچک (حدود یک سوم کل نیروی کار) که از میزان بالاتری از جراحات و عوامل مضر سلامتی برخوردارند را نادیده بگیرند. همچنین برنامه‌های ارتقای سلامت غالباً به عنوان مزایایی برای کارمندان تمام وقت ارایه می‌شود، این بدین معنی است که

۹۰ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

کارمندان غیررسمی و قراردادی با حقوق پایین دسترسی کمتری به این برنامه‌ها دارند. سودآوری برنامه‌ها با تأثیر آن بر سلامت عمومی هم معنا نیست، اگر فقط تعداد کمی از افراد در معرض خطر در این برنامه‌ها شرکت نمایند.

در نهایت، به گزارش کامپیر و کوپر و کامپیر و همکاران یکی از نتایج پایدار مداخلات ارتقای سلامت در محل کار کاهش غیبت است که غالباً از جمله محاسبات هزینه-فایده به حساب می‌آید اما ریدل و همکاران وی متوجه شدند که دوگانگی سنجش "حضور در محل کار" یا "غیبت در محل کار" درجه صدمات وارده به کارگرانی که در محل کارشان حضور دارند را نادیده می‌گیرد. در هر دو بخش تحقیقی و شغلی، نیاز مبرمی به کمی‌کردن بهتر ارزش ایجاد شده توسط کارمندان وجود دارد. متخصصین سلامت تنها از طریق ارزیابی صحیح محصول کار می‌توانند به برآورد تأثیر واقعی کمبود سلامتی بپردازند.

نمونه‌هایی از تغییر رفتار و عوامل مخاطره آمیز

همان طور که در صفحات قبلی اشاره شد، طبق گزارش بسیاری از محققین به نظر می‌رسد که رویکرد تغییر رفتار سلامتی داوطلبانه، یک سرمایه گذاری خوب به حساب می‌آید چرا که منجر به رفتارهای سالم‌تر و در نتیجه کاهش رفتارهای مخاطره آمیز می‌شود اما آیا مقالات نیز از این امر حمایت می‌کنند؟

تفسیر اطلاعات موجود در زمینه تغییرات رفتاری و تغییر عوامل مخاطره آمیز بدون مطالعه عوامل مخاطره آمیز فردی دشوار می‌باشد. مانع دیگر در ارزیابی سودمندی این نوع

فعالیت‌ها این واقعیت است که به غیر از مداخلات وسیع راهبردی مثل محدودیت استعمال دخانیات، افراد شرکت کننده در این تحقیق‌ها دچار خود گزینشی می‌باشند. از آنجا که افرادی که بیشتر در معرض خطر قرار دارند معمولاً در این برنامه‌ها داوطلب نمی‌شوند، نتایج به دست آمده را نمی‌توان به کل جمعیت تعمیم داد و از آنجا که میزان مشارکت افراد به ندرت گزارش می‌شود، تعیین ارزشمندی همه جانبه این فعالیت‌ها مشکل می‌باشد.

ادانل در سال ۱۹۹۷ به منظور دستیابی به پاسخ این سؤال، به جمع آوری بازنگری‌های انجام شده توسط نویسندگان مختلف پرداخت و به نکات زیر پی برد:

- تلاش برای کاهش فشار خون منجر به کنترل فشار خون ۶۰ تا ۸۵ درصد از شرکت کنندگان برنامه شد(البته در طول اجرای برنامه)

- برنامه‌های کنترل استرس توانستند از اضطراب و کشیدگی عضلانی جلوگیری کنند اما در مورد فشارخون، افسردگی پرخاشگری یا موارد مربوط به خواب هیچ کمکی نکردند.

- اثربخشی کوتاه مدت برنامه‌های کنترل وزن، مثبت بود ولی اثربخشی بلند مدتی را نشان ندادند.

- نتیجه‌گیری در مورد مداخلات تغذیه و کلسترول دشوار بود چرا که این نوع رویکردها دارای تنوع بسیاری بودند.

- برنامه‌های ورزشی، کاهش در میزان چربی بدن و توده چربی بدن را نشان دادند و نیروی ایروبیکی، قدرت عضلات و انعطاف پذیری را طی دوره اجرای برنامه، بهبود بخشیدند اما نتایج بلند مدت آنها هنوز ناشناخته مانده‌اند.

ادانل دریافت برنامه‌هایی که شامل مؤلفه مشاوره فردی بودند دو برابر سودمندتر از برنامه‌هایی بودند که شامل مشاوره نبودند.

برنامه‌هایی که شامل ترکیب اطلاعات، ایجاد مهارت و اعتلای فرهنگ سازمانی بودند، نسبت به برنامه‌هایی که شامل هیچ یک از این سه رویکرد نبودند، احتمال دارد که "نتایج مثبت بیشتری" را دارا باشد.

برنامه‌های کنترل وزن منجر به کاهش وزن مختصر در کوتاه مدت شدند اما نتایج بلند مدت آن بسیار ضعیف بود.

• از آنجا که مداخلات استفاده از الکل در محل کار دارای کیفیت ضعیفی بودند، نتایج مختصری را می‌توان راجع به این عامل مخاطره آمیز به دست آورد.

• برنامه‌هایی که AIDS/HIV را مخاطب قرار می‌دادند تغییرات رفتاری خاصی را نشان ندادند اما افزایش دانش و تغییر در نگرش در آنها مشهود بود.

به طور گسترده تر، ادانل دریافت برنامه‌هایی که شامل مؤلفه مشاوره فردی بودند، دو برابر سودمندتر از برنامه‌هایی بودند که شامل مشاوره نبودند. همچنین برنامه‌هایی که شامل ترکیب اطلاعات، ایجاد مهارت و اعتلای فرهنگ سازمانی بودند، نسبت به برنامه‌هایی که شامل هیچ یک از این سه رویکرد نبودند احتمال دارد که "نتایج مثبت بیشتری" را دارا باشد.

نویسندگان دیگری نیز سعی کردند که مدارک موجود در زمینه عوامل مخاطره آمیز ویژه را خلاصه نمایند.

• کاپلان، برینکمن کاپلان، فرامر، مثل ادانل گزارش کردند که برنامه‌های کنترل وزن منجر به کاهش وزن مختصر در کوتاه مدت شدند اما نتایج بلند مدت آن بسیار ضعیف بود.

• اریکسن و گتلیب به بازنگری گزارشات مداخلات منع استعمال دخانیات پرداختند و دریافتند که برنامه‌های گروهی دارای میزان رعایت ممنوعیت با میانگین ۲۳ درصد بودند.

• هینی و گیوتزل دریافتند که دوازده برنامه از نوزده برنامه چند مؤلفه ای، با کاهش استعمال سیگار همراه بود.

• آنها همچنین همانند ادانل متوجه شدند که غنی کردن برنامه‌ها توسط مشاوره‌های رفتاری، نتایج بیشتری را در زمینه استعمال سیگار و رفتارهای رژیمی به بار می‌آورد.

• کلنز و کریستال به بررسی برنامه‌های مختلف تغذیه در محل کار پرداختند و همانند ادانل دریافتند که انتخاب طیف گوناگونی از رویکردها، نتایج متعددی را به بار می‌آورد و به این نتیجه رسیدند که برنامه‌های آموزش گروهی، برنامه‌های مربوط به رستوران‌ها، پیام‌های مناسب کامپیوتری و تلاش‌های بهبود خانواده نتایج مثبتی را در پی داشتند.

• در مطالعه انجام شده توسط مؤسسه رابرت رود جانسون تخمین زده شد که تغییر محدودیت‌های استفاده از سیگار به سیاست کاری که سیگار کشیدن در آن آزاد باشد، موجب کاهش رواج استفاده از سیگار تا ۲۳ درصد و نیز کاهش مصرف روزانه سیگار تا ۱۴ درصد می‌شود. تحریم‌ها، محدود کنندگی کمتر این تأثیرات را به نصف می‌رساند.

• پلتیر به بازنگری دوازده مورد مطالعه تحقیقی در مورد مداخلات کنترل خطرات قلبی- عروقی در محیط‌های کاری پرداخت. ده مورد از این دوازده مطالعه، کاهش رفتارهای مخاطره آمیز در گروه‌های کنترل را در کوتاه مدت گزارش دادند اما تأثیرات بلند مدت به استثنای ممنوعیت دخانیات که طی ۵ سال و ۲ سال تکمیلی ادامه یافت، کمتر به چشم خورد. نتایج سلامتی که مورد آزمایش قرار گرفتند شامل: منع استعمال دخانیات، فشار خون، کاهش وزن، میزان کلسترول، تکرار تمرینات بدنی، میزان آمادگی جسمانی، سلامتی و تندرستی، غیبت و میزان مرگ و میر بود.

به علاوه ریدل و همکارانش در مشاهدات خود از بازنگری مقالات نتایج زیر را گزارش کرده‌اند:

• مدارکی بسیار قوی مبنی بر تأثیر مثبت غربال‌گری اولیه بر منافع سلامتی. این مدارک هم‌چنین نشان می‌دهند که برنامه‌های

به نظر می‌رسد که پذیرش برنامه‌های کنترل وزن به طور اخص بسیار دشوار باشد

غربال‌گری اولیه می‌تواند موجب نجات و نیز طولانی شدن عمر شوند.

• مدارکی بسیار قوی مبنی بر تأثیر مثبت برنامه‌های تغییر رفتار بر منافع سلامتی. این منافع نوعاً در میان مدت تا بلند مدت قابل تشخیص می‌باشد.

• مدارکی مبنی بر این‌که دو چالش جهانی و اصلی موفقیت برنامه‌های ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری، میزان بالای مشارکت و تداوم تغییر رفتار در طول زمان می‌باشد.

• مدارک محکم و متقاعد کننده ای مبنی بر این که مداخلات ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری موجب بهبود وضعیت سلامت فردی می‌شود.

بازنگری مدارک ارتقای سلامت در محل کار که توسط مؤسسه توسعه سلامت در انگلستان انجام شده است به این نتیجه رسیده که تشخیص روش شناختی در بسیاری از مطالعات بسیار مشکل است اما برخی اظهارات کلی را بیان کرده اند:

• برنامه‌های جامع در ترکیب با غربالگری و ارزیابی خطرات به همراه انتخاب برنامه‌های آموزشی و یا تغییرات زیست محیطی، برنامه‌هایی مؤثر بودند اما مطالعات دقیق کمی در مورد آنها نشان داد که تکرار این مداخلات نمی‌تواند موفقیت را تضمین نماید.

• برنامه‌های کنترل وزن در ترکیب با آموزش و تشویق‌های مالی، دارای کمترین تأثیر بودند. به نظر می‌رسد که پذیرش برنامه‌های کنترل وزن به طور اخص بسیار دشوار باشد و تلاش‌های بسیاری به منظور توسعه و ارزیابی مداخلات کنترل وزن در بلند مدت، مورد نیاز باشد.

ترکیب آموزش مهارت با حمایت اجتماعی در مداخلاتی که رفتارهای خطرناک خاصی را هدف قرار می‌دهد، احتمالاً نسبت به آموزش مهارت به عنوان بخشی از مداخلات وسیع و پیچیده، مؤثرتر خواهند بود.

فعالیت‌هایی نظیر ارتقای سلامت، آموزش چهره به چهره، حمایت افراد کلیدی و حمایت‌های سازمانی نسبت به برنامه‌های کاهش خطر و آموزش سلامتی که در برگیرنده روابط فردی نیستند، احتمال بیشتری دارد که موجب ارتقای میزان مشارکت و بهبود نتایج شود.

• هیچ مدرک قطعی مبنی بر اثربخشی حمایت اجتماعی افراد کلیدی و رهبران گروه‌ها به عنوان بخشی از مداخلات وسیع آموزشی وجود ندارد.

• تأثیر مداخلات با مؤلفه توسعه مهارت، در مورد تعداد مساوی از مداخلات مؤثر و غیر مؤثر بدون نتیجه است اما ترکیب آموزش مهارت با حمایت اجتماعی در مداخلاتی که رفتارهای خطرناک خاصی را هدف قرار می‌دهد، احتمالاً نسبت به آموزش مهارت به عنوان بخشی از مداخلات وسیع و پیچیده مؤثرتر خواهند بود.

• رایج فردی اطلاعات در طیفی از مداخلات، مؤثر به نظر رسید. این یافته نیز توسط ارزیابی فرایندی یک مداخله پیچیده پشتیبانی شد. با اشاره به این‌که حضور کارمندان "مشتاق" در برنامه‌های سلامتی در صورتی آسان خواهد بود که این برنامه‌ها در خود محل کار اجرا شوند، حضور کارمندان "غیرمشتاق" نیاز به رویکردهای دقیقاً مشابهی دارد.

یافته‌های حاصل از ارزیابی جنرال موتورز و پروژه منع استعمال دخانیات شیکاگو نشان داد که فعالیت‌هایی نظیر ارتقای سلامت، آموزش چهره به چهره، حمایت افراد کلیدی و حمایت‌های سازمانی، نسبت به برنامه‌های کاهش خطر و آموزش سلامتی که در برگیرنده روابط فردی نیستند، احتمال بیشتری دارد که موجب ارتقای میزان مشارکت و بهبود نتایج شود. پروژه جنرال موتورز نیز پیشنهاد دارد که تنوع انتخاب‌ها و نیز پشتیبانی چهره به چهره به طرز شگفت‌آوری مشارکت را افزایش داده و موجب بهبود نتیجه می‌شود.

چاپمن (۱۹۹۶) مدارک موجود را به شرح زیر خلاصه کرد:
"طبق جدیدترین داده‌های علمی موجود، ابتکارات اصلاح شیوه

زندگی به ویژه زمانی که به چگونگی درک کارمندان از کارفرمایان مربوط بودند تنها در کوتاه مدت مؤثر بوده و در بلند مدت، با تأثیر کم و یا بدون تأثیر بر سلامت بودند.

مشابه بررسی های هزینه - فایده، محققین نیز توصیه کردند که در هنگام تفسیر نتایج تغییر رفتار ناشی از فعالیت های ارتقای سلامت در محل کار، باید جانب احتیاط رعایت شود.

گرچه مدارکی مبنی بر تغییرات رفتاری فردی کوتاه مدت و حتی پیشرفت هایی در عملکرد اقتصادی ارتقای سلامت در محل کار موجود است اما محدودیت های جدی بر سر راه رویکردهای رفتاری ارتقای سلامت در محل کار وجود دارد.

تغییرات رفتاری بدون تغییر همزمان در شرایط اجتماعی و فرهنگی شکل دهنده رفتار فردی، تمایل دارند که از نظر ماهیت کوتاه مدت باشند. به عنوان مثال ۹۰ درصد از سیگاری هایی که ترک کرده بودند، ظرف یک سال مجدداً شروع به استفاده از سیگار کردند، تنها ۱۰ درصد از افراد استفاده از مهارت های کنترل استرس را در بلند مدت ادامه دادند و میزان موفقیت در کاهش وزن و چربی نیز پایین بود.

در آمریکا، در یکی از دقیق ترین برنامه های تغییر رفتار به نام آزمایش مداخله عوامل خطر چندگانه (MRFIT)، علی رغم وجود شرکت کنندگانی با انگیزه بالا، برنامه مداخله رفتاری با طرح ریزی خوب، منابع بسیار غنی و پرسنل عالی، هیچ پیشرفت قابل توجهی در نتایج قلبی - عروقی به دست نیامد.

"رخوت فرهنگی" و شرایط سخت اجتماعی و اقتصادی به وضوح و به طور جدی مانع تغییرات رفتاری می شوند. توانایی فرد در تغییر رفتارهای بالقوه پاتوژنیک و "پایبندی" به آنها مستقیماً به ثروت، قدرت و سواد بهداشتی و به طور خلاصه به

تغییرات رفتاری بدون تغییر همزمان در شرایط اجتماعی و فرهنگی شکل دهنده رفتار فردی، تمایل دارند که از نظر ماهیت کوتاه مدت باشند.

توانایی فرد در تغییر رفتارهای بالقوه پاتوژنیک و "پایبندی" به آنها مستقیماً به ثروت، قدرت و سواد بهداشتی و به طور خلاصه به میزان تسلط فرد بر آینده اش، مربوط می باشد.

کنترل شغلی به طور اخص با عامل خطر ساز بیماری قلبی - عروقی مرتبط است.

توصیه شده است که افرادی که دارای مشاغل پرهیجان هستند، باید در فعالیتهای فیزیکی و دیگر رفتارهای سلامت بیشتر شرکت کنند

میزان تسلط فرد بر آینده اش، مربوط می باشد. "تمایل فرد برای تغییر" عمدتاً از طریق محیط اجتماعی وی مشخص می شود.

بیماری زدایی و میزان مرگ و میر

کلیه مطالعات بالا مبتنی بر مطالعات کوتاه مدت بودند. به عنوان مثال در بازنگری انجام شده توسط آلدانا، میانگین طول مدت مطالعه ۲/۸ سال بود. این مطالعات با میانگین سنی ۳۹ سال برای شرکت کنندگان مربوط به خیلی سال پیش (۱۰ یا ۱۲ سال) و قبل از این که تغییرات در عوامل اصلی مرگ و میر مثل بیماری قلبی، معلوم شوند، بوده اند. به علاوه میزان جابه جایی جغرافیایی و شغلی، ردیابی افراد و کنترل فعالیتهای ارتقای سلامتی که ممکن است در آن وارد شوند، عملاً غیر ممکن است.

خلاصه بررسی متون اثربخشی فعالیت های تغییر سازمانی

عوامل سازمانی موجود در محل کار از قبیل تقاضای شغلی نظارت، وجود یا نبود پاداش های شغلی و سیاست های متوازن کننده زندگی - کار، تأثیر مستقیم بر سلامت روانی و در نتیجه سلامت جسمی دارند (۱۰۳)

کنترل شغلی به طور اخص با عامل خطر ساز بیماری قلبی - عروقی مرتبط است. عوامل سازمانی در فعالیتهای ایمنی و سلامت شغلی نیز حایز اهمیت است (۱۰۴). به علاوه مقالات اشاره به سرایت کار به زمان فراغت دارد و توصیه شده است که افرادی که دارای مشاغل پرهیجان هستند، باید در فعالیتهای فیزیکی و دیگر رفتارهای سلامت بیشتر شرکت کنند (۱۰۵). به نقل از شین، احتمال موفقیت برنامه هایی که تأثیرات زیست

استرس بنا به هر دلیلی از جمله عوامل سازمانی فوق الذکر، رابطه مهمی با سکتها دارد.

خطرات مربوط به عوامل سازمانی و استرس را نمی‌توان تنها از طریق برنامه‌های کنترل استرس جبران نمود.

زمانی که مدیریت تصمیم می‌گیرد راه‌هایی را برای افزایش میزان نظارت و پاداش کارمندان پیدا نماید این انتظار می‌رود که این منافع موجب کاهش تقریبی میزان کلیه نتایج سلامتی نامطلوب مربوطه از جمله میزان جراحت، غیبت به علت بیماری‌های عفونی اضطراب، افسردگی و انواع مختلفی از دردها شود (۱۱۱).

محیطی و فردی را توأم در نظر می‌گیرند، نسبت به مداخلاتی که هر یک را به طور جداگانه یا به تنهایی هدف قرار می‌دهند بیشتر است (۱۰۶).

استرس بنا به هر دلیلی از جمله عوامل سازمانی فوق الذکر رابطه مهمی با سکتها دارد. استرس می‌تواند مستقیماً بر خطر سکتها تأثیر گذاشته و غیر مستقیم به افزایش رواج رفتارهای غیربهداشتی و کاهش توانایی فرد در انجام رفتارهای ایمنی کمک کند.

خطرات مربوط به عوامل سازمانی و استرس را نمی‌توان تنها از طریق برنامه‌های کنترل استرس، جبران نمود. در واقع برنامه‌های کاهش استرس و کنترل استرس تنها کاهش موقتی استرس به همراه کاهش سودمندی بعد از سه الی شش ماه را نشان داده اند (۱۰۷). مک لوری و همکارانش به منظور حفظ کاهش استرس در طول زمان، برنامه‌های آموزشی را در کنار تغییرات سازمانی مؤثر می‌دانند (۱۰۸).

شین آشکارا تغییرات سازمانی را به عنوان عنصر اصلی در ارتقای سلامت در محل کار مورد توجه قرار داد. وی اظهار داشت که برنامه‌های ارتقای سلامت تنها تحت شرایط مدیریت بهینه، مفید خواهند بود (در درجه اول آن دسته از برنامه‌هایی که رضایت شغلی کارمندان را بر می‌انگیزد).

اما تأثیرات مداخلات تغییر سازمانی می‌توانند متغیر باشند. از یک طرف شین اشاره بر این دارد که بسیاری از شرایط سازمانی ممکن است تغییر نمایند و این که مطالعات بسیاری نشان داده اند که زمانی که مدیریت تصمیم می‌گیرد راه‌هایی را برای افزایش میزان نظارت و پاداش کارمندان پیدا نماید، این انتظار می‌رود که این منافع موجب کاهش تقریبی میزان کلیه نتایج سلامتی

به گزارش بازنگری انجام شده توسط پلانی و همکارانش، تغییر سازمانی در برخی از مطالعات موجب افزایش غیبت و حجم کار روانشناختی شده است. در حالی که در برخی دیگر با کاهش از کار افتادگی و فشار عاطفی و ارتقای سلامت روانی همراه بوده است

تغییر سازمانی یک فرآیند پیچیده، آرام و غیرقابل پیش بینی است که باید طبق نیاز در هر محل کار، به دقت تعریف شود و نیازمند مشارکت و حمایت بالای مدیریتی می‌باشد.

افسردگی و استرس بالا بیشترین تأثیر را بر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی کارگران داشته‌اند و بیشتر از چاقی، استعمال سیگار یا فشار خون بالا، آن را افزایش داده‌اند.

نامطلوب مربوطه از جمله میزان جراحی، غیبت به علت بیماری‌های عفونی، اضطراب، افسردگی و انواع مختلفی از دردها شود (۱۱۱).

به طور مشابه، ماوریناک و همکارانش نیز دریافتند که مشارکت کارمندان، آموزش و ساختار سازمانی و مدیریت پیشرو موجب افزایش بهره‌وری و سود می‌شود (۱۱۲).

به نقل از جکسون و دیجیاکام در زمینه‌های بسیار مشکل‌تری از تغییر سازمانی، تلاش‌های جدید مدیریت مشارکتی به افزایش تولید، کاهش هزینه‌ها و بهبود وضعیت روابط کاری، کمک کرده است (۱۱۳).

از طرف دیگر، به گزارش بازنگری انجام شده توسط پلانی و همکارانش، تغییر سازمانی در برخی از مطالعات موجب افزایش غیبت و حجم کار روانشناختی شده است. در حالی که در برخی دیگر با کاهش از کار افتادگی و فشار عاطفی و ارتقای سلامت روانی همراه بوده است (۱۱۴).

این نتایج متضاد را می‌توان ناشی از طریقه اجرای فرآیند تغییر دانست. تغییر سازمانی یک فرآیند پیچیده، آرام و غیرقابل پیش بینی است که باید طبق نیاز در هر محل کار، به دقت تعریف شود و نیازمند مشارکت و حمایت بالای مدیریتی می‌باشد. نیاز به برآورد تأثیرات سلامت طرح‌های تغییر سازمانی درست ارزیابی شده، هنوز هم به وضوح وجود دارد (۱۱۵).

هنگامی که بر روی خطرات سلامتی پرهزینه تر کارگران تمرکز می‌شود، ممکن است مواردی از قبیل فشار خون بالا استعمال سیگار و یا شیوه زندگی مدنظر قرار گیرد اما طبق نتایج مطالعات انجام شده توسط دکتر ران زی گاتزل از اعضای گروه MEDSTAT، این فکر کاملاً اشتباه است. در عوض

افسردگی و استرس بالا بیشترین تأثیر را بر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی کارگران داشته‌اند و بیشتر از چاقی استعمال سیگار یا فشار خون بالا، آن را افزایش داده‌اند. در واقع این هزینه‌ها در مورد کارگرانی که احساس می‌کردند تحت استرس قرار دارند، ۴۶ درصد بیشتر بود. در این بررسی که در میان بیش از ۴۶۰۰۰ کارمند از شش سازمان خدمات همگانی انجام شد و به ارزیابی ده مورد از خطرات سلامتی قابل تغییر و تأثیر مربوطه بر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی پرداخت مقامات صنعتی متوجه دلایل تأثیر عمده افسردگی و استرس بر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی شدند. به عنوان مثال:

- افسردگی و استرس ممکن است باعث شود که بیماران در بیماری‌های خفیف جسمی، خواهان مراقبت شوند.
- مشکلات روانشناختی و اجتماعی ممکن است منجر به دشواری‌های سلامتی جدی شود.
- افسردگی و استرس ممکن است به بیماری جدی مربوط باشد.

نتایج این بررسی، در شناسایی بیمارانی که از هزینه‌های بسیار بالای مراقبت‌های بهداشتی برخوردار بودند نیز مفید بود. به عنوان مثال هزینه پزشکی بیماران دچار افسردگی و اضطراب به میزان ۳۸۰۰ دلار در هر سال بود که این مقدار در مقایسه با بیمارانی که فاقد این عوامل مخاطره آمیز بودند، ۱۲۰۰ دلار بود (۱۱۰).

نگاهی به بررسی متون اثربخشی فعالیت‌های ایمنی شغلی

سکته به طور سالانه، برای اقتصاد انتاریو حدود یک میلیارد دلار هزینه در بر دارد و علت اصلی مرگ و ناتوانی عصبی در

ارتقای سلامت در محل کار ۱۰۱

گزارشی که به تازگی توسط دوکسبری و همکاران (۲۰۰۳) ارائه شده است به وضوح سطوح حاد استرس را که کانادایی ها در نتیجه اختلاف و تضاد بین کار و خانه با آن مواجهند، نشان می‌دهد.

بزرگسالان به شمار می‌آید. در حال حاضر، حداقل نود هزار نفر از جمعیت انتاریو با عوارض ناشی از سکته مثل ناتوانی های حرکتی، حسی، ادراکی یا ارتباطی زندگی می‌کنند. این اعتقاد وجود دارد که سکته از دلایل اصلی انتقال افراد سالخورده به بخش مراقبت‌های بلند مدت می‌باشد. هر چه جمعیت انتاریو پیرتر شوند، انتظار می‌رود تعداد سکته ها نیز افزایش یابد.

عوامل خطر ساز در مورد سکته عبارتند از سیگار کشیدن فشار خون بالا، دیابت، عدم فعالیت، داشتن اضافه وزن، استفاده از الکل، امراض قلبی و سابقه سکته مغزی.

فشارهای روحی نیز اگر طولانی شوند ممکن است منجر به انواع واکنش‌های احساسی، رفتاری و فیزیولوژیکی شوند که برخی از آنها از عوامل خطر ساز سکته می‌باشند.

واکنش‌های رفتاری عبارتند از سوء مصرف مشروبات الکلی و افزایش استفاده از توتون و تنباکو. واکنش‌های فیزیولوژیکی عبارتند از افزایش فشارخون و افزایش و نامنظمی سرعت تپش قلب. با مروری بر ۲۸۷ مقاله از آثار مکتوب منتشر شده به این نتیجه می‌رسیم که "استرس به تنهایی می‌تواند موجب واکنش‌های التهابی در تصلب شرایین و سایر واکنش‌های التهابی مزمن که بر دیگر اعضای بدن نیز تأثیر می‌گذارند، شود."

گزارشی که به تازگی توسط دوکسبری و همکاران (۲۰۰۳) ارائه شده است به وضوح سطوح حاد استرس را که کانادایی ها در نتیجه اختلاف و تضاد بین کار و خانه با آن مواجهند، نشان می‌دهد. این گزارش به طور خلاصه، ده هزار اظهار نظر بیان شده از جانب شرکت کنندگان در بررسی ملی سال ۲۰۰۱ سلامت کانادا در مورد تضاد کار- زندگی را ارائه می‌دهد. تقریباً

۱۰۲ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

دو سوم این اظهار نظرات راجع به دشواری ایجاد تعادل بین کار- زندگی می‌باشد.

خطرهای شغلی دیگری هم در مورد بیماری سکتته قلبی وجود دارد که همان طور که قبلاً گفته شد به عنوان عامل خطر در سکتته مغزی به شمار می‌روند. تعداد کمی از سموم خاص شغلی که با آنها مواجه هستیم بر روی قلب تأثیر می‌گذارند که شاخص ترین آنها دی سولفات کربن، نیتروگلیسیرین و مونوکسید کربن می‌باشند. مدارک کافی مبنی بر این‌که دود توتون در محیط، گرمای بیش از حد و سرمای بیش از حد عوامل خطرساز در بیماری‌های قلبی- عروقی هستند وجود دارد و مسلم است زمانی که با آنها در محیط شغلی مواجه باشیم از عوامل خطر به حساب می‌آیند. این مدارک هم‌چنین ارتباط بین سروصداهای شغلی و افزایش فشارخون را تأیید می‌کنند.

کار شیفتی (نوبتی) نیز با بیماری‌های قلبی مرتبط است و بلند کردن بار سنگین (در محیط‌های شغلی و غیرشغلی) هم با افزایش خطر حمله قلبی مرتبط است.

پژوهش‌های بسیار دیگری هم وجود دارد که نشان می‌دهند زمانی که مطالبات شغلی فراتر از کنترل (آزادی تصمیم‌گیری) فرد برود شخص متحمل فشار و دیگر تأثیرات مخرب می‌شود. هر چه مطالباتی که بر کنترل افراد تأثیر می‌گذارد بیشتر شود میزان فشار هم بیشتر می‌شود. این ویژگی‌های شغلی با بیماری قلبی، غیبت و وضعیت سلامتی در ارتباطند.

به عنوان مثال مطالعه برجسته ای که توسط اعضای خدمات شهری در انگلستان هدایت شد، نشان داد در کارگرانی که کنترل کمتری بر کارشان دارند، احتمال ابتلای به بیماری‌های قلبی بیش از ۵۰ درصد است.

مدارک کافی مبنی بر این‌که دود توتون در محیط گرما و سرمای بیش از حد از عوامل خطرساز در بیماری‌های قلبی- عروقی هستند وجود دارد

کار شیفتی (نوبتی) نیز با بیماری‌های قلبی مرتبط است و بلند کردن بار سنگین (در محیط‌های شغلی و غیرشغلی) هم با افزایش خطر حمله قلبی مرتبط است.

نتایج نشان می‌دهد که فقدان نظارت شغلی افراد موجب افزایش احتمال رنج افراد می‌شود

ارتقای سلامت در محل کار ۱۰۳

در نتیجه، ناراحتی زیاد احتمال ابتلا به مشکلات عضلانی- اسکلتی تا ۹۰ درصد، مشکلات قلب- عروقی تا ۱۲۰ درصد، مشکلات گوارشی تا ۲۱۰ درصد، بیماری سکتة قلبی تا ۳۵۰ درصد و اختلالات سلامت روانی تا ۱۷۴۰ درصد افزایش می یابد.

یافته‌های مشابهی نیز در مطالعه اخیر کادر اجرایی خدمات عمومی فدرال کانادا به ثبت رسیده است. نتایج نشان می‌دهد که فقدان نظارت شغلی افراد موجب افزایش احتمال رنج افراد می‌شود (در این مطالعه فردی که رنج و ناراحتی زیادی داشت دچار اختلال عاطفی و اضطراب شده بود و از این نظر خودکارایی وی تغییر یافته بود).

در نتیجه ناراحتی زیاد احتمال ابتلا به مشکلات عضلانی- اسکلتی تا ۹۰ درصد، مشکلات قلب- عروقی تا ۱۲۰ درصد مشکلات گوارشی تا ۲۱۰ درصد، بیماری سکتة قلبی تا ۳۵۰ درصد و اختلالات سلامت روانی تا ۱۷۴۰ درصد افزایش می یابد. مطالعه دیگری نشان داد که خطر پیشرفت مشکلات قلبی- عروقی زمانی افزایش می یابد که مساعدت و تلاش افراد منجر به پاداشی از قبیل ارتقا یا افزایش احتمال امنیت شغلی نشود. مطالعه جدید دیگری حتی نشان داد که شیوع بیماری عروق کرونر قلب بیش از عوامل استاندارد آن، ناشی از شرایط اجتماعی- اقتصادی افراد است.

از آنجا که اهالی انترایو بخش زیادی از زمان خود را صرف کار می‌کنند و محل‌های کاری دارای عوامل خطر سکتة می‌باشند وجود یک سیستم مراقبت از سکتة سازمان یافته در محل‌های کار، به عنوان یک اولویت در تلاش‌های پیشگیری مطرح است.

خلاصه گزارش:

تعبیر و تفسیر مقالات سودمندی ارتقای سلامت در محل کار به دلایل زیر دشوار است:

- شاخص‌های اثر بخشی دارای گستره وسیعی است.
- ماهیت کار به سرعت در حال تغییر است.

۱۰۴ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

• هنوز هم ارزیابی های کوتاه مدت و کنترل نشده بسیاری وجود دارد.

• تغییرات دایمی در مدیریت، مشاهده ابتکارات را در بلند مدت مشکل می سازد.

علی رغم پیچیدگی ها و متغیرهای مخدوش کننده فراوان دلیل کافی برای این باور وجود دارد که ارتقای سلامت در محل کار، جدای از این که بیشتر علاقه مند به افزایش سود سازمان یا بهبود سلامت و کیفیت سلامت زندگی افراد باشد، می تواند ارزشمند باشد. یک برنامه جامع ارتقای سلامت در محل کار باید سه مؤلفه «سلامت و ایمنی شغلی، فعالیت های بهداشتی داوطلبانه و رویکردهای تغییر سازمانی» را دربرگیرد و موفقیت برنامه شرایط زیر را نیز دارا باشد:

« حضور مدیریت ارشد؛ برنامه ریزی مشارکتی؛ تمرکز عمده بر روی نیازهای کارمندان؛ توجه به مجموعه عوامل وابسته به هم مؤثر در سلامت فرد؛ برنامه ریزی طبق مشخصه های خاص هر محل کار؛ ارزیابی؛ و تعهدات بلند مدت».

فعالیت های ایمنی و سلامت شغلی منجر به پیشرفت های بسیاری شده است اما ضروری است که تلاش های مجددی هم انجام شود تا اطلاعات جدیدی در مورد روابط بین پیامدهای امنیت و سلامت شغلی، عوامل سازمانی و شیوه زندگی به دست آید.

بسیاری از برنامه های ابتکاری تغییر شیوه زندگی، بازده سرمایه خوبی را نشان داده اند اما در تفسیر این نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود. تفسیر داده های موجود در مورد این که آیا فعالیت های ارتقای سلامت در محل کار می توانند بر روی رفتارهای سلامتی و خطرات سلامتی تأثیر بگذارند، پیچیده و

ارتقای سلامت در محل کار ۱۰۵

مشکل می‌باشد. برخی داده‌ها در مورد رفتارهای منفرد یا عوامل خطر ساز وجود دارد اما اکثر ارزیابی‌ها دارای ابتکارات زیاد و چند مؤلفه ای هستند. اکثر اطلاعات موجود در مورد ارتقای سلامت در محل کار مبتنی بر مطالعات کوتاه مدت هستند که نتیجه‌گیری در مورد تأثیرات بلندمدت آنها بر بیماری زایی و میزان مرگ و میر را مشکل می‌سازد.

مدارک بسیاری بر اهمیت مداخله از نوع «تغییر سازمانی» در ارتقای سلامت کارمندان تأکید دارد اما اجرای این طرح‌ها همیشه نتایج موفق‌تری نشان نمی‌دهند و اطلاعات بیشتری در مورد این که کدام فعالیت‌های سازمانی سلامتی باید در اولویت قرار گیرند و بهترین روش‌های ارایه آنها در محل کار چیست مورد نیاز می‌باشند.

انجمن تحقیقات ارتقای سلامت کانادا، به منظور دستیابی به ابعاد تحقیق در مورد ارتقای سلامت در محل کار در افراد و سازمان‌ها و ضمن تعهدات عمده و تجاری در این زمینه، به تازگی یک مطالعه همگانی انجام داده است. آنها تشخیص دادند که تحقیقات باید فراتر از کانون توجه فعلی آن بر رفتارها و شیوه زندگی فردی و شرکت‌های بزرگ توسعه یابد و به حیطه‌های کار - خانواده، کنترل استرس، کارکنان غیررسمی (مثلاً کارگران قراردادی) و تغییرمسایل نیروی کار سوق داده شود. همچنین این نیاز نیز ایجاد شده است که دولت و حاکمیت باید به توسعه برنامه‌های جامع ارتقای سلامت در محل کار کمک کرده و همکاری بیشتری میان ذینفعان مختلف در ارتقای سلامت در محل کار ایجاد شود.

هزینه‌های آسیب و بیماری کارکنان

مشابه همه اقدامات، شرکت‌های کوچک باید برای رقابتی ماندن، هزینه‌ها را به حداقل و میزان تولید را به حداکثر برسانند. با وجود هزینه‌های مراقبت سلامتی و جبران خسارت کارکنان فعالیت‌های ارتقای سلامت راه مؤثری برای کارفرمایان جهت کاهش این هزینه‌ها در محل کار است. وقتی که یک کارمند زمان زیادی را صرف کار می‌کند، در محل کار محیط بسیار خوبی را برای آگاهی از (تبادل اطلاعات در مورد) مزایای ایجاد نشاط واقعی (مثبت) و سلامت بهینه ایجاد می‌کند.

شکی نیست که رفتار ناسالم با افزایش هزینه‌های مراقبت سلامتی مرتبط است. در حقیقت، سیگار کشیدن، کلسترول بالا، فشار خون، چاقی، مشروبات الکلی و استفاده نادرست از مواد، فقدان فعالیت‌های بدنی، برخاستن نامناسب و عدم استفاده از کمربند ایمنی رفتارهای ناسالمی هستند که باعث بیش از ۸۰٪ مرگ و میرها شده و صرف نظر از هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم مربوط به سلامتی برای کارفرمایان، هزینه بر هستند.

هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم شرکت‌ها در مورد سلامت

در محل کار :

□ هزینه‌های مستقیم (مخارجی که از جیب شرکت پرداخت

می‌شود)

- بیمه مراقبت و سلامت پزشکی
- بیمه مراقبت از کارافتادگی
- جبران خسارت کارکنان
- بیمه عمر

ارتقای سلامت در محل کار ۱۰۷

خطرات ناشی از
تکنولوژی (فن آوری)
جوامع را در زمینه‌های
وسیعی تغییر داده و نتایج
مختلفی را در برداشته است
که سلطه همه جانبه
اجتماعی، مقررات غیر
منطقی، استبداد، قانونی
کردن هدف‌های توسعه
همگی از جمله این زمینه‌ها
هستند

□ هزینه‌های غیرمستقیم (هزینه به هدر رفته)

- غیبت‌های فزاینده کارکنان
- آسیب عملکرد شغلی
- کاهش بهره‌وری کارمند
- میزان تغییر در تعداد کارمندان (گردش کار کارمند)
جایگزینی و آموزش مجدد
- روحیه منفی کارمند و شرایط اجتماعی شرکت
- کاهش کیفیت کلی زندگی و نشاط کارمند
- مرگ احتمالی و زود هنگام کارمند

موضوعات مفهومی در ارتقای سلامت در محل کار

در کشورهای صنعتی روشن شده است که پیشرفت
تکنولوژی به طور فزاینده‌ای سیستم زیست محیطی و در نتیجه
انسان‌ها را تهدید می‌کند. فجایع در هاریسبرگ
(Harrisburg) و بوپال (Bhopal) و چرنوبیل (Chernobyl)
تعداد محدودی هستند که نشان دهنده خطرات صنعتی شدن
است اما افزایش خطرات روزمره سلامتی در محیط کار و زندگی
بسیاری از مردم، به ندرت مشابه این موارد تلقی می‌شوند. با
وجود این خطرات ناشی از تکنولوژی (فن آوری) جوامع را در
زمینه‌های وسیعی تغییر داده و نتایج مختلفی را در برداشته است
که سلطه همه جانبه اجتماعی، مقررات غیر منطقی، استبداد،
قانونی کردن هدف‌های توسعه همگی از جمله این زمینه‌ها
هستند (Nobel ۱۹۸۶، ۳۲۴).

اعتقاد به برتری تکنولوژی، فی نفسه به نظر می‌رسد که یکی
از اصول کلیدی در برخی جوامع است. این مسأله منجر به
کاهش توجه به نیروی کار در دنیای کار می‌شود یعنی محل کار

شرایط کار و زندگی مردم دستخوش تغییرات سریع فن آوری است که توسط میکروالکترونیک‌ها تکنولوژی اطلاعات بیوتکنولوژی و فن آوری ژنی (gentechology) پدید می‌آیند.

تبدیل به سیستم عملکردها شده است که شامل اجزایی است (انسان‌ها) که باید با توجه به کیفیت رابطه بین اجزا و عملکردها درارتباط با رسیدن به اهداف مدیریت به طور پیوسته کنترل شوند. انسان‌ها تبدیل به مواد خام و عوامل هزینه شده‌اند. شرایط کار و زندگی مردم دستخوش تغییرات سریع فن آوری است که توسط میکروالکترونیک‌ها، تکنولوژی اطلاعات، بیوتکنولوژی و فن آوری ژنی (gentechology) پدید می‌آیند.

در واقع آنچه که فن آوری جدید خوانده می‌شود ممکن است هنوز شامل همان خطرات قبلی سلامت محیط کار از قبیل استرس، سروصدا، تشعشع رادیواکتیو، دردهای کمری و غیره باشد.

این تغییرات نشان دهنده پتانسیل پیشرفت است اما هم‌چنین خطرات مختلف در ارتباط با شرایط سلامتی هر فرد را نشان می‌دهد. از یک طرف تشکیلاتی که توسط کامپیوترها و رباط‌ها کنترل می‌شوند، فرصت‌های جدیدی را برای پیشبرد روند کار به وجود می‌آورند و از طرف دیگر به طور مثال در کاهش محیط‌های کار و بنابراین افزایش تعداد افراد بیکار و هم‌چنین شیفت بندی روند کار و افزایش فعالیت‌های یک نفره در هر ساعت یعنی تراکم روند کار (zuboff / ۱۹۸۸) کمک می‌کنند. در واقع آنچه که فن آوری جدید خوانده می‌شود ممکن است هنوز شامل همان خطرات قبلی سلامت محیط کار از قبیل استرس، سروصدا، تشعشع رادیواکتیو، دردهای کمری و غیره باشد. این تغییرات در شرایط کار در کشورهای در حال پیشرفت نیز اتفاق می‌افتد. در بسیاری موارد، روند پیشرفت تنها بر پایه معیارهای اقتصادی است و به آسیب پذیری انسان‌ها اهمیت داده نمی‌شود. مادامی که نیروی کار در چشم اندازی کوتاه مدت خستگی ناپذیر و پر توان به نظر آید، ایجاد آگاهی و برانگیختن اقدامی در رابطه با ارتقای شرایط کار، مشکل به نظر می‌رسد. مادامی که کشورهای پیشرفته با کمبود نیروی کار مواجه هستند

در بسیاری موارد، روند پیشرفت تنها بر پایه معیارهای اقتصادی است و به آسیب پذیری انسان‌ها اهمیت داده نمی‌شود.

مادامی که کشورهای پیشرفته با کمبود نیروی کار مواجه هستند و به دنبال کارگران مهاجر هستند کیفیت و شرایط کار موضوعی است که هر چه بیشتر فراموش می‌شود.

ارتقای سلامت در محل کار ۱۰۹

یک رویکرد نسبتاً جامع در رابطه با تقویت کیفیت سلامت، شرایط کار و روندهای کاری، برنامه های ارتقای سلامت در محل کار است.

نقص افراد همان گونه که در بعضی از نمونه های محافظه کارانه سیستم صنعتی شده تصور می شود دلیل مشکلات نیست بلکه نقص خود سیستم دلیل مشکلات است.

سیاست های پیشگیری شغلی نسبت به موقعیت فردی تنظیم می شوند و دلیل آن گرایش پزشکی ایمنی و سلامت شغلی در رشته هایی مانند طب کار و صنعت است.

وبه دنبال کارگران مهاجر هستند، کیفیت و شرایط کار موضوعی است که هر چه بیشتر فراموش می شود.

راه های بسیار متفاوتی برای ارتقای شرایط کار وجود دارد:

بسیاری ایمنی ماشین آلات در روند کار را در نظر می گیرند و بقیه به اقدامات مؤثر ایمنی و سلامت شغلی مانند ارایه وسایل سلامتی و حفاظتی می پردازند. یک رویکرد نسبتاً جامع در رابطه با تقویت کیفیت سلامت، شرایط کار و روندهای کاری، برنامه های ارتقای سلامت در محل کار است. با بالا گرفتن موضوع ارتقای سلامت محیط کار، تأکید شده است که روندهای توسعه، الزاماً تبدیل به خطرات سلامتی (همان طور که در بسیاری از موارد چنین است) نمی شوند.

ارتقای سلامت در محل کار، ایمنی و سلامت شغلی

ارتقای سلامت محیط کار اخیراً تبدیل به موضوعی مهم شده است. ایمنی و سلامت شغلی (OHS) بر افکار و فعالیت های کارکنان سلامتی و غیر سلامتی در کارخانه ها که مسوول پیشگیری از سوانح و انتشار مواد سمی در محیط کار هستند نیز تأثیر می گذارد. در طول قرن گذشته پیشرفت صنعتی همیشه سختی ها و مشکلاتی را به وجود آورده است که ایمنی و سلامت شغلی باید با آنها مدارا کند. نقص افراد همان گونه که در بعضی از نمونه های محافظه کارانه سیستم صنعتی شده تصور می شود، دلیل مشکلات نیست بلکه نقص خود سیستم دلیل مشکلات است.

ایمنی و سلامت شغلی سستی با در نظر گرفتن مشکلاتی که در روندهای اجرایی و خدمات به وجود می آیند عملکردی دوباره دارند. اساساً هدف این بازگشت ها، بهبود بیوشیمی

۱۱۰ اصول و مبانی ارتقای سلامت در محل کار

و عوامل فیزیکی و فیزیولوژیکی است که به عنوان شاخص‌هایی برای خطرات خاص سلامت تعریف می‌شوند. سیاست‌های پیشگیری شغلی نسبت به موقعیت فردی تنظیم می‌شوند و دلیل آن گرایش پزشکی ایمنی و سلامت شغلی در رشته‌هایی مانند طب کار و صنعت است.

با وارد شدن ارتقای سلامت در دنیای کار، شرایط به طور اساسی تغییر خواهد کرد؛ فرد گرایی در زمینه ایمنی و سلامت شغلی و پیشگیری سنتی کاهش خواهد یافت و تغییرات ساختاری در تولید و مدیریت در دستور کار قرار خواهند گرفت. شرایط ساختاری کار، نقش بسیار بارزتری را در ارتقای سلامت محیط کار در منطقه اروپا نسبت به آمریکای شمالی و جاهای دیگر بازی می‌کند. اخیراً، گزارشات از مناطق اساساً با رویکرد پیشگیری نسبتاً سنتی سروکار دارد حتی اگر موضوع ارتقای سلامت را در بر داشته باشند (cataldo & coates ۱۹۸۶ و oponne & arkinso ۱۹۸۲)

آنچه اروپایی‌ها انسانی کردن کار می‌نامند، کنش متقابلی است بین اتحادیه کارگری و کارفرمایان برای ارتقای شرایط کارکنان، مفهومی که به عنوان سیاست دولت در کشورهای اسکاندیناوی پذیرفته شده است و نقش مهمی را در دیگر کشورهای اروپایی بازی می‌کند. این مفهوم، بیشتر بر جنبه ساختاری کار تمرکز می‌کند تا جنبه فردی آن.

پیشرفت برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار

ویلیس بی گلدبک (willisBeGoldbeck) مدیر اجرایی سلامت گروه بازرگانی واشنگتن، چهار نسل برنامه ارتقای سلامت در محل کار را تشخیص می‌دهد:

برنامه‌های نسل اول تا سوم رویکردی فرد گرایانه را دنبال می‌کنند به این معنی که در رابطه با تغییر رفتار فردی تنظیم شده‌اند و به این که کدام یک از عوارض شرایط کار ممکن است در آسیب زدن به سلامت کارکنان مؤثر باشد، توجه زیادی نمی‌کنند.

رفتار بهداشتی فرد در ارتباط با عوامل پیچیده‌ای است و آنها به تنهایی مسؤول شیوه‌های ناسالم زندگی نیستند.

۱. برنامه‌های نسل اول به دلایل مختلفی که اکثراً ارتباطی با سلامت نداشتند، شروع به کار کردند. برای مثال سیاست‌های استعمال دخانیات برای یک قرن به طور مناسبی وجود داشته‌اند بسیار قبل تر از این که شواهد قطعی مبنی بر اثرات نامطلوب سیگار کشیدن وجود داشته باشد؛

۲. برنامه‌های نسل دوم زمانی به وجود آمد که شناسایی عوامل خطر و فن آوری مداخلات توانست به محیط کار انتقال یابد. این برنامه‌ها تمرکزی دقیق بر یک عامل خطر یا مرضی یا برنامه‌هایی که تنها به یک جمعیت ارایه می‌شوند داشت؛

۳. برنامه‌های نسل سوم طیف جامعتری از مداخلات برای تعداد قابل توجهی از عوامل خطر کارکنان را شامل می‌شد؛

۴. برنامه‌های نسل چهارم شامل تدوین یک راهبرد جامع بود. این راهبرد تمام فعالیت‌ها، سیاست‌ها و تصمیماتی که بر سلامت کارکنان، خانواده‌هایشان، جوامعی که شرکت‌ها در آنها قرار داشتند و مصرف‌کننده‌هایی که تصمیمات خرید آنها نشان دهنده موفقیت آن شرکت در بازار بود را شامل می‌شد.
(Donnell&Ainsworth-۱۹۸۴)

با این وجود، نسل چهارم برنامه‌ها رویکردی را ارایه می‌کند که به ندرت چه در آمریکای شمالی، اروپا و یا هر جای دیگر از جهان تحقق یافته است. برنامه‌های نسل اول تا سوم رویکردی فرد گرایانه را دنبال می‌کنند به این معنی که در رابطه با تغییر رفتار فردی تنظیم شده‌اند و به این که کدام یک از عوارض شرایط کار ممکن است در آسیب زدن به سلامت کارکنان مؤثر باشند توجه زیادی نمی‌کنند.

یک برنامه ترک سیگار برای کارگران پنبه نسوز در صورتی که همزمان بی حفاظتی در مقابل فیبرهای پنبه نسوز به سطح حد اقل کاهش نیابد، کمترین اثر را خواهد داشت.

رویکرد مداخلات فردی، افراد را مسئول سلامتی خودشان می داند در حالی که منابع بیماری در محیط را کم اهمیت جلوه می دهد و بدین وسیله، افراد را برای منابع بیماری که در حال حاضر خارج از کنترل آنهاست مقصر می داند

در مطالعه Feldman, Everly (۱۹۸۵) راجع به ارتقای سلامت شغلی، تنها در یک پاراگراف اظهار شده است که ارتقای سلامت در ارتباط با شرایط ساختاری کار است:

رفتار بهداشتی فرد در ارتباط با عوامل پیچیده ای است و آنها مسئول شیوه های ناسالم زندگی نیستند. به علاوه متخصصین سلامت در گیر در محیط های کاری باید به خصوص نسبت به خطرات کار آگاه شوند تا تضمین کنند که کارکنان در محیطی سالم و امن کار می کنند. برای مثال یک برنامه ترک سیگار برای کارگران پنبه نسوز در صورتی که همزمان بی حفاظتی در مقابل فیبرهای پنبه نسوز به سطح حداقل کاهش نیابد کمترین اثر را خواهد داشت.

شین (shain) و همکاران بدون ارایه یک برنامه ارتقای سلامت در محل کار در ارتباط با شرایط کار، تحلیلی به شرح زیر دارند:

۱- رویکرد مداخلات فردی، افراد را مسئول سلامتی خودشان می داند در حالی که منابع بیماری در محیط را کم اهمیت جلوه می دهد و بدین وسیله، افراد را برای منابع بیماری که در حال حاضر خارج از کنترل آنهاست مقصر می داند؛

۲- مداخلات فردی، رویکرد خود محوری در مورد سلامت و بیماری را تشویق می کند. چنین دیدگاهی توجه را از امکان عملکرد جمعی، سیاسی و اجتماعی در موضوعات مربوطه به سلامتی منحرف می کند؛

۳- این رویکرد شدیداً به طبقه میانی گرایش دارد و کمترین توجهی به نگرانی ها و حقایق سایر طبقات ندارد؛

عوامل سازمانی که رفتار ناسالم را تحت تأثیر قرار می‌دهند آشکارا مسئول قسمت اعظمی از هزینه‌های کلی مراقبت از سلامت هستند.

این حیاتی است که پزشکان رابطه دو طرفه بین سازمان و افرادی که آن را تشکیل می‌دهند، درک کنند. برای این که ارتقای سلامت در محل کار بیشترین اثر خود را داشته باشد، برنامه‌ها باید هم سازمان وهم افراد را در نظر بگیرند.

مهمترین هدف برنامه‌های ارتقای سلامت برای دنیای کار، پیشرفت شیوه‌های کاری سودمند برای سلامت است.

۴- این رویکرد منحصرأ بر فرد تمرکز دارد و با توجه به هر یک از گروه‌های خاص دست اندرکار در جامعه، مخالف است (shain و همکاران، ۱۹۸۶، ۴۸).

با توجه به ارتقای سلامت در محل کار می‌توان نتیجه گرفت که کیفیت و ساختار محیط‌های کار و روندهای کار لازمه بر انگیختن و تثبیت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی کارکنان است. همان‌گونه که shain و همکاران (۱۹۸۷) بیان می‌کنند:

با حمایت از تغییر رفتار در رفتارهای مخاطره آمیز، بروز بیماری در طول زمان کاهش خواهد یافت. غیبت به دلیل بیماری و مطالبات بیمه تنها بخشی از هزینه‌های سلامت شرکت را توجیه می‌کند. عوامل سازمانی که رفتار ناسالم را تحت تأثیر قرار می‌دهند، آشکارا مسئول قسمت اعظمی از هزینه‌های کلی مراقبت از سلامت هستند. این حیاتی است که پزشکان رابطه دو طرفه بین سازمان و افرادی که آن را تشکیل می‌دهند، درک کنند. برای این که ارتقای سلامت در محل کار بیشترین اثر خود را داشته باشد، برنامه‌ها باید هم سازمان وهم افراد را در نظر بگیرند.

شیوه‌های کاری سودمند برای سلامتی

اگر این تصور درست باشد که کنش متقابل پایداری بین شرایط کار ونحوه عمل و رفتار بهداشتی و کار وجود دارد، به نظر تلفیق این بحث با اندیشه ارتقای سلامت در محل کار منطقی است. لذا این مبحث شیوه‌های کاری سودمند است. مهم‌ترین هدف برنامه‌های ارتقای سلامت برای دنیای کار پیشرفت شیوه‌های کاری سودمند برای سلامت است. با توجه به ارتقای سلامت در محل کار می‌توان نتیجه گرفت تغییرات مورد

انتظار در رفتارهای بهداشتی، در زمینه تغییرات مربوط به شرایط کار یعنی کیفیت و ساختار محیط‌های کار و روندهای کار مورد نیاز برای برانگیختن و تثبیت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی کارکنان نیز باید توضیح داده شود. همان‌گونه که شوان و همکاران (Shoan، ۱۹۸۷) بیان می‌دارند:

منظور از شیوه‌های کار فردی، الگوهای شغلی و سازمانی رفتار و عمل است که به واسطه آنها با انتظارات دستوری در رابطه با کار و بازدهی شغلی آشنا می‌شویم. شیوه‌های کار فردی در اصل بیانگر پنانسیل‌های پیشرفته عمل در رفتار عینی هستند که به طور مستقل توسط سازمان کار در رابطه با شرح کار و طراحی محیط کار از فرد خواسته می‌شود. به واسطه شیوه‌های کار فردی، شخص توانایی عملی خود را برای شرکت در فرایند کار نشان می‌دهد. به عبارت دیگر، شیوه‌های کار فردی آنچه را که هویت شغلی یا مربوط به کار می‌خوانند، نشان می‌دهد.

قابلیت‌های روانی اجتماعی و صلاحیت‌های شغلی یک فرد در سطح شیوه‌های کار فردی تعیین می‌شوند. در همین سطح است که سیاست‌های تطابق فردی برقرار می‌شوند. شیوه‌های کار فردی نشان دهنده قابلیت شخصی است که یک فرد با توجه به وضعیت خود توسعه می‌دهد تا عضو سیستم کار شود و در آن باقی بماند.

شیوه‌های کار فردی در برگیرنده سیستم پیچیده‌ای از متغیرهای تعیین‌کننده متقابل است که چنانچه وابستگی متقابل آنها در نظر گرفته شود، تغییر هر یک از آنها اتفاق خواهد افتاد و اقدامات مربوط به رفتار که یک یا دو جنبه از شیوه‌های کار

فردی را هدف قرار می‌دهند، در زمینه ارتقای سلامت در محل کار موفق نخواهند بود.

منظور از شیوه‌های کار جمعی، الگوهای عمل توسعه یافته اجتماعی، فرهنگی، تاریخی، فنی، سیاسی و اقتصادی در رابطه با مشاغل خاص است که در مدت آموزش حرفه‌ای و سال‌های اولیه توسعه می‌یابند. اعضای هر گروه، گنجینه‌ای از ارزش‌های مشترک و دستورالعمل‌های حرفه‌ای خود را علاوه بر گروه‌های حرفه‌ای دیگر شکل می‌دهند. در روش‌های کار گروهی، شخص هويت حرفه‌ای خود را به دست می‌آورد که فرد را قادر به شکل دادن روابط سیاسی و حرفه‌ای با همکارانش می‌سازد، یعنی به دست آوردن توانایی‌هایی برای همبستگی. در همین سطح شیوه‌های کار گروهی است که انتظارات (مربوط به سلامت) با توجه به شرایط کار و محیط‌های کار با هم یکی می‌شوند در حالی که سر و کار داشتن با رفتارهای خاص مربوط به سلامت وابسته به شیوه‌های کار فردی است. تمایز تحلیلی شیوه‌های کار فردی و گروهی (که عملاً یکدیگر را کامل می‌کنند) نشان می‌دهد که ارتقای سلامت در محل کار تنها وابسته به ایمنی و سلامت شغلی نیست بلکه فراتر از آن به ساختار بیوگرافی فرد و هویت حرفه‌ای و شغلی وی بستگی دارد. ارتقای سلامت هم‌چنین همیشه سازمان کار و فرایند کار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین افراد باید از چشم‌انداز بلند مدت ارتقای سلامت در محل کار آگاه شوند.

تمایز تحلیلی شیوه‌های کار فردی و گروهی (که عملاً یکدیگر را کامل می‌کنند) نشان می‌دهد که ارتقای سلامت در محل کار تنها وابسته به ایمنی و سلامت شغلی نیست بلکه فراتر از آن به ساختار بیوگرافی فرد و هویت حرفه‌ای و شغلی وی بستگی دارد.

این یک سؤال اساسی در مورد ارتقای سلامت در محل کار است که آیا می‌توان از کارکنان خواست تا فعالیت‌های خود را در رابطه با کار و رفتارهای مربوط به سلامتی بیشتر تقویت کنند یا نه؟ این موضوع تحت عنوان اصول اخلاقی سلامت محیط کار بحث شده است.

"استخدام شدن" حقیقتاً چیزی بیشتر از بر آوردن انتظارات کارفرما به طرزی مؤثر است؛ هم‌چنین تنها گذراندن ۸ ساعت در محل کار نیست. این یک سؤال اساسی در مورد ارتقای سلامت در محل کار است که آیا می‌توان از کارکنان خواست تا

اثرات رفتاری سلامت به معنای توسعه شیوه‌های زندگی و شیوه‌های کاری سودمند برای سلامتی همیشه بستگی به تغییرات ساختاری محیط دارد که باید به طور همزمان انجام شوند.

فعالیت‌های خود را در رابطه با کار و رفتارهای مربوط به سلامتی بیشتر تقویت کنید یا نه؟ این موضوع تحت عنوان اصول اخلاقی سلامت محیط کار بحث شده است.

(Roman & Blum Warner ۱۹۸۷, Watterson ۱۹۸۴)
(Allegrante & Sloan, ۱۹۸۷)

با وجود این، بعد اخلاقی تنها یکی از ابعاد ارتقای سلامت در محل کار است در حالی که سازمان دهی زمان، دسترسی به سرویس‌های نقل و انتقال عمومی، جا دادن تقویت کار، کیفیت محیط‌های کار، شرکت در سازمان کار و غیره، دیگر جنبه‌هایی هستند که بر اشتیاق و توانایی کارکنان برای شرکت در فعالیت‌های مربوط به سلامت تأثیر می‌گذارند (۱۹۷۶ - یونسکو، Szalai ۱۹۷۲ و همکاران، Rifkin ۱۹۸۹، Grazia ۱۹۶۴، Fraser ۱۹۷۸، Webb ۱۹۸۶ و همکاران، Mergle ۱۹۸۷).

به نظر ضروری است که اصول ارتقای سلامت در محل کار را از دیدگاه منشور اتاوا و مفهوم شیوه‌های کار فردی و جمعی در نظر بگیریم. اثرات رفتاری سلامت به معنای توسعه شیوه‌های زندگی و شیوه‌های کاری سودمند برای سلامتی همیشه بستگی به تغییرات ساختاری محیط دارد که باید به طور همزمان انجام شوند. تقریباً برای گروه‌های فردی و اجتماعی غیر ممکن است که الگوهای رفتار و عمل مربوط به ارتقای سلامت را در یک سیستم زیست محیطی توسعه دهند که با مواد سمی و رادیو اکتیو، محیط‌های کار و محصولات خطرناک برای سلامتی، محیط‌های بیش از اندازه شلوغ و آلودگی آب و غیره به سلامت آسیب وارد می‌کنند. سلامت موضوعی است که نمی‌توان تنها به بخشی از آن اکتفا نمود بلکه مفهومی مشابه با صلح است. این در حالی است که برنامه‌های بهداشتی فعلی عمدتاً شیوه‌های زندگی مفید برای سلامتی را در جامعه ای

توسعه می‌دهند که محصولات مضر و محیطی ناسالم برای سلامتی را ایجاد می‌کنند بنابراین دستیابی به چنین شیوه‌های زندگی غیر ممکن است. به بیان دقیق‌تر منشور اوتاوا تأکید می‌کند بر این که شرایط رایج در جامعه تا حدی مانع از پیشرفت شیوه‌های زندگی سالم می‌شود و بر این اصرار می‌ورزد که هیچ‌گاه دلیلی وجود ندارد که افراد و گروه‌ها را به این خاطر سرزنش کنیم که قادر نیستند به استانداردهای رفتاری که توسط پزشکان متخصص و دیگر گروه‌های مؤثر و مقتدر جامعه تعیین شده‌اند، دست یابند.

موضوعات ویژه در ارتقای سلامت محیط کار

تغییر جهان کار

جهان کار بخش کلیدی از سیستم اجتماعی ما است زیرا سهم اساسی را در عملکرد این سیستم ایفا می‌کند. سازمان کار توزیع قدرت و نفوذ و روابط بین کارفرمایان و کارکنان به علاوه دیگر جنبه‌های نشان دهنده ساختار کلی اجتماعی یک جامعه است. از طرف دیگر بهبود وضعیت آنها به پیشرفت‌های دیگر در جامعه کمک می‌کند. در حالی که سطح اجتماعی نشان دهنده ارزش‌ها، سیستم‌های اعتقادی، جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی یک جامعه است، سیستم کار نشان دهنده کاربرد این مؤلفه‌ها به گونه‌ای بیشتر ماتریالیستی (ماده‌گرایانه) است. مؤلفه کلیدی بخش کار (جدای از خود شخص) یعنی کار شخص و کارهای فردی و گروهی شخص، این بخش را از بخش‌های دیگر سیستم جامعه متمایز می‌کند.

بدن انسان تناسب چندانی با جهان کاری که مبتنی بر تکنولوژی برتر است، ندارد. این موضوع بیشتر به کارایی روانی فرد محدود شده است و سلامتی چیزی بیشتر از وفق پیدا کردن

کارکنان با سازمان کار نیست. خواسته شده است که کارکنان در محیط کارشان احساس راحتی کنند، هرچند که سلامتی آنها لازمه بازده سازمان کار به معنای دقیق کلمه نیست. کار برای سلامت شما خطرناک است. این یک قاعده موشکافانه است که عنوان تحلیل خطرات شغلی جین استل من و سوزان دام (Susan Daum & Jeanne stellnan - ۱۹۷۳) قرار گرفت. شوشان زابوف (Shoshane Zuboff) اظهار می دارد:

در کاهش نقش بدن کارکنان در فرایند کار، تکنولوژی صنعتی تمایل دارد کارگر را نیز کم کند. در ایجاد مشاغلی که نیاز کمتری به تلاش فرد دارند، تکنولوژی صنعتی برای ایجاد مشاغلی به کار گرفته شد که نیاز کمتری به هوش انسان داشتند. در ایجاد مشاغلی که نیاز کمتری به بدن دارند، تولیدات صنعتی با افزایش اطلاعاتشان در مورد فرایند کار، تمایل به ایجاد مشاغلی دارند که کمتر از بدن استفاده شود (Zuboff, ۱۹۸۸, ۲۲).

همزمان با کامپیوتری شدن روندهای کار، اتوماتیک شدن محیط کار تحقق می یابد که نتیجه نهایی آن کاهش دخالت‌های انسان در فرایند کار است. از طرف دیگر مدیریت متوسط و عالی نیز با تغییر اساسی در روندهای کارشان روبه رو می شوند. با بهره گیری از دانش مدیریت، تراکم و کنترل بار کار و روندهای کاری هر دو تقویت می شوند در حالی که کنترل فردی بر روند کار کاهش می یابد:

هم اکنون ترکیب تکنولوژی قرن بیستم و مدیریت علمی قرن نوزدهم، دفتر کار آینده را به کارخانه گذشته تبدیل می کند. این تغییرات در ابتدا کارمندان و متصدیان و سپس منشیان تحویلداران بانک و کارکنان خدماتی را تحت تأثیر قرار داد و در

حال حاضر، اهداف اولیه آنها متخصصین و مدیران هستند
(Garson - ۱۹۸۸).

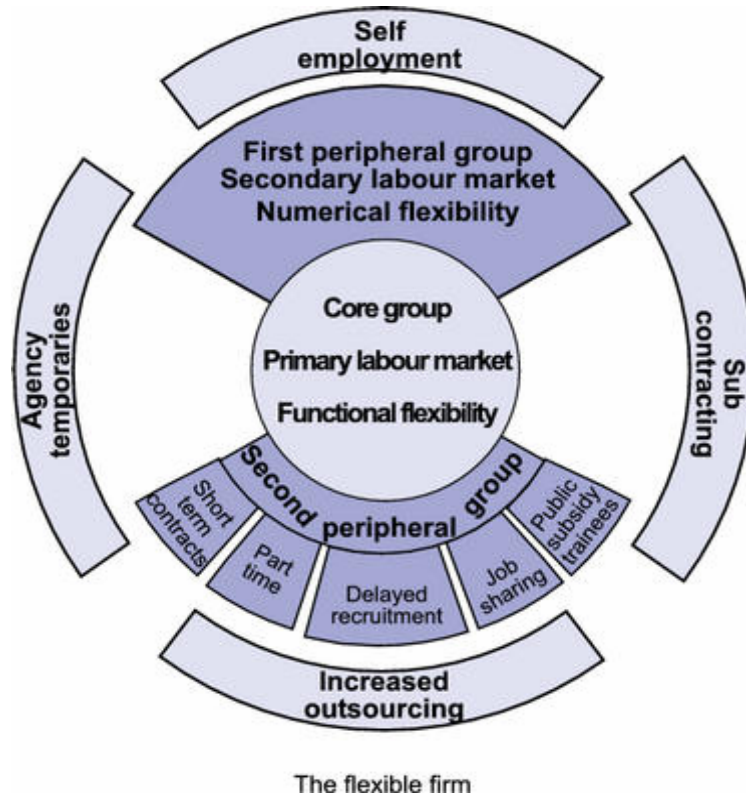
و اونتیجه می‌گیرد:

کامپیوترها تنها ابزاری با کاربردهای فراوان هستند اما تلاش
برای کنترل، ابزار را به سلاح تبدیل می‌کند
(Garson-۱۹۸۸, ۱۵۴).

شرکت تغییر پذیر

اکنون بسیاری از سازمان‌ها به شیوه‌های گوناگون عمل کرده
و با استخدام کارکنان به وسیله قراردادهای متفاوت سعی در
کاهش هزینه‌ها دارند. فقط بخشی از کارکنان آن، هسته اصلی
سازمان را تشکیل می‌دهند و دایمی هستند و کارکنان دیگر برای
اهداف خاص و زمان نسبتاً کوتاهتری استخدام می‌شوند. این
متن توضیح می‌دهد که چطور بی توجهی به تغییر رویه در
سازمان‌ها باعث می‌شود که سلامت و ایمنی نادیده گرفته شود.

شکل ۱-۲:



تمام این عوامل متضمن معانی متعددی برای سلامتی و ایمنی در محل کار هستند. زمانی که سازمانی کوچک است و کارکنان زیادی ندارد، فشار کاری موجب می‌شود سلامتی و ایمنی در حاشیه قرار گیرد و در مرکز توجه نباشد. مدیر و صاحب شرکت به احتمال زیاد به تولید و فروش توجه بیشتری می‌کند و مسایل دیگر را در نظر نمی‌گیرد. از هم گسیختگی بخش‌های اداری تقاضای اضافی در عملکرد اداری و ارتباطی را به جای می‌گذارد که به سلامت کارکنان آسیب می‌رساند. وقتی که ساختار اداری

مشارکت توسط قوانین تنظیم می‌شود. یعنی به حقوق و وظایف خاص ارجاع شده و ضرورتاً فعالیت‌هایی را که خود به خود توسط افراد و یا گروه‌ها آغاز می‌شوند را در بر نمی‌گیرد. چنین فعالیت‌هایی ممکن است به عنوان بسیج اجتماعی در نظر گرفته شود که خارج از چارچوب مشارکت قرار دارد.

یک سازمان از هم پاشیده شود و عملکرد سازمان هماهنگ با شرایطش نباشد، سلامت و ایمنی شدیداً تهدید می‌شود.

مشارکت

مفهوم ارتقای سلامت، متکی بر اصول مختلفی است که یکی از مهمترین آنها مشارکت است. از مردم خواسته می‌شود در توسعه، اجرا و ارزیابی برنامه‌های ارتقای سلامتی که به طور مستقیم زندگی و شرایط کار آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد شرکت کنند. تقویت اقدام جامعه در خصوص ارتقای سلامت نشان دهنده یکی از اهداف اصلی منشور اتاوا است. عملاً موضوع مشارکت به درگیری مردم در سازمان زندگی اجتماعی مربوط می‌شود. مشارکت حق تصمیم‌گیری مشترک در امور روزمره زندگی است به این معنا که مردم بتوانند تصمیم بگیرند که کدام یک از برنامه‌های ارتقای سلامت در محیط اجتماعی فرهنگی و زیستی آنان اجرا شود.

سؤال کلیدی در رابطه با مشارکت این است که چه کسی در چه کاری شرکت می‌کند و چه کسی کدام چیز را مشخص می‌کند؟

اساساً مشارکت توسط قوانین تنظیم می‌شود. یعنی به حقوق و وظایف خاص ارجاع شده و ضرورتاً فعالیت‌هایی را که خود به خود توسط افراد و یا گروه‌ها آغاز می‌شوند را در بر نمی‌گیرد. چنین فعالیت‌هایی ممکن است به عنوان بسیج اجتماعی در نظر گرفته شود که خارج از چارچوب مشارکت قرار دارد. حداقل در کشورهای مرفه اروپای غربی و اسکاندیناوی، قوانین مربوط به تصمیم‌گیری مشترک کارکنان آشکارا به مسایلی می‌پردازد که می‌توان در یک روند تصمیم‌گیری مشترک با آنها برخورد کرد.

دیگر مسایلی که به آنها اشاره نمی‌شود، نمی‌توانند موضوع تصمیم‌گیری مشترک باشند مگر با تغییراتی در قوانین. بنابر این رویکرد مشارکتی، با تصمیم‌گیری مشترک در مورد محدودیت‌های قوانین مرتبط است.

برای مثال: قوانین کنونی در جمهوری فدرال آلمان تصمیم‌گیری مشترک را به عنوان رویکردی تعریف می‌کند که مرتبط با نمایندگان انتخاب شده توسط کارکنان یک شرکت خاص است. امکان شرکت در تصمیم‌گیری مشترک برای تک تک کارکنان وجود ندارد بلکه این امکان تنها از طریق نمایندگانشان فراهم می‌شود. در این مورد انجمن کارکنان به تمام مسایل مربوط به طراحی محیط کار، سازمان کار و فرایند کار می‌پردازد. تنها این انجمن می‌تواند این مسایل را در دستور جلسه مذاکراتش با مدیریت قرار دهد. با در نظر گرفتن مفهوم ارتقای سلامت، مشارکت یک قدم پیشتر رفته و مربوط می‌شود به یک شخص که باید فرصت شرکت در توسعه، اجرا و ارزیابی چنین برنامه‌هایی را داشته باشد. به نظر روشن است که اینگونه مشارکت کاملاً با رویکرد های کنونی متفاوت است. عملاً باید روشن شود که در برنامه های ارتقای سلامت در محل کار چگونه مشارکت فردی تحقق پیدا می‌کند؟ چه قوانینی باید اجرا شوند که مشارکت فردی امکان پذیر شود؟ چه انجمن‌هایی موقعیتی را به وجود می‌آورند که عمل مشارکت در آن صورت گیرد؟ کدام یک از حقوق و وظایف این انجمن‌ها عملی می‌شوند؟

قوانین کنونی در جمهوری فدرال آلمان تصمیم‌گیری مشترک را به عنوان رویکردی تعریف می‌کند که مرتبط با نمایندگان انتخاب شده توسط کارکنان یک شرکت خاص است. امکان شرکت در تصمیم‌گیری مشترک برای تک تک کارکنان وجود ندارد بلکه این امکان تنها از طریق انتخاب نمایندگانشان فراهم می‌شود.

عملاً باید روشن شود که در برنامه های ارتقای سلامت در محل کار چگونه مشارکت فردی تحقق پیدا می‌کند؟ چه قوانینی باید اجرا شوند که مشارکت فردی امکان پذیر شود؟ چه انجمن‌هایی موقعیتی را به وجود می‌آورند که عمل مشارکت در آن صورت گیرد؟ کدام یک از حقوق و وظایف این انجمن‌ها عملی می‌شوند؟

نمایندگان اتحادیه کارگری استدلال می‌کنند که مشارکت فردی، قدرت اتحادیه‌های کارگری و نیز اتحاد بین کارکنان را کاهش می‌دهد. نمایندگان مشترک (جمعی) مصالح کارکنان را از

طریق اتحادیه‌های کارگری، اثر گذاری کارکنان در رابطه با طراحی محیط کار سازمان‌های کار و غیره تضمین می‌کنند. در حالی که مشارکت فردی تنها حالتی است که به علایق یک کارمند خاص می‌پردازد.

به نظر می‌رسد روند تولید به روندی تبدیل می‌شود که به مهارت کمتری نیاز داشته باشد، روبات‌ها و کارکنان غیر ماهر جایگزین کارکنان آموزش دیده می‌شوند. این مسأله ممکن است ظرفیت‌های نیروی کار را برای توجه به کیفیت شرایط کار تحت تأثیر قرار دهد. هم‌چنین ممکن است انگیزه سازمان یافتن در اتحادیه‌های کارگری را تحت تأثیر قرار دهد که احتمالاً منجر به ضعف همبستگی بین کارکنان و در نهایت کاهش مشارکت می‌شود. در دوران ماشین هوشمند، به کارگیری مهارت تنها از افرادی خواسته می‌شود که روند تولید را کنترل می‌کنند. حتی روند کنترل نیز تبدیل به سیستم‌های کامپیوتری می‌شود. به نظر نسبتاً سخت است که راه‌ها و ابزار مشارکتی را در «دنیای کاری» پیدا کرد که به طور فزاینده‌ای توسط سیستم‌های کنترل کامپیوتری اداره می‌شود و فرصت‌های محدودی را برای مشارکت فردی و گروهی در روند کار فراهم می‌کند.

چند نکته:

برخی از سازمان‌ها معتقدند که سلامت کارمندان و خانواده‌هایشان به جای این‌که دغدغه‌ای برای کارفرما باشد مسئولیتی فردی به شمار می‌رود. یک کارفرما این‌چنین می‌گوید: مسئولیت من در برابر کارمندانم در دقیقه‌ای تمام می‌شود که چک حقوقی آنها را امضا کنم. کارفرماها اغلب نمی‌توانند درک کنند که با بی‌توجهی نسبت به نیازهای

کارمندان، موجب ایجاد محل کار ناسالم و استرس برای کارمندانشان می‌شوند.

کارفرماها اغلب نمی‌توانند درک کنند که با بی توجهی نسبت به نیازهای کارمندان، موجب ایجاد محل کار ناسالم و استرس برای کارمندانشان می‌شوند.

چه فایده ای برای من دارد؟ سؤالی است که اکثر کارفرماها هنگام پیش آوردن فرصت‌های سلامت می‌پرسند. در آمریکا جایی که کارفرماها از طریق بیمه شخصی هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را پرداخت می‌کنند، پس‌اندازهای قابل ملاحظه‌ای نشان داده شده است. کارفرماها می‌توانند رفتار فردی را کنترل یا اصلاح کنند و سود هزینه‌ای تقریباً خوبی را عاید خود نمایند. در کانادا، جایی که دولت اکثر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را پرداخت می‌کند، کارفرماها نگران این هزینه‌ها نیستند.

در آمریکا جایی که کارفرماها از طریق بیمه شخصی هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را پرداخت می‌کنند، پس‌اندازهای قابل ملاحظه‌ای نشان داده شده است.

تنها تعداد کمی از کارفرماها تشخیص می‌دهند که تغییرات ساده و کم خرج در سیاست سلامت چگونه می‌تواند مؤثر باشد. به عنوان مثال، علامت در نظر گرفته شده برای محل پارک کارمندان زن باردار، تقریباً هیچ هزینه‌ای در بر ندارد و بیان‌کننده یک ارزش مشترک می‌باشد مبنی بر این‌که سازمان نسبت به کارمندان و خانواده‌هایشان توجه نشان می‌دهد.

در کانادا، جایی که دولت اکثر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را پرداخت می‌کند، کارفرماها نگران این هزینه‌ها نیستند.

سه روش تأثیرگذاری بر سلامت را می‌توان ترسیم کرد:

۱- محیط: که شامل عواملی از قبیل هوا، صدا، شرایط نور کیفیت تجهیزات، محل کار، نوع کار و رابطه بین ناظرین همکاران و خانواده‌ها می‌باشد؛

۲- منابع شخصی: اشاره به تأثیری که کارمندان بر سلامتی و کار دارند و نیز میزان حمایت اجتماعی که دریافت می‌کنند دارد؛
 ۳- فعالیت‌های سلامتی: که شامل رفتارهایی از قبیل ورزش سیگار نکشیدن، اجتناب از نوشیدن مشروبات الکلی، عادات خواب، عادات غذایی و عدم استفاده از مواد مخدر می‌باشد.

نتیجه گیری فصل اول :

□ در طراحی روش‌های ارتقای سلامت در محل کار باید فرهنگ عمومی و فرهنگ سازمانی ملی را مد نظر داشت. به همین منظور استفاده از مطالعات انجام شده در کشور ضروری است.

□ پیاده‌سازی این برنامه، ابتدا باید به صورت آزمایشی در چند سازمان انجام شود طوری که ارزیابی تأثیر و پیامدهای آن قابل سنجش باشد. بهترین نوع ارزیابی اثر و پیامد برنامه، طراحی مطالعه کنترل شده تصادفی (RCT) است. این نوع مطالعه، ضمن ارایه اطلاعات معتبر در مورد اثر بخشی برنامه، قابلیت ارایه در سطح ملی برای دفاع از بار مالی و تصویب قوانین مرتبط به برنامه را خواهد داشت.

□ مطالعات هزینه - اثربخشی، پایه‌ای قوی برای دفاع از برنامه و تغییر نگرش مدیران سازمان‌ها و کارفرمایان ایجاد می‌کند که انجام این مطالعات و یا لحاظ کردن این شاخص در مطالعه کنترل شده تصادفی ضروری است.

□ با این که امروزه رویکرد ایمنی و حفاظت شغلی جای خود را به رویکرد ارتقای سلامت در محل کار داده است اما به نظر می‌رسد که موضوع خطرات شغلی، یکی از مشکلات محیط‌های کاری کشورمان باشد و بهتر است یکی از اجزای مهم برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار آموزش اجتناب از این خطرات باشد.

□ در طراحی و پیاده‌سازی این برنامه شناسایی و تحلیل ذینفعان ضرورت دارد.

□ با توجه به مشکل بودن تغییر رفتارهای سلامتی افراد ضرورت دارد فرایند تغییر نگرش و رفتار در طول اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار به خوبی طراحی و اجرا شود. این مهم نیز نیازمند همکاری متخصصین آموزش سلامت است.

فصل دوم:

مدل ارتقای سلامت در محل‌های کار کوچک راهنمایی برای توسعه و پیاده‌سازی سیستم ارتقای سلامت در محل‌های کار کوچک

انتظار می‌رود پس از مطالعه این فصل بتوانید:

- مدل‌های مختلف برنامه‌ریزی ارتقای سلامت در محل کار را شرح دهید.
- مراحل آماده‌سازی تیم ارتقای سلامت در محل کار برای توجیه کارکنان را نام ببرید.
- مراحل پیاده‌سازی برنامه ارتقای سلامت در محل کار را نام ببرید.

مقدمه:

ارتقای سلامت یکی از موضوعات اساسی در حوزه سلامت و رفاه کانادا از سال ۱۹۷۹ بوده است. در سال ۱۹۸۵ واحد محیط کار (Workplace unit) شروع به طراحی یک مدل جامع ارتقای سلامت در محل‌های کار کوچک کرد که به نیازهای اساسی کارکنان پاسخ دهد. این مدل با آزمایش در پنج نقطه توسعه یافت:

• Berwick, Nova Scotia

• St Henri (Montreal), Quebec

• Cornwall , Ontario

• Portage la Prairie Manitoba

• Old Strathcona (Edmonton) Alber

این مکان‌ها تنوعی از جایگاه‌های جامعه، ساختارها و محیط‌های اجتماعی مختلف را تشکیل می‌داد. برنامه‌های جدید و در دسترس ارتقای سلامت و راه‌های آرایه آنها برای برآوردن نیازهای مختلف و اولویت‌های صاحبان محیط‌های کار کوچک و کارکنان، در این مکان‌ها به ورطه آزمایش و تفحص در آمد. اغلب مردم قبل از خرید مظنه می‌کنند. هنگام خرید لباس پارچه، رنگ و مدل آن را تخمین می‌زنند و برای امتحان راحتی و اندازه آن را می‌پوشند. هنگام خرید ماشین به مدل، ایمنی مصرف سوخت و هزینه آن توجه می‌کنند. مدل سلامت در محل کار کوچک می‌تواند متناسب با وضعیت اقتصادی، راحتی و روش‌ها تغییر کند و هماهنگ شود. این راهنما می‌تواند به شما کمک کند مدل خود را طوری بسازید که بیشترین تناسب را با شرایط شما داشته باشد. در ابتدا برای دوری از تک بعدی نگری در معرفی مدل، به مقایسه مدل‌های مختلف پیاده‌سازی برنامه

ارتقای سلامت در محل کار می پردازیم و سپس مدل ارتقای سلامت در محل کار کوچک را شرح می دهیم .

مقایسه مدل های مختلف برنامه ریزی ارتقای سلامت در محل کار

همان طور که در جدول صفحه بعد مشاهده می شود انجمن ها و سازمان های مختلف در طراحی و اجرای برنامه های ارتقای سلامت تقریباً به طور مشابه از رویکرد مدیریت پروژه استفاده می کنند که حاصل جمع این رویکردها را می توان در توالی زیر جمع بندی کرد:

گام اول : پیش برنامه ریزی شامل:

- تدوین پروژه مکتوب حاوی نحوه مشارکت، زمان اجرا منابع لازم، شیوه جمع آوری اطلاعات، روش تصمیم گیری
- برگزاری جلسه توجیه مدیران

گام دوم: بازاریابی برنامه در سازمان و جلب تعهد سازمانی تمامی کارکنان و مدیران

گام سوم: تشکیل کمیته های مرتبط

گام چهارم: تدوین نیازها (ارزیابی خطر) و تحلیل وضعیت (تحلیل SWOT در اجرای برنامه)

گام پنجم: تدوین برنامه شامل رسالت، دورنما، ارزش ها اهداف کلی، راهبرد ها، مخاطبان کلیدی و روش تداوم شاخص های ارزیابی مرحله ای و پیامد نهایی، اهداف عینی برنامه های افزایش آگاهی و مهارت، ایجاد محیط حمایتی

گام ششم: اجرا (ایجاد ارتباط، بازاریابی، ظرفیت سازی، اجرای فعالیت ها، پایش)

گام هفتم: ارزیابی (فرایند، پیامد، اثر و ارزش اقتصادی)

یک نظام ارتقای سلامت در محل کار با تأثیر بر سلامت کارکنان باعث می‌شود که افراد تأثیر بیشتری بر شرایط کارشان داشته باشند و این کمک مثبتی به سازمان خواهد بود.

گام هشتم: مستند کردن نتایج برنامه (نتایج کلیدی به دست آمده، شاخص‌ها، محدودیت‌ها و توصیه‌ها)

معرفی شبکه ارتقای سلامت در محل کار اروپا (ENWHP):

این شبکه معتقد است که در عصر رقابت صنایع و فشار بازار، اکثر کارفرمایان به فکر بهره‌وری و کارایی هستند و چنین پیامدی جز در سایه کارکنان سالم به دست نخواهد آمد.

این شبکه ابزاری را برای کارفرمایان و مجریان این نوع برنامه‌ها تهیه کرده است که با دستیابی به آن می‌توان برنامه ارتقای سلامت در محل کار را طراحی کرد. مزیت این ابزار این است که:

□ در برگیرنده تجربیات موجود سایر کشورها است.

□ در برگیرنده سایت‌های مهم موجود است.

□ به انواع گام‌ها و راه‌کارهای مربوط به این برنامه‌ها می‌پردازد.

چرا در محل کار کوچک؟

کارکنانی که برای خودشان ارزش قایل هستند، احتمالاً خود را در راستای اهداف کارفرمایانشان می‌دانند و از این اهداف حمایت می‌کنند. سازمان‌هایی که برای کارکنان‌شان ارزش قایلند چه بسا کارکنانی دارند که برای خود ارزش قایلند. یک نظام ارتقای سلامت در محل کار با تأثیر بر سلامت کارکنان باعث می‌شود که افراد تأثیر بیشتری بر شرایط کارشان داشته باشند و این کمک مثبتی به سازمان خواهد بود.

سلامت چیزی بیش از نبود بیماری است. سلامت عامل مهم زندگی است که روزانه تحت تأثیر وضعیت زندگی، دیدگاه‌ها

ارتقای سلامت در محل کار ۱۳۱

در مدل ارتقای سلامت در محل کار کوچک، این یک اصل است که سلامت منبعی است که افراد را قادر می‌سازد محیط اطرافشان را اداره و یا حتی تغییر دهند.

ارتقای سلامت فرایندی است که کارکنان را قادر می‌سازد بر سلامت خود کنترل بیشتری داشته باشند و آن را بیشتر بهبود بخشند.

در کانادا، محیط‌های کار کوچک نیمی از نیروی کار را استخدام می‌کنند که انتظار می‌رود بالغ بر ۸۰ درصد مشاغل را در آینده تشکیل دهند.

باورها و عملکردهای شخصی و نیز محیط فرهنگی، اجتماعی اقتصادی و فیزیکی که فرد در آن وجود دارد، است.

در مدل ارتقای سلامت در محل کار کوچک، این یک اصل است که سلامت منبعی است که افراد را قادر می‌سازد محیط اطرافشان را اداره و یا حتی تغییر دهند. سلامت بخشی از زندگی روزمره و بعد مهمی از کیفیت زندگی ما است. بنابراین ارتقای سلامت باید عوامل فیزیکی سلامت را همانند عوامل احساسی و اجتماعی تحت تأثیر قرار دهد. این سه عنصر هم در کار و هم در خانه بر افراد تأثیر می‌گذارند. آنها کلید بهبودی سلامت فیزیکی و روحی هستند. سیستم ارتقای سلامت در محل کار عوامل فیزیکی، احساسی و اجتماعی و هم‌چنین کنش متقابل بین افراد و محیط اطرافشان را مورد توجه قرار می‌دهد.

یک محل کار سالم، مزایای دو جانبه‌ای را برای کارفرمایان و کارمندان فراهم می‌آورد با این باور رایج که فعالیت‌های مطلوب سلامت که توسط هر دو یعنی کارفرما و کارمند انجام می‌شود، منجر به خود رضایتی و بهره‌وری فردی و سازمانی می‌شود. ارتقای سلامت فرایندی است که کارکنان را قادر می‌سازد بر سلامت خود کنترل بیشتری داشته باشند و آن را بیشتر بهبود بخشند.

در کانادا، محیط‌های کار کوچک نیمی از نیروی کار را استخدام می‌کنند که انتظار می‌رود بالغ بر ۸۰ درصد مشاغل را در آینده تشکیل دهند. در کانادا بخش محیط کار کوچک، محیط بزرگی را تشکیل می‌دهد. اکثر کارکنان، دو سوم از ساعات بیداری خود را در محل کارشان صرف می‌کنند و تأثیر در محل کار بر سلامتی آنها مهم است. در عوض سطوح سلامتی کارکنان

۱۳۲ مدل ارتقای سلامت در محل‌های کار کوچک

محیط‌های کوچک
معدودی نسبت به
شرکت‌های بزرگ وجود
دارند که دارای منابع برای
برنامه‌ریزی ارتقای سلامت
در محل کار یا ارایه انواع
مزایای سلامت هستند.

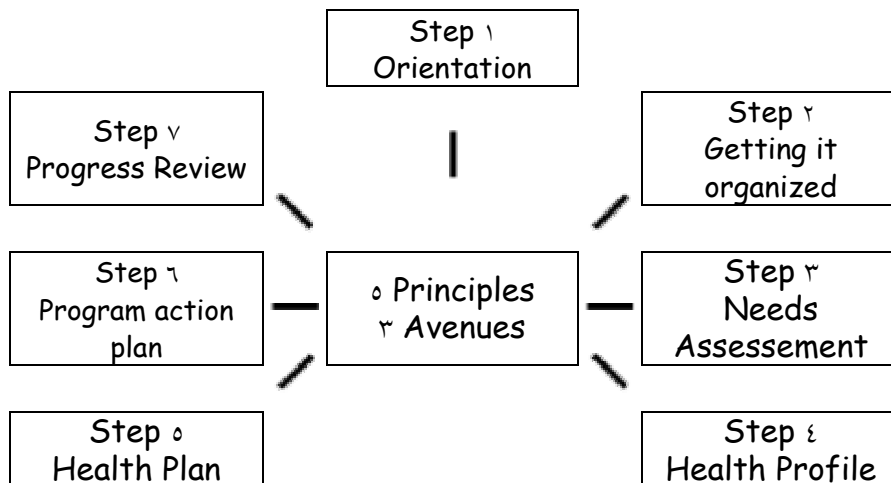
اثرات مهمی بر این دارد که باچه کفایتی عمل کنند و چه چیزی
داخل و خارج از محل کار از زندگی عایدشان شود.
محیط‌های کوچک معدودی نسبت به شرکت‌های بزرگ
وجود دارند که دارای منابع برای برنامه‌ریزی ارتقای سلامت در
محل کار یا ارایه انواع مزایای سلامت هستند. برنامه ارتقای
سلامت در محل کار کوچک، برای نشان دادن این تفاوت‌ها
طراحی می‌شود.

ارتقای سلامت در محل کار کوچک یعنی چه؟

مدل ارتقای سلامت در محل کار کوچک در شرکت‌هایی با
۱۰۰ کارمند و یا کمتر اجرا می‌شود. با وجود این استفاده از آن
در محل‌های کاری بزرگتر ممنوع نیست. این مدل محیط‌های
کار بسیار کوچک با ۱۰ کارمند یا کمتر را نیز در خود جای
می‌دهد.

جدول ۱-۲:

Building a Workplace Health System



ارتقای سلامت در محل کار ۱۳۳

مدل سلامت در محل کار کوچک یک رویکرد جامع برای برنامه‌ریزی ارتقای سلامت است. این سیستم شامل پنج اصل راهنما و سه راه تأثیر بر سلامت است.

این راهنما هفت مرحله را برای ایجاد و پیاده‌سازی سیستم ارتقای سلامت در محل کار از طریق مدل سلامت در محل کار کوچک مشخص می‌کند.

پی‌گیری هر مرحله این مسأله را تضمین می‌کند که ارزش‌هایی که به روشنی شناخته شده‌اند در تمام جنبه‌های برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار از مفهوم تا انتقال گنجانده می‌شوند.

گام‌های هفت‌گانه

گام اول: توجیه

گام دوم: سازمان‌دهی

گام سوم: برآورد نیازها

گام چهارم: شرح حال (پرو فایل) سلامت در محل کار

گام پنجم: برنامه سلامت در محل کار کوچک

گام ششم: برنامه عملیاتی سالیانه

گام هفتم: بازنگری پیشرفت

مدل سلامت در محل کار کوچک یک رویکرد جامع برای برنامه‌ریزی ارتقای سلامت است. این سیستم شامل پنج اصل راهنما و سه راه تأثیر بر سلامت است.

پنج اصل راهنما

سیستم سلامت در محل کار متکی بر پنج اصل زیر است:

□ برآوردن نیازهای تمام کارکنان بدون توجه به سطح

کنونی سلامت آنها

□ شناختن نیازها و اولویت‌ها و دیدگاه‌های گروه‌های

مختلف شرکت‌کننده

برنامه‌ها باید برای تمام کارکنان طراحی شوند. آنهایی که دارای مشکلات جدی سلامت هستند یعنی اکثریتی که شیوه‌های زندگی آنها تا حدی سلامت آنها را در معرض خطر قرار می‌دهد و آنهایی که به طور کلی از سلامت برخوردارند و لازم است سلامتی‌شان را حفظ کنند.

- تأیید این که شیوه زندگی یک فرد از یک مجموعه عادت‌های سلامت وابسته به یکدیگر تشکیل می‌شود
- سازگار بودن با ویژگی‌های خاص هر محل کاری
- حمایت از توسعه یک سیاست سلامت محکم و جامع در محل کار

این اصول راهنما برای توسعه یک سیستم ارتقای سلامت در محل کار موفق ضروری هستند و جزئیات بیشتر در زیر توضیح داده می‌شوند.

اصل ۱: برآوردن نیازهای تمام کارکنان بدون توجه به سطح کنونی سلامت آنها:

برنامه‌ها باید برای تمام کارکنان طراحی شوند. آنهایی که دارای مشکلات جدی سلامت هستند یعنی اکثریتی که شیوه‌های زندگی آنها تا حدی سلامت آنها را در معرض خطر قرار می‌دهد و آنهایی که به طور کلی از سلامت برخوردارند و لازم است سلامتی‌شان را حفظ کنند.

اصل ۲: شناختن نیازها، اولویت‌ها و دیدگاه‌های گروه‌های مختلف شرکت کننده:

از آنجا که افراد متفاوت هستند، نیازهای مختلفی نیز دارند. یک پدر یا مادر تنها که خود را با یک منبع درآمد وفق می‌دهد نیازهای مختلفی در مقایسه با شخصی که ازدواج کرده، دارد. یک پرستار، کارمند فروشگاه یا راننده کامیون که خود را با کار شیفتی وفق می‌دهند، دشوار است که فرزندان‌شان را به همان اندازه افرادی ببینند که در ساعت‌های ثابت عادی کار می‌کنند. یک سازمان احتمالاً در می‌یابد که افرادش نیاز به برنامه‌های متنوعی برای پاسخگویی به نیازهای متنوع و اولویت‌هایشان دارد.

انواع برنامه‌ها که نیازهای مختلف گروه‌های کارکنان را برآورده می‌کنند، می‌توانند ارایه شوند. اولین قدم این است که از کارکنان بخواهیم نظرات خود را در اختیار ما بگذارند. این اقدام باید به صورت یک تلاش مشترک انجام شود. یعنی مدیریت و کارکنان باید با یکدیگر کار کنند.

اصل ۳: تأیید این که شیوه زندگی یک فرد از مجموعه عادت‌های سلامت وابسته به یکدیگر تشکیل می‌شود:

برنامه‌های سلامتی که موضوعات وسیعی را تحت پوشش قرار می‌دهند، اغلب بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. طرح یک برنامه باید این وابستگی‌ها را منعکس کند. برای مثال برنامه کنترل وزن مؤلفه‌هایی را نیاز دارد مانند تغذیه سالم، فعالیت لذت بخش فیزیکی و تصویر مثبت از بدن. یک مؤلفه به تنهایی معمولاً برای عملکرد یک برنامه کافی نیست. سه راه تأثیر، به شناختن برنامه‌هایی که بر اساس یکدیگر طراحی شده‌اند، کمک می‌کند تا نیازهای کلی یک فرد را برآورده سازند.

اصل ۴: سازگار بودن با ویژگی‌های خاص هر محل کاری:

هر محل کاری، دارای روش‌های عملکرد، ساختار و فرهنگ خاص خود است. برنامه‌های سلامت باید با ویژگی‌های خاص هر محل کاری سازگار بوده و پاسخگوی کارکنان باشد تا آنها را قادر سازد که مسوولیت بیشتری نسبت به سلامتی خود با ایجاد محیط‌های پشتیبان بر عهده بگیرند.

اصل ۵: حمایت از توسعه یک سیاست سلامت محکم و جامع

در محل کار:

یک سیاست سلامت جامع باید ارزش‌های مشترک را انتقال دهد و از سلامت کارکنان حمایت کند. چنین سیاستی باید تصمیمات مربوط به مسایل کاری را با تأثیر بالقوه آنها بر

سیستم سلامت محیط کار کوچک سه عامل تأثیر گذار بر احساس مطلوب افراد از خود (خود رضایتی) را در بر می‌گیرد که از نظر اهمیت برابر هستند.

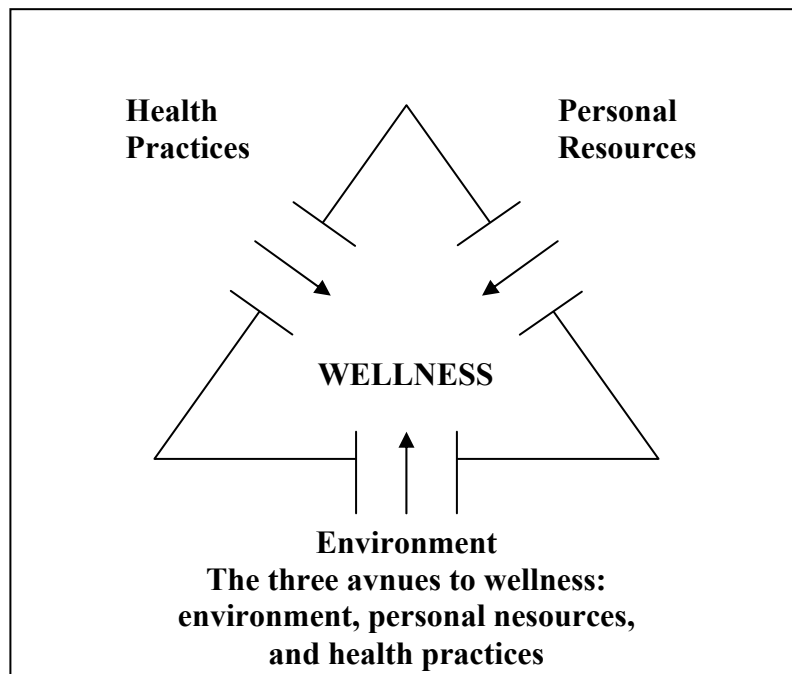
سلامت کارکنان ربط دهد. داشتن کارکنان سالم قسمت مهمی از انجام کار سازمان است. یک سیاست سلامت جمعی، موقعیتی را برای مدیریت منسجم در تمام قسمت‌های سازمان فراهم می‌کند.

سه راه تأثیر

سیستم سلامت محیط کار کوچک سه عامل تأثیر گذار بر احساس مطلوب افراد از خود (خود رضایتی) را در بر می‌گیرد که از نظر اهمیت برابر هستند:

- محیط
- منابع شخصی
- فعالیتهای سلامت

شکل ۱-۲: شکل ساده زیر وابستگی این سه راه را توضیح می‌دهد.



راه محیط

محیط فیزیکی به طور مستقیم بر افراد تأثیر می‌گذارد که شامل سطوح سر و صدا، مواد سمی، کیفیت هوا و طراحی محیط کار است.

محیط اجتماعی از طریق عواملی چون برنامه‌ریزی زمانی کار، هماهنگ‌سازی مسئولیت‌های خانه و در محل کار، مهلت‌ها، سازمان کار، آموزش در دسترس و حمایت، بر سلامت کارمند تأثیر می‌گذارد.

توانایی تأثیر فرد بر رفتار و محیط اطرافش، بخش مهمی است که باعث می‌شود فرد احساس مطلوب داشته باشد.

حمایت اجتماعی، دانشی سازمان یافته است راجع به این‌که کارکنان در زمان اندوه و ناراحتی از طرف دوستان، خانواده، همکاران و هم‌سازان کسی را دارند که به حرف آنان گوش داده و مشاوره بگیرند.

در کار و در خانه محیط‌های فیزیکی و اجتماعی اثرات اساسی بر سلامت افراد دارند. محیط فیزیکی به طور مستقیم بر افراد تأثیر می‌گذارد که شامل سطوح سر و صدا، مواد سمی، کیفیت هوا و طراحی محیط کار است. محیط اجتماعی از طریق عواملی چون برنامه‌ریزی زمانی کار، هماهنگ‌سازی مسئولیت‌های خانه و محل کار، مهلت‌ها، سازمان کار، آموزش در دسترس و حمایت، بر سلامت کارمند تأثیر می‌گذارد. محیط اجتماعی همچنین از طریق روابط بین فردی شامل روابط با سرپرست (مدیر)، واکنش همکاران و روابط خانوادگی و مردم به صورت غیر مستقیم تحت تأثیر نا آرامی و استرس است.

منابع شخصی

منابع شخصی ابزار روانی و اجتماعی هستند که توسط آنها افراد بر استرس‌ها و تشویش‌های محل کارشان غلبه می‌کنند. منابع شخصی به دو شکل است:

۱. کارآیی فردی

۲. حمایت اجتماعی

خودکارایی یک نوع احساس کنترل و قابلیت فردی است نسبت به سلامت و کار. توانایی تأثیر فرد بر رفتار و محیط اطرافش، بخش مهمی است که باعث می‌شود فرد احساس مطلوب داشته باشد. مشارکت فعال کارکنان در انتخاب و توسعه برنامه‌های سلامت، اثربخشی برنامه‌ها را به طرز قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌دهد. حمایت اجتماعی، دانشی سازمان یافته است راجع به این‌که کارکنان در زمان اندوه و ناراحتی در بین دوستان،

خانواده، همکاران و هم‌سازان کسی را دارند که به حرف آنان گوش داده و از او مشاوره بگیرند.

عادت‌های سلامتی:

عادت‌های افراد، سلامتی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بعضی از عادت‌های مهم شامل خوردن، سیگار کشیدن، استفاده از مشروبات الکلی و مواد مخدر، فعالیت‌های فیزیکی و عادات خواب هستند.

شروع

برای ساختن یک مدل سلامت در محل کار کوچک ابتدا باید در مورد مسایل زیر در جامعه خود اطمینان پیدا کنید.

□ علاقه: آیا مردم نگران مسایل مربوط به سلامت هستند؟ آیا علاقه‌مند به درگیر شدن در شناخت این مسایل هستند؟

□ منابع: آیا مردم و رای مشارکت شخصی، علاقه‌مند به سهیم شدن در تأمین منابع مورد نیاز برای شروع یک مدل سلامت در محل کار کوچک هستند؟

□ سازمان دهنده: آیا یک هسته علاقه‌مند از افراد عمل‌گرای متعهد وجود دارد؟

شما در هنگام بررسی، اطلاعاتی در مورد مدل سلامت در محل کار کوچک به افراد جامعه می‌دهید. اقدامات اولیه را بر اساس یادگیری از مردم و نگرانی‌های شان بنا می‌کنید. شما شروع به گرفتن تأیید در مورد این مدل از سوی کارفرمایان و کارکنان، آژانس‌های خدماتی و انجمن‌های کار می‌کنید و شروع به کشف چیزهایی در مورد نیازهای سلامت این جامعه می‌کنید.

اگر سطح علاقه و اشتیاق برای حمایت از این مدل سلامت در محل کار کوچک به اندازه کافی وسیع باشد، شما آماده انجام مرحله اول یعنی توجیه اجرای سیستم سلامت در محل کار خواهید بود.

اگر سطح علاقه و اشتیاق برای حمایت از این مدل سلامت در محل کار کوچک به اندازه کافی وسیع باشد، شما آماده انجام مرحله اول یعنی توجیه اجرای سیستم سلامت در محل کار خواهید بود.

پیاده‌سازی

با انجام بعضی از اقدامات اولیه در مرحله یک، آماده اجرای هفت مرحله توسعه و پیاده‌سازی سیستم ارتقای سلامت در محل کار طبق مدل سلامت در محل کار کوچک هستید.

گام اول: توجیه و آشنایی

جلسه آشنایی اطلاعات بیشتری را در مورد مدل سلامت در محل کار کوچک فراهم می‌کند. برای مشاهده طرح کلی پیشنهادی در مورد آنچه که مرحله آشنایی باید در بر بگیرد، به پیوست شماره یک مراجعه کنید.

افراد شرکت کننده، خواهان اطلاعات بیشتری هستند و نیز قبل از این که تعهد به مشارکت بیشتر دهند، خواهان پرسیدن بعضی از سؤالات هستند.

تمرکز بر مرحله آشنایی، بستگی به این خواهد داشت که شما چگونه گروه‌های مختلف شرکت کننده را می‌شناسید. این مرحله می‌تواند تمام گروه‌های علاقه‌مند را مخاطب قرار دهد و یا جلسات جداگانه ای را برگزار کند: یکی برای افراد در محل کار کوچک و دیگری برای نمایندگان مؤسسه هماهنگ کننده و یا ارایه کنندگان خدمات. بدون توجه به ساختار طرح کلی مرحله آشنایی می‌تواند مشابه باشد. رسیدن به تصویری صحیح از محیط و شیوه‌های زندگی سالم می‌تواند به تعیین آهنگ

۱۴۰ مدل ارتقای سلامت در محل‌های کار کوچک

حرکت کمک کند. همان‌طور که نماینده استانی سلامت مرحله آشنایی را اداره می‌کند، ارابه‌کنندگان خدمات سلامت نیز می‌توانند با یک سخنرانی به این جریان کمک کنند. پوشه‌هایی که شامل ارکان این مرحله و اطلاعات پایه‌ای مدل سلامت در محل کار کوچک هستند باید برای شرکت‌کنندگان آماده شود.

بعد از معرفی توسط نماینده ایالتی، باید زمان مناسبی برای پرسش و پاسخ اختصاص داده شود. قبل از این که افراد محل را ترک کنند، از آنها بخواهید ۱۰ تا ۱۵ دقیقه پرسشنامه مربوط به آمادگی خود را تکمیل کنند. این پرسشنامه وسیله مفیدی برای مشخص کردن این است که آیا علاقه کافی جمعی برای حمایت از مدل ارتقای سلامت در محل کار کوچک وجود دارد.

برای شرکت‌کنندگان توضیح دهید که نتایج این پرسشنامه با آنها در میان گذاشته می‌شود و از علاقه مندی آنها تشکر کنید. اگر نتایج مثبت باشد، روند شروع و آشنایی نتیجه داده است و موارد زیر برآورده شده است:

□ تعیین یک منبع مناسب برای ادامه کار

□ یک آژانس هماهنگ‌کننده

□ شرکت‌کنندگان در محل کار کوچک

□ یک کانون یا کمیته سلامت در محل کار کوچک

□ تعهد نسبت به پنج اصل راهنما و سه عامل مؤثر بر سلامت

□ یک فهرست مرجع از افراد علاقه‌مند، تسهیلات و غیره.

گام دوم: سازمان دهی

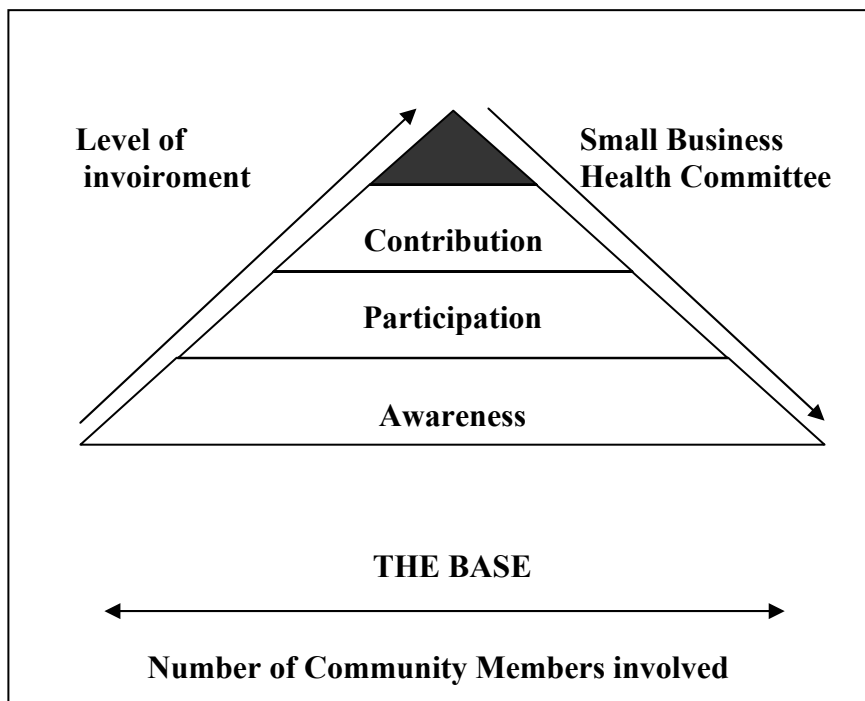
مؤسسه هماهنگ‌کننده و کمیته ارتقای سلامت در محل کار کوچک باید در مورد یک ساختار سازمانی تصمیم‌گیری کنند که شامل تمام ذینفعان کلیدی باشد و مدل ساخته شده را به جلو

ارتقای سلامت در محل کار ۱۴۱

مثلث مشارکت، روابط بین اعضای جامعه درگیر و سطح انتخابی درگیری آنها را از آگاهی، مشارکت و کمک تا سطح کمیته ارتقای سلامت در محل کار کوچک نشان می‌دهد.

برد. طرح‌های ساختار سازمانی این پروژه را پیش می‌برد و ارزیابی می‌کند. مثلث درگیر کردن و شرح حال آمادگی، هر دو ابزاری ارزشمند برای کمک به تثبیت یک ساختار سازمانی هستند. مثلث مشارکت، روابط بین اعضای جامعه درگیر و سطح انتخابی درگیری آنها را از آگاهی، مشارکت و کمک تا سطح کمیته ارتقای سلامت در محل کار کوچک نشان می‌دهد.

شکل ۲-۲: سطوح درگیری



آگاهی

در این سطح اعضای جامعه از ابتکار عمل مدل ارتقای سلامت در محل کار کوچک از طریق مرحله آشنایی و بعضی اتفاقات حمایتی، پوشش رسانه ای، بروشور و غیره آگاه شده‌اند. اگر دیدگاهی مثبت داشته باشند، چه بسا با نشان دادن

موافقت خود در بین عموم و تشویق دیگران به مشارکت از این مدل حمایت می‌کنند. آنها نیز ممکن است تصمیم به درگیر شدن بگیرند. این بدین معنی است که آنها به سطوح بعدی مشارکت صعود می‌کنند. آنها می‌توانند تا هر وقتی که می‌خواهند در سطح دوم باقی بمانند.

مشارکت

در این سطح اعضای کمیته تصمیم گرفته‌اند که به طور فعال درگیر شوند. برای کار فرمایان و کارکنان، این سطح از تعهد معمولاً شامل به انجام رساندن برآورد جامع نیازها در محل کار و مشارکت در برنامه‌هایی است که در پاسخ به نیازهای مشخص نشده در این برآورد، توسعه پیدا کرده‌اند. اگر تجربه مثبت باشد افراد در این سطح احتمالاً به مشارکت ادامه می‌دهند یا تصمیم می‌گیرند بیشتر در این کار مشارکت کنند.

کمک کردن (سهیم شدن)

علاوه بر مشارکت افراد در برنامه‌ها، آنها ممکن است تصمیم بگیرند با اختصاص وقت خود به صورت داوطلبانه برای همکاری با برنامه‌های طراحی شده و فعالیت‌ها کمک بیشتری بکنند. آنها هم‌چنین می‌توانند منابعی مالی و معنوی را برای کمک به حمایت از اجرای برنامه فراهم کنند. آنها دارای تجربه مفیدی به عنوان شرکت کنندگان در مدل یا داوطلبان برنامه و نیز دارای درک اهداف و آرمان‌های صحیحی از این مدل و تعهد به آنها هستند.

کمیته ارتقای سلامت در محل کار کوچک

کلید توسعه موفق برنامه
حفظ یک پایه هرم به اندازه
کافی بزرگ برای تغذیه تمام
سطوح است

افراد در این سطح متعهد می‌شوند تا وقت و تخصص شان را برای یک دوره معین در اختیار این کار قرار دهند. آنها مشارکت گروهی را به طور مداوم ترویج می‌کنند تا مطمئن شوند افراد دیگری وجود دارند که در زمان پایان دوران کارشان جایگزین آنها شوند.

افراد در هر سطح می‌توانند وارد این مثلث مشارکتی شوند. آنها می‌توانند در سطحی که در آن راحت هستند، باقی بمانند. آنها می‌توانند مطابق دستور زندگی شخصی یا حرفه‌ای شان به سطح بالا یا پایین حرکت کنند.

کلید توسعه موفق برنامه، حفظ یک پایه هرم به اندازه کافی بزرگ برای تغذیه تمام سطوح است وقتی که پایه هرم این مثلث کاهش یابد، سطوح دیگر نیز تنزل می‌یابد و افراد بسیار کمی کار لازم را انجام می‌دهند که منجر به از پا افتادگی (از دست دادن انرژی) می‌شود و این می‌تواند به معنی فروپاشی کمیته سلامت در محل کار کوچک و شاید این مدل باشد.

لازم به ذکر است که به تعاریف و مضامین همکاری و تعهد باید بیش از پیش توجه کرد:

- همکاری: کارکردن با یکدیگر، کار یا تلاش گروهی و مشارکت همکارانه اشخاص یا گروه‌ها

- تعهد: یک پیمان، قول و یک توافق برای پذیرش مسئولیتی در آینده

همکاری

بسیاری از شرکت‌های موفق، محیطی را ایجاد می‌کنند که کارمندان را به کارکردن با یکدیگر برای هدفی عمومی تشویق می‌کند. کارمندان می‌دانند که کارشان برای موفقیت شرکت دارای

اهمیت است. اگر چه عوامل بسیار دیگری برای به موفقیت رساندن یک برنامه مورد نیاز است اما همکاری اغلب چسبی است که هر چیزی را در کنار یکدیگر نگه می‌دارد. همکاری برای موفقیت مدل سلامت در محیط کار کوچک امری ضروری است.

به دلیل ماهیت ساعات طولانی کار در محیط کار کوچک و منابع محدود، پیدا کردن مالکانی که به طور انفرادی کار می‌کنند و مزایای کار گروهی که در شرکت‌های بزرگ دیده می‌شود را از دست می‌دهند، غیر عادی نیست.

از طریق این مدل، مالکان شرکت کوچک با افراد دیگری همانند خودشان، مقامات رسمی دولت محلی، تأمین کنندگان خدمات اجتماعی و بسیاری از تصمیم گیرندگان کلیدی جامعه آشنا می‌شوند و با آنها کار می‌کنند.

مزایای کار گروهی را می‌توان به دو دسته تقسیم بندی کرد:

مالی و معنوی (غیر مالی).

برای تمام شرکت‌ها مهم است که هزینه‌ها را در حداقل نگه دارند. مدل ارتقای سلامت محیط کار کوچک موجب:
□ کاهش هزینه‌های مشترک برای برنامه‌های ارتقای سلامت کارمندان، از طریق سهم شدن در تجهیزات، امکانات و منابع دیگر؛

□ و ایجاد شرکت بالقوه توسعه یافته از طریق ایجاد شبکه با شرکت‌های دیگر، افراد جامعه و سایر منابع حاصله می‌شود.

بسیاری از مزایای غیر مالی می‌تواند در نهایت از طریق فعالیت بیشتر به نتیجه برسد.

چند مثال :

ارتقای سلامت در محل کار ۱۴۵

تعهد اصلی و مهم، اعتقاد به این است که کارکردن با دیگران در جامعه برای ایجاد مدل موفق سلامت در محل کار کوچک یک استفاده مفید از زمان در اختیار است.

- قابلیت مشاهده مدل در اجتماع و شرکت‌هایی که در این کار درگیر شده‌اند.
- روابط عمومی مؤثر از طریق همکاری با برنامه ارتقای سلامت داوطلبانه .
- سهیم شدن در مسایل شرکت و راه حل‌های آن با مالکان شرکت کوچک، مدیران و کارمندان .
- افزایش آگاهی از منابع اجتماعی قابل دسترس .
- فرصت‌هایی برای گسترش یا بهبود مهارت‌های سازمانی .
- روحیه اجتماعی تقویت شده.
- تقویت روحیه کارمند از طریق ایجاد مراقبت بیشتر و در محل کاری سالم.

تعهد

مثلث مشارکت، سطوحی از تعهد را ایجاد می‌کند که شرکت کنندگان می‌توانند در آنها احساس راحتی کنند. تعهد در زمان و هدف مورد نیاز است اما آنها بر اساس توانایی‌های شخصی ایجاد می‌شوند. تعهد اصلی و مهم، اعتقاد به این است که کارکردن با دیگران در جامعه برای ایجاد مدل موفق سلامت در محل کار کوچک یک استفاده مفید از زمان در اختیار است.

در اجرای برنامه های ارتقای سلامت در محل کار ، استفاده از برنامه‌های تندرستی در ۲۰ تا ۴۰ درصد کارمندان تخمین زده شده است. محرک‌های موفقیتی که کارفرمایان می‌توانند در پیش بگیرند تا بر شرکت کارکنان در برنامه‌های تندرستی در محل کار تأثیر گذارد عبارتند از: (الف) برگزاری میهمانی (ب) افزایش پوشش بیمه (ج) جوایز نقدی و (د) دادن مرخصی به منظور دستیابی به اهداف کنترل وزن و یا ورزشی .

گام سوم: برآورد نیازها (نیازسنجی)

به منظور درک بهتر نیازهای کارمندان، در این مدل پرسشنامه جامع نیازها و خطرات بر مبنای پنج اصل راهنما و سه روش تأثیر وجود دارد. یک بسته اطلاعاتی نیز برای «مؤسسه هماهنگی و انجمن سلامت محیط کار کوچک» برای اجرای نیازسنجی به منظور برآورد نیازها، تدوین شده است.

مجموعه برآورد نیازها متشکل است از: یک پرسشنامه؛ یک کتابچه راهنما برای تکمیل پرسشنامه به نام کشف نیازهای سلامت در محل کار؛ و پوسترهایی که کارمندان را ترغیب به تکمیل و تحویل پرسشنامه می‌کند.

برآورد نیازها شامل سه مرحله می‌باشد:

- آمادگی برای برآورد نیازها
- تکمیل پرسشنامه سلامت کارمندان
- تحلیل و برآورد نیازها.

آمادگی برای برآورد نیازها

کارمندان باید به طور صحیح با پرسشنامه آشنا شده و برای تکمیل آن خود را آماده نمایند. کتابچه راهنمای تکمیل پرسشنامه شما را در این امر یاری خواهد داد. این راهنما طرح کلی فرایند مرحله به مرحله برنامه‌ریزی برآورد نیازها را ارائه می‌دهد و شامل پیشنهادات بسیاری در مورد چگونگی تکمیل پرسشنامه به منظور به دست آوردن میزان بالای پاسخ می‌باشد. اگر قبل از توزیع پرسشنامه، آشنایی کاملی با آن حاصل شود، پیام قاطعی برای کارمندان خواهد داشت، مبنی بر این‌که مدیریت، آژانس هماهنگی و انجمن سلامت محیط کار کوچک به نیازها و اولویت‌های کلیه کارمندان توجه نشان داده و نسبت به پاسخ به

مجموعه برآورد نیازها متشکل است از: یک پرسشنامه؛ یک کتابچه راهنما برای تکمیل پرسشنامه به نام کشف نیازهای سلامت در محل کار؛ و پوسترهایی که کارمندان را ترغیب به تکمیل و تحویل پرسشنامه می‌کند.

ارتقای سلامت در محل کار ۱۴۷

نیازهای تشخیص داده شده تا بیشترین حد امکان متعهد می‌باشند.

تشخیص نیازهای کارمندان از طریق برآورد نیازها به تیم ارتقای سلامت در محیط کوچک این اختیار را می‌دهد تا موارد زیر را در نظر بگیرند:

- نیازها، اولویت‌ها و نگرش کارمندان
- برنامه‌ها و راه‌کارهای مداخله برای کلیه کارمندان، بدون توجه به میزان فعلی سلامت آنها
- وابستگی رفتارهای شیوه زندگی و برنامه‌های سلامتی به یکدیگر
- موضوعات زیست محیطی که می‌توانند از ایجاد یک محل کار سالم‌تر پشتیبانی نمایند
- موضوعات مهم در توسعه یک طرح قوی سلامت محیط کار کوچک.

به منظور تضمین حداکثر مشارکت کارمندان در برنامه‌های سلامتی، آنها باید در دستیابی به اهداف سلامت شخصی خود شرکت نمایند. بنابراین کارمندان باید ترغیب به تکمیل پرسشنامه شوند تا موضوعاتی که برای آنها مهم است، کشف شوند. بررسی موضوع نیروی کار تصویر کلی خوبی از مشارکت محیط کار کوچک و رابطه آنها با جامعه، فراهم می‌آورد.

این اطلاعات، تیم ارتقای سلامت را برای آمادگی بهتر برای برآورد نیازها، یاری خواهد داد. بررسی موضوع نیروی کار نیز مکمل اطلاعات به دست آمده از طریق برآورد نیازها می‌باشد و در برخی از زمینه‌ها نقطه مرجع را برای مقایسه با یافته‌های آتی ارائه می‌دهد. بررسی باید در برگیرنده انواع اطلاعات زیر باشد

که طبق ماهیت و اندازه محیط کار کوچک موجود، متفاوت می‌باشند:

- نوع شغل (مثلاً رستوران، خرده فروشی پوشاک)
 - محل (و دیگر محل‌های کاری در صورت وجود)
 - رده بندی شغلی (مدیر، کارمند)
 - نوع کار (فروش، خدمات)
 - برنامه زمانبندی نوبت کار
 - میزان درآمد پرسنل
 - تصادفات و جراحات
 - اطلاعاتی در مورد مرخصی استعلاجی و از کار افتادگی
- محتوی برنامه ارتقای سلامت در محل کار باید شامل اجزای سلامتی زیر باشد:

- سلامت جسمی (Physical health)
- سلامت هیجانی (Emotional health)
- سلامت اجتماعی (Social health)
- سلامت روحی و معنوی (Spiritual health)
- سلامت فکری (Intellectual health)

لذا در نیازسنجی باید این پنج حیطه را مد نظر داشت .

گام چهارم: شرح مختصر سلامت محل کار

نتایج برآورد نیازها، شرح مختصر سلامت در محل کار را ارائه می‌دهد که شامل اطلاعاتی در مورد نیازها، اولویت‌ها و نگرش‌های کارمندان به همراه ارزیابی تیم اجرایی می‌باشد. این شرح مختصر، منبع اولیه تیم ارتقای سلامت برای توسعه برنامه‌شان است. طرح برنامه باید در درجه اول مبتنی بر نیازهای کارمندان و در درجه دوم توسط کلیه مداخلات دیگر

ارتقای سلامت در محل کار ۱۴۹

شرح حال سلامت در محل کار ابزاری مهم برای آماده سازی برنامه سلامت محیط کار کوچک می باشد.

تیم ارتقای سلامت می تواند به منظور بررسی این که آیا اطلاعات به دست آمده از شرح مختصر سلامت در محل کار، بیانگر نیازهای کلیه کارمندان، یا گروه های کارمندی می باشد به بازنگری اطلاعات نیروی کار و همچنین برگزاری جلسه اظهار نظر بپردازد.

پیاده شود. نتایج شرح حال در نمودارها و جداولی که فهم آن ساده است، ارایه می شوند. بحث کلی در مورد اثرات بعدی برنامه نیز ارایه خواهد شد.

بخش شرح حال سلامت در محل کار، شامل گزارشات ویژه ای در مورد گروه هایی است که موضوعات سلامتی نیازمند بهبود (استرس، سلامت و امنیت، فعالیت جسمی، استعمال سیگار، زیادی وزن، استفاده از الکل و دارو) را مشخص می کنند. هر گزارش ویژه شامل سه بخش می باشد:

- مقدمه مختصری که به توضیح موضوعات و پاسخ های همه جانبه کارمندان می پردازد؛
- اطلاعات تطبیقی راجع به موضوعات؛
- اثرات بعدی برنامه.

شرح حال سلامت در محل کار ابزاری مهم برای آماده سازی برنامه سلامت محیط کار کوچک می باشد.

تیم ارتقای سلامت می تواند به منظور بررسی این که آیا اطلاعات به دست آمده از شرح مختصر سلامت در محل کار بیانگر نیازهای کلیه کارمندان، یا گروه های کارمندی می باشد، به بازنگری اطلاعات نیروی کار و همچنین برگزاری جلسه اظهار نظر بپردازد. این جلسه می تواند:

۱. نتایج را تأیید کرده یا اطلاعات بیشتری در مورد موضوعات سلامتی، پیشنهادات کارمندان و موانع شیوه های خاص ارتقای سلامت، به دست دهد.

۲. کارمندان را در فرایند همه جانبه بیشتر درگیر کرده و نظرات خلاقانه راجع به انواع برنامه های اجرایی را به دست آورد.

۳. در درجه اول کارمندان را در جریان این امر قرار می‌دهد که پاسخ آنها به پرسشنامه تأثیری فوری دارد. به منظور مشخص نمودن برنامه‌ها و قرار دادن آنها به ترتیب اولویت، مؤسسه هماهنگی و انجمن ارتقای سلامت محیط کار کوچک نیازمند بررسی مجدد نیازها و اولویت‌های کارمندان که در شرح حال سلامت در محل کار بیان شده، می‌باشند. برای تجزیه و تحلیل نیازهای کارمندان، بخش‌ها و گزارشات ویژه شرح مختصر که در زیر آمده‌اند، نیازمند بررسی مجدد می‌باشند:

- منابع استرس در کار
- منابع استرس در خانه
- موضوعات سلامت و امنیت
- افرادی که بتوان روی آنها حساب کرد
- وزن
- فعالیت جسمی
- خواب
- سیگار
- استفاده از دارو
- نوشیدن مشروبات الکلی
- سوء مصرف مواد مخدر

اطلاعات مفید در مورد آن چه کارمندان می‌خواهند به طور اخص از بخش‌های تلاش برای سلامتی، چگونگی کمک کارفرما و فایز آمدن بر استرس به دست می‌آید.

بیان نتایج:

کارمندان مشتاق دانستن نتایج پرسشنامه هستند. زمانی که نتایج توسط تیم ارتقای سلامت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، آن را به کارمندان ابلاغ نمایید.

کارمندان مشتاق دانستن نتایج پرسشنامه هستند. زمانی که نتایج توسط تیم ارتقای سلامت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، آن را به کارمندان ابلاغ نمایید.

اگر تعداد افراد و مکان‌ها اجازه دهند، اقدامات تکمیلی را می‌توان به صورت رو در رو انجام داد اما یک گزارش خلاصه کتبی ساده نیز باید ارائه شود. پس از گزارش نتایج، گروه‌های ویژه پاسخ باید تنظیم شوند. این گروه‌ها درک بهتر کارمندان از نیازها و اولویت‌های برنامه را تضمین می‌کنند و باید شامل مؤسسان، مدیران و کارمندان باشد.

برنامه سلامت محیط کار کوچک، طرح مهمی است که نمودار مسیر برنامه را برای یک دوره ۲ تا ۳ ساله ترسیم می‌نماید.

گام پنجم: برنامه‌ریزی سلامت محیط کار کوچک

تیم ارتقای سلامت که مسوول تسهیل مسیر برنامه‌ریزی سلامت محیط کار کوچک و برنامه‌ریزی مداخلات می‌باشند برای آماده‌سازی برنامه سلامت، هم از مشاهدات خود از شرح مختصر سلامت در محل کار و هم از گروه‌های ویژه پاسخ استفاده می‌کنند و راهنمایی‌هایی را برای مؤسسان محیط کار کوچک شرکت کننده ارائه می‌دهند.

برنامه سلامت محیط کار کوچک هم‌چنین باید شامل تخمین هزینه اجرای برنامه‌هایی باشد که نیازمند سرمایه‌گذاری هستند.

ترسیم نمودار مسیر:

برنامه سلامت محیط کار کوچک، طرح مهمی است که نمودار مسیر برنامه را برای یک دوره ۲ تا ۳ ساله ترسیم می‌نماید. این برنامه شامل راه‌کارهایی است که به نیازهای مشخص شده پاسخ می‌دهد و چارچوب زمانی مشخصی را برای اعمال راه‌کارها در رابطه با دیگر اولویت‌های مشخص شده تعیین می‌کند.

برنامه ارتقای سلامت محیط کار کوچک یک سند کاری است که نباید در سنگ حک شود بلکه باید هر ساله بازنگری شده و طوری اصلاح شود که منعکس کننده نیازهای جدید و متغیر کارمندان باشد.

برنامه سلامت محیط کار کوچک هم‌چنین باید شامل تخمین هزینه اجرای برنامه‌هایی باشد که نیازمند سرمایه‌گذاری هستند. پیشنهادهای در مورد افزایش سرمایه یا تقسیم هزینه نیز باید در این برنامه آورده شوند.

برنامه سلامت محیط کار کوچک باید ۵ اصل راهنما و ۳ روش تأثیر را مخاطب قرار دهد. به عنوان مثال:

□ مسیر برنامه باید منعکس کننده نیازهای کلیه کارمندان باشد بدون این‌که به میزان سلامت فعلی آنها توجه کند.

□ با در نظر گرفتن چگونگی اجرای برنامه، این برنامه باید چالش‌های دست یافتن کارمندان بی‌سواد و دارای مشکلات زبانی، تفاوت‌های فرهنگی و انواع سوابق اجتماعی و مهارتی کارمندان را مخاطب قرار دهد.

□ برنامه‌ها نباید به طور مجزا از یکدیگر اجرا شوند. رابطه بین برنامه‌های ویژه می‌تواند میزان تأثیر و موفقیت را افزایش دهد.

□ برنامه‌ها باید با در نظر گرفتن اصل حس مسئولیت فردی طراحی شوند و از طریق محیط اجتماعی، فیزیکی و احساسی سالم، پشتیبانی لازم را فراهم نمایند تا به کارمندان در انجام مسوولیت‌هایشان کمک نمایند.

□ نیازهای برنامه باید تصدیق کند که سلامتی نتیجه تقابل بین افراد و محیط‌شان است. به عنوان مثال یک کارمند ممکن است در خانه با برنامه مشارکت کند، دیگری در محل کار یا موقعیت خارجی.

راهنمایی‌های برنامه باید به وضوح عناصر سه روش تأثیر را مخاطب قرار دهد:

محیط، فعالیت‌های سلامتی و منابع شخصی.

کلیه جلسات و بحث‌ها در مورد برنامه ارتقای سلامت محیط کار کوچک باید تا زمانی که توسط کلیه محیط‌های کار کوچک موجود تصویب شود، به صورت محرمانه باقی بماند.

برنامه ارتقای سلامت محیط کار کوچک یک سند کاری است که نباید در سنگ حک شود بلکه باید هر ساله بازنگری شده و طوری اصلاح شود که منعکس کننده نیازهای جدید و متغیر کارمندان باشد.

نکات مهم:

کلیه جلسات و بحث‌ها در مورد برنامه ارتقای سلامت محیط کار کوچک باید تا زمانی که توسط کلیه محیط‌های کار کوچک موجود تصویب شود، به صورت محرمانه باقی بماند. مراجعات و استفاده از برنامه‌ها و منابع موجود نیز باید در برنامه آورده شود. زمانی که طرح سلامت مورد تصویب قرار گرفت، به کارمندان کلیه محیط‌های کار کوچک شرکت کننده، بگویید که چه برنامه‌هایی طراحی شده‌اند و این که اقدام بعدی چیست (برنامه عملکرد) و آنها چگونه می‌توانند به صورت داوطلب در برنامه شرکت کنند.

گام ششم: اجرا

یک برنامه ارتقای سلامت در محل کار طرح‌های اجرایی و فعالیت‌های مربوط به سلامت را که در یک سال باید انجام شود تعیین می‌کند. یک طرح اجرایی جدید هر سال برای هر برنامه آماده می‌شود. طرح‌های اجرایی باید مطابق با دستور العملی باشد که توسط برنامه سلامت محل‌های کار کوچک تعیین می‌گردد. قبل از هر چیزی باید از نیازهای مهارتی و آموزشی مجریان برنامه ارتقای سلامت در محل کار مطلع شویم، این نیازها در ابتدایی ترین وضعیت از مجموعه آگاهی و مهارت های زیر تشکیل می شود:

□ اطلاع از هزینه‌های پایه ای برای برنامه

- مراحل تغییر رفتار
- بهترین برنامه برای مشکلات خاص سلامتی
- سؤالات لازم برای مصاحبه و جلب رضایت مدیریت عالی
- نمونه پرسشنامه برای کارکنان
- تخمین اثر سطوح مختلف برنامه روی اهداف سازمانی
- روش‌های جلب همکاری
- روش ارزیابی خطر
- قوانین بین‌المللی و ملی در زمینه سلامت کار

سطوح برنامه:

برنامه‌های سلامتی شامل فعالیت‌هایی است که کارمندان را در یادگیری در مورد آن، افزایش کنترل روی آن یا بهبود سلامتی‌شان توانمند می‌سازد. برنامه‌ها باید در سه سطح اجرا شوند:

- اطلاع‌رسانی
- گسترش مهارت
- حفظ (سلامتی).

۱- اطلاع‌رسانی

بالا بردن سطح آگاهی در برنامه‌های سلامتی ضروری و لازم است. افزایش سطح آگاهی کارکنان می‌تواند موجب ایجاد علاقه و ترغیب کارکنان به مشارکت در برنامه‌ریزی شود. هم‌چنین فعالیت‌های آگاه‌سازی کارکنان می‌تواند به ایجاد یک محیط حمایتی برای ارتقای سلامت کمک کند یا به عنوان مقدمه‌ای برای برنامه‌های گسترش مهارت عمل کند. نمونه‌هایی از فعالیت‌های اطلاع‌رسانی:

□ توزیع مطالب چاپ شده در مورد ارتقای سلامت از قبیل جزوه‌ها، پوسترها

□ ارایه جزوات در مورد موضوعات شیوه زندگی سالم از قبیل تغذیه و فعالیت فیزیکی

□ تبلیغ برنامه‌های گروه پشتیبان موجود در زمینه کنترل وزن جمعی، فعالیت فیزیکی، استعمال بی رویه از مشروبات الکلی

□ دعوت نمایندگان از سازمان‌های پیشگیری از بیماری قلبی ریوی و سرطان به منظور سخنرانی برای کارمندان

فعالیت‌های اطلاع رسانی باید همواره سعی کنند این سه طریق مؤثر را شامل شوند:

□ محیط اطراف

□ عملکردهای سلامتی

□ منابع شخصی

برای مثال اگر موضوع در مورد تغذیه باشد. این طریق می‌تواند به شرح زیر مورد توجه قرار گیرد:

- محیط اطراف

○ ارایه آب میوه به علاوه نوشیدنی‌های غیر الکلی در دستگاه‌های فروش سکه‌ای و خامه کم چرب برای صرف قهوه در زمان استراحت

- عملکردهای سلامتی

○ ترویج مطالبی از قبیل پوسترها و دستور تهیه غذا به طور رایگان برای ترویج عادات غذایی کم چرب و بسیار مقوی

- منابع شخصی

○ دعوت از یک متخصص تغذیه برای صحبت در مورد اقدامات ساده‌ای که عادات غذای سالم را در خانه و در محل کار ایجاد می‌کند.

۲- گسترش مهارت

زمانی که آگاهی کارمند از ارتقای سلامت افزایش می‌یابد لازم است فعالیت‌هایی را برنامه‌ریزی کرد که به کارمند در گسترش مهارت‌ها به منظور بهبود و حفظ رفتارهای خوب سلامت کمک کند.

زمانی که آگاهی کارمند از ارتقای سلامت افزایش می‌یابد لازم است فعالیت‌هایی را برنامه‌ریزی کرد که به کارمند در گسترش مهارت‌ها به منظور بهبود و حفظ رفتارهای خوب سلامت کمک کند. نمونه‌ها عبارت است از کارهای گروهی در زمینه:

□ فعالیت خاص از قبیل احیای قلبی ریوی CPR

□ مدیریت استرس

□ آشپزی سالم

□ دستور العمل چگونگی شرکت در فعالیت فیزیکی، راه رفتن سریع، دوچرخه سواری، شنا
□ روش‌های لذت بخش و ایمن
□ شرکت در برنامه‌های آموزشی از قبیل آموزش چگونگی مراقبت از فشار خون، ایمنی شخصی و آموزش فنون تمدد اعصاب
□ یک دوره آموزشی مدیریت زمان.

هنگامی که رفتارهای جدید فراگرفته و به آن عمل می‌شود، باید از طریق تشویق و حمایت در محل کار و در خانه آنها را تقویت نمود.

۳- حفظ وضعیت (سلامتی)

هنگامی که رفتارهای جدید فراگرفته و به آن عمل می‌شود باید از طریق تشویق و حمایت در محل کار و در خانه آنها را تقویت نمود. عامل حفظ برای مثال می‌تواند:

□ شامل جلسات دوستانه (غیر رسمی) ماهانه با افرادی باشد که در برنامه منع استعمال دخانیات پیشرفت داشتند. این جلسات دوستانه به افراد اجازه می‌دهد که نظرات و احساسات شان را در مورد ترک سیگار با یکدیگر رد و بدل کرده و همدیگر را در دوران دشوار حمایت کنند.

□ هم‌چنین می‌تواند شامل کمک به کارمندان برای کنترل پیشرفت خودشان، کمک به کارمندان برای شناسایی موانع قبل از وقوع آنها و برنامه‌ریزی روش‌هایی برای غلبه بر آنها و نیز در نظر گرفتن پاداش برای حضور مداوم و موفقیت‌ها باشد.

گسترش اجرا و فرایند ارزیابی

برنامه طرح اجرایی به گسترش، اجرا و ارزیابی برنامه‌های ارتقای سلامت توجه می‌کند. یک برنامه ۶ مرحله دارد:

- آیا برنامه نوشته شده :
- معنی دار است؟
- دارای هزینه پایین است؟ به راحتی مدیریت می‌شود؟
- ساده است؟
- انعطاف پذیر است؟
- کار آمد است؟
- کوتاه مدت و مداوم است؟
- ایجاد انگیزه می‌کند؟
- سرگرمی (تفریح) است؟
- به روشنی قابل انتقال و قابل فهم است؟
- تغییر پذیر است؟
- مشارکت کارمند وجود دارد؟

۱. شناسایی اهداف برنامه

۲. ابداع روش‌های مختلف برای دستیابی به اهداف

۳. ایجاد فهرست منابع

۴. گسترش برنامه

۵. آغاز برنامه

۶. ارزیابی برنامه

راهنمایی های مفید برای یک برنامه موفق

این راهنمایی‌ها از تجربه افراد زیادی که در طراحی و ارایه موفق برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار شرکت داشتند، حاصل شده است. این سوالات مرجعی مفید برای طرح ریزی فعالیت‌ها، برنامه‌ها و تخمین آن چه تأمین کنندگان خدمات باید ارایه کنند می باشد. به این صورت که آیا برنامه نوشته شده :

- معنی دار است؟

برنامه‌ها باید پاسخگوی نیازهای شناخته شده باشند، خواه این نیازها واقعی یا درک شده باشند و خواه نباشند.

- دارای هزینه پایین است؟

برنامه‌ها باید برای کارمندان رایگان و یا با هزینه پایین باشد.

- به راحتی مدیریت می‌شود؟

سعی کنید تا جایی که ممکن است از بروکراسی اداری بکاهید. تأمین کنندگان خدمات می‌توانند کمک بزرگی برای هماهنگ سازی و اجرای برنامه‌ها باشند. حضور کارمند باید به منظور کمک به اجرای برنامه تقویت شود.

- ساده است؟

برنامه‌ها باید به راحتی قابل انجام و دارای اهداف، محتوا و قابلیت ارایه آسان باشند.

- انعطاف پذیر است؟

برنامه‌ها باید نسبت به زمان و مکانی که در آنها اتفاق می‌افتند، انعطاف پذیر باشند. برنامه‌ها باید دارای راهبردهایی برای تسهیل مشارکت کارمندان باشند. برای مثال زمان بندی برنامه در نوبت‌های کاری دوره‌ای قبل یا بعد از کار و یا در طی ساعات ناهار.

برنامه‌های داخل محل کار نسبت به برنامه‌های بیرون از محل کار به راحتی اجرا می‌شوند و زمان کمتری را می‌گیرند بنابراین ارایه برنامه‌ها نباید در جامعه، مدرسه یا یک محل دیگر باشد.

- کارآمد است؟

زمان جلسات خارج از ساعت کاری باید به حداقل رسد. همچنین جلسات باید از قبل زمان بندی و به خوبی برنامه‌ریزی شوند. در این صورت افراد احساس خواهند کرد که وقتشان به خوبی سپری شده است. تعهدات خانوادگی را نباید به عنوان فعالیت‌های خارج از ساعات کار فراموش کرد.

- کوتاه مدت و مداوم است؟

برنامه‌ها باید مشخص، دارای اهداف کوتاه مدت از قبیل غربال‌گری فشار خون بالا، همچنین دارای اهداف بلند مدت از قبیل ایجاد گروه‌های پیاده روی باشند. این گروه‌ها باید افراد را به بهبود وضعیت خودشان و آزمایش فشار خونشان به عنوان بهبود سطوح آمادگی ترغیب کند.

- ایجاد انگیزه می‌کند؟

در بسیاری از محل‌های کار کوچک، برنامه ارتقای سلامت نیازمند روش طراحی شده ویژه‌ای برای جذب و حفظ مشارکت کارمندان می‌باشد. اختصاص زمانی از کار به شنیدن حرف‌های یک سخنران یا برنامه‌هایی که اعضای خانواده را شامل شود، مشارکت را تقویت می‌کند. در نظر گرفتن پاداش برای مشارکت موفقیت‌ها و مشارکت مداوم، کمک به کارمندان برای ارائه طرحی برای برنامه سلامتی خودشان و کنترل پیشرفت خود به علاوه ارائه حمایت اجتماعی می‌تواند انگیزه بسیار بالایی را برای آنها به وجود آورد.

- سرگرمی (تفریح) است؟

افراد سرگرمی یا تفریح را متفاوت تعریف می‌کنند. لازم است از نظرات عمومی کارمندان پیش از طراحی برنامه آگاه شویم.

- به روشنی قابل انتقال و قابل فهم است؟

برنامه‌هایی که به خوبی طراحی شده‌اند و قابل اجرا در خانه و خانواده هستند، باعث تقویت اطلاعاتی می‌شوند که از طرق دیگر به دست می‌آیند. به عبارت دیگر اکثر منابع می‌توانند آنها را ارائه دهند.

- تغییر پذیر است؟

کارمندی که در طراحی برنامه شرکت داشته‌اند نسبت به کسانی که فکر می‌کنند برنامه بدون اطلاعات آنها تهیه شده است، از احساس مالکیت بیشتری برخوردارند.

شنوندگان
برنامه
امکانات برقراری ارتباط

برنامه‌ها باید متناسب با نیازهای منحصر به فرد گروه‌های مختلف کارکنان در هر در محل کار، تغییر یافته و اصلاح شوند. همچنین لازم است جوانب فرهنگی شرکت نیز در برنامه در نظر گرفته شود. دریابید که چه چیز هر شرکتی را خاص می‌کند برای مثال سیستم ارزشی مشترک، عزت نفس زیاد در کسب موفقیت عدم رعایت تشریفات، قومیت گرایی، نسبت زن و مرد، گروه بندی بر اساس سن و غیره.

- مشارکت کارمند وجود دارد؟

شرکت کنندگان با استعداد باید نقش فعالی را در طرح ریزی برنامه‌هایی که قرار است اجرا کنند، ایفا نمایند. شرح حال مختصر سلامت در محل کار و واکنش بازتاب گروه‌ها به کسب اطمینان از باور کارمندان کمک خواهد کرد. کارمندی که در طراحی برنامه شرکت داشته‌اند، نسبت به کسانی که فکر می‌کنند برنامه بدون اطلاعات آنها تهیه شده است، از احساس مالکیت بیشتری برخوردارند.

برنامه برقراری ارتباط (برنامه ارتباطی) و جدول زمانبندی برنامه که چگونگی زمان آغاز برنامه را شرح می‌دهد، می‌تواند بسیار مفید باشد.

سه موضوع باید در برنامه برقراری ارتباط مورد توجه قرار گیرد:

□ شنوندگان شما

□ برنامه شما

□ امکانات برقراری ارتباط

شنوندگان

در شناسایی نیازهای ارتباطی شنوندگان باید: تقسیم جنسیت و سن، تحصیلات و زبان، اطلاعاتی از شرح حال مختصر سلامت در محل کار و شرح کلی در محل کار را در نظر بگیرید.

- تقسیم جنسیت و سن:

این مسأله چند دستور العمل را در مورد این که چه روش ارتباطی ممکن است باعث جذب اکثر افراد شود، ارایه می کند.

- سطح تحصیلات:

این امر به عنوان یک رهنمود در ارتباطی که ممکن است مناسب ترین نوع ارتباط باشد، عمل می کند. اگر سواد خواندن پایین به نظر می آید، توضیحات شفاهی برنامه، زبان و هم چنین تصاویر چاپی آن باید ساده باشد.

- زبان:

اگر زبان برنامه زبان دوم بسیاری از کارمندان نباشد، ممکن است که کمک ویژه‌ای از سوی اعضای جامعه که در زبان‌های دیگر مهارت دارند، لازم شود. سازمان‌های فرهنگی که در فهرست منابع شما شناسایی شده‌اند، باید قادر به کمک کردن باشند.

برنامه

برنامه‌ای را که طراحی کرده‌اید، شرح دهید و روی مشخصات و اهداف کلیدی آن در تمام موارد برقراری ارتباط تأکید کنید.

امکانات برقراری ارتباط

وسایلی را که به واسطه آن شما با این برنامه رابطه برقرار می‌کنید، مشخص کنید. انتخاب‌هایی که برای اعلان اولیه بسیار مناسب است شامل نامه‌ها، جلسات، پوسترها و ضمیمه فیش حقوقی می‌باشد.

برای برقراری ارتباط مداوم، انتخاب‌ها شامل نامه‌ها بولتن‌ها، جلسات کارمندان، سخنرانی‌های سمعی و بصری پوسترها و غیره می‌باشد. مطابق مهارت‌ها و منابع، بولتن‌های خبری، پست مستقیم به خانه، بروشورها و سمینارها نیز مؤثر می‌باشند.

برای مستند کردن برنامه برقراری ارتباط عناوین ذیل مفید هستند:

□ شرح حال شنوندگان

□ انتخاب وسیله‌های ارتباط

□ فعالیت‌های تولیدی، نوشتن، طراحی، ترجمه و چاپ

□ جدول زمانی

□ هزینه

فعالیت ارزیابی به شما می‌گوید که آیا نتایج پیش بینی شده به دست آمده است و یا این که چه تغییری باید انجام شود تا برنامه به مسیر خود باز گردد. لازم است فرایند ارزیابی را در مراحل اولیه برنامه تعریف کنید. ارزیابی‌ها معمولاً به دو شکل انجام می‌شود:

(۱) فرآیند

(۲) نتایج

ارزشیابی فرایند در حالی که برنامه در حال اجراست، به کار می‌رود. این نوع ارزشیابی شما را قادر می‌سازد که تعیین کنید آیا این برنامه به خوبی مدیریت می‌شود؟ چه تعداد افراد در آن شرکت می‌کنند؟ چگونه آنها واکنش نشان می‌دهند؟ و آیا امکانات و تسهیلات مناسب است؟ و آیا کمک تسهیل‌کنندگان دریافت می‌شود؟

نمونه‌هایی از چگونگی ارزیابی فرایند عبارت است از فهرست‌هایی از شرکت‌کنندگان، فرم‌های ارزیابی که از عکس العمل‌های نسبت به کارهای گروهی (کارگاه‌ها) و سمینارها پرسش می‌کنند. پرسشنامه‌هایی که از افراد در مورد این که چقدر آنها خود را درگیر فعالیت‌های ویژه می‌دانند، سؤال می‌کنند. بررسی‌های دقیقی که نشان می‌دهد آیا افراد از امکانات و تسهیلات ورزشی عمومی استفاده می‌کنند یا چند وقت به چند وقت از آنها استفاده می‌کنند.

ارزیابی نتیجه مربوط به تأثیر برنامه روی کسانی است که به صورت فردی و یا گروهی در برنامه شرکت می‌کنند. آنها شما را قادر می‌سازند به تغییرات در روش‌های سلامتی، سیاست‌های شرکت، میزان غیبت‌ها و نظرات و عقاید در مورد روش‌های سلامتی توجه کنید.

نمونه‌هایی از روش‌هایی که نتیجه را ارزیابی می‌کنند عبارت است از:

۱. بررسی تعداد افرادی که سیگار را ترک کرده‌اند و برای حداقل شش ماه در این وضعیت باقی مانده‌اند.
۲. کنترل انواع و میزان سوانح بعد از اجرای یک برنامه پیشگیری از سوانح و مصاحبه با کارمندان در مورد برنامه‌های ویژه سلامت شش ماه بعد از پایان کار.

گام هفتم: بررسی پیشرفت

سازمان هماهنگ ساز و کمیته ارتقای سلامت محل‌های کار کوچک، پیشرفت طرح‌های اجرایی برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار کوچک را بررسی می‌کنند تا تعیین کنند آیا اقدام بیشتری برای کسب اطمینان از این‌که برنامه‌ها به طور رضایت بخش اجرا شده و یا خواست‌ها و نیازهای کارمندان برآورده شده است، مورد نیاز است یا نه؟

به طور متناوب ممکن است برای نشان دادن تغییرات در ساختار نیروی کار و نیازهای متغیر اطلاعات بیشتری از کارمندان لازم باشد. این ممکن است شرح حال سلامتی در محل کار را تغییر دهد که در نتیجه تغییراتی در برنامه ارتقای سلامت محیط‌های کار کوچک ممکن است مورد نیاز باشد.

برنامه طرح‌های اجرایی سالانه باید به منظور برآوردن نیازهای متغیر یا جدید، راهبرد های اصلاح شده یا جدیدی را منعکس کند.

سازمان هماهنگ ساز و کمیته ارتقای سلامت محیط‌های کار کوچک باید لحظه به لحظه مراحل ۳ تا ۶ از مراحل ۷ گانه را مورد بررسی قرار دهند تا مطمئن شوند که فعالیت‌های ارتقای سلامت بیانگر سه راه مؤثر محیط اطراف، روش‌های سلامتی و منابع شخصی بوده و از پنج اصل راهنما پیروی می‌کنند.

شرایط مؤثر در موفقیت برنامه‌های ارتقای سلامت در محل

کار

گزارش فوق که حاصل بررسی متون کارشناسان واحد ارتباطات سلامت مرکز ارتقای سلامت دانشگاه تورنتو در سال

۲۰۰۳ است موفقیت برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار را در رعایت موارد زیر می‌داند:

□ درگیرکردن مدیر ارشد:

کارکنان نیاز دارند که از طرف مدیران درک شوند و چنین درکی باعث تغییر رویه‌های مدیریتی نیز می‌شود.

□ برنامه‌ریزی مشارکتی:

تشکیل کمیته‌های کارکنان موجب افزایش آگاهی، مشارکت و رضایت آنان شده و نیازهای آنان را بهتر استخراج می‌کند. این مشارکت می‌تواند با استفاده از روش‌های بحث گروهی متمرکز و بررسی‌های میدانی بیشتر شود.

□ تأکید بر نیازهای کارکنان:

به دو کلمه تأکید می‌شود: «نیازهای» همه «کارکنان» باید لحاظ شود. باید عوامل خطر عمده جمعیت، عوامل خطر و نیازهای سازمانی در برنامه لحاظ شود. بنابراین برنامه باید در سطوح مختلف تهیه و اجرا شود. زمانی که گروهی از کارکنان فرصت داشته باشند تا یکی از عوامل خطر قابل تخفیف یا حذف را خود پیشنهاد کنند، در این صورت مشارکت و تعهد آنان بیش از پیش، افزایش خواهد یافت.

□ استفاده از منابع سازمانی:

در برنامه‌ریزی و اجرای برنامه باید از حداکثر منابع موجود در سازمان اعم از نیروی انسانی، منابع فیزیکی و قابلیت‌های سازمانی استفاده کرد.

□ ادغام و تلفیق:

برنامه موجود باید در راستای برنامه راهبردی سازمان (رسالت، دورنما، ارزش‌ها، اهداف و برنامه‌های عملیاتی کوتاه

و دراز مدت) بوده و در آن تلفیق شده و منابع مالی آن تأمین شود.

□ باور داشتن این مسأله که سلامت یک شخص به فاکتورهای مختلفی بستگی دارد.

□ تعهد دراز مدت:

برای حفظ و نگهداری سودمندی برنامه‌ها باید برنامه ارتقای سلامت تداوم داشته باشد و برنامه ایجاد رفتارهای کاهنده خطر باید با تغییرات اجتماعی، اقتصادی و شخصی کارکنان و همچنین شرایط سازمانی تطابق و تغییر یابد.

□ ارزیابی:

برنامه باید پایش و ارزیابی شود و مدیر پروژه موظف است تا شاخص‌های مناسب برای بررسی فرایند و پیامد را طراحی و اندازه‌گیری کند.

□ در نظر داشتن شرایط خاص هر محیط سازمانی:

برنامه‌های سازمانی باید پاسخگوی شرایط فرهنگی و رویه‌های سازمانی باشد و با آن در تقابل نباشد.

مرکز بهره‌وری و ارتقای کیفیت آمریکا، استراتژی‌های مؤثر زیر را برای توسعه و موفقیت برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار شناسایی کرده است:

- برنامه‌های ارتقای سلامت و بهره‌وری باید طبق راهبرد های شغلی تنظیم شوند؛

- یک رهبر یا پیشرو باید در برنامه حضور داشته باشد؛

- افراد گروه باید نسبت به توسعه و حمایت از برنامه سلامت و بهره‌وری اشتیاق نشان دهند؛

- مدیریت ارشد باید مدیریت برنامه را به دست گیرد و منابع لازم را هم به آن تخصیص دهد؛

ارتقای سلامت در محل کار ۱۶۷

- مدیران عملیاتی باید از اعضای اصلی گروه حساب شوند؛
- اعضای کمیته تندرستی و ارتقای سلامت باید به شدت مشغول حمایت از فرهنگ سلامتی شوند؛
- تحقیقات و پروژه‌های ارزیابی پیامد باید به منظور نشان دادن بهره‌وری برنامه سلامت راه‌اندازی شوند؛
- باید اجماع عمومی مبنی بر این که «ارتقای کیفیت زندگی کاری، باعث ارتقای بهره‌وری سازمانی شده و در هزینه‌ها صرفه‌جویی می‌شود» در شرکت وجود داشته باشد.

به عبارت دیگر از مطالب گفته شده در صفحات قبلی می‌توان ، دوازده راهبرد برتر ارتقای سلامت در محل کار را نتیجه‌گیری کرد :

۱) اجرای برنامه‌های تغییر شیوه زندگی کارمند (برای مثال ترک سیگار، فعالیت‌های فیزیکی تناسب اندام، بهبود تغذیه، مراقبت از کمر، کاهش استرس)

۲) ایجاد برنامه مشاوره و ارزیابی خطر سلامت همگانی

۳) شرح حمایت مدیریت ارتقای سلامت، مخصوصاً گسترش بیانیه رسالت ارتقای سلامت جمعی

۴) گسترش فرهنگ سازمانی انعطاف پذیر، از لحاظ اجتماعی پشتیبان و پاسخگو به نیازهای کارمندان (برای مثال آموزش در ساختار گروهی، حل اختلاف، مهارت‌های جلوگیری از آسیب)

۵) ایجاد یک سیاست جمعی برای حمایت از محیط کاری عاری از سیگار و مواد مخدر

۶) تشکیل یک کمیته سلامت و ایمنی در محل کار که به طور مرتب جلسه تشکیل می‌دهد

اگرچه اکثر برنامه‌های ارتقای سلامت در شرکت‌های بزرگ متمرکزند اما اکثر کارمندان توسط شرکت‌های کوچک استخدام می‌شوند.

۷) کنترل مرتب مشارکت، مزایا، هزینه‌ها و تأثیر برنامه‌های ارتقای سلامت

۸) ارتقای تبعیت و پیروی جمعی سازمان از سلامت و ایمنی شغلی

۹) ارائه برنامه انعطاف پذیر پزشکی و پیشگیری از بیماری شامل خدمات کلینیکی پیشگیرانه (برای مثال ایمن سازی برای کارمندان و وابستگان آنها)

۱۰) ارائه برنامه‌های آموزش سلامت و ایمنی شغلی که نیازهای منابع و شغل‌های ویژه را هدف قرار دهد

۱۱) ایجاد و حمایت از تسهیلات ارتقای سلامت توسط مدیریت، ارزیابی کیفیت محل کار در فواصل مرتب و به کارگیری مراحل که زمینه‌های مشکل ساز را مشخص می‌کنند (برای مثال به واسطه تضمین پیروی دقیق تر از کار پژوهشی ایمنی و استانداردهای هوای پاک در محل کار)

۱۲) برقراری ارتباط مرتب با کارمندان درباره ارتقای سلامت (برای مثال جلسات، بولتن های خبری، پوسترها، پست الکترونیکی، ضمیمه های لیست حقوق)

اگرچه اکثر برنامه‌های ارتقای سلامت در شرکت‌های بزرگ متمرکزند اما اکثر کارمندان توسط شرکت‌های کوچک استخدام می‌شوند. در حقیقت، نزدیک به ۶۰٪ کارمندان آمریکایی توسط شرکت‌هایی با دو تا پانصد نفر کارمند استخدام می‌شوند. آنچه که در اینجا به صورت فهرست درآمده است، برخی از عوامل کلیدی هستند که به افزایش مشارکت در برنامه‌های ارتقای سلامت و تأثیر آن کمک می‌کند:

• شرح حمایت مدیریت از برنامه‌ها و پیچیدگی های آن

یک اندازه، مناسب همه نیست! لذا نیازهای منحصر به فرد هر سازمانی محتوا محدود و مرکز توجه برنامه‌های ویژه ارتقای سلامت آن را تعیین می‌کند.

- به کارگیری کارمندان در مرحله طراحی برنامه و فراتر از آن
- ارائه برنامه‌ها در زمان و مکان مناسب برای کارمندان
- ایجاد انگیزه (برای مثال، تخفیف هزینه کلپ سلامت)
- مشخص کردن اهداف برنامه و شناسایی نیازهای سلامت کارمندان

• پاداش دادن به شرکت کنندگان برای دستیابی به اهداف برنامه

• اطمینان دادن به کارمندان در این که وضعیت سلامت آنها محرمانه می‌ماند

• ارائه مجموعه متنوعی از برنامه‌هایی که نیازهای کارمندان را برطرف می‌کند

• جلب حمایت از بیرون محیط کار از تلاش‌های تغییر شیوه زندگی

• کمک به کارمندان برای درک مفاهیم ضمنی مشکلات (مسایل) سلامت

(برای مثال کنترل فشارخون بالا به منظور پیشگیری در بیماری قلبی)

یک اندازه، مناسب همه نیست! لذا نیازهای منحصر به فرد هر سازمانی محتوا، محدود و مرکز توجه برنامه‌های ویژه ارتقای سلامت آن را تعیین می‌کند. برخی برنامه‌ها می‌توانند برای برآوردن نیازهای گروه‌های بیشتر در معرض خطر را هدف قرار دهند (برای مثال کارمندانی که سیگار می‌کشند یا کلسترول بالایی دارند)، در حالی که برخی برنامه‌های دیگر می‌توانند تمام نیروی کار را هدف قرار دهند (برای مثال آموزش ایمنی برنامه‌های ورزشی تناسب اندام). مؤثرترین برنامه‌ها، عوامل کلیدی بالا را با هم ادغام می‌کنند، به طور مرتب هزینه‌ها و نتایج

هر چقدر خطرات سلامت کارمندان بیشتر شود مراقبت پزشکی مورد استفاده آنها، هزینه‌های مربوط به سلامت و مطالبات پزشکی که آنها ایجاد می‌کنند، بیشتر می‌شود.

را کنترل می‌کنند و به طور مداوم برنامه‌ها را چنانچه نیاز باشد اصلاح می‌کنند.

چگونه می‌توان هزینه‌های برنامه ارتقای سلامت در محل کار را کاهش داد:

برنامه‌های ارتقای سلامت به طرز روزافزون در محیط‌های کاری آمریکا رایج شده است. یک بررسی علمی (عمومی) در سال ۱۹۹۲ نشان داد که بیش از ۸۰٪ محیط‌های کاری خصوصی با ۵۰ کارمند یا بیشتر دست کم یک فعالیت ارتقای سلامت را برای کارمندانشان ارائه می‌دهند.

هر چقدر خطرات سلامت کارمندان بیشتر شود، مراقبت پزشکی مورد استفاده آنها، هزینه‌های مربوط به سلامت و مطالبات پزشکی که آنها ایجاد می‌کنند، بیشتر می‌شود. با روش‌های زیر می‌توان تا حدی هزینه‌های کارفرما را کاهش داد:

۱. ایجاد نمونه‌های کوچک شده از برنامه‌های شرکت‌های بزرگتر

۲. استفاده از منابع و خدمات تأمین‌کننده بیمه مراقبت سلامت
۳. استفاده از خدمات رایگان و با هزینه پایین سازمان‌های غیرانتفاعی بهداشتی و بخش‌های آتش‌نشانی، شهربانی (کلانتری) محلی

۴. همکاری مشترک با شرکت‌های کوچک - متوسط (برای مثال در همان ساختمان یا مجتمع تجاری) برای ادغام منابع سلامت

۵. برگزاری دوره‌ای آموزشی برای پیشگیری از بیماری و آسیب، برای مثال تکنیک‌های مناسب ارتقای راحتی اندام‌های بدن، پوزیشن مناسب بدن در هنگام کار، راه‌های اضطراری نجات، آمادگی برای حوادث غیرمترقبه، کمک‌های اولیه و CPR

موفقیت هر برنامه ارتقای سلامت در محل کار به مشارکت فعال کارمندان بستگی دارد.

۶. دادن مسوولیت بیشتر به کارمندان برای هزینه‌های سلامتی (برای مثال، جلب توجه آنها به مزایای سلامتی بر هزینه‌های پیش‌بینی شده و خطر کمتر به معنی هزینه کمتر)
۷. اطلاعات مراقبت شخصی (برای مثال کتاب‌ها، جزوه‌ها) برای کارمندان برای درمان مشکلات جزئی سلامت توسط خودشان که موجب کاهش مراجعه به اورژانس و پزشک می‌شود.

کارفرمایان چه کاری می‌توانند انجام دهند؟

در کل سه چیز وجود دارد که می‌تواند به کارفرمایان کمک کند تا سلامت شرکت و کارمندانشان را بهبود بخشند:
۱) برقراری ارتباط بیشتر با کارمندان در مورد اهداف و موضوعات مربوط به سلامتی
۲) اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت مناسب در محل کار مربوطه و برنامه‌هایی که شرکت از عهده مسایل مالی آن بر آید
۳) ایجاد یک تعهد پایدار (دایمی) برای بهبود و حفظ نشاط و سلامت کارمندان

۱- برقراری ارتباط بیشتر با کارمندان

موفقیت هر برنامه ارتقای سلامت در محل کار به مشارکت فعال کارمندان بستگی دارد. ایمنی و سلامت کارمند باید صریحاً در جلسات شرکت مورد بحث و گفتگو قرار گیرد. ایجاد یک یا دو روش مداوم برای برقراری ارتباط با کارمندان، به انجام این کار کمک می‌کند. برای مثال یک بولتن خبری کارمندی که شامل اطلاعات مربوط به سلامت است، یک کمیته (هیأت) بررسی سلامت و ایمنی، یا صندوق پیشنهادات (برای تشویق کارمندان

تعهد پایدار به معنی تعهد نامحدود منابع شرکت یا زمان مدیریت نیست. "تعهد پایدار" کارفرمایان بدین معنی است که آنها متقاعد شوند که بهبودی و حفظ سلامت کارمندان بیشترین سود را برای شرکتشان دارد و قصد نمایند که به طور مداوم سطح معقولی از فعالیت‌های ارتقای سلامت را در محیط کارشان اجرا کنند.

به دادن پیشنهاد در مورد بهبود سلامت و ایمنی در محل کار) می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

۲- اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت

راه‌های زیادی وجود دارد که کارفرمایان می‌توانند برنامه‌های نتیجه بخش (مطلوب) را بدون هزینه یا با هزینه کم اجرا کنند. برای مثال می‌توان از خدمات و برنامه‌هایی که توسط سازمان‌های غیرانتفاعی محلی یا ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ارایه می‌شود، استفاده کرد. هنگامی که کارفرمایان از ارتقای سلامت در محیط کار بیشتر آگاه شوند، برنامه‌ها و فعالیت‌هایی را که فکر می‌کنند در محیط کار و برای کارمندانشان بسیار مؤثر خواهد بود، شناسایی می‌کنند. بسیاری از برنامه‌ها ساده هستند، برای مثال قرار دادن پوستره‌های ایمنی و سلامت در مکان‌های کلیدی در محیط کار، جایی که کارمندان احتمالاً آنها را ببینند؛ انتشار و ابلاغ بیانیه‌های مربوط به سلامتی از قبیل سیاست "ممنوعیت سیگار کشیدن" یا سیاست "مبارزه با آزار جنسی"؛ یا دعوت از یک سازمان غیرانتفاعی برای ارایه یک سخنرانی در ساعت ناهار و به طور آزاد برای کارمندان در مورد مزایای یک برنامه ورزشی یا راه‌های کنترل استرس فردی در محیط کار. فرصت‌های مشارکت در این برنامه‌ها باید در هر زمان ممکن به اعضای خانواده کارمندان بسط پیدا کند.

۳- ایجاد یک تعهد پایدار (دایمی)

تعهد پایدار به معنی تعهد نامحدود منابع شرکت یا زمان مدیریت نیست. "تعهد پایدار" کارفرمایان بدین معنی است که آنها متقاعد شوند که بهبودی و حفظ سلامت کارمندان بیشترین

جمله ای را در مورد اهمیت سلامت کارمند در بیانیه رسالت شرکتتان بگنجانید.

سود را برای شرکتشان دارد و قصد نمایند که به طور مداوم سطح معقولی از فعالیت‌های ارتقای سلامت را در محیط کارشان اجرا کنند.

چهار عامل مهم تعهد پایدار کارفرما به ارتقای سلامت در محیط کار عبارت است از:

۱) جمله‌ای را در مورد اهمیت سلامت کارمند در بیانیه رسالت شرکتتان بگنجانید. به طور مرتب سلامت کارمند را در بودجه و برنامه‌ریزی سالانه در نظر بگیرید.

۲) اطمینان حاصل کنید که (به واسطه پرسش از کارمندان) شما مهمترین فعالیت‌های ارتقای سلامت را ایجاد می‌کنید و این‌که این فعالیت‌ها در زمان‌های مناسب در دسترس کارمندان و خانواده‌هایشان می‌باشد.

۳) به طور مرتب تلاش‌های ارتقای سلامتی، روش‌های آن و شرایط در محل کارتان را که ممکن است روی نشاط و سلامتی کارمند تأثیر گذارد، زیر نظر بگیرید.

۴) پیامدهای سازمانی مهم مانند میزان بهره‌وری، بیماری آسیب و غیبت کارمند و دیگر هزینه‌های مربوط به سلامتی را به منظور توجیه سرمایه‌گذاریتان، به طور دقیق دنبال کنید.

اجرای برنامه‌های ارتقای سلامتی که عوامل اجتماعی سازمانی، محیط فیزیکی و فردی را با هم ادغام (تلفیق) کند بسیار مؤثرتر از توجه به یک موضوع به تنهایی است. مثال‌هایی از فعالیت‌های ارتقای سلامت که بر تمام چهار موضوع فوق توجه دارد شامل:

□ تغییر رفتار فردی:

- ترویج تکنیک‌های ریلکسیشن در محل کار
- برقراری غذای روزانه سالم، به انضمام تبادل دستور تهیه آن

۱۷۴ مدل ارتقای سلامت در محل‌های کار کوچک

- ایجاد راهنمای حفظ سلامت شخصی برای تمام کارمندان
- هدف قرار دادن تعطیلات و ماه‌های تابستان برای برنامه‌های تناسب اندام و تغذیه

• تسهیل فعالیت‌های گروهی برای گروه‌های کار

• ایجاد یک "کلوپ گردش" برای کارمندان

□ در محل کار فیزیکی:

- تغییر غذاهای دستگاه فروش سکه ای به چیزهای کم چرب
- معرفی فنون کمک‌های اولیه به کارمندان از طریق ارایه برنامه‌های هلال احمر در ایستگاه‌های کاری

• نمایش پوسترهای آموزشی برای ترویج ارتقای ایمنی استفاده از کمر بند ایمنی، استفاده از تجهیزات حفاظت شخصی و غیره

• ایجاد و نگهداری تابلو اعلانات سلامتی

• تخصیص یک اتاق ساکت (آرام) برای استراحت و تفکر

□ سیاست‌ها و توسعه سازمانی:

• سازماندهی فعالیت‌ها برای ماه‌ها با موضوع سلامتی

• اعطای یارانه به اعضای کلوپ سلامتی

• ارسال اطلاعات سلامتی از طریق پست الکترونیک، آگهی

بولتن‌های خبری، ضمیمه‌های لیست حقوق

• ایجاد رقابت‌های سازمانی براساس مقدار کیلومتر پیاده روی

مقدار کاهش وزن، ساعت ورزش و غیره

• آشنا کردن شرکت کنندگان به آگهی‌ها یا بولتن‌های خبری

• برقراری مسابقات المپیک شرکت برای ترویج ورزش و

حمایت از ساختار گروهی

□ همکاری اجتماعی:

مدل برنامه ارتقای سلامت در محیط کار، شامل تعهد سازمانی پایدار به سلامت و نشاط همه کارمندان سازمان است.

مدل برنامه ارتقای سلامت یک مدل جامع است و به چهار عامل مهم توجه می‌کند:

- (۱) کارمند به طور مجزا
- (۲) محیط فیزیکی کار (۳)
- سازمان و (۴) اجتماع.

- سازماندهی یک سری سخنرانی در مورد سلامتی یا تشکیل گروه‌های گفتگو در ساعت ناهار
- دعوت از یک رستوران محلی برای مدیریت کلاس پخت غذاهای کم چرب
- تأمین مخارج یک مسابقه عمومی و تشویق کارمندان و خانواده‌هایشان به شرکت در آن
- اجرای یک مسابقه برای فرزندان کارمندان برای تهیه پوستره‌های ارتقای سلامت در محل کار
- تأمین مخارج مدرسه، پارک‌ها و برنامه‌های تفریحی برای سلامتی
- جلب مشارکت فروشنده‌گان محلی سالم برای تأمین مخارج مسابقات شرکت

مدل برنامه ارتقای سلامت در محیط کار، شامل تعهد سازمانی پایدار به سلامت و نشاط همه کارمندان سازمان است.

این یک فرآیند دوره ای و مداوم از اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت است که دارای بیشترین پتانسیل (توان بالقوه) برای بهبود سلامت کارمندان، ارزیابی منظم و اثر بخش برنامه و اصلاح برنامه در صورت نیاز است. مدل برنامه ارتقای سلامت یک مدل جامع است و به چهار عامل مهم توجه می‌کند:

- (۱) کارمند به طور مجزا (۲) محیط فیزیکی کار (۳) سازمان و (۴) اجتماع

۱- بسیاری از شرکت‌ها استراتژی‌هایی را اجرا می‌کنند که به کارمندان به طور مجزا توجه می‌کند. این موارد ممکن است برای شما بسیار آشنا باشد و عبارت است از:

□ برنامه‌های تغییر رفتار و شیوه زندگی برای مثال برنامه‌هایی که به کارمندان در ترک سیگار، سوء مصرف مواد، کاهش وزن یا کنترل بهتر استرس کمک می‌کند.

□ آموزش ایمنی و سلامت ، برای مثال آموزش روش‌های ایمنی در محیط کار به کارمندان به ویژه روش‌هایی که در مشاغل ویژه آنها کاربرد دارد .

□ خدمات پیشگیرانه و کلینیکی ، برای مثال نمایش فیلم و واکسیناسیون برای کارمندان و خانواده‌هایشان .

۲- هم‌چنین شرکت‌ها می‌توانند استراتژی‌های ارتقای سلامتی را اجرا کنند که به محیط فیزیکی کار توجه می‌کند. برای مثال:
□ فراهم آوردن مبلمانی که سازگار با تناسب بدن هر کارمند باشد.

□ نصب علائم ایمنی در محیط کار (برای مثال حفاظ‌های ماشین).

□ ایجاد تسهیلاتی که کارمندان را به داشتن زندگی سالم تشویق می‌کند (برای مثال اتاق ورزش، رختکن‌ها و دوش‌های حمام و دستگاه‌های فروش سکه‌ای با انتخاب‌های سالم).

□ مدیریت خطرات در محیط کار (برای مثال نگهداری درست مواد شیمیایی سمی).

□ ایجاد محیط کار منظم و ایمن (برای مثال پرهیز از خطرات آتش سوزی).

۳- اگر چه بسیاری از افراد آن را درک نمی‌کنند اما استراتژی‌های سازمانی نیز وجود دارد که می‌تواند سلامت کارمند را بهبود بخشد. برای مثال:

□ در نظر گرفتن سلامت کارمند در بیانیه رسالت سازمان .

□ پیروی کردن از تمام آیین‌نامه‌های ایمنی و سلامت .

□ اجرای سیاست‌های مربوط به سلامتی از قبیل سیاست ممنوعیت استعمال دخانیات .

□ در اختیار قراردادن یک مجموعه کامل از مزایای سلامتی به کارمندان .

□ وارد کردن خانواده‌های کارمندان در برنامه‌های تندرستی سازمانی .

۴- هم‌چنین استراتژی‌های ارتقای سلامتی وجود دارد که به منابع اجتماعی توجه می‌کند. این استراتژی‌ها عبارت است از:

□ شرکت در ائتلاف سلامت محلی و همکاری با دیگر شرکت‌ها، مؤسسات دولتی و سازمان‌های غیر انتفاعی برای گسترش برنامه‌های سلامتی مردم شهر.

□ ارائه خدمات رایگان و با هزینه پایین از طریق تأمین کنندگان مراقبت بهداشتی یا سازمان‌های غیر انتفاعی .

بسیاری از برنامه‌های فعلی ارتقای سلامت در محل کار، به نسبت تعداد کمی از افراد را شامل می‌شوند که معمولاً این افراد سالمترین کارمندان هستند. مدل برنامه ارتقای سلامت در محل کار برای در بر گرفتن نسبت بزرگی از کارمندان ایجاد می‌شود نه این که فقط افراد سالم را شامل شود. در حقیقت تمام کارمندان از هر سنخ و از هر سطحی باید در هر مرحله از گسترش برنامه شرکت کنند چرا که فقط خود کارمندان می‌دانند که نیازهای ویژه سلامتی‌شان چیست و چه نوع از برنامه‌های ارتقای سلامت برای آنها مناسب است. یک مدل موفق ارتقای سلامت در محل کار کارمندان را بیشتر در ضرورت طراحی ویژه برنامه ارتقای سلامت مورد هدف قرار می‌دهد.

یک برنامه موفق مجموعه وسیعی از برنامه‌های ارتقای سلامت را ارائه می‌دهد که در آنها سطح تعهد، منابع سازمانی

ارتقای سلامت در محل کار صرفاً جزئی از برنامه‌های ارتقای سلامت جامعه می‌باشد.

ارتقای سلامت در محل کار علیرغم این‌که در بسیاری از نقاط جهان نظام اقتصادی اساساً به صورت مؤسسات خصوصی است امری عمومی می‌باشد.

مورد نیاز، هزینه، زمان و تلاش افراد متفاوت است و برای اکثر کارمندان در دسترس و مناسب می‌باشند.

انتخاب مدل برنامه ارتقای سلامت در محل کار، نتایج مثبت زیادی را برای سازمان و کارمندان ایجاد می‌کند. این نتایج ممکن است شامل موارد زیر باشد:

(۱) نتایج فردی. از جمله بهبود سلامت و میزان بهره‌وری کارمندان؛

(۲) نتایج اجتماعی. از جمله بهبود شرایط اجتماعی و روحیه کارمندان؛

(۳) نتایج سازمانی. از جمله کاهش غیبت و میزان جابجایی کارمندان، میزان بهره‌وری سازمانی بیشتر و کاهش جبران خسارت کارمندان و هزینه‌های مراقبت از سلامتی؛

(۴) نتایج محیطی. از جمله محل کار سالم تر و با خطر کمتر؛ و حتی

(۵) نتایج اجتماعی. از جمله شهرت بهبود یافته محل کار در جامعه به عنوان سازمانی که از کارمندان مراقبت می‌کند.

نگاهی دیگر به مراحل برنامه‌ریزی ارتقای سلامت در محل

کار

این موضوع هر روز روشن تر شده است که برنامه‌های سلامت برای دنیای کار باید به صورت جامع تری از آنچه که تا کنون بوده است، طراحی شود. با توجه به مفهوم ارتقای سلامت می‌توان گفت که ارتقای سلامت در محل کار صرفاً جزئی از برنامه‌های ارتقای سلامت جامعه می‌باشد. ارتقای سلامت در محل کار علیرغم این‌که در بسیاری از نقاط جهان نظام اقتصادی

اساساً به صورت مؤسسات خصوصی است، امری عمومی می‌باشد.

بنابراین قبل از آغاز هر نوع برنامه‌ریزی ناچار باید تمام افراد، گروه‌ها و سازمان‌هایی را که از این برنامه‌ها متأثر می‌شوند گردهم آورد تا از مشارکت و یا عدم مشارکت آنها در برنامه و حمایت و یا عدم حمایت آنها از اهداف و فعالیت‌ها مطمئن شد. متأسفانه بسیاری از طرح‌ها برای انجام فعالیت‌هایشان در دنیای کار با مشکل رو به رو هستند زیرا ارتباط مسایل مورد توجه این برنامه‌ها از سوی افرادی که با مشکلات مواجهند تشخیص داده نمی‌شود و به عبارت دیگر تحلیل ذینفعان انجام نمی‌شود (Felic, ۱۹۸۵ و همکاران).

اولین قدم در برنامه‌ریزی، ایجاد آگاهی از نیازهای ارتقای سلامت در محل کار در میان تمام شرکت‌کنندگان به ویژه در میان سازمان‌هایی که مشمول برنامه می‌شوند، می‌باشد. این مرحله ممکن است که چندین ماه طول کشد (در صورتی که در مورد آنچه که باید انجام شود، توافق وجود داشته باشند)؛

قدم دوم فرایند برنامه‌ریزی با مشارکت نمایندگان تمام گروه‌های مربوطه در اجرای برنامه برای انعکاس علایق آنها در برنامه می‌باشد. این فرایند نیز ممکن است چند ماه طول بکشد زیرا برنامه باید برای کلیه شرکت‌کنندگان و سازمان‌هایی مربوطه تشریح شود که ممکن است پیشنهادهای برای انجام برنامه به شیوه‌های دیگر ارائه شود. مباحثات سیاسی در مورد طرح در میان اتحادیه‌های کارگری، انجمن‌های کارفرمایان و ... بر فرایند برنامه‌ریزی به نحو زیادی تأثیر می‌گذارد. مباحث عمومی در اجتماع درباره برنامه طراحی شده نیز بر برنامه‌ریزی تأثیر می‌گذارد به ویژه اگر شرکت مورد بحث نقش اقتصادی و سیاسی

مهمی در اجتماع داشته باشد. هیچ کس نمی‌تواند این تأثیرات را نادیده بگیرد بلکه باید اگر توافقی بر سر مبنای برنامه وجود داشته باشد آنها را در خلال برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌ها در ذهن داشته باشد.

قدم سوم، اجرای برنامه است که نیازمند فعالیت‌های دقیق در رابطه با اطلاعات مربوط به کارکنان و افرادی است که در اجتماع تحت تأثیر شاخص‌های برنامه قرار می‌گیرند (خانواده‌ها، همسایه‌ها و خدمات اجتماعی و غیره). هدف این مرحله جلب حمایت‌های لازم از برنامه از سوی همه افراد، گروه‌ها و سازمان‌های موجود در جامعه است. اجرای برنامه مستلزم تحلیل دقیقی از برنامه زمانی کارکنان برای پی بردن به توانایی‌های آنها در انجام فعالیت‌های برنامه می‌باشد. تحلیل زمانی آگاهی در مورد امکانات ساختاری کارکنان برای درگیر شدن در برنامه را فراهم می‌سازد (Rifkin ۱۹۸۹, Moore- Ede ۱۹۹۳, Burns ۱۹۹۳). اجرای برنامه به شرایط کارکنان بستگی دارد یعنی درجه انعطاف‌پذیری در محیط کار که امکان شرکت در فعالیت‌های برنامه‌ای معین را به آنها می‌دهد. این جنبه از کار است که موجب شکست یا موفقیت برنامه می‌شود زیرا اگر کارکنان احساس کنند که برنامه در روند کاری آنها خللی ایجاد می‌کند، به نحو مطلوب در آن شرکت نخواهند کرد. بنابراین اجرای برنامه ارتقای سلامت در محل کار همواره نیازمند تمایل کارفرمایان به تأمین وقت و انعطاف‌پذیری در رابطه با اجرای برنامه است و این مسأله است که معمولاً در تقاضاهای فرایند تولید مداخله می‌کند.

ارتقای سلامت در محل کار در بخشی از جامعه رخ می‌دهد و باید با فعالیت‌های مشابه در بخش‌های دیگر، برای رسیدن به

در بهترین حالت، ارتقا دهندگان سلامت نقشی تسهیل کننده دارند. اگر مردم مزایای تغییر شیوه‌ها و شرایط زندگی خود را نبینند، هیچ گونه تغییر پایداری رخ نخواهد داد. تغییرات اجتماعی همیشه متضمن تغییرات اقتصادی هستند. حتی اغلب تغییرات اجتماعی به تغییرات اقتصادی وابسته است.

کار فرآیندی کلیدی است و محل کار، محیطی حیاتی برای تلاش به منظور ارتقای سلامت و توسعه پایدار است.

نتیجه مورد نظر، (یعنی سلامت برای همه) مرتبط باشد. ساده انگارانه خواهد بود اگر فکر کنیم ارتقا دهندگان سلامت تنها کسانی هستند که تغییرات لازم را ایجاد می‌کنند. در بهترین حالت، ارتقا دهندگان سلامت نقشی تسهیل کننده دارند. اگر مردم مزایای تغییر شیوه‌ها و شرایط زندگی خود را نبینند، هیچ گونه تغییر پایداری رخ نخواهد داد. تغییرات اجتماعی همیشه متضمن تغییرات اقتصادی هستند. حتی اغلب تغییرات اجتماعی به تغییرات اقتصادی وابسته است. آلنسک (۱۹۸۹ - Allnsg) این امر را به این صورت بیان می‌کند که:

جهان ما همیشه دو نوع تغییر دهنده دارد. تغییر دهندگان اجتماعی و تغییردهندگان پولی. می‌ترسم که بگویم که ارتقا دهندگان سلامت محیط کار باید هر دو نوع تغییر دهنده باشند.

شاخص‌های پایش و ارزشیابی در محل کار سالم

این مقاله نتیجه اولین مرحله از یک تحقیق دو مرحله‌ای است که در کشور تایلند انجام شده است. مرحله اول یک مرحله کیفی بود که شامل بازنگری مقالات و تهیه پیش نویس در مورد شاخص‌های ارتقای سلامت در محل کار، درخواست اظهار نظر از متخصصین و سپس اعمال تغییرات ضروری می‌باشد.

با در نظر گرفتن محیط خارجی (خارج از محل کار) و همچنین محیط داخلی (داخل محل کار) بازده اولین مرحله تحقیق شامل شاخص‌های ارتقای سلامت در محل کار در ۶ گروه و ۴۶ شاخص به قرار زیر بود:

گروه ۱: سیاست ارتقای سلامت و محل کار (شامل ۶ شاخص)

گروه ۲: محیط ارتقای سلامت (شامل ۹ شاخص)

گروه ۳: محیط فیزیکی (شامل ۸ شاخص)

گروه ۴: مهارت سلامت و شیوه زندگی کارمندان (شامل ۱۲ شاخص)

گروه ۵: خدمات بهداشتی (شامل ۹ شاخص)

گروه ۶: تأثیر محیط خارجی (شامل ۲ شاخص)

اولین کنفرانس بین‌المللی در مورد ارتقای سلامت منجر به تدوین منشور اوتاوا شد که ارتقای سلامت را اینگونه تعریف می‌کند « فرآیند قادر ساختن افراد در افزایش میزان کنترل بر سلامتی و ارتقای سلامت». دستیابی به ارتقای سلامت از طریق راه‌کارهای مختلفی از جمله ایجاد شراکت از طریق رویکردهای محیطی مختلف و غیره ممکن می‌باشد. رویکردهای محیطی عبارتند از مدارس، بیمارستان‌ها، شهرها و محل‌های کار.

کار فرآیندی کلیدی است و محل کار، محیطی حیاتی برای تلاش به منظور ارتقای سلامت و توسعه پایدار است. به همین صورت کار و محل کار ممکن است برای کارگران مضر و خطرناک باشد اما اگر کارگران ارتقای سلامت و رفتارهای سالم را درک نمایند چه بسا افراد خانواده شان را نیز برای ارتقای سلامت تحت تأثیر قرار دهند.

داشتن شاخص‌های محل کار سالم مطمئناً مسیر را مشخص می‌کند و نیز فعالیت‌های ارتقای سلامت را تقویت می‌کند. هدف از تحقیق مرحله اول این بود که مجموعه‌ای از شاخص‌های محل کار سالم را برای استفاده بیشتر در مرحله دوم ارائه دهد. نویسندگان به طور گسترده به بازنگری مقالات و نشریات در مورد ارتقای سلامت در محل کار و سنجش ارزیابی آنها پرداختند و سپس اولین طرح مقدماتی شاخص‌های محیط‌های

ارتقای سلامت در محل کار ۱۸۳

کار سالم را ایجاد نمودند. بعد از ارایه این طرح برای یک گروه ۲۴ نفره از متخصصین ارتقای سلامت و دیگر ذینفعان ارسال شد. اولین مرحله شاخص‌های ارتقای سلامت در محل کار در ۶ گروه با ۴۶ شاخص به قرار زیر بود:

گروه ۱) سیاست ارتقای سلامت در محل کار:

- داشتن خط مشی که بر اهمیت ارتقای سلامت اشاره داشته و به صورت سند کتبی برای کلیه کارمندان فرستاده شود
- داشتن کارکنانی با دانش و فهم در مورد سلامتی و با پذیرش مستقیم مسئولیت ارتقای سلامت در محل کار (به عنوان کاری اصلی یا با اختصاص زمان کافی برای انجام این کار)
- داشتن انجمن ایمنی سلامت و محیط در محل کار
- داشتن برنامه‌های ارتقای سلامت شامل: برنامه‌های سالیانه، برنامه‌های کوتاه مدت (کوتاه تر از ۳ سال) و برنامه‌های بلند مدت (بیشتر از ۳ سال)
- داشتن اصول و قوانین مربوط به سلامت و ایمنی شغلی
- ارزیابی فعالیت‌های ارتقای سلامت و ارتقای آنها بر همین اساس.

گروه ۲) محیط پشتیبان ارتقای سلامت در محل کار:

- مشارکت کارمندان در تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی موضوعات سلامت
- زمان تعیین شده برای هر کار مناسب و ممکن باشد
- کارمندان فرصت داشته باشند که کارهای گوناگون را انجام دهند
- کارمندان زمان استراحت کافی داشته باشند
- رابطه‌ای خوب میان کارمندان از هر سطح وجود داشته باشد

۱۸۴ مدل ارتقای سلامت در محل‌های کار کوچک

□ کار نوبتی به طور صحیح اجرا شده و تأثیر آن بر سلامت کارمندان به حداقل رسد

□ حمایت از کارمندان و آماده سازی آنها برای بازنشستگی

□ کارمندان اطلاعات مربوط به سلامتی را از پرسنل بهداشتی و مطالعه شخصی در محل کار به دست آورند

□ کارمندان در اصلاح و ارتقای محیط کار به محیطی سالم‌تر مشارکت نمایند.

گروه ۳) محیط فیزیکی:

□ رستوران محل کار از نظر تغذیه مواد غذایی سالم و درست را به کارمندان ارائه کند

□ نور در محل کار مناسب باشد

□ تهویه هوا در محل کار مناسب باشد

□ داشتن وسایل اندازه گیری برای کنترل میزان گرد و غبار و گازهای سمی در محل کار

□ داشتن وسایل اندازه گیری برای کنترل سر و صدا در محل کار

□ داشتن تجهیزات برای کمک به جابه جایی و انتقال اجسام به منظور کاهش بار فیزیکی تحمیلی به کارمندان

□ داشتن دستشویی‌های کافی و تمیز برای هر کارمند

□ داشتن کنترل درست بر مواد زاید از جمله ضایعات خطرناک .

گروه ۴) شیوه زندگی و مهارت سلامت کارمندان:

□ تعلیم و آموزش در زمینه سلامت و امنیت شغلی برای هر کارمند

□ تعلیم و آموزش در زمینه ارتقای سلامت برای هر کارمند

□ اجرای یک برنامه تغذیه‌ای برای کارمندان

- اعمال برنامه منع استعمال دخانیات برای کارمندان
- اعمال برنامه محل کار عاری از الکل و مواد مخدر
- اجرای برنامه ورزشی برای کارمندان
- اعمال برنامه کنترل استرس برای کارمندان
- اجرای برنامه سلامت جنسی برای کارمندان از جمله برنامه‌ریزی آموزش‌های خانوادگی بیماری‌های مقاربتی و پیشگیری از ایدز
- اجرای برنامه کاهش سانحه در محل کار
- اجرای برنامه کاهش سانحه خارج از محل کار
- محل کار دارای فعالیت‌هایی برای افزایش رابطه با خانواده‌های کارمندان باشد
- محل کار دارای فعالیت‌هایی برای افزایش رابطه با جامعه اطراف می‌باشد.
- گروه (۵) خدمات بهداشتی:
- داشتن گزارشات پزشکی و سلامتی مناسب
- داشتن سیستمی درست برای ثبت بیماری‌ها و جراحات شغلی
- داشتن دارو و وسایل کمک‌های اولیه
- انجام آزمایش قبل از کار با توجه به عوامل خطر ساز
- انجام آزمایشات فیزیکی دوره‌ای و دائمی با توجه به عوامل خطر ساز
- اطلاع رسانی درست از نتایج سلامتی به کارمندان
- داشتن آزمایش فیزیکی برگشت به کار در صورت مرخصی استعلاجی بلند مدت
- مدیریت و ثبت نتیجه فعالیت‌های سلامت و امنیت شغلی

۱۸۶ مدل ارتقای سلامت در محل‌های کار کوچک

□ کاهش مرخصی‌های استعلاجی ناشی از بیماری کارمندان نسبت به سال گذشته .

گروه ۶) تأثیر محیط خارجی:

□ جلوگیری از آلودگی محیط زیست خارج از محل کار

□ ایفای نقش در حمایت و ارتقای شیوه زندگی سالم در جامعه .

پیوست ۱:

یک الگوی پیشنهادی برای جلسه توجیه و آشنایی

از افراد به خاطر حضور در جلسه تشکر کنید. هدف این جلسه را مشخص کرده و نماینده سازمان یا وزارتخانه ایالتی که این جلسه را اداره می‌کند، معرفی کنید. اطلاعات به طور کلی بیان خواهد شد.

مقدمه‌ای در مورد مدل سلامت در محل کار کوچک

وزارت سلامت و رفاه کانادا مدلی را با سازمان‌ها و وزارتخانه‌های محلی گسترش داده است که به عنوان شریک و هماهنگ کننده عمل می‌کنند. این مدل به منظور فراهم آوردن فرصتی برای محل کار کوچک برای بهبود سلامت کارمند طراحی شده است.

هدف جلسه: تعیین کنید آیا پایگاه اجتماعی قوی و کافی برای حمایت از مدل سلامت در محل کار کوچک وجود دارد.

توضیحی در مورد سلامتی، ارتقای سلامت و نمونه‌های روزمره ساده از چگونگی عملکرد

آن

سلامت معمولاً دارای معانی متفاوتی برای افراد مختلف است. به دلیل اهداف این مدل «سلامتی» دارای مفهوم گسترده‌ای است و به عنوان منبعی برای زندگی روزمره تعریف می‌شود. سلامتی عاملی مهم در زندگی است که روزانه از طریق شرایط شخصی، نظرات و اعتقادات و عملکردها و همچنین محیط‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و فیزیکی که افراد در آنها وجود دارند، تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

ارتقای سلامت فرایندی است که کارمندان را به افزایش کنترل بر سلامتی‌شان و بهبود آن توانا می‌سازد. یک محل کار سالم منابع دو جانبه‌ای را برای کارفرما و کارمندان در چهار چوب یک اعتقاد عمومی ایجاد می‌کند که این عادات خوب سلامتی طرفین، منجر به افزایش بهره‌وری و خود رضایتی سازمانی و فردی خواهد شد.

توضیحی در مورد سیستم ارتقای سلامت در محل کار

سیستم ارتقای سلامت در محل کار یک روش جامع برای سلامتی است که عوامل فیزیکی و اجتماعی و تأثیر متقابل بین افراد و محیط اطرافشان را در بر می‌گیرد. این بر اساس ۵ اصل

راه‌نما و سه راه مؤثر بر سلامتی است که از طریق مدل ارتقای سلامت در شرکت کوچک اجرا می‌شود.

منظور از محل کار کوچک در این مدل چیست؟

مدل ارتقای سلامت در محل کار کوچک در شرکت‌هایی با ۱۰۰ نفر کارمند به اجرا در می‌آید. با این وجود این مسأله، شرکت‌های بزرگ را از مشارکت مستثنی نمی‌کند. هم‌چنین این مدل طراحی شده است تا شرکت‌های بسیار کوچک که دارای ۱۰ کارمند و یا کمتر هستند را نیز در بر گیرد.

توضیح این‌که چرا این مدل برای شرکت‌های کوچک توسعه یافته است

نیمی از نیروی کار کانادا در محل کار کوچک استخدام شده‌اند که پیش بینی می‌شود ۸۰ درصد مشاغل آینده را تشکیل می‌دهند. اکثر کارکنان ۲/۳ از زندگیشان را در محیط کار سپری می‌کنند. تأثیر در محل کار روی سلامتی به همان اندازه اهمیت دارد که شیوه‌های زندگی شخصی دارند.

تعداد کمی از شرکت‌های کوچک از منابع لازم برای ایجاد برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار یا ارائه مزایای مربوط به سلامت به اندازه منابعی که شرکت‌های بزرگ قادر به تأمین آن هستند، برخوردارند.

توضیح دهید چرا این مدل از رویکردی جامعه‌نگر استفاده می‌کنند

مدل سلامت در شرکت کوچک از تعدد نفرات سود می‌برد. با سهیم شدن در منابع اجتماعی، شرکت‌های کوچک می‌توانند مزایای برنامه‌های ارتقای سلامت را در یابند. مزایا را برای هر یک از موارد زیر توضیح دهید:

□ کار فرمایان

□ شرکت‌های کوچک

□ تأمین کنندگان خدمات

□ اجتماعات

کارمندان و خانواده‌هایشان یاد می‌گیرند که چگونه کنترل روی سلامتی‌شان را افزایش دهند و آن را بهبود بخشند. کارکنان، موضوعات سلامتی را که برای آنها مهم است و نوع برنامه ارتقای سلامت مورد نظرشان را مشخص می‌کنند.

ارتقای سلامت در محل کار ۱۸۹

شرکت‌های کوچک از کارمندانی که شادتر باشند، سود می‌برند چرا که آنها سالم‌تر بوده و بهره‌وری بیشتری دارند و اعضای پر شور و شوقی هستند که به ایجاد محل کار بسیار دوست داشتنی کمک می‌کنند.

تأمین کنندگان خدمات و گروه‌ها، منابع اطلاعات و مسؤولیت‌ها را تقسیم می‌کنند. شبکه‌ای از شرکت‌های کوچک، گروه‌های خدمات و داوطلبان، تبدیل به منبع گروهی گسترده‌تر، قوی و دایمی می‌شوند.

توضیحی در مورد:

□ ساختار و نقش آژانس هماهنگ سازی

□ ساختار نقش کمیته ارتقای سلامت در محل کار کوچک

□ نقش تأمین کنندگان خدمات

□ نقش نماینده ارتقای سلامت در محل کار

□ نقش مالکان محل کار کوچک

چگونه وزارت سلامت و رفاه کانادا از مدل ارتقای سلامت در شرکت کوچک حمایت می‌کند.

چگونه کارمندان داوطلبان و غیره می‌توانند وارد این کار شوند.

مثلث مشارکت، گسترش موفق مدل جمعی را نشان می‌دهد. این مثلث رابطه بین تعدادی از اعضای جامعه‌ای که در کار وارد شده‌اند و سطح درگیری آنها را نشان می‌دهد

شرح کلی و توضیح مختصری از مراحل هفت گانه

مراحل هفت گانه برای توسعه و پیاده‌سازی سیستم ارتقای سلامت در محل کار از طریق مدل سلامت در محل کار کوچک عبارت است از:

۱. توجیه و آشنایی

۲. سازمان دهی

۳. برآورد نیازها

۴. شرح حال سلامتی در محل کار

۵. طرح ارتقای سلامت محل کار کوچک

۶. برنامه عملیاتی سالانه

۷. بازنگری پیشرفت

پیوست ۲: جلسات مؤثر

اعضای کمیته سلامت در محل کار کوچک باید جلسات را با احساس رضایت ترک کنند. آنها باید احساس کنند که زمان صرف شده، مفید بوده است؛ اطلاعات شان ارزشمند و تلاششان رضایت بخش بوده است. برنامه‌ریزی زمانی، می‌تواند شرایطی را در جلسه ایجاد کند که در آن این چیزها تحقق یابد. در اینجا نکاتی وجود دارد که باید هنگامی که شما جلساتی را برنامه‌ریزی می‌کنید، مورد توجه قرار گیرد:

- مکان: یک مکان مرکزی را انتخاب کنید. جایی که اعضای کمیته ارتقای سلامت در محل کار کوچک بتوانند به راحتی به وسیله ماشین یا اتوبوس به آن دسترسی یابند. اگر یک مکان مرکزی پیدا نشد، می‌خواهید جای جلسات را به منظور مناسب بودن آن برای اعضا عوض کنید، نظر آنها را خواستار شوید.

- زمان بندی: از اعضای کمیته بپرسید آنها چه روزها و زمان‌هایی را برای جلسه ترجیح می‌دهند. پرسشنامه آمادگی از جلسه آشنایی را ببینید. در انتخاب زمان مطلوب، انعطاف پذیر باشید. به دلیل ماهیت شرکت‌های کوچک ممکن است تغییرات فصلی وجود داشته باشد که باید خود را با آن سازگار کنید. با این وجود ایجاد روزهای منظم برای جلسه فکر خوبی است. جلسات را سر وقت شروع کرده و خاتمه دهید. تأخیر در شروع جلسه برای کسانی که وقت شناس هستند، غیر منصفانه است. برخی جلسات ممکن است طولانی تر از جلسات دیگر باشند. از قبل به افراد در مورد طول مدت جلسه اطلاع دهید. جدول زمانی جلسه را برای یک دوره پیش بینی شده تهیه کنید. این به اعضای کمیته کمک می‌کند تا این تاریخ‌ها را آزاد نگه دارند.

- هدف: اگر هدف مشخصی برای برگزاری جلسه وجود ندارد، حتی بعد از تهیه جدول زمانی جلسه را تشکیل ندهید. در هر جلسه، تعیین کنید که جلسه بعد چه هدفی دارد. گاهی اوقات حضور تمام اعضای کمیته لازم نمی‌باشد.

- دستور جلسه: همواره دستور جلسه را آماده کنید و تا آنجا که ممکن است آن را از قبل بین اعضا توزیع کنید.

ارتقای سلامت در محل کار ۱۹۱

• صورت جلسه‌ها: شخصی را برای ثبت آنچه در هر جلسه اتفاق می‌افتد، تعیین کنید. شکل صورت جلسه‌ها باید ساده باشد و تصمیمات، کارها، مسؤولیت‌ها، وظایف و موعدهای مقرر در آن ثبت شده باشند. صورت جلسه‌ها باید هر چه سریعتر برای اعضا فرستاده شود. این به آنها کمک می‌کند که وظایف و زمان‌های مقرر را به خاطر بسپارند.

• الگوهای از پیش تعیین شده: برخی کمیته‌ها از روش‌های پارلمانی برای جلسه‌شان پیروی می‌کنند. برخی دیگر ویرایش نسخه ساده شده مانند قوانین نظام روبرت **Robert** را به کار می‌گیرند. با اعضای کمیته در مورد این که چه مجموعه‌ای از قوانین را برای اعضای جلسه می‌خواهید، توافق کنید. در این صورت هر کسی می‌داند که شما هر جلسه را چطور آغاز می‌کنید.

• جانشین: هر عضو کمیته باید دارای جانشینی (افرادی که می‌توانند به نمایندگی از آنها در جلسه شرکت کنند) باشد. اطلاعات فرد جانشین باید به طور مرتب به روز شود و گزارشی را به نمایندگی از طرف عضو کمیته ارائه دهد. با زمانبندی جلسات از قبل، اعضای که دارای مشکل هستند، می‌توانند در زمان مناسب جانشین خود را از حضور در جلسه مطلع سازند. فرمول خارق‌العاده‌ای برای ایجاد یک جلسه عالی وجود ندارد. با برخی برنامه‌ریزی‌ها کمیته قادر خواهد بود جلسه‌ای لذت بخش و با بهره‌وری ایجاد کند.

پیوست ۳: فرایند حل مشکل

رئیس جلسه‌ای که احساس می‌کند کمیته درگیر شده و با مشکل روبرو است، می‌تواند از فرایند حل مسئله برای مذاکره و دستیابی به راه حل استفاده کند. روش ثابتی برای استفاده از این فرایند منظور نشده است. جلسه‌ای که ممکن است به خاطر درگیری دچار تعویق شود می‌تواند از طریق مذاکره اعضا و توضیح ساده کنترل شود.

مرحله ۱: بیان موقعیت

با پرسیدن چه چیز، چه کسی، چرا، کجا و چه موقع، رئیس جلسه می‌تواند توجه دقیق تری را به موقعیت مربوطه جلب نماید. جواب‌هایی که توسط اعضای کمیته داده می‌شود، باید بدون تغییر در گفته‌هایشان در جدولی ثبت شود.

مرحله ۲: بیان مسئله

رئیس جلسه از هر فرد در مورد تعریف و برداشتش از مسئله سؤال می‌کند و بار دیگر پاسخ‌ها را بدون تغییر گفته‌هایشان در جدول ثبت می‌کند. پس کمیته پاسخ‌ها را بررسی می‌کند و سعی می‌کند تعدادی از تعاریف را در بیانیه عمومی مسئله که مورد تأیید همه است، خلاصه کند.

مرحله ۳: انتخاب راه حل

هر عضو کمیته خواستار راه حلی برای مسئله است. مهم است که هر کسی احساس کند در فرایند انتخاب راه حل شرکت دارد. در غیر این صورت، برخی افراد ممکن است این گفت و گو را در انحصار خود قرار دهند و مانع از مشارکت سایرین در این فرایند شوند.

مرحله ۴: به کار بردن راه حل

باید از هر عضو کمیته پیشنهادات عملی در مورد چگونگی کاربرد راه حل‌ها خواسته شود. سپس کمیته باید بر اساس طرح اجرایی تصمیم بگیرد.

مرحله ۵: ارزیابی

مرحله ارزیابی، فرایندی مداوم برای کسب اطمینان از مشارکت همه اعضا در این کار می‌باشد.

پیوست ۴: بارش افکار

هنگامی که کمیته سلامت شرکت کوچک سعی می‌کند زمینه را برای اظهار نظر اعضا ایجاد کند، ممکن است دوست داشته باشد، این روش را امتحان کند. گاهی اوقات در یک گروه افراد از بیان عقایدشان بدون ارایه دلایل آن تردید دارند. این دقیقاً چیزی است که شما در حل گروهی مسأله انجام نمی‌دهید. شما فقط اجازه می‌دهید که نظرات بدون نیاز به بیان دلایل علت‌ها اظهار شوند.

برای حل گروهی مسأله به روش بارش افکار، چند راه مفید وجود دارد:

- فردی را برای ثبت نظرات تعیین کنید؛
 - موضوعی را برای حل گروهی مسأله انتخاب و آن را روی تخته سیاه یا جدول بنویسید؛
 - تمام نظراتی که بیان می‌شود، به صورت فهرست در آورید، اسامی ارایه دهندگان نظرات را یادداشت نکنید؛
 - در این مرحله، در مورد نظرات ارایه شده بحث و قضاوت نکنید یا آنها را مورد ارزیابی قرار ندهید؛
 - در یک زمان محدود و کوتاه کار کنید مثلاً در ۵ دقیقه.
 - بعد از ثبت شدن نظرات به منظور تعیین:
 - اهمیت شان
 - عملی بودن شان
 - و رابطه شان با هدف مربوطه
- در مورد آنها بحث کرده و آنها را مورد ارزیابی قرار دهید.

پیوست ۵: جلسه باز خورد

گاهی اوقات ممکن است نتایج برآورد نیازها، اطلاعات کافی را در موضوعات ویژه فراهم نیاورد. برای مثال نتایج ممکن است نشان دهد که ۷۵٪ از گروه شرکت کوچک شما خواستار مدیریت استرس هستند. لغت استرس یک کلمه کلی (با هزار معنی) برای نیازهای بسیار مختلف مربوط به سلامتی است. استرس در مورد یک فرد ممکن است به معنی نیاز به یک دوره آموزشی مدیریت پول یا زمان باشد، یکی دیگر ممکن است خواستار جلسه تمدد اعصاب باشد و از طرفی، یکی دیگر ممکن است خواستار راهی باشد تا بتواند از عهده پدر یا مادر سالخورده‌اش بر آید.

گاهی اوقات تأمین کنندگان خدمات نیاز به اطلاعات بیشتری برای برنامه‌ریزی فعالیت‌های ارتقای سلامت دارند. یک راه و روش قابل اعتماد برای درک این‌که چرا استرس در برآورد نیازها نمره بالایی دارد، جلسه بازخورد است.

● جلسه باز خورد:

یک گروه نمونه از شرکت کنندگان در ارزیابی نیازها را گرد هم آورید و از آنها بخواهید در مورد استرس به طور دقیق و کامل بحث کنند. از نمایندگان سلامت در محل کار در خواست کنید که در جلسه باز خورد شرکت کنند.

اهداف ویژه‌ای را برای این جلسه تعیین کنید و تسهیل کننده خوبی را در این جلسه قرار دهید (شخصی که می‌تواند مذاکرات را هدایت کند و باعث شود که هر کسی از مطرح کردن احساسات و نظراتش احساس آرامش کند). نظرات گروه می‌تواند در یک جدول ثبت شود. رازدارای ممکن است برای برخی از شرکت کنندگان مهم باشد. بنابراین به آنها اطمینان دهید که هیچ نامی در کنار نظراتشان ثبت نمی‌شود.

تسهیل کننده باید بیان کند که شرکت کنندگان می‌توانند اطلاعات را بر اساس تجربه یا موقعیت‌شان یا بر اساس تجربه و موقعیت دیگران ارایه کنند (و می‌توانند محدود به محل کاری خودشان نباشند). برای آنها مهم است که بدانند، آنها نماد جامعه در محل کار کوچک هستند و نه فقط خودشان. در این روش شرکت کنندگان احساس نمی‌کنند اطلاعاتی که آنها ارایه می‌دهند، به عنوان سرگذشت شخصی‌شان در نظر گرفته می‌شود.

ارتقای سلامت در محل کار ۱۹۵

در زمان رویارویی با موضوعات پیچیده (برای مثال استرس یا سلامت محیط) وجود یک کارشناس برای توضیح اصول موضوع و تعریف برخی اصطلاحات عمومی برای بحث در مورد آن، فکر خوبی است. با انجام این کار توسط کارشناس قبل از شروع مذاکره، شما می‌توانید سردرگمی ناشی از برداشت‌های متفاوت در میان شرکت‌کنندگان را از بین ببرید. آنچه شما می‌خواهید از این جلسه به دست آورید، فهرستی از زمینه‌های خاص مربوط به موضوع مورد نظر است. استرس را به عنوان مثال به کار ببرید. گروه باید فکر کنند که دلایل ریشه‌ای استرس چیست؟ هم‌چنین شما می‌توانید دریابید راه ارتقای سلامت این گروه چیست؟ شما ممکن است جلسه را با ایده‌هایی در مورد روش رویارویی با مشکلات استرس ترک کنید. از قبیل:

- دوره آموزشی مدیریت زمان که در وقت ناهار و در محل کار برگزار شود
 - اطلاعات چاپ شده در مورد این‌که چگونه ورزش خاصی می‌تواند استرس را کاهش دهد
 - جلسه آموزشی در شامگاه در مورد عواملی که باعث ایجاد استرس می‌شود.
- آنچه فرا گرفته می‌شود باید به کمیته ارتقای سلامت در شرکت کوچک و تأمین‌کننده خدمات مناسب به منظور کمک به آنها برای برنامه‌ریزی ارتقای سلامت گزارش داده شود. اگر چه بهترین نظرات و پیشنهادات در یک گفتگوی آزاد شکل می‌گیرد اما لیستی از پرسش‌هایی که مربوط به اهداف این جلسه است را آماده کنید. مدتی طول می‌کشد تا افراد از گفتگوی آزاد احساس آرامش کند و این پرسش‌ها می‌تواند به گفتگوی اولیه کمک کند.

• مصاحبه‌های شخصی

مصاحبه‌های شخصی شامل مصاحبه نماینده سلامت شرکت کوچک یا افراد مناسب دیگری است که با تک تک شرکت‌کنندگان مصاحبه می‌کنند یا در مورد موضوع ویژه برآورد نیازها سؤال می‌کنند یا خواستار اطلاعات بیشتر در مورد بخش‌های متعدد هستند.

پیوست ۶: برنامه سلامت در شرکت کوچک نمونه: (با تأکید بر مرحله ۴)

(۱) موضوع

موضوعی را توسعه دهید که بتواند در تمام فرایند برای کوتاه مدت و بلند مدت به آن پرداخته شود (برای مثال به نحو احسن انجام دادن احساس بهتر داشتن، موضوعات سلامت در محل کار و غیره) این کار به تضمین تداوم برنامه‌های مختلف کمک می‌کند و باید در ارتباط با نیاز کارمند باشد. بیانیه رسالت شما ممکن است به شما در شناسایی یک موضوع مناسب کمک کند.

(۲) فهرست مندرجات

هنگامی که طرح سلامت در محل کار کوچک به عنوان یک ابزار مرجع برای بازنگری به مالکان شرکت کوچک یا دیگران ارائه می‌شود، باید تا جایی که امکان پذیر است سازماندهی شده باشد. فهرست مندرجات به افزایش درک مطلب کمک می‌کند.

(۳) خلاصه اجرایی

طرح ارتقای سلامت در محل کار کوچک مدرکی است برای آنکه آژانس هماهنگ ساز و کمیته ارتقای سلامت در محل کار کوچک تأیید شروع اجرای برنامه را به دست آورد. در نتیجه ارائه خلاصه‌ای از آن، تصمیم‌گیری توسط مالکان شرکت کوچک را تسهیل می‌کند.

(۴) اعضای کمیته

اسامی اعضای کمیته سلامت شرکت کوچک که برنامه سلامت را تأیید می‌کنند باید درج شود.

(۵) هدف و فلسفه کمیته ارتقای سلامت شرکت کوچک

اگر چه کمیته سلامت شرکت کوچک تشکیل شده از افراد است اما به عنوان گروهی متحد با یک شرکت کار می‌کند و به طور واضح بیانگر هدف و فلسفه شرکت است. برنامه سلامت در محل کار باید بیانیه رسالت کمیته و همچنین فلسفه آن در مورد محیط اطراف را نشان دهد. همچنین اهداف کلی، آرمان‌های نهایی و بلند مدت و اولویت‌های کمیته نیز باید بیان شود.

(۶) شرح مختصر برنامه ارتقای سلامت در محل کار

این منبعی است که به وسیله آن اهداف برنامه تعیین می‌شود.

(۷) برنامه‌ها

ارتقای سلامت در محل کار ۱۹۷

فهرست پیشنهادات برنامه‌های کمیته ارتقای سلامت در محیط کار کوچک باید محیط اطراف، روش‌های سلامتی و منابع شخصی را منعکس کند. این کمیته ممکن است بخواهد برای پی‌گیری در هر برنامه‌ای، چهار چوب ویژه‌ای را ایجاد کند.

برنامه: ورزش

- نتایج شرح حال در محل کار:

- ۵٪ از کارمندان ورزش را به عنوان مهمترین نیاز بهبود سلامتی در نظر گیرند.
- ۶۴٪ از کارمندان بگویند که ورزش به آنها کمک می‌کند که بهتر از عهده مشکلات بر آیند.
- ۳۹٪ از کارمندان ۱۵ دقیقه و حداقل ۳ بار در هفته ورزش می‌کنند.

- پیشنهاد:

برنامه ورزشی کاملی را برای برآورد نیازهای مشتریان طراحی و اجرا کنید و کارمندان را به شرکت در برنامه‌های موجود تشویق کنید.

- منابع بالقوه:

• نیروی انسانی

□ کمیته ارتقای سلامت در محل کار کوچک

□ مشاور تندرستی

□ متخصصین سلامت جامعه

□ پرستار سلامت شغلی

• مالی:

□ حق شرکت

□ یارانه از کمپانی‌های شرکت کننده

• مواد و تجهیزات:

□ تجهیزات سمعی و بصری

□ رستوران

□ انجمن

□ تسهیلات جمعی

۸) جدول زمانبندی برنامه

یک جدول زمانی مقدماتی که مراحل اجرای برنامه را در نظر گیرد، باید تهیه شود.

۹) پیوست‌ها

اسناد یا اطلاعات مربوطه را که در برنامه ارتقای سلامت شرکت کوچک ذکر شده است پیوست کنید. این ممکن است شامل خلاصه‌ای از برنامه‌های فعلی و منابعی که هم اکنون موجود است، باشد.

به خاطر بسپارید که برنامه ارتقای سلامت در شرکت کوچک باید کوتاه و ساده باشد. مالکان شرکت کوچک یک سند ۲۵ صفحه‌ای را نمی‌خوانند. سند مرجعی را در نظر بگیرید که اگر آنها اطلاعات بیشتری را بخواهند، مدارک دیگری در دسترس باشد.

فصل سوم:

نیازهای آموزشی مجریان و برنامه‌ریزان ارتقای سلامت در محل کار

انتظار می‌رود پس از مطالعه این فصل بتوانید:

- نیازهای یادگیری عمومی تیم ارتقای سلامت در محل کار را نام ببرید.
- نیازهای تخصصی تیم ارتقای سلامت در محل کار را نام ببرید.
- مفهوم بازاریابی اجتماعی و کاربرد آن را در برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار شرح دهید.
- پنج عامل مؤثر در تغییر فرهنگی برای ارتقای سلامت را شرح دهید.

مقدمه

با توجه به این که گروه مخاطب آموزش گیرنده در برنامه ارتقای سلامت در محل کار افراد بزرگسال است، رعایت اصول یادگیری بزرگسالان در این آموزش ها لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

برای ارایه هر خدمت جدید در بخش سلامت لازم است نیازهای آموزشی نیروهای ارایه دهنده آن خدمت استخراج شود. روش‌های مختلفی برای نیازسنجی آموزشی وجود دارد، با توجه به اهداف پروژه تدوین بسته خدمتی ارتقای سلامت در محل کار این نیازها بر مبنای تحلیل فرایند هسته‌ای پیاده‌سازی برنامه ارتقای سلامت در محل کار استخراج شده است.

برای اجرای برنامه آموزشی لازم است پس از نظر خواهی نهایی از ذینفعان برای هر یک از نیازهای آموزشی طرح درس تدوین شود. برخی از مهارت‌ها به صورت ترکیبی در کنار سایر مهارت‌ها قابل اجرا است. استفاده از روش آموزش کارگاهی برای مهارت‌ها ضروری است. با توجه به این که گروه مخاطب آموزش گیرنده بزرگسال است، رعایت اصول یادگیری در بزرگسالان لازم و ضروری به نظر می‌رسد. برای هر یک از مهارت‌ها اصول و یافته‌هایی وجود دارد که در این مجال نمی‌گنجد و در پایان این فصل به مفهوم دو مورد از مهارت‌های اختصاصی (بازاریابی اجتماعی و اصول تغییر فرهنگی) اشاره می‌شود.

ارتقای سلامت در محل کار ۲۰۱

مهارت های پایه

- این مهارت‌ها تقریباً برای هر شخصی که به نوعی در کار تعیین مشکل و تدوین راه‌برد و ارزیابی درگیر است، لازم بوده و شامل موارد زیر است:
- مدیریت فردی
 - اصول و فنون ارتباط بین فردی
 - مدیریت پروژه
 - مهارت های کارگروهی
 - مهارت سخنرانی
 - مهارت انتقاد کردن
 - مهارت مذاکره کردن
 - مهارت تلفن زدن
 - مهارت ارایه بازخورد
 - مهارت های مدیریتی:
۱. تحلیل موقعیت
 ۲. نگارش هدف عینی
 ۳. شناسایی منابع مورد نیاز برای انجام هر کاری
 ۴. تفویض کار
 ۵. مهارت ایجاد انگیزه
 ۶. ارزیابی مبتنی بر هدف
- مهارت های پایه کار با رایانه

در نسل جدید برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار باید در مورد هر سه دسته از عوامل خطر ارزیابی و برنامه‌ریزی شود.

مهارت های تخصصی تیم ارتقای سلامت در محل کار

همان طور که در فصول قبل اشاره شد، در نسل جدید برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار باید در مورد هر سه دسته از عوامل خطر ارزیابی و برنامه‌ریزی شود:

۲۰۲ نیازهای آموزشی مجریان و برنامه‌ریزان ارتقای سلامت در محل کار

در هر پروژه‌ای لازم است افراد علاوه بر تخصص‌های مرتبط با موضوع، آموزش ویژه‌ای در ارتباط با آن پروژه نیز دریافت کنند.

۱. عوامل خطر ناشی از شغل و کار اختصاصی کارکنان و کارگران
۲. عوامل خطر ناشی از سازمان کار (شیوه مدیریت سازمان و اجزای آن)
۳. عوامل خطر فردی (مانند عادات بهداشتی، چاقی، مصرف دخانیات و ..).

لذا با توجه به گستره عوامل خطر و تخصصی بودن هر یک از حوزه‌ها لازم است که تیم ارتقای سلامت در محل کار از متخصصین متنوع تری تشکیل شود. بنابراین اعضای تیم ارتقای سلامت در محل کار به ترتیب عوامل خطر فوق عبارت خواهند بود از:

- متخصص طب کار
- متخصص بهداشت صنعتی
- متخصص بهداشت حرفه‌ای
- ارگونومیست
- متخصص سم شناسی
- متخصص مدیریت و مهندسی مجدد سازمانی
- کارشناس روانشناسی صنعتی
- متخصص طب اجتماعی و پیشگیری
- متخصص آموزش سلامت
- متخصص اقتصاد بهداشت

در هر پروژه‌ای لازم است افراد علاوه بر تخصص‌های مرتبط با موضوع، آموزش ویژه‌ای در ارتباط با آن پروژه نیز دریافت کنند. چنان‌که مراحل فرایند هسته‌ای ارتقای سلامت در محل کار را در نظر بگیریم، برای انجام بهینه هر یک از فعالیت‌های

ارتقای سلامت در محل کار ۲۰۳

آن لازم است، دانش و مهارت های زیر در تیم ارتقای سلامت در محل کار وجود داشته باشد:

- آگاهی روزآمد از مفاهیم و اصول ارتقای سلامت
- آگاهی از تحلیل های اقتصادی ارتقای سلامت در محل کار و نحوه محاسبه آن
- مهارت تعیین هزینه های اصلی یک برنامه ارتقای سلامت در محل کار
- مهارت های آموزشی :
 ۱. مهارت های افزایش آگاهی در مخاطبان
 ۲. مهارت برنامه ریزی ارتقای مهارت افراد
 ۳. مهارت برنامه ریزی برای تغییر نگرش و تصحیح باورهای غلط
- مهارت های بازاریابی اجتماعی
- روش های نیاز سنجی
- طراحی پرسشنامه
- روش تحقیق خصوصاً کارآزمایی بالینی تصادفی (RCT)
- مهارت های مصاحبه
- تخمین اثر سطوح مختلف برنامه روی اهداف سازمانی
- روش های جلب همکاری
- روش ارزیابی خطر
- مدیریت تغییر و مهندسی مجدد
- قوانین بین المللی و ملی در زمینه سلامت کار

بازاریابی اجتماعی

اندرسون ۱۹۹۵ (Andreson) بازاریابی اجتماعی را بدین صورت معنی کرد:

به کارگیری تکنولوژی بازاریابی تجاری در تحلیل، برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی پروژه‌هایی که به قصد تغییر رفتار مخاطب برای آسایش شخصی و اجتماعی بیشتر طراحی شده است.

«می‌توانی برادری را نیز مثل صابون بفروشی!»

اصطلاح بازاریابی اجتماعی که به کاربرد بازاریابی برای حل مسایل سلامتی و اجتماعی اشاره دارد، اولین بار توسط کتлер و زالتمن (Kotler and Zaltman - ۱۹۷۱) استفاده شد. بازاریابی در تشویق مردم به خرید محصولاتی چون کوکاکولا و کفش ورزشی نایک (Nike) به طرز فوق العاده‌ای موفق بوده است. بنابراین این بحث پیش می‌آید که بازاریابی هم‌چنین می‌تواند مردم را تشویق به رفتارهایی کند که منجر به بهبود زندگی خودشان و دیگران شود.

تغییر رفتار، خط مشی اصلی در بازاریابی اجتماعی است. مشکلات تجاری فروشندگان اغلب به دلایل رفتاری مخاطبان مربوط است. برخی از نمونه‌ها شامل:

- مردم به اندازه کافی اجناس آنها را نمی‌خرند؛
- مردم کالاهای رقیبان آنها را زیاد می‌خرند؛
- مردم محصولات آنها را در زمان‌های نادرست یا از راه‌های نادرست تهیه می‌کنند.

هم‌چنین بسیاری از مشکلات اجتماعی و سلامتی دارای مؤلفه‌های رفتاری هستند. به طور مثال:

- شیوع ایدز

بازاریابی اجتماعی به معنای به کارگیری تکنولوژی بازاریابی تجاری در تحلیل، برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی پروژه‌هایی که به قصد تغییر رفتار مخاطب برای آسایش شخصی و اجتماعی بیشتر طراحی شده است، می‌باشد

بازاریابی هم‌چنین می‌تواند مردم را تشویق به رفتارهایی کند که منجر به بهبود زندگی خودشان و دیگران شود.

تغییر رفتار، خط مشی اصلی در بازاریابی اجتماعی است.

□ امراض قلبی

□ فشار عصبی و سوانح در محل کار.

همانند بازاریابی تجاری، بازاریابی اجتماعی نیز مبتنی بر این است که چطور می‌شود تغییر رفتار را به مردم القا کرد:

« بازاریابی (Marketing) اجتماعی، نه تبلیغات (Advertising) اجتماعی »

مانند بازاریابی تجاری مسایل زیادی برای بازاریابی در جامعه وجود دارد که می‌توان به آن پرداخت و فقط منحصر به بحث تبلیغ نمی‌شود. مانند هر بازاریابی، بازاریابی اجتماعی نیز نیازمند اعمال مدیریت تولید، توزیع، ارزش‌گذاری و همچنین تبلیغ است. در برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار، بازاریابی اجتماعی یکی از مراحل مهم است. در این مرحله تیم مجری برنامه ارتقای سلامت در محل کار باید برنامه خود را طوری معرفی و تبلیغ نماید که با تغییر نگرش و ترغیب مخاطبان (کارکنان، کارفرمایان و خانواده آنان) درصد مشارکت فعال و آگاهانه در برنامه در حداکثر قرار گیرد. روال‌ها و مراحل انجام بازاریابی اجتماعی در فصل هفتم به طور مبسوط آمده است.

تیم مجری برنامه ارتقای سلامت در محل کار باید برنامه خود را طوری معرفی و تبلیغ نماید که با تغییر نگرش و ترغیب مخاطبان (کارکنان، کارفرمایان و خانواده آنان) درصد مشارکت فعال و آگاهانه در برنامه در حداکثر قرار گیرد.

هر ساله حدود ۷۰ درصد از کارمندان تلاش می‌کنند تا یک تغییر در شیوه زندگی خود ایجاد نمایند اما کمتر از ۲۰ درصد موفق به حفظ این تغییرات شده‌اند (آلن ۱۹۹۸).

اصول تغییر فرهنگ مخاطبان در ارتقای سلامت

هر ساله حدود ۷۰ درصد از کارمندان تلاش می‌کنند تا یک تغییر در شیوه زندگی خود ایجاد نمایند اما کمتر از ۲۰ درصد موفق به حفظ این تغییرات شده‌اند (آلن ۱۹۹۸).

چاه مسموم فرهنگ‌های ناسالم

چاه روستایی مسموم شده بود و مردم احساس بیماری می‌کردند. بدون اطلاع روستاییان، آب این چاه مسموم، توانایی آنها را در انتخاب فعالیت‌های سالم شیوه زندگی، تضعیف نموده

رویکردهای روان‌درمانی فردی برای تغییر رفتار بچه‌ها برای رهایی از شیوه‌های زندگی غیرقانونی و تهدیدکننده زندگی غیر مؤثر بوده‌اند.

بود. متخصصین ارتقای سلامت به شدت با یکدیگر رقابت می‌کردند و از روستاییان تقاضا می‌کردند که ورزش کنند، سیگار نکشند، خوب غذا بخورند و میان کار، استراحت و بازی توازن ایجاد نمایند! روستاییان این پیغام را شنیدند و اهدافی را برای یک زندگی بهتر برای خود برگزیدند. با آنکه تا آنجا که می‌توانستند تلاش کردند اما تعداد کمی از روستاییان به اهداف ارتقای شیوه زندگی خود دست یافتند. بسیاری مایوس شدند و اندوه عظیمی بر روستا حاکم شد و از متخصصین ارتقای سلامت درخواست شد که در جای دیگر به دنبال بخت خود بروند!

امروزه فرهنگ‌های ما نیز بسان چاه‌های مسموم هستند و مردم را تشویق به سلامتی نمی‌کنند. علی‌رغم برخی از موارد استثنایی؛ مانند ضوابط ممنوعیت استفاده از سیگار و بستن کمر بند ایمنی؛ سایر شرایط خانواده، محل کار و جامعه به تدریج تلاش‌های انجام شده برای انتخاب شیوه‌های زندگی سالم‌تر و مفیدتر را تضعیف نمودند.

نگاهی به تاریخچه

در اوایل دهه ۱۹۶۰، گروهی از روانشناسان برای کمک به جوانان بزهکار تعیین شده از جانب دادگاه شتافتند (آلن، دوین، پیلینک و یوتز ۱۹۶۶). نتایج به دست آمده به نظر امیدبخش می‌رسید تا زمانی که شرکت‌کنندگان از برنامه فارغ شده و مجدداً به خیابان بازگشتند.

یکی از روانشناسان به نام رابرت آلن متوجه شد که رویکردهای روان‌درمانی فردی برای تغییر رفتار بچه‌ها برای رهایی از شیوه‌های زندگی غیرقانونی و تهدیدکننده زندگی (مواد مخدر، سرقت، ویرانگری و غیره) غیر مؤثر بوده‌اند. آلن

ارتقای سلامت در محل کار ۲۰۷

دریافت که فرهنگ خیابان در حال در هم کوبیدن تلاش‌های افراد جوان برای انتخاب شیوه‌های زندگی سالم است. راه حل آن این بود که به بچه‌ها یاد دهیم که چگونه فرهنگ‌های فرعی غیربزهکارانه را ایجاد نمایند.

آن کارش را به صدها نوع از مشکلات اجتماعی و سازمانی گسترش داد که دامنه آن از کاهش زباله گرفته تا بهره‌وری شرکت و اصلاحات آموزشی (آن و کرفت ۱۹۸۰) را شامل می‌شد. آن به منظور پیشرفت رویکردهای مبتنی بر تغییر فرهنگ، یک سازمان علوم رفتاری به نام مؤسسه منابع انسانی را تشکیل داد.

در دهه ۱۹۷۰ مؤسسه منابع انسانی، اولین برنامه‌های ارتقای سلامت مبتنی بر فرهنگ را در دو شرکت دارویی به نام‌های جانسون و جانسون و هافمن لاروکه گسترش داد. این پروژه‌ها منجر به مدل ارتقای سلامت مبتنی بر فرهنگ لیفگین شد (آن و لینده ۱۹۸۱).

پنج عنصر سازنده فرهنگ

پنج عامل فرهنگی با هم کار می‌کنند تا یک رفتار فردی بلند مدت را شکل دهند. ارزیابی تأثیر این ابعاد فرهنگی، اولین گام در دادن این اختیار به اعضای نیروی کار در انتخاب فرهنگ‌های سالم و مفید خواهد بود.

شکل ۱-۳: عناصر فرهنگ



□ ارزش‌ها (Values):

در برگیرنده عقاید قلبی راجع به راه‌های مناسب برای رویارویی با زندگی است. هر دوی ابتکارات فردی و گروهی از طریق ارزش‌های فردی و مشترک فرهنگی به کار انداخته می‌شوند.

□ هنجارها (Norms):

به معنای رفتار مورد انتظار و مورد قبول می‌باشد. هنجارها راه‌هایی هستند که ما کارها را پیرامون آن انجام می‌دهیم.

□ حمایت سازمانی (Organizational Support):

این نوع حمایت بیانگر سیستم ساختارهای رسمی و غیررسمی، سیاست‌ها و روش‌هایی که فرهنگ را حفظ می‌کنند است. عوامل حمایت سازمانی از قبیل ساختن مدل، پاداش و

هنگامی که ارزش‌های توسعه سازمانی از قبیل نوآوری، در محیط‌های کاری مورد توجه قرار گرفتند، ضرورت یافت که ارزش‌های ارتقای سلامت مانند مراقبت از خود نیز بخشی از راه‌هایی شوند که شرکت‌ها از طریق آن کارهایشان را انجام می‌دهند.

آموزش باید طوری تنظیم شوند که حمایتی مستمر از رفتارهای مطلوب ارایه دهند.

□ حمایت هم‌سانان (Peer Support) :

نوعی کمک از جانب خانواده، دوستان، همکاران و ناظرین بی‌واسطه می‌باشد. این حمایت می‌تواند به شکل دلگرمی عاطفی از قبیل کلمات محبت‌آمیز و یا منابع ابزاری از قبیل کمک‌هایی در رابطه با مسئولیت‌های کاری ظاهر شود.

□ جو حاکم (Climate):

معادل فرهنگی مخمر در تهیه نان است. سه نوع از عوامل هویت اجتماعی - حس جمعی، دورنمای مشترک و دیدگاه مثبت - تغییرات فردی و گروهی مفید را ممکن می‌سازند.

کشف ارزش‌های سلامتی

ارزش یک ایمان قلبی نسبت به راه‌های مناسب برای برخورد با زندگی می‌باشد. ارزش‌ها در کلیه سطوح سازمان توسعه می‌یابند. این مفهوم در سطح فردی شناخته شده تر است. سازمان‌ها نیز دارای ارزش‌هایی می‌باشند. مضمون ارزش در دهه ۱۹۸۰ «گرایش و حد وسط» بود. ارزش‌های سازمانی در اوایل دهه ۱۹۹۰ "کیفیت" و در اواخر دهه ۱۹۹۰ به سمت "سرعت نوآوری" گرایید. درست هنگامی که ارزش‌های توسعه سازمانی از قبیل نوآوری، در محیط‌های کاری مورد توجه قرار گرفتند ضرورت یافت که ارزش‌های ارتقای سلامت مانند مراقبت از خود نیز بخشی از راه‌هایی شوند که شرکت‌ها از طریق آن کارهایشان را انجام می‌دهند.

ارزش‌های سلامتی دیده شده در "بهترین شرکت‌ها"

هنگامی که ارزش‌های توسعه سازمانی از قبیل نوآوری، در محیط‌های کاری مورد توجه قرار گرفتند، ضرورت یافت که ارزش‌های ارتقای سلامت مانند مراقبت از خود نیز بخشی از راه‌هایی شوند که شرکت‌ها از طریق آن کارهایشان را انجام می‌دهند.

چهار مورد از ارزش‌های سلامتی؛ (تفریح سالم، احترام متقابل، احساس مسؤلیت و بیشترین توان ممکن) در ۱۰۰ مورد از بهترین شرکت‌ها رواج داشته‌اند. این شرکت‌ها هم‌چنین نسبت به شرکت‌های همکار خود تمایل دارند که سودآورتر باشند (لورینگ و مسکوئیز ۱۹۹۴). به عنوان یک متخصص ارتقای سلامت در محل کار، کار شما تعیین ارزش‌های ارتقای سلامت و تبدیل آنها به زبان فرهنگ جمعی می‌باشد. یعنی باید:

تلاش‌های گذشته ارتقای سلامت را توضیح دهید و نظر افراد را در مورد این ابتکارات بدانید. در واقع باید به منظور تشخیص ارزش‌های مطلوب، داده‌های زیر را مورد بررسی قرار دهید:

- از سرگروه‌ها پرسید که چگونه ممکن است مضمون‌های ارتقای سلامت با دیدگاه آنان برای رشد سازمانی، متناسب شود؛
- از اعضای فرهنگی بخواهید که اهداف مربوط به تلاش‌های ارتقای سلامت را فهرست کرده و سپس ارزش‌های مربوط به این اهداف را شناسایی نمایند؛

- به توضیح برنامه‌ها و فعالیت‌هایی بپردازید که ممکن است برای حمایت از سلامت کارمندان مورد استفاده قرار گیرند و سپس از مردم بخواهید که اصول و ارزش‌های حایز اهمیت در ابلاغ برنامه‌های موفق را تعیین نمایند؛

- سلامت و ارتقای سلامت را توضیح دهید و سپس تعیین نمایید که کدام یک از ابعاد آن جزء بزرگترین محرک‌ها به شمار می‌آیند. به منظور تأکید بر این کیفیت‌ها، ارزش‌های خود را انتخاب نمایید؛

• زمانی که یک فهرست ابتدایی از چهار یا پنج مضمون داشتید، از افراد بخواهید که این مضمون ها را به زبان فرهنگ تبدیل نمایند؛

از استنباط‌های نادرست معمول این است که افراد و سازمان‌ها همیشه مطابق با ارزش‌هایشان رفتار می‌کنند در صورتی که احتمال رفتار افراد یک سازمان براساس هنجارهای فرهنگی بسیار بیشتر است.

با استفاده از این راه‌کارها، برخی از سازمان‌ها مجموعه ارزش‌های بسیار مبتکرانه‌ای را برگزیدند که با دیدگاه سازمان مطابقت داشته باشد. به عنوان مثال شرکت کنوکو تلاش‌های خود را پیرامون تفریح سالم و خودفهمی سازماندهی کرد؛ یا شرکت YMCA تلاش کرد تا با تمامیت فرد یعنی ذهن، جسم و روح کار کند.

این قبیل ارزش‌های اصلی برنامه، مسیر مورد نیاز برای تغییر فرهنگ را فراهم می‌کند و کارمندان را قادر می‌سازد تا بر سر چگونگی انطباق ارتقای سلامت با ارزش‌های فردی خود تصمیم‌گیری کنند. چنین تطابقی موجب ترویج تعهد و اشتیاق می‌شود. این نگرش مثبت نسبت به ارزش‌های مشترک، شالوده فرهنگ جمعی می‌باشد که از سلامتی حمایت می‌کند.

ابهام زدایی از هنجارهای فرهنگی

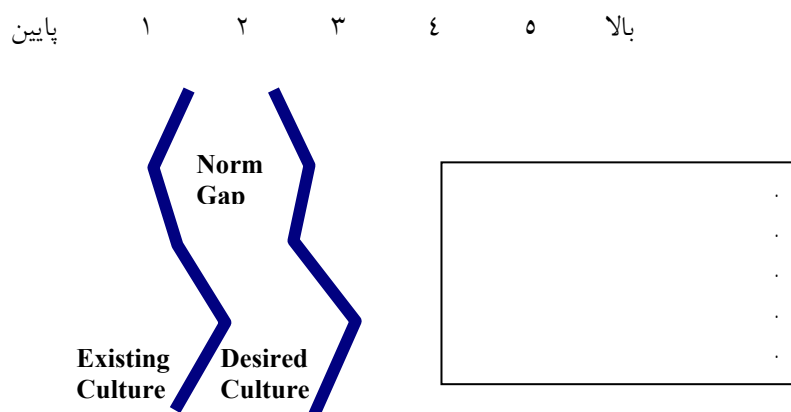
از استنباط‌های نادرست معمول این است که افراد و سازمان‌ها همیشه مطابق با ارزش‌هایشان رفتار می‌کنند در صورتی که احتمال رفتار افراد یک سازمان براساس هنجارهای فرهنگی بسیار بیشتر است. هنجار یک رفتار مورد انتظار و مورد قبول می‌باشد و در حقیقت روشی است که ما کارها را پیرامون آن انجام می‌دهیم. به عنوان مثال برخی افراد برای رژیم‌های غذایی سالم ارزش قایلند اما هنجارها به ندرت از یک رژیم متعادل حمایت می‌کنند که از میزان کم چربی و شکر و میزان بالای غلات، میوه تازه و سبزیجات برخوردار است.

نارضایی و ناراحتی از
هنجارهای فرهنگی فعلی
بازتاب تنظیم ضعیف بین
ارزش‌ها و هنجارهای
فرهنگی می‌باشد.

یکی از اهداف مهم
تلاش‌های تغییر فرهنگی
این است که هنجارهای
فرهنگی را موافق با
ارزش‌های وسیع ارتقای
سلامت تنظیم نمایند.

چه خوب، چه بد: هنجارها، رفتارهای سالم را هدایت می‌کنند. استاندارد اجتماعی برای هر چیز وجود دارد، از این‌که چه زمانی به دنبال کمک برای مشکل مصرف‌الکل باشیم گرفته تا این‌که می‌توان در ساعت ناهار ورزش کرد یا نه. اگر ضابطه‌ای برای بستن کمربند ایمنی در ماشین وجود داشته باشد، بستن کمربند ایمنی بسیار راحت‌تر می‌شود. انواع ضوابط متغیر در مورد استفاده از سیگار در بزرگسالان، ترک سیگار را در این افراد راحت‌تر می‌کند. در مقابل، ضوابط فرهنگی برای هفته‌های کاری طولانی، شیوه‌های زندگی با سرعت بالا و خانوارهای با دو منبع درآمد، کنترل استرس را بی‌نهایت مشکل می‌سازد. نارضایی و ناراحتی از هنجارهای فرهنگی فعلی، بازتاب تنظیم ضعیف بین ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی می‌باشد. از کارمندان بخواهید که وجود هنجار خاصی را در میان همسالان‌شان در مقیاس "شدیداً موافق" تا "شدیداً مخالف" درجه‌بندی نمایند و سپس به منظور سنجش ارزش‌های کارمندان، از آنها بپرسید که چه هنجارهایی، مطلوب آنها می‌باشد. یکی از اهداف مهم تلاش‌های تغییر فرهنگی این است که هنجارهای فرهنگی را موافق با ارزش‌های وسیع ارتقای سلامت تنظیم نمایند.

شکل ۲-۳:



حمایت سازمانی: رکن اصلی فرهنگ

به منظور ایجاد تغییرات
دایمی در فرهنگ، هر دو
سیستم حمایت سازمانی
رسمی و غیر رسمی برای
تنظیم ارزش‌های ارتقای
سلامت مورد نیاز است.

هر محل کاری، ساز و کار خود را برای تعریف و تداوم فرهنگ خود، گسترش می‌دهد. سیاست‌های رسمی پرسنل آنها را تحت عنوان ساعات کار، منافع کارمند و روش‌ها مطیع می‌سازند. ساختارهای غیررسمی از قبیل "شایعه پراکنی" هم به همین میزان قدرتمند می‌باشند. به منظور ایجاد تغییرات دایمی در فرهنگ، هر دو سیستم حمایت سازمانی رسمی و غیر رسمی برای تنظیم ارزش‌های ارتقای سلامت مورد نیاز است.

راه‌های مختلفی برای سنجش حمایت سازمانی وجود دارد. این راهکارها شامل بازنگری شرح وظایف شغلی و ارزیابی عملکرد است. یک ارزیابی باید به انطباق شرکت با کارمندان جدید و جلسات آموزشی، توجه داشته باشد. بخش‌های گروهی متمرکز می‌تواند چگونگی گسترش دوستی‌ها را آشکا کرده و رسوم، نمادها، جشن‌ها و اسطوره‌های شرکت را تعیین نمایند.

خواندن خبرنامه‌ها و پیام‌های پست الکترونیک (e-mail) نیز می‌تواند چگونگی کارکرد فرهنگ را آشکار سازد. مشاهده چگونگی استفاده از فضا و نیز چگونگی تقابل کارمندان هم راه‌کاری دیگر به شمار می‌رود.

تذکری در مورد حمایت سازمانی

اگر تنها یک عامل بدون توجه به بقیه تغییر کند، عواقب غیرمنتظره و غالباً نامطلوبی را در پی خواهد داشت. به عنوان مثال اگر مدیر عامل تنها کسی باشد که آهسته می‌دود، از بقیه جدا خواهد شد. اگر بدون برپایی کلاس‌های منع استعمال دخانیات، با سیگار به مقابله بپردازیم، سیگاری‌ها قبل از ترک سیگار، شرکت را ترک خواهند کرد.

جدول زیر نمونه نقاط قوت و ضعف های یک شرکت فرضی را در اجرای برنامه‌های حمایت سازمانی عنوان می‌کند.

جدول ۱-۳:

مکانیسم حمایت	قوت	فرصت پیشرفت (ضعف)
الگوسازی	مدیر عامل (CEO) غالباً در طول مدت استراحت آهسته می‌دود.	مدیران میانی، به جای استفاده از امکانات شرکت، تمایل به ورزش در باشگاه‌های سلامتی خصوصی دارند.
آموزش	شرکت دوره‌های آموزشی در مورد ایمنی شغلی، ورزش و ممنوعیت استعمال دخانیات را ارائه می‌دهد.	دو مورد از درس‌های غالباً غیررسمی در مورد سازش و عدم صداقت می‌باشند (به عبارت دیگر، به رؤسا آنچه را بگو که دوست دارند بشنوند)
پادشاه و تصدیق	شرکت گروه‌های کاری برای دستیابی به اهداف سلامتی پیرامون غیبت و ایمنی را تصدیق می‌نماید.	شرکت فرصت‌های خاصی را برای سیگاری‌ها ایجاد می‌نماید.
برخورد	کارمندان با افرادی که سیاست‌های منع استعمال دخانیات را نقض می‌کنند، برخورد می‌کنند.	کارمندان افرادی را که در ساعت استراحت ورزش می‌کنند، با عنوان دیوانه‌های بهداشتی مسخره می‌کنند.
آشناسازی	کارمندان جدید فوراً به فعالیت‌های ورزشی مورد حمایت شرکت دعوت می‌شوند.	شرکت بهای برنامه ارتقای سلامت را به عنوان یک نفع اولیه برای کارکنان و سازمان نمی‌پردازد. در عوض، تأکید عمده بر روی پوشش پزشکی و مرخصی استعلاجی می‌باشد و این امر کارمندان را با این تصور ناخواسته که تنها در صورت بیمار بودن از فواید شرکت برخوردار خواهند بود، به حال خود رها می‌سازد.
روابط و تقابلات	گروه‌های ورزشی تحت حمایت شرکت غالباً فرصت‌هایی را برای افراد برای شناخت بهتر یکدیگر، فراهم می‌نماید.	بسیاری از کارمندان دوستی‌های خود را در مناطق مختص سیگار کشیدن پیدا می‌کنند.
تخصیص منابع	شرکت هزینه‌های عضویت در مراکز سلامتی کارمندان را بازپرداخت می‌نماید.	به کارمندان فرصت‌های آزاد برای شرکت در فعالیت‌ها و سمینارهای ارتقای سلامت داده نمی‌شود.
رسوم، اسطوره‌ها و نمادها	جایزه هویج طلایی به افرادی داده می‌شود که نمونه‌هایی از تعادل در زندگیشان را بیان کنند.	اسطوره این است که قهرمان همیشه کار کند و هرگز نخوابد. بنابراین کارمندان باید همیشه تا دیروقت کار کنند و استراحت نکنند.

حمایت هم‌سانان: رفتارهای محبت آمیزی که نتیجه می‌دهند
مردم غالباً حمایت هم‌سانان را مربوط به برنامه‌های ویژه ارتقای سلامت از قبیل ناظرین الکلی ها و ناظرین کنترل وزن تصور می‌کنند اما سیستم‌های حمایت واقعی که توسط خانواده دوستان و همکاران ارائه می‌شود نیز از منابع مهم حمایت به شمار می‌آیند. این سیستم‌های حمایتی به بهترین نحو هر دو حمایت احساسی (به شکل کلمات محبت آمیز دلگرم کننده) و حمایت ابزاری (از قبیل پول و وقت آزاد) را ارائه می‌دهند.

تحقیق بر روی فواید حمایت هم‌سانان بدون نتیجه بوده است (تربرگ، راسل و گلاسکو ۱۹۹۵). یکی از توضیحات احتمالی این یافته این است که فرهنگ ما آموزش کافی در زمینه چگونگی حمایت مؤثر از تغییر شیوه زندگی را ارائه نمی‌دهد.

تحقیق بر روی فواید حمایت هم‌سانان بدون نتیجه بوده است (تربرگ، راسل و گلاسکو ۱۹۹۵). یکی از توضیحات احتمالی این یافته این است که فرهنگ ما آموزش کافی در زمینه چگونگی حمایت مؤثر از تغییر شیوه زندگی را ارائه نمی‌دهد. معمولترین شکل حمایت از تغییر شیوه زندگی که در فرهنگ ما یاد داده می‌شود، غر زدن و گوش دادن است. این دو شکل حمایت به نظر ناقص می‌رسند و می‌توانند تغییرات فردی را تضعیف نمایند.

برنامه‌های تندرستی در محل کار می‌توانند آموزش هایی را ارائه دهند که مخصوصاً به منظور افزایش سودمندی حمایت ارائه شده از جانب همکاران و ناظرین، طراحی شده باشند.

برنامه‌های تندرستی در محل کار می‌توانند آموزش هایی را ارائه دهند که مخصوصاً به منظور افزایش سودمندی حمایت ارائه شده از جانب همکاران و ناظرین، طراحی شده باشند. به عنوان مثال، آموزش می‌تواند پیرامون مهارت‌های حمایت اولیه سازماندهی شود.

مهارت های حمایت هم‌سانان

• قراردادن هدف « کمک به ایجاد اهداف با معنی و خاص با استفاده از ساختار "مراحل تغییر" » (پروچاسکا، نورکروس و دیکلمنت ۱۹۹۴).

- تعیین الگوهای کاری مانند پیدا کردن فردی که با موفقیت به هدف مشابهی دست پیدا کرده است.
- حذف موانع تغییر به عنوان نمونه گسترش راه‌کارهایی برای به دست آوردن زمان مورد نیاز، تجهیزات و دیگر منابع.
- تعیین محل‌هایی به عنوان محیط‌های پشتیبان مانند کمک به یافتن افراد و مکان‌هایی که اهداف ارتقای شیوه زندگی را حمایت می‌نمایند.
- کار از طریق برگشت به مسیر به معنی کمک به بازگشت به مسیر.
- تجلیل از موفقیت تشویق افراد و قدردانی از موفقیت‌ها.

بررسی یک تجربه :

مشاوره تندرستی در راه آهن یونیون پاسیفیک

نتایج بررسی فرهنگ سلامت راه آهن یونیون پاسیفیک، نیاز به افزایش حمایت از جانب همکاران و ناظرین را آشکار ساخت. به منظور مخاطب قرار دادن این موضوعات، راه آهن راه‌کار مهم آموزش و مشاوره تندرستی را آغاز نمود (آلن ۱۹۹۸). در یک برنامه آموزشی یک روزه، مهارت‌های لازم برای ایجاد اطمینان و تعیین هدف با استفاده از رویکرد "مراحل تغییر" آموزش داده شد (پروچاسکا، نورکراس و دیکلمنت ۱۹۹۴). کارمندان علاوه بر تعیین هدف، مهارت‌های لازم برای تشخیص الگوهای کاری، حذف موانع تغییر، تعیین محل‌هایی به عنوان محیط‌های پشتیبان، کار از طریق برگشت به مسیر و تجلیل از موفقیت را نیز فرا گرفتند.

برنامه مشاوره به همکاران و مدیران این فرصت را می‌داد تا در تغییر شیوه زندگی شریک شوند. گسترش منابع حمایت

هم‌سانان در مخاطب قرار دادن نیازهای گوناگون جمعیت کارمند که در طول صدها مایل از مسیر راه آهن پراکنده بودند، به طور خاصی مفید بود.

جو حاکم: معادل فرهنگی مخمر در تهیه نان

سه عامل جوی حاکم بر کار، مفهوم احساس هویت جمعی (Sense of community)، دورنمای مشترک (Shared vision) و دیدگاه مثبت (Positive Outlook)

معادل فرهنگی مخمر در تهیه نان می‌باشند (آلن و آلن ۱۹۸۷). وقتی این عوامل به طرز قابل ملاحظه‌ای غایب باشند، رشد فردی و سازمانی هم به نصف کاهش می‌یابد. در جایی که هویت جمعی، بینش مشترک و دیدگاه مثبت فراوان باشند، کار گروهی و تغییر شکل فردی هم به آرامی ادامه می‌یابد.

هویت اجتماعی، زمانی حضور خواهد داشت که مردم احساس کنند که به یک دیگر تعلق دارند و به یک دیگر اعتماد کنند. این حس تعلق دربرگیرنده این آگاهی است که دیگران برای وی اهمیت قایلند و این که فرد نیز در عوض، در مقابل اهمیتی که دیگران برای او قایلند برای دیگران احساس مسئولیت می‌کند. به علاوه زمانی که هویت اجتماعی وجود داشته باشد، مردم تمایل بیشتری به شناخت یکدیگر و رای شناخت‌های وظایف شغلی خواهند داشت. این مسأله در مورد ارتقای سلامت به چه معنی است؟

افراد زمانی پذیرای راهنمایی در مورد شیوه زندگی خواهند بود که معتقد باشند که این راهنمایی‌ها ناشی از توجه به وجود خود آنها است. به علاوه، احساس هویت جمعی سطحی از آرامش مورد نیاز به منظور امتحان رفتارهای جدید را فراهم می‌سازد.

در جایی که هویت جمعی، بینش مشترک و دیدگاه مثبت فراوان باشند کار گروهی و تغییر شکل فردی هم به آرامی ادامه می‌یابد.

افراد زمانی پذیرای راهنمایی در مورد شیوه زندگی خواهند بود که معتقد باشند که این راهنمایی‌ها ناشی از توجه به وجود خود آنها است.

شکل ۳-۳:



ساخت جامعه از طریق شراکت چندبعدی

در فرهنگ کنونی، مکالمات غیر رسمی به ندرت خارج از صحبت در مورد آب و هوا و رویدادهای جاری است. ساخت جامعه در برگیرنده فرصت دادن به افراد برای شناخت یکدیگر به طرق چند بعدی و خارج از مسؤولیت‌های کاری است. فعالیت‌های ارتقای سلامت می‌تواند از طریق فرصت دادن به افراد برای پاسخ به سؤالات در گفتگویی ابتدایی به این ضابطه بپردازد.

صحبت در مورد:

- مکان‌هایی که در طول عمر خود در آنها زندگی کرده اید.
- تغییر عمده ای که در زندگی شما به وجود آمده است.
- چیزی که دیگران برای بهتر فهمیدن شما نیاز به دانستن آن دارند.

- یک تجربه در کودکی که تأثیر دایمی بر شما داشته است.
- شخصی که تأثیر مهمی بر شما داشته است.
- چگونه شد که شغل فعلی را انتخاب کردید.

بینش مشترک زمانی به وجود می‌آید که افراد فرصت لازم برای یکی کردن اهداف و رویکردهای شخصی خود را با اهداف و رویکردهای سازمان، برنامه و پروژه داشته باشند و این امر به طور خاص در ارتقای سلامت حایز اهمیت می‌باشد چرا که افراد با انواع مختلفی از اهداف شخصی و سازمانی سر و کار دارند.

• تجربه‌ای در یک یا دو سال گذشته که تأثیر قابل ملاحظه‌ای روی شما گذاشته است.

• مانعی که مجبور به برطرف کردن آن بودید.

• یک موفقیت شخصی .

• سرگرمی‌ها و یا علایق خاص شما.

دورنمای مشترک، الهام بخش بیشترین عملکرد سازمانی و فردی است. وقتی افراد دورنمای مشترکی داشته باشند، نسبت به اهداف سازمان مشتاق تر خواهند بود و عقیده مشترک در دستیابی به این اهداف خواهند داشت. وقتی هیچ بینش مثبتی وجود نداشته باشد، افراد دچار سوء تفاهم می‌شوند. این که سازمان در تلاش برای به دست آوردن چه چیز می‌باشد و فهمیدن این که چرا افراد برای نیل به اهداف ارتقای سلامت باید با هم کار کنند، بدون برخورداری از دورنمایی مشترک دشوار می‌باشد.

بینش مشترک زمانی به وجود می‌آید که افراد فرصت لازم برای یکی کردن اهداف و رویکردهای شخصی خود را با اهداف و رویکردهای سازمان، برنامه و پروژه داشته باشند و این امر به طور خاص در ارتقای سلامت حایز اهمیت می‌باشد چرا که افراد با انواع مختلفی از اهداف شخصی و سازمانی سر و کار دارند.

با یک دیدگاه مثبت، افراد به جای جستجوی موانع در پی یافتن فرصت‌ها هستند و یا به جای جستجوی نقاط ضعف به دنبال نقاط قوت یکدیگر خواهند بود.

در ارتقای سلامت، بیشتر از نقاط ضعف ما، نقاط قوت هستند که ما را قادر می‌سازند به جلو حرکت کنیم. به عنوان مثال با دیدگاهی مثبت، نتیجه ارزیابی خطرات سلامتی به عنوان شناخت عمده نقاط قوت شیوه زندگی و معدود فرصت‌های

ارتقای شیوه زندگی، در نظر گرفته می‌شوند. در فرهنگ منفی تر، همان نتیجه ارزیابی خطرات سلامتی باعث می‌شود که کارمندان احساس ناتوانی کنند و بسیاری معتقد باشند که نتایج بررسی به منظور بیرون کردن کارمندان ناسالم مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

ابزاری برای ضربه به ناخودآگاه سازمانی

بیشتر اعضای گروه‌ها و سازمان‌ها، تأثیر فرهنگ را نادیده می‌گیرند. به همین دلیل لازم است که به سنجش فرهنگ و تأثیر آن بر رفتار پردازیم. مردم شناسان، فرهنگ شناسان و دیگر دانشمندان رفتاری، انواع گوناگونی از راه‌کارهای بررسی فرهنگی را به دست آورده‌اند. این روش‌ها شامل مصاحبه متمرکز گروهی، مشاهدات شرکت کنندگان، بازبینی اسناد سازمانی و تحقیق عملی است.

نتایج تجارب ارزیابی فرهنگ سلامت راه آهن یونین

پاسیفیک

● بر اساس یافته‌های ارزیابی ماحصل فرهنگ سلامت یونین پاسیفیک هر ساله ۷۵ درصد از کارمندان تلاش می‌کنند تا فعالیت سلامت جدیدی را اتخاذ نمایند، ولی تنها ۱۶ درصد از این تلاش‌ها "بسیار موفق" بوده‌اند.

● کارمندان معتقدند که سلامتی مهم است و کیفیت زندگی آنها به طور قابل ملاحظه‌ای تحت تأثیر فعالیت‌های شیوه زندگی شخصی قرار دارد.

● از سال ۱۹۹۲ یعنی زمانی که این بررسی برای آخرین بار انجام شد، تا به حال پیشرفت‌هایی در ضوابط مربوط به تغذیه

فرآیند تغییر فرهنگ سیستم‌های اداری در چهار مرحله ، به طور اخص به منظور تغییر محیط‌های فرهنگی پیچیده توسعه یافته است. رویکرد چهار مرحله‌ای برای تغییر فرهنگ باید بخشی از فرآیند برنامه‌ریزی راهبردی سازمان باشد.

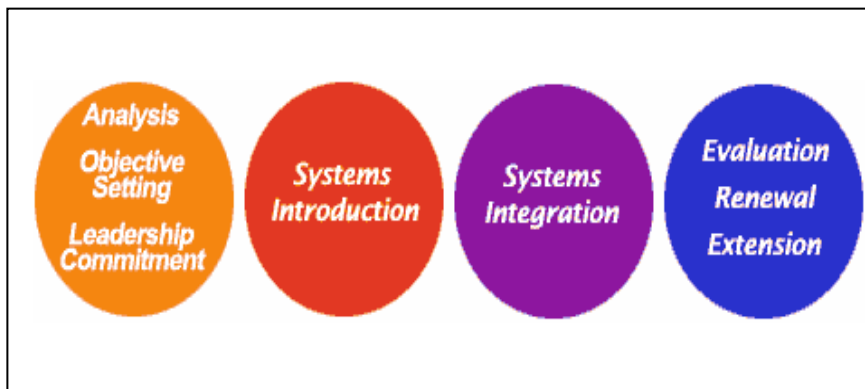
مصرف الکل، امنیت و جو حاکم بر کار، صورت گرفته است. هنجارهای مربوط به پذیرفتن مسئولیت بیش از حد و ناتوانی تعادل بین کار ، استراحت و تفریح رو به افزایش به نظر می‌رسد. • کمبود زمان ، اولین مانع در مشارکت در فعالیت‌های ارتقای سلامت است.

• خانواده و دوستان از منابع اولیه حمایت از پیشرفت های شیوه زندگی به شمار می روند. • کارمندان سطوح میانی حمایت سازمانی را در ابعاد الگوسازی، رهبری، پاداش ها، آموزش، تضمین منابع و تطابق کارمندان جدید گزارش کردند.

فرآیند تغییر فرهنگ سیستم‌های اداری

فرهنگ‌ها، سیستم‌های پیچیده‌ای هستند که به فرآیند تغییر اصولی بسیار عالی پاسخ می‌دهند. این فرآیند به کارمندان این اختیار را می‌دهد تا محیط فرهنگی خود را آگاهانه انتخاب نمایند . برنامه‌های جدید ارتقای سلامت می‌توانند از طریق سازماندهی بینش نسبت به برنامه ، شروع خوبی داشته باشند که تضمین کننده موفقیت بلند مدت نیز می‌باشد. فرآیند تغییر فرهنگ سیستم‌های اداری در چهار مرحله ، به طور اخص به منظور تغییر محیط‌های فرهنگی پیچیده ، توسعه یافته است. رویکرد چهار مرحله ای برای تغییر فرهنگ باید بخشی از فرآیند برنامه‌ریزی راهبردی سازمان باشد.

شکل ۴-۳:



مرحله اول: شروع کار

اولین مرحله شامل تجزیه و تحلیل فرهنگ، تعیین اهداف و کسب تعهد رهبری است. تعهد رهبری از طریق آشنا کردن رهبران با اهداف ارتقای سلامت و فرآیند تغییر فرهنگ که به منظور دستیابی به این اهداف مورد استفاده قرار خواهد گرفت به دست می‌آید. همچنین رهبران ترغیب می‌شوند، برنامه‌های شخصی خود را برای الگوسازی ارتقای شیوه زندگی، توسعه دهند. داده‌های اصلی به عنوان بخشی از مرحله اول جمع‌آوری می‌شوند تا پیشرفت‌های بعدی از این طریق سنجیده و برنامه برای برآوردن نیازهای ویژه سازمان تغییر یابد.

چهار نقش حمایتی رهبری از ارزش بسیاری برخوردار است:

۱. سهمیم بودن در ایجاد بینش برنامه تندرستی
۲. کمک در نقش یک الگو
۳. تضمین منابع
۴. پاداش دادن به موفقیت‌ها

گسترش نقش‌های رهبری

حمایت رهبری در موفقیت تلاش‌های تغییر فرهنگی امری حیاتی است. یک سیاست برای کار با رهبران این است که کمک کنیم نقش آنها را تعریف نماییم. چهار نقش حمایتی رهبری از ارزش بسیاری برخوردار است:

۱. سهمیم بودن در ایجاد بینش برنامه تندرستی:

□ رهبر توضیح می‌دهد که تندرستی چگونه می‌تواند به اهداف همه جانبه سازمان از جمله بهبود روحیه، افزایش توانایی های سودمند، ارزش قایل شدن برای کارمندان و کاهش هزینه‌ها کمک نماید؛

□ دستورالعمل‌ها، اهداف، ساختار و فلسفه برنامه تندرستی را توضیح می‌دهد؛

□ سؤالاتی می‌پرسد که در تنظیم برنامه تندرستی با مسیر و رسالت همه جانبه سازمان، مفید خواهد بود.

۲. کمک در نقش یک الگو:

□ ایجاد علاقه در کارمندان برای انتخاب فلسفه سلامت و تندرستی در زندگی خود؛

□ صحبت در مورد تلاش‌های شخصی به منظور انتخاب فعالیت‌های شیوه زندگی سالم تر؛

□ مشارکت در فعالیت‌های تندرستی و سلامت سازمانی.

۳. تضمین منابع:

□ کمک به تهیه بودجه کافی برای ارتقای سلامت؛

□ کمک به تعیین سیاست‌ها و روش‌های سازمانی، طوری که بهتر بتوانند از تندرستی حمایت نمایند از جمله کمک به سیاست‌های منع استعمال دخانیات و ساعت آزاد برای فعالیت‌های تندرستی؛

□ کار کردن به منظور کاهش موانع سیاسی داخلی از جمله تضمین این‌که رؤسای اداره‌ها از طریق فراهم آوردن منابع مناسب در بخش‌های خود از برنامه حمایت کنند.

آغاز برنامه با دعوت از
کارمندان به شرکت در
کارگاه سلامت، غالباً بسیار
سودمند است.

۴. پاداش دادن به موقعیت‌ها:

- قدردانی از پیشرفت کارمندان در دستیابی به فعالیت‌های شیوه زندگی سالم تر؛
- دنبال کردن نتایج و تحسین نتایج مثبت؛
- گرامی داشتن افراد درگیر در برنامه ارتقای سلامت.

مرحله دوم: درگیری

مرحله دوم، فعالیت‌های ارتقای سلامت را به جامعه سازمانی وسیع‌تر معرفی می‌نماید. نامه‌ای از سوی ریاست و مقالاتی در خبرنامه شرکت، امکان بازنگری اهداف و روش‌های برنامه را فراهم می‌نماید. آغاز برنامه با دعوت از کارمندان به شرکت در کارگاه سلامت، غالباً بسیار سودمند است. بازی‌ها و مسابقات تحت پشتیبانی شرکت نیز به منظور سهیم نمودن کارمندان در بینش همه جانبه مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای مثال دانشگاهی برای درگیری کارمندان، اقدام به برپایی یک مسابقه تندرستی کرد. کتاب راهنمای مسابقه به معرفی فلسفه برنامه تندرستی پرداخت و شرکت کنندگان و مراکز دانشگاهی به دلیل شرکت در فعالیت‌های مختلف تندرستی برنده جوایزی شدند.

در این مرحله با معرفی رویکرد تغییر فرهنگ یک برنامه کاری سه بخشی را می‌توان تنظیم نمود:

۱- برنامه های افزایش آگاهی: ایجاد درک در مورد ارزش ارتقای سلامت و نقش فرهنگ در شکل دادن فعالیت‌های سلامتی

۲- برنامه های تشخیص نیاز: کمک به شرکت کنندگان برای تشخیص موقعیت فعلی خود و تعیین اهداف فردی و گروهی مفید

۳- برنامه تغییر: توسعه برنامه‌ای برای تسهیل تغییر فردی و فرهنگی.

مرحله سوم: تلفیق تغییرات:

حمایت از شیوه‌های زندگی سالم نیازمند این است که این شیوه‌ها بخشی از ساختار زندگی سازمانی شوند. عملکردهای سازمانی روزانه باید طوری تنظیم شوند که تعهد نسبت به سلامتی را انعکاس دهند. تلاش‌های انجام شده در مرحله سوم حمایت‌های سازمانی از جمله سیستم‌های ارتباطی، پاداش‌ها تطابق کارمندان، آموزش، الگوسازی، رهبری، سیاست‌ها و آیین‌نامه‌ها را مخاطب قرار می‌دهد. تغییر سیاست‌های مربوط به استعمال دخانیات از موارد آشکار چنین تغییراتی در سیاست‌ها می‌باشد. تغییرات کوچک در شیوه اداره کارهای سازمان نیز می‌تواند ارزش‌ها و ضوابط جدید سلامتی را استحکام بخشد. به عنوان مثال شاید امکان این وجود داشته باشد که بتوانیم انتخاب‌های غذایی سالم تری را در دستگاه‌های فروش سکه‌ای و رستوران شرکت‌ها بگنجانیم.

حمایت از شیوه‌های زندگی سالم نیازمند این است که این شیوه‌ها بخشی از ساختار زندگی سازمانی شوند.

عملکردهای سازمانی روزانه باید طوری تنظیم شوند که تعهد نسبت به سلامتی را انعکاس دهند.

تلاش‌های انجام شده در مرحله سوم، حمایت‌های سازمانی از جمله سیستم‌های ارتباطی، پاداش‌ها، تطابق کارمندان، آموزش، الگوسازی، رهبری، سیاست‌ها و آیین‌نامه‌ها را مخاطب قرار می‌دهد.

ارایه برنامه تغییر فرهنگ به اشکال مختلف:

۱- ارایه مواد آموزشی خودآموز از قبیل بروشورهای آموزشی، کتاب‌ها، فیلم ویدیویی و دسترسی به اطلاعات سلامتی در اینترنت با هدف یافتن یا ایجاد محیط‌های پشتیبان خانوادگی کاری و اجتماعی؛

۲- ارایه برنامه‌های گروه پشتیبان یا مربوط ساختن کارمندان با برنامه‌های گروه پشتیبان فعال در جامعه یا در اینترنت؛

ارزیابی باید سه حیطه عملکردی، برنامه‌ای و فرهنگی را شامل شود.

ارزیابی عملکرد شامل برآورد تأثیر اقتصادی برنامه جلوگیری از بیماری ارتقای بهره‌وری، تغییر روحیه و تغییرات رفتار سلامت می‌باشد.

ارزیابی فرهنگی به بررسی تغییرات در ارزش‌ها، ضوابط، حمایت هم‌سانان، حمایت سازمانی و جو حاکم می‌پردازد.

۳- ترویج مستمر بحث‌های گروهی در مورد اهداف ارتقای سلامت کارمندان در جلسات ثابت مدیران یا در جلسات ایمنی ماهانه؛

۴- درگیرسازی کارمندان در تلاش‌های ویژه ارتقای سلامت. به عنوان مثال از یک گروه بخواهید در تغییر دستگاه‌های فروش سکه‌ای و یا توسعه یک برنامه ایجاد انگیزه به شما کمک کند.

مرحله چهارم: تأیید و ادامه تغییرات

مرحله آخر ارزیابی، نوسازی و توسعه برنامه در دست اقدام می‌باشد. این ارزیابی باید سه حیطه عملکردی، برنامه‌ای و فرهنگی را شامل شود.

● *ارزیابی عملکرد* به بررسی نتایج اساسی می‌پردازد. ارزیابی عملکرد شامل برآورد تأثیر اقتصادی برنامه، جلوگیری از بیماری ارتقای بهره‌وری، تغییر روحیه و تغییرات رفتار سلامت می‌باشد؛

● *ارزیابی برنامه* به بررسی چگونگی اجرای ابتکارات می‌پردازد. به عنوان مثال می‌توان میزان مشارکت، رضایت شرکت‌کنندگان و سرعت تغییرات در سیاست‌ها و آیین‌نامه‌های سازمانی را تعیین نمود؛

● *ارزیابی فرهنگی* به بررسی تغییرات در ارزش‌ها، ضوابط حمایت هم‌سانان، حمایت سازمانی و جو حاکم می‌پردازد. این ارزیابی غالباً شامل اجرای مجدد بررسی برآورد فرهنگی از طریق هدایت مصاحبه‌های متمرکز و بررسی‌ها می‌باشد.

موفقیت خود را جشن بگیرید. پیک نیک و ضیافت شام!

تحسین کردن از آداب مهم در گذار به فرهنگ جدید می‌باشد.

یک مورد مطلوب تغییر فرهنگ این است که مشکلات واقعاً برطرف می‌شوند.

گزارشات سالیانه، جشن‌ها و جلسه سهام داران، محل‌های مناسبی برای جشن گرفتن نتایج ارتقای سلامت هستند. تحسین کردن از آداب مهم در گذار به فرهنگ جدید می‌باشد. درضمن چنین فعالیت‌هایی رهبران را از میزان پیشرفت فرهنگ آگاه می‌نمایند. تحسین موفقیت، این فرصت را برای شرکت کنندگان فراهم می‌کند که ارزش تلاش‌هایشان را کاملاً درک نمایند. به علاوه چنین تجلیل‌هایی منجر به شرح بیشتر بینش فرهنگی سالم‌تر و مفیدتر شده و شرکت کنندگان را قادر می‌سازد که نسبت به سلامت فردی و سازمانی تعهد بیشتری داشته باشند. چنین تجلیل‌هایی هم‌چنین موجب استحکام اصول پروژه از قبیل برخورد اصولی با تغییر یا منطبق بودن با نتایج می‌شود.

برنامه خود را نوسازی کرده و توسعه دهید

این امر ممکن است شامل تعهد منابع دیگر در زمینه‌هایی شود که به طور اخص در مقابل تغییر مقاومتند. یک مورد مطلوب تغییر فرهنگ این است که مشکلات واقعاً برطرف می‌شوند. به عنوان مثال: ایجاد ضوابط جدید برای تمرینات منظم موجب کاهش نیاز به ارایه عامل ترغیب کننده برای تمرینات جسمانی می‌شود یعنی آمادگی جسمانی تنها معطوف به روش-هایی می‌شود که کارها پیرامون آن انجام می‌شدند و به همین دلیل، سایر موضوعات سلامتی و بهره‌وری، در کانون توجه تلاش‌های نوسازی و توسعه قرار می‌گیرند. از طریق تقویت مهارت‌های دیگر از جمله خود مدیریتی، کار گروهی، کیفیت، خدمات مشتری محور و سرعت نوآوری نیز می‌توانید موفقیت

بسیاری از برنامه‌های جدید ارتقای سلامت با شکست روبه رو شدند چرا که فرهنگ سازمانی غالب را مخاطب قرار ندادند.

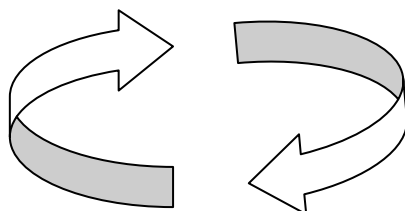
های خود را مبنا قرار دهید. همین رویکرد اصولی بر مبنای فرهنگ را می‌توان در مورد گستره وسیع اهداف سازمانی اعمال کرد.

در نهایت افراد را درگیر ایجاد تغییر در محیط‌های جدید نمایید. توسعه برنامه امری ضروری است. کارمندانی که تعلیم دهنده می‌شوند غالباً در حفظ تغییرات شیوه زندگی فردی موفق تر خواهند بود.

دوری از تله فعالیت‌ها

بسیاری از برنامه‌های جدید ارتقای سلامت با شکست روبه رو شدند چرا که فرهنگ سازمانی غالب را مخاطب قرار ندادند. به عنوان مثال راه‌اندازی یک برنامه با نمایش سنتی فعالیت‌های ارتقای سلامت از قبیل نمایشگاه‌های سلامت، ارزیابی‌های خطرات سلامتی، سمینارها، برنامه‌های آمادگی و غربال‌گری‌ها امری وسوسه‌انگیز خواهد بود. در چنین محیط‌هایی، انتظارات بالا رفته و بسیاری از اعضای سازمان اصلاحات شیوه زندگی توصیه شده را امتحان می‌کنند. افراد سپس با فرهنگی مقاوم مواجه می‌شوند و در نتیجه نمی‌توانند به اهداف ارتقای شیوه زندگی دست یابند. اشتیاق نسبت به ارتقای سلامت نیز به تدریج کاهش می‌یابد. دست آخر هم ارتقای سلامت از لحاظ اولویت و بودجه‌ای مثل سایر اثاثیه اداره می‌شود.

شکل ۵-۳: چرخه ناتوانی در ارتقای سلامت



افزودن مؤلفه های تغییر فرهنگ به یک برنامه ثابت

افرادی که با برنامه‌های حساب شده سر و کار دارند، ممکن است برایشان دشوار باشد که در ساختار برنامه همه جانبه خود پیرامون فرآیند تغییر فرهنگ سیستم‌های اداری چهار مرحله ای تغییر ایجاد نمایند. در مورد این گونه برنامه‌ها، عناصر ارتقای سلامت سنتی می‌توانند به گونه ای تنظیم شوند که موضوعات فرهنگی را مخاطب قرار دهند.

مدیریت پروژه‌های ارزیابی فرهنگی دوره ای

برای برآورد دوره‌ای فرهنگ سازمان، برنامه‌های حساب شده‌ای را اجرا نمایید. چنین برآوردهایی می‌تواند هم بر روی گستره وسیع اهداف تندرستی و هم بر روی آن ابعادی از فرهنگ که در کانون تمرکز توجه فعلی مداخلات برنامه هستند تأکید نماید. به عنوان مثال برنامه‌ای که بر روی خود مراقبتی پزشکی تأکید می‌کند، می‌تواند به بررسی هنجارها، ارزش‌ها

عوامل حمایت هم‌سانان و حمایت سازمانی بپردازد که رفتار خود مراقبتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به عنوان مثال:

آیا این یک هنجار است که قبل از این که در صدد مراقبت‌های غیرفوری پزشکی باشیم به کتاب‌های خود مراقبتی مراجعه کنیم؟ از نظر حمایت سازمانی آیا به افراد به خاطر تلاش‌های خود مراقبتی پزشکی پاداش داده شده و از آنها قدردانی شده است؟

توصیه می‌شود که برآورد فرهنگی وسیعی، از قبیل ارزیابی نتایج فرهنگ سلامت، هر سه تا پنج سال انجام شود. اولویت‌های برنامه می‌توانند طوری تنظیم شوند که خلاءهای بزرگ بین فرهنگ فعلی و فرهنگ مطلوب را مخاطب قرار دهند. به عنوان مثال در بررسی یک بیمارستان معلوم شد که ضوابط مربوط به کنترل وزن و بهبود مالی، دارای بزرگترین خلاءها بوده است. در نتیجه مدیران ارتقای سلامت در طرح برنامه خود بر روی این ضوابط تأکید کردند.

برآوردهای فرهنگی دوره‌ای نمایانگر تغییر نیازهای کارمندان است. بسیاری از سازمان‌ها دریافته‌اند که ادغام، کاهش و تغییر در جمعیت شناختی کارمندان، نیازمند تغییراتی در طرح برنامه آنها می‌باشد. به عنوان مثال، موضوعات مربوط به « زندگی خانوادگی - کاری» ممکن است در اولویت مسایل نیروی کار قرار گیرند. در نتیجه برنامه‌های ارتقای سلامت باید مطابق با اعضای خانواده و همسران کارمندان تنظیم شود یا شاید برآورد فرهنگی تعیین‌کننده این باشد که سازمان شما دارای جو کاری ناسالمی است. در نتیجه اولین اولویت در طرح برنامه شما ترویج هویت اجتماعی، بینش مشترک و دیدگاهی مثبت خواهد بود.

توصیه می‌شود که برآورد فرهنگی وسیعی، از قبیل ارزیابی نتایج فرهنگ سلامت، هر سه تا پنج سال انجام شود.

برآوردهای فرهنگی دوره‌ای نمایانگر تغییر برای نیازهای کارمندان است.

برنامه‌های ارتقای سلامت باید مطابق با اعضای خانواده و همسران کارمندان تنظیم شود.

توسعه حمایت رهبری

تبدیل اهداف ارتقای سلامت به اصطلاحات و فلسفه شغلی، وظیفه مهم رهبری به شمار می‌رود. تقریباً تمام ابتکارات مدیریت (از قبیل خدمات مشتری محور، یادگیری سازمانی یا کیفیت) دلیلی سازنده برای سهم شدن رهبر در ترویج اهمیت نیروی کاری سالم می‌باشد.

مدیر عاملان، معاونان، مدیران و سرپرست‌ها باید قادر به تعریف نقش هایشان در حمایت از سلامت باشند:

- رهبران می‌توانند در ترویج بینش نیروی کار سالم‌تر و سودمندتر سهمیم باشند. تبدیل اهداف ارتقای سلامت به اصطلاحات و فلسفه شغلی، وظیفه مهم رهبری به شمار می‌رود. تقریباً تمام ابتکارات مدیریت (از قبیل خدمات مشتری محور، یادگیری سازمانی یا کیفیت) دلیلی سازنده برای سهم شدن رهبر در ترویج اهمیت نیروی کاری سالم می‌باشد. رهبران می‌توانند بینش خود را راجع به چگونگی دستیابی به اهداف شغلی از طریق حمایت از سلامت کارمندان، به طور کتبی و شفاهی، صریحاً بیان کنند؛

- رهبران می‌توانند به عنوان یک الگوی عملی ایفای نقش کنند. انتخاب شیوه زندگی سالم و مشارکت آنها در فعالیت‌های ارتقای سلامت موجب قوت قلب کارمندان می‌شود؛

- رهبران می‌توانند از پیشرفت سازمانی و فردی قدردانی نمایند. به عنوان مثال رهبران می‌توانند از صرفه جویی در کاهش هزینه‌ها و کاهش همه جانبه بیماری‌های کارمندان که از طریق برنامه تندرستی به دست آمده است، قدردانی کنند.

توسعه حمایت هم‌سانان

حمایت خانواده، دوستان، همکاران و ناظرین می‌تواند نیرویی باشد برای دگرگونی فرهنگی و فردی. حمایت متقابل از شیوه‌های زندگی سالم را می‌توان از طریق بحث‌های گروه کاری، برنامه‌های مشاوره‌ای و گروه‌های پشتیبان پرورش داد. به عنوان مثال در شرکت نفت و گاز، گروه‌های کاری در ایفای

بدون مفهوم هویت
جمعی، بینش مشترک و
دیدگاه مثبت؛ بهره‌وری،
نوآوری و روحیه کارکنان
دچار آسیب می‌شوند.

نقش تغییر شیوه زندگی شرکت نمودند. گروه‌های کاری از طریق شرکت در فعالیت‌های فردی و گروهی که به منظور افزایش حمایت دوجانبه از شیوه‌های زندگی سالم طراحی شده بود، امتیازاتی به دست می‌آوردند.

توسعه سیستم‌های حمایت سازمانی

برنامه‌های سنتی ارتقای سلامت غالباً اشکال جدیدی از حمایت سازمانی را ارائه می‌دهند (از جمله خبرنامه‌های سلامتی که برای ارتقای سلامت کارمندان طراحی شده‌اند). برنامه‌های جدید ارتقای سلامت به مجموعه موجود پاداش‌های سازمانی سیستم‌های ارتباطی و آموزش اضافه می‌شوند. به منظور کم کردن آشفتگی‌های سازمانی، باید به بررسی سیاست‌های سازمانی موجود، آیین‌نامه‌ها و برنامه‌ها (خارج از برنامه ارتقای سلامت) پرداخت تا اطمینان حاصل شود که می‌توان آنها را طوری تنظیم کرد که بهتر بتوانند از انتخاب شیوه زندگی سالم پشتیبانی نمایند. به عنوان مثال می‌توان سیستمی را بر پا کرد که از طریق کاهش حق بیمه کارمندان، به انتخاب شیوه زندگی سالم پاداش داد. با این روش، ارتقای سلامت را می‌توان به طور کامل و بدون افزودن مرحله جدیدی از برنامه‌ها و فعالیت‌ها، با فعالیت‌های روزمره تلفیق نمود.

توسعه جو کاری سالم‌تر

بدون مفهوم هویت جمعی، بینش مشترک و دیدگاه مثبت؛ بهره‌وری، نوآوری و روحیه کارکنان دچار آسیب می‌شوند. فعالیت‌های ارتقای سلامت را می‌توان مجدداً طوری سازماندهی کرد که جو کاری سالم‌تری ایجاد شود. برای مثال کلاس‌های

□ به منظور پرورش بهتر دورنمای مشترک، برنامه‌های مشاوره ای تندرستی می‌توانند دربرگیرنده بحث چگونگی تناسب اهداف شخصی با مسیر همه جانبه شرکت باشد.

آمادگی جسمانی می‌توانند در برگیرنده فعالیت‌های خودشناسی قبل و بعد از هر تمرین بدنی باشند.

□ به منظور پرورش بهتر دورنمای مشترک، برنامه‌های مشاوره ای تندرستی می‌توانند دربرگیرنده بحث چگونگی تناسب اهداف شخصی با مسیر همه جانبه شرکت باشد.

□ برای ترویج دیدگاه مثبت تر، خبرنامه‌های سلامتی می‌توانند بر روی موفقیت‌های فردی و سازمانی تأکید نمایند.

□ برای ترویج دیدگاه مثبت‌تر، خبرنامه‌های سلامتی می‌توانند بر روی موفقیت‌های فردی و سازمانی تأکید نمایند.

متأسفانه رویکرد عقل سلیم در مورد تغییر، اثربخش نیست چرا که منحصراً بر روی انگیزه فردی متمرکز است و دیگر این‌که رویکرد عقل سلیم فاقد روشی برای تغییر فرهنگ بنیادی است!

آینده رویکردهای تغییر فرهنگ

عقل سلیم می‌گوید که « هر کس دوست دارد، سالم باشد ». عقل سلیم فرض می‌کند که با علم بر این که سیگار کشیدن مضر است، استفاده از مشروبات الکلی مخرب است و یا داشتن اضافه وزن احتمال سرطان و بیماری قلبی را افزایش می‌دهد افراد فعالیت‌های سلامتی خود را تغییر خواهند داد. متأسفانه رویکرد عقل سلیم در مورد تغییر، اثربخش نیست چرا که منحصراً بر روی انگیزه فردی متمرکز است و دیگر این‌که رویکرد عقل سلیم فاقد روشی برای تغییر فرهنگ بنیادی است!

آنچه در مورد ارتقای سلامت بر مبنای فرهنگ آموخته ایم:

- اصولی بودن. در نظر بگیرید که دو ماهه اول هر سال را به منظور بررسی فرهنگ خود، تعیین اهداف و توسعه تعهد رهبری، انتخاب کرده اید. سپس دو ماه را به معرفی اهداف تغییر فرهنگ اختصاص دهید و از افراد برای راه حل کمک بخواهید. طی ۶ تا ۹ ماه بعدی، این تغییرات را با ساختار فرهنگ تلفیق نمایید. ماه آخر را برای ارزیابی تلاش هایتان، تحسین موفقیت

"تندرستی آنقدر اهمیت دارد که آن را با ترشروی عرضه نکنیم".

از طریق ترکیب تلاش‌ها به منظور ارتقای آگاهی تغییر رفتار و ایجاد محیط‌هایی که از فعالیت‌های درست سلامتی پشتیبانی نمایند، می‌توان تغییر شیوه زندگی را تسهیل نمود (ادانل ۱۹۸۹).

و مخاطب قرار دادن آن جنبه‌هایی از فرهنگ که در مقابل تغییر مقاوم بودند، در نظر بگیرید.

منطبق بودن با نتایج. اگر فعالیت‌ها منجر به تغییرات دائمی و مثبت نشوند و منابع پایان یافت، حداقل سعی کنید که شرایط به وجود آورنده رفتار ناسالم را تغییر دهید.

تفریح کنید. برای ایجاد فرهنگی بی نظیر و عالی که هم سالم و هم مطبوع باشد با یکدیگر همکاری کنید. ما همگی در این مسیر طولانی با هم خواهیم بود. پس بیایید شوخی و تفریح کنیم. به گفته دان آردل "تندرستی آنقدر اهمیت دارد که آن را با ترشروی عرضه نکنیم".

شرکت‌هایی وجود دارند که دارای سابقه طولانی در ارائه یک راه حل برای مشکلات رفتاری پیچیده می‌باشند. شرکت‌ها به راه‌حل‌های همیشگی روی می‌آورند. در کنار انجام یک تحقیق، ایجاد بخشی جدید یا نوشتن سیاست‌های جدید، اگر سازمان نتواند رویکردش را اصلاح نماید، آنگاه خواهید دید که یک شکست چگونه منجر به مجموعه شکست‌های بی پایانی می‌شود که ممکن است باعث شود شرکت ارتقای سلامت را به طور کلی رها کند. از طریق ترکیب تلاش‌ها به منظور ارتقای آگاهی، تغییر رفتار و ایجاد محیط‌هایی که از فعالیت‌های درست سلامتی پشتیبانی نمایند، می‌توان تغییر شیوه زندگی را تسهیل نمود (ادانل ۱۹۸۹).

رویکرد اصولی‌تر مبتنی بر فرهنگ، موجب تقویت تلاش‌های بهبود شیوه زندگی فردی می‌شود. امروزه برنامه‌های تغییر فردی مطابق با جدیدترین روش‌ها شامل فرایند رویکرد تغییر می‌باشد. به عنوان مثال، جیمز پروچاسکا و همکارانش، شش مرحله تغییر

ما باید فرهنگ خودمان را طوری تغییر دهیم که نیاز ما به یکدیگر مانعی برای پیروزی نباشد بلکه مزیتی باشد که مورد تحسین قرار گیرد.

فردی را که در خود ارتقای دایمی ضروری هستند را شناسایی کردند (پروچاسکا، نورکراس و دیکلمنته ۱۹۹۴).

موفقیت = ابتکار فردی + حمایت فرهنگی

آینده رویکردهای تغییر فرهنگ

هرچه ارتقای سلامت بیشتر به کمال برسد، احتمال این که شرکت‌ها شروع به انتخاب رویکردهایی کنند که به طور همزمان بر روی فرآیندهای تغییر فردی و تغییر فرهنگی تمرکز کند، نیز بیشتر است. مطالعات مدرک مهمی در مورد نیاز به ایجاد محیط‌های فرهنگی پشتیبان ارائه می‌دهد (ادانل، بیشاپ و کاپلان ۱۹۹۷).

کار با ارزش‌های فرهنگی، ضوابط، حمایت هم‌سانان حمایت سازمانی و جو کاری به طور عمده موجب افزایش احتمال نتایج مثبت تأیید شده می‌شود. آینده و روح رویکرد مبتنی بر فرهنگ در کلمات رابرت اف آلن خلاصه شده است:

ما باید فرهنگ خودمان را طوری تغییر دهیم که نیاز ما به یکدیگر مانعی برای پیروزی نباشد بلکه مزیتی باشد که مورد تحسین قرار گیرد.

فصل چهارم:

نگاهی به بهداشت و سلامت کارگران در ایران

انتظار می رود که پس از مطالعه این متن بتوانید به سؤالات زیر پاسخ دهید:

- هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم ناشی از حوادث شغلی چه هستند؟
- روند هزینه‌های خسارت ناشی از حوادث شغلی در سال‌های گذشته در کشور چگونه بوده است؟
- بیشترین حوادث شغلی در کدام بخش از صنعت رخ می‌دهد؟
- خصوصیات جمعیتی گروه شایع در حوادث شغلی کدام است؟
- راه‌کارهای کاهش حوادث شغلی از دیدگاه بیمه‌های اجتماعی چیست؟
- قوانین حمایتی از برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار کدامند؟

بسیاری از کارگران بیش از یک سوم زندگی پس از بلوغ خود را در محیط‌های آلوده و خطرناک سپری می‌کنند.

وضعیت موجود سلامت و حوادث شغلی کارگران در ایران مطالعات و تحقیقات کمی در مورد بهداشت و سلامت کارکنان و کارگران کشور موجود است البته بخشی از این مسأله به دلیل دسترسی ضعیف به منابع اطلاعاتی و بخشی دیگر به کمبود عناوین تحقیقاتی ضروری و قابل استفاده در سیاست‌گذاری‌های بخش سلامت بر می‌گردد. از بین موضوعات و عناوین تحقیقاتی انجام شده، گروه مطالعاتی مقاله زیر را برای توصیف و تحلیل این موضوع انتخاب کردند:

ذوالفقاری، مهران. بهداشت حرفه‌ای، تأمین اجتماعی و ضرورت تحول. فصلنامه تأمین اجتماعی. سال پنجم. شماره سیزدهم. تابستان ۸۲

هر چند که معتقدیم نه تکیه بر این منبع کافی است و نه تحقیقات موجود جامع و مانع هستند بلکه این متن تنها دریچه‌ای به موضوع سلامت کارکنان در کشور می‌گشاید تا بیش از پیش، ذینفعان بهداشت و سلامت حرفه‌ای کشور را به تعامل و اظهار نظر در طراحی این بسته خدمتی دعوت کنند. آمار و ارقام مندرج در این متن از گزارش دفتر آمار و محاسبات اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۸۲ استخراج شده است.

بهداشت حرفه‌ای، تأمین اجتماعی و ضرورت تحول

بسیاری از کارگران بیش از یک سوم زندگی پس از بلوغ خود را در محیط‌های آلوده و خطرناک سپری می‌کنند. در گزارش سازمان بهداشت جهانی آمده است که هر سال:

۱. ۱۲۰ میلیون حادثه شغلی؛

۲. ۲۰۰ هزار فوت ناشی از آن؛

در ایران هزینه خسارت های ناشی از حوادث شغلی از ۴/۵ میلیارد ریال در سال ۱۳۷۰ به ۴۲/۵ میلیارد ریال در سال ۱۳۸۰ افزایش یافته است.

بررسی اقتصادی خسارت های ناشی از حوادث شغلی، بیشتر به کوه یخ تشبیه شده است به طوری که نسبت هزینه های مستقیم به غیر مستقیم، یک به چهار است.

۳. ۶۸ تا ۱۵۷ میلیون مورد بیماری ناشی از آلاینده ها؛ رخ می دهد.

در ایران به گزارش دفتر آمار و محاسبات اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۸۲ هزینه خسارت های ناشی از حوادث شغلی از ۴/۵ میلیارد ریال در سال ۱۳۷۰ به ۴۲/۵ میلیارد ریال در سال ۱۳۸۰ افزایش یافته است. بررسی اقتصادی خسارت های ناشی از حوادث شغلی، بیشتر به کوه یخ تشبیه شده است به طوری که نسبت هزینه های مستقیم به غیر مستقیم یک به چهار است. اجزای این هزینه ها عبارت است از:

الف) هزینه های مستقیم (تأمین اجتماعی پرداخت می کند):

۱. خسارت ناشی از وقفه کار

۲. هزینه های درمانی

۳. غرامت

۴. از کارافتادگی جزئی ناشی از کار

۵. از کارافتادگی کلی ناشی از کار

۶. فوت ناشی از کار

ب) هزینه های غیر مستقیم:

۱. کاهش بازده کار

۲. هزینه حمل و نقل، زمان کاری تلف شده

۳. هزینه آموزش و تربیت فرد جانشین

۴. هزینه های اموال و دارایی های منهدم شده: تخریب

ساختمان ها / استهلاک ابزار و تجهیزات / تخریب مواد اولیه و محصولات / معوق ماندن تولید

مطالعات انجام شده بر روی کارگران بیکار و خانواده هایشان و افرادی که دچار بیماری های مزمن و حوادث شغلی ناتوان کننده هستند، نشان می دهد که خسارت ناشی از بیماری ها و

نوع کار، جدول زمان بندی کار، جو حاکم کیفیت فعالیت سازمان و فشار عصبی، از دیگر عوامل مؤثر در بروز حادثه است.

حوادث شغلی تأثیرات عمیقی روی کارگران و خانواده‌هایشان می‌گذارند.

بیشترین میزان وقوع حوادث ناشی از کار در کشور ما با توجه به آمار:

۱. بخش فلزات و صنایع الکتریکی (بیش از ۳۰۰۰ مورد حادثه)

۲. صنایع شیمیایی و نساجی (بیش از ۲۵۰۰ حادثه)

۳. صنایع غذایی و دخانیات (بیش از ۹۰۰ مورد)

۴. خدمات بهداشتی، خدمات آب، گاز و برق

آمار توصیفی در مورد جمعیت در معرض خطر به شرح زیر است:

۱. بیش از ۹۰ درصد مرد بوده‌اند.

۲. مردان کم تحصیل تعداد بیشتری را تشکیل می‌دهند.

۳. بیشترین گروه ۲۵ تا ۲۹ ساله بوده‌اند.

۴. کارگاه‌های بین ۲۰ تا ۴۹ نفر بیشترین حادثه را داشته‌اند. از سال ۱۳۸۰ به سال ۱۳۸۱ ضریب تکرار حادثه ۶/۳ و شدت حادثه ۱۶/۶ درصد رشد داشته است. سه دلیل اصلی بروز وادث ناشی از کار به صورت:

۱. شانس

۲. شرایط ناسالم

۳. عملیات ناسالم ناشی از کار کارکنان؛ ثبت شده است.

نوع کار، جدول زمان بندی کار، جو حاکم، کیفیت فعالیت سازمان و فشار عصبی از دیگر عوامل مؤثر در بروز حادثه است. دو راه حل قانونی برای کاهش خسارت و وقوع حوادث شغلی به پیشنهاد نویسنده مقاله عبارت است از:

□ تعیین میزان پرداختی حق بیمه به نسبت هزینه‌ها و خسارت‌های ناشی از هر شغل (هم‌اکنون نحوه دریافت متعادل است؛

□ کاهش نرخ حق بیمه پرداختی کارفرمایی که توانسته باشد محیط شغلی مناسب برای کارگران ایجاد کند.

بخش دوم: ساختار و قوانین

تا قبل از سال ۱۳۶۲ وزارت کار و امور اجتماعی به استناد ماده ۴۷ قانون کار و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به استناد مواد و آیین‌نامه‌های تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشترکاً بر سلامت نیروی کار و محل کار نظارت داشتند و به منظور جلوگیری از دوباره کاری و تداخل وظایف طی جلسات مکرر کارشناسی و جلب نظر وزارتین کار و امور اجتماعی و بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مصوبه‌ای در تاریخ ۶۲/۱۰/۴ در هیأت دولت به امضا رسید که رسیدگی به مسایل بهداشت محل کار و کارگر از وظایف وزارت بهداشت و رسیدگی به مسایل ایمنی به عهده وزارت کار و امور اجتماعی واگذار گردید.

با تصویب قانون کار جمهوری اسلامی ایران در تاریخ ۶۹/۸/۲۹ و تصویب قانون الزام تأمین اجتماعی، به طور کلی تشکیلات بهداشت حرفه‌ای در سه بخش قابل تفکیک گردید:

۱- وزارت کار و امور اجتماعی

۲- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

۳- سازمان تأمین اجتماعی

وزارت بهداشت درمان
و آموزش پزشکی - دفتر
سلامت محیط و کار
مسئول برنامه ریزی،
نظارت، ارزیابی و کنترل امر
بهداشت و درمان کارگری
وزارت بهداشت می‌باشد.

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - دفتر سلامت محیط و کار

مسئول برنامه ریزی، نظارت، ارزیابی و کنترل امر بهداشت
و درمان کارگری وزارت بهداشت می‌باشد. اهم فعالیت‌های این
دفتر در زمینه بهداشت حرفه‌ای به شرح ذیل است:

□ جمع آوری اطلاعات و آمار مربوط به مسایل بهداشتی
کارگران و محل کار در بخش‌های معدن، صنعتی و کشاورزی و
صنایع روستایی و خدمات از طریق واحدهای اجرایی تحت
پوشش

□ تهیه و تدوین دستورالعمل آیین‌نامه‌های مختلف در
زمینه بهداشت حرفه‌ای

□ تهیه و تدارک وسایل و تجهیزات مورد نیاز بهداشت
حرفه‌ای

□ تعیین خط مشی کلی برنامه‌های بهداشت حرفه‌ای در
سراسر کشور

دفتر سلامت محیط و کار در مراکز استان‌ها و شهرستان‌ها
دارای واحدهای بهداشت حرفه‌ای می‌باشد.

واحد بهداشت حرفه‌ای مرکز بهداشت استان:

این واحد در مراکز استان‌ها دارای پزشک، کارشناس مسئول
بهداشت حرفه‌ای، کارشناس بهداشت حرفه‌ای و کاردان
بهداشت حرفه‌ای می‌باشد که بستگی به گستردگی ظرفیت در
استان‌ها تعداد این افراد متفاوت می‌باشد. اهم فعالیت این واحد
بشرح زیر است:

□ تنظیم برنامه‌های بهداشت حرفه‌ای در مرکز بهداشت
شهرستان

□ نظارت و پیگیری حسن اجرای اهداف بهداشت حرفه‌ای در مراکز بهداشت شهرستان و مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی

□ نظارت بر تشکیل دوره آموزش تربیت بهداشتیاران کار
□ نظارت بر تجهیز خانه حفاظت فنی و بهداشت کار و حسن انجام کار مراکز بهداشت کار و خانه‌های حفاظت فنی و بهداشت کار

واحد بهداشت حرفه‌ای مرکز بهداشت شهرستان:

این واحد دارای کاردان و کارشناس بهداشت حرفه‌ای می‌باشد و شرح وظایف آن عبارت است از:

- اجرای کلیه برنامه‌های بهداشت حرفه‌ای زیر نظر سرپرست مرکز بهداشت شهرستان
- بازدید از مراکز بهداشت کار و خانه‌های حفاظت فنی و بهداشت کار مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی
- همکاری با سایر ادارات و ارگان‌های ذیربط شهرستان

مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی:

وظایف مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی در زمینه خدمات اولیه بهداشتی از جمله بهداشت کار و کارگر و محل کار توسط کاردان‌های بهداشتی به ترتیب اولویت بهداشت حرفه‌ای، بهداشت محیط- بهداشت عمومی- بیماری‌های واگیر صورت خواهد گرفت که شرح آن شامل:

۲۴۴ نگاهی به بهداشت و سلامت کارگران در ایران

- انجام نظارت بر کلیه مسؤولیت‌های مربوط به خانه بهداشت در زمینه بهداشت کار، کارگر و محل کار و وظایف فنی در کارگاه‌های تحت پوشش منطقه
- نمونه‌برداری از آب مورد مصرف بهداشتی و فاضلاب‌های صنعتی کارگاه‌های منطقه و ارسال نتایج به مرکز بهداشت شهرستان
- رسیدگی به ارجاعات مربوط به فعالیت‌های مراکز تحت پوشش و بازدید و ارزیابی موارد ارجاعی
- پذیرش ارجاعات خانه‌های حفاظت فنی و بهداشت کار مستقر در منطقه
- ارائه گزارش و تکمیل فرم‌های منطقه‌ای برای ارسال به مرکز بهداشت شهرستان و مکان‌های لازم به منظور رفع مشکلات
- نظارت بر اجرای صحیح قوانین و موازین مربوط به بهداشت کار و محل کار در کلیه کارگاه‌های بزرگ و کوچک منطقه
- ارجاع موارد پیچیده به مراکز تخصصی و پیگیری‌های مربوطه
- هماهنگی بین پزشک و خانه بهداشت برای پذیرش شاغلین تحت پوشش خانه‌های بهداشت روستایی و خانه‌های حفاظت فنی و بهداشت کار برای انجام معاینات.
- وظایف مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی در زمینه ارائه مراقبت‌های پزشکی به دو صورت انجام می‌گیرد:
 ۱. توسط پزشک مستقر در مرکز
- انجام معاینات ادواری سالانه شاغلین در معرض عوامل زیان آور بر اساس فرم مربوطه

□ انجام معاینات اختصاصی از جمله معاینات در بازگشت به کار پس از غیبت‌های طولانی و یا غیبت‌های کوتاه و مکرر

۲. انجام برخی آزمایشات پاراکلینیکی مرتبط با فعالیت‌های بهداشت حرفه‌ای برای افرادی که مورد معاینات پزشکی قرار می‌گیرند.

خانه بهداشت روستایی:

وظایف خانه بهداشت روستایی در زمینه خدمات اولیه بهداشتی از جمله کار و کارگر و محل کار توسط بهورز ارایه می‌گردد و به قرار زیر است:

- جمع‌آوری اطلاعات آماری شاغلین
- تشکیل پرونده بهداشتی برای کارگاه
- جلب مشارکت کارفرمایان و خویش‌فرمایان در اجرای موازین بهداشت کار و کارگر و محل کار و حفاظت فنی
- شناسایی عوامل زیان‌آور محل کار و ارایه طریق به منظور کنترل آن در حد آموزش‌های فراگرفته
- انجام کمک‌های اولیه در صورت بروز حادثه
- راهنمایی در بهسازی محل کار از قبیل ایجاد و یا بهداشتی کردن توالت، سالم‌سازی آب آشامیدنی، جمع‌آوری و دفع صحیح زباله و فاضلاب واحدهای تولیدی بر مبنای آموزش‌های دیده شده
- ارجاع مواردی که از عهده بهورز خارج است به مراکز بهداشتی درمانی روستایی
- مراقبت‌های بهداشتی مادران شاغل در حین کار

- بیمار یابی در محل کار و ارجاع موارد مشکوک به مرکز بهداشتی درمانی روستایی و پیگیری دستوراتی که از مرکز بهداشتی درمانی صادره شده است
- کمک به انجام معاینات دوره‌ای که توسط مرکز بهداشتی درمانی روستایی انجام می‌شود
- نظارت مستمر بر استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی و سیستم‌های حفاظتی و ایمنی دستگاه‌ها و منابع خطر ساز
- کنترل کارت بهداشتی کارکنانی که به نحوی با مواد غذایی سروکار دارند و در صورت لزوم معرفی آنان به مرکز بهداشتی درمانی روستایی برای صدور یا تمدید کارت
- اخذ ثبت شکایات واصله و ارسال آن از طریق مرکز بهداشتی درمانی روستایی به مرکز بهداشت شهرستان

وزارت کار و امور اجتماعی اداره کل بازرسی کار

- وزارت کار مسئول تأمین حفاظت فنی و ایمنی در صنعت می‌باشد. اهم فعالیت‌های این اداره کل به شرح زیر است:
- تهیه طرح و آیین نامه‌های حفاظتی برای کارگاه‌های شمول قانون کار
- مطالعه و تحقیق در زمینه استانداردهای حفاظتی موجود در سایر کشورها
- بررسی برنامه‌ها و نقشه‌های کارگاه‌های جدیدالتأسیس و یا در حال گسترش به منظور حصول اطمینان از پیش بینی امور مربوط به حفاظت و بهداشت کار
- رسیدگی به گزارشات حوادث کار و تجزیه و تحلیل مفاد آن و تهیه دستورالعمل‌های لازم
- تهیه و تنظیم آمار حوادث

- نظارت در تشکیل کمیته‌های حفاظتی در کارگاه‌ها
- رسیدگی و اظهار نظر درباره گزارش بازرس کار و جمع آوری اطلاعات مربوط به بازرسی کار

سازمان تأمین اجتماعی واحد خدمات بهداشتی و طب کار

با توجه به قانون تأمین اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی مسئول ارائه خدمات درمانی به کارگران بیمه شده می‌باشد. شرح وظایف واحد خدمات بهداشتی و طب کار به شرح زیر است:

- برنامه‌ریزی لازم به‌منظور انجام معاینات دوره‌ای و معاینات مشاغل سخت و زیان آور
- توانبخشی حرفه‌ای، جسمی، اجتماعی و روانی بیمه شدگان تأمین اجتماعی بر اساس دستورالعمل‌های صادره
- انجام برنامه‌های بهداشتی و حمایت از مادران به ویژه در دوران بارداری و وخامت حال فرزند
- ارزشیابی خدمات پزشکی بهداشتی و ایمن سازان و سایر اشخاص حقیقی و حقوقی دولتی و غیر دولتی بر اساس دستورالعمل‌های صادره در سطح استان
- جمع آوری آمار و اطلاعات لازم در زمینه جمعیت بیمه شدگان، میزان شیوع بیماری‌ها و حوادث، آمار شورای پزشکی در سطح سازمان و ارسال به ستاد مرکزی
- ایجاد هماهنگی لازم با تمام سازمان‌هایی که به نحوی در تأمین و ارتقای سلامتی بیمه شدگان در سطح استان یا شهرستان مؤثرند.

خانه حفاظت فنی و بهداشت کار

کلیه کارگاه‌ها با جمعیت بیش از ۵۰ نفر، مکلف به تأسیس خانه حفاظت فنی و بهداشت کار طبق دستورالعمل‌های مربوطه می‌باشند.

ارایه خدمات حفاظتی فنی و بهداشت کار، کارگر و محل کار مجموعاً از وظایف مشترک وزارت کار و امور اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان تأمین اجتماعی می‌باشد. کلیه کارگاه‌ها با جمعیت بیش از ۵۰ نفر، مکلف به تأسیس خانه حفاظت فنی و بهداشت کار طبق دستورالعمل‌های مربوطه می‌باشند.

وظایف خانه حفاظت فنی و بهداشت کار توسط افرادی صورت می‌گیرد که دارای توانایی‌های لازم در زمینه حفاظت فنی (مورد تأیید وزارت کار و امور اجتماعی) و همچنین بهداشت کار (مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) باشند.

وظایف خانه حفاظت فنی و بهداشت کار توسط افرادی صورت می‌گیرد که دارای توانایی‌های لازم در زمینه حفاظت فنی (مورد تأیید وزارت کار و امور اجتماعی) و همچنین بهداشت کار (مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) باشند.

برنامه آموزشی مورد نظر برای این افراد توسط دو وزارتخانه کار و امور اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان تأمین اجتماعی تهیه و به مورد اجرا در خواهد آمد. هزینه خدمات و برنامه‌های اجرایی در خانه حفاظت فنی و بهداشت کار به عهده کارفرما می‌باشد (ماده ۹۵-۱۵۶ قانون کار و آیین نامه‌های مربوطه).

وظایف خانه حفاظت فنی و بهداشت کار:

- جمع آوری اطلاعات و آمار واحدهای مختلف و تکمیل فرم‌های مصرف و تشکیل پرونده کارگاه
- تشکیل پرونده پزشکی برای شاغلین
- آموزش بهداشت عمومی و کلیات حفاظت فنی و بهداشت کار، کارگر و محل کار به نیروی انسانی شاغل در کارگاه

- بازدید منظم از تأسیسات بهداشتی رفاهی و سیستم‌های حفاظتی و ایمنی و تهیه گزارش نواقص و پیگیری در جهت رفع آنها
- بررسی وضعیت آب آشامیدنی و تهیه گزارش و ضد عفونی کردن و تعیین مقدار کلر باقیمانده آن بر اساس توصیه‌های انجام گرفته از طرف مقامات بهداشتی
- کنترل کارت بهداشتی کارکنانی که به نحوی با مواد غذایی سروکار دارند و در صورت لزوم معرفی آنان به مراکز بهداشتی برای صدور و یا تمدید کارت بهداشتی
- نظارت و همکاری به منظور کنترل کیفیت مواد غذایی مورد مصرف
- جلب همکاری و مشارکت کارکنان و مسئول کارگاه برای پیشبرد برنامه‌های حفاظت فنی و بهداشت کار و محل کار
- همکاری با مسئولین بهداشتی درمانی و اداره کار در زمینه‌های مربوطه
- انجام کمک‌های اولیه و ارجاعات فوری در موارد لزوم به مرکز حفاظت فنی و بهداشت کار و یا مراکز بهداشتی درمانی
- تأمین اجتماعی و یا مرکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی
- تجویز داروهای اولیه در حد دارونامه مصوب مراقبت‌های اولیه بهداشتی
- درخواست ارایه خدمات حفاظت فنی و بهداشت کار کارگر و محیط کار و همچنین خدمات درمانی دارویی و تجهیزاتی از واحد اجرایی مافوق و یا مؤسسات خصوصی
- ذیصلاح در موارد لزوم
- آماده کردن شاغلین به منظور انجام معاینات پزشکی در ارجاع غیر فوری

مرکز حفاظت فنی و بهداشت کار در کارگاه‌های بزرگ به صورت مستقل و در منطقه‌ای که مجموعه‌ای از کارگاه‌ها در آن قرار دارد به صورت مشترک و در هر حال با هزینه کار فرما باید تأسیس شود.

- در صورت لزوم پیشنهاد تشکیل کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار به مسئولین مربوطه موضوع ماده ۹۳ قانون و شرکت در جلسات مذکور
- اعلام و تهیه گزارش در صورت وقوع حادثه و ارایه آن به واحد ذیربط
- اعمال سیاست‌هایی به منظور جلوگیری از انتقال بیماری و یا عوامل زیان آور محیط کار به منزل و بالعکس
- نظارت و پیگیری لازم برای رفع نواقص بهداشت کار کارگر و محیط کار، حفاظت فنی و گزارش آن به مسئولین ذیربط و کارفرما در موارد لزوم (موضوع ماده ۸۵ قانون کار)
- نظارت مستمر بر استفاده صحیح از وسایل حفاظتی مناسب برای ماشین آلات، کارکنان محل کار و وسایل اطفای حریق
- انجام سایر وظایف محوله از طرف مسئولان مربوطه در ارتباط با حفاظت فنی بهداشت کار، کارگر و محل کار

مرکز حفاظت فنی و بهداشت کار

مرکز حفاظت فنی و بهداشت کار در کارگاه‌های بزرگ به صورت مستقل و در منطقه‌ای که مجموعه‌ای از کارگاه‌ها در آن قرار دارد به صورت مشترک و در هر حال با هزینه کار فرما باید تأسیس شود. این مرکز یک یا چند خانه حفاظت فنی و بهداشت کار را در بر می‌گیرد. مرکز حفاظت فنی و بهداشت کار در یک منطقه کلیه زمینه‌های حفاظت فنی بهداشت کار و کارگر و محل کار را سرپرستی و نظارت می‌نماید. وظایف این مرکز عمدتاً توسط پزشک، کارشناس و کاردان بهداشت حرفه‌ای انجام می‌گیرد.

- انجام معاینات پزشکی دوره‌ای کارگران و درج نتایج در پرونده‌های بهداشتی افراد
- نظارت و کنترل بهداشت عمومی و محل کار
- درمان بیماری‌های ساده علامتی
- اجرای برنامه‌ها و دستورالعمل‌های بهداشت کار، کارگر و محیط کار از قبیل نمونه برداری، ارزشیابی، رایه طریق و روش‌های کنترل کلیه عوامل زیان آور طبق دستورالعمل‌ها و استانداردهای موجود اعلام شده از طرف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- بهبود شرایط کار از نظر نوع شغل، نوع ابزار مورد مصرف، محل انجام کار، سن و جنس کارگر، ساعات کار و مسایلی از قبیل نوبت کاری، کاربری و تسهیل کارها
- رایه خدمات تنظیم خانواده و کنترل جمعیت
- رایه خدمات مربوط به مراقبت مادران و کودکان آنان در کارگاه‌هایی که زنان شاغل هستند
- آموزش حفاظت فنی و بهداشت کار و کارگر و محل کار
- ایمن سازی بر علیه بیماری‌های عمده عفونی بر اساس دستورالعمل‌های صادره از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- رایه کمک‌های اولیه در هنگام بروز حادثه، سوانح و مسمومیت‌ها در محیط کار
- به کارگیری و رعایت کلیه دستورالعمل‌ها و ضوابط اعلام شده از اداره کار در زمینه مسایل حفاظت فنی
- بازرسی و نظارت بر ایمن بودن ماشین آلات و شرایط عمومی در محل کار

□ ارایه گزارش نواقص ایمنی و بهداشتی کارگاه به کارفرما برای رفع و انعکاس آن به اداره کار و مرکز بهداشت شهرستان

□ پذیرش ارجاعات فوری و غیر فوری از خانه حفاظت فنی و بهداشت کار

□ نظارت مستمر بر فعالیتهای خانه حفاظت فنی و بهداشت کار و همکاری در حسن اجرای برنامه‌ها

تذکر: مرکز بهداشت تأمین اجتماعی و همچنین مرکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی به دلیل هم سطح بودن با مرکز حفاظت فنی و بهداشت کار، در مواقعی که مرکز حفاظت فنی و بهداشت کار توسط کارفرما تأسیس نگردیده، دارای وظایف مشابهی هستند که بر حسب کثرت خانه‌های حفاظت فنی و بهداشت کار و همچنین تعداد کارگران منطقه، دارای امکانات پرسنلی و تجهیزاتی بر حسب نظر شورای هماهنگی حفاظت فنی و بهداشت کار شهرستان خواهند بود.

فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده در چارچوب قوانین و شرح وظایف هر یک از ارگان‌های ذیربط انجام می‌پذیرد که اهم این قوانین و مقررات به شرح ذیل می‌باشد:

فصل چهارم قانون کار- حفاظت فنی و بهداشت کار

۱- ماده ۸۵ قانون کار- برای نیروی انسانی و منابع مادی کشور، رعایت دستورالعمل‌هایی که از طریق شورای عالی حفاظت فنی برای تأمین حفاظت فنی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای جلوگیری از بیماری‌های حرفه‌ای و تأمین بهداشت کار و کارگر و محل کار تدوین می‌شود، برای کلیه کارگاه‌ها، کارفرمایان، کارگران و کارآموزان الزامی است.

۲- ماده ۹۱- کارفرمایان و مسئولان کلیه واحدهای موضوع ماده ۸۵ این قانون باید بر اساس مصوبات شورای عالی حفاظت فنی برای تأمین، حفاظت و سلامت و بهداشت کارگران در محیط کار وسایل و امکانات لازم را تهیه و در اختیار آنان قرار داده و چگونگی کاربرد وسایل فوق‌الذکر را به آنان بیاموزند و در خصوص رعایت مقررات حفاظتی و بهداشتی نظارت نمایند. افراد مذکور نیز ملزم به استفاده و نگهداری از وسایل حفاظتی و بهداشتی فردی و اجرای دستورالعمل‌های مربوط به کارگاه می‌باشند

۳- ماده ۹۲- کلیه واحدهای موضوع ماده ۸۵ این قانون که شاغلین در آنها به اقتضای نوع کار در معرض بروز بیماری‌های ناشی از کار قرار دارند باید برای همه افراد مذکور پرونده پزشکی تشکیل دهند و حداقل سالی یک بار توسط مراکز بهداشتی درمانی معاینه و آزمایش‌های لازم را به عمل آورند و نتیجه را در پرونده مربوطه ضبط نمایند.

۴- ماده ۹۵- مسئولیت اجرای مقررات و ضوابط فنی و بهداشت کار برعهده کارفرما یا مسئولین واحدهای موضوع ذکر شده در ماده ۸۵ این قانون خواهد بود. هرگاه بر اثر عدم رعایت مقررات مذکور از سوی کارفرما یا مسئولین واحد، حادثه‌ای رخ دهد، شخص کارفرما یا مسئول مذکور از نظر کیفی و حقوقی و نیز مجازات‌های مندرج در این قانون مسئول است.

تبصره ۲- چنانچه کارفرما یا مدیران واحدهای موضوع ماده ۸۵ این قانون برای حفاظت فنی و بهداشتی کار وسایل و امکانات لازم را در اختیار کارگر قرار داده باشند و کارگر با وجود آموزش‌های لازم و تذکرات قبلی بدون توجه به دستورالعمل و مقررات موجود از آنها

استفاده ننماید، کارفرما مسؤولیتی نخواهد داشت. در صورت بروز اختلاف، رأی هیأت حل اختلاف نافذ خواهد بود.

ماده ۱۰۱- گزارش بازرسان کار و کارشناسان بهداشت کار در موارد مربوط به حدود وظایف و اختیاراتشان، در کل گزارش ضابطین دادگستری خواهد بود.

ماده ۱۰۵- هر گاه در حین بازرسی به تشخیص بازرس کار یا کارشناس بهداشت حرفه‌ای احتمال وقوع حادثه و یا بروز خطر در کارگاه داده شود، بازرس کار یا کارشناس بهداشت حرفه‌ای مکلف هستند مراتب را فوراً کتباً به کارفرما یا نماینده او و نیز به رییس مستقیم خود اطلاع دهند.

فصل سوم - مبحث چهارم شرایط کار زنان

ماده ۷۵- قانون کار: انجام کارهای خطرناک، سخت و زیان آور و نیز حمل بار بیشتر از حد مجاز با دست و بدون استفاده از وسایل مکانیکی برای کارگران زن ممنوع است. دستورالعمل و تعیین نوع و میزان این قبیل موارد با پیشنهاد شورای عالی کار به تصویب وزیر کار و امور اجتماعی خواهد رسید.

فصل سوم مبحث پنجم شرایط کار نوجوانان:

ماده ۸۰- اگر کارگری بین ۱۵ تا ۱۸ سال تمام باشد کارگر نوجوان نامیده می‌شود و در بدو استخدام باید توسط سازمان تأمین اجتماعی مورد آزمایش‌های پزشکی قرار گیرد.

ماده ۸۱- آزمایش‌های پزشکی کارگر نوجوان حداقل باید سالی یک بار تجدید شود و مدارک مربوط در پرونده استخدامی وی ضبط گردد. پزشک درباره تناسب نوع کار با توانایی کارگر نوجوان اظهار نظر می‌کند و چنانچه کار مربوط را نامناسب بداند، کارفرما مکلف است در حدود امکانات خود شغل کارگر را تغییر دهد.

ماده ۸۳- ارجاع هر نوع کار اضافی و انجام کار در شب و نیز ارجاع کار سخت و زیان آور و خطرناک و حمل بار با دست بیش از حد مجاز و بدون استفاده از وسایل مکانیکی برای کارگر نوجوان ممنوع است.

قوانین تأمین اجتماعی شامل:

ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی - در صورتی که ثابت شود وقوع حادثه مستقیماً ناشی از عدم رعایت مقررات حفاظت فنی و بروز بیماری ناشی از عدم رعایت مقررات بهداشتی و احتیاط لازم از طرف کارفرما یا نمایندگان او بوده، سازمان تأمین خدمات درمانی و سازمان هزینه‌های مربوط به معالجه و غرامات و مستمری‌ها و غیره را پرداخته و طبق ماده ۵۰ این قانون، از کارفرما وصول خواهد نمود.

ماده ۸۸ - انجام خدمات بهداشتی مربوط به محل کار به عهده کارفرمایان است. بیمه شدگانی که در محل کار با موادزیان آور از قبیل گازهای سمی، اشعه و غیره تماس داشته باشند، باید حداقل هر سال یک بار از طرف سازمان تأمین خدمات درمانی معاینه پزشکی شوند.

ماده ۹۰ - افراد شاغل در کارگاه‌ها باید قابلیت و استعداد جسمانی متناسب با کارهای مرجوع داشته باشند.

بدین منظور کارفرمایان مکلفند قبل از به کار گماردن ترتیب معاینه پزشکی آنها را بدهند.

ماده ۳ - تأمین اجتماعی موضوع این قانون شامل موارد زیر می‌باشد:

- حوادث و بیماری‌ها
- از کار افتادگی
- بارداری
- بازنشستگی
- غرامت دستمزد
- مرگ

ماده ۲ - آیین نامه اجرایی قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی: تعهدات قانونی شامل:

الف) انجام کلیه خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی بیمارستانی اعم از پزشکی و دندانپزشکی برای بیماران مشمول قانون تأمین اجتماعی؛

ج - توانبخشی و تجدید فعالیت بیمه شدگان آسیب دیده که قدرت کار خود را از دست داده‌اند و اقدام بر اشتغال آنان به کارهای مناسب.

آیین نامه داخلی شورای عالی حفاظت فنی^۱

مصوب ۱۳۷۰/۶/۲۳

- ماده (۱)** در اجرای تبصره ۲ ماده ۸۶ قانون کار جمهوری اسلامی ایران. آیین نامه داخلی شورای عالی حفاظت فنی با رعایت موارد زیر تدوین می گردد:
- ماده (۲)** شورای عالی حفاظت فنی هر ماه یک بار به ریاست وزیر کار و امور اجتماعی و یا معاون ایشان در وزارت کار و امور اجتماعی تشکیل می شود و در صورت لزوم، جلسات فوق العاده به تصمیم رییس شورا برگزار می گردد.
- ماده (۳)** جلسات شورا با حضور حداقل ۱۰ نفر از اعضای رسمیت می یابد و تصمیمات شورا با آرای ۷ نفر از اعضای حاضر در جلسه معتبر می باشد.
- تبصره- حضور مشاورین اعضای شورای عالی حفاظت فنی در جلسات شورا بدون حق رأی بلامانع می باشد.
- ماده (۴)** در صورتی که هر یک از اعضای شورا سه جلسه متوالی و یا پنج جلسه متناوب در سال بدون عذر موجه در جلسه شرکت نمایند، وزیر کار و امور اجتماعی برای اخذ تصمیم مقتضی مراتب را به سازمان مربوطه اعلام می نماید.
- ماده (۵)** شورای عالی حفاظت فنی دارای دبیرخانه ای تحت نظر و اداره مدیر کل بازرسی کار خواهد بود که تهیه و تنظیم دستور جلسات، صورت جلسات، دعوت از اعضا، تنظیم امور دفتری، انجام تصمیمات لازم، حفظ و نگهداری و ثبت اوراق و اسناد و مصوبات و اعلام تصمیمات شورای عالی را عهده دار خواهد بود.
- تبصره ۱- دبیر شورای عالی حفاظت دستور جلسات را با نظر رییس شورا تنظیم و ۱۵ روز قبل از تشکیل هر جلسه و در مواقع ضروری ۷۲ ساعت قبل از تشکیل جلسه به اطلاع اعضا می رساند. رییس شورا می تواند در صورت فوریت، موضوعات جدیدی را در جلسه به عنوان دستور جلسه مطرح نماید.
- تبصره ۲- دبیر شورا موظف است خلاصه مذاکرات و تصمیمات شورا را در دفتر ثبت و به امضای اعضای شرکت کننده در جلسه برساند.

ارتقای سلامت در محل کار ۲۵۷

ماده ۶) موازین و ضوابط و مقررات شورای عالی حفاظت فنی پس از تصویب وزیر کار و امور اجتماعی به عنوان آیین‌نامه و دستورالعمل حفاظت فنی برای اطلاع عموم در روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران آگهی خواهد شد.

ماده ۷) شورا می‌تواند در موارد ضروری و به منظور انجام بررسی‌های لازم نسبت به مسائلی که نیاز به اظهار نظر کارشناسی دارد، اقدام به تشکیل کمیته‌های تخصصی نماید.

ماده ۸) حق حضور اعضای شورای عالی فنی و کمیته‌های تخصصی شورا توسط وزیر کار و امور اجتماعی تعیین و ابلاغ می‌گردد.

این آیین‌نامه مشتمل بر ۸ ماده و ۳ تبصره در جلسه مورخ ۱۳۷۰/۶/۲۳ شورای عالی حفاظت فنی مطرح و به تصویب وزیر کار و امور اجتماعی رسید.

آیین‌نامه مربوط به انتخاب اساتید دانشگاه، نمایندگان کارگران، نمایندگان مدیران صنایع برای عضویت در شورای عالی حفاظت فنی - فنی

مصوب ۱۳۷۰/۶/۲۳

ماده ۱) در اجرای تبصره ۳ ماده ۸۶ قانون کار جمهوری اسلامی ایران و با رعایت مقررات این آیین‌نامه اساتید دانشگاه نمایندگان کارگران و مدیران صنایع برحسب درخواست وزارت کار و امور اجتماعی به ترتیب زیر انتخاب و معرفی می‌گردند:

الف- وزیر فرهنگ و آموزش عالی دو نفر از اساتید با تجربه دانشگاه در رشته‌های فنی را به عنوان عضو شورای عالی حفاظت فنی معرفی می‌نماید.

ب- کانون عالی شوراهای اسلامی کار، کانون عالی انجمن‌های صنفی کارگران و یا مجمع نمایندگان کارگران با رعایت تبصره یک ماده ۱۳۶ دو نفر نمایندگان کارگران را به عنوان عضو شورای عالی حفاظت معرفی می‌نماید.

ج- کانون عالی انجمن‌های صنفی کارفرمایان با رعایت آیین‌نامه موضوع تبصره ۶ ماده ۱۴۱ دو نفر از مدیران صنایع را به عنوان عضو شورای عالی حفاظت فنی معرفی می‌نماید.

ماده ۲) عضویت اساتید دانشگاه، نمایندگان کارگران و مدیران صنایع در شورای عالی حفاظت فنی به مدت دو سال بوده و تمدید انتخاب آنان بلامانع است.

تبصره- یک نفر از نمایندگان کارگران و یک نفر از مدیران صنایع در شورای عالی حفاظت فنی ترجیحاً از بخش کشاورزی خواهد بود.

ماده ۳) احکام عضویت نمایندگان کارگران و مدیران صنایع در شورای عالی حفاظت فنی توسط وزیر کار و امور اجتماعی صادر می گردد.

این آیین نامه مشتمل بر ۳ ماده و ۳ بند و یک تبصره در جلسه مورخ ۷۰/۶/۲۳ شورای عالی حفاظت فنی تهیه و به تصویب وزیر کار و امور اجتماعی رسید.

آیین نامه کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار

مصوب ۱۳۷۴/۴/۱۱

ماده ۱) به منظور تأمین مشارکت کارگران و کارفرمایان و نظارت بر حسن اجرای مقررات، حفاظت فنی و بهداشت کار صیانت نیروی انسانی و منابع مادی کشور در کارگاه های مشمول و همچنین پیشگیری از حوادث و بیماری های ناشی از کار، حفظ و ارتقای سلامتی کارگران و سالم سازی محیط های کار، تشکیل کمیته های حفاظت فنی و بهداشت کار با رعایت ضوابط و مقررات مندرج در این آیین نامه در کارگاه های کشور الزامی است.

ماده ۲) در کارگاه هایی که دارای ۲۵ نفر کارگر باشند، کارفرما مکلف است کمیته ای به نام کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار در کارگاه با اعضای ذیل تشکیل دهد:

۱- کارفرما یا نماینده تام الاختیار او

۲- نماینده شورای اسلامی کار یا نمایندگان کارگران کارگاه

۳- مدیر فنی و در صورت نبودن او یکی از سر استادکاران کارگاه

۴- مسؤول حفاظت فنی

۵- مسؤول بهداشت حرفه ای.

تبصره ۱- مسؤول حفاظت فنی می بایستی ترجیحاً از فارغ التحصیلان رشته فنی و ایمنی کار باشد.

تبصره ۲- مسؤول بهداشت حرفه ای می بایستی ترجیحاً فارغ التحصیل بهداشت حرفه ای یا پزشک عمومی مورد تأیید مرکز بهداشت شهرستان باشد.

ارتقای سلامت در محل کار ۲۵۹

تبصره ۳- اعضای کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار با هزینه کارفرما بایستی در برنامه‌های آموزشی و بازآموزی مربوط به حفاظت فنی و بهداشت کار که توسط ارگان‌های ذیربط برگزار می‌گردد، شرکت نمایند.

تبصره ۴- در کارگاه‌هایی که بین ۲۵ تا ۱۰۰ نفر کارگر داشته باشند، در صورتی که یک یا دو نفر از اعضای کمیته در کارگاه حضور نداشته باشند، جلسه کمیته با حداقل سه نفر از افراد مذکور تشکیل می‌گردد مشروط بر آنکه در این کمیته مسئول حفاظت فنی یا مسئول بهداشت حرفه‌ای حضور داشته باشد.

ماده ۳) در کارگاه‌هایی که کمتر از ۲۵ نفر کارگر دارند و نوع کار آنها ایجاب نماید، با نظر مشترک و هماهنگی بازرس کار و کارشناس بهداشت حرفه‌ای محل، کارفرما مکلف به تشکیل کمیته مذکور خواهد بود.

تبصره ۱- در اینگونه کارگاه‌ها، کمیته مذکور با سه نفر از اعضا به شرح ذیل تشکیل می‌گردد:

۱- کارفرما یا نماینده تام‌الاختیار او

۲- نماینده شورای اسلامی کار یا نماینده کارگران کارگاه

۳- مسئول حفاظت فنی و بهداشت حرفه‌ای

تبصره ۲- صلاحیت مسئول حفاظت فنی و بهداشت حرفه‌ای برای اینگونه کارگاه‌ها باید به تأیید اداره کار و مرکز بهداشت محل برسد.

تبصره ۳- در کلیه کارگاه‌هایی که کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار با سه نفر تشکیل می‌گردد، مسئول حفاظت فنی و بهداشت حرفه‌ای می‌تواند یک نفر باشد مشروط بر آنکه پس از آموزش‌های لازم که با هزینه کارفرما توسط مرکز بهداشت و یا اداره کار محل حسب مورد تشکیل می‌گردد، شرکت نموده و گواهی‌نامه لازمه را دریافت نماید.

ماده ۴) جلسات کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار باید لااقل هر ماه یک بار تشکیل گردد و در اولین جلسه خود نسبت به انتخاب یک نفر دبیر از میان اعضای کمیته اقدام نمایند. تعیین زمان جلسات و تنظیم صورت جلسات کمیته به عهده دبیر جلسه خواهد بود.

تبصره ۱- در مواقع ضروری یا زودتر از موعد با پیشنهاد مدیر کارخانه یا مسئول حفاظت فنی و یا مسئول بهداشت حرفه‌ای کمیته تشکیل خواهد شد.

۲۶۰ نگاهی به بهداشت و سلامت کارگران در ایران

- تبصره ۲- در صورتی که کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار احتمال وقوع حادثه یا بیماری ناشی از کار را برای کارگاه تشخیص دهد، باید فوراً اقدام به تشکیل جلسه نموده و موارد را ضمن اعلام به کارفرما به اداره کار و مرکز بهداشت مربوطه اعلام نماید.
- تبصره ۳- کارفرما مکلف است یک نسخه از تصمیمات کمیته مذکور و همچنین صورت جلسات تنظیم شده را به اداره کار و مرکز بهداشت مربوطه ارسال نماید.
- ماده ۵** وظایف کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار به شرح ذیل است:
- ۱- طرح مسایل و مشکلات حفاظتی و بهداشتی در جلسات کمیته و ارائه پیشنهادات لازم به کارفرما برای رفع نواقص و سالم سازی محل کار
 - ۲- انعکاس کلیه ایرادات و نواقص حفاظتی و بهداشتی و پیشنهادات لازم برای رفع آنها به کارفرمای کارگاه
 - ۳- همکاری و تشریک مساعی با کارشناسان بهداشت حرفه‌ای و بازرسان کار برای اجرای مقررات حفاظتی و بهداشت کار
 - ۴- توجیه و آشناسازی کارگران نسبت به رعایت مقررات و موازین بهداشتی و حفاظتی در محل کار
 - ۵- همکاری با کارفرما در تهیه دستورالعمل‌های لازم برای انجام کار مطمئن، سالم و بدون خطر و همچنین استفاده صحیح از لوازم، تجهیزات بهداشتی و حفاظتی در محل کار.
 - ۶- پیشنهاد به کارفرما برای تشویق کارگرانی که در امر حفاظت فنی و بهداشت کار علاقه و جدیت دارند.
 - ۷- پیگیری لازم به منظور تهیه و ارسال صورت جلسات کمیته و همچنین فرم‌های مربوط به حوادث ناشی از کار و بیماری‌های ناشی از کار به ارگان‌های ذیربط.
 - ۸- پیگیری لازم در انجام معاینات قبل از استخدام و معاینات ادواری به منظور پیشگیری از ابتلای کارگران به بیماری‌های ناشی از کار و ارائه نتایج حاصله به مراکز بهداشت مربوطه.
 - ۹- اعلام موارد مشکوک به بیماری‌های حرفه‌ای از طریق کارفرما به مرکز بهداشت مربوطه و همکاری در تعیین شغل مناسب برای کارگرانی که به تشخیص شورای پزشکی به بیماری‌های حرفه‌ای مبتلا شده و یا در معرض ابتلا قرار دارند (موضوع تبصره ۱ ماده ۹۲ قانون کار).

ارتقای سلامت در محل کار ۲۶۱

- ۱۰- جمع آوری آمار و اطلاعات مربوطه از نقطه نظر مسایل حفاظتی و بهداشتی و تنظیم و تکمیل فرم صورت نواقص موجود در کارگاه.
 - ۱۱- بازدید و معاینه ابزار کار وسایل حفاظتی و بهداشتی در محل کار و نظارت بر حسن استفاده از آنها.
 - ۱۲- ثبت آمار حوادث و بیماری‌های ناشی از کار کارگران و تعیین ضریب تکرار و ضریب شدت سالانه حوادث.
 - ۱۳- نظارت بر ترسیم نمودار میزان حوادث و بیماری‌های حرفه‌ای و هم‌چنین نصب پوستره‌های آموزشی بهداشتی و حفاظتی در محل کار.
 - ۱۴- اعلام کانون‌های ایجاد خطرات حفاظتی و بهداشتی در کارگاه.
 - ۱۵- نظارت بر نظم و ترتیب و آرایش مواد اولیه و محصولات و استقرار ماشین‌آلات و ابزار کار به نحو صحیح و ایمن و هم‌چنین تطابق صحیح کار و کارگر در محل کار.
 - ۱۶- تعیین خط مشی روشن و منطبق با موازین حفاظتی و بهداشتی بر حسب شرایط اختصاصی هر کارگاه برای حفظ و ارتقای سطح بهداشت و ایمنی در محل کار و پیگیری از ایجاد حوادث احتمالی و بیماری‌های شغلی.
 - ۱۷- تهیه و تصویب و صدور دستورالعمل‌های اجرایی حفاظتی و بهداشتی برای اعمال در داخل کارگاه در مورد پیشگیری از ایجاد عوارض و بیماری‌های ناشی از عوامل فیزیکی، شیمیایی، ارگونومیک، بیولوژیکی و روانی در محل کار.
- ماده ۶** وجود کمیته فنی و بهداشت کار و مسئولین حفاظت و بهداشت حرفه‌ای در کارگاه به هیچ وجه رافع مسئولیت های قانونی کارفرما در قبال مقررات وضع شده نخواهد بود.
- ماده ۷** این آیین نامه در ۷ ماده و ۱۰ تبصره به استناد ماده ۹۳ قانون کار جمهوری اسلامی ایران توسط وزارت خانه‌های کار و امور اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه شده و در تاریخ ۱۳۷۴/۴/۱۱ به تصویب وزرای کار و امور اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسید.
- قانون شمول مقررات قانون کار و حفاظت فنی و بهداشت کار در مورد کارکنان و اتباع خارجی نهادهای انقلاب و مؤسساتی که تولیدات غیر تسلیحاتی دارند

مصوب ۱۳۶۹/۹/۱۹

ماده واحده) از تاریخ تصویب این قانون کلیه قوانین و مقررات مربوط به حفاظت فنی و بهداشت کار و نیز مقررات مربوط به حفاظت فنی و بهداشت کار و نیز مقررات مربوط به اشتغال اتباع خارجی در مورد آن دسته از کارکنانی که در نهادهای انقلاب به کار اشتغال دارند و مشمول مقررات استخدامی خاص نمی‌باشند، لازم الاجرا خواهد بود.

تبصره ۱- کارکنان واحدهای تولیدی، صنعتی و خدماتی وابسته به نهادهای انقلاب و یا سایر مؤسسات که تولیدات غیرتسلیحاتی دارند، مشمول کلیه مقررات قانون کار خواهند بود.

تبصره ۲- چنانچه اجرای این قانون هزینه‌ای در بر داشته باشد، از اعتبارات و امکانات موجود دستگاه ذیربط استفاده خواهد شد.

تبصره ۳- از تاریخ تصویب این قانون کلیه قوانین و مقررات مغایر با این قانون لغو می‌گردد.

قانون فوق مشتمل بر ماده واحده و سه تبصره در جلسه علنی روز دوشنبه مورخ نوزدهم آذر ماه یکهزار و سیصد و شصت و نه مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۶۹/۹/۲۴ به تأیید شورای نگهبان رسیده است.

فصل پنجم:

تجربه کشورها در پیاده‌سازی برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار

انتظار می‌رود پس از مطالعه این فصل بتوانید:

- اهداف برنامه سال ۲۰۱۰ ایالات متحده را در ارتقای سلامت در محل کار شرح دهید.
- اهداف شبکه اروپایی ارتقای سلامت در محل کار را شرح دهید.
- قوانین حمایتی کشور سوئد را از برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار شرح دهید.
- تفاوت تجربیات برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار کشورهای سوئد، تایوان، کانادا، سنگاپور و کره جنوبی را توصیف نمایید.

ایالات متحده:

میزان مشارکت کارکنان در برنامه‌های سلامت در محل کار به طور عمومی پایین است. کارکنانی که در بخش‌های پشتیبانی و خدماتی هستند، خطرات سلامتی بیشتری داشته و بیشتر از کارکنان حرفه‌ای و متخصصان سازمانی در معرض بیماری و جراحت قرار دارند.

همان طور که در فصل اول عنوان شد، ابتکار عمل برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار متعلق به آمریکای شمالی بوده است. هر چند که بخش اعظم تحقیقات و تجربیات سازمان‌ها و شرکت‌های بزرگ در آن فصل مرور شد اما در این قسمت به طور مختصر برنامه سلامت در محل کار ۲۰۱۰ ایالات متحده شرح داده می‌شود که برای اطلاع کامل از کمیت و کیفیت این برنامه می‌توانید به سایت مربوطه نیز مراجعه کنید.

همان طور که در متن اصلی برنامه ملاحظه می‌کنید، موقعیت کار به عنوان یکی از فرصت‌های ارتقای سلامت محسوب شده و اهداف زیر برای آن طراحی شده است:

هدف کلی یک: افزایش نسبت محل کارهایی که یک برنامه جامع ارتقای سلامت برای کارکنان خود طراحی کرده باشند.
هدف‌های عینی:

□ در پایان برنامه باید این نسبت برای کارگاه‌های کمتر از ۵۰ نفر و بالای ۵۰ نفر، بیش از ۱۰۰٪ افزایش یابد.

□ کارگاه‌های بیشتر از ۷۵۰ نفر حدود ۵۰٪ افزایش یابد.

هدف کلی دو: نسبت مشارکت کارکنان در محل کار برای سن ۱۸ سال و به بالا در محل کار از ۶۱٪ به ۷۵٪ برسد.

در سال ۱۹۹۹ حدود ۹۵٪ کارفرمایان با بیش از ۵۰ نفر کارگر حداقل یک برنامه ارتقای سلامت را پیشنهاد کرده‌اند. از سال ۱۹۸۵ این برنامه‌ها رشد چشمگیری پیدا کرده‌اند اما به دلیل نقص در جامعیت طراحی برنامه یا مدت زمان ناکافی اجرا، اثر و پیامد آن روی سلامت کارکنان محدود بوده است. میزان مشارکت کارکنان در برنامه‌های سلامت در محل کار به طور عمومی پایین است. کارکنانی که در بخش‌های پشتیبانی و

ارتقای سلامت در محل کار ۲۶۵

۸۰ درصد کارفرمایان بخش خصوصی کمتر از ۵۰ نفر کارمند دارند و در دهه بعد استراتژی باید این باشد که برنامه‌های سلامت در این محیط‌ها توسعه بیشتری یابد.

واحد ارتقای سلامت در اتحادیه اروپا به منظور ارتقای سلامت در محل کار تأسیس شده است.

خدماتی هستند، خطرات سلامتی بیشتری داشته و بیشتر از کارکنان حرفه‌ای و متخصصان سازمانی در معرض بیماری و جراحت قرار دارند.

عوامل مختلفی مانند وضعیت اقتصادی - اجتماعی، نوع کار و دسترسی و پوشش بیمه در خارج شدن کارکنان از برنامه‌های سلامتی دخالت دارند که البته این نوع خروج ناشی از ضعف طراحی و بازاریابی درون سازمانی برنامه سلامت است. به طور ایتیمال، برنامه‌ها و تلاش‌های ارتقای سلامت محل کار باید بخشی از برنامه جامع سلامت و ایمنی کارکنان و در محل کار باشد.

۸۰ درصد کارفرمایان بخش خصوصی کمتر از ۵۰ نفر کارمند دارند و در دهه بعد استراتژی باید این باشد که برنامه‌های سلامت در این محیط‌ها توسعه بیشتری یابد. این بخش می‌تواند از سایر مراکز دخیل در این گونه خدمات ارتقای سلامت در محل کار خرید خدمت بکند. مشارکت کارکنان به طور واقعی درصد موفقیت برنامه‌ها را زیاد می‌کند و هنر برنامه ریزان، در جلب مشارکت کارآمد است.

ارتقای سلامت در محل کار در سطح اروپا

واحد ارتقای سلامت در اتحادیه اروپا به منظور ارتقای سلامت در محل کار تأسیس شده است. این واحد یک شبکه غیررسمی شامل مؤسسات سلامت و ایمنی شغلی ملی، مؤسسات سلامت عمومی، مؤسسات ارتقای سلامت و بیمه اجتماعی - قانونی، وزارت خانه‌های سلامت و کار از کشورهای عضو در اتحادیه اروپا، هم‌چنین کشورهای عضو در مناطق اقتصادی - اروپایی و شماری از کشورهای منتخب است که

هدف آنها پیشرفت سلامت و آسایش در محل کار و کاهش تأثیر بیماری مرتبط با کار بر روی نیروی کار اروپا است. این کار از طریق تلاش‌های مشترک کلیه اعضا و شرکا به عمل می‌آید. دبیرخانه این شبکه، مرکز اطلاعات اروپا واقع در مجمع فدرال BKK است.

این شبکه به طور رسمی در سال ۱۹۹۶ تأسیس شده است و تحت حمایت کمیسیون اروپایی در برنامه‌های ارتقای سلامت قرار گرفت و از آن زمان تا به حال، جزء آخرین تحولات در ارتقای سلامت محل کار در اروپا به شمار می‌رود. این شبکه به وسیله ابتکارات مشترک مختلف توانست که معیار مناسب برای ارتقای سلامت در محل کار در انواع مختلف سازمان‌ها و نیز پیشنهاداتی برای پیشرفت ارتقای سلامت در محل کار در اروپا را توسعه دهد.

طی سه سال گذشته، شبکه اروپایی ارتقای سلامت در محل کار به توسعه گردهمایی‌هایی در مورد ارتقای سلامت در محل کار منطبق با برنامه‌های سلامتی جدید اتحادیه اروپا و نیز مرتبط کردن این زیر ساخت‌ها در سطح اروپا مشغول بود. به منظور حمایت از این کار چهارمین کنفرانس اروپایی در مورد ارتقای سلامت در محل کار در تاریخ ۱۴ و ۱۵ ژوئن ۲۰۰۳ در دوبلین برگزار شد.

این کنفرانس به شرح کلی ویژگی‌های مختلف اقدامات در سطح اروپا پرداخت و چالش‌های باز دارنده در مورد پیشرفت‌های آتی ارتقای سلامت در محل کار را مشخص کرد. به منظور دستیابی به اطلاعات بیشتر در مورد این کنفرانس و تهیه نسخه‌هایی از متن کنفرانس و یا دستیابی به اطلاعاتی در مورد

اعضای این شبکه متفقاً برای رسیدن به آرمان کارکنانی تندرست در محل کاری سالم کار می‌کنند و نسبت به توسعه و ارتقای محل کاری خوب متعهد شده‌اند.

شبکه اروپایی ارتقای سلامت در محل کار (ENWHP) به سایت <http://www.enwhp.org/> مراجعه نمایید.

اعضای این شبکه متفقاً برای رسیدن به آرمان کارکنانی تندرست در محل کاری سالم کار می‌کنند و نسبت به توسعه و ارتقای محل کاری خوب متعهد شده‌اند که این مسأله به نوبه خود با سطح بالای حفظ سلامت و توسعه اقتصادی و اجتماعی در اروپا مرتبط است. هدف و رسالت این شبکه، در راستای توافقی اساسی بر پایه اهدافی مشترک توسعه پیدا کرده است و خط مشی آن در چهار سند زیر وجود دارد:

□ بیانیه لوکزامبورگ

□ توافق کاردیف (Cardiff)

□ بیانیه لیسبون (Lisbon)

□ بیانیه بارسلون (Barcehna)

این شبکه با سه طرح مشترک برای ایجاد معیاری عملی برای سلامت در محل کار از طریق سه سازمان متفاوت عمل می‌کند.

اقدامات مشترک اولیه

شبکه در اولین قدم مشترک نمونه روش‌های عملی خوب را از بین اقدامات بی شمار شناسایی کرد و معیارهای کیفیت اجرای ارزیابی‌های ارتقای سلامت را توسعه داد. بر اساس این معیارهای کیفیت، پرسشنامه‌ای تدوین شده است که سازمان‌ها بدین وسیله به راحتی می‌توانند کیفیت خط مشی سلامت در محل کار خود را ارزیابی کنند. با اولین همایش شبکه اروپایی در ژوئن ۱۹۹۹ در بن، پروژه به کار خود خاتمه داد.

در پروژه دوم شبکه بار دیگر معیارها و روش‌های عملی مناسب را از بین اقدامات در محیط‌های کاری متوسط شناسایی

و ثابت کرد که چنین محیط‌هایی نیازهایی مختص خود را در رابطه با اجرای فعالیت‌های ارتقای سلامت در محل کار دارد. نتیجه دیگر این پروژه، گزارشی بود در مورد وضعیت کنونی ارتقای سلامت در محل‌های کار متوسط.

در سال ۲۰۰۱ سومین پروژه برای سازمان‌های فعال در بخش مدیریت عمومی آغاز شد. مانند پروژه‌های قبل، الگوهای اقدامات مناسب بر مبنای معیار کیفیت به اثبات رسیدند و نتیجه این اقدامات اولیه در سومین کنفرانس جهانی بارسلون ارایه شد.

شبکه با آغاز چهارمین طرح خودش عملاً وارد مرحله نوینی از تاریخچه‌اش شد. این پروژه هدفش کمک به توسعه تسهیلات زیر بنایی ارتقای سلامت در محل کار بود که شامل توسعه فهرستی از روش‌ها و ابزارهای مورد نیاز و همچنین تحلیل تأثیر اقتصادی ارتقای سلامت در محل کار برای برانگیختن بحث‌هایی که سرمایه‌گذاری در این نوع برنامه‌ها را توجیه می‌کنند، بود. این پروژه در سال ۲۰۰۴ به پایان رسید و نتایج آن در چهارمین همایش شبکه در دوبلین (Dublin) ارایه شد.

ارتقای سلامت در محل کار: سوئد

سوئدی‌ها سنت دیرینه‌ای در ارتقای شرایط کار برای کارکنان دارند. اتحادیه‌ها نقش مهمی در ارتقای سلامت در محل کار ایفا کرده‌اند. مجموعه قوانین در سوئد توجه بسیاری به سلامت در محل کار دارد با این تأکید که سلامت کارکنان بر عهده کارفرمایان قرار گیرد:

□ قانون اخیر شامل «کنترل داخلی» است که کارفرما را ملزم می‌کند یک بار در سال ارزشیابی کند و سلامت در محل کار را ارتقا دهد.

قانون اخیر شامل «کنترل داخلی» است که کارفرما را ملزم می‌کند یک بار در سال ارزشیابی کند و سلامت در محل کار را ارتقا دهد.

□ یک قانون توانبخشی که کارفرما را ملزم به ارایه یک برنامه توانبخشی و هزینه برای آن می‌کند.

یک قانون توانبخشی که کارفرما را ملزم به ارایه یک برنامه توانبخشی و هزینه برای آن می‌کند.

□ مقرراتی که طبق آن کارفرما باید برای دو هفته اول مرخصی بیمار، حقوق پردازد.

سوئد دارای یک سیستم جامع بیمه اجتماعی است اما مانند بسیاری از کشورهای اروپایی هزینه‌ها به سرعت در حال افزایش هستند. افزایش هزینه تأمین بیمه سلامت شخصی، علاقه به حفظ سلامتی را برانگیخته است. در سوئد تمام گروه‌ها در محیط کار در تصمیمات مربوط به محیط زیست در محل کار شرکت داده می‌شوند. برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار به محیط زیست روانی - اجتماعی تأکید می‌کند و بر کاهش استرس با توجه به چشم انداز سازمانی و نیز فردی تمرکز دارد.

در سوئد تمام گروه‌ها در محیط کار در تصمیمات مربوط به محیط زیست در محل کار شرکت داده می‌شوند.

برنامه‌های موفق

به عنوان قسمتی از پروژه اتحادیه اروپا طرح "عوامل موفقیت و کیفیت ارتقای سلامت در محیط کار در سوئد"، بین نمونه‌های سوئدی به عنوان یک فعالیت خوب معرفی شده است. چهار نمونه از فعالیت‌های خوب انتشار یافته است. بعضی از سازمان‌هایی که به طور گسترده‌ای در این طرح شرکت کرده‌اند عبارتند از: آسترا (Astra)، شرکت دارویی (lansforsakringar wasa)، شرکت بیمه (Malmo fire Brigade) که همگی یک محل کار سالم از نظر فیزیکی، روانی و اجتماعی را همراه با راه حل‌های مختلف به وجود آورده‌اند.

تعداد شرکت‌هایی که برنامه‌های ارتقای سلامت را در موفقیت آتی سازمان‌های خود مؤثر می‌دانند در حال افزایش است.

برنامه در آسترا شامل پیشرفت و اجرای سیاست‌ها (به طور مثال، سیاست الکل، دارو)، پروژه‌های مراقبت از کارکنان برای گروه‌های در معرض خطر (تحلیل جامع از شرایط کار که شامل ساعت‌ها، توصیف‌های سلامتی، بررسی نگرش‌ها: کارهای پژوهشی) و منتخبی از فعالیت‌های ارتقای سلامت شامل تسهیلات برای فعالیت‌های عالی، اتاق فرهنگ، آموزش و ماساژ بود.

خط مشی شرکت دارویی فوق‌الذکر نیز براساس دیدگاهی جامع از سلامت بود. شرح حال سلامتی و کار به عنوان اساسی برای طراحی برنامه گردآوری و با تعهدی برای انجام تغییرات ضروری همراه می‌شد. تمام مؤلفه‌های برنامه در پی‌گیری و ارزیابی هر ساله نقش مهمی داشتند.

در شرکت بیمه مالمو، رییس شرکت گسترش یک سازمان سلامتی را رهبری می‌کند که با برنامه الکل و دارو، نه سال پیش شروع به کار کرده بود. این برنامه اکنون گسترش یافته تا سیاست محل کار، سیاست توان بخشی و یک سیاست رهبری با شعار "ما مراقب هستیم" را در برگیرد. پیشنهادهایی که در راستای بهبود محل کار هستند اغلب به اجرا درآمده‌اند و اگر محقق نشوند، کارکنان از دلایل آن آگاه می‌شوند. بحث‌های آزاد و صریح بین تمام گروه‌ها از ویژگی این سازمان است.

سرمایه گذاری برای آینده

تعداد شرکت‌هایی که برنامه‌های ارتقای سلامت را در موفقیت آتی سازمان‌های خود مؤثر می‌دانند در حال افزایش است. یک تحقیق سوئدی که در سال ۱۹۹۸ انجام شد، نشان داد که شرکت‌های مرتبط به تکنولوژی اطلاعات سوئدی (با اندازه

متوسط) بر روی سلامت کارکنانشان سرمایه گذاری می‌کنند. تأکید آنها بر رهبری و پیشرفت سازمانی و برنامه‌های فعالیت‌های گسترده ارتقای سلامت است (به طور مثال ۹۰٪ فعالیت‌های آمادگی جسمانی را ارایه می‌دهند).

مفهوم سوئدی ارتقای سلامت در محل کار

علی‌رغم توجه زیاد به ارتقای سلامت در محل کار، افراد زیادی هستند که نسبت به نتایج ارتقای سلامت در محل کار تردید دارند. شاید دلیل آن این است که هیچ معادل سوئدی درستی برای "ارتقای سلامت در محل کار" وجود ندارد. در سوئد ما در مورد "آسایش فیزیکی" یا فعالیت‌هایی که "محل کاری روانی اجتماعی" را هدف قرار داده‌اند، صحبت می‌کنیم اما آسایش فیزیکی یک مفهوم بسیار محدود است چرا که این مسأله را القا می‌کند که در مورد شیوه زندگی فردی از قبیل سیگار کشیدن، ورزش و غیره فکر کنیم. صحبت از تلاش‌هایی که هدف آنها محل کاری روانی-اجتماعی است به طرز کاملاً متفاوتی محدود کننده است چرا که این مسأله ما را از جنبه‌های شیوه زندگی فردی دور می‌کند. ارتقای سلامت در محل کار باید حد وسط این دو قرار گیرد.

در این گزارش ما می‌خواهیم نشان دهیم که یک سوئدی چه دیدگاهی در مورد ارتقای سلامت در محل کار دارد و مثال‌هایی می‌آوریم تا نشان دهیم که در برخی پروژه‌ها چگونه رفتار شده است. این گزارش در چهارچوب شبکه اروپایی برای ارتقای سلامت در محل کار گسترش یافته است و شامل سازمان‌های سوئدی زیر است: مؤسسه ملی سوئد برای زندگی کاری، مؤسسه ملی سلامت عمومی، مدیریت محیط کار سوئدی (شورای ملی سلامت و ایمنی شغلی سابق)، بخش علوم

سلامت عمومی در مؤسسه کارولینسکا (Karolinska)، بخش روانشناسی در دانشگاه استکهلم (stokholm)، شورای مشترک ایمنی صنعتی سابق، کنفدراسیون کارفرمایان سوئدی، کنفدراسیون اتحادیه کارگری سوئدی و بخش تحقیق و توسعه در مؤسسه سوئدی برای ایمنی و سلامت برای کارمندان دولت.

نکات اصلی

ارتقای سلامت در محل کار (WHP) می‌تواند به خوبی دربرگیرنده فعالیت‌های متمرکز بر روی فرد باشد که به طور سنتی با آسایش جسمی مرتبط است اما همچنین باید این را در نظر گرفت که شیوه‌های زندگی مربوط به سلامت افراد اساساً با گستره فعالیت آنها و ارزش‌های شخصی مرتبط است.

به عبارت دیگر، ارتقای سلامت در محل کار فقط افراد خاصی را با پیام‌هایی درباره عادات سالم زندگی کردن هدف قرار نمی‌دهد بلکه به ما امکان این را می‌دهد که به عادت‌هایی که در مکان کار وجود دارند، توجه کنیم. محل زندگی، محیط زیست و محیط اطراف همگی بر فرصت‌های سالم زندگی کردن افراد تأثیر می‌گذارند و بنابراین این‌ها مفاهیم کلیدی هستند.

زمانی که فرصت‌های سلامتی ساده و واضح هستند (برای مثال وقتی که سیگار کشیدن و مصرف مشروبات الکلی هیچ فایده‌ای برای فرد ندارد) افراد این فرصت را دارند که آنچه برای سلامتی مضر است را پذیرفته و در عوض زندگی سالمی را برگزینند.

کار و محل کار

برای درک یک تعریف سوئدی از ارتقای سلامت در محل کار لازم است که در ابتدا معنی و مفهوم کار بیان شود.

در فرهنگ لغت تعریف کار چنین است:

شغلی دایمی که از طریق آن فرد امرار معاش می‌کند.

هم‌چنین به عنوان:

زحمت، جد و جهد، چالش، کوشش، تمرین، مشقت، جان‌کندن، بردگی، کار سخت و طاقت فرسا یا کار دستی مطرح می‌شود.

کار کردن به معنای زحمت کشیدن، کار سخت بدنی کردن، جان‌کندن، تلاش کردن، مانند برده کار کردن، جد و جهد کردن و حتی نوکری کردن است.

محل کار ممکن است به محوطه یا مکانی اطلاق شود که کار در آن انجام می‌شود اما هم‌چنین می‌تواند تعریفی انعطاف پذیر داشته باشد. برخلاف این موضوع می‌توان دریافت که کار می‌تواند در روش‌ها و در مکان‌های بسیار مختلف انجام شود اما به نظر می‌رسد کار همواره توأم با تلاش است. تصور از کار به عنوان چیزی که افراد به آن نیاز دارند، چیزی که منجر به پیشرفت شخصی و ایجاد اعتماد به نفس می‌شود و تأثیر نبودش (فقدانش) در این تعاریف مشهود است.

در مصاحبه‌هایی که ما انجام دادیم نظرات زیادی از "محل کار خوب"، وظایف شغلی معنی‌دار و ایجاد فرصت‌هایی برای "پیشرفت شخصی" در کار و پیش شرط‌های آن وجود داشت. فرصت‌های مساوی و مساوات در بازار کار یک پیش نیاز اساسی است. امروزه بازار کار به طور فزاینده‌ای با بیکاری، یا مشاغل فاقد امنیت همراه شده و برای گروه بزرگی از افراد از جمله جوانان، زنان و افراد مهاجر دوقطبی شده است. در این مورد فن‌آوری جدید کامپیوتری، موجب استفاده از ارتباطات تلفنی وقت‌کاری متغیر، کار در خانه و کار تلفنی شده است که

کار می‌تواند در روش‌ها و در مکان‌های بسیار مختلف انجام شود اما به نظر می‌رسد کار همواره توأم با تلاش است. تصور از کار به عنوان چیزی که افراد به آن نیاز دارند، چیزی که منجر به پیشرفت شخصی و ایجاد اعتماد به نفس می‌شود و تأثیر نبودش (فقدانش) در این تعاریف مشهود است.

فن‌آوری جدید کامپیوترها، موجب استفاده از ارتباطات تلفنی، وقت‌کاری متغیر، کار در خانه و کار تلفنی شده است که تقاضاها و انتظارات جدیدی را در بازار کار ظاهر کرده است.

تقاضاها و انتظارات جدیدی را در بازار کار ظاهر کرده است. به دنبال چنین انتظاراتی، انواع کار جدید در حال ایجاد شدن است، بدین معنی است که مفهوم کار در حال تغییر است. اگر ما مفهوم کار را به شغلی که از طریق آن فرد امرار معاش می‌کند محدود کنیم، در این صورت ما گروه بزرگی از افراد را جزء کسانی که آنها را شاغل حساب می‌کنیم، در نظر نمی‌گیریم. هم‌چنین شمار زیادی از کارهایی که در زندگی خصوصی بدون پرداخت حقوقی، انجام می‌شوند را فراموش می‌کنیم. یک مثال خوب از چنین کارهای بدون حقوق مراقبت از خانه‌هایمان است. این کاری است که باید انجام شود اما توسط چه کسی؟ و چه ارزشی به آن داده می‌شود؟

سلامتی چیست؟

امروزه همه ما قبول داریم که سلامتی چیزی بیشتر از نداشتن بیماری است. در عوض نشاط (تندرستی) به عنوان "احساس خوشایند داشتن" تعریف می‌شود. سلامتی می‌تواند علاوه بر اشاره به جنبه‌های جسمی، به جنبه‌های ذهنی، احساسی اجتماعی یا روحی نیز اشاره کند که هیچ‌کس نمی‌تواند احساس نشاط (شادابی) کند مگر آنکه جامعه نیازهای اساسی او را برآورده سازد و مردم را از سرخوردگی، خطر جنگ، تبعیض نژادی، تبعیض جنسیتی حفظ کند. رابطه بین شخص و محیط اطراف، ایجاب می‌کند که سلامتی هرگز مستقل از شرایط زندگی افراد در نظر گرفته نشود.

سلامتی به واسطه بزرگی محیط اطراف و عوامل مربوط به فرد از قبیل محیط‌های فرهنگی اجتماعی و فیزیکی ویژگی‌هایی ارثی، اجتماعی و ژنتیکی، گرایش روانی و الگوهای رفتاری و

از آنجا که شرایط زندگی دائماً در حال تغییر است بنابراین سلامتی نیز تغییر می‌کند.

همچنین تأثیر مشترک تمام این عوامل بر یکدیگر، تحت تأثیر قرار می‌گیرد. از آنجا که شرایط زندگی دائماً در حال تغییر است، بنابراین سلامتی نیز تغییر می‌کند. هرچند که خود افراد می‌توانند برای بهبودی و حفظ سلامتی شان کار زیادی انجام دهند (برای مثال از طریق ورزش، ترک سیگار و غیره) اما به واسطه شرایط گوناگون ساختاری از قبیل ارتباط اجتماعی اقتصادی، وضعیت شغلی، شرایط اقتصادی، موقعیت جغرافیایی و جنسیت محدود می‌شوند. شرایط زندگی افراد پیش‌شرط‌هایی هستند که انتخاب شیوه زندگی شخصی و متعاقباً سلامتی را متأثر می‌سازند.

ارتقای سلامت

ارتقای سلامت ممکن است به معنی تقویت هر چیزی از نشاط فیزیکی گرفته تا نشاط روحی باشد اما منظور از ارتقا چیست؟ در فرهنگ‌های لغت این کلمه بدین گونه تعریف می‌شود.

پیشرفت کردن، بهبود بخشیدن، بالا بردن، ترغیب / تشویق کردن، کمک کردن، تقویت کردن، سرعت بخشیدن، هزینه کردن حمایت کردن یا یارانه دادن.

با این وجود در مباحث ارتقای سلامت در محل کار، مفهوم ارتقا اغلب هم راستا با مفهوم پیشگیری به کار می‌رود. بنابراین بهتر است برای پویا کردن معنی "پیشگیری" به فرهنگ لغت مراجعه کنیم.

به نظر می‌رسد "پیشگیری" به معنی:

اگرچه ارتقا و پیشگیری وجه مشترکی با هم دارند اما تفاوت‌هایی بین آنها وجود دارد. ارتقا روی عرضه کردن و قادر ساختن تأکید دارد در حالی که پیشگیری روی جلوگیری کردن و محافظت.

پیشرفت کردن، جلوگیری کردن، محافظت کردن، مسدود کردن، خنثی کردن، مانع شدن، سد راه شدن، بند آوردن، متوقف کردن، بازداري کردن، یا ممانعت کردن است.

اما هم‌چنین می‌تواند به معنی انجام اقداماتی از پیش برای دفع یک پیشامد زیان بخش باشد.

اگرچه ارتقا و پیشگیری وجه مشترکی با هم دارند اما تفاوت‌هایی بین آنها وجود دارد. ارتقا روی عرضه کردن و قادر ساختن تأکید دارد در حالی که پیشگیری روی جلوگیری کردن و محافظت. برای روشن کردن این مطلب، ما چند مثال از ارتقا و پیشگیری در محل کار ارائه می‌دهیم.

• ارتقا

- کار کردن به خاطر داشتن تعهد به کار
- تقویت کیفیت کار
- ایجاد احساس نشاط در حد امکان
- ارائه یک فضای اجتماعی حمایت کننده

• پیشگیری

- رفع مشکلات سلامت روانی و جسمی
- کاهش عوامل خطر برای بیماری
- محافظت در برابر خطرات سلامتی
- ایجاد سلامتی و توانبخشی

ارتقای سلامت در محیط کاری می‌تواند شامل هر چیزی باشد که هدف آن توانمند کردن افراد برای داشتن "احساس خوب" و یا تأثیر آن است.

ارتقای سلامت در محیط کاری می‌تواند شامل هر چیزی باشد که هدف آن توانمند کردن افراد برای داشتن "احساس خوب" و یا تأثیر آن است. بنابراین تعداد زیادی از عوامل، در داخل و خارج از محل کار می‌توانند به عنوان ارتقای سلامت

ارتقای سلامت در محل کار شامل تمام تلاش‌هایی است که در تمام موقعیت‌هایی که افراد در آنجا کار می‌کنند، ایجاد و برای افزایش نشاط و سلامتی طراحی می‌شوند.

ارتقای سلامت در محل کار در ارتباط با دلایل بیماری است اما بر فرصت‌هایی برای ایجاد سلامتی مطلوب تأکید می‌کند.

ارتقای سلامت در محل کار به منظور توانمند کردن افراد شاغل در گسترش سلامتی مطلوب و رفتارهای مربوط به سلامتی طراحی می‌شود.

شرایط کاری خوب باید به عنوان بخش مهمی از زندگی بهتر افراد در نظر گرفته شود.

در نظر گرفته شوند. در عمل ارتقای سلامت در محل کار بدین معنی است که مسوولیت زیادی به افراد محول می‌شود اما همچنین می‌تواند بدین معنی باشد که تغییرات در محیط اطراف بدون درخواست چیزی از سوی فرد به وجود می‌آید.

برخلاف این پیش زمینه یک تعریف سوئدی از ارتقای سلامت در محل کار می‌تواند به شرح زیر باشد:

□ ارتقای سلامت در محل کار شامل تمام تلاش‌هایی است که در تمام موقعیت‌هایی که افراد در آنجا کار می‌کنند، ایجاد و برای افزایش نشاط و سلامتی طراحی می‌شوند.

□ ارتقای سلامت در محل کار در ارتباط با دلایل بیماری است اما بر فرصت‌هایی برای ایجاد سلامتی مطلوب تأکید می‌کند.

□ ارتقای سلامت در محل کار به منظور توانمند کردن افراد شاغل در گسترش سلامتی مطلوب و رفتارهای مربوط به سلامتی طراحی می‌شود.

□ ارتقای سلامت در محل کار ممکن است شامل شرایط کاری، حمایتی، اجتماعی، گروه‌های مستقل، سازمان کاری تغییر پذیر و محل‌های کار و غیره باشد. این نوع اقدامات می‌تواند روی سلامتی و نشاط گروه بزرگی از افراد تأثیر گذارد، همچنین می‌تواند فرصت‌های مناسبی را برای افراد برای انتخاب و اتخاذ یک شیوه زندگی که به آنها "احساس خوشایند" می‌بخشد ایجاد کند. این بدین معنی است که ما اقداماتی از قبیل برنامه‌های ورزشی یا ایجاد ممانعت برای افراد سیگاری را رد نمی‌کنیم (مقابله با افراد سیگاری) بلکه ما به اهمیت شرایط زندگی مورد نظر افراد به عنوان پیش شرط‌هایی برای عادات مربوط به سلامتی تأکید می‌کنیم.

□ افراد در تلاش‌های ارتقای سلامت از نظر فرصت‌ها، نیازها و خواسته‌هایشان با هم فرق دارند. این بدین معنی است که ارتقای سلامت در محل کار لازم است شرایطی را در خارج از محل کار نیز در بر بگیرد.

□ شرایط کاری خوب باید به عنوان بخش مهمی از زندگی بهتر افراد در نظر گرفته شود.

□ توانایی کار کردن و "احساس خوشایند" پیشرفت کردن و مورد نیاز بودن یک مسوولیت اجتماعی است که هرگز نمی‌تواند یا هرگز نباید تنها به عهده شرکت‌ها یا افراد خاص قرار گیرد. علاوه بر این در ارتقای سلامت در محل کار نباید هرگز فراموش شود که زندگی کاری و زندگی خصوصی به طور اساسی با یکدیگر مرتبط هستند.

□ بعضی از مشاغل به ایجاد محدودیت در زمان و مکان ادامه می‌دهند اما امروزه طراحی مشاغل زیادی که مناسب با خواسته‌های شخصی افراد مختلف یا شرایط خانوادگی باشد، امکان پذیر است. برای مثال کار کردن از طریق تلفن.

□ از آنجا که مفهوم کار به طرزی روزافزون انعطاف پذیر شده است، در آینده احتمالاً تفکیک شغل‌ها، مکان‌ها و ساعات کار از بقیه زندگی به طریقی که ما به آن عادت کرده ایم، امکان پذیر نیست.

□ همزمان با تغییر مفهوم کار، مسوولیت کارفرمایان برای سلامتی کارمندان‌شان کمرنگ شده و با مسوولیت جامعه برای سلامت عمومی ترکیب می‌شود. در آینده این بدین معنی است که کارفرمایان و جامعه مجبور خواهند شد برای سلامت عمومی، به روشی کاملاً متفاوت، مسوولیت مشترکی داشته باشند. بنابراین لازم است که ارتقای سلامت در محل کار به

مسئولیت خانواده،
وظیفه سرپرستی، درگیری،
تهدیدها و نگرانی در خانه،
کار و در اجتماع نمونه‌هایی
از عوامل مختلف هستند که
می‌توانند آزادی انتخاب
درباره شیوه زندگی افراد و
تعهد آنها به کار و سلامتی
شان را محدود کنند.

عنوان یک مسوولیت متقابل و تعاملی در سلامت عمومی مورد بحث قرار گیرد.

شرایط زندگی افراد و فرصت‌هایشان برای داشتن احساسی خوب با عوامل دیگری نیز مرتبط است. شرایط اقتصادی و روش‌های زندگی کاری از قبیل کاهش برنامه‌ریزی شده هزینه‌ها کار پاره وقت و بیکاری نه تنها روی پیشرفت اجتماعی اثر می‌گذارد بلکه روی زندگی هر فرد به طور مجزا تأثیر می‌گذارد.

هم‌چنین تفکیک براساس سن، قومیت گرایی، جنسیت و غیره به همراه شاخص‌های ارزشی آنها نیز روی زندگی تأثیر می‌گذارد.

مسئولیت خانواده، وظیفه سرپرستی، درگیری، تهدیدها و نگرانی در خانه، کار و در اجتماع نمونه‌هایی از عوامل مختلف هستند که می‌توانند آزادی انتخاب درباره شیوه زندگی افراد و تعهد آنها به کار و سلامتی شان را محدود کنند.

بنابراین تمام این موارد باید در مفهوم ارتقای سلامت در محل کار گنجانده شوند اما قانون‌ها، اصلاحات و پیشرفت تکنیکی در جامعه نیز روی هر یک از افراد به تنهایی، در داخل و خارج از در محل کار، تأثیر می‌گذارند. این عوامل را نمی‌توان نادیده گرفت، هر چند که ارتقای سلامت در محل کار به واسطه ماهیتی که دارد موضوع اصلی اش را در محل کار قرار می‌دهد.

هر چند که در عمل موانع و محدودیت‌های زیادی برای تمام جنبه‌های مؤثر بر ارتقای سلامت در محل کار وجود دارد اما آگاهی از این موضوعات، در اجرای برنامه‌ها مهم است.

در ذیل چند مثال کوتاه از ارتقای سلامت در محل کار که در کشور سوئد انجام شده، آورده شده است. مثال‌هایی را انتخاب

کرده ایم که نه تنها به شیوه‌های زندگی افراد توجه می‌کند بلکه گسترش محیط‌های فیزیکی و روانی اجتماعی را نیز مورد توجه قرار می‌دهند. یک تعریف جامع از سلامتی انتخاب شده است. امیدواریم که این مثال‌ها هم اهداف این گزارش را مشخص کنند و هم به عنوان یک منبع الهام برای پروژه‌های جدید عمل کنند.

برنامه Alfa-Q

صنایع پاک کننده ها یکی از بخش‌های تأمین کننده مالی در برنامه Alfa-Q بوده‌اند. حمایت کننده مالی این برنامه « صندوق مالی زندگی شغلی» کشور سوئد با هدف ارایه زندگی شغلی سالمتر برای خانم‌ها است. تغییرات اصلی که به واسطه این برنامه به وجود آمده، شامل موارد زیر است:

- انعطاف پذیری زیادتر در ساعات کار
 - تغییر کار پاره وقت به تمام وقت در بخشی که کار پاره وقت غالب بود
 - تغییر کار فردی به کار گروهی سازمان یافته
 - ترویج یادگیری شغلی جدید که در بردارنده خدمات و کارهای جدیدی معروف "به خدمات گروهی" است
 - معرفی بخش‌های پاکیزه تر برای اجرای با مسوولیت بیشتر در زمینه امور مالی و سرپرستی (مدیریت)
- نتیجه این اقدامات این است که شغل نظافت چی دیگر به عنوان شغلی کم ارزش و شغلی که فرصت‌های محدودی را برای پیشرفت شخصی ارایه می‌دهد، در نظر گرفته نمی‌شود. در عوض این شغل به عنوان شغلی که در آن امکانات مناسب برای یادگیری و پیشرفت وجود دارد، تصور می‌شود. کار بسیار معنی دار شده و تأثیر، مسوولیت، وحدت شغلی و لذت شغلی نیز

افزایش یافته است. هم‌چنین بازده شرکت‌های مورد نظر نیز هم از لحاظ اقتصادی و هم از لحاظ کیفی افزایش یافته است.

زنان در گروه سوپر مارکت

مرخصی استعلاجی صندوق داران در سوپر مارکت ICA بسیار طولانی و دایمی شده بود. زنانی که در پیشخوان های میوه و گوشت کار می‌کردند، بیشتر غیبت می‌کردند. این شرکت تصمیم گرفت از آسیب های روانی جلوگیری کند. طی یک کار پژوهشی وضعیت استقرار افراد در صندوق‌ها اصلاح شد. گردش شغلی تسهیل گردید و تضمین شد که افراد در شغل های متفاوت در سوپرمارکت در چرخش باشند. هم‌چنین این شرکت برنامه آموزشی گسترده ای را به منظور آگاهی کارکنان از تمام محصولات ICA و کسب مهارت در تمام کارهای فروشگاه بر پا کرد. در نتیجه، کارورزان احساس کردند که شرکت، آنها و مشکلاتشان را به طور جدی قبول دارد که نتیجه آن، آسیب روانی کمتر و امنیت و لذت بیشتر در کار بود. این بدین معنی بود که کارمندان ICA به عنوان افراد غیردولتی احساس بهتری می‌کنند.

بیمارستان sodertalje

در بیمارستان sodertalje میزان غیبت کارکنان به دلیل بیماری بالا بود و تعداد زیادی مرخصی استعلاجی طولانی مدت وجود داشت. این پیش زمینه ای بود برای آغاز برنامه ارتقای سلامت در محل کار با ۲۳۵۰ کارمند. اولین مرحله، تربیت مربیان آموزش تندرستی بود. این بدین معنی بود که به کارکنان فرصت شرکت در ورزش‌های ژیمناستیک در طی ساعات استراحت، ورزش‌های آمادگی، ورزش‌های تمدد اعصاب

(ورزش‌های تفریحی) و غیره داده شد. مرحله بعد، انجام اقدامات سازمانی کار بود که به صورت آموزش تمام گروه‌های کاری یا آموزش بخش‌هایی که کنترل روانی اجتماعی محیط کار و ایجاد تغییرات مناسب در محل کار فیزیکی را در دست داشتند، انجام شد. هم‌چنین خدمات مشاوره‌ای برای کارکنان در زمینه کاری خودشان ارائه شد. علی‌رغم این حقیقت که تغییرات اصلی در بیمارستان همراه با انتقال کارمند مازاد و انتقال شغل به عنوان نتیجه آن اتفاق افتاد، این نتیجه به دست آمد که کسانی که در این پروژه شرکت کرده و دارای آموزش و بینشی در موضوعات محل کار بودند، از میزان کنترل بیشتری در کار شخصی برخوردار بودند: مشارکت فعال کارکنان در سازگاری با محل کاری خودشان، در بیان مشکلات و انجام برنامه‌ها بسیار قابل تقدیر بود. به طور کلی تأیید شده است که این پروژه نقش تعیین‌کننده‌ای برای بهبود شرایط محل کار و افزایش نشاط در میان کارمندان ایفا کرده است.

محیط پست ۲۰۰۰

۶۷ هزار کارمند خدمات پست در پروژه‌ای به نام "محیط پست ۲۰۰۰" شرکت کردند، هدف این پروژه افزایش سلامتی و احساس نشاط در میان کارمندان بود. اهداف مرحله اول این پروژه شناسایی گروه‌هایی که بیشتر در معرض خطر بودند و شروع برنامه‌های عملی بهبود محل کار براساس این هدف بود. اصلاحات متفاوتی برای گروه‌های مختلف کارکنان ایجاد شد. در این پروژه مدرک فراگیری دوره کامل ایمنی توسعه یافت که نتایج بررسی محیط‌های روانی اجتماعی و هم‌چنین محیط‌های فیزیکی در آن گنجانده شده بود.

همزمان تلاش‌هایی (فعالیت‌هایی) برای ارتقای تبادل تجربه و مهارت بین پروژه‌های مختلف در محل کار در مناطق پستی سوئد و نیز جهت افزایش دانش کار پژوهی در میان مدیران و کارکنان انجام شد.

سرایدارها و نگهبانان در شهرداری Lulea

غیبت به خاطر بیماری در میان نظافت چیان در سطح بالایی ادامه داشت. اکثر کارکنان را زنانی با اعتماد به نفس پایین و طیفی از مشکلات (مسایل) پیچیده تشکیل می‌دادند. تصمیمی برای اجرای یک برنامه آموزشی گرفته شد. این برنامه برای فعال کردن روندی طراحی شده بود که به موجب آن اعتماد به نفس انجام اقدامات اولیه و مشارکت کاری گسترش می‌یافت. محتوای آموزش تا حدی توسط خود نظافت چیان طراحی شده بود و شرکت در آن اجباری بود. هم‌چنین به نظافت چیان اجازه داده شد تا پروژه‌های مختلفی را طرح‌ریزی کنند. یکی از آنها به گروهی واگذار شد تا ساعات کار را برای اعضایش برنامه‌ریزی کند. پروژه دیگر به گروهی واگذار شد که باید بودجه گروه را مدیریت می‌کرد. هم‌چنین نظافت چیان می‌توانستند کلاس‌های آموزشی را دنبال کنند که خود آنها مایل به شرکت در آن بودند و نتایج نشان داد که نظافت چیان اعتماد به نفسشان را بهبود بخشیدند با این نتیجه که آنها در گروه‌شان و در تأثیر گذاری روی موقعیت کاریشان بسیار فعال بودند. هم‌چنین آنها تقاضای زیاد از رییس شان را شروع کردند و خواستار تغییر نقش مدیران شدند و اساساً میزان غیبت به خاطر بیماری در میان نظافت چیان کاهش یافت.

پروژه هماهنگ سازی در شهرداری Partille

سلامت شغلی و استانداردهای ایمنی در سوئد نسبتاً بالا هستند. درگیر شدن کارکنان در جنبه‌های سلامتی شرایط کار و محل‌های کار همچنان در حال افزایش است.

این یک پروژه مشارکت سه ساله بود که سیستم مراقبت اولیه بهداشتی، خدمات اجتماعی و ادارات بیمه اجتماعی سوئد را در بر می‌گرفت. این پروژه تمام زنان شهرداری پارتایل را هدف قرار می‌داد. هدف این پروژه کار کردن براساس این فرضیه بود که تمام شرایط زندگی از جمله کار و زندگی خصوصی، بر سلامت فردی تأثیر می‌گذارند. بیشتر زنانی که در پروژه وارد می‌شدند دارای شرایط پیچیده زندگی، احساس بی‌ارزشی، سابقه بیکاری و دارایی‌های ناچیز بودند.

این پروژه موضوع اصلی اش را روی نیازهای زنان قرار داد و براساس این موضوع، فعالیت‌هایی را تعیین کرد. فعالیت‌های اصلی شامل گروه‌های خودیاری، گروه‌های گفتگو، مشاوره خصوصی، کلاس‌های آموزشی، سخنرانی‌ها، نمایش، مدیریت استرس و ماساژ بود.

اهداف کلی شامل ترغیب کارکنان در محل کار و در شهرداری‌ها برای آغاز پروژه‌های مربوط به سلامتی زنان و کمک به لحاظ نقطه نظرات زنان شاغل در سلامت عمومی بود. بنابراین نتایج بسیار مطلوب بود. هر هفته بین ۱۵۰ تا ۲۰۰ زن از پروژه بازدید می‌کردند و این پروژه برای رسیدن به نتیجه مطلوب ادامه یافت.

ابتکار اصلاح قانون کار در سوئد

در سوئد، قانون گذاری درباره سلامت شغلی و ایمنی و ارتقای سلامت محیط کار با دقت صورت گرفته است. روابط صنعتی بین کارکنان و کارفرمایان، موضوع قانون گذاری ملی واقع شده است. در این قانون مشارکت کارکنان و اتحادیه‌ها در

رویکرد ایمنی و سلامت شغلی در سوئد در خلال سال‌های گذشته گسترش یافت و ارتقای سلامت محیط کار به صورت جزء وابسته‌ای از آن درآمد. طراحی محل‌ها و فرایندهای کار یکی از وظایف اصلی ایمنی و سلامت شغلی در سوئد است.

رابطه با کار و مسایل مربوط به سلامت تضمین شده است. سلامت شغلی و استانداردهای ایمنی در سوئد نسبتاً بالا هستند. در گیر شدن کارکنان در جنبه‌های سلامتی شرایط کار و محل‌های کار همچنان در حال افزایش است. مسأله ارتقای سلامت با بخش‌های سلامت شغلی و ایمنی در آمیخته است. در نگاه اول این امر ممکن است سستی به نظر برسد. با وجود این رویکرد ایمنی و سلامت شغلی در سوئد در خلال سال‌های گذشته گسترش یافت و ارتقای سلامت محیط کار به صورت جزء وابسته‌ای از آن درآمد. طراحی محل‌ها و فرایندهای کار یکی از وظایف اصلی ایمنی و سلامت شغلی در سوئد است.

کتاب راهنمای شرایط ایمنی و سلامت کار به وسیله شورای ایمنی صنعتی سوئد (۱۹۸۲) انتشار یافته است. گروه هدف این راهنما نمایندگان اتحادیه‌های کارگران و نیز سایر کارکنان پزشکان شرکت‌ها، پرستاران، مهندسان ایمنی و مدیرانی که در چهارچوب این برنامه قرار می‌گیرند، می‌باشند. در مقدمه این کتاب آمده است: « این کتاب برای کمک به شما و در تشریح ایمنی و سلامت و شرایط کاری کلیه کارکنان در محیط کار طراحی شده است ». کتاب به هفت فصل شامل مسایل زیر تقسیم شده است:

- آموزش ایمنی، سلامت و شرایط کار
- مردم، ایمنی، سلامت و تجهیزات فنی
- جو، محیط کار، نور، سر و صدا
- خطرات شیمیایی سلامت
- کارهای پژوهشی
- سازمان کار و زمان کار
- فعالیت روزانه برای ایمنی، سلامت و بهبود

برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار که از طریق نشان دادن عوامل خطر زای فردی به ارتقای سلامت کارکنان توجه دارد، ساختارهای مرتبط با محیط کار و روش‌های تشخیص آسیب‌ها و چگونگی بهسازی محیط کار که منجر به سلامت مطلوب‌تر می‌شوند را نیز در بر می‌گیرد.

این کتاب در برنامه‌های آموزش گروهی کارکنان مورد استفاده قرار می‌گیرد. رویکرد آموزش گروهی می‌تواند تضمین کند که چشم‌اندازهای مختلف راجع به موضوع آموزش و نیز انواع راه‌حل‌های ممکن مسایل خاص مورد بررسی قرار گیرند و وحدت میان کارگران نیز افزایش یابد. یعنی کتاب ابعاد فردی و جمعی شیوه‌های کار را مورد توجه قرار می‌دهد و دو هدف مختلف را مورد نظر قرار می‌دهد:

□ افزایش آگاهی کارکنان در رابطه با جنبه‌های سلامت و ایمنی محیط‌های کار خاص آنها و همچنین شرایط کلی کار مربوط به سازمان کار آنها؛

□ حمایت از کارکنان برای ورود به فعالیت‌های جامع ارتقای سلامت محیط کار در سطح شیوه‌های کار فردی و جمعی و نیز در سطح تغییرات ساختاری در سازمان کار.

ارتقای سلامت در محل کار در کوئینزلند استرالیا: (Queensland)

چو و فورستر در سال ۱۹۹۲ (Forrester, Chu) در پذیرش نارسایی‌های رویکرد فردی بیان می‌کند که ارتقای سلامت محیط کار رفتار سلامت را مورد بررسی قرار نمی‌دهد بلکه محیط کار و سازمان کار را نیز در برمی‌گیرد. آنها در گزارش خود به وزیر بهداشت، مسکن و خدمات اجتماعی ایالت کوئینزلند (Queensland) مسایل کلیدی زیر را درباره ارتقای سلامت محیط کار پیشنهاد کردند:

□ برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار که از طریق نشان دادن عوامل خطر زای فردی به ارتقای سلامت کارکنان توجه دارد، ساختارهای مرتبط با محیط کار و روش‌های تشخیص

□ رویکرد توسعه اجتماعی که بر مشارکت توده مردم، استقلال فردی و اختیار آنان تأکید می‌کند یک استراتژی اصلی ارتقای سلامت در محل کار برای درگیر کردن کارکنان در برنامه ریزی، تصمیم‌گیری سازمان‌دهی و اجرای برنامه‌ها است.

ارتقای سلامت در محل کار، یک فعالیت مشترک بین کارفرمایان و کارکنان است که در آن متخصصان بهداشت به عنوان عوامل واسطه و تسهیل‌کننده عمل می‌کنند.

از آنجا که به نظر می‌رسد رویکرد کویینزلند جامع‌ترین رویکرد در مقالات مربوطه باشد، لذا از بیشترین توجه در فرایندهای تغییر در محیط کار و ارزیابی نتایج پروژه‌ها برخوردار است.

آسیب‌ها و چگونگی بهسازی محیط کار که منجر به سلامت مطلوب‌تر می‌شوند را نیز در بر می‌گیرد.

□ رویکرد توسعه اجتماعی که بر مشارکت توده مردم، استقلال فردی و اختیار آنان تأکید می‌کند، یک استراتژی اصلی ارتقای سلامت در محل کار برای درگیر کردن کارکنان در برنامه ریزی تصمیم‌گیری، سازمان‌دهی و اجرای برنامه‌ها است.

□ ارتقای سلامت در محل کار، یک فعالیت مشترک بین کارفرمایان و کارکنان است که در آن متخصصان بهداشت به عنوان عوامل واسطه و تسهیل‌کننده عمل می‌کنند.

این توصیه‌ها در پروژه‌های مختلف در کویینزلند به کار گرفته شدند. این پیشنهادها در مرحله برنامه‌ریزی و اجرا هستند. از آنجا که به نظر می‌رسد رویکرد کویینزلند جامع‌ترین رویکرد در مقالات مربوطه باشد، لذا از بیشترین توجه در فرایندهای تغییر در محیط کار و ارزیابی نتایج پروژه‌ها برخوردار است. این توصیه‌ها آگاهی لازم در مورد ساختارها و سازوکارهای ارتقای سلامت جامع محیط کار را فراهم می‌کند. این مسأله، به خصوص در رابطه با انتقال این رویکرد به سایر کشورها مفید خواهد بود.

ارتقای سلامت در محل کار: تایوان

اولین برنامه رسمی ارتقای سلامت در محل کار در سال ۱۹۹۰ توسط شرکت برق تایوان، بزرگترین شرکت ملی آن کشور آغاز شد. این برنامه در اصل یک مطالعه آزمایشی بود که توسط یک گروه تحقیق از بخش آموزش و سلامت عمومی دانشگاه ملی تایوان هدایت شد و سرمایه آن از طریق کمک هزینه پژوهشی از سوی وزارت بهداشت دولت مرکزی تأمین

شد. سرپرست و دستیار ارشد بخش سلامت شغلی شرکت برق تایوان بسیار پشتیبان پروژه بوده و بالاترین مقام را نسبت به منافعی که از طریق یک برنامه ارتقای سلامت مؤثر به دست می‌آید، متقاعد کردند. حمایت از طرف مقامات بالا، باعث تضمین پشتوانه مالی و زمان لازم برای کارکنان شد تا از ساعات‌های اداری برای شرکت در مداخلات استفاده کنند.

۲۵۰ نفر از ۳۰۰۰ کارمند اداره مرکزی در مداخلات سلامت شرکت کردند. نیمی از شرکت‌کننده‌ها به گروه آزمایشی پیوستند و نیمی دیگر به گروه کنترل، کل برنامه براساس مدل پرسید برای تشخیص‌های آموزشی بود. یک برنامه آمادگی ۲۰ ساعته شامل ارایه اطلاعات اساسی در مورد آمادگی جسمانی، فعالیت بدنی، روش‌های تغییر رفتار و تعیین اهداف موقعیتی بود. بعد از این کار گروهی، فعالیت‌های مداخلات زیر برای ۱۲ هفته ارایه شد.

۱. جلسات ورزشی کششی در طول زمان استراحت صبح و بعد از ظهر در همان محل کار

۲. دوره‌های آموزش مهارت‌های خود مراقبتی و خود پایشی

۳. گروه‌های تمرین سازمان یافته مانند فعالیت‌های بدنی آهسته مانند دویدن آهسته و رقص در فضای آزاد

این مطالعه نشان داد که مداخلات مذکور ظرفیت قلبی تنفسی، تناسب عضلانی و انعطاف پذیری کارکنان را بهبود بخشید اما بر درصد چربی خون شرکت‌کنندگان تأثیری نداشتند. بیشتر شرکت‌کننده‌ها با کارگروهی آمادگی جسمانی موافق بودند و این کار به طرز قابل ملاحظه‌ای، تصور از خود را در آنها بهبود بخشید. تعداد شرکت‌کنندگانی که شیوه زندگی‌شان را از غیر فعال به فعال تغییر دادند، به طرز قابل ملاحظه‌ای در گروه

از سال ۱۹۹۰ برنامه ارتقای سلامت در محل کار شرکت برق تایوان نمونه‌ای از فعالیت فیزیکی و ارتقای سلامت در محیط کار در تایوان بوده است. وزارت بهداشت تایوان این برنامه را به عنوان یک نمونه عالی برای الگوبرداری دیگر شرکت‌ها تحسین کرده است.

آزمایش افزایش یافت. ۹۷ درصد از شرکت کنندگان، پیشنهاد کردند که این برنامه باید ادامه پیدا کند تا دیگر همکاران نیز از آن بهره مند شوند. براساس نتایج به دست آمده از این مطالعه، پی برده شد که برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار می‌تواند در درون فرهنگ تایوانی‌ها موفق باشد و نیز به کارکنان در بهبود سلامتی کمک کند و آنها را به سمت یک شیوه زندگی فعال سوق دهد.

از سال ۱۹۹۰ برنامه ارتقای سلامت در محل کار شرکت برق تایوان نمونه‌ای از فعالیت فیزیکی و ارتقای سلامت در محیط کار در تایوان بوده است. وزارت بهداشت تایوان این برنامه را به عنوان یک نمونه عالی برای الگوبرداری دیگر شرکت‌ها تحسین کرده است. هر روزه، شرکت‌های پیشروی بیشتری از اهمیت فعالیت فیزیکی و آمادگی جسمانی آگاه می‌شوند (به خصوص با افزایش بیماری‌های ناشی از شیوه زندگی در تایوان). با وجود این به نظر من هنوز تعداد معدودی از برنامه‌هایی که به خوبی طراحی شده‌اند به اجرا در می‌آیند.

ارتقای سلامت در محل کار: کانادا

شبکه نورتل (Northern Telecom) که رهبری جهانی پیشرفته‌ترین تکنولوژی‌ها و رویکردهای شبکه‌ای را با مرکزیت کانادا به عهده دارد، با بیش از ۷۰۰۰۰۰ کارمند در بیش از ۱۵۰ کشور، با نیازهای مختلف کارکنان مواجه است. نورتل محدوده وسیعی از ابتکارات سنتی سلامت و تندرستی را برای تقویت تندرستی کارکنانش در سراسر دنیا ارائه می‌کند. برنامه سلامت نورتل به نام Aralia تقریباً در تمام محل‌های (کاری) آمریکای شمالی یافت می‌شود و فعالیت‌های ارتقای سلامتی را

در بر می‌گیرد که رفتارهای مخاطره‌آمیز را هدف قرار می‌دهند. ابتکارات مشابه نیز در حال حاضر در اروپا، آسیا و آمریکای لاتین در حال انجام است. به دنبال برآورد وسیع نیازها برنامه‌های موقعیتی برای رویارویی با نیازها، علایق و معیارهای فرهنگی جمعیت تغییر داده می‌شوند.

انفجار اطلاعات پزشکی و سلامتی قابل دسترس در شبکه جهانی و به کارگیری سیستم‌های سلامت برای عموم، فرصت بی نظیری برای شبکه‌های نورتل فراهم کرد تا بر امکان به‌کارگیری فن‌آوری خود (تکنولوژی) برای ارائه اطلاعات سلامتی و برنامه‌ها به کارکنانش تمرکز کند. توانایی ارائه اطلاعات، ارزیابی‌ها و برنامه‌ها در این محیط مجازی به ما کمک می‌کند تا به گروه در حال رشدی از کارکنان دسترسی پیدا کنیم که دستیابی به آنها بسیار سخت است. در دسترس قرار دادن اطلاعات سلامت و تندرستی برای کارکنان در هر زمان و در هر مکان، حمایت با ارزش و زیربنایی را برای برنامه‌های موجود و آینده فراهم می‌کند.

اخیراً توسط شرکت مونترال « Montreal-based Global Medic » برنامه مبتنی بر شبکه دیگری گسترش یافته است که ارزیابی‌های مخاطرات سلامت شخصی را با مداخلاتی که بر شیوه زندگی تمرکز دارند و اطلاعات سلامت تلفیق می‌کند. این برنامه به افراد اجازه می‌دهد به اطلاعات سلامت و تندرستی وسیعی دست پیدا کنند. پوشه خصوصی شده به سیستم تخصصی آنها اجازه می‌دهد داده‌های سلامتی را که هر کاربر وارد آن می‌شود، ترکیب کند. ارزیابی خطرات سلامت این فرصت را برای شرح حال سلامتی محرمانه ثبت شده افراد فراهم می‌کند تا مؤلفه‌ها و واحدهای مستقل برنامه‌ریزی را تغییر

فراهم کردن شرایط دسترسی کارکنان به اطلاعات سلامت شخصی بر مبنای شبکه و ابزار ارزیابی آن به وضوح پیشرفته‌ترین ابتکارات نورتل را در برخورد با نیازهای کارکنان در محل کار در حال تغییر نشان می‌دهد.

دهد. شبکه های نورتل Nortel تفاوت‌های موقعیتی، زبانی و فرهنگی را تأیید و حمایت کرده و به آنها اهمیت می‌دهند. برنامه‌های سلامت رایانه‌ای این شرکت هنوز در مراحل اولیه هستند. چندین متغیر در تضمین موفقیت این برنامه اهمیت دارند:

□ سواد استفاده از کامپیوتر در جمعیت کارکنان

□ میزان دسترسی به کامپیوتر

□ ارتقا و حمایت مناسب

تغییرات موجود در آرایه مراقبت بهداشتی مبتنی بر شبکه در آمریکای شمالی، شدیداً تأکید کننده این است که سلامت انفورماتیکی راهی است به سوی آینده. از این راه مردم می‌توانند به اطلاعات بیشتر و بیشتری دست یابند و با در نظر گرفتن مدیریت سلامت و تندرستی شخصی خودشان، بیشتر در تصمیم‌گیری‌ها شرکت کنند. نورتل مسوولیت فردی در قبال تندرستی را تشویق و حمایت می‌کند.

فراهم کردن شرایط دسترسی کارکنان به اطلاعات سلامت شخصی بر مبنای شبکه و ابزار ارزیابی آن به وضوح پیشرفته‌ترین ابتکارات نورتل را در برخورد با نیازهای کارکنان در محل کار در حال تغییر نشان می‌دهد.

ارتقای سلامت در محل کار: سنگاپور

راهی برای رشد در زمان‌های بحران‌های اقتصادی

ابتدا اجازه دهید قبل از بحث در مورد ارتقای سلامت در محل کار، درباره مفهوم کلی سلامت در سنگاپور صحبت کنم. هزینه ملی سلامت در سال ۱۹۸۹ بالغ بر ۱۶۷۲ بلیون دلار (۲/۹ درصد تولید ناخالص داخلی) بود و آخرین ارقام نشان می‌دهند

از لحاظ تاریخی در سنگاپور، تلاش در مورد ارتقای سلامت در محل کار از اوایل دهه ۱۹۸۰ آغاز شد و به طور عمده در ارتباط با فعالیتهای آموزش سلامت خاص بود که توسط بخش ارتباطات و آموزش سلامت وزارت بهداشت این کشور آغاز شد.

در سال ۱۹۹۷ این عدد به ۴ میلیارد دلار افزایش یافته است و برآورد این است که در سال ۲۰۳۰ به ۸ درصد از تولید ناخالص برسد. در این زمان یک نفر از هر چهار نفر ۶۵ ساله یا بیشتر هستند. میزان متوسط هزینه پزشکی برای هر کارمند در هر سال نیز از ۳۱۰ دلار در سال ۱۹۹۱ به ۵۴۱ دلار در سال ۱۹۹۶ رسیده است، یعنی افزایشی در حدود ۷۵ درصد، با وجود این روندهای مثبت بیشتری نیز وجود دارد. بررسی ۵۰۰ شرکت توسط وزارت کار، نشان داد که میزان متوسط روزهای مرخصی استعلاجی برای هر کارمند از ۳/۲ در سال ۱۹۹۵ به ۲/۰ در سال ۱۹۹۷ کاهش یافت.

به این ترتیب که در ۱۹۸۷ واحد آموزش سلامت در محل کار (WHEU) شکل گرفت و متعاقباً به بیش از ۳۷۰ تشکیلات، چه خصوصی و چه وزارت خانه‌ها و هیأت‌های قانونی یاری رساند.

از لحاظ تاریخی در سنگاپور، تلاش در مورد ارتقای سلامت در محل کار از اوایل دهه ۱۹۸۰ آغاز شد و به طور عمده در ارتباط با فعالیتهای آموزش سلامت خاص بود که توسط بخش ارتباطات و آموزش سلامت وزارت بهداشت این کشور آغاز شد. با این حال، در طی سال‌ها مشارکت‌های مدیریتی وسیعتری در برنامه‌ریزی و اجرای این نوع برنامه‌ها انجام گرفت. به این ترتیب که در ۱۹۸۷ واحد آموزش سلامت در محل کار (WHEU) شکل گرفت و متعاقباً به بیش از ۳۷۰ تشکیلات چه خصوصی و چه وزارت‌خانه‌ها و هیأت‌های قانونی یاری رساند. تشکیلات بخش عمومی مانند هیأت توسعه مسکن با تشکیل یک کلوپ تفریحی و ژیمناستیک از این برنامه پیروی کرد و بانک DBS ۹۰۰۰۰ دلار برای این تسهیلات سرمایه گذاری کرد. فعالیتهای ملی مانند فعالیت ملی شیوه زندگی در دهه ۱۹۹۰ معرفی شد که رسالت آن توسعه ایده‌ها و برنامه‌های جدیدی بود که سبب جذب مشارکت بیشتری در ورزش‌های

ارتقای سلامت در محل کار ۲۹۳

سالم و شیوه زندگی در کلیه بخش‌های عمومی، مدارس، محیط‌های کار و به طور گسترده در جامعه شد.

در سال ۱۹۹۳ انجمن ورزشی سنگاپور یک بررسی روی ۵۰۰ شرکت در سنگاپور در ارتباط با تندرستی انجام داد که این بررسی نشان داد ۲۴ شرکت یک برنامه سازمان یافته تندرستی داشتند که نقطه مقابل ارایه فعالیت‌های تفریحی به تنهایی بود. در اغلب آنها (۲۱) این برنامه‌ها توسط کارکنان شرکت اجرا می‌شد. امروزه شرکت‌هایی نظیر *Maybank, Tech Seni-conductor Seagate technology, Hewelett Packard* نقش اصلی را در برنامه ارتقای سلامت در محل کار دارند. شرکت‌های خصوصی نظیر *HP* از جمله اولین شرکت‌هایی بودند که با انجام یک سرمایه گذاری قابل توجه برنامه‌ای سازمان یافته را به اجرا در آوردند. شرکت *HP* برای ساخت یک ساختمان ورزشی و باشگاه تفریحی برای کارکنان خود، ۳ میلیون دلار هزینه کرد و به تازگی شبکه داخلی خود را به نحوی توسعه داده که نه تنها اطلاعات سلامت را ارایه و برنامه‌ها را ارتقا می‌دهد بلکه به کارکنان خود اجازه می‌دهد که غذای خود را از بین چندین لیست غذایی انتخاب کنند.

جالب است که در یک یا دو سال اخیر شرکت موتورولا (*Motorola*) با طرح‌های دلگرم کننده و مبتکرانه برای کارکنان خود، بیشترین توجه را به خود جلب کرده است. در یک کارخانه حدود ۳۰ درصد از ۳۵۰۰ کارگر به برنامه تناسب اندام و شیوه زندگی سالم پیوسته‌اند که این برنامه تا ۲۰۰ دلار سود در ازای مشارکت منظم کارکنان به آنها می‌پردازد. مقام ارشد تندرستی شرکت موتورولا می‌گوید: " در ابتدا ما می‌خواستیم آگاهی را بالا ببریم و مهارت‌ها را آموزش دهیم. به

همان طور که سنگاپور در رسالت خود برای ساخت یک اقتصاد مبتنی بر آگاهی به پیش می‌رود، رسیدن به تعادل بین بهره‌وری و ظرفیت تولید از طریق ارتقای سلامت در محل کار ضروری می‌باشد.

همین دلیل در ازای شرکت افراد در فعالیت‌ها به آنها پاداش دادیم ولی در حال حاضر برنامه به اندازه‌ای موفق بوده است که ما آماده ایم تا بخشی از مسئولیت‌ها را به افراد واگذار کنیم. شرکت‌های خوب فراتر می‌روند و نه تنها به کارکنان خود سود می‌پردازند، بلکه آنها با کارکنان خود کار می‌کنند تا در زندگی خود به تعادل برسند."

رشد در زمان بحران‌های اقتصادی

به نظر نمی‌رسد بحران‌های اقتصادی آسیا باعث کاهش تمرکز روی مسأله تندرستی شده باشد چرا که در آنجا این مسأله ریشه در فرهنگ شرکت دارد. با این حال، برای همراه کردن تشکیلات بیشتری با برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار تلاش زیادی لازم بود. یکی از این جنبش‌ها که هدف آن ارتقای مشارکت بیشتر در این برنامه‌ها بود، جامعه تسهیل‌گران ارتقای سلامت در محل کار (SWHPF) بود. این جنبش در ۱۹۹۴ ثبت شد و در نتیجه، فعالیت‌های WHEU شکل گرفت.

نتیجه‌گیری می‌شود که همان طور که سنگاپور در رسالت خود برای ساخت یک اقتصاد مبتنی بر آگاهی به پیش می‌رود رسیدن به تعادل بین بهره‌وری و ظرفیت تولید از طریق ارتقای سلامت در محل کار ضروری می‌باشد.

رویکرد جهانی کوکاکولا

کوکاکولای جهانی دریافت که یک رویکرد جهانی نسبت به مدیریت سلامت، وسیله‌ای مؤثر برای افزایش رضایت کارکنان و بهره‌وری و نیز کاهش هزینه مراقبت بهداشتی است. ثابت شده که ارزش مالی افزوده ناشی از اجرای سیاست مدیریت سلامت برای ما مفید است. این سیاست که مبنای آن ایالات متحده است

شرکت کوکاکولا با تقریباً یک میلیون کارمند در یک سیستم جهانی، به خوبی برنامه‌های مؤثر سلامت را به اجرا درآورده است.

یکپارچگی ارتقای سلامت، تشخیص زودهنگام بیماری، طب کار، مدیریت بیماری، طراحی برنامه سلامت را در بر می‌گیرد و به برنامه‌های کار و از کارافتادگی می‌پردازد.

تأثیر جهانی

شرکت کوکاکولا با تقریباً یک میلیون کارمند در یک سیستم جهانی، به خوبی برنامه‌های مؤثر سلامت را به اجرا درآورده است. در برخی از نقاط میزان مشارکت ۷۰ درصدی تأیید شده است (اعضای فعال) و در دروغدا (ایرلند) مانایوس (برزیل) و سیدرا (پرتوریکو) میزان مشارکت در تقریباً بیش از یک دهه تا ۸۰ درصد گزارش شده است.

رویکرد چند محلی

جنبه بی نظیر تجارت کوکاکولا مربوط به تفاوت در سیستم شیشه پر کردن شرکا با فرهنگ‌های متفاوت است. سیستم‌های چند بلیون دلاری شیشه پر کردن از روند تولید و توزیع بزرگی برخوردار است که توسط تعداد زیادی از کارکنان حمایت می‌شود. نقطه قوت تجارت ما اجرای چند محلی است که بازاریابی و تبلیغاتی را که نشان دهنده فرهنگ محلی است در هر کشور می‌گنجانند. این رویکرد مالکیت محلی را توسعه می‌دهد و ما را قادر می‌سازد تا یک بلیون نوشیدنی غیرالکلی را در یک روز به فروش برسانیم. با این وجود، رویکرد چند محلی چالش‌های بی نظیری را برای اجرای برنامه‌ها و تمرینات مدیریت سلامت ایجاد می‌کند.

ارتقای سلامت در محل کار: کره جنوبی

در سال‌های آینده از سال ۱۹۹۸ به عنوان سالی که در آن شالوده برپایی ارتقای سلامت در کره گذاشته شد، یاد می‌شود. در طول سال ۱۹۹۸ قانون ارتقای سلامت عمومی تدوین، اولین مؤسسه ارتقای سلامت ایجاد و اولین پروژه شهر سالم شروع به کار کرد. اولین دوره های مقاطع عالی ارتقای سلامت آموزش داده شدند و اولین برنامه گسترده ارتقای سلامت در محل کار گسترش یافت.

قانون ارتقای سلامت عمومی

هدف این قانون تقویت وضعیت سلامت جمعیت با ارایه اطلاعات دقیق بود. با آموزش مردم در مورد اهمیت سلامت و رفتارهای متعهدانه، محیط مناسبی به وجود خواهد آمد که به مردم اجازه می‌دهد شیوه‌های زندگی سالم را تجربه کنند. قانون ارتقای سلامت عمومی وزیر بهداشت را ملزم به توسعه برنامه ارتقای سلامت می‌کند که ممکن است توسط شهردار شهر و فرماندار و با به کارگیری خدماتی که مراکز سلامت محلی ارایه می‌کنند، اجرا شوند. فعالیت‌های سلامت برای تشویق مردم به ترک سیگار، خوردن نوشیدنی‌های غیرالکلی و بهبود رژیم غذایی و سلامت دهان اجرا خواهند شد. اقدامات تحریمی بر تبلیغات و فروش تنباکو اعمال خواهد شد. محیط‌های سیگار ممنوع در مکان‌های عمومی در نظر گرفته خواهند شد. جوامعی با شیوه زندگی سالم در شهر و در سطح استان به وجود خواهند آمد تا به تمرین عادت‌های خوب کمک کنند. این قانون به ایجاد یک سرمایه ارتقای سلامت نیاز دارد تا کمک هزینه‌ای برای تلاش‌های ارتقای سلامت باشد که شامل آموزش همگانی

در طول سال ۱۹۹۸ قانون ارتقای سلامت عمومی تدوین شد، اولین مؤسسه ارتقای سلامت ایجاد شد و اولین پروژه شهر سالم شروع به کار کرد. اولین دوره های مقاطع عالی ارتقای سلامت آموزش داده شدند و اولین برنامه گسترده ارتقای سلامت در محل کار گسترش یافت.

قانون ارتقای سلامت عمومی وزیر بهداشت را ملزم به توسعه برنامه ارتقای سلامت می‌کند که ممکن است توسط شهردار شهر و فرماندار و با به کارگیری خدماتی که مراکز سلامت محلی ارایه می‌کنند، اجرا شوند.

ارتقای سلامت در محل کار ۲۹۷

(عمومی)، ضروریات توسعه، تحقیق، ارزیابی های سلامت و تلاش های ارتقای سلامت در مراکز سلامت محلی است. سرمایه ها از طریق مالیاتی که از هر فرد کره ای در ازای خرید هر بسته سیگار (در حدود ۱۵ سنت آمریکا) گرفته می شود.

و تخصیص ۵ درصد از بودجه بیمه سلامت و یارانه ای اختیاری که از سوی وزیر بهداشت تضمین می شوند، تأمین می گردد. این قانون در سال ۱۹۹۵ اجرا شد و اولین کمک بودجه ای آن در سال ۱۹۹۷ ارایه شد. اجزای مختلف قانون هنوز در حال اجرا هستند.

ما انتظار داریم قانون ارتقای سلامت عمومی، چهارچوب پایداری برای ارتقای سلامت در کره باشد اما هم چنین در نظر داشته باشید که تلاش های ارتقای سلامت توده مردم به همین نسبت برای توسعه این بستر جدید مهم هستند. خوشبختانه تلاش های اساسی که از طرف وزیر شرح داده شده اند، در آموزش و توسعه برنامه اتفاق می افتند.

ارتقای سلامت در دانشگاه و در محل کار

ما معتقدیم برای اولین بار ارتقای سلامت در محل کار در دانشگاه معرفی شد. دوره های مدارج عالی ارتقای سلامت در مدرسه عالی علوم و مدیریت سلامت دانشگاه Younsei و در بخش طب پیشگیری دانشگاه کاتولیک Cattolic آموزش داده می شود که هر دو در شهر سئول کره می باشند. هم چنین مؤسسه ارتقای سلامت در ماه مارس ۱۹۹۸ در مدرسه عالی علوم و مدیریت سلامت دانشگاه یونسی ایجاد شد. هدف این مؤسسه کسب دانش ارتقای سلامت و کمک به برنامه ریزی برای ارتقای سلامت ملی، ایجاد گروه های متخصص ارتقای سلامت و

آموزش مراقبت از سلامت به متخصصین در زمینه تکنیک های ارتقای سلامت می‌باشند. تلاش‌های پژوهشی اخیر شامل تحقیقات در مورد رابطه تمرینات سلامت و هزینه‌های مراقبت پزشکی است.

نکته آخر این که دانشکده پزشکی دانشگاه کاتولیک برای اولین بار با تعداد زیادی از کارفرمایان برای توسعه آنچه که ما عقیده داریم « اولین برنامه‌های فراگیر و سازمان یافته ارتقای سلامت در کره هستند » همکاری می‌کنند.

آینده ارتقای سلامت

آینده ارتقای سلامت در کره به طور بالقوه ای امیدوارکننده است اما در این زمان نامشخص است. کره در بحران اقتصادی به سر می برد که کاهش ۴۰ درصدی ارزش پولش در برابر دلار آمریکا ورشکستگی شماری از شرکت‌های کلان و دومین نرخ بالای بیکاری در تاریخ کره را به بار آورده است. هزینه‌های مراقبت پزشکی در کره مسأله جدی نیست. بنابراین فشار زیادی برای کنترل آن وجود ندارد. این اوضاع برای ارتقای سلامت خوش یمن نیست. هر چند که بسیاری از سردمداران جامعه پزشکی و وزارت بهداشت به ارتقای سلامت علاقه‌مند هستند. دلیل مرگ در کره از بیماری‌های مسری به امراضی تغییر کرده که مربوط به شیوه زندگی است. مردم کره نسبت سیگاری‌ها در جهان را بالا برده اند، نسبت رو به رشدی از مردم کره دارای مشاغل بی‌تحرک هستند، زیاده روی در نوشیدن الکل بخشی از فرهنگ ما است. غذای روزمره سنتی کره‌ای‌ها کم چربی اما سرشار از سدیم است ولی مردم پذیرای غذاهای پرچربی و آماده غربی هستند.

مؤسسه بین‌المللی ارتقای سلامت (ILHP) مرکزی جهانی برای توسعه و پیشنهاد سیاست‌های ارتقای سلامت، برنامه‌ها، خدمات و پژوهش‌هایی است که کوشش‌های همگان را در سرتاسر جهان به حداکثر می‌رساند.

ارتقای سلامت به طور حتم سلامت و کیفیت زندگی مردم کره را بهبود می‌بخشد. ما با جدیت تلاش می‌کنیم تا بنیان اساسی ارتقای سلامت در کره را کامل کنیم.

انجمن بین‌المللی ارتقای سلامت (ILHP)

مؤسسه بین‌المللی ارتقای سلامت (ILHP) مرکزی جهانی برای توسعه و پیشنهاد سیاست‌های ارتقای سلامت، برنامه‌ها، خدمات و پژوهش‌هایی است که کوشش‌های همگان را در سرتاسر جهان به حداکثر می‌رساند. این مؤسسه در سال ۱۹۹۴ تأسیس شد و در واقع به مرکز ملی تناسب سلامت در دانشگاه آمریکایی واقع در واشنگتن ملحق شد تا به هدایت، تسهیل و هماهنگی تلاش‌های اشخاص و سازمان‌های بین‌المللی کمک کند. بیش از ۵۰ عضو همکار از ۲۵ ملیت، شبکه گسترده و منظم ارتقای سلامت را تشکیل می‌دهند که بخش‌های تبادل اطلاعات و طرح مشارکت را در بر می‌گیرد.

سال ۱۹۹۹، سال جالبی برای ILHP بود. در جلسه سالانه ILHP در واشنگتن، خلاصه اقدامات اولیه این مؤسسه به شرح زیر اعلام شد:

- گسترش شبکه ILHP با در نظر گرفتن موقعیت‌ها و منطقه‌ها
- اجرای رویکرد منطقه‌ای درون شبکه
- تعیین نمایندگان دانشجویان دانشگاه‌های آمریکایی برای نواحی مختلف به منظور تسهیل تبادل نظر و طرح‌های مشترک
- افزایش همکاری با سازمان‌های کلیدی جهانی مانند سازمان جهانی بهداشت، بانک جهانی

• بهبود قابلیت اطلاع‌رسانی و دسترسی به اطلاعات در شبکه از طریق تکنولوژی جدید و موجود (مثل صفحه نمایشگر در همایش‌ها، خبرنامه، اینترنت)

• آشنا شدن به نیازهای آموزشی از طریق کنفرانس‌های کوچک و سمینارهای علمی به ویژه در کشورهای مهم

• تسهیل تحقیق مشترک یا تبادل پروژه‌ها در میان شرکای ILHP که جلسه سالانه موفق‌تری را (به دنبال کنگره علمی) مدیریت کنند.

مؤسسه (IPN) در کلن آلمان، اخیراً الگویی را برای نشان دادن زمینه موقعیت‌ها توسعه داده است تا افراد متخصص ارتقای سلامت در سرتاسر جهان بتوانند با هم در آن زمینه کار کنند تا با ILHP هماهنگ شوند. هدف تشکیل هیأت‌های فرعی در زمینه‌های زیر است:

- خط مشی
- عملکرد موقعیت‌ها (مثل محل کار)
- ارتباط
- امور مالی، تأمین بودجه، تقبل بخشی از هزینه شخص یا شرکت برای تبلیغ
- محصولات
- جلسه سالانه
- استانداردهای کیفیت
- تعلیم، آموزش، توسعه برنامه‌های آموزشی
- اطلاعات، روابط عمومی
- کارورزی

فصل ششم:

مفاهیم کلیدی در برنامه ارتقای سلامت در محل کار

انتظار می رود پس از مطالعه این فصل بتوانید:

- روابط صنعت بیمه و برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار را شرح دهید.
- تعریفی جامع از شیوه زندگی سالم ارائه دهید.
- مشارکت در ارتقای سلامت را تعریف نمایید.
- مفهوم کلیدی توانمندسازی افراد در سلامت را شرح دهید.
- عوامل مؤثر در سلامت روانی محیط کار و تأثیر شرایط سازمانی بر سلامت کارکنان را شرح دهید.
- کارکرد گروه‌های حمایتی و خودیاری در برنامه ارتقای سلامت در محل کار را شرح دهید.
- نحوه حمایت یا تأثیر متقابل برنامه چهارم توسعه کشور و برنامه ارتقای سلامت در محل کار را شرح دهید.

صنعت بیمه و برنامه ارتقای سلامت در محل کار

امروزه یکی از علل مهم در افزایش هزینه‌های بیمه‌ای ضعف توجه به مقوله پیشگیری است، در حقیقت مشکل افزایش هزینه‌های بیمه سلامتی یک مشکل «سلامت» است تا یک مشکل «بیمه‌ای»!

حقایق زیر ما را بیشتر وارد موضوع ارتباط صنعت بیمه و برنامه‌های ارتقای سلامت می‌کند:

❑ پیشگیری بهتر از درمان است! اما در موضوعات سلامتی عمل کردن به این مسأله دشوار است.

❑ هر قدر انسان‌ها سالم تر زندگی کنند، هزینه‌های سلامتی بیمه‌گرها کمتر خواهد بود.

❑ مسبب بسیاری از بیماری‌ها و متعاقب آن تحمیل هزینه‌های پزشکی برای سازمان‌های بیمه‌گر، «عوامل خطر بیماری‌ها» است.

❑ اگر سیاست گذار بخش سلامت به مقوله پیشگیری اهمیت قایل نشود بیمه‌گر به درد سر می‌افتد.

❑ عوامل خطر بیماری‌ها با سه فعالیت پیشگیری محدودسازی و یافتن جایگزین‌های مناسب برای مراقبت‌های سلامتی محدود می‌شود.

❑ پیشگیری شامل آموزش، مدیریت شیوه زندگی، سیستم جایگزین برای شیوه زندگی فعلی، تشخیص‌های پیشگیرانه واکسیناسیون و راه‌اندازی مراکز تندرستی است.

امروزه در بسیاری از موارد، هم خطرات شناخته شده بیماری‌ها قابلیت پیشگیری در سطح مقدماتی و سطح اول را دارا هستند و هم این نوع اقدامات دارای هزینه- اثربخشی قابل توجهی هستند. نگاه نقادانه به نظام سلامت کشورمان این نتیجه

مشکل افزایش هزینه‌های بیمه سلامتی یک مشکل «سلامت» است تا یک مشکل «بیمه‌ای»!

مسبب بسیاری از بیماری‌ها و متعاقب آن تحمیل هزینه‌های پزشکی برای سازمان‌های بیمه‌گر «عوامل خطر بیماری‌ها» است.

اگر سیاست گذار بخش سلامت به مقوله پیشگیری اهمیت قایل نشود، بیمه‌گر به درد سر می‌افتد.

نگاه نقادانه به نظام سلامت کشورمان این نتیجه را می‌دهد که تمام جوانب سطوح دوم و سوم پیشگیری به طور مطلوب در تعریف خدمات درمانی کشور گنجانده نشده است.

ارتقای سلامت در محل کار ۳۰۳

را می‌دهد که تمام جوانب سطوح دوم و سوم پیشگیری به طور مطلوب در تعریف خدمات درمانی کشور گنجانده نشده است:

مثال ۱: بیمار پس از ملاقات با پزشک، آموزش‌های لازم را مطابق متون علمی تخصصی دریافت نمی‌کند که این خود نشان از ناقص بودن فرایند مراقبت دارد. ادامه این وضعیت باعث می‌شود که بیمار پزشک خود را عوض کند یا داروها را ناقص مصرف کرده و یا اصلاً مصرف نکند یا برای عوارض بیماری دیر مراجعه کند که در تمام این موارد هزینه‌های زیادی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت می‌شود.

مثال ۲: ضعف استفاده از فرصت ارتقای سلامت در محل کار نمونه دیگری است. در این مورد مطالعات تحقیقاتی و تجربیات فراوانی در سایر کشورها وجود دارد که از محل کار به عنوان فرصتی برای دسترسی به اکثریت بزرگسالان استفاده می‌شود و با ارایه برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار شامل برنامه‌های کاهش خطرات ناشی از حرفه کارگر، خطرات ناشی از شیوه مدیریت سازمان محل کار و عوامل خطر موجود در فرد (مانند کشیدن سیگار یا چاقی و ...) ضمن ارتقای سلامت کارکنان، باعث افزایش بهره‌وری سازمان می‌شود. در اغلب مطالعات، کارفرمایان به ازای هر یک دلار سرمایه‌گذاری بیش از دو و نیم تا ۷/۶ دلار فایده برده‌اند. در این میان سازمان‌های بیمه‌گر با پیشگیری از بروز و شیوع بیماری‌های ناشی از عوامل خطر شمرده شده در هزینه‌های درمانی خود صرفه جویی نموده و خواهند توانست خدمات بهینه‌تری را در سایر سطوح پیشگیری به بیمه‌شدگان ارایه دهند. به نظر می‌رسد حتی به کار

امروزه در اغلب برنامه‌های سازمان‌های بیمه گر، حوادث شغلی و بیماری‌ها پوشش داده می‌شود در صورتی که عوامل خطری مانند سیگار و چاقی در محل کار باعث صدمات جبران ناپذیری می‌شود

بردن عنوان « معاونت خدمات درمانی » در واحدهای بیمه گر مقوله پیشگیری را به طور نسبی به بوته فراموشی سپرده است.

در تجربیات کشور فرانسه برای اصلاح ساختارهای موجود نظام سلامت، موارد زیر در برنامه‌های اصلاحی حزبی سوسیالیست مشاهده می‌شود:

- شروع حرکت تازه‌ای در مورد متوازن ساختن مراقبت‌های درمانی و فعالیت‌های پیشگیرانه سازمان‌های بیمه‌گر
- پیگیری جدی اصلاحات در زمینه پزشکی کار
- افزایش نقش پزشک درمانگر در زمینه پیشگیری از بیماری‌ها: این دسته از پزشکان نه تنها بر اساس عملیات انجام یافته بلکه به طور مقطوع نیز از صندوق بیمه پاداش دریافت می‌کنند.

امروزه در اغلب برنامه‌های سازمان‌های بیمه‌گر، حوادث شغلی و بیماری‌ها پوشش داده می‌شود در صورتی که عوامل خطری مانند سیگار و چاقی در محل کار باعث صدمات جبران ناپذیری می‌شود به طوری که در بررسی‌ها نشان داده شده است:

- سیگاری‌ها ۵۰ درصد بیشتر از غیر سیگاری‌ها از محل کار غیبت می‌کنند.
- سیگاری‌ها دو بار بیشتر از غیر سیگاری‌ها با حادثه در محل کار مواجهند.
- سیگاری‌ها ۵۰ درصد بیشتر از غیر سیگاری‌ها در بیمارستان بستری می‌شوند.
- هر سیگاری حدود ۱۰۰۰ دلار در سال بابت هزینه‌های پزشکی مستقیم هزینه دارد.

ارتقای سلامت در محل کار ۳۰۵

هزینه برنامه‌هایی که می‌تواند از چاقی جلوگیری کند و یا آن را محدود سازد چقدر است؟ آیا این نوع سرمایه‌گذاری برای کارفرما و بیمه‌گر ارزش افزوده‌ای خواهد داشت؟

□ ۸۰ درصد سیگاری‌ها می‌خواهند ترک کنند اما اکثر آنها به تنهایی نمی‌توانند ترک کنند و برنامه‌های ترک سیگار، نسبت خروج افراد از سیگار کشیدن را دو برابر می‌کند.

□ تامسون در ۱۹۹۴ نشان داد که چاقی در محل کار ۱۲/۷ بلیون دلار هزینه سلامتی ملی دارد که سهم چاقی متوسط و شدید ۱۰/۱ بلیون دلار و سهم چاقی خفیف ۲/۶ بلیون دلار بوده است و از این مقدار در مجموع ۷/۷ بلیون دلار هزینه پرداخت شده توسط بیمه‌ها بوده است که صرف درمان بیماری‌های زیر شده است:

۱. بیماری‌های قلبی عروقی
۲. هیپرتانسیون
۳. دیابت نوع دوم
۴. هیپرکلسترولمی
۵. سکته مغزی
۶. بیماری کیسه صفرا
۷. استئوآرتریت زانو

حال سؤال این است که هزینه برنامه‌هایی که می‌تواند از چاقی جلوگیری کند و یا آن را محدود سازد چقدر است؟ آیا این نوع سرمایه‌گذاری برای کارفرما و بیمه‌گر ارزش افزوده‌ای خواهد داشت؟ پاسخ این سؤال بلی است.

۳۰۶ مفاهیم کلیدی در برنامه ارتقای سلامت در محل کار

رابطه دو طرفه برد - برد برای سازمان بیمه‌گر و کارفرما در اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار در شکل زیر خلاصه شده است:

شکل ۱-۶:



ارتقای سلامت در محل کار ۳۰۷

سازمان‌های بیمه‌گر به کمک عوامل قانونی و تشویقی و با ترویج و تبلیغ اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار می‌توانند از طریق تأثیر بر عوامل زیر به کارفرما فایده رسانند:

۱. کاهش هزینه‌های وقت از دست رفته
 ۲. کاهش غیبت از محل کار
 ۳. افزایش بهره‌وری
 ۴. کاهش هزینه‌های بیمه عمر و سلامت کارکنان
- از طرفی کارفرما نیز با اجرای صحیح و مشتاقانه برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار خواهند توانست هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر را در موارد زیر کاهش دهند:

۱. هزینه‌های بستری
 ۲. هزینه‌های سرپایی
 ۳. مصرف دارو
 ۴. استهلاک تجهیزات پزشکی
 ۵. افت کیفیت سایر خدمات
- افزایش بهره‌وری برای کارفرما از طریق موارد زیر صورت می‌پذیرد:

- کاهش تضاد سازمانی
- کاهش جابجایی کارکنان
- افزایش تعهد کارکنان
- افزایش استفاده از زمان با بهبود و تسریع تصمیم‌گیری
- کاهش زمان از دست رفته و غیبت
- در این میان برای کارکنان نیز مزایایی وجود دارد:
- بهتر شدن روابط با همکاران و مسوول مافوق
- بهبود وضعیت جسمی و روحی
- بهبود تمرکز بر کار

□ افزایش رضایت شغلی و نگاه مثبت به شغل

با توجه به شکل فوق اغلب برنامه‌هایی که تحت عنوان بسته های خدمتی ارتقای سلامت باعث کاهش هزینه‌های پزشکی شود، می‌تواند توسط بیمه‌گر حمایت شود. در این میان کار فرمای موفق تر از تخفیف بیمه‌ای قابل ملاحظه نیز می‌تواند برخوردار شود و این تشویق خود انگیزه‌ای افزون بر مزایای فوق برای کارفرما است.

در مطالعه موفقیان (۱۳۸۳) و به گزارش دفتر آمار و محاسبات اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۸۲، هزینه خسارت های ناشی از حوادث شغلی از ۴/۵ میلیارد ریال در سال ۱۳۷۰ به ۴۲/۵ میلیارد ریال در سال ۱۳۸۰ افزایش پیدا کرده است. بررسی اقتصادی خسارت‌های ناشی از حوادث شغلی بیشتر به کوه یخ تشبیه شده است به طوری که نسبت هزینه‌های مستقیم به غیر مستقیم یک به چهار است. اجزای این هزینه‌ها عبارت است از:

الف) هزینه‌های مستقیم (تأمین اجتماعی پرداخت می‌کند):

□ خسارت ناشی از وقفه کار

□ هزینه‌های درمانی

□ غرامت

□ از کارافتادگی جزئی ناشی از کار

□ از کارافتادگی کلی ناشی از کار

□ فوت ناشی از کار

ب) هزینه‌های غیر مستقیم

□ کاهش بازده کار

□ هزینه حمل و نقل، زمان کاری تلف شده

□ هزینه آموزش و تربیت فرد جانشین

با توجه به جامعیت تعریف برنامه‌های کنونی ارتقای سلامت در محل کار باید مطالعات دیگری را به منظور تعیین اثرات و هزینه‌های سایر عوامل خطر مانند دخانیات، چاقی، عدم تحرک و شیوه‌های مدیریت و ... انجام داد تا در تغییر رویه کارفرمایان و سازمان‌های بیمه‌گر بیش از پیش مؤثر واقع شود.

□ هزینه‌های اموال و دارایی‌های منهدم شده: تخریب ساختمان‌ها، استهلاک ابزار و تجهیزات، تخریب مواد اولیه محصولات، معوق ماندن تولید.

نوع کار، جدول زمان بندی کار، جو حاکم، کیفیت فعالیت سازمان و فشار عصبی از دیگر عوامل مؤثر در بروز حادثه است. دو راه حل قانونی برای کاهش خسارت و وقوع حوادث شغلی به پیشنهاد نویسنده مقاله عبارت است از:

□ تعیین میزان پرداختی حق بیمه به نسبت هزینه‌ها و خسارت های ناشی از هر شغل (هم اکنون نحوه دریافت متعادل است)

□ کاهش نرخ حق بیمه پرداختی کارفرمایی که توانسته باشد محیط شغلی مناسب برای کارگران ایجاد کند.

این مطالعه و تحقیقات شبیه به آن بیشتر در مورد هزینه‌های حوادث شغلی تأکید کرده اند چراکه در حال حاضر نیز بیمه ها صرفاً از حوادث شغلی حمایت کرده و تسهیلات ارایه می‌دهند. در صورتی که با توجه به جامعیت تعریف برنامه‌های کنونی ارتقای سلامت در محل کار باید مطالعات دیگری را به منظور تعیین اثرات و هزینه‌های سایر عوامل خطر مانند دخانیات چاقی، عدم تحرک و شیوه‌های مدیریت و ... انجام داد تا در تغییر رویه کارفرمایان و سازمان‌های بیمه‌گر بیش از پیش مؤثر واقع شود.

در مطالعه دیگری تحت عنوان نیاز سنجی و تعیین اولویت های تحقیقاتی بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی یکی از مشکلاتی که مکرر به آن اشاره شده است، افزایش هزینه‌های

بیمه‌گر نقش مؤثری در پیاده‌سازی بسته خدماتی ارتقای سلامت در محل کار خواهد داشت.

درمانی سازمان در سال‌های اخیر است. در تحلیل این مسأله به دو نکته زیر بیش از پیش اشاره شده است:

a. افزایش بار بیماری‌های مزمن

b. افزایش مراجعه غیر ضروری و سرپایی بیمه شدگان

اما در واقع برای رویارویی با پدیده رو به افزایش بیماری‌های مزمن چه راهبردی هزینه اثر بخش تر است؟ پاسخ این سؤال توجه به امر پیشگیری در تمام سطوح از سطوح ابتدایی، اولیه تا ثالثیه است.

برای توجه نظام مند به این مقوله باید سطح انتظارات بیمه از شبکه درمانی مسؤول در کشور تعریف شده و به طور متقابل نیز وزارت بهداشت انتظارات خود را مشخص سازد. به طور قطع لازمه این تغییر در نظام بیمه‌ای کشور، تغییر در سطح پوشش خدمات سلامتی در محل کار، باز تعریف خدمات پیشگیرانه سازمان‌های بیمه‌گر و تسهیلات قانونی، حقوقی و عملیاتی است. به عنوان مثال انواع خدمات بیمه‌ای کارکنان باید تعریف شده و برای کارفرمایان بازاریابی شود. نرخ‌ها و تعرفه‌های خدمات ارتقای سلامت شامل آموزش، مشاوره، برنامه‌ریزی، طراحی و ارزیابی در محل کار باید باز تعریف شود. تضادها و موانع قانونی برای ارائه خدمات پیشگیرانه باید توسط سازمان‌های بیمه‌گر بررسی و رفع شود.

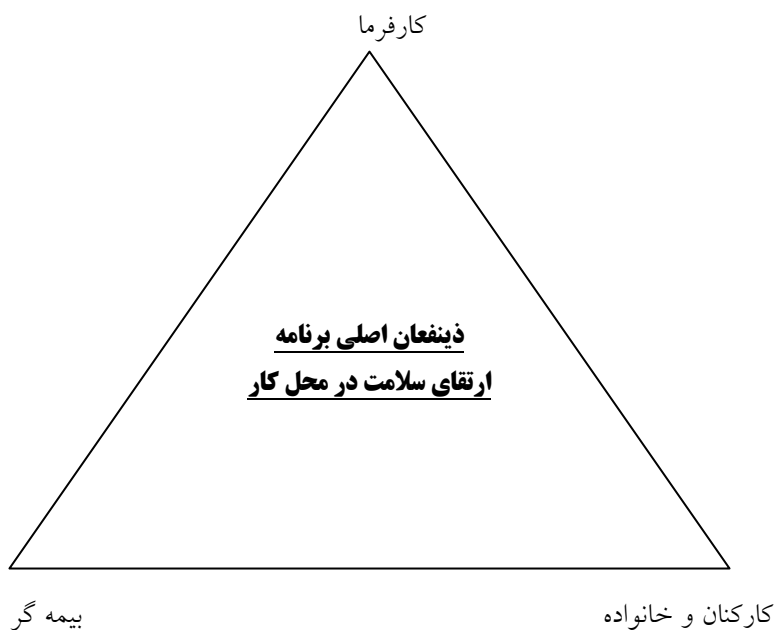
با توجه به استدلال‌های فوق بیمه‌گر نقش مؤثری در پیاده‌سازی بسته خدماتی ارتقای سلامت در محل کار خواهد داشت. همانند ترویج سایر برنامه‌های خدمات درمانی این نوع خدمت نیز می‌تواند با استفاده از فرایند بازاریابی اجتماعی برای گروه‌های متفاوت کارفرمایی ترویج شده و با ساز و کارهای قانونی و تشویقی به اجرا درآید. البته در حال حاضر توجیه هر

ارتقای سلامت در محل کار ۳۱۱

اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار به نفع هر سه رأس مثلث کارفرما، کارگر و خانواده و بیمه‌گر است تا با تضمین سلامت شاغلان، کارفرما از نیروی انسانی سالم و با نشاط بهره برده و بیمه‌گر نیز بتواند با کاهش هزینه‌های خود کیفیت خدمات را افزایش دهد.

سه رأس ذینفعان برنامه‌های ارتقای سلامت لازم است اما به نظر می‌رسد که دشوارترین توجیه برای گروه بیمه‌گر باشد. نتیجه این که اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار به نفع هر سه رأس مثلث کارفرما، کارگر و خانواده و بیمه‌گر است تا با تضمین سلامت شاغلان، کارفرما از نیروی انسانی سالم و با نشاط بهره برده و بیمه‌گر نیز بتواند با کاهش هزینه‌های خود کیفیت خدمات را افزایش دهد و همه این تلاش‌ها در نهایت راهبردی مؤثر برای انجام رسالت نظام سلامت هر کشوری در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مردم است.

شکل ۲-۶: ذینفعان اصلی برنامه ارتقای سلامت در محل کار



شیوه زندگی سالم

شیوه زندگی سالم، منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی، ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی می‌باشد.

هم‌زمان با فشرده شدن بودجه های بخش سلامت، فشار به افراد برای برخورداری از یک زندگی سالم افزایش می یابد. سیاستگذاران باید به نقش رهبری خود در این زمینه متفکرانه بیاندیشند. باید بیش از گذشته به کاهش تنش بین نقش مسوولیت فردی (من چه باید بکنم)، مسوولیت اجتماعی (ما چه باید بکنیم، من برای آنچه که اطرافم رخ می‌دهد، چه باید بکنم) و استقرار محیط‌های سالم، سیاست همگانی سالم و کاهش شکاف عدالت اجتماعی توجه شود.

تصور می‌شود مهم‌ترین موانع انتخاب شیوه زندگی سالم شامل نحوه تعریف و پذیرش مفهوم آن و توان مردم (به ویژه اقشار با وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین) برای رعایت شیوه زندگی سالم است.

در واقع باید به این سؤال ها جواب دهیم:

- آیا شیوه زندگی سالم، مفهومی مفید می‌باشد؟
- تعیین کننده های انتخاب شیوه زندگی، چه هستند؟
- چه رویکردهایی برای توسعه شیوه زندگی سالم استفاده شده‌اند و آیا آنها اثربخش بوده اند؟
- فرآیندهای اجتماعی و عمومی، چگونه می‌توانند شیوه زندگی سالم را توسعه دهند؟

شیوه زندگی سالم، منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی، ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی می‌باشد. با این حال قانع کردن مردم به این‌که سلامت یک سرمایه مناسب است و ایجاد انگیزه برای خلق فرهنگی سلامت پرور فرآیندی پیچیده می‌باشد.

بیماری هزینه بر است. بخش قابل ملاحظه‌ای از منابع خانواده‌ها و کشورها برای پاسخگویی مقتضی به بیماری و رهایی از مشکلات سلامت هزینه می‌شود. افزایش شیوع بیماری‌های مزمن و شرایط ناتوان‌کننده، همراه با امید به زندگی بیشتر و افزایش میانگین سن مردم، از عوامل اثبات شده افزایش بار بیماری‌اند. شرایطی نظیر بیماری قلبی، سرطان، دیابت، بیماری‌های مفصلی و ناراحتی‌های روانی مسؤول اکثریت عمده مرگ و ناتوانی‌اند. تاکنون، استراتژی‌های اصلی ما برای برخورد با این شرایط، تکیه بر ارایه مراقبت‌های بالینی ویژه توسط متخصصان ماهر بهداشتی بوده است اما شرایط امروز حاکی از آن است که جز با آغاز اقدام جدی برای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری، نمی‌توان برای بهبود شرایط اقدام نمود. برنامه‌های جدید باید شامل توسعه اقدام‌های جایگزین مؤثرتری به‌جای مداخله‌های جاری برای پاسخگویی به بیماری‌ها در سیستم فعلی ارایه خدمات بهداشتی باشد.

بسیاری از مشکلات بهداشتی قابل پیشگیری‌اند یا حداقل می‌توان وقوع شان را به تعویق انداخت. هم‌چنین در طول ۲۰ سال گذشته مشاهده شده است که بخش قابل توجهی از ۱۰ عامل مرگ، ناشی از عوامل قابل تعدیل اجتماعی و شیوه زندگی می‌باشد.

برخی از مشکلات بهداشتی به سهولت رفع شدنی است (مثل نیستن کمربند ایمنی) اما بسیاری از مشکلات بهداشتی نظیر عدم تحرک فیزیکی، تغذیه نامناسب، استعمال سیگار و سوء مصرف مواد ریشه در فرهنگ و شرایط اقتصادی - اجتماعی دارند و رویارویی با آنها بسیار مشکل است.

شواهد نشان می‌دهد که بسیاری از عوامل فردی و اجتماعی وابسته به سلامت، مواردی هستند که تنها از طریق استراتژی‌های جامع، بین بخشی، و طولانی مدتی که متضمن انواعی از رویکردهای آموزش، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری باشد، قابل تعدیل و تغییرند.

بسیاری از رفتارهای مؤثر در شرایط سلامت، خواه بهبود سلامت یا بیماری، به طور واضحی در ارتباط با همبستگی متقابل بین شیوه زندگی مردم و محیط اجتماعی آنها هستند. همزمان با موفقیت‌های محدود استراتژی‌های ارتقای سلامت متمرکز بر رفتارهای بهداشتی فردی، به تازگی ما با مفاهیمی چون همبستگی اجتماعی، حمایت اجتماعی و وابستگی متقابل اجتماعی آشنا شده ایم.

شیوه زندگی مردم عامل مؤثر مهمی در سلامت جسمی روانی (عاطفی، روانی، روحی) - اجتماعی و تندرستی آنان است. شیوه زندگی، به ویژه وقتی که در ارتباط با رفتارهای مخاطره آمیز نظیر استعمال سیگار و نداشتن تحرک فیزیکی مطرح می‌شود، به طور خاص به عنوان عملکردی ارادی (نتیجه انتخاب‌های شخصی افراد) تجسم می‌شود. مفهوم «شیوه زندگی» متکی بر این ایده است که مردم به طور معمول الگوی قابل تشخیصی از رفتار را در زندگی روزانه خود به نمایش می‌گذارند (برای مثال، مسایل روتین کار، فراغت، زندگی اجتماعی). واژه «شیوه زندگی سالم» ناشی از این ایده است که الگوی زندگی روزانه فعالیت‌ها می‌تواند به عنوان سالم یا ناسالم مورد داوری قرار گیرد. به طور معمول، یک شیوه زندگی سالم به عنوان یک زندگی متعادل مشخص می‌گردد که در آن هر

جامعه شناسان پیشنهاد کرده اند که شیوه زندگی به طور اساسی مصنوع و تصویری از فرهنگ است و اهمیت عامل انتخاب افراد نسبت به تعیین کننده های اجتماعی، کم تر می باشد.

شخصی به طور آگاهانه انتخاب می کند. البته، مجموعه انتخاب ها، متأثر از بسیاری از عوامل می باشد.

محیط فرهنگی - اجتماعی افراد، یکی از عوامل تعیین کننده خیلی مهم شیوه زندگی است. در واقع، Shields (۱۹۹۲) و سایر جامعه شناسان پیشنهاد کرده اند که شیوه زندگی به طور اساسی مصنوع و تصویری از فرهنگ است و اهمیت عامل انتخاب افراد نسبت به تعیین کننده های اجتماعی، کم تر می باشد. شیوه های زندگی مجموعه ای از عناصر نهادین مؤثر در شکل گیری مدل رفتار، آرایش و سلیقه مردم را در بر می گیرد (Shields, ۱۹۹۲). در برخی از مدارک، شیوه زندگی به عنوان یک تعیین کننده سلامت و بیماری تعریف شده است. چنین تعریفی در سراسر دنیا، تفکر درباره سلامت را متأثر ساخته است. لالوند (lalonde) شیوه زندگی را اینگونه تعریف کرده است:

انباشت تصمیم های متخذه توسط افراد که بر سلامتشان تأثیر گذارد و از سوی دیگر کم یا زیاد تحت کنترل آنها باشد. عادت های بد بهداشتی افراد، موجب ایجاد مخاطرات خود خواسته برای آنها می شود. وقتی که تهدیدهای مذکور موجب بیماری یا مرگ شود، می توان شیوه زندگی قربانی را عامل مؤثر یا موجب بیماری یا مرگش دانست.

مباحث اولیه شیوه زندگی به طور ابتدایی بر تغذیه، تحرک فیزیکی، استعمال دخانیات و مصرف الکل متمرکز بود. برنامه های بهبود شیوه زندگی نیز متکی بر این تصور بود که اطلاعات و آموزش می تواند شیوه های زندگی را تغییر دهد. امروزه، درک ما از شیوه زندگی و رابطه اش با سلامت، نسبت به آن زمان دچار تغییری اساسی شده است. تحقیق و تجربه در

زمینه ارتقای سلامت، روش تفکر ما درباره شیوه زندگی و نحوه تلاش ما برای بهبود سلامت را تغییر داده است.

در طول ۲۰ سال گذشته، تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO-۱۹۹۸) از شیوه زندگی، موجب درک گسترده تری از تعیین کننده های یک زندگی سالم شده است. طبق تعریف WHO، شیوه زندگی راهی برای زندگی بر اساس الگوهای قابل تعریف رفتار است که از طریق تعامل بین ویژگی های فردی، تعامل های اجتماعی و شرایط زندگی اجتماعی، اقتصادی و محیطی یک فرد تعیین می شود.

تعریف WHO حاکی از آن است که الگوهای رفتاری به طور مداوم در پاسخ به شرایط متغیر اجتماعی و محیطی تعدیل می شوند. طبق تعریف مذکور، تلاش برای بهبود سلامت از طریق تواناسازی مردم برای تغییر شیوه زندگی اشان باید هم در راستای تغییر فرد و هم در راستای تغییر شرایط زیستی و اجتماعی مؤثر در رفتار یا شیوه زندگی تنظیم گردد. تعریف WHO بیشتر مؤید آن است که شیوه زندگی ایده آل (حداکثری) معلوم نیست و عوامل زیادی در تعیین راه مناسب برای زندگی هر فرد مؤثرند.

یک تعریف بازسازی شده از شیوه زندگی باید علاوه بر عوامل مؤثر در تغذیه، تحرک فیزیکی و مصرف الکل بتواند تأثیر شرایط و فرآیندهای اجتماعی نظیر وضعیت اقتصادی - اجتماعی و روابط اجتماعی را بر شیوه زندگی محاسبه نماید. مرزهای شیوه زندگی باید در آن سوی افراد تعیین شود.

چشم اندازهای اخیر در مورد تعیین کننده های سلامت مردم درک ما را از عناصر تشکیل دهنده یک شیوه زندگی سالم توسعه داده است. برای مثال می توان به عناصر زیر اشاره نمود:

شواهد قوی و قانع کننده بسیاری درباره تأثیر تعیین کننده‌های اجتماعی بر سلامت وجود دارد

□ تطابق مؤثر: اکنون به طور گسترده‌ای به‌عنوان یک تعیین کننده مهم سلامت محسوب می‌شود. رفتارهای تطابقی به مردم کمک می‌کند تا فارغ از رفتارهای مخاطره آمیز با چالش‌ها و استرس‌های زندگی روبرو شوند.

□ یادگیری مادام‌العمر: بخشی از یک شیوه زندگی سالم است.

□ احتیاط‌های ایمنی و امنیتی: در خانه، مدرسه و محل کار بخشی از شیوه زندگی سالم است.

□ فعالیت اجتماعی و داوطلبانه: امروزه با شناخت تأثیر روابط اجتماعی بر سلامت به‌عنوان جزئی مهم از شیوه زندگی سالم محسوب می‌شود.

□ حس هدفمند و معنا دار بودن، معنویت و امید: از عناصر اصلی شیوه زندگی است. این مفاهیم در برگیرنده تلاش برای درک و یافتن موقعیت فرد در دنیا می‌باشد (Bhatti, ۱۹۹۹, Ansbacher, ۱۹۵۹).

طبق نظر مک لوری و همکاران، رفتارهای بهداشتی توسط پنج دسته از عوامل تعیین می‌شوند:

۱. عوامل درون فردی

۲. فرآیندهای بین فرد و گروه‌های اولیه

۳. عوامل نهادی

۴. عوامل اجتماعی

۵. سیاست همگانی.

قرار گرفتن چهار عامل از پنج عامل مذکور در خارج از فرد یعنی در محیط، نشان دهنده اهمیت بیشتر مداخله‌های پیش بینی شده در محیط نسبت به مداخله در سطح فردی می‌باشد. شواهد قوی و قانع کننده بسیاری درباره تأثیر تعیین کننده‌های اجتماعی

بر سلامت وجود دارد (WHO-1998). برای اجتناب از این تصور که شیوه زندگی یک خصیصه فردی است و این که رفتار فردی اولین سطح تغییر می‌باشد، پیشنهاد شده است که تعریف مجدد شیوه زندگی نیازمند بررسی شیوه زندگی جمعی است. این مؤلفان پیشنهاد کردند که چنین اکتشافی به درک کامل‌تر تعامل بین شرایط اجتماعی و رفتار در شکل دهی سلامت کمک خواهد کرد. آنها هم‌چنین پیشنهاد کردند که مفهوم معاصر شیوه زندگی با تجسم اولیه آن بر اساس نظر Max Weber بسیار متفاوت است. وی شیوه زندگی را به طور عمده توسط شرایط و تفاوت موجود میان گروه‌ها تعریف می‌کرد و معتقد بود که شیوه زندگی توسط مدل‌های مصرف تقویت می‌گردد.

نوسازی مفهوم «شیوه زندگی سالم» با محاسبه موقعیت اجتماعی، مشابه بازسازی مفاهیم موجود در حیطه استرس و تطابق می‌باشد.

اخیراً، برای نوسازی مفهوم استرس و تطابق از مفهومی تنها فردی (چگونه من به تنهایی با استرس مقابله کنم)، به فرآیندهایی اجتماعی (چگونه ما با استرس مقابله کنیم و چگونه دیگران بر تعیین استرس و تطابق اثر می‌گذارند)، حرکت‌هایی انجام شده است. تم اصلی این تغییر در اندیشه وابستگی متقابل و شواهد فزاینده در زمینه اثرگذاری آن بر تطابق و بر انتخاب شیوه‌های زندگی سالم است. وابستگی متقابل به معنای به هم پیوستگی افراد با محیط اجتماعی‌شان می‌باشد (Kelley, 1979). هویت، انتخاب‌ها و شیوه زندگی هر شخصی تا اندازه خیلی زیادی با توجه به وابستگی متقابلش تعریف می‌شود. در یک تفکر مبتنی بر وابستگی متقابل، شیوه زندگی سالم کمتر به عنوان مهارت‌های سلامت فردی تنها اکتسابی و بیشتر به عنوان

صلاحیت های اکتسابی و انتخاب مسیری برای خلق یک محیط حمایتی مشترک برای زندگی سالم درک می شود.

تمرکز بر مباحث ویژه شیوه زندگی نظیر تغذیه و تحرک فیزیکی به تنهایی و از یک منظر فردگرایانه، این نگاه که شیوه زندگی سالم تنها درباره من برای خودم چه باید بکنم می باشد را تقویت می کند. حال باید دید که در صحبت از شیوه زندگی با توجه به رابطه فرد با جامعه، چه عناصری از فرد در متن جامعه باید در تعریف ما از شیوه زندگی سالم لحاظ گردد؟ در زیر فهرستی از عناصر مذکور بیان می شود:

الف) سلامت من، بر شیوه زندگی دیگران اثر می گذارد. سلامت شخصی افراد بر شیوه زندگی دیگران تأثیر دارد (مثلاً بار بیماری و ارابه مراقبت).

ب) اقدامات من، بر شیوه زندگی دیگران اثر می گذارد. اقدام هایی که شیوه زندگی دیگران را تحت تأثیر قرار می دهد شامل: حمایت اجتماعی از رفتارهای سالم - خدمات نجات داوطلبانه - ایفای نقش به عنوان یک الگو برای کودکان خانواده ها یا هم سانان - ایجاد محیط فیزیکی برای زندگی سالم - معرفی عملکرد سالم به دیگران از طریق جلب شرکا - پیشنهاد فرصت مناسب برای مداخله در رفتارهای مثبت بهداشتی به مردم (کمک های بهداشتی و خدمات امداد و نجات).

ج) من بر شرایط جامعه ای که در آن زندگی می کنم، اثر می گذارم و این اثر در شیوه های زندگی سالم دخیل است. افراد در سلامت جامعه اشان سهیمند. آنها از انرژی و تخصصشان در برنامه ریزی، طراحی و توسعه ابتکارهای جامعه سالم و برای حمایت از کاهش عوامل ضد سلامت (مثل محیط های فیزیکی غیر ایمن) استفاده می کنند.

د) ما (در همکاری با هم) بر سلامت دیگران اثر می‌گذاریم: مردم در جوامعشان برای کمک به افرادی که در نتیجه شرایط فردی یا مجموعه‌ای از عوامل استرس‌زا (مثل سیل یا تعطیلی کارخانه)، دوران سختی را می‌گذرانند یا کسانی که برای سازش مؤثر نیازمند منابع خارجی هستند، همکاری می‌کنند. ممکن است مردم برای خلق حمایت‌های بنیادین در جوامع شان با یکدیگر همکاری کنند (مثل ایجاد یک مکان تفریحی یا لابی برای کاهش آلودگی‌ها). حمایت جامعه نیز ممکن است که توسط حوادثی که برای افراد رخ می‌دهد، فعال شود اما آنچه که بیشترین تأثیر را دارد شبکه‌های اجتماعی است.

در جوامع پیش صنعتی، مردم برای بقا نیازمند تعاون و اشتراک هستند. با صنعتی شدن جوامع و تغییرهای حاصل از آن ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی از عدم وابستگی (استقلال) و کسب منابع فردی حمایت می‌کنند. اکنون، بسیاری از مردم اهل یک جامعه حمایتی نیستند. در مراکز شهری و حومه شهر اغلب مردم دور از خانواده و دوستانشان زندگی می‌کنند. فرهنگ سرعت، فرصتی برای ایجاد روابط جدید و خلق عواطف عمومی باقی نمی‌گذارد. جایگزینی وابستگی به خانواده و همسایه‌ها توسط نهادهایی نظیر سازمان‌ها، دولت‌ها و شرکت‌ها، موجب توسعه بی‌عاطفگی و قطع ارتباطات می‌شود.

امروزه به‌خوبی مشخص شده است که افزایش مهارت‌های زندگی فردی، عنصر مهمی از ارتقای سلامت بوده و شامل مهارت‌هایی ورای مهارت‌های مرتبط با اقدام‌های خاص بهداشتی می‌باشد. "مهارت‌های زندگی، توانایی‌های تطبیق و رفتارهای مثبتی هستند که مردم را قادر به رویارویی مؤثر با تقاضاهای زندگی روزانه می‌سازند." چنین مهارت‌هایی شامل

مهارت‌های فردی، بین‌فردی، شناختی و فیزیکی می‌باشد که مردم را قادر به کنترل و اداره زندگی‌شان می‌سازند. مهارت‌های زندگی فردی شامل سواد خواندن و شمردن، تصمیم‌گیری و حل مسأله، تفکر خلاق و نقاد، همدلی، حمایت دو جانبه، خودیاری و جلب حمایت، ارتباطات و تطابق می‌باشد (IUHPE - ۱۹۹۹).

استرس مسؤول دامنه گسترده‌ای از تغییرهای فیزیولوژیک شامل افسردگی، استعداد ابتلای به عفونت، دیابت، فشار خون بالا، خطر بیشتر حمله قلبی می‌باشد (Bruner, ۱۹۹۷). Lomas (۱۹۹۸) بیان می‌کند که تأثیر حمایت اجتماعی و همبستگی اجتماعی بر بیماری قلبی بسیار قوی‌تر از مراقبت پزشکی فردی می‌باشد.

یک محیط اجتماعی سالم، احساس تعلق و برخورداری از ارزش را در مردم ایجاد می‌کند که چنین احساسی از استرس می‌کاهد، کنترل را افزایش می‌دهد و انزوای اجتماعی را کاهش می‌دهد. محیط حمایتی می‌تواند در خانه، مراکز عمومی، مدارس، محل‌های کار و محل‌های تفریح خلق شود. پاسخ فردی به عواقب بهداشتی استرس شامل کنترل آن با دارو یا مدیریت استرس می‌باشد. رویارویی با دلایل استرس در سطح جمعی، از طریق خلق محیط‌های حمایتی در خانه، مدارس شرکت‌ها و سایر سازمان‌ها رویکرد مقبول‌تری است (WHO, ۱۹۹۸). حمایت و ارتباط اجتماعی با خانواده، دوستان و جوامع، عوامل مهمی برای سلامت و کاهش مرگ زود هنگام می‌باشند (Hanson-۱۹۹۶; ۱۹۹۷-inpress-Stewart). اکنون حمایت اجتماعی به عنوان یک تعیین‌کننده مهم سلامت شناخته شده است. ممکن است ثبات تأثیر روابط اجتماعی بر سلامت،

بیشتر و حتی خیلی بیشتر از تأثیر شیوه‌های زندگی و رفتارهای پرخطر باشد. حمایت اجتماعی، حفاظتی در برابر حوادث گوناگون زندگی و شرایط زندگی بوده و نیز منبعی عاطفی و کاربردی برای سازش و برای افزایش کیفیت زندگی می‌باشد وابستگی و تعلق به یک گروه اجتماعی موجب می‌شود مردم مراقبت شدن، دوست داشته شدن و محترم شمرده شدن را احساس می‌کنند. چنین تعلقی موجب حس برخوردارگی از مقام اجتماعی و احساس کنترل می‌گردد که اثر حفاظتی این دو عنصر برای سلامت بسیار قوی می‌باشد (WHO, 1998-FPT Advisory Committee on population Health, 1994-Lyonseal-1998). احتمال تجربه افسردگی و بیماری روانی، خطرات بارداری و ناتوانی مزمن در مردم برخوردار از حمایت اجتماعی کمتر، بیشتر است (Kaplan et al, 1996; Oxman et. al, 1988; Kawachi et al, 1992).

روابط اجتماعی مناسب می‌تواند عواقب استرس را کاهش دهد. مداخله‌های حمایت اجتماعی، نتایج پزشکی را در مجموعه‌ای از جمعیت‌های پرخطر بهبود می‌بخشد (WHO, 1998).

صفات فردی نظیر خوش بینی و رضایت شخصی در زندگی سالم مؤثرند. برای مثال، تحقیقات نشان داده اند که افراد خوش بین عمر بیشتری دارند (Mayo Clinic, 1999). افرادی که درباره خودشان تفکر مثبتی ندارند یا تأثیر تلاش خود را در ایجاد تغییر احساس نمی‌کنند، چرا باید شیوه زندگی سالم را برگزینند؟ مفهوم درماندگی آموخته شده بیانگر چنین وضعیتی است. درماندگی آموخته شده بیان می‌کند که مردم وقتی وارد

کارهای اجتماعی می‌شوند که باورکنند که تلاش هایشان بیفایده نخواهد بود. در حالت درماندگی آموخته شده، آنها نمی‌توانند هیچ کنترلی بر محیط زندگی‌اشان داشته باشند (Bandura, ۱۹۸۶; Seligman, ۱۹۷۵). اگر مردم معتقد شوند که نمی‌توانند بر جنبه‌های مختلف زندگی خود اعمال کنترل نمایند، تغییر رفتارشان برای کنترل سلامت خود، خانواده و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، بعید به نظر می‌رسد.

نتیجه:

بنابراین بر اساس تحقیقات فوق و استدلال‌های زیر یکی از محیط‌های قابل مداخله برای تغییر شیوه زندگی افراد «محل کار» است:

□ شیوه زندگی به عنوان یکی از عوامل خطر بیماری‌ها شناخته شده است.

□ مداخله برای تغییر شیوه زندگی در سطح جمعی و گروهی نسبت به زمانی که در سطح فردی انجام می‌شود، مؤثرتر و پایدارتر است و محل کار یک محیط جمعی است.

□ جمعیت بزرگسال حاضر در محل کار و تناسب زمانی اغلب عوامل خطر با این سنین، مداخله را سهل‌تر می‌کند.

□ وجود زمینه‌های سازمانی برای حمایت اجتماعی در محل کار، تأثیر مداخله را بیشتر می‌کند.

□ پرداخت هزینه‌های خدمات از طریق روش‌های ارتباط برد - برد کارفرما و بیمه‌گر، تسهیلات شرکت در برنامه‌ها را برای کارکنان فراهم سازد.

□ شیوه کار و سایر عوامل خطر موجود در محل کار، انجام مداخلات در محل کار را ضروری می‌سازد.

□ تأثیر متقابل شیوه زندگی و کار بر یک دیگر، ضرورت اجرای برنامه‌های ارتقای سلامتی در محل کار را می‌رساند.

مشارکت در ارتقای سلامت

در بین طراحان و متخصصان برنامه‌های جامع‌نگر، در مورد سهم مشارکت مردمی در بهبود زندگی به ویژه برای فقرا و محرومین، اتفاق نظر وجود ندارد. جدای از این تفاوت نظر ترویج مشارکت به عنوان یکی از عناصر کلیدی توسعه، همچنان ادامه دارد. امروزه مشارکت مردمی موضوعی است که توسط بسیاری از دولت‌ها واحدهای سازمان ملل و سازمان‌های غیر دولتی، به عنوان عنصری اساسی در طراحی برنامه‌های توسعه و کاهش فقر، در نظر گرفته می‌شود (World Bank – ۱۹۹۶).

در طول پنجاه سال گذشته، مشارکت مردمی یکی از مفاهیم ثابت درگفتمان توسعه بوده است. در دهه‌های شصت و هفتاد میلادی، مشارکت عنصر اساسی پروژه‌های توسعه طراحی شده برای تحقق توسعه پایدار و عدالت به ویژه برای کاهش فقر بود. در کنفرانس آلماتای سازمان جهانی بهداشت (WHO/ – ۱۹۷۸) مشارکت به عنوان قسمتی اساسی از سیاست‌های بهداشتی، شناخته شد. با پذیرش مراقبت بهداشتی اولیه به عنوان سیاست دولت، همه اعضای سازمان بهداشت جهانی اهمیت درگیری آگاهانه ذینفعان در طراحی و اجرای خدمات و برنامه‌های بهداشتی را به رسمیت شناختند. دلایل پذیرش مذکور به شرح زیر می‌باشد:

۱- استدلال خدمات بهداشتی: بسیاری از خدمات تأمین شده، بدون استفاده مانده یا به درستی استفاده نمی‌شود چرا که

سازمان جهانی بهداشت
تلاش برای انتقال دانش و
مهارت سالم زیستن به مردم
(آموزش سلامت) را به
عنوان نقطه آغاز درگیری
اعضای جوامع محلی در
طراحی و تصمیم‌گیری
برنامه‌های سلامت توصیه
نمود

مردمی که خدمات برای آنها طراحی شده است، در توسعه آنها درگیر نبوده اند؛

۲- استدلال اقتصادی: هر جامعه‌ای برخوردار از منابع اقتصادی، تجهیزاتی و انسانی می‌باشد که می‌تواند و باید آنها را برای بهبود سلامت محلی و شرایط محیطی بسیج نماید؛

۳- استدلال ارتقای سلامت: بیشترین بهبود سلامت مردم نتیجه‌ای است از آنچه که آنها می‌توانند برای خودشان انجام دهند و ناشی از مداخلات پزشکی نمی‌باشد؛

۴- استدلال قضاوت اجتماعی: همه مردم، به ویژه فقرا و محرومین، دارای هم حق و هم وظیفه‌اند که در تصمیمات مؤثر بر زندگی روزانه‌شان درگیر شوند (Rifkin _ ۱۹۹۵).

اوتلو (Otoole، ۱۹۹۰) می‌گوید: ضرورت ایده مراقبت بهداشتی اولیه متضمن پذیرش دو اصل است:

۱. برتری تحقق بهبودهای کوچک در میان کل جمعیت نسبت به تأمین بالاترین استانداردهای مراقبت برای معدودی از ممتازان جامعه

۲. توان افراد غیر حرفه‌ای با آموزش محدود در تأمین خدمات اساسی.

در نتیجه، سازمان جهانی بهداشت تلاش برای انتقال دانش و مهارت سالم زیستن به مردم (آموزش سلامت) را به عنوان نقطه آغاز درگیری اعضای جوامع محلی در طراحی و تصمیم‌گیری برنامه‌های سلامت توصیه نمود (Helander et. Al - ۱۹۸۹).

در دهه نود تأکید بیشتری بر مشارکت مردم در برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و ارزشیابی به عمل آمد (۲۰۰۱) (Sharma, Mitchell ۱۹۹۹).

دلایل بانک جهانی برای مشارکت مردمی به شرح زیر می‌باشد:

۱- مردم محلی برخوردار از مقدار زیادی تجربه و بینش درباره این‌که چه کاری باید انجام شود و چه کاری نباید انجام شود، هستند؛

۲- درگیری مردم محلی در طراحی پروژه‌ها می‌تواند تعهد آنها نسبت به پروژه را افزایش دهد؛

۳- درگیری مردم محلی می‌تواند به آنها برای توسعه مهارت‌های فنی و مدیریتی آنان کمک کند و شاید فرصت‌های شغلی آنها را افزایش دهد؛

۴- درگیری مردم محلی در افزایش منابع در دسترس برای برنامه مؤثر است؛

۵- درگیری مردم محلی راهی برای تحقق یادگیری اجتماعی (هم برای طراحان و هم برای ذینفعان) برنامه می‌باشد. یادگیری اجتماعی به معنای توسعه همکاری بین متخصصان و مردم محلی است که در آن هریک از گروه‌ها از دیگری می‌آموزد (۱۹۶۶- World Bank).

برخی از دلایل توجه به مشارکت مردم در برنامه‌های بهداشتی:

۱- مردم با کارهایی که برایشان می‌شود، آشنا شده و متخصصان نیز نیازمند یادگیری از مردم هستند؛

۲- مردم منابعشان (پول، تجهیزات، کار) را در برنامه‌ها سهم می‌سازند؛

۳- مردم می‌توانند مهارت‌ها، دانش و تجارب مؤثر را در کارهای بعدی توسعه دهند.

تعاریف مشارکت مردمی در برگیرنده طیفی از دریافت غیر فعال فواید برنامه‌های بهداشتی توسط مردم تا تصمیم‌گیری فعال مردم درباره سیاست‌ها و فعالیت‌های برنامه می‌باشد.

علیرغم توافق بسیاری از افراد در زمینه اهمیت مشارکت در برنامه‌های توسعه، عده کمتری در مورد تعاریف آن اتفاق نظر دارند. مشارکت تعاریف گوناگونی دارد:

▪ همکاری داوطلبانه در برنامه‌های عمومی بدون ایفای نقش مردم در طراحی برنامه‌ها؛
▪ درگیری در طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌ها و بهره‌برداری از منافع؛

▪ فرآیندی فعال که در آن ذینفعانی فهیم و مصمم، نتیجه برنامه را متأثر ساخته و به رشد فردی می‌رسند (۱۹۹۸- Oakley).

در حوزه سلامت، شاید در بخش‌های مختلف تفاوت‌هایی در تعریف و درک مشارکت مردم وجود داشته باشد. تعاریف مشارکت مردمی در برگیرنده طیفی از دریافت غیرفعال فواید برنامه‌های بهداشتی توسط مردم تا تصمیم‌گیری فعال مردم درباره سیاست‌ها و فعالیت‌های برنامه می‌باشد. در اینجا توصیه می‌شود که طراحان و متخصصان درگیر در حوزه سلامت، از سه منظر جداگانه به موضوع مشارکت مردمی نگاه کنند (Rifkin-۱۹۸۵).

اول: در رویکرد پزشکی، سلامت به عنوان نبود بیماری تعریف شده است و مشارکت مردم به عنوان اجرای آنچه که دکتر تجویز کرده، دیده می‌شود.

دوم: یک رویکرد برنامه‌ریزی بهداشتی است که در آن سلامت مطابق آنچه که سازمان جهانی بهداشت می‌داند: «نه تنها نبود بیماری بلکه رفاه جسمی، روانی و اجتماعی افراد» تعریف شده است. در این حالت مشارکت مردمی به معنای همکاری

برای دریافت یک خدمت بهداشتی از طریق پرداخت پول، تجهیزات یا نیروی انسانی است.

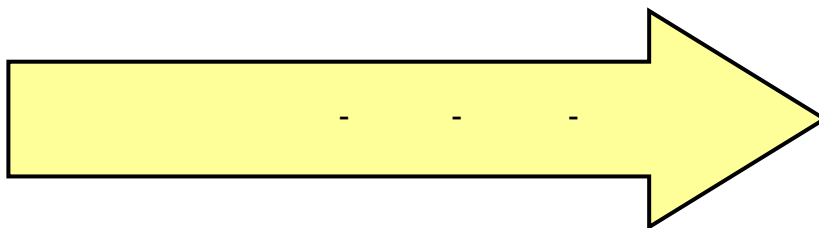
سوم: رویکرد توسعه اجتماعی که در آن سلامت به عنوان شرایط انسانی تعریف شده است و مشارکت مردم به عنوان درگیری فعال آنها در تصمیم‌گیری و پاسخ‌گویی برنامه‌ها قلمداد می‌شود.

این سه منظر مرتبط با چهارچوب کاری منبعث از مشارکت مردم در برنامه‌های توسعه روستایی می‌باشد. در جدول زیر، دو جنبه دیگر از تعریف مشارکت که حاصل تعامل بین متخصصان و برنامه‌ریزان و مردم جامعه و فرآیند توسعه مشارکت مردمی می‌باشد، ارائه می‌گردد.

جدول ۱-۶: جریان مشارکت اجتماعی

جریان مشارکت اجتماعی		
فرآیند	مدل	رویکرد
مشارکت ناچیز	اجابت	پزشکی
مشارکت اساسی	همکاری / تعاون	برنامه‌ریزی بهداشتی
مشارکت ساختاری	کنترل اجتماعی	توسعه اجتماعی

جدول فوق، تفاوت رویکردها را آشکار می‌سازد. نباید به این رویکرد ها، به صورت جداگانه یا دوگانه نگاه کرد. شاید مشاهده آنها در امتداد یکدیگر که در یک انتها اطلاعات به اشتراک گذاشته می‌شود و انتهای دیگر آن توانمند سازی است، بهتر باشد. مادامی که تعریف منحصر به فردی از مفهوم مشارکت وجود نداشته باشد، خط ممتد زیر چهار چوبی پدید می‌آورد که در آن دامنه‌ای از تعاریف مشارکت می‌گنجد:



به اشتراک گذاردن اطلاعات مترادف با ارایه اطلاعات از سوی متخصصان به مردم عامی است. توانمند سازی به معنای ایجاد فرصت‌ها و تجاربی است که اجازه می‌دهد، مردم جامعه به طور فعال در تصمیم‌گیری در باره برنامه درگیر شوند (۲۰۰۱- Rifkin).

بهتر است که مشارکت مردمی در یک خط ممتد دیده شود چرا که این امر تأکیدی بر اهمیت فرآیند مشارکت است تا تأکید تنها بر نتیجه آن.

ارزیابی مشارکت

اگر توافقی در مورد تعریف مشارکت نباشد، حداقل درک فزاینده‌ای در میان متخصصان و برنامه ریزان وجود دارد و آن این است که بهتر است مشارکت به عنوان یک فرآیند دیده شود تا نتیجه‌ای از یک مداخله. حال سؤالی در اینجا مطرح است: "ارزیابی فرآیند به منظور ارزیابی موفقیت برنامه چگونه باید انجام شود؟"

به طور سنتی، مشارکت مردمی با پژوهش‌های کمی و عددی برای مثال با پرسش:

چه تعدادی از مردم در جلسه شرکت کرده‌اند یا چه تعدادی از مردم در یک فعالیت اجتماعی شریکند؟ به عمل آمده است اما چنین برهانی، نشان دهنده‌ی مشارکت نمی‌باشد. مردم

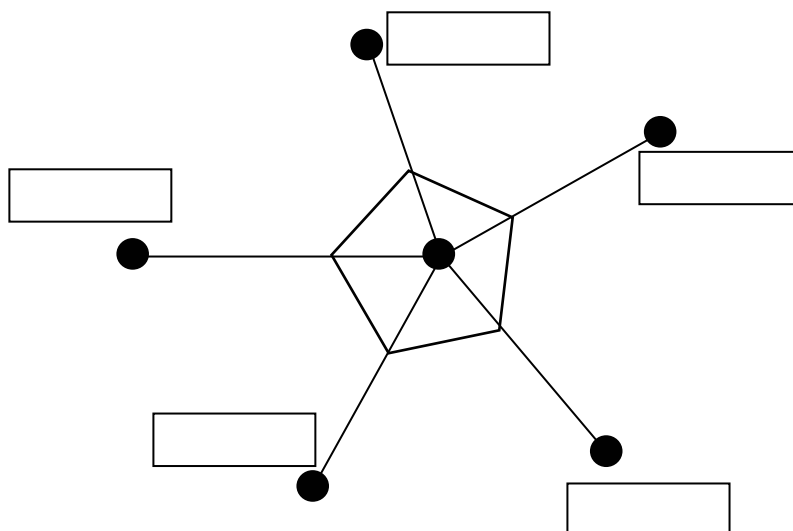
می‌توانند بیابند اما هیچ تعهدی یا درکی از آنچه که رخ می‌دهد نداشته باشند.

حدود ۲۵ سال قبل از این، شری آرنشتاین (Sherry Arnstien) چنین وضعیتی را ترسیم نمود. او تجسمی هندسی از چنین وضعیتی را با عنوان " نردبان مشارکت " ارائه داد. در پله پایینی این نردبان، مردم آگاه قرار می‌گیرند در حالیکه در بالاترین پله نردبان مشارکت " کنترل شهروند " مطرح می‌شود. بین راه (نردبان)، جایی است که شراکت توسعه می‌یابد و درجه‌ی مشارکت از " صرف کوپن ورود " (به برنامه) تا شهروند قدرتمند تغییر می‌کند (Arnstein – ۱۹۶۹).

جدیدترین نقشه فضایی که از چنین منظری به موضوع مشارکت پرداخته است، نمودار عنکبوت است. در این نمودار امکان توصیف تغییرات در فرآیند مشارکت از طریق ترسیم وضعیت مشارکت در پنج امتداد جداگانه فراهم است.

هر یک از این خطوط، یکی از عوامل کلیدی در مشارکت هستند و همه آنها در یک نقطه میانی به یکدیگر پیوسته‌اند تا نمایی جامع‌نگر از آن ارائه دهند. این پنج عامل شامل: نیازسنجی، رهبری، سازمان دهی، مدیریت و بسیج منابع می‌باشد.

نمودار ۱-۶: نمودار عنكبوتی مشارکت (Rifkin et al. ۱۹۸۸)



از طریق علامت گذاری مطابق با میزان مشارکت مردم در برنامه در هر یک از خطوط ممتد (هر یک از عوامل مشارکت) نمودار عنكبوتی در هر زمان مورد نظر، امکان ثبت تغییرات در مشارکت فراهم می‌شود. نمودار عنكبوتی ابزاری است که امکان مشاهده‌ی مشارکت مردم به عنوان یک فرآیند و سنجش تغییرات و پیشرفت یک برنامه مشارکتی در طول زمان را برای طراحان برنامه فراهم می‌سازد.

تجارب کسب شده توسط طراحان و متخصصان مروج مشارکت در برنامه‌های توسعه در طول ۵۰ سال گذشته، مباحث اصلی مطرح در زمینه مشارکت را برجسته می‌سازد. مجموع تجارب مذکور منتج از تلاش برای یافتن تعریفی جامع از مشارکت مردمی و حرکت از توجه به مشارکت به عنوان یک محصول (یا نتیجه یک مداخله یا مفهومی که ناشی از اجرای یک مداخله می‌باشد) به سوی توجه به مشارکت به عنوان یک

فرآیند می‌باشد. برخی از مباحث کلیدی مطرح در زمینه مشارکت مردمی به شرح زیر است:

۱- اولین بحث، نبود یک چارچوب ادراکی عمومی و مقبول از مشارکت است. هر چند که این امر می‌تواند ناشی از گستردگی ریشه‌های سبک‌شناسی مفهوم مشارکت باشد اما این چالشی است که پدید آمده است. در یکی از جدیدترین انتشارات در زمینه مشارکت با عنوان " مشارکت: ظلمی نوین ؟" (Cooke and Kothari - ۲۰۰۱) بیان شده است که توصیف سبک‌شناسی مشارکت ممکن نیست چرا که مشارکت حاصل رفتار در شرایط ویژه است. مشاهده و بررسی مشارکت بدون توجه به تجربه‌ی کسب شده، ممکن نخواهد بود. مردم، به ویژه آنهایی که در پروژه درگیرند، دید مشترکی درباره پروژه‌ای خاص ندارند. در واقع، عدم امکان اجماع در مورد ماهیت و چرایی یک کار (در کل) مانع از رسیدن به منظری واحد درباره یک فرآیند می‌باشد. نبود چنین چارچوب مفهومی مشترکی موجب دوام احساس دشواری در بیان فنی مشارکت و توجه به آن به عنوان یک علم سبک و دچار تأخیر و کندی شده است. این که مشارکت قابل سنجش، شمارش کمی و تکرار (تجربه مجدد) نمی‌باشد یکی از نگرانی‌های افرادی است که سعی در توسعه فرمول مشارکت به عنوان پاسخی جهانی برای دامنه‌ی وسیعی از مشکلات دنیای مدرن دارند.

۲- دومین بحث کلیدی مطرح نزد طراحان و متخصصان برنامه‌های مشارکتی، نگرانی ناشی از تصور مشارکت به عنوان نوش دارویی برای توسعه است. به نظر می‌رسد مشارکت موجب پایداری برنامه‌های عدالت و توانمندسازی می‌گردد اما شواهد ارتباط مستقیم بین این موارد، خیلی کمیاب است.

داده‌های روایتی پروژه‌های توسعه، از وجود رابطه بین مشارکت و پایداری برنامه‌های عدالت و توانمندسازی حمایت می‌کنند اما مدافع تأثیر ایجابی مستقیم رابطه مذکور نمی‌باشند. البته ممکن است بیان این‌که مشارکت مردمی برای تحقق چنین نتایجی ضروری است، منصفانه باشد اما دلایل متقن برای دفاع از این گفته، کافی نیست. اغلب تحقیقات موجود، باید متقبل آزمایش چنین روابطی شوند. البته لازم است بدانیم که چنین روابطی بسیار وابسته به شرایطی که برنامه در آن اجرا می‌شود، می‌باشند.

۳- سومین و اصلی‌ترین بحث، روشی است که در آن طراحان و متخصصان با «قدرت» و «کنترل» روبرو می‌شوند. با درگیری مردم محلی، متخصصان و طراحان از قدرت و کنترل کاملی بر طراحی و مدیریت برنامه برخوردار می‌شوند. بسیاری این مرحله از مشارکت را یک تهدید و خطر می‌دانند چرا که متخصصان نمی‌توانند در دراز مدت مطمئن باشند که برنامه‌ها با استفاده از منابعی تخصیصی، اجرا شوند. متخصصان می‌ترسند که در صورت تغییر شرایط یا وقوع اشتباهات، قدرت واگذار شده به مردم محلی آنان را با چالش‌های جدیدی روبرو سازد. تاریخچه تجارب، نگرش‌ها، عقاید و رفتارهای معمول در بین متخصصان، مؤید حفظ مراتب بالای قدرت نزد آنها (اغلب به عنوان حق متخصصان) می‌باشد. ممکن است که آنها نخواهند قدرت را با مردم جوامع محلی قسمت کنند که در این حالت شانس حرکت در مسیر مشارکت برای برخورداری از منافع آن را از دست خواهند داد.

سه نکته کلیدی برای توسعه آتی مشارکت مردمی به شرح زیر است:

۱- نحوه رویارویی با واقعیت نبود یک چارچوب مفهومی مقبول جهانی برای توسعه مشارکت در برنامه‌های سلامت؛

۲- تصورات غیر واقعی درباره سهم مشارکت در برنامه‌های توسعه؛

۳- مباحث موجود پیرامون قدرت و کنترل برنامه‌ها بین متخصصان و اعضای جامعه.

توجه به همسانی، همبستگی و نوع دوستی مردم نسبت به افراد ناتوان، چالشی است که توسط Thomas Thomas (۲۰۰۱)، Lang (۱۹۹۹) مطرح شده است. لانگ مو شکافی و دقت مدافعان برنامه باز توانی مبتنی بر جامعه در زمینه احساس نوع دوستی و همسانی مردم محلی و تمایل آشکار آنها به درگیری در رفع نیازهای افراد محروم و حاشیه نشینان جامعه ایشان و منابع فراوانی که برای این کار دارند را خاطر نشان می‌سازد. این مؤلفان هم‌چنین اشاره می‌کنند که مردم ناتوان، اقلیتی هستند که اغلب سهمی از قدرت جوامعشان نداشته و به طور معمول کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند.

به علاوه با توجه به ریشه‌های باز توانی در مدل خیریه جوامع اغلب احساس می‌کنند که مردم ناتوان " وابسته به دولت" بوده و بر آوردن همه انتظارات آنها توسط جامعه را به منزله‌ی فرار بخش‌های دولتی از مسؤلیت پذیری در برابر افراد ناتوان می‌دانند (Thomas and Tomas-۲۰۰۱). رویکرد «بالا به پایین» مدل پزشکی نیز حاکی از آن است که هنوز متخصصان در برنامه‌های باز توانی مبتنی بر جامعه، به تصمیم‌گیری ادامه می‌دهند و این رفتار آنان از گرایش به تعویق انداختن مشارکت به عنوان یک هدف نهایی بلند مدت حمایت می‌کند (Lang- ۱۹۹۹).

برای پاسخ گویی به سؤال:
مشارکت چیست؟ ما می
توانیم بگوییم که: رویکردی
پیچیده و چالشی برای بهبود
شرایط زندگی مردم به ویژه
فقرا و محرومان.

توماس معتقد است که: توزیع منابع اندک در جوامعی که در آنها فقر حکمفرماست و نیازهای سرکوب شده فراوانی وجود دارد، مشکل است. نونزی (۱۹۹۶)، می نویسد که تلاش برای غلبه بر چنین مشکلاتی با استفاده از داوطلبان، شرایط ناپایداری را به دنبال دارد.

به طور خلاصه، برای پاسخ گویی به سؤال: مشارکت چیست؟ ما می توانیم بگوییم که: رویکردی پیچیده و چالشی برای بهبود شرایط زندگی مردم به ویژه فقرا و محرومان. هم چنین می توانیم بگوییم که: توجه به مشارکت به عنوان یک مداخله برای نیل به هدف، نتایج مایوس کننده ای دارد و پیشنهاد توجه به مشارکت به عنوان یک محصول، انتظاراتی را در پی خواهد داشت که به تجربه، بر آوردن آن آسان نمی باشد. مهم آن است که ذهن خود را باز و منعطف بداریم. این به معنای تجربه فرضیاتمان در کارها و توسعه نگرش ها و باورهای مدافع حضور شهروندانی آگاه و مصمم و خواهان کنترل بر سرنوشتشان می باشد.

نتیجه این که مفهوم مشارکت در برنامه های ارتقای سلامت در محل کار با توجه به تعاریف و مفاهیم فوق به شرح زیر است:

□ برنامه های ارتقای سلامت در محل کار بدون مشارکت کارکنان به اهداف خود نخواهد رسید.

□ مشارکت کارکنان مفهومی صوری و انتزاعی نیست بلکه هر یک از کارکنان در اثر ترویج و بازاریابی برنامه در یکی از سطوح همکاری، مشاوره، شرکت در کمیته سلامت و ... قرار می گیرد.

در ارتقای سلامت، توانمندسازی فرآیندی است که افراد از طریق آن، کنترل بیشتری بر تصمیم‌گیری‌ها و فعالیت‌های مؤثر بر سلامت‌شان خواهند داشت.

□ در هر یک از مراحل طراحی، پیاده‌سازی و ارزیابی، تیم ارتقای سلامت باید مشارکت کارکنان را پایش کند و برای رسیدن به اهداف نهایی نتایج پایش را تحلیل کند.

□ بازاریابی اجتماعی یکی از ابزارهای مهم برای جلب مشارکت کارکنان و خانواده آنان است لذا مراحل این ابزار باید به طور منظم استفاده شود.

توانمندسازی

واژه نامه ارتقای سلامت (WHO-۱۹۹۸) چنین بیان می‌دارد: در ارتقای سلامت، توانمندسازی فرآیندی است که افراد از طریق آن، کنترل بیشتری بر تصمیم‌گیری‌ها و فعالیت‌های مؤثر بر سلامت‌شان خواهند داشت.

مدت مدیدی است آثار سوء فقدان قدرت بر سلامت افراد شناخته شده است اما فقط در طی دو دهه قبل جنبه مثبت مفهوم قدرت در تئوری‌ها و مداخلات سلامت گنجانیده شده است و الراشتین بیان می‌دارد که فرآیند توانمندسازی، اقدامی اجتماعی است که مشارکت مردم، سازمان‌ها و جوامع برای تحقق هدفی نهایی نظیر افزایش کنترل فردی و جمعی، کارایی سیاسی، بهبود کیفیت زندگی مردم و عدالت اجتماعی را ارتقا می‌بخشد.

توانمندسازی افراد برعکس توانمندسازی جامعه، مسأله‌ای بحث برانگیز بوده و واژه نامه‌ی سازمان جهانی بهداشت در مورد ارتقای سلامت وجه تمایز بین توانمندسازی فرد و جامعه را به این صورت بیان می‌دارد:

«وجه تمایزی بین توانمندسازی فرد و جامعه وجود دارد. توانمندسازی فردی مبتنی بر توانایی افراد برای تصمیم‌گیری و کنترل زندگی شخصی خودشان می‌باشد اما توانمندسازی جامعه

توانمندسازی روانشناختی ترکیبی از باورها و رفتارهایی است که افراد می‌توانند در محیط زندگی خویش بر آنها اثر گذارند.

توانمندسازی بر تغییر و تبدیل رفتار افراد به منظور اتخاذ یک سبک زندگی سالم (به عنوان هدف اساسی ارتقای سلامت) تأکید دارد.

اقدامات (مشارکتی) جمیع افراد به منظور دستیابی به کنترل و تأثیر بیشتر بر عوامل تعیین کننده سلامت و کیفیت زندگی در جامعه خودشان را طلب می‌کند و یک هدف نهایی مهم در توسعه اقدام جامعه برای دستیابی به سلامت محسوب می‌گردد».

بعضی از دست اندرکاران سلامت، توانمندسازی فرد را مترادف با توانایی شخص در کنترل سلامت می‌دانند. یکی از اهداف نهایی ارتقای سلامت، تغییر رفتارهای شخصی است اما این نوع توانمندسازی بر دستیابی واقعی به قدرت برای تغییر شرایط و محیط زندگی (به عنوان عوامل تعیین کننده مهم سلامت) به منظور حصول رفاه کامل دلالت ندارد. اگر ماهیت توانمندسازی را تنها معادل با توانمندسازی فردی در نظر بگیریم، مفهومی زیان بار خواهد داشت چرا که بهترین و ماندگارترین تغییر فردی، تغییری است که ماحصل فعالیت و مشارکت جمعی باشد.

تغییر فردی منتج از مشارکت در فرآیندها و اقدام اجتماعی چیزی است که زیمرمن آن را «توانمندسازی روان شناختی» می‌نامد. توانمندسازی روانشناختی ترکیبی از باورها و رفتارهایی است که افراد می‌توانند در محیط زندگی خویش بر آنها اثر گذارند. بر طبق نظر مورفی، هم توانمندسازی فردی و هم توانمندسازی جمعی با یکدیگر در ارتباط هستند و نمی‌توان به یکی از آنها بدون دیگری دست یافت.

عده ای بر این باورند که مهمترین کاربرد مفهوم توانمندسازی در ارتقای سلامت، تأکید بر تغییر رفتار فرد به منظور بهبود سطح سلامت است که این امر نکته‌ای بسیار مهم در فرهنگ‌های فردگرا می‌باشد. با این تفکر، توانمندسازی بر تغییر و تبدیل

رفتار افراد به منظور اتخاذ یک سبک زندگی سالم (به عنوان هدف اساسی ارتقای سلامت) تأکید دارد. بعضی دیگر نیز از نوعی تفکر که بر کاهش عوامل خطر تأکید بیشتری دارد، به طور همه جانبه حمایت می‌کنند و برای ارتقای سلامت، تغییر و تبدیل محیط‌های فرهنگی - اجتماعی و سیاسی را تجویز می‌کنند. در حال حاضر شواهد کافی وجود دارد که تصریح می‌کند رفتار جمعی، برابر با حاصل جمع رفتارهای فردی نبوده و رفتار فردی به وسیله نیروهای اجتماعی شکل می‌گیرد و لذا برای تغییر رفتار فردی، باید شرایط اجتماعی تغییر یابد اما طرفداران متعصب تحولات سبک زندگی فردی همیشه سخن خود را با «سرزنش کردن فرد» به پایان می‌رسانند.

از نظر اغلب کارشناسانی که مطالب زیادی در خصوص توانمندسازی منتشر نموده‌اند، رسیدن به درک جمعی که آثار مهمی بر توسعه ظرفیت جامعه دارد، مترادف با توانمندسازی است. زمانی که والراشتین (۱۹۹۹) بیان نمود که توانمندسازی فردی، تمام توانمندسازی نبوده و توانمندسازی در واقع یک فرآیند اجتماعی می‌باشد، بحث بزرگی آغاز شد. توانمندسازی روان شناختی از طریق شرکت در اقدام‌های جمعی و برنامه‌های مشارکتی تقویت شده و از طریق راه‌کارهای مؤثری همچون: شیوه‌های آموزشی فریر، پژوهش‌های مبتنی بر مشارکت مردم، سایر راه‌کارهای مبتنی بر مشارکت که به منظور افزایش دانش اشخاص و آگاهی آنها از حقوق و وظایف بهداشتی شان اتخاذ می‌گردند، ترویج مراقبت از خود، توسعه توانایی‌های شخصی و ترویج شیوه زندگی سالم تقویت می‌گردد.

نتیجه:

مؤسسه ملی ایمنی و سلامت^۱ (۱۹۹۸) گزارش داده است که پریشانی‌های روانی جزء ده بیماری و جراحات مرتبط با شغل در کشور ایالات متحده بوده است.

مفهوم توانمندسازی در برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار به این موضوع اشاره دارد که هدف نهایی این برنامه‌ها باید توانمندسازی باشد به این معنی که کارکنان کنترل بیشتری بر تصمیم‌گیری‌ها و فعالیت‌های مؤثر بر سلامت‌شان داشته باشند. این هدف در سایه به کارگیری مفهوم سطوح مشارکت در این نوع برنامه‌ها عملی خواهد شد.

توجه: بخش « فشار روانی شغلی و شیوه‌های مقابله با آن » به دلیل اهمیت موضوع بدون تلخیص و با اقتباس از فصل چهاردهم کتاب دکتر محمود ساعتچی تحت عنوان « روانشناسی بهره‌وری » در این قسمت آمده است.

فشار روانی شغلی و شیوه‌های مقابله با آن

مؤسسه ملی ایمنی و سلامت^۱ (۱۹۹۸) گزارش داده است که پریشانی‌های روانی جزء ده بیماری و جراحات مرتبط با شغل در کشور ایالات متحده بوده است. در این گزارش آمده است که سلامت نیروی انسانی یکی از معنی‌دارترین موضوع‌های زمان ما به حساب می‌آید. موضوع تشخیص عوامل خطر روانشناختی^۲ در کار موجب آغاز پژوهش‌های وسیع در زمینه فشار روانی ناشی از بیماری‌های جسمی، پریشانی‌های روانی و اختلال‌های رفتاری شده است. پلیر^۳ (۱۹۷۷) گزارش داده است که فشار روانی و عوامل روانشناختی نقش بسیار قابل توجهی در

-
- National Institute for Occupational Safety and Health
 - Psychological risk
 - Pelleiter

اختلال‌های مزمن^۱ دارند و اثر این عوامل بر بیماری‌های حاد^۲ و عفونی، کمتر است. در نتیجه، هم نیروی انسانی سازمان‌ها و هم مدیران به طور فزاینده‌ای نسبت به آثار منفی فشارهای روانی ناشی از کار، آگاهی پیدا کرده‌اند. نتایج بررسی گسترده‌ای که به وسیله یکی از شرکت‌های بیمه^۳ (۱۹۹۰) در سطح ایالت متحده انجام گرفته است، نشان می‌دهد حدود ۴۶ درصد از کارگران در آن کشور احساس می‌کنند که شغل آنان به میزان کم یا زیاد فشار آور است و ۲۷ درصد از آنان نیز گزارش داده‌اند که تنها منبع مهم فشار روانی آنان در رابطه با شغلی است که تصدی آن را به عهده دارند. ضمناً حدود ۷۲ درصد از افراد مورد بررسی گزارش داده‌اند که به دفعات زیاد ناراحتی‌های جسمی و روانی ناشی از فشار روانی را در محیط کار تجربه کرده‌اند.

در کشورهایی که مدیران سازمان‌ها نسبت به سلامت جسمی و روانی نیروی انسانی بیش از سلامت دستگاه‌ها و وسایل کار اهمیت و توجه نشان می‌دهند، تحقیقات بسیار زیادی در زمینه علل، نشانه‌ها و عوارض و نتایج فشار روانی ناشی از شغل و نیز راه‌های موجود برای کاهش آثار زیان آور فشارهای روانی در محیط کار انجام گرفته است. هر چند در زمینه مفاهیم مربوط به فشار روانی و آثار آن مطالب زیادی به نگارش در آمده است اما در مورد تعریف فشار روانی و مفهوم آن نیز بین همه صاحب نظران توافق کامل وجود ندارد. برای مثال کلیه نیازهای شغلی و وظایفی را که متصدی یک شغل باید انجام دهد برای وی ناخوشایند نیست یا حداقل، فشاری را بر او وارد نمی‌کند.

- Chronic
- Acute
- Northwestern National Life Insurance Company

اگر چنین باشد فرد غیرفعال باقی می‌ماند و دیگر فعالیت نمی‌کند. سلیه^۱ (۱۹۸۲) تلاش کرد دو حالت یا وضعیت روانی یعنی فشار روانی خوب^۲ و فشار روانی بد^۳ را از هم تشخیص دهد.

به دلیل گوناگونی و تنوع موضوع‌های مربوط به فشار روانی محققان مدل‌های فرضی گوناگونی را طراحی کرده‌اند و در تحقیقات خود نیز به نتایج گوناگون و در عین حال مرتبط با یکدیگر دست یافته‌اند. در یکی از این مدل‌ها که به وسیله کان^۴ و با یوسییر^۵ (۱۹۹۲) ارائه گردیده، فشارهای روانی موجود در سازمان‌ها بر هفت مقوله تقسیم گردیده و روابط این مقوله‌ها نیز با یکدیگر ترسیم شده است:

مدلی که شرح داده شده، حاصل نتایج تحقیقات اولیه در زمینه فشار روانی است و ما نیز می‌دانیم که رابطه پیچیده‌ای بین پیشایندهای فشار روانی یعنی تفاوت افراد در پاسخ به فشار روانی و عوارض و آثار فشار روانی وجود دارد. به عبارت دیگر این فرضیه مطرح شده است که بین مقوله‌ها یا طبقات هفت گانه مدل مزبور نوعی توالی علی^۶ وجود دارد. در این جا، هر یک از مقوله‌های هفت گانه مدل پیشنهادی به طور مختصر مورد بحث قرار خواهد گرفت و نتایج تحقیقاتی که در این زمینه‌ها انجام گرفته است نیز ارائه خواهد شد.

-
- H.Selye
 - Good stress (eustress)
 - bad stress (distress)
 - R.L.Kahn
 - P.B.Byosiere
 - Causal sequence

• پیشایندهای سازمانی فشار روانی: هدف از انجام بررسی در این زمینه آن است که روشن شود چگونه عوامل انتزاعی و گسترده باعث ایجاد فشار روانی می‌شود. برای مثال برنر^۱ و مونی^۲ (۱۹۸۳) در تحقیق وسیع خود در زمینه رابطه بین شرایط اقتصادی (رشد، بی ثباتی اقتصادی، بیکاری) و شاخص‌های اجتماعی سلامت، بیماری‌ها و مرگ در نه کشور (استرالیا، کانادا، انگلستان، دانمارک، فنلاند، فرانسه، آلمان، سوئد و ایالات متحده) به این نتیجه رسیدند که تغییرات اقتصادی باعث ایجاد تغییر در وضعیت سلامتی افراد در سال‌های (یک تا چهار سال) بعد می‌شود. کب^۳ و کسل^۴ (۱۹۷۷) در تحقیق دراز مدت خود به این نتیجه رسیدند که تهدید به بیکار شدن همانند چکانیدن ماشه یک اسلحه باعث ایجاد تغییرات فیزیولوژیکی در افراد می‌شود و این تغییرات نیز مدت‌ها قبل از آن که فرد شغل خود را از دست بدهد، به وجود می‌آید. ضمناً بعد از آنکه فرد مجدداً شغل ثابتی را پیدا کرد، بیشتر شاخص‌های بدنی او به حالت سالم بر می‌گردند. برای مثال در این بررسی معلوم شد که وقتی فرد بدون آنکه خواسته باشد از کار اخراج شود، این رویداد به طور مستقیم و غیر مستقیم باعث ایجاد فشار روانی کم و بیش زیادی در او می‌گردد.

• محرک‌های تنش زا در حیات سازمانی: به فشارها و ناراحتی ناشی از شغل که ضمناً دارای اثرات منفی جسمی و

- M.H.Brenner
- A.Mooney
- S.Cobb
- s.v.kSL

ارتقای سلامت در محل کار ۳۴۳

روانی هستند، محرک‌های تنش‌زا گفته می‌شود. کان و بایوسپیئر (۱۹۹۲) محرک‌های تنش‌زا را به دو دسته کلی تقسیم بندی کرده‌اند:

نتایج تحقیقات نشان داده است نوعی رابطه بین بیماری (به ویژه بیماری قلبی) و مشاغلی که از ویژگی‌های آن تکراری و یکنواخت بودن شدید و نیز گوش به زنگ بودن مداوم است وجود دارد.

۱. آنچه مربوط به محتوای کار^۱ است (ساده بودن، پیچیده بودن، یکنواخت بودن و متنوع بودن)؛
۲. آنچه مربوط به ویژگی‌های شغل^۲ (ابعاد اجتماعی شغل یا روابط با سرپرست و تعارض شغلی) است.
نتایج تحقیقات نشان داده است نوعی رابطه بین بیماری (به ویژه بیماری قلبی) و مشاغلی که از ویژگی‌های آن تکراری و یکنواخت بودن شدید و نیز گوش به زنگ بودن مداوم است وجود دارد.

کار نوبتی و محرک‌های تنش‌زای جسمی (سرما، گرما و سروصدا) نیز باعث افزایش فشار روانی در کار می‌شود.

کار نوبتی و محرک‌های تنش‌زای جسمی (سرما، گرما و سروصدا) نیز باعث افزایش فشار روانی در کار می‌شود. از طرف دیگر، در سال‌های اخیر معلوم شده است که کارکردن در محل‌هایی که دستگاه تهویه مطبوع دارند نیز می‌تواند سلامت افراد را به خطر اندازد. به این پدیده نشانگان ساختمان بیمار^۳ گفته می‌شود. هیچ^۴ و همکارانش (۱۹۹۳) گزارش کرده‌اند که نشانگان ساختمان بیمار باعث ایجاد نشانه‌هایی نظیر تحریک یا تهییج حسی و پوستی، اثرات نوروتوکسیک^۵ (سمی بودن برای بافت عصبی) نظیر انواع سردردها، تهوع، خواب‌آلودگی^۶ و

- Task content
- Task properties
- Sick building syndrome
- A.Hedge
- Neurotoxic effects
- Drowsiness

واکنش‌های فزونکاری^۱ نظیر جاری شدن مداوم اشک از چشم یا بینی و نشانگان شبه آسمی^۲ می‌گردد.

نتایج تحقیقات نشان می‌دهند نشانگان ساختمان بیمار تنها به دلیل آلاینده‌های درون ساختمان به وجود نمی‌آید بلکه این احتمال وجود دارد که نشانگان مربوط به ناراحتی‌های تنفسی به دلیل به جریان اندازی مجدد هوا در ساختمان به وجود آید. ضمناً نتایج تحقیقاتی که در سال‌های اخیر انجام گرفته است (سویینی^۳ ۱۹۹۵، استنبرگ^۴ و وال^۵ ۱۹۹۵) نشان می‌دهد که زنان بیش از مردان مستعد ابتلا به نشانگان ساختمان بیمار هستند.

یکی از منابع شناخته شده فشار روانی و محرک‌های تنش زای سازمانی ویژگی‌های نقشی است که افراد را در سازمان محل خود ایفا می‌کنند، وقتی فرد در موقعیتی قرار می‌گیرد که از او انتظار می‌رود دو یا چند نقش را ایفا کند و این نقش‌ها نیز در اساس با یکدیگر تعارض یا تضاد دارند، می‌گوییم فرد گرفتار تعارض نقش^۶ شده است. برای مثال وقتی از مدیر یک واحد خواسته می‌شود کارکنان تحت نظارت خود را وادار به کار بیشتر کند و در عین حال از او انتظار می‌رود نسبت به روابط انسانی در محیط کار توجه خاص نشان دهد، ممکن است این دو نوع انتظار ظاهراً متضاد موجب فشار روانی فزاینده و تنش گردد و در نتیجه فرد را مستعد ابتلا به ناراحتی‌های جسمی

-
- Hyperactivity reactions
 - Asthma like symptoms
 - L.Sonine
 - B.Seenberg
 - S.Wall
 - Role conflict

بعدی سازد. این نوع تعارض بیشتر در نزد نظامیان، نیروهای انتظامی، دانشجویان سال‌های آخر پزشکی (که ناچار هستند یک شب در میان کشیشک بدهند و از میزان خواب آنان به میزان زیاد کاسته می‌شود)، پزشکان متخصص و متصدیان مشاغل دیگری مشاهده می‌شود که اختیار لازم برای برنامه‌ریزی اوقات خود مثلاً رسیدگی لازم به امور خانواده خویش را ندارند. یکی از اشکال تعارض نقش که اصطلاحاً به آن اضافه نقش، بیش نقشی یا پر نقشی^۱ گفته می‌شود موقعیتی است که طی آن فرد ناچار است بین رعایت کمیت و کیفیت کار، نوعی مصالحه برقرار کند. برای مثال، سرپرستی را در نظر بگیرید که به یکی از افراد تحت نظارت خود می‌گوید: «من می‌خواهم فردا این گزارش را تنظیم کنی و به من تحویل دهی. ضمناً می‌خواهم این کار به خوبی انجام گیرد». در این صورت، فرد نوعی تعارض یا تضاد را بین محدودیت زمانی که در اختیار دارد و انتظاری که از او برای ارایه گزارشی با کیفیت بالا می‌رود، تجربه خواهد کرد. نتایج مطالعات گوناگون نشان می‌دهد افرادی که در چنین موقعیت‌هایی قرار می‌گیرند، نیازهای شغلی خود را فزاینده و واکنش‌های خود را نیز منفی توصیف می‌کنند.

• ادراک‌ها و شناخت‌ها: نتایج بررسی‌ها در زمینه فرایند ارزیابی موقعیت یا شرایطی که فرد در آن قرار گرفته است، نشان می‌دهد که هر چند ممکن است محرک‌های تنش زا برای افراد مختلف مشابه باشد اما هر فرد به گونه‌ای متفاوت نسبت به آن پاسخ می‌دهد. به عبارت دیگر، ممکن است محرک تنش زایی که برای یک فرد آزارنده است، برای شخص دیگر غیر آزارنده

توصیف شود. در آموزش روش‌های اثر بخش برای مقابله با چنین موقعیت‌هایی به فرد توصیه می‌شود وجوه مثبت و منفی آن موقعیت خاص را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد و سپس بر اساس آن عمل کند. بعضی از محققان مراحل را که افراد در تلاش خود برای سنجش فشار روانی طی می‌کنند، مورد بررسی قرار داده‌اند. لازاروس^۱ و فولکمن^۲ (۱۹۸۴) معتقدند که در چنین موقعیت‌هایی، افراد ابتدا فشار روانی را ادراک و سپس به «ارزیابی اولیه» موقعیت تنش‌زا می‌پردازند و بعد ارزیابی ثانویه را انجام می‌دهند. در ارزیابی اولیه، فرد می‌کوشد برای خود مشخص سازد که محرک (شخص، رویداد یا موقعیت) مثبت (بی‌خطر)، منفی (فشارآور) است یا این‌که اثری بر بهبود او ندارد و خنثی است. در «ارزیابی ثانویه» نیز فرد به قضاوت در این زمینه می‌پردازد که برای به حداقل رسانیدن محرک موجود، چه اقدامی را می‌توان انجام داد. این نوع ارزیابی می‌تواند دوره‌ای باشد و طی آن فرد شیوه‌های قبلی را برای مقابله با محرک تنش‌زا به کار گیرد یا رویداد جدیدی باشد که لازم است برای آن، شیوه مقابله جدیدی را به کار گیرد.

اهمیت فرایند ارزیابی - به‌عنوان عاملی برای پیش‌بینی عوارض فشار روانی - در مطالعه‌ای نشان داده شده که در مورد زنان مبتلا به سرطان - و پس از انجام عمل جراحی - انجام گرفته است (وینوکر^۳ و همکاران، ۱۹۹۰). در این بررسی، معلوم شد که نه

- R.S.Lazarus
- S.Folkman
- A.D. Vinokur

مرحله عینی بیماری و نه میزان جراحی، هیچ یک نتوانسته است به‌عنوان عامل پیش‌بینی- برای تهدیدی که در نتیجه بیماری متوجه زنان می‌شد- به‌کار رود اما فرایند ارزیابی به‌عنوان مهمترین عامل برای پیش‌بینی اضطراب و افسردگی بعدی زنان شناخته شد. مطالعات دیگر نیز نشان داده‌است که فرایند ارزیابی نقش مهمی را در پیش‌بینی عوارض فشار روانی ناشی از شغل افراد، به‌عهده دارد.

• پاسخ به فشار روانی: محققان پاسخ‌های احتمالی افراد را به فشار روانی در سه مقوله کلی طبقه‌بندی کرده‌اند که عبارتند از: فیزیولوژیکی، روانشناختی و رفتاری، پاسخ‌های فیزیولوژیکی عبارتند از: نشانگان قلبی- عروقی^۱ (مثل فشارخون و سطح کلسترول خون)، اندازه‌های زیستی-شیمیایی^۲ (مثل کاتکولامین‌ها^۳ و اسید اوریک) و نشانگان معدی- روده‌ای^۴ (مثل زخم‌های گوارشی^۵). گزارش شده است که وقتی فرد گرفتار تعارض نقش است، در زمینه رشد و ارتقای بعدی در کار و شغل خود ابهام دارد یا به‌طور کلی، تحت فشار روانی ناشی از کار خود است میزان ضربان قلب او افزایش پیدا می‌کند. یکی از پاسخ‌های روانشناختی افراد به فشار روانی ناشی از محل کار، اختلال در عواطف و به ویژه کاهش رضایت آنان از شغل خود است. عوارض دیگر فشار روانی عبارتند از: خشم، ناکامی، خصومت و تحریک‌پذیر شدن. پاسخ‌های دیگری که حالت غیرفعال دارند

-
- cardiovascular symptoms
 - biochemical measures
 - catecholamines
 - gestointestinal symptomes
 - peptic clucers

عبارتند از: احساس ملامت، بی‌رمقی^۱، خستگی و خلق افسرده. بعضی دیگر از آثار روانشناختی فشار روانی ناشی از کار عبارتند از: کاهش اعتماد به خود^۲ و تنزل سطح عزت نفس^۳ در افراد.

مهمترین عوارض فشار روانی، کاهش در عملکرد شغلی و بی‌علاقگی نسبت به انجام وظایف شغلی است.

هر چند که تاکنون در زمینه پاسخ‌های رفتاری افراد به فشارهای روانی ناشی از شغل تحقیقات وسیعی انجام نگرفته است، با این وجود، می‌توان این نوع پاسخ‌ها را در پنج مقوله مورد بررسی قرار داد که عبارتند از:

(۱) ایفای وظایف شغلی (عملکرد شغلی، سوانح و حوادث، مصرف مواد مخدر در هنگام کار)

(۲) رفتار تخریبی در کار (دزدی، تخریب عمدی)

(۳) فرار از شغل (غیبت از کار، ترک شغل)

(۴) تنزل در ایفای نقش و در ابعاد دیگر زندگی (سوء رفتار با همسر و فرزندان)

(۵) رفتارهای مبتنی بر وارد آوردن صدمه به خود (سوء مصرف مواد و نوشیدنی‌های زیان‌آور).

«مردانی که نیازهای شغلی آنان زیاد و کنترل یا خودمختاری آنان کم است، احتمال ابتلای آنان به سکت قلبی دو بار بیشتر از مردان هم سن و سال خود (۴۰ تا ۵۴ سال) است که در مشاغل دیگر به کار اشتغال دارند.

• عوارض و نتایج فشار روانی: مهم‌ترین عوارض فشار روانی، کاهش در عملکرد شغلی و بی‌علاقگی نسبت به انجام وظایف شغلی است. عوارض دیگر قرار گرفتن در معرض محرک‌های تنش‌زای جسمی و روانی برای مدت طولانی - آن است که سلامت فرد به خطر می‌افتد. در سوئد دو محقق (آلفردسون^۴ و تئورل^۵، ۱۹۸۳) اندازه‌های میزان شده‌ای را - در رابطه با ویژگی‌های شغلی، برای ۱۱۸ گروه شغلی در سطح

- burn out
- self- confidence
- self-esteem
- L. Alferdson
- T.Theorell

کشور- فراهم آورده‌اند و براساس آن، به نتایج جالبی دست یافته‌اند.

رایت^۱ (۱۹۸۸) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیده است که مردم سنخ "A" احتمالاً نیاز زیاد و سیرنشدنی نسبت به پیشرفت دارند.

«مردانی که نیازهای شغلی آنان زیاد و کنترل یا خودمختاری آنان کم است، احتمال ابتلای آنان به سکت قلبی دو بار بیشتر از مردان هم سن و سال خود (۴۰ تا ۵۴ سال) است که در مشاغل دیگر به کار اشتغال دارند. ضمناً این احتمال نیز وجود دارد که فشارهای روانی غیر مرتبط با شغل، باعث تغییر نگرش و رفتار افراد در محیط کار شود. این مشکل در مورد افرادی که از همسر خود جدا شده یا خانواده‌هایی که زن و شوهر هر دو شاغل هستند، بیشتر گزارش شده است.»

نقش تفاوت‌های فردی در فشار روانی:

سابقه آشنایی روانشناسان با متفاوت بودن افراد در زمینه مقاومت نسبت به فشار روانی، طولانی است. مشخص شده است که دو ویژگی شخصیتی خاص به طور معنی داری با اثرات فشار روانی همبستگی دارند. سنخ "A" آن سنخ شخصیتی است که تشدید کننده اثرات فشارهای روانی گوناگون شغلی است. از ویژگی افراد سنخ "A" آن است که راه رفتن، غذا خوردن و حرف زدن آنان سریعتر از دیگران است. این افراد پرخاشگر و رقابت‌جو هستند و مداوماً احساس می‌کنند از نظر وقت و زمان تحت فشارند. نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که افراد سنخ "A" غالباً مشاغلی را دوست دارند که رقابت در آن زیاد است و غالباً نیاز شدیدی این افراد به پیشرفت، باعث می‌شود که عملکرد شغلی آنان در سطح بالایی باشد اما یکی از مشکلات افراد این سنخ

شخصیتی آن است که نیاز آنان به پیشرفت زیاد است و چون نمی‌توانند خود را در این مسیر کنترل کنند، به همین دلیل گرفتار انواع ناراحتی‌های مرتبط با شغل، یعنی زخم معده و حملات قلبی می‌شوند.

افراد سنخ **B** کمتر نسبت به وقت و زمان اهمیت می‌دهند برای تفریح بازی می‌کنند و نه به منظور بردن و می‌توانند بدون احساس گناه - به‌خاطر استفاده نکردن از وقت یا به دلیل ترس از عقب ماندن - در حالت استراحت و آرمیده^۲ قرار گیرند. میزان ضربان نبض مردم سنخ **A** بیشتر از مردم سنخ **B** و احتمال سکته قلبی برای آنان نیز دو برابر است.

رایت^۳ (۱۹۸۸) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیده است که مردم سنخ **A** احتمالاً نیاز زیاد و سیرنشدنی نسبت به پیشرفت دارند. این افراد به‌زودی (و نه دیرتر از دوره نوجوانی) موفقیت را تجربه می‌کنند و همین تجربه موفقیت، امید بیش از اندازه‌ای را در آنان ایجاد می‌کند که با انجام فعالیت شدید بالاخره می‌توانند موفقیت را تجربه کنند. افراد سنخ **A** وقتی در مقابل محرک‌های مرتبط با کار قرار می‌گیرند، نمی‌توانند خود را کنترل کنند.

یکی دیگر از سنخ‌های شخصیتی که اخیراً معرفی شده، سنخ رفتاری **C** است (اسپیلان^۴، ۱۹۸۵). گفته می‌شود که این افراد به دلیل منع یا بازداری خود از بیان هیجان‌ها و به ویژه بازداری خشم مشروع (یا به حق)، ممکن است بیش از دیگران به بیماری

- type B
- relaxed
-L. Wright
-type C behavior
- R.M. Spillane

سرطان مبتلا شوند. البته تحقیقات در این زمینه تازه آغاز شده و برای تأیید قطعی این نظریه لازم است پژوهش‌های بیشتری انجام گیرد.

هدف اصلی مورد نظر در مدیریت فشار روانی، افزایش مقاومت افراد در مقابل محرک‌های تنش‌زای ناشی از کار و شغل است

دومین ویژگی شخصیتی که با تجربه فشار روانی رابطه معنی‌داری نشان داده است، همان مفهومی است که اصطلاحاً به آن مرجع کنترل^۱ گفته می‌شود. تفاوت افراد از جهت این مفهوم آن است که عده‌ای معتقدند خود آنان مسؤول حوادث و رویدادهایی هستند که برای‌شان پیش می‌آید و عده‌ای دیگر نیز این اعتقاد را دارند که زندگی آنان در اصل به‌وسیله مردم نیروهای خارج از کنترل‌شان تعیین می‌شود. افرادی که در اصل مرجع کنترل آنان درونی^۲ است، در پاسخ به فشار روانی - در مقایسه با افرادی که خود را در اصل مسؤول رویدادها و حوادث می‌دانند- با احتمال بیشتری بر علیه منبع فشار روانی به مقابله می‌پردازند و یا حداقل اثرات آن را کاهش می‌دهند اما کسانی که مرجع کنترل آنان برونی است، این اعتقاد را دارند که قادر به انجام کاری برای مقابله با محرک تنش‌زا نیستند و بنابراین، به جای این‌که اقدامی انجام دهند، فشار روانی را تحمل می‌کنند.

نقش موقعیت‌ها در فشار روانی:

علاوه بر ویژگی‌های افراد، بعضی از موقعیت‌ها نیز می‌توانند حالت یک سپر، حایل و ضربه‌گیر را داشته باشند و بنابراین اثرات منفی محرک‌های تنش‌زا را کاهش دهند. آگاهی از این نوع اثر حایل^۳ می‌تواند تمایل مدیریت سازمان‌ها را برای ایجاد (دانسته یا نادانسته) محرک‌های تنش‌زای خاص کاهش دهد.

- locus of control

-internal

-buffer effect

یکی از متغیرهایی که فرض می‌شود بیشترین اثر حایل را در مقابل محرک‌های تنش‌زا داشته باشد، حمایت اجتماعی^۱ است. هر چند حمایت اجتماعی رابطه بین محرک‌های تنش‌زای شغلی و شاخص‌های سلامت جسمی و روانی (مثل اضطراب، افسردگی و تحریک‌پذیری) را تضعیف می‌کند اما نقشی را در تضعیف رابطه بین محرک‌های تنش‌زای شغلی و ملال‌آور بودن شغل یا عدم رضایت از آن، ندارد. تاکنون عوامل دیگری نیز شناخته شده‌اند که همانند یک سپر در مقابل اثرات منفی محرک‌های تنش‌زای شغلی، عمل می‌کنند. بعضی از این عوامل عبارتند از:

(۱) اندازه یا میزان قابلیت پیش‌بینی زمان آغاز محرک تنش‌زا؛

(۲) میزان یا اندازه قابل فهم و درک بودن محرک تنش‌زا؛

(۳) میزان یا اندازه کنترلی که فرد می‌تواند بر ابعاد مختلف

محرک تنش‌زا داشته باشد.

در بین این عوامل، قابلیت پیش‌بینی زمان آغاز محرک تنش‌زا بیش از عوامل دیگر نقش حایل را دارد. اگر بتوان آغاز و وقوع رویداد تنش‌زا را پیش‌بینی کرد، حذف یا غیبت آن را نیز می‌توان حدس زد. بدین ترتیب، فرد می‌داند که چه موقع امنیت دارد و می‌تواند آرمیده باشد و بنابراین، دائماً مضطرب نخواهد بود.

پیشگیری و مداخله:

هدف اصلی مدیریت فشار روانی، کاهش اثرات فشار روانی است و در این تلاش‌ها کمتر نسبت به کاهش حضور محرک‌های تنش‌زا در کار، تأکید می‌شود. در نتیجه، هدف اصلی

مورد نظر در مدیریت فشار روانی، افزایش مقاومت افراد در مقابل محرک‌های تنش‌زای ناشی از کار و شغل است اما در زمینه پیشگیری از آثار زیان بار محرک‌های تنش‌زا نیز اقداماتی انجام می‌گیرد. متناسب ساختن ابزار وسایل و ماشین‌ها با ویژگی‌های خاص افراد در محیط کار، تشویق افراد به انجام فعالیت‌های ورزشی، مراقبه^۱، مدیریت زمان و نظایر آن از جمله فعالیت‌هایی است که در مدیریت فشار روانی مورد توجه مسئولان سازمان قرار می‌گیرد. راس^۲ و آلت‌میر^۳ (۱۹۹۴) نیز گزارش داده‌اند که در سازمان‌ها به‌طور فزاینده‌ای از فنون خاص کاهش انگیختگی در مقابل محرک‌های تنش‌زا- نظیر تنفس عمیق، آرمیدگی پیش‌رونده عضلانی^۴، آموزش پس‌خوراند زیستی^۵ و یوگا- استفاده می‌شود. روش‌های اساسی مداخله درمانی- یا پیشگیری از آثار زیان‌آور محرک‌های تنش‌آور- عبارتند از:

۱. مشاوره

۲. گروه‌های پشتیبان اجتماعی

۳. برنامه‌های خاص افزایش مقاومت فرد در مقابل فشار روانی.

لازم به یادآوری است که اکنون بیشتر سازمان‌های پیشرو کشورهای صنعتی، از برنامه‌های خاص "پیشگیری" و "مداخله" توأم استفاده می‌کنند. نتایج بررسی‌های کان و بایوسییر (۱۹۹۲) که طی آن مطالعات مربوط به دوره‌های آموزش مدیریت فشار

-meditation

-R.R.Ross

-E.M.Altmaier

-progressive muscle relaxation

-biofeedback training

روانی مورد بررسی قرار گرفته است، نشان می‌دهد بیشتر این برنامه‌ها در رابطه با کاهش ارزیابی شناختی مدیران از محرک‌های تنش‌زا و اثرات بعدی این محرک‌هاست و در زمینه کاهش محرک‌های تنش‌زا بررسی کمتری انجام گرفته است. به‌طور کلی، هر چند کمیت و کیفیت تحقیقات انجام گرفته در زمینه اثربخشی برنامه‌های مدیریت فشار روانی در سطحی پایین‌تر از ابعاد دیگر فشار روانی است اما براساس نتایج همین تحقیقات نیز می‌توان گفت که اگر این نوع برنامه‌های آموزشی به صورت کارگاه برگزار شود و متخصص روانشناس صنعتی بالینی نیز چنین کارگاه‌های آموزشی را برگزار کند، احتمال موفقیت و اثربخش بودن آن زیاد خواهد بود. از طرف دیگر، اگر بخواهیم محرک‌های تنش‌زای خارج از سازمان را نیز مورد بررسی قرار دهیم، لازم است از خانواده پریشان به عنوان منبع اصلی فشار روانی کارکنان یک سازمان، نام ببریم.

ده راه حل برای کاهش اثرات محرک‌های تنش‌زای شغلی:

- ۱- کارهای خود را با برنامه‌ریزی انجام دهید و موجباتی را فراهم آورید که گرفتار کمبود وقت نشوید؛
- ۲- هدف‌ها و برنامه خود را برای هر روز، هفته، ماه و سال مشخص کنید تا فعالیت‌های شما جهت‌دار شود؛
- ۳- از هر فرصت برای استراحت، تفریح، گردش، مسافرت مصاحبت با افراد شاد و سرزنده استفاده کنید؛
- ۴- در انجام وظایف روزانه، فرصت‌هایی را برای صرف چای و استراحت‌های هرچند کوتاه مدت، اختصاص دهید؛
- ۵- در هنگام کار در سازمان، از فرصت‌هایی که ممکن است برای قدم زدن در محوطه، دیدن کتاب‌ها و مجلات در کتابخانه برایتان پیش آید، استفاده کنید؛

- ۶- محدودیت‌ها و توانمندی‌های خود را بشناسید و تا آن میزان مسؤولیت قبول کنید که از حد توان شما خارج نباشد؛
 - ۷- افراد تحت نظارت خود را در تلاش برای دستیابی به هدف‌های سازمانی سهیم کنید و در مورد تفویض اختیار به آنان غفلت نکنید؛
 - ۸- شیوه‌های مناسب مقابله با فشارروانی را به افراد تحت نظارت و همکاران خود بیاموزید؛
 - ۹- در شبانه‌روز، زمانی را برای انجام تمرینات ورزشی نرمش، پیاده‌روی و رفتن به پارک اختصاص دهید؛
 - ۱۰- مراقب باشید برنامه خواب و تغذیه شما به هم نخورد و در صورت لزوم با یک مشاور و درمانگر ملاقات داشته باشید.
- اکنون می‌دانیم که فشار روانی و عوامل روانشناختی نقش بسیار مهمی را در ایجاد اختلال‌های مزمن، به‌عهده دارند. نتایج بررسی‌های گوناگون نشان می‌دهد که درصد قابل توجهی از کارکنان هر سازمان، تحت تأثیر آثار زیان‌آور محرک‌های تنش‌زا قرار دارند. سلیه در تلاش خود برای شناختن آثار فشار روانی بر افراد، دو اصطلاح فشار روانی خوب و فشار روانی بد را مصطلح کرد و معتقد بود که اگر فشار روانی در حد متعادل باشد، می‌تواند باعث تلاش و کوشش برای دستیابی به هدف‌ها گردد. نتایج تحقیقات نشان داده‌است نوعی رابطه مستقیم بین کاهش سلامت افراد و مشاغلی که از ویژگی‌های آن کار نوبتی و تکراری بودن است، وجود دارد. محققان انواع پاسخ‌های فیزیولوژیکی به محرک‌های تنش‌زا را در سه مقوله کلی یعنی نشانگان معدی- روده‌ای، اندازه‌های زیستی- شیمیایی و نشانگان قلبی- عروقی تقسیم کرده‌اند. یکی از منابع شناخته شده فشار روانی، ویژگی‌های نقشی است که افراد در سازمان ایفا می‌کنند.

اولین مشکل قربانیان فرسودگی از کار آن است که از فرسودگی جسمی^۱ رنج می‌برند، قدرت آنان برای کار کردن کم است و بیشتر اوقات خسته و ناتوان هستند.

هر چند ممکن است محرک‌های تنش‌زا برای افراد مختلف مشابه باشد اما هر فرد به شیوه‌ای متفاوت نسبت به آن واکنش نشان می‌دهد. افراد سنخ "A" بیشتر گرفتار آثار زیان‌آور محرک‌های تنش‌زا می‌شوند و کسانی که مرجع کنترل آنان درونی است ترجیح می‌دهند فشار روانی را تحمل کنند. تاکنون روش‌های گوناگونی برای مداخله درمانی و پیشگیری از آثار نامطلوب محرک‌های تنش‌زا شناخته شده و سازمان‌های پیشرو می‌کوشند که ضمن توجه به بهره‌وری بهینه، نسبت به سلامت جسمی و روانی کارکنان نیز حساس باشند.

فرسودگی شغلی

آیا تاکنون برای شما وضعیتی پیش آمده است که به دلیل کار زیاد و طولانی مدت، احساس خستگی شدید، بی‌رمقی یا فرسودگی کنید. اگر پاسخ شما به این سؤال مثبت است، درباره علل، آثار و راه‌های پیشگیری از این وضعیت مشکل ساز و در موارد خاصی مرگبار، چه می‌دانید؟ آیا تاکنون توجه شما به این نکته جلب شده است که احتمال دارد دلیل بیماری، بی‌رمقی بی‌علاقگی یا بی‌حوصله بودن بعضی از همکاران یا افراد تحت نظارت شما مربوط به کار زیاد و بی‌وقفه آنان باشد؟ چرا بعضی از افراد در کار کردن زیاده‌روی می‌کنند و از حد اعتدال خارج می‌شوند؟ فرسودگی شغلی یکی از زمینه‌های جدید آسیب شناسی روانی در سازمان است.

زیربنای درصد قابل توجهی از بیماری‌های جسمی و پریشانی‌های روانی، تحمل فشار روانی و ناتوانی فرد برای مقابله با آن است. هر چند ماهیت بسیاری از مشاغل چنان است که فشار روانی را نیز به همراه خود دارند ولی متصدیان آن می‌دانند

چگونه با این نوع فشارهای تنش‌زا مقابله کنند و علی‌رغم محرک‌های تنش‌زایی که در کار روزانه با آن مواجه می‌شوند می‌دانند چگونه از آثار زیان‌آور این محرک‌ها اجتناب کنند اما بعضی از افراد تا این حد توانایی یا امکان لازم را برای مقابله یا فرار از محرک‌های تنش‌زا ندارند و دائماً در معرض محرک‌های تنش‌زا هستند. این افراد گرفتار اختلال فرسودگی شغلی^۱ (بی‌رمقی، خستگی مفرط یا نشانگان بی‌رمقی^۲) هستند و مشکل خود را در زمینه‌های مختلف شناختی، هیجانی و رفتاری نشان می‌دهند.

نشانه‌های مرضی فرسودگی شغلی

اولین مشکل قربانیان فرسودگی از کار آن است که از فرسودگی جسمی^۳ رنج می‌برند، قدرت آنان برای کار کردن کم است و بیشتر اوقات خسته و ناتوان هستند. علاوه بر آن، این افراد از نشانه‌های مرضی فیزیولوژیکی بسیار، مثل سردردهای مکرر، تهوع، اختلال در خوابیدن و تغییر عادات مربوط به غذا خوردن (مثل از دست دادن اشتها) در رنج هستند. دومین مشکل افراد مبتلا به خستگی از کار آن است که گرفتار فرسودگی هیجانی^۴ هستند. افسردگی، احساس درماندگی و نیز احساس به دام افتادن در کار و شغل خود، بخشی از مشکلات هیجانی این افراد است. سومین مشکل افرادی که گرفتار خستگی شغلی هستند آن است که غالباً گرفتار فرسودگی نگرشی^۵ (از این

-
- burnout
 - burnout syndrome
 - physical exhaustioin
 - emotional exhaustion
 - attiudinal exhaustion

اختلال غالباً با اصطلاح دگرسان بینی خود^۱ یاد می‌شود) هستند. این افراد نسبت به دیگران بدگمان می‌شوند، این تمایل در آنان ایجاد می‌شود که با دیگران بیشتر مانند یک شیء رفتار کنند تا به عنوان یک انسان و ضمناً نسبت به آنان نیز نگرش منفی پیدا می‌کنند. افرادی که دچار فرسودگی شغلی هستند این تمایل را پیدا می‌کنند که به ابطال‌سازی^۲ (عمل موهن انجام دادن یا حقیر کردن) خود، شغلی که به عهده دارند، سازمان محل کار خویش و به‌طور کلی، به ابطال‌سازی زندگی خود بپردازند. به‌عبارت ساده‌تر، این افراد، جهان اطراف خود را بیشتر با عینک خاکستری تیره نگاه می‌کنند تا با عینکی که بتوانند زیبایی‌های رنگ گل‌سرخ یا زندگی را ببینند و بالاخره فردی که از عارضه فرسودگی شغلی در رنج است، این احساس را پیدا می‌کند که پیشرفت شخصی او کم است، به این نتیجه می‌رسد که در گذشته نیز قادر نبوده است پیشرفت شخصی زیادی داشته باشد و فرض او بر آن است که در آینده نیز پیشرفتی نخواهد داشت.

به‌طور کلی، می‌توان فرسودگی شغلی را نوعی اختلال ناامید که به دلیل قرار گرفتن طولانی مدت شخص در معرض فشار روانی، در وی ایجاد می‌شود و نشانه‌های مرضی آن نیز فرسودگی هیجانی، جسمی و ذهنی است. ضمناً عزت‌نفس^۳ فرد مبتلا به این عارضه کم می‌شود و احساس ناسودمندی می‌کند.

نشانه‌های فرسودگی شغلی را می‌توان به گونه‌ای دیگر و مطابق آنچه در زیر آورده شده است، طبقه‌بندی کرد.

به‌طور کلی، می‌توان فرسودگی شغلی را نوعی اختلال ناامید که به دلیل قرار گرفتن طولانی مدت شخص در معرض فشار روانی، در وی ایجاد می‌شود و نشانه‌های مرضی آن نیز فرسودگی هیجانی، جسمی و ذهنی است. ضمناً عزت‌نفس^۳ فرد مبتلا به این عارضه کم می‌شود و احساس ناسودمندی می‌کند.

- depersonalization
- derogation
- self-esteem

شاخص‌های هیجانی: بی‌علاقه شدن نسبت به شغل خود
افسردگی، احساس به دام افتادن در شغل، احساس درماندگی و
ناتوانی، احساس مورد تأیید و تشویق قرار نگرفتن، احساس
جدایی از دیگران و بیگانگی، احساس بی‌تفاوتی، ملالت و
بیزاری و از دست دادن همدلی نسبت به دیگران.

شاخص‌های نگرشی: بدبینی نسبت به دیگران، بی‌اعتمادی
نسبت به مدیریت سازمان محل کار خود، گله‌مند شدن از
دیگران، بدگمانی نسبت به درستی و نیکویی آدمی،...

شاخص‌های رفتاری: تحریک‌پذیر و پرخاشگر بودن
کناره‌جویی از دیگران، کاهش توانایی برای انجام وظایف شغلی
محدود شدن فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی، افزایش موارد
سوء مصرف مواد، افزایش مشکلات و درگیری‌ها با مرئوسان
رؤسا، همکاران، همسر و فرزندان.

شاخص‌های روان-تنی^۱: احساس خستگی، ابتلا به دردهای
عضلانی، انواع سردردها و بی‌نظمی در عادات ماهانه، تغییر در
عادات مربوط به خوابیدن (کم‌خوابی)، ابتلا به اختلال گوارشی و
سرماخوردگی‌های مکرر.

شاخص‌های سازمانی: کاهش رسیدگی به خواسته‌های ارباب
رجوع، مشتری یا مصرف‌کنندگان خدمات سازمان، تنزل ابعاد
اخلاقی و معنوی کارکنان، افزایش تعداد موارد خلافکاری
دزدی، غیبت از کار، ترک شغل و سوانح و حوادث در کار.

موس^۲ (۱۹۸۱) در تلاش خود برای طبقه‌بندی آثار و نتایج
فرسودگی شغلی، این اثرات را در سه مقوله یعنی شاخص‌های

-psychosomatic

-L.Moss

جسمی، تغییرات رفتاری و عملکرد شغلی، طبقه‌بندی کرده‌است (حدول ۲-۱۵)

فرسودگی شغلی می‌تواند باعث شود فرد تصمیم بگیرد شغل یا حرفه خود را تغییر دهد (جکسون^۱، ۱۹۸۶). هرچه فرسودگی شغلی بیشتر باشد، میل یا تلاش فرد برای تغییر شغل یا حرفه خود نیز بیشتر است. بعضی از افرادی که گرفتار این عارضه هستند، ترجیح می‌دهند که مشاغل اجرایی و مدیریتی را داشته باشند. به‌هرحال، بیشتر قربانیان فرسودگی شغلی یا شغل خود را تغییر می‌دهند و یا از جهت روانی کناره‌جویی می‌کنند و به انتظار می‌نشینند تا بازنشسته شوند.

علل فرسودگی شغلی:

همان‌طور که در سطور قبلی اشاره شد، به‌نظر می‌آید که عامل اصلی اختلال فرسودگی شغلی، تحمل فشار روانی ناشی از کار به مدت طولانی و کار زیاد باشد اما اکنون می‌دانیم که متغیرهای دیگری نیز در این زمینه نقش دارند. برای مثال، با شناخت اوضاع و احوال و شرایط متعدد درون سازمانی و نیز ویژگی‌های شخصی فرد، می‌توان روشن ساخت که مبتلا به فرسودگی شغلی شده است یا خیر. ضمناً با شناخت این عوامل می‌توان میزان یا شدت این اختلال را نیز تعیین کرد (گولومبوسکی^۲ و دیگران، ۱۹۸۶). برای مثال وقتی فرد احساس می‌کند که تلاش‌های او در کار بی‌فایده و غیر اثر بخش است، یا این احساس را پیدا می‌کند که این نوع تلاش‌ها مورد توجه و قدردانی دیگران قرار نمی‌گیرد، ممکن است آمادگی لازم را برای

-S.E.Jackson

- R.T.Golombiewski

ابتلا به عارضه فرسودگی شغلی، پیدا کند (پینز^۱، ۱۹۸۱)، وقتی فرد تحت چنین شرایط قرار می‌گیرد، احساس می‌کند پیشرفت شخصی او کم است (و ما نیز می‌دانیم که این عامل با فرسودگی شغلی رابطه مستقیم دارد). علاوه بر آن، فرصت‌های اندک برای ارتقا و وجود قوانین و مقررات خشک و غیرقابل انعطاف این احساس را در فرد ایجاد می‌کند که در دام یک نظام غیرمنصف افتاده است و همین احساس، باعث می‌شود که نسبت به شغل خود نقطه نظرهای منفی پیدا کند (گینز^۲ و جرمییر^۳، ۱۹۸۳). عامل مهم دیگری که می‌تواند در فرسودگی شغلی اثر قابل توجه داشته‌باشد، سبک مدیریت و رهبری سرپرست واحد محل کار اوست. برای مثال، نتایج بعضی از تحقیقات نشان می‌دهد که در مواردی که بعد ملاحظه^۴ (یعنی، توجه نسبت به رفاه افراد و برقراری روابط دوستانه با آنان) در مدیریت یک سازمان ضعیف است، درصد بیشتری از کارکنان آن گرفتار نشانه‌های فرسودگی شغلی می‌شوند (استلزر^۵ و نومروف^۶، ۱۹۸۶).

یکی از عواملی که در بی‌رمقی، تنیدگی یا فرسودگی شغلی نقش قابل توجهی را به عهده دارد، سبک‌هایی است که افراد برای کنار آمدن^۷ با فشارهای روانی ناشی از کار زیاد، به‌کار می‌گیرند. هرچند بعضی از افراد اصطلاحاً پیش‌گستر^۸ هستند و نیروی زیادی را صرف اثرگذاری بر رویدادها و محرک‌های

-
- A.M.Pines
 - J.Gaines
 - J.M.Jermeier
 - consideration
 - J.Stelzer
 - R.E.Numerof
 - coping
 - proactive

تنش‌زایی می‌کنند که وقوع آن را پیش‌بینی کرده‌اند و اصطلاحاً از روش کنار آمدن با اعمال کنترل^۱ استفاده می‌کنند، دیگران فقط واکنش نشان داده و اجازه می‌دهند تا رویدادها و اتفاقات بر آنان حادث شود و نیز می‌کوشند تا از عوارض و نتایج چنین رویدادها و حوادثی، اجتناب کنند (کنار آمدن یا فرار کردن^۲).

رابطه بین این شاخص‌ها معنی‌دار و قابل توجه است. برای مثال، می‌توان گفت که به‌طور کلی، افرادی که برای کنترل مشکلات خود در کار، از راهبردهای مناسب استفاده می‌کنند کمتر دچار فرسودگی شغلی می‌شوند و سنجش آنان از پیشرفت شخصی خود نیز مثبت‌تر از کسانی است که از راهبردهای مناسب استفاده نمی‌کنند. در مقابل، افرادی که از راهبردهای «کنار آمدن با مشکل یا فرار کردن» استفاده می‌کنند، بیشتر در معرض فرسودگی هیجانی و نگرشی (دگرساز بینی خود) قرار می‌گیرند.

نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که روش‌ها یا راهبردهایی که افراد در پاسخ به محرک‌های تنش‌زای مربوط به شغل یا زندگی بروز می‌دهند، نقش مهمی در احتمال قربانی شدن و گرفتار آمدن آنان در دام فرسودگی شغلی دارد (لی‌تر^۳، ۱۹۹۱).

دلایل دیگری که برای گرفتار آمدن افراد به اختلال فرسودگی شغلی شناخته شده، عبارتند از:

۱- ناآشنا بودن افراد با هدف یا اهداف سازمان یا قابل درک

نبودن این اهداف برای آنان؛

-control coping

-escape coping

- M.P.Leiter

- ۲- سیاست‌هایی که مدیریت سازمان در ابعاد مختلف حیات شغلی وضع می‌کند یا در عمل به کار می‌گیرد؛
- ۳- شیوه‌های رهبری و مدیریت در سطوح سرپرستی جبهه مقدم (یا سبک رهبری سرپرستان واحدها) در سازمان؛
- ۴- سخت و غیرقابل انعطاف بودن قوانین، مقررات و آیین‌نامه‌ها در سازمان؛
- ۵- ناسالم بودن شبکه‌های ارتباطی در سازمان و فقدان ارتباط‌های دوطرفه و از پایین به بالا در سازمان؛
- ۶- عدم مداخله مدیریت سازمان در امور کارکنان (رفاهی، درمانی، تفریحی)؛
- ۷- عدم بهره‌گیری از همه توان و استعدادهای بالقوه افراد در انجام وظایف شغلی؛
- ۸- مبهم بودن نقش فرد در سازمان و در فرایند تولید، توزیع و مصرف کالاها و خدمات ارائه شده توسط سازمان؛
- ۹- ناراضی بودن افراد از شغل واحد یا سازمان محل کار خود یا پایین بودن سطح رضایت آنان از شغل خود؛
- ۱۰- فقدان امکانات لازم برای رشد و ترقی یا ارتقای افراد در سازمان؛
- ۱۱- قرار گرفتن مداوم افراد در شرایطی که لازم است در زمان محدود، کار زیادی انجام گیرد؛
- ۱۲- واگذاری مسئولیت‌های بیش از ظرفیت افراد به آنان و ترس از ناتوانی برای انجام این مسئولیت‌ها؛
- ۱۳- درگیر شدن در احساس تعارض نقش که طی آن نقش‌هایی به عهده فرد گذاشته می‌شود که با هم در تعارض هستند (برای مثال، از سرپرست خواسته می‌شود افراد تحت

نظارت خود را وادار به کار بیشتر کند و در عین حال از او انتظار می‌رود با آنان رفتاری دوستانه داشته‌باشد)؛

۱۴- هماهنگ نبودن میزان پرداخت حقوق و مزایا و میزان کاری که انتظار می‌رود فرد در سازمان انجام دهد؛

۱۵- نامناسب بودن نظام ارزیابی عملکرد شغلی افراد و جایگزین شدن رابطه به‌جای ضابطه در سازمان؛

۱۶- فقدان امکانات مناسب و اثربخش آموزشی برای کارکنان سازمان و ناآشنا بودن آنان با وظایف شغلی خود؛

۱۷- عدم به‌کارگیری روش‌های علمی برای آزمایش و انتخاب افراد و واگذاری تصدی مشاغل به افراد غیرواجد شرایط؛

۱۸- ناآشنایی کامل و دقیق افراد به وظایف شغلی خود از همان آغاز ورود به سازمان.

شیوه‌های درمان و پیشگیری از فرسودگی شغلی:

حال این سؤال پیش می‌آید که وقتی فرد دچار عارضه یا اختلال فرسودگی شغلی شد، آیا راهی برای رهایی او از این وضع بیماری‌زایی وجود دارد؟ خوشبختانه پاسخ این سؤال مثبت است و شواهد و یافته‌های جدید علمی نشان می‌دهند که امکان بهبود و بازگشت سلامتی به فرد وجود دارد. با ارایه کمک‌های مناسب، فرد می‌تواند از فرسودگی جسمی و روانی رهایی یابد اگر از میزان فشارهای روانی وارد بر افراد کاسته شود؛ اگر افراد مبتلا به فرسودگی شغلی مورد حمایت سرپرست واحد محل کار خود، همکاران، دوستان و آشنایان قرار گیرند؛ و اگر این افراد برای خود تفریحات سالم و سرگرمی‌های خارج از محل کار داشته‌باشند، حداقل بعضی از آنان نگرش‌های مثبتی نسبت به کار خود پیدا می‌کنند و بهره‌وری آنان مانند سابق بهینه می‌شود. البته

باید در نظر داشت که این نوع ترمیم یا بازتوانی در شرایطی حاصل می‌شود که فرد به خود کمک کند و با به کارگیری راهبردهای درست، خود را از دام فرسودگی شغلی نجات دهد. به هر حال، باید دانست که همه روش‌هایی که برای کاهش فشار روانی به کار گرفته می‌شود، برای مقابله و پیشگیری از فرسودگی شغلی، مناسب نیستند.

راهبردهای فردی کنار آمدن:

در صورتی که شما از فرسودگی شغلی در رنج هستید یا قصد دارید از ابتلای به آن جلوگیری کنید، می‌توانید اقدامات زیر را انجام دهید:

- ۱- در صورت امکان شرایط فیزیکی یا روانی کار خود را تغییر دهید و چنانچه قادر به ایجاد چنین تغییراتی نیستید، بعضی از رفتارهای خود را تغییر دهید و برای مثال، مسئولیتی را که از عهده انجام آن بر نمی‌آید، قبول نکنید (نیومن^۱ و بیر^۲، ۱۹۷۹)؛
- ۲- از برنامه‌های متنوع برای بهبود وضعیت بدنی خود استفاده کنید و برای مثال، اوقات خاصی از شبانه‌روز را به ورزش اختصاص دهید و همراه آن، از برنامه‌های غذایی مناسب استفاده کنید. بدین ترتیب، مقاومت بدن شما در مقابل فرسودگی ناشی از فشارهای روانی مربوط به کار و خستگی شغلی، کاهش می‌یابد. هر چند به درستی مشخص نشده است که ورزش باعث تسکین نشانه‌های فیزیولوژیکی ناشی از فرسودگی شغلی شود یا این که اثرات مثبت آن اساساً جنبه روانی داشته باشد اما می‌دانیم که برای شما مفید است و توصیه می‌کنیم که حتماً آن را جزء برنامه روزانه خود منظور کنید؛

یکی از وظایف مدیریت هر سازمان آن است که موجباتی را فراهم آورد تا فشارهای وارد بر افراد در سازمان، تخفیف پیدا کند.

۳- اگر از روش‌های خاص آرمیدگی استفاده کنید، در همان جلسه اول متوجه خواهید شد که تا چه میزان در ایجاد آرامش برای شما، مؤثر واقع می‌شود. تاکنون برای ایجاد حالت آرمیدگی روش‌های گوناگونی معرفی شده است (مثل آموزش مدون آرمیدگی، مراقبه و پس‌خوارند زیستی و نظایر آن). شما می‌توانید ضمن آشنایی با این روش‌ها و تا آن میزان که وقت به شما اجازه می‌دهد - حتی برای چند لحظه در محیط کار خود- این شیوه‌ها را به کار بگیرید؛

۴- اگر روش‌های بهتر و اثربخش‌تر انجام کارها را بیاموزید در وقت و نیروی مصرفی شما صرفه‌جویی می‌شود. به یاد داشته‌باشید که همیشه روش بهتری برای انجام هر وظیفه وجود دارد که شما هنوز آن را نشناخته‌اید!

۵- در دوره‌های آموزش "مدیریت زمان" شرکت کنید و با شیوه‌های اثربخش برای استفاده از وقت خود آشنا شوید. برای مثال، با استفاده از روش خاصی که طی آن، اوقات کار شما به بخش‌های مختلف تقسیم می‌شود، می‌توانید بهره‌وری تلاش خود را افزایش دهید و در زمان کمتر، کار بیشتری را انجام دهید؛

۶- در نهایت، در صورتی که همه فنون پیشنهادی را به کار گرفتید اما در مورد شما کم اثر بود، می‌توانید به‌طور موقت یا دائم کار یا شغل خود را تغییر دهید و به کار دیگری بپردازید. اگر به‌دلیل تورم یا مشکلات مالی دیگر قصد دارید با کار اضافه مشکلات خود را حل کنید، تصمیم بگیرید توقع خود را کمتر کنید و فقط در یک محل کار کنید و یا با استفاده از فنون مناسب، اثرات محرک‌های تنش‌زای شغلی را کاهش دهید.

راهبردهای سازمانی کنارآمدن:

یکی از وظایف مدیریت هر سازمان آن است که موجباتی را فراهم آورد تا فشارهای وارد بر افراد در سازمان، تخفیف پیدا کند. سازمان‌ها در زمینه‌های مختلف بر کارکنان خود فشار روانی وارد می‌آورند بنابراین، راه‌های مختلفی نیز وجود دارد که مدیریت هر سازمان می‌تواند مانع از وارد آمدن محرک‌های تنش‌زا بر کارکنان شود. پیشنهاد ما به شما مدیر علاقه‌مند به سلامت جسمی و روانی کارکنان تحت نظارت خود، آن است که:

۱- افراد را به کاری بگمارید که (۱) به آن علاقه‌مند هستند و (۲) از ویژگی‌های شخصیتی لازم برای انجام درست وظایف شغلی برخوردارند. وقتی مناسب‌ترین فرد برای تصدی مسئولیت‌های یک شغل انتخاب می‌شود، احتمال وارد آمدن تنش‌های روانی بر او کمتر است و بنابراین، احتمال ابتلای او به عارضه فرسودگی شغلی نیز کاهش می‌یابد. برای دستیابی به این هدف، بهترین راه آن است که از روش‌های علمی آزمایش و انتخاب استفاده کنید و در صورت نیاز از همکاری متخصص روانشناسی صنعتی، بهره بگیرید؛

۲- برای متصدیان مشاغل گوناگون سازمان، دوره‌های آموزشی مناسب تشکیل دهید و مراقب باشید که برنامه‌ریزی، طراحی و اجرای چنین دوره‌هایی براساس نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل شغل شرکت‌کنندگان در دوره آموزشی انجام گیرد؛

۳- موجباتی را فراهم آورید که مهارت‌های افراد تحت نظارت شما در کنترل موقعیت‌ها، افزایش یابد. اگر فرد نتواند بر موقعیت مربوط به شغل خود کنترل داشته باشد، فشار روانی

زیادی را تحمل می‌کند. برای مثال، اگر به دانشجوی پزشکی که برای اولین بار در اتاق جراحی کارآموزی می‌کند آموزش دهیم چگونه در برابر مشکلات خاص اتاق جراحی برابعد شناختی عاطفی و رفتاری خود کنترل داشته باشد، فشار روانی کمتری بر او وارد خواهد آمد؛

۴- از روش‌های تنبیه و توبیخ کمتر استفاده کنید و اگر قصد دارید افراد تحت نظارت شما بهتر کار کنند، روش‌های شرطی کردن عامل را به کار گیرید و طی آن وقتی رفتار مناسبی از آنان سرزد به نحوی رفتارشان را تقویت کنید و از روش‌های تنبیهی استفاده نکنید؛

۵- شرایط خطرآفرین در سازمان را به حداقل برسانید و موجباتی را فراهم آورید که افراد در معرض خطر و محرک‌های تنش‌زای اضافی قرار نگیرند، دچار برق‌گرفتگی یا سانحه و حادثه نشوند؛

۶- شبکه‌های ارتباطی در سازمان را بهبود بخشید و موجباتی را فراهم آورید که کیفیت و کمیت ارتباط‌ها در سازمان، در بهترین وضع خود باشند و نیز اطمینان حاصل کنید که افراد می‌توانند نظریات، شکایات، پیشنهادات و انتقادات خود را در رابطه با هر فرد یا موضوع، به راحتی و بدون ترس و نگرانی و به شیوه‌ای منطقی ارایه دهند. این شما هستید که با رفتار سنجیده خود می‌توانید به مرئوسان پیاموزید که چگونه می‌توانند در هر زمینه‌ای بدون ترس و نگرانی، با سرپرست یا رئیس خود صحبت کنند.

بنابر این:

فرسودگی (بی‌رمقی یا تنیدگی) شغلی از جمله اختلال‌هایی است که در سال‌های اخیر مورد توجه روانشناسان صنعتی بالینی

قرار گرفته است و نتایج تحقیقات نیز نشان می‌دهند که درصد قابل توجهی از افراد سازمان‌های فعال، از این عارضه در رنج هستند. فرد مبتلا به اختلال فرسودگی شغلی از خستگی جسمی هیجانی (عاطفی) و نیز فرسودگی نگرشی رنج می‌برد، دچار افسردگی می‌شود، احساس می‌کند پیشرفتی ندارد، عملکردش کاهش پیدا می‌کند، گرفتار انواع سردردها، اختلال در خواب کاهش وزن و نظایر آن می‌شود. علل فرسودگی شغلی متعدد است. بعضی از این دلایل شخصی و بعضی دیگر سازمانی هستند. افرادی که در تلاش خود برای کنار آمدن با محرک‌های تنش‌زا، پیش‌گستر هستند و از روش کنار آمدن با اعمال کنترل استفاده می‌کنند، کمتر از افراد دیگری که از روش کنار آمدن با فرار کردن بهره می‌گیرند، گرفتار فرسودگی شغلی می‌شوند. ناآشنا بودن افراد با اهداف سازمان، مبهم بودن نقش فرد در تولید، توزیع و مصرف کالاها و خدمات سازمان، فقدان شبکه‌های ارتباطی اثربخش، سخت و غیرقابل انعطاف بودن مقررات و قوانین سازمان، جملگی باعث می‌گردند درصد بیشتری از افراد، گرفتار فرسودگی شغلی شوند.

تاکنون شیوه‌های مختلفی برای کنار آمدن اثربخش با فشار روانی به‌کار گرفته شده است که نمونه‌هایی از آن عبارتند از: ورزش، به‌کارگیری مدیریت زمان، شرکت در دوره‌های آموزشی و نظایر آن. در صورتی که فرد نتوانست با به‌کارگیری این فعالیت‌ها از فرسودگی شغلی نجات پیدا کند و اطمینان حاصل کرد که مشکل مربوط به خود او یا ویژگی‌های شخصیتی وی نیست، بهتر است شغل خود یا محل کارش را تغییر دهد.

نتیجه:

متن حاضر از این جهت به برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار مرتبط است که:

- کار به عنوان یکی از عوامل استرس شناخته شده است.
- عوامل متعددی به عنوان ایجاد کننده و تشدید کننده فشار روانی در محل کار شناخته شده است.
- یکی از سه محور اصلی در تعریف بسته خدمتی ارتقای سلامت در محل کار «کاهش عوامل خطر ناشی از مدیریت سازمان» است که در کنار دو محور دیگر یعنی «حوادث و صدمات شغلی» و «کاهش عوامل خطر فردی» مجموعه مداخله ارتقای سلامت در محل کار را تشکیل می‌دهد؛ منشاء اغلب فشارهای روانی در «شیوه مدیریت سازمان کار» نهفته است که آموزش هر دو گروه مدیران و کارکنان در مدیریت فشارهای روانی کار یکی از مداخلات اساسی است.
- هر چهار گروه تیم ارتقای سلامت در محل کار، بیمه گرها، کارکنان و کارفرماها باید از عوامل فشار روانی در محل کار آگاه باشند.
- برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار بدون در نظر گرفتن مقوله «فشار روانی و تقویت مهارت‌های کنترل و کاهش آن» ناقص بوده و شاید اثر کل برنامه را کاهش دهد.
- در برنامه نیازسنجی باید مشکلات سلامتی افرادی که در معرض فرسودگی شغلی قرار دارند، شناسایی شوند و با راهبردهای ذکر شده مداخله صورت پذیرد.
- کلیه مسئولان، مدیران و کارفرمایان باید از آثار شیوه مدیریت خود بر کارکنان آگاه باشند و مهارت‌های آنان در زمینه کاهش فشارهای روانی و جلوگیری از فرسودگی شغلی تقویت شود.

ارتقای سلامت از طریق خودیاری:

نقش مشارکتی گروه‌های خودیار (که به گروه‌های حمایت از بیماران هم معروف است) قلمروی ناشناخته‌ای نیستند. ازسالیان متمادی، مردم از تشکیل گروه‌ها در اروپا و امریکای شمالی آگاه بودند اما دانش سیستماتیک اندکی درباره عملکرد و اثر بخشی آنها وجود داشت البته امروزه چنین نیست. پژوهش‌های انجام شده در کشورهای جداگانه و حوزه‌های مختلف، انبوهی از دانش در رابطه با این گروه‌ها و نقش آنها در بر خورد با بیماری را ایجاد نموده است. در این قسمت چکیده‌ای از این دانش متراکم ارائه می‌شود.

افرادی که در گروه‌های خودیار هستند مشکل مشترکی دارند که برای حل آن دور هم جمع می‌شوند.

گروه‌های خودیار مخصوصاً برای کسانی که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند، مناسب هستند. بیماری‌های مزمن (غیرواگیردار) حالتی جدید و دایمی از بیمار بودن را به وجود می‌آورد.

گروه‌های خودیار

افرادی که در گروه‌های خودیار هستند، مشکل مشترکی دارند که برای حل آن دور هم جمع می‌شوند. این گروه‌ها شامل طیف وسیعی می‌باشند که از سازمان‌های شناخته‌شده که دارای سابقه تأسیس طولانی از قبیل گروه الکلی‌های بی‌نام و نشان گرفته تا گروه‌های جدید و کوچک که حول و حوش بیماری‌ها و معلولیت‌های نادر و کمتر شناخته‌شده هستند، تشکیل گردیده است. تمام این گروه‌ها می‌توانند به صورت چشمگیری در ارتقای سلامت نقش داشته باشند. آنها با هر جنبه از سلامت (روانی، اجتماعی و جسمی) ارتباط داشته و در هر مرحله می‌توانند مفید واقع شوند، از مرحله پیشگیری تا مراقبت‌های بهداشتی روزانه و توانبخشی. آنها به به کارگیری رویکرد جامع الشمول برای

مشکلات فردی تمایل دارند. نگاه آنها به شخص، یک نگاه حرفه‌ای مرتبط با یک بیماری خاص و نیازهای درمانی آن نبوده بلکه آنها فرد را با طیف وسیعی از نیازها برای مراقبت و توجه می‌بینند.

در کشورهای مختلف اطلاعات خام اندکی در مورد تعداد و توزیع این گروه‌ها (در حال حاضر و یا گذشته) وجود دارد، چراکه اغلب تعریف و دسته‌بندی آنها مشکل است. مکانیزم ساده‌ای برای ثبت سازمان‌هایی که به درستی، اسم گروه‌های خودیار را به همراه خود دارند، وجود ندارد. علاوه بر این، در حالی که هر هفته گروه‌های جدید شکل می‌گیرند، گروه‌های موجود هم منحل می‌شوند. به هر حال تعداد گروه‌ها در اواسط دهه ۱۹۷۰ به وضوح افزایش یافتند و این روند تا دهه ۱۹۸۰ به خوبی ادامه داشت اما هیچ گونه دلیلی برای افول روند جاری در دست نیست. علت ازدیاد و انتشار گروه‌های خودیار هنوز روشن نشده است.

گروه‌های خودیار مخصوصاً برای کسانی که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند، مناسب هستند. بیماری‌های مزمن (غیرواگیردار) حالتی جدید و دائمی از بیمار بودن را به وجود می‌آورد. افرادی که دچار این نوع بیماری‌ها هستند باید نحوه برخورد با علائم و نشانه‌های جدید و هم‌چنین با حس شناخت جدید را بیاموزند. ضمناً آنها ممکن است به تغییرات مهمی در شیوه و شرایط زندگی نیاز داشته باشند. گروه‌های خودیار برای چنین بیماری، فرصت ملاقات و آموختن از یکدیگر در طول زمان را فراهم ساخته و در زمینه نحوه ردیابی (کشف) و کنترل علائم و هم‌چنین چگونگی برخورد با وضعیت جدید تجربه کسب می‌کنند. افرادی که دچار بیماری معینی هستند

(غیرواگیردار) ، می‌توانند الگوی مناسبی برای آنهایی که جدیداً دچار آن نوع بیماری شده‌اند را فراهم کرده و اطمینان مجدد برای امکان زندگی ودست پنجه نرم کردن با بیماری را مهیا سازند.

تأثیر گروه‌های خودیار

گروه‌های خودیار در دو سطح متفاوت عمل می‌کنند: آنها با نیازهای اجتماعی و بهداشتی اعضای خود سروکار داشته و همچنین با سیاست‌های گسترده‌تر در زمینه رایه مراقبت‌های بهداشتی درگیر هستند. این گروه‌ها معمولاً تأثیرات مهم و مفیدی را بر اعضای خود گذارده و منبع مهمی در حمایت اجتماعی و عاطفی برای اعضای که بیماری‌ها و مشکلات مختلف دارند را فراهم می‌کنند. این گروه‌ها در بهبود احساس داشتن هویت اعضا و در غلبه بر تنهایی و گوشه‌گیری از طریق فعالیت‌های اجتماعی مشترک، کمک می‌نمایند

مشارکت، نقشی حیاتی در توانمندسازی اعضا برای مقابله و پذیرش طبیعت بیماری که دارند، بازی می‌کنند. برخی اعضا توانمند شده و ظرفیت مراقبت از سلامت خود و ارتقای سلامت دیگران را بهبود می‌بخشند. گروه‌های خودیار منبع مهم اطلاعات و آموزش هستند، هم برای برخورد مستقیم با یک بیماری خاص و هم برای منابع حمایتی دیگر. آنها آگاهی کمی و کیفی اعضا در زمینه کمک خارجی را افزایش داده و در نتیجه برای بهبود توانایی اعضای خود، خدماتی را رایه می‌دهند: از خدمات اتفاقی (مانند نگهداری کودک) تا کمک‌های شایان ذکر (از قبیل مراکز مراقبت از افرادی که دچار بیماری خاص هستند و یا ترتیب دادن خدمات شخصی مشاوره). این خدمات ممکن است با

خدمات سنتی مشابه در محتوا و سبک متفاوت باشد. در بعضی موارد چیزی که قابل محاسبه است، خدمات جدیدی است که به وسیله فراهم کنندگان خدمات حقوقی به عهده گرفته می‌شود.

البته کلیه تأثیرات گروه‌های حمایت، مثبت نیستند. برخی از گروه‌ها روابطی را در میان اعضا به وجود می‌آورند که آنها را از جامعه بزرگتر جدا می‌سازند. همچنین گروه‌ها به ایجاد انتظارات بزرگی در میان اعضا که همیشه برآورده نمی‌شوند، گرایش دارند. گاهی اوقات بحث‌های گروهی، غیرواقعی به نظر رسیده و در نتیجه توصیه‌ها و پیشنهادات در منزل پی‌گیری نمی‌شوند. بعضی از گروه‌ها تمایل دارند که برای یک بیماری معین، عاملی اتیولوژیک (علت‌شناسی) منحصر به فردی را ایجاد کنند که به رویکرد تنگ نظرانه نامناسب منجر می‌گردد.

نکته مهم در مورد اثر گروه‌ها بر اعضا این است که بیش از حد آزادانه، مسایل را تعمیم ندهیم. این تأثیر بر طبق طبیعت بیماری، به نحو شدیدی متفاوت است. ضمناً منافع آن مطابق با مرحله‌ای که بیماری در آن بوده و مشارکت عضو و میزان بر حسب مربوط به بیماری، تفاوت می‌کند.

بسیاری از گروه‌ها تلاش می‌کنند تا تمرکزشان را فراتر از اعضای خود گسترش دهند تا آگاهی عمومی بیشتری به ویژه بر بیماری اعضای‌شان و نیازهای بهداشتی آنها به صورت عام مطرح شود. در برخی موارد مشکلات باید از حالت رمز و راز بودن، خارج شوند. در دیگر گروه‌ها، منابع عمومی ویا خصوصی باید بر بیماری متمرکز شود. برخی از گروه‌ها به منظور انجام تحقیقات بیشتر در زمینه پیشگیری ویا درمان، جمع‌آوری کمک‌های مالی را انجام دهند. مدرک در رابطه با اثر گسترده‌تر این گروه‌ها متأسفانه کم است. جمع‌آوری مدارک، نیازمند دوره

زمانی نسبتاً طولانی بوده و بررسی تغییرات فرهنگی تا اندازه زیادی دشوار است. تأثیر در میان کشورها به طور قابل ملاحظه‌ای متفاوت بوده و تحت تأثیر نظام‌های ویژه مراقبت بهداشتی و ارزش‌ها و هنجارهای محلی قرار می‌گیرد.

فعالیت‌های گسترده‌تر گروه‌های خودیار می‌تواند بر متخصصین بهداشت نیز تأثیر بگذارد. بعضی از متخصصین از طریق مشارکت در یک گروه، به طور قابل توجهی درباره گروه و بیماری که در خصوص آن می‌باشد، آگاه‌تر و آشنا تر می‌شوند. آنها همچنین مطالب بسیاری در رابطه با مشکلات و نظریات (دیدگاه‌های) اعضا، یاد می‌گیرند. در حالی که عده‌ای از متخصصین به شکلی فزاینده از این گروه‌ها حمایت می‌کنند متخصصین دیگر ممکن است احساس کنند که گروه‌های خودیار منابعی را که به دست می‌آورند به حساب تفاوت‌های گسترده‌تر برای ارتقای سلامت هزینه می‌کنند.

گروه‌های خودیار برای ارایه مراقبت بهداشتی، منابع جدیدی را بسیج می‌کنند. آنها نوع جدیدی از افراد داوطلب را تربیت می‌کنند که به آنهایی که دچار بیماری خاص بوده و یا در یک موقعیت ویژه قرار دارند، کمک نمایند. در برخی از کشورها گروه‌ها، روش‌های جدیدی را برای درک نیازها برای مراقبت و سازماندهی حول آن ایجاد می‌کنند. چون گروه‌ها به صورت آشکار بر بیماری‌های منفرد تمرکز می‌کنند، آنها به عدم توجه به مرزهای دقیق حرفه‌ای و نهادی تمایل دارند. گروه‌ها برای ادغام خدمات در زمینه بیماری‌هایی که دارند، پافشاری کرده و به این وسیله اتحادهای نوینی از افراد علاقه‌مند معمولی و حرفه‌ای را به وجود می‌آورند.

مشارکت و درگیر شدن

گروه‌های خودیار، کارکرد یکسانی ندارند. فعالیت گروه‌ها و طول مدت آن به طور قابل توجهی تفاوت داشته و عملکرد آنها در پاسخ به تغییرات درک شده در نیازها و انتظارات، به مرور زمان تغییر پیدا می‌کند. گروه‌های جدید اغلب بر جنبه‌های جسمی بیماری تمرکز داشته و سپس دامنه توجه آنها به بهبود وسیع‌تر سلامت گسترش می‌یابد. گروه‌ها همچنین در پاسخ به علایق در حال تغییر اعضا، تغییر پیدا می‌کنند. برای مثال، منافع اعضای مسن‌تر (سالخورده‌تر) اغلب در مقایسه با منافع و علایق جوان‌ترها متفاوت است. افراد در سطوح مختلفی در درون گروه‌ها درگیر می‌شوند (مشارکت فعال دارند) البته این به آنچه تک تک افراد می‌خواهند و آنچه می‌توانند انجام دهند، بستگی دارد. بعضی می‌خواهند که خیلی فعال باشند، در حالی که عده‌ای دیگر تنها دوست دارند که در گروه حضور داشته باشد. رهبری گروه خیلی مهم است. رهبران با نفوذ و با موهبت ذاتی می‌توانند در میان اعضا، شور و شوق ایجاد نمایند. هر چند که مفهوم تأثیر متقابل، زمینه‌ساز توسعه گروه‌های حمایتی می‌باشد اما تأثیر متقابل، به وضوح در درون گروه‌های انفرادی و در میان گروه‌ها نابرابر است.

کدام تأثیرات متقابل برای کمک به اعضا در طول زمان ممکن است یکی از راه‌هایی باشد که گروه‌ها بتوانند عنصر تأیید متقابل را حفظ و نگهداری کنند؟ چه کسی یا کسانی به گروه‌های خودیار ملحق می‌شوند؟ دلایل قابل ملاحظه‌ای نشان می‌دهند که افرادی که به طور منظم مشارکت می‌کنند از بقیه افرادی که مشارکت ندارند، متفاوت هستند. افرادی که ملحق می‌شوند از

طبقه متوسط، تحصیل کرده و مؤنث، نسبتاً معین هستند و به اقلیت‌های قومی و یا مناطق روستایی تعلق ندارند. آنها همچنین به داشتن ظرفیت و نقش اجتماعی تمایل دارند و در بیان نیازها و داشتن حس اعتماد به توانایی‌های خود در حل مشکلات، تجربه دارند. همه آنهايي که به این گروه‌ها ملحق می‌شوند، به طور مستقیم از بیماری خاصی رنج نمی‌برند بلکه نزدیکان و افراد خیر خواه گاهی به گروه ملحق می‌شوند. افرادی که دیگر بیماری قبلی را ندارند نیز می‌توانند در گروه فعال باشند.

موانع متعددی بر سر مشارکت اعضای در گروه وجود دارد: مانع کلیدی عدم شناخت وجود و حضور گروه است. علاوه بر این، افراد ممکن است مشکلات واقعی برای حضور فعال در گروه داشته باشند: مشکلاتی از قبیل فقدان وسایل حمل و نقل (ارتباطات)، پول و یا کسانی که از کودکان نگهداری می‌کنند. خود بیماری‌ها ممکن است مانع حضور آنها شوند، از قبیل بیماری‌هایی که تحرک آنها را کاهش می‌دهد. گاهی اوقات ممکن است همسر و یا شریک زندگی، روحیه حضور در گروه را تضمین نماید. افرادی که در جوامعی که قرابت خونی دارند، زندگی می‌کنند ممکن است به علت ترس از فقدان هویت در این نوع گروه‌ها شرکت نمایند. زمانی که شبکه‌های اجتماعی اولیه دیگری وجود داشته باشد، انگیزه‌های ملحق شدن به گروه‌ها کاهش می‌یابد.

مسأله مشارکت نابرابر، پیچیده است. دسترسی نابرابر به اطلاعات درباره وجود و فواید گروه‌ها به عنوان موضوعی با اولویت، تا حدی منعکس شده است و همچنین شخصیت‌ها و سلیقه‌های متفاوتی را منعکس می‌سازد که این هم تا درجه‌ای نباید باعث جلب توجه شود. نهایتاً، باید بپذیریم که خودیاری

یک راه حل جهانی نبوده و تعدادی از مردم با توانایی و دانش کامل، ملحق شدن به گروه‌ها را انتخاب نمی‌کنند.

حمایت از گروه‌های خودیار

در برخی از کشورها گروه‌های خود یار به عنوان بهترین روش برای ارائه خدمات از به شدت مطرح است. تعداد مراکز تبادل اطلاعات گروه‌های خودیار در اروپا مخصوصاً در جمهوری فدرال آلمان و انگلستان، به شکل قابل ملاحظه‌ای رشد کرده است. این مراکز، اطلاعات مورد نیاز در رابطه با موقعیت گروه‌های خود یار را کانالیزه و حمایت خود را بر گروه‌ها در منطقه محلی متمرکز می‌کنند. آنها توصیه‌های علمی در زمینه تبلیغات و مقدمات کاری و در موارد خاصی حمایت کلی برای رهبران گروه و یا مؤسسين آن فراهم می‌سازند. آنها می‌توانند به تشکیل گروه‌ها کمک کرده و متخصصین محلی را برای کمک به گروه‌ها برانگیزانند. این مراکز تبادل اطلاعات برای جلب حمایت عمومی به گروه‌های خودیار اقدام می‌کنند. سازمان‌های ملی هم‌چنین از گروه‌های محلی که با بیماری‌های مختلف گروه‌ها آشنایی بیشتری دارند، حمایت به عمل می‌آورند. برخی از دولت‌ها حمایت مالی برای سازمان‌های تخصصی ملی را فراهم می‌سازند. کارکنان اجتماعی متخصص که به وسیله چنین سازمان‌هایی استخدام می‌شوند، می‌توانند مشارکت در گروه‌ها را افزایش داده و گروه‌های جدیدی را به وجود آورند اما متخصصینی که در مرکز قرار دارند می‌توانند ارتباط خود را با گروه‌های محلی قطع و نمایندگی خود را از دست بدهند.

سازمان‌های ملی هم‌چنین می‌توانند بر جو عمومی که گروه‌های محلی در آن فعالیت می‌کنند، اثر بگذارند. متخصصین

نقش حساسی در گروه‌های خودیار دارند. عده‌ای معتقدند که متخصصین به طور اجتناب ناپذیر از گروه‌ها برای دنبال کردن اهداف حرفه‌ای خود استفاده می‌کنند.

اعضای گروه‌ها اغلب نسبت به متخصصین علی‌رغم مشخصات و عادات و رسوم یکسان، بی تفاوت هستند. به علاوه متخصصین به طور غیر عمد ممکن است نسبت به حضور خود جلب توجه کنند. به هر حال، متخصصین می‌توانند اعضای پرتوان را به گروه‌ها ارجاع و دیگر انواع کمک‌های علمی را فراهم سازند. متخصصین بهداشت برای ارزیابی آموزش و مهارت در زمینه حمایت از گروه‌های خودیار، شواهد محکمی دارند. تشویق نمودن مردم به شناخت و قبول ظرفیت خود و رد کردن نقشی سنتی بیمار به مهارت‌های خیلی تخصصی، نیاز دارد.

آینده

برخی از گروه‌های خودیار رو به انحلال رفته، گروه‌های جدید ظهور یافته و برخی از گروه‌های موجود، تقویت خواهند شد. با رشد حمایت از مراکز تبادل اطلاعات و متخصصین، پدیده خودیاری احتمالاً نهادینه‌تر می‌شود. انواع جدیدی از گروه‌های بالقوه، در حال بروز هستند: مثل گروه‌های بدون بیماری خاص برای ارتقای سلامت. رشد علاقه‌مندی در توسعه نقش افراد عادی در مراقبت‌های بهداشتی و توجه فزاینده به سلامت در وسیع‌ترین دیدگاه آن، رشد این گروه‌ها را ارتقا خواهد داد.

عده‌ای بر مراقبت گسترده از بیمار و یا مشارکت تمرکز دارند. آنها رویکرد کلی‌نگر به سلامت را منعکس و پرورش می‌دهند. گروه‌های خودیار ممکن است به محض شروع به

صحبت با یکدیگر و یا یادگیری از سایرین، این مسأله را از خود نشان دهند. آنها تعدادی از مسایل بهداشتی را مورد علاقه مشترک خواهند یافت و اتحادها و ائتلاف‌های جدیدی ممکن است ظهور کند. تأثیر گروه‌های جدید و آنهایی که سابقه طولانی دارند نیاز به توجه نزدیک دارد. گروه‌های جدیدی ممکن است به طور مثبت بر افرادی که مشارکت می‌کنند تأثیر گذارده، مردم را توانمند ساخته و توانایی آنها برای ارتقای سلامت خود و دیگران را گسترش دهند. آنها ممکن است به طور چشمگیری ارایه خدمات گسترده‌تری را تحت تأثیر قرار داده و خدمات بهداشتی را به سوی ارتقای سلامت وسیع‌تر، جهت‌گیری مجدد بدهند. آنها ممکن است مسایل بهداشتی را به طور محکم در متن سیاست بهداشت عمومی قرار داده و آنها را از قلمرو محدود کننده‌تر حرفه پزشکی، دور کنند. افزایش توجه به گروه‌های خود یار از طرف حکومت‌های ملی و همچنین از طرف سازمان جهانی بهداشت، منعکس کننده‌ی تأثیر گسترده اجتماعی این گروه‌ها باشد.

نقش مشارکتی گروه‌های حامی ارتقای سلامت باید پذیرفته شود. اگر متخصصین به جلب توجه بیشتر به خود در نظام مراقبت بهداشتی تمایل نشان دهند، تعادل (هماهنگی) به نفع مصرف کننده تصحیح می‌شود. سیاست‌هایی که حمایت از گروه‌ها را تسهیل ساخته و آنها را در رونق موقعیت‌های ویژه توانا می‌سازد، مورد نیاز است. سازمان جهانی بهداشت و دیگر سازمان‌ها می‌توانند و باید در ارتقای دسترسی عادلانه به چنین گروه‌هایی، نقش کلیدی را بازی کنند. مرکز اطلاعات جهانی در زمینه خودیاری و سلامت در شرلون (بلژیک)، به طور چشمگیری در این کار مشارکت داشته است. این مرکز از طریق

تولید گسترده نشریات و راه‌اندازی کارگاه‌ها و فراهم ساختن شبکه‌ها برای محققین و سیاست‌گذاران، توانست نیازهای خودیاری را به طور جدی در دستور کار محافل بین‌المللی قرار دهد.

در بررسی نقش مشارکتی گروه‌های خودیار در مورد برخورد با بیماری‌های مزمن، ضروری است که دیدگاهی مثبت اما محتاطانه داشته باشیم. این گروه‌ها حمایت زیادی را به اعضای خود ارائه می‌دهند که ممکن است تأثیر سودمند و گسترده‌ای داشته باشد. آنها به طور چشمگیری در ارتقای مراقبت بهداشتی فرد و تقویت دیدگاه افراد عادی نسبت به مراقبت‌های بهداشتی نقش دارند. رویکرد جامع و کلی آنها نسبت به افراد، ارزش توجه خاصی دارد. آنها دیدگاه وسیع‌تری از سلامت را به عنوان یک ایده اجتماعی، منعکس و تشویق می‌نمایند.

گروه‌های حامی بدون مشکل فعالیت نمی‌کنند اما انتظار خیلی زیاد از آنها نیز نادرست خواهد بود. آنها به طور همگانی در دسترس نیستند، چه به لحاظ هر بیماری و یا هر کشور و یا هر منطقه محلی. هیچ کس آنها را به عنوان راه حلی مناسب برای نیازهای خود به مراقبت، نمی‌بیند. گروه‌های خودیار باید به صورت جزء مکمل برای نظام‌های بهداشتی و مراقبت اجتماعی موجود در نظر گرفته شوند و نه به عنوان یک بدیل و یا جایگزین برای آنها. نقش مشارکتی آنها به پذیرفته شدن نیاز دارد اما نه به شکلی مبالغه‌آمیز.

نتیجه:

آن چه موجب شد گروه‌های خودیار در برنامه ارتقای سلامت در محل کار طرح شود، موارد زیر است:

- مفهوم گروه‌های خودیار در کشور ما جدید است اما سالیان متمادی است که وجود دارد و ناشناخته بوده است.
- گروه‌های خودیار به عنوان یکی از اجزای مکمل در نظام سلامت محسوب می‌شوند.
- مدیران و کارفرمایان باید این گروه‌ها را به عنوان منابع مهمی در اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار قبول داشته باشند.
- سازمان‌های بیمه‌گر وجود و تعدد این گروه‌های داوطلب را به عنوان یک موفقیت کارفرما باید محسوب کنند و جزء معیارهای ارزیابی کارفرمایان قرار دهند.
- کارکنان و مدیران در بسیاری از موارد می‌توانند به طور خلاق گروه‌های خودیاری تشکیل دهند. این گروه‌ها طبق تعریف به دلیل یک مشکل مشترک دور هم جمع می‌شوند.
- مشکلات زیادی در محل کار وجود دارد که با به خطر انداختن سلامتی محل کار بهانه‌ای برای تشکیل این گروه هاست.
- گروه‌های خودیار یکی از راهبردهای تقویت رفتارهای مناسب برای سلامتی در محل کار است.

روابط تحلیلی برنامه‌های چهارم توسعه با برنامه ارتقای سلامت در محل کار

در انتخاب مواد قانونی برنامه چهارم توسعه مرتبط به بسته خدمتی ارتقای سلامت در محل کار معیارهای زیر مد نظر قرار گرفته است:

۱. مواد و تبصره‌های قانونی که به طور مستقیم و یا غیرمستقیم به مفهوم سازی، تکمیل نظری و پیاده‌سازی بسته خدمتی کمک می‌کند و در حقیقت فرصتی برای اجرای این برنامه ملی محسوب می‌شود.

۲. مواد و تبصره‌های قانونی که بسته خدمتی ارتقای سلامت در محل کار به طور مستقیم و یا غیر مستقیم موجب سهولت، تسریع و ارتقای کیفیت موارد مندرج و مصوب می‌شود.

فصل اول: بستر سازی برای رشد سریع اقتصادی

ماده ۱

بند د: به دولت اجازه داده می‌شود حداکثر معادل پنجاه درصد (۵۰٪) مانده موجودی حساب ذخیره ارزی برای سرمایه‌گذاری و تأمین بخشی از اعتبار مورد نیاز طرح‌های تولیدی و کارآفرینی صنعتی، معدنی، کشاورزی، حمل و نقل، خدمات (از جمله گردشگری و...)، فناوری و اطلاعات و خدمات فنی- مهندسی بخش غیردولتی که توجیه فنی و اقتصادی آنها به تأیید وزارتخانه‌های تخصصی ذی‌ربط رسیده است از طریق شبکه بانکی داخلی و بانک‌های ایرانی خارج از کشور به صورت تسهیلات با تضمین کافی استفاده نماید.

هـ: حداقل ده درصد (۱۰٪) از منابع قابل تخصیص حساب ذخیره ارزی به بخش غیردولتی در اختیار بانک کشاورزی قرار می‌گیرد تا به صورت ارزی، ریالی جهت سرمایه‌گذاری در طرح‌های موجه بخش کشاورزی و سرمایه در گردش طرح‌هایی که با هدف توسعه صادرات انجام می‌شود، توسط بانک کشاورزی در اختیار بخش غیردولتی قرار گیرد.

ماده ۵

به منظور تحقق اهداف و شاخص‌های کمی مربوط به ارتقای بهره‌وری کل عوامل تولید مندرج در جدول شماره ۲-۲ (بخش هفتم این قانون):

الف: تمامی دستگاه‌های اجرایی ملی و استانی مکلف‌اند در تدوین اسناد ملی، بخشی، استانی و ویژه سهم ارتقای بهره‌وری کل عوامل تولید در رشد تولید مربوطه را تعیین کرده و الزامات و راه‌کارهای لازم برای تحقق آنها را برای تحول کشور از یک اقتصاد نهاده محور به یک اقتصاد بهره‌ور محور با توجه به محورهای زیر مشخص نمایند به طوری که سهم بهره‌وری کل عوامل در رشد تولید ناخالص داخلی حداقل به سی و یک و سه دهم درصد (۳۱/۳٪) برسد.

ب: سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور مکلف است نسبت به بررسی عملکرد دستگاه‌های اجرایی در زمینه شاخص‌های بهره‌وری و رتبه‌بندی دستگاه‌های اجرایی اقدام نموده و تخصیص منابع مالی برنامه چهارم توسعه و بودجه‌های سنواتی را با توجه به برآوردهای مربوط به ارتقای بهره‌وری کل عوامل تولید و همچنین میزان تحقق آنها به عمل آورده و نظام نظارتی فعالیت‌ها، عملیات و عملکرد مدیران و مسئولین را براساس ارزیابی بهره‌وری متمرکز نماید.

ج: به منظور تشویق واحدهای صنعتی، کشاورزی، خدمات دولتی و غیردولتی و در راستای ارتقای بهره‌وری با رویکرد ارتقای کیفیت تولیدات و خدمات و تحقق راهبردهای بهره‌وری در برنامه، به‌دولت اجازه داده می‌شود جایزه ملی بهره‌وری را با استفاده از الگوهای تعالی سازمانی طراحی و توسط سازمان ملی بهره‌وری ایران طی سال‌های برنامه چهارم به واحدهای بهره‌ور در سطوح مختلف اهدا نماید.

ماده ۶

در چارچوب سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران از جمله موارد مشمول در صدر اصل چهل و چهارم (۴۴) قانون اساسی

ارتقای سلامت در محل کار ۳۸۵

جمهوری اسلامی ایران، به منظور تداوم برنامه خصوصی سازی و توانمندسازی بخش غیر دولتی در توسعه کشور به دولت اجازه داده می شود:

از همه روش های امکان پذیر، اعم از مقررات زدایی واگذاری مدیریت (نظیر اجاره، پیمانکاری عمومی و پیمان مدیریت) و مالکیت (نظیر اجاره به شرط تملیک، فروش تمام یا بخشی از سهام واگذاری اموال) تجزیه به منظور واگذاری، انحلال و ادغام شرکت ها استفاده شود.

ماده ۷

به منظور ساماندهی و استفاده مطلوب از امکانات شرکت های دولتی و افزایش بازدهی و بهره وری و اداره مطلوب شرکت هایی که ضروری است در بخش دولتی باقی بمانند و نیز فراهم کردن زمینه واگذاری شرکت هایی که ادامه فعالیت آنها در بخش دولتی غیر ضروری است به بخش غیردولتی، به دولت اجازه داده می شود نسبت به واگذاری، انحلال، ادغام و تجدید سازمان شرکت های دولتی، اصلاح و تصویب اساسنامه شرکت ها، تصویب آئین نامه های مالی و معاملاتی، تصویب آئین نامه های استخدامی و بیمه، با رعایت مقررات و قوانین مربوط و جابه جایی و انتقال وظایف، نیروی انسانی، سهام و دارایی های شرکت های دولتی و شرکت های وابسته به آنها با رعایت موارد ذیل اقدام کند.

ماده ۸

وجوه حاصل از فروش سهام شرکت های دولتی در حساب خاصی نزد بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران به نام خزانه داری کل کشور، متمرکز و به حساب های مربوط منتقل می گردد:

ج: معادل هفتاد درصد (۷۰٪) به حساب شرکت مادر تخصصی ذی ربط برای موارد ذیل:

۳- کمک به تأمین هزینه های تعدیل نیروی انسانی و آموزش های فنی و حرفه ای (مهارتی) کارکنان شرکت های قابل واگذاری.

۴- کمک به توانمندسازی بخش‌های خصوصی و تعاونی در فعالیتهای اقتصادی در قالب بودجه‌های سنواتی.

ماده ۱۱

سه درصد (۳٪) از سپرده قانونی بانک‌ها نزد بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران بر مبنای درصد سال ۱۳۸۳ در اختیار بانک‌های کشاورزی، مسکن و صنعت و معدن (هر بانک ۱٪) قرار گیرد تا صرف اعطای تسهیلات به طرح‌های کشاورزی و دامپروری، احداث ساختمان و مسکن، تکمیل طرح‌های صنعتی و معدنی بخش غیر دولتی شود که ویژگی عمده آنان اشتغالزایی باشد.

ماده ۱۲۱ از برنامه سوم توسعه

دولت موظف است به منظور اعمال صرفه‌جویی، منطقی کردن مصرف انرژی و حفاظت از محیط زیست، اقدامات زیر را انجام دهد:

الف: تهیه و تدوین معیارها و مشخصات فنی مرتبط با مصرف انرژی در تجهیزات، فرایندها و سیستم‌های مصرف کننده انرژی، به ترتیبی که کلیه مصرف کنندگان، تولید کنندگان و وارد کنندگان این تجهیزات، فرایندها و سیستم‌ها ملزم به رعایت این مشخصات و معیارها باشند. معیارهای مذکور توسط کمیته‌ای متشکل از نمایندگان وزارت نیرو، وزارت نفت، مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران، سازمان حفاظت محیط زیست و وزارتخانه ذی‌ربط تدوین می‌شود.

ماده ۲۴

به دولت اجازه داده می‌شود جهت رشد اقتصادی، ارتقای فناوری، ارتقای کیفیت تولیدات، افزایش فرصت‌های شغلی و افزایش صادرات در قلمرو فعالیتهای تولیدی اعم از صنعتی، معدنی، کشاورزی، زیربنایی، خدمات و فناوری اطلاعات در اجرای "قانون تشویق و حمایت سرمایه‌گذاری خارجی مصوب ۱۳۸۰/۱۲/۱۹"، به منظور جلب سرمایه‌گذاری خارجی،

ارتقای سلامت در محل کار ۳۸۷

زمینه‌های لازم را از طریق مذکور در بند «ب» ماده (۳) قانون تشویق و حمایت سرمایه‌گذاری خارجی، مصوب ۱۳۸۰/۱۲/۱۹ فراهم نماید.

دولت موظف است پرداخت کلیه تعهدات قراردادی شرکت‌های دولتی ایرانی طرف قرارداد برای کالاها و خدماتی که الزاماً می‌بایست توسط دولت خریداری شود را که به تصویب شورای اقتصاد رسیده است، از محل وجوه و منابع متعلق به آنان، تعهد و پرداخت از محل آن وجوه و منابع را تضمین نماید. این تعهد پرداخت نبایستی از محل وجوه و منابع عمومی باشد.

ضمانت‌نامه صادره علی‌رغم ماهیت تجاری آن نباید ریسک تجاری و خسارات ناشی از قصور سرمایه‌گذار در ایفاء تعهدات قراردادی وی را پوشش دهد.

به منظور دستیابی به رشد پیش‌بینی شده در طی سال‌های برنامه چهارم برای سرمایه‌گذاری‌های خارجی:

۱- به دولت اجازه داده می‌شود معادل یک در هزار از کل سرمایه‌گذاری‌های مستقیم خارجی واقعی تحت پوشش قانون تشویق و حمایت سرمایه‌گذاری خارجی (مصوب ۱۳۸۰/۱۲/۱۹) را علاوه بر بودجه سالیانه در ردیف‌های پیش‌بینی شده در قوانین بودجه سنواتی به طور سالیانه در اختیار سازمان سرمایه‌گذاری و کمک‌های اقتصادی و فنی ایران قرار دهد.

۲- به منظور افزایش کارایی سازمان سرمایه‌گذاری و کمک‌های اقتصادی و فنی ایران در جهت تحقق اهداف پیش‌بینی شده در برنامه در خصوص سرمایه‌گذاری خارجی و با توجه به قانون تشویق و حمایت سرمایه‌گذاری خارجی، دولت مکلف است نسبت به تقویت و اصلاح ساختار تشکیلاتی و جایگاه سازمان مذکور اقدام نماید.

ماده ۲۸

به منظور تقویت اقتصاد حمل و نقل، بهره‌برداری مناسب از موقعیت سرزمینی کشور، افزایش ایمنی و سهولت حمل و نقل بار و مسافر، دولت موظف است در چارچوب «برنامه توسعه

حمل و نقل کشور»، که به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید، اهداف زیر را در برنامه چهارم توسعه محقق کند. مشروط بر این که اعتبارات مورد نیاز برای تحقق آن در قالب منابع قابل تخصیص به بخش از سقف‌های مندرج در جدول شماره (۴) این قانون تجاوز ننماید:

ماده ۳۰

دولت موظف است به منظور هویت‌بخشی به سیمای شهر و روستا، استحکام بخشی ساخت و سازها، دستیابی به توسعه پایدار و بهبود محیط زندگی در شهرها و روستاها، اقدام‌های ذیل را در بخش‌های عمران شهری و روستایی و مسکن به عمل آورد:

الف: هویت‌بخشی به سیما و کالبد شهرها، حفظ و گسترش فرهنگ معماری و شهرسازی و ساماندهی ارایه خدمات شهری از طریق:

ب: ایمن‌سازی و مقاوم‌سازی ساختمان‌ها و شهرها به منظور کاهش خسارات انسانی و اقتصادی ناشی از حوادث غیر مترقبه

ج: وزارت مسکن و شهرسازی مکلف است با توجه به اثرات متقابل بخش مسکن و اقتصاد ملی و نقش تعادل‌بخشی آن در ارتقای کیفیت زندگی و کاهش نابرابری‌ها، طرح جامع مسکن را حداکثر تا پایان سال اول برنامه چهارم تهیه و به تصویب هیئت وزیران برساند. این طرح مشتمل بر محورهای زیر با رویکرد توسعه پایدار، عدالت اجتماعی و توانمندسازی اقشار کم‌درآمد خواهد بود:

د: دولت موظف است در اجرای اصل سی و یکم (۳۱) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، اقدام‌های ذیل را به انجام برساند:

ماده ۳۱

دولت موظف است، به منظور افزایش کارآمدی و اثربخشی طرح‌ها و پروژه‌های سرمایه‌گذاری با رویکرد نتیجه‌گرا و دستیابی به سیستم کنترل کیفی، متناسب با شرایط

ارتقای سلامت در محل کار ۳۸۹

اقتصادی و اجتماعی و اقلیمی کشور، تا پایان سال اول برنامه چهارم، نسبت به تدوین نظام فنی و اجرایی کشور و اجرای آن در تمامی دستگاه‌های موضوع ماده (۱۶۰) این قانون، به شرح ذیل اقدام نماید:

الف: نظام کنترل هزینه، کیفیت و زمان را در تمامی مراحل طراحی، اجرا و بهره‌برداری پروژه‌ها و طرح‌ها و بهره‌مندی از روش‌های نوین، نظیر طرح و ساخت کلید در دست و مدیریت طرح با ارایه برنامه مشخص ایجاد و در حداقل چهل درصد (۴۰٪) از طرح‌ها مستقر کند.

ب: با هدف افزایش ایمنی بناها و استحکام ساخت و سازها، نسبت به ترویج فرهنگ بهسازی و تدوین ضوابط، مقررات و بخشنامه‌های مورد نیاز با رویکرد تشویقی و بازدارنده و به‌کارگیری مصالح و روش‌های ساخت نوین اقدام نماید.

ج: ساز و کارهای لازم، به منظور استقرار نظام مدیریت کیفیت و مهندسی ارزش، در پروژه‌های تملک دارایی‌های سرمایه‌ای، از سال اول برنامه چهارم فراهم نماید.

د: ساز و کار ارزیابی پروژه‌های پیشنهادی پس از حصول اطمینان از تأمین اعتبار، با رویکرد توجیه فنی، اقتصادی و زیست‌محیطی را به منظور جلوگیری از اجرای پروژه‌های فاقد توجیه از ابتدای برنامه چهارم ایجاد نماید.

هـ: حذف تقاضای مفاصاحساب حقوق دولتی در خاتمه کار از پیمانکاران و مشاوران.

و: تدوین «استاندارد ملی حسابداری طرح‌های تملک دارایی‌های سرمایه‌ای» برای تعیین دقیق عملکرد حساب‌های سرمایه‌گذاری بخش عمومی و تعیین قیمت تمام شده طرح‌ها بر اساس شاخص‌های بهره‌وری در هر بخش و اعمال مدیریت ارزش در آنها.

ز: آیین‌نامه اجرایی این ماده با پیشنهاد سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

فصل دوم: تعامل فعال با اقتصاد جهانی

فصل سوم: رقابت پذیری اقتصادی

ماده ۴۱

دولت موظف است، در برنامه چهارم، در جهت بهبود فضای کسب و کار در کشور و زمینه‌سازی توسعه اقتصادی و تعامل با جهان پیرامون، اقدام‌های ذیل را به عمل آورد:

الف: کنترل نوسانات شدید نرخ ارز در تداوم سیاست یکسان‌سازی نرخ ارز، به صورت نرخ شناور مدیریت شده و با استفاده از ساز و کار عرضه و تقاضا، با در نظر گرفتن ملاحظات حفظ توان رقابت بنگاه‌های صادر کننده و سیاست جهش صادرات با رعایت بند «۴» الزامات جدول شماره ۲ این قانون.

ب: تنظیم تعرفه‌های واردات نهاده‌های کالایی تولید (ماشین‌آلات و مواد اولیه)، مبتنی بر حمایت منطقی و منطبق با مزیت‌های رقابتی از تولید داخلی آنها و در جهت تسهیل فعالیت‌های تولیدی صادرات‌گرا.

ج: برنامه‌ریزی و اجرای توسعه زیربناها با هدف کاهش هزینه‌های تولید، خلق مزیت‌های رقابتی و منطبق با نیازهای توسعه اقتصادی کشور

د: بازنگری قانون و مقررات مربوط به نیروی کار، با ساز و کار سه‌جانبه‌گرایی (دولت - کارگر - کارفرما)، به گونه‌ای که:

۱- تکالیف معطوف به تأمین اجتماعی و شغلی، از متن "قانون کار مصوب ۱۳۶۹/۸/۲۹" منتزع و به قانون جامع تأمین اجتماعی و بیمه بیکاری، منتقل گردد.

۲- انعطاف لازم برای حل اختلافات در آن لحاظ شود.

ارتقای سلامت در محل کار ۳۹۱

۳- متناسب با شرایط و مقتضیات خاص بخش‌های مختلف اقتصادی، مقررات خاصی را در متن قانون پیش‌بینی و به مورد اجرا گذارد.

هـ: «لایحه جامع تسهیل رقابت و کنترل و جلوگیری از شکل‌گیری انحصارات» را در سال نخست برنامه چهارم تهیه و به مجلس شورای اسلامی تقدیم کند.

و: نسبت به گسترش و تعمیق بازار سرمایه و تنوع ابزارهای مورد استفاده در آن اقدام نماید.

فصل چهارم: توسعه مبتنی بر دانایی

ماده ۴۳

دولت موظف است، نظر به اهمیت نقش دانش و فناوری و مهارت، به عنوان اصلی‌ترین عوامل ایجاد ارزش افزوده در اقتصاد نوین، اقدام‌های زیر را به عمل آورد:

الف: نوسازی و بازسازی سیاست‌ها و راهبردهای پژوهشی، فناوری و آموزشی، به منظور توانایی پاسخگویی مراکز علمی، پژوهشی و آموزشی کشور به تقاضای اجتماعی، فرهنگی و صنعتی و کار کردن در فضای رقابت فزاینده عرصه جهانی، طی سال اول برنامه چهارم.

ب: تهیه برنامه‌های جامع توسعه علمی و فناوری کشور (به ویژه فناوری با سطوح عالی علوم و فناوری روز جهانی) در بخش‌های مختلف، طی سال اول برنامه چهارم.

ج: پیش‌بینی تمهیدات لازم به منظور بهره‌برداری حداکثر از ظرفیت‌های ملی و منطقه‌ای حوزه‌های فناوری اطلاعات، فناوری زیستی و ریزفناوری، زیست محیطی، هوافضاها و هسته‌ای.

د: بازنگری در ساختار و نوسازی فرایندهای تحقیقات و آموزش علوم انسانی و مطالعات اجتماعی و فرهنگ، به منظور توسعه کیفی و حرفه‌ای شدن پژوهش در حوزه مذکور و ایجاد

توانایی نظریه‌پردازی در حوزه‌های اجتماعی در سطح جهانی و پاسخگویی به نیازهای تصمیم‌سازی در دستگاه‌های اجرایی کشور، طی سال اول برنامه چهارم.

ماده ۴۵

دولت موظف است، به منظور گسترش بازار محصولات دانایی‌محور و دانش‌بنیان، تجاری‌سازی دستاوردهای پژوهشی و نوآوری و گسترش نقش بخش خصوصی و تعاونی در این قلمرو، اقدام‌های ذیل را به انجام برساند:

الف: طراحی و استقرار کامل نظام جامع حقوق مالکیت معنوی، ملی و بین‌المللی و پیش‌بینی ساختارهای اجرایی لازم.

ب: تأمین و پرداخت بخشی از هزینه‌های ثبت جواز امتیاز علمی PATENT در سطح بین‌المللی و خرید جوازهای امتیاز علمی ثبت شده داخلی، توسط تولید کنندگان.

ج: اتخاذ تدابیر لازم جهت بیمه قراردادهای پژوهشی، فنی و فعالیت‌های تولیدی و خدماتی که بر اساس دستاوردها و نتایج یافته‌های پژوهشی داخلی انجام می‌گیرد.

د: حمایت از کلیه پژوهش‌های سفارشی (دارای متقاضی) از طریق پیش‌بینی اعتبار در بودجه سنواتی، مشروط به این‌که حداقل چهل درصد (۴۰٪) از هزینه‌های آن را، کارفرما تأمین و تعهد کرده باشد.

ه: توسعه ساختارها و زیربنای لازم، برای رشد فعالیت‌های دانایی‌محور در بخش دولتی و خصوصی، به‌ویژه ایجاد و گسترش پارک‌ها و مراکز رشد علم و فناوری.

و: اقدام برای اصلاح قوانین و مقررات و ایجاد تسهیلات لازم، جهت ارجاع کار و عقد قرارداد فعالیت‌های پژوهشی و فنی دولت با بخش خصوصی و تعاونی و حمایت از ورود بخش خصوصی و تعاونی به بازارهای بین‌المللی در قلمرو دانش و فناوری.

ارتقای سلامت در محل کار ۳۹۳

ز: اتخاذ تدابیر و راهکارهای لازم، جهت حمایت مالی مستقیم از مراکز و شرکت‌های کوچک و متوسط بخش خصوصی و تعاونی برای انجام تحقیقات توسعه‌ای که منجر به ابداع، اختراع و ارتقای محصولات و روش‌ها می‌شود.

ح: کمک به تأسیس و توسعه صندوق‌های غیر دولتی پژوهش و فناوری.

ط: پیش‌بینی تمهیدات و سازوکارهای لازم به منظور ارزش‌گذاری و مبادله محصولات نامشهود دانایی محور.

ماده ۴۶

دولت موظف است، به منظور برپاسازی نظام جامع پژوهش و فناوری، اقدام‌های ذیل را به انجام رساند:

الف: طراحی و پیاده‌سازی نظام ملی نوآوری، بر اساس برنامه جامع توسعه فناوری و گسترش صنایع نوین.

ب: ساماندهی نظام پژوهش و فناوری کشور (تا پایان سال اول برنامه چهارم)، از طریق تعیین اولویت‌ها، هدفمند کردن اعتبارات، اصلاح ساختاری واحدهای پژوهشی در قالب ماموریت‌های ذیل:

- تربیت نیروی انسانی روزآمد در فرایند پژوهش و فناوری.
- توسعه مرزهای دانش.
- تبدیل ایده به محصولات و روش‌های جدید.
- تدوین و تولید دانش فنی و انجام تحقیقات نیمه‌صنعتی.
- انتقال و جذب فناوری.

- پژوهش به منظور افزایش توان رقابتی بخش‌های تولیدی و خدماتی کشور.

- انجام پژوهش‌های کاربردی درخصوص حل مشکلات کشور.

ج: نوسازی شیوه‌های مدیریت بخش پژوهش، از جمله: ایجاد شبکه‌های واحدهای پژوهش و فناوری همگن، به عنوان دستگاه‌های اجرایی، با مأموریت توزیع هدفدار و بهینه اعتبارات تحقیقاتی و نظارت و پایش فعالیت‌ها در زمینه‌های علمی مربوطه، با تکیه بر شاخص‌های جهانی.

د: توسعه همکاری‌های مؤثر بین‌المللی در عرصه پژوهشی و فناوری، از طریق اصلاح و ساده‌سازی قوانین و مقررات مربوطه.

ه: افزایش یکنواخت سرمایه‌گذاری دولت در امر پژوهش و فناوری [موضوع مأموریت-های مندرج در بند "ب"]، به میزان حداقل دو درصد (۲٪) تولید ناخالص داخلی، از محل اعتبارات عمومی دستگاه‌های اجرایی و یک درصد (۱٪) درآمد عملیاتی شرکت‌های دولتی، بانک‌ها (به استثنای سود سپرده‌های بانکی) و مؤسسات انتفاعی وابسته به دولت و بخش غیردولتی، تا پایان برنامه چهارم و سمت‌دهی سرمایه‌گذاری‌های فوق در جهت پژوهش‌های مأموریت‌گرا و تقاضامحور.

ماده ۴۸

دولت موظف است، به منظور ارتقای پیوستگی میان سطوح آموزشی و توسعه فناوری، کارآفرینی و تولید ثروت در کشور، در طول برنامه چهارم، اقدام‌های ذیل را انجام دهد:

الف: زمینه‌سازی و انجام حمایت‌های لازم، برای ایجاد شرکت‌های غیر دولتی توسعه فناوری و شرکت‌های خدماتی مهندسی، با مأموریت تولید، انتقال و جذب فناوری.

ارتقای سلامت در محل کار ۳۹۵

ب: تدوین ضوابط و ارایه حمایت‌های لازم، در راستای تشویق طرفهای خارجی قراردادهای بین‌المللی و سرمایه‌گذاری خارجی، برای انتقال بخشی از فعالیتهای تحقیق و توسعه مربوط به داخل کشور و انجام آن با مشارکت شرکتهای داخلی.

ج: اتخاذ تدابیر لازم، در جهت اصلاح نظام آموزش کشور و آزمون‌های ورودی دانشگاه‌ها، با توجه به سوابق تحصیلی در سنوات دوره متوسطه و جلب مشارکت دانشگاه‌ها، به منظور ارتقای توانایی خلاقیت، نوآوری، خطرپذیری و کارآفرینی آموزش‌گیرندگان و ایجاد روحیه آموختن و پژوهش مستقل در میان نسل جوان.

ماده ۴۹

دولت موظف است، برای زمینه‌سازی و تربیت نیروی انسانی متخصص و متعهد، دانش‌مدار، خلاق و کارآفرین، منطبق با نیازهای نهضت نرم‌افزاری، با هدف توسعه کمی و کیفی از ابتدای برنامه چهارم اقدامات ذیل را در مأموریت‌ها و ساختار دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی برای پاسخگویی به نیازهای بخش‌های مختلف کشور به انجام برساند:

الف: دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی دولتی و همچنین فرهنگستان‌های تخصصی که دارای مجوز از شورای گسترش آموزش عالی و وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر مراجع قانونی ذی‌ربط می‌باشند، صرفاً بر اساس آیین‌نامه‌ها و مقررات اداری، مالی، استخدامی و تشکیلاتی خاص، مصوب هیأت‌های امنای مربوط که به تأیید وزرای علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حسب مورد می‌رسد، بدون الزام به رعایت قانون محاسبات عمومی، قانون استخدام کشوری و سایر قوانین و مقررات عمومی اداری و مالی و استخدامی اداره خواهند شد و تا زمانی که آیین‌نامه‌ها و مقررات مورد نیاز به تصویب هیأت امناء نرسیده است طبق مقررات سابق عمل خواهد شد. اعتبارات هزینه‌ای از محل بودجه عمومی دولت، بر اساس قیمت تمام شده به دستگاه‌های اجرایی یاد شده اختصاص می‌یابد. اعتبارات هزینه‌ای، تملک دارایی‌های سرمایه‌ای و اختصاصی این مؤسسات کمک تلقی شده و پس از پرداخت به هزینه قطعی منظور می‌گردد. سهم دولت در هزینه‌های آموزش عالی بخش دولتی، بر مبنای هزینه سرانه

تعیین و نسبت آن به بودجه عمومی دولت، بر اساس رشد پوشش جمعیت دانشجویی، در مقایسه با عدد مشابه در برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، افزایش می‌یابد.

ب: هرگونه اصلاح ساختار مالی، اداری، استخدامی و تشکیلاتی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی دولتی و هم‌چنین فرهنگستان‌های تخصصی منحصراً مشمول مفاد این ماده می‌باشند.

ج: ارزیابی مستمر دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی و مؤسسات پژوهشی دولتی و خصوصی توسط وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری انجمن‌های علمی و مداخله بر اساس آن و سرمایه‌گذاری در علوم منتخب و تکیه بر ایجاد قطب‌های علمی، براساس مزیت‌های نسبی و نیازهای آتی کشور.

د: بازنگری در رشته‌های دانشگاهی، بر مبنای نیازهای اجتماعی، بازار کار و تحولات علمی، در راستای توسعه علوم میان‌رشته‌ای با تأکید بر علوم انسانی.

ه: ایجاد تولید واحد در سیاست‌گذاری و مدیریت امور مربوط به استعدادهای درخشان و نیز بهره‌برداری بهینه از امکانات مادی و معنوی موجود در این زمینه وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مجازند از تأسیس باشگاه غیر دولتی و صیانت از استعدادهای درخشان کشور حمایت نمایند.

ماده ۵۴

الف: دستگاه‌های اجرایی موظف‌اند درصدی از اعتبارات هزینه‌ای خود را برای طراحی و اجرای دوره‌های آموزشی ضمن خدمت کارکنان خود (خارج از نظام آموزش عالی رسمی کشور) در برنامه آموزش کارکنان دولت پیش‌بینی و در موارد زیر هزینه کنند:

ارتقای سلامت در محل کار ۳۹۷

۱- دوره‌های آموزشی ضمن خدمت متناسب با مشاغل مورد تصدی کارکنان به منظور افزایش سطح کارایی و ارتقای مهارت‌های شغلی آنان (به خصوص برای زنان) به ویژه از طریق آموزش‌های کوتاه مدت.

۲- دوره‌های آموزشی ویژه مدیران

ب: کلیه دستگاه‌های اجرایی موظف‌اند، در چارچوبی که سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور تعیین می‌کند، حداکثر طی مدت شش ماه پس از تصویب این قانون، برنامه‌های آموزشی سالانه خود را برای دوران برنامه چهارم تهیه و اجرا نمایند.

آیین‌نامه اجرایی این ماده شامل: تعیین سهم اعتباری و چگونگی هزینه نمودن اعتبار بند (الف) این ماده و پیش‌بینی الزامات و تشویقات قانونی طی مدت سه ماه پس از تصویب این قانون بنا به پیشنهاد سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

فصل پنجم: حفظ محیط زیست

ماده ۶۶

کلیه دستگاه‌های اجرایی و مؤسسات و نهادهای عمومی غیر دولتی موظف‌اند، جهت کاهش اعتبارات هزینه‌ای دولت، اعمال سیاست‌های مصرف بهینه منابع پایه و محیط زیست، برای اجرای برنامه مدیریت سبز شامل: مدیریت مصرف انرژی، آب، مواد اولیه و تجهیزات (شامل کاغذ)، کاهش مواد زاید جامد و بازیافت آنها (در ساختمان‌ها و وسایط نقلیه)، طبق آیین‌نامه‌ای که توسط سازمان حفاظت محیط زیست و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور با همکاری دستگاه‌های ذی‌ربط تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید، اقدام نمایند.

ماده ۱۰۵ برنامه سوم توسعه

کلیه طرح‌ها و پروژه‌های بزرگ تولیدی و خدماتی باید پیش از اجرا و در مرحله انجام مطالعات امکان‌سنجی و مکان‌یابی، بر اساس ضوابط پیشنهادی شورای عالی حفاظت محیط زیست و مصوب هیأت وزیران مورد ارزیابی زیست‌محیطی قرار گیرد. رعایت نتایج ارزیابی توسط مجریان طرح‌ها و پروژه‌های مذکور الزامی است. نظارت بر حسن اجرای این ماده بر عهده سازمان برنامه و بودجه می‌باشد.

تبصره - سازمان حفاظت محیط زیست موظف است راهکارهای عملی و اجرایی پروژه‌های عمرانی و اشتغال‌زایی در مناطق حفاظت شده را به طریقی فراهم نماید که ضمن رعایت مسایل زیست‌محیطی، طرح‌های توسعه عمرانی متوقف نگردد

فصل ششم: آمایش سرزمین و توازن منطقه ای

ماده ۷۲

دولت مکلف است، به منظور توزیع مناسب جمعیت و فعالیت‌ها در پهنه سرزمین، با هدف استفاده کارآمد از قابلیت‌ها و مزیت‌های کشور، با استفاده از مطالعات انجام شده، سند ملی آمایش سرزمین مشتمل بر سطوح ذیل را از ابتدای برنامه چهارم به مرحله اجرا درآورد:

الف: سطح کلان شامل:

- ۱- چشم‌انداز بلندمدت توسعه فضایی کشور، در چارچوب سیاست‌های کلی نظام، تحلیل شرایط منطقه‌ای و بین‌المللی و امکانات، محدودیت‌ها و مزیت‌های سرزمین
- ۲- راهبردهای کلی توزیع جمعیت در سرزمین، الگوی اسکان و نظام شهری و روستایی کشور
- ۳- راهبردهای خاص مناطق و عرصه‌هایی که به لحاظ "امنیتی و دفاعی"، "حفاظت از منابع طبیعی، محیط زیست و میراث فرهنگی" دارای موقعیت ویژه می‌باشند.

۴- پایگاه اطلاعات مکانی و جغرافیایی و اسناد تصویری مرتبط

ب: سطح بخشی شامل:

- ۱- راهبردهای هماهنگ و سازگار بلندمدت توسعه و توزیع فضایی بخش‌های مختلف اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی منطبق با ویژگی‌های سرزمین
- ۲- سیاست‌ها و توصیه‌های منطقه‌ای و سرزمینی بخش‌ها
- ۳- اقدام‌ها و عملیات اولویت‌دار در توسعه بخش

ج: سطح استانی شامل:

- ۱- نظریه پایه توسعه استان‌ها، حاوی بخش‌های محوری و اولویت‌دار در توسعه استان و تعیین نقش هر استان در تقسیم کار ملی
- ۲- سازمان فضایی توسعه استان (محورها و مراکز عمده در توسعه استان)
- ۳- اقدام‌ها و عملیات اولویت‌دار در توسعه استان

تبصره- سندهای ملی توسعه بخش و سندهای ملی توسعه استان، موضوع فصل سیزدهم این قانون، بر اساس جهت‌گیری‌های سند ملی آمایش سرزمین و متناسب با ویژگی‌های هر یک تنظیم و پس از تصویب هیأت وزیران، مبنای تنظیم عملیات اجرایی برنامه چهارم قرار می‌گیرد. دولت مکلف است، لوایح بودجه‌های سنواتی را، بر اساس اسناد فوق تنظیم و تقدیم مجلس شورای اسلامی نماید.

سند ملی سندی است راهبردی که جهت‌گیری‌های اصلی بخش، استان و یا طرح‌های ویژه را در چارچوب تحقق چشم‌انداز بیست ساله توسعه، تبیین و حسب مورد به تصویب مجلس شورای اسلامی و یا هیأت وزیران می‌رسد.

عملیات اجرایی این اسناد در چارچوب مصوبات بودجه‌های سنواتی و سایر قوانین موضوعه صورت می‌پذیرد.

ماده ۷۴

دولت مکلف است به منظور هماهنگ‌سازی عملیات عمرانی و سرمایه‌گذاری‌های جدید متناسب با شرایط در حال گذار ملی و بین‌المللی، با رعایت موازین آینده‌نگری، تحلیل مناسب موقعیت منطقه‌ای و بین‌المللی کشور، ساختار فرهنگی هویت ایرانی-اسلامی، امکانات و قابلیت‌ها و فرصت‌های کشور، اقدام‌های ذیل را انجام دهد:

الف: قرار دادن اسناد ملی آمایش سرزمین و کالبدی ملی به عنوان مرجع اصلی هماهنگی‌های بین بخشی، بین منطقه‌ای و بخشی - منطقه‌ای، در تصمیم‌گیری‌های اجرایی.

ب: به هنگام نمودن سند ملی آمایش سرزمین، متناسب با تحولات جهانی، منطقه‌ای، علمی و فنی و با بهره‌گیری از اطلاعات پایه‌ای و مکانی و تعامل سطوح خرد و کلان منطقه‌ای و بخشی، به گونه‌ای که برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران در سازگاری با سند ملی آمایش سرزمین تنظیم گردد.

فصل هفتم: ارتقای سلامت و بهبود زندگی

ماده ۸۴

دولت موظف است، به منظور نهادینه کردن مدیریت، سیاستگذاری، ارزشیابی و هماهنگی این قلمرو از جمله: امنیت غذا و تغذیه در کشور، تأمین سبد مطلوب غذایی و کاهش بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه و گسترش سلامت همگانی در کشور، اقدام‌های ذیل را به عمل آورد:

الف: تشکیل "شورای عالی سلامت و امنیت غذایی" با ادغام "شورای غذا و تغذیه" و "شورای عالی سلامت" پس از طی مراحل قانونی.

ارتقای سلامت در محل کار ۴۰۱

ب: تهیه و اجرای برنامه‌های آموزشی لازم به منظور ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه.

سازمان صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران و دستگاه‌های اجرایی مکلف‌اند در تدوین و اجرای برنامه جامع یاد شده با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همکاری و از تبلیغ کالاهای مضر به سلامتی خودداری نمایند.

ج: تخصیص منابع اعتباری، تسهیلات بانکی و یارانه‌های لازم برای تولید، تأمین، توزیع و مصرف مواد غذایی، در جهت دستیابی به سبد مطلوب غذایی و اختصاص منابع لازم برای شروع و تدارک برای ترویج غذای سالم در قالب میان‌وعده غذایی دانش‌آموزان و همچنین کمک غذایی برای اقشار نیازمند.

د: تهیه و اجرای برنامه‌های:

۱- ایمنی غذا.

۲- کاهش ضایعات مواد غذایی از تولید به مصرف.

ماده ۸۵

دولت موظف است، ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون، لایحه حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه و کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی را مشتمل بر نکات ذیل تهیه و جهت تصویب به مجلس شورای اسلامی ارایه کند:

- کاهش حوادث حمل و نقل، از طریق شناسایی نقاط و محورهای حادثه‌خیز جاده‌ها و راه‌های مواصلاتی و کاهش نقاط مذکور به میزان پنجاه درصد (۵۰٪) تا پایان برنامه چهارم.

- تأکید بر رعایت اصول ایمنی و مقررات راهنمایی و رانندگی.

۴۰۲ مفاهیم کلیدی در برنامه ارتقای سلامت در محل کار

- ساماندهی و تکمیل شبکه فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی و بیمارستانی کشور و کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث حمل و نقل به میزان پنجاه درصد (۵۰٪) تا پایان برنامه چهارم.

- ارتقای طرح ایمنی وسایط نقلیه موتوری و اعمال استانداردهای مهندسی انسانی و ایمنی لازم.

- کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی در محیط کار، آلاینده‌های هوا، آب، خاک، محصولات کشاورزی و دامی و تعریف مصادیق، میزان و نحوه تعیین و وصول عوارض و جرایم جبرانی و چگونگی مصرف منابع حاصله.

ماده ۸۶

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های ذی‌ربط مکلف‌اند، تا پایان سال اول برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، اقدامات لازم را جهت کاهش خطرات و زیان‌های فردی و اجتماعی اعتیاد، پیشگیری و درمان بیماری ایدز و نیز کاهش بار بیماری‌های روانی معمول دارد.

ماده ۸۹

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است، به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی، درمانی و منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور، نظام ارایه حداقل استاندارد خدمات بهداشتی، درمانی کشور را مبتنی بر سطح‌بندی خدمات طراحی نماید. ایجاد، توسعه و تجهیز با تغییر در ظرفیت‌های پزشکی و درمانی کشور و همچنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارایه خدمات، مطابق با سطح‌بندی خدمات درمانی کشور انجام خواهد شد. احداث، ایجاد و توسعه واحدهای بهداشتی و درمانی توسط دستگاه‌های موضوع ماده (۱۶۰) این قانون و نیروهای مسلح، صرفاً، با تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیأت وزیران امکان‌پذیر خواهد بود.

ارتقای سلامت در محل کار ۴۰۳

در خصوص واحدهای سلامت و ایمنی محیط کار H.S.E، طبق مقررات اختصاصی ذیربط عمل خواهد شد.

تبصره- مفاد این ماده شامل خدمات بهداشتی درمانی که از طریق سرمایه‌گذاری و اداره بخش خصوصی انجام می‌گردد، نمی‌باشد.

ماده ۹۱

به منظور افزایش اثربخشی نظام ارایه خدمات سلامت در کشور و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی، اقدام‌های ذیل انجام خواهد شد:

الف: کلیه شرکت‌های بیمه تجاری و غیر تجاری صرفاً با رعایت قوانین و مقررات شورای عالی بیمه خدمات درمانی مجاز به ارایه خدمات بیمه پایه و مکمل می‌باشند.

ب: تا پایان برنامه چهارم، شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم، جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید.

ج: به منظور تعمیم عدالت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، خدمات بیمه پایه درمانی روستاییان عشایری، معادل مناطق شهری تعریف و اجرا می‌شود.

د: کلیه اتباع خارجی مقیم کشور، موظف به دارا بودن بیمه‌نامه برای پوشش حوادث و بیماری‌های احتمالی در مدت اقامت در ایران می‌باشند.

ه: تأمین اعتبار بیمه‌های خدمات درمانی در بودجه‌های سنواتی در طول برنامه چهارم بر اساس سرانه واقعی خواهد بود که سالانه به تصویب هیأت دولت می‌رسد.

و: آیین‌نامه اجرایی این ماده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ظرف مدت سه ماه از تصویب این قانون تهیه و به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

فصل هشتم: ارتقای امنیت انسانی و عدالت اجتماعی

دولت مکلف است، به منظور استقرار عدالت و ثبات اجتماعی، کاهش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی، کاهش فاصله دهک‌های درآمدی و توزیع عادلانه درآمد در کشور و نیز کاهش فقر و محرومیت و توانمندسازی فقرا، از طریق تخصیص کارآمد و هدفمند منابع تأمین اجتماعی و یارانه پرداختی، برنامه‌های جامع فقرزدایی و عدالت اجتماعی را با محورهای ذیل تهیه و به اجرا بگذارد و ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون، نسبت به بازنگری مقررات و هم‌چنین تهیه لوایح برای تحقق سیاست‌های ذیل اقدام نماید:

الف: گسترش و تعمیق نظام جامع تأمین اجتماعی، در ابعاد جامعیت - فراگیری و اثربخشی.

ب: اعمال سیاست‌های مالیاتی، با هدف باز توزیع عادلانه درآمدها.

ج: تعیین خط فقر و تبیین برنامه‌های توانمندسازی متناسب و ساماندهی نظام خدمات حمایت‌های اجتماعی، برای پوشش کامل جمعیت زیر خط فقر مطلق و نظام تأمین اجتماعی برای پوشش جمعیت بین خط فقر مطلق و خط فقر نسبی و پیگیری و ثبت مستمر آثار برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی بر وضعیت خط فقر، جمعیت زیر خط فقر، هم‌چنین میزان درآمد سه دهک پایین درآمدی و شکاف فقر و جبران آثار برنامه‌های اقتصادی، اجتماعی به سه دهک پایین درآمدی از طریق افزایش قدرت خرید آنان.

دولت موظف است کلیه خانوارهای زیر خط فقر مطلق را حداکثر تا پایان سال دوم برنامه به صورت کامل توسط دستگاه‌ها و نهادهای متولی نظام تأمین اجتماعی شناسایی و تحت پوشش قرار دهد.

د: طراحی برنامه‌های ویژه اشتغال، توانمندسازی، جلب مشارکت‌های اجتماعی، آموزش مهارت‌های شغلی و مهارت‌های زندگی، به ویژه برای جمعیت‌های سه دهک پایین درآمدی در کشور.

ارتقای سلامت در محل کار ۴۰۵

ه: ارتقای مشارکت نهادهای غیر دولتی و مؤسسات خیریه، در برنامه‌های فقرزدایی و شناسایی کودکان یتیم و خانواده‌های زیر خط فقر، در کلیه مناطق کشور توسط مدیریت‌های منطقه‌ای و اعمال حمایت‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی برای افراد یاد شده توسط آنان و دستگاه‌ها و نهادهای مسؤول در نظام تأمین اجتماعی.

و: امکان تأمین غذای سالم و کافی، در راستای سبد مطلوب غذایی و تضمین خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی رایگان و تأمین مسکن ارزان قیمت، هم‌چنین حصول اطمینان از قرار گرفتن جمعیت کمتر از هجده سال تحت پوشش آموزش عمومی رایگان برای خانوارهای واقع در سه دهک پایین درآمدی، از طریق جابه‌جایی و تخصیص کارآمد منابع یارانه‌ها.

ز: فراهم کردن حمایت‌های حقوقی، مشاوره‌های اجتماعی و مددکاری، برای دفاع از حقوق فردی، خانوادگی و اجتماعی فقرا.

ح: اتخاذ رویکرد توانمندسازی و مشارکت محلی، بر اساس الگوی نیازهای اساسی توسعه و تشخیص نیاز توسط جوامع محلی برای ارائه خدمات اجتماعی، از طریق نظام انگیزشی برای پروژه‌های عمرانی کوچک، متناسب با ظرفیت‌های محلی - از طریق اعمال موارد فوق در سطوح محلی و با جلب مشارکت‌های عمومی.

ط: طراحی روش‌های لازم برای افزایش بهره‌وری و درآمد روستاییان و عشایر ایجاد فرصت‌های اشتغال به ویژه در دوره‌های زمانی خارج از فصول کاشت و برداشت با رویکرد مشارکت روستاییان و عشایر، با حمایت از صندوق قرض‌الحسنه توسعه اشتغال روستایی و صندوق اشتغال نیازمندان.

ماده ۹۷

دولت مکلف است، به منظور پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل کاهش آسیب‌های اجتماعی، با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر، مشتمل بر محورهای ذیل اقدام نماید:

۴۰۶ مفاهیم کلیدی در برنامه ارتقای سلامت در محل کار

الف: ارتقای سطح بهداشت روان، گسترش خدمات مددکاری اجتماعی، تقویت بنیان خانواده و توانمندسازی افراد و گروه‌های در معرض آسیب.

ب: بسط و گسترش روحیه نشاط، شادابی، امیدواری، اعتماد اجتماعی، تعمیق ارزش‌های دینی و هنجارهای اجتماعی.

ج: شناسایی نقاط آسیب‌خیز و بحران‌زای اجتماعی در بافت شهری و حاشیه شهرها و تمرکز بخشیدن حمایت‌های اجتماعی، خدمات بهداشتی - درمانی، مددکاری، مشاوره اجتماعی و حقوقی و برنامه‌های اشتغال حمایت شده، با اعمال راهبرد همکاری بین بخشی و سامانه مدیریت آسیب‌های اجتماعی در مناطق یاد شده.

د: پیشگیری اولیه از بروز آسیب‌های اجتماعی از طریق: اصلاح برنامه‌های درسی دوره آموزش عمومی و پیش‌بینی آموزش‌های اجتماعی و ارتقای مهارت‌های زندگی.

ه: خدمات رسانی به موقع به افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی با مشارکت سازمان‌های غیر دولتی.

و: بازتوانی آسیب‌دیدگان اجتماعی و فراهم نمودن زمینه بازگشت آنها به جامعه.

ز: تهیه طرح ملی مبارزه با مواد مخدر و روانگردان بر اساس محورهای ذیل:

۱- پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر و قاچاق آن با استفاده از تمامی امکانات و توانمندی‌های ملی.

۲- در اولویت قراردادن استراتژی کاهش آسیب و خطر، کار درمانی، آموزش مهارت‌های زندگی سالم، روان‌درمانی، درمان اجتماع مدار معتادان و بهره‌گیری از سایر یافته‌های علمی و تجارب جهانی در اقدام‌ها و برنامه‌ریزی‌های عملی.

۳- جلوگیری از تغییر الگوی مصرف مواد مخدر به داروهای شیمیایی و صنعتی.

ارتقای سلامت در محل کار ۴۰۷

۴- جلوگیری از هرگونه تطهیر عواید ناشی از فعالیت‌های مجرمانه مواد مخدر و روانگردان‌ها.

۵- به کار گرفتن تمام امکانات و توانمندی‌های ملی برای مقابله با حمل و نقل و ترانزیت مواد مخدر و همچنین عرضه و فروش آن در سراسر کشور.

۶- تقویت نقش مردم و سازمان‌های غیر دولتی در امر پیشگیری و مبارزه با اعتیاد.

ح: تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن با پوشش حداقل هفتاد و پنج درصد (۷۵٪) جمعیت هدف در پایان برنامه.

ط: تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی سالمندان با پوشش حداقل بیست و پنج درصد (۲۵٪) جمعیت هدف.

ی: تهیه و تدوین طرح جامع توانمندسازی زنان خودسرپرست و سرپرست خانوار با همکاری سایر سازمان‌ها و نهادهای ذی‌ربط و تشکل‌های غیردولتی و تصویب آن در هیأت وزیران در شش ماهه نخست سال اول برنامه.

ک: ساماندهی و توسعه مشارکت‌های مردمی و خدمات داوطلبانه در عرصه بهزیستی و برنامه‌ریزی و اقدامات لازم برای حمایت از مؤسسات خیریه و غیردولتی با رویکرد بهبود فعالیت.

ل: افزایش مستمری ماهیانه خانواده‌های نیازمند و بی سرپرست و زنان سرپرست خانواده تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی بر مبنای چهل درصد (۴۰٪) حداقل حقوق و دستمزد در سال اول برنامه.

ماده ۹۸

دولت مکلف است، به منظور حفظ و ارتقای سرمایه اجتماعی، ارتقای رضایتمندی عمومی و گسترش نهادهای مدنی، طی سال اول برنامه چهارم، اقدام‌های ذیل را انجام دهد:

الف: تهیه ساز و کارهای سنجش و ارزیابی سرمایه اجتماعی کشور.

ب: رایه گزارش سالانه سرمایه اجتماعی کشور و احصای علل و عوامل تأثیرگذار بر آن.

ج: تصویب ساز و کارهای اجرایی لازم جهت افزایش سرمایه اجتماعی اعم از اعتماد عمومی وفاق اجتماعی، قانون‌گرایی و وجدان فردی و اجتماعی.

د: ارزیابی رضایت‌مندی عمومی به صورت سالانه و انتشار تغییرات آن در اثر عملکرد عمومی حاکمیت.

ه: تدوین و تصویب طرح جامع توانمندسازی و حمایت از حقوق زنان، در ابعاد حقوقی، اجتماعی، اقتصادی و اجرای آن در مراجع ذی‌ربط.

و: تدوین طرح جامع مشارکت و نظارت مردم، سازمان‌ها، نهادهای غیر دولتی و شوراهای اسلامی، در توسعه پایدار کشور و فراهم کردن امکان گسترش کمی و کیفی نهادهای مدنی، با اعمال سیاست‌های تشویقی.

ماده ۹۹

دولت موظف است، ظرف مدت شش ماه از تصویب این قانون، نسبت به تدوین و اجرای سند راهبردی خدمات رسانی به ایثارگران (خانواده معظم شهدا، جانبازان، آزادگان و خانواده آنان)، با رویکرد توانمندسازی و بهبود وضعیت اشتغال، مسکن ارزان قیمت، ارتقای سطح اجتماعی، درمانی، معیشتی و بهبود وضعیت آموزشی و فرهنگی، حفظ و تثبیت موقعیت شغلی آنان اقدام نموده و ساز و کار نظارت بر حسن اجرای سند را پیش‌بینی نماید. منابع مالی سند از محل بودجه عمومی دولت و منابع داخلی نهادها تأمین خواهد شد. در تمامی برنامه‌های اشتغالزایی اعم از جذب و استخدام و اعطای امتیازات و تسهیلات، ایثارگران در اولویت هستند و دولت موظف است حمایت‌های لازم در حفظ و تثبیت موقعیت شغلی آنان را اعمال نماید.

ارتقای سلامت در محل کار ۴۰۹

ماده ۱۰۰

دولت موظف است به منظور ارتقای حقوق انسانی، استقرار زمینه‌های رشد و تعالی و احساس امنیت فردی و اجتماعی در جامعه و تربیت نسلی فعال، مسئولیت‌پذیر، ایثارگر، مؤمن، رضایت‌مند، برخوردار از وجدان کاری، انضباط با روحیه تعاون و سازگاری اجتماعی، متعهد به انقلاب و نظام اسلامی و شکوفایی ایران و مفتخر به ایرانی بودن، "منشور حقوق شهروندی" را مشتمل بر محورهای ذیل تنظیم و به تصویب مراجع ذی‌ربط برساند:

الف: پرورش عمومی قانون‌مداری و رشد فرهنگ نظم و احترام به قانون و آیین شهروندی.

ب: تأمین آزادی و صیانت از آرای مردم و تضمین آزادی، در حق انتخاب شدن و انتخاب کردن.

ج: هدایت فعالیت‌های سیاسی، اجتماعی به سمت فرایندهای قانونی و حمایت و تضمین امنیت فعالیت‌ها و اجتماعات قانونی.

د: تأمین آزادی و امنیت لازم برای رشد تشکلهای اجتماعی در زمینه صیانت از حقوق کودکان و زنان.

ه: ترویج مفاهیم وحدت‌آفرین و احترام‌آمیز نسبت به گروه‌های اجتماعی و اقوام مختلف در فرهنگ ملی.

و: حفظ و صیانت از حریم خصوصی افراد.

ز: ارتقای احساس امنیت اجتماعی در مردم و جامعه.

ماده ۱۰۱

دولت موظف است برنامه ملی توسعه "کار شایسته" را به عنوان گفتمان جدید عرصه کار و توسعه، بر اساس راهبرد "سه‌جانبه‌گرایی" که متضمن عزت نفس، برابری فرصت‌ها، آزادی و

امنیت نیروی کار، همراه با صیانت لازم باشد و مشتمل بر محورهای ذیل تهیه تا پایان سال اول برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران تقدیم مجلس شورای اسلامی بنماید.

الف: حقوق بنیادین کار (آزادی انجمن‌ها و حمایت از حق تشکل‌های مدنی روابط کار، حق سازماندهی و مذاکره دسته‌جمعی، تساوی مزدها برای زن و مرد در مقابل کار هم‌ارزش، منع تبعیض در اشتغال و حرفه، رعایت حداقل سن کار، ممنوعیت کار کودک، رعایت حداقل مزد متناسب با حداقل معیشت).

ب: گفتگوی اجتماعی دولت و شرکای اجتماعی (نهادهای مدنی روابط کار) ارتقای سرمایه انسانی و اجتماعی، ارتقای روابط صنعتی و روابط کار، نقش شرکای اجتماعی، مذاکرات و چانه‌زنی جمعی، انعقاد پیمان‌های دسته‌جمعی، تشکیل شورای سه جانبه مشاوره ملی، گسترش مکانیزم‌های سه جانبه در روابط کار، اصلاحات ساختاری، ترویج گفتگوی اجتماعی و تقویت تشکل‌های مدنی روابط کار.

ج: گسترش حمایت‌های اجتماعی (تأمین اجتماعی، بیمه بیکاری، ایجاد، توسعه و تقویت ساز و کارهای جبرانی، حمایت‌های اجتماعی از شاغلین بازار کار غیر رسمی، توانبخشی معلولین و برابری فرصت‌ها برای زنان و مردان و توانمندسازی زنان از طریق دستیابی به فرصت‌های شغلی مناسب).

د: حق پی‌گیری حقوق صنفی و مدنی کارگری.

ه: اصلاح و بازنگری قوانین و مقررات تأمین اجتماعی و روابط کار (تغییر در قوانین تأمین اجتماعی و روابط کار بر اساس ساز و کار سه‌جانبه ((دولت، کارگر و کارفرما))، به منظور تعامل و انعطاف بیشتر در بازار کار).

و: اشتغال مولد (ظرفیت‌سازی برای اشتغال در واحدهای کوچک و متوسط، آموزش‌های هدف‌دار و معطوف به اشتغال، برنامه‌ریزی آموزشی با جهت‌گیری اشتغال، آموزش‌های کارآفرینی، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات بازار کار، ارتباط و همبستگی کامل آموزش

ارتقای سلامت در محل کار ۴۱۱

و اشتغال، رفع موانع بیکاری ساختاری، توسعه آموزش‌های مهارتی فنی و حرفه‌ای معطوف به نیاز بازار کار).

ز: اصلاح قوانین و مقررات در جهت انطباق قوانین و مقررات ملی با استانداردها و مقاله‌نامه‌های بین‌المللی، کنسولی، تحولات جهانی کار و امحای تبعیض در همه عرصه‌های اجتماعی به ویژه در عرصه روابط کار و اشتغال.

ماده ۱۰۲

دولت موظف است، برنامه توسعه بخش تعاونی را با رویکرد استفاده مؤثر از قابلیت‌های بخش تعاونی، در استقرار عدالت اجتماعی و توزیع عادلانه درآمدها، تأمین منابع لازم برای سرمایه‌گذاری‌ها، از طریق تجمیع سرمایه‌های کوچک، اجرای بند ۲ اصل چهارم و سوم (۴۳) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، افزایش قدرت رقابتی و توانمندسازی بنگاه‌های اقتصادی متوسط و کوچک، کاهش تصدی‌های دولتی، گسترش مالکیت و توسعه مشارکت عامه مردم در فعالیت‌های اقتصادی مشتمل بر محورهای ذیل تهیه و تا پایان سال ۱۳۸۳ تقدیم مجلس شورای اسلامی نماید.

الف: توانمندسازی جوانان، زنان، فارغ‌التحصیلان و سایر افراد جویای کار، در راستای برقراری تعاملات اجتماعی لازم جهت شکل‌گیری فعالیت واحدهای تعاونی.

ب: ارتقای بهره‌وری و توسعه و بهبود مدیریت تعاونی‌ها.

ج: ترویج فرهنگ تعاون و اصلاح محیط حقوقی توسعه بخش و ارایه لوایح قانونی مورد نیاز.

د: اولویت دادن به بخش تعاونی، در انتقال فعالیت‌ها و کاهش تصدی‌های بخش دولتی اقتصاد به بخش غیر دولتی.

ه: توسعه حیطه فعالیت بخش تعاونی، در چارچوب بند (۴۷) سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران که بعداً ابلاغ خواهد شد.

و: تسهیل فرایند دستیابی تعاونی‌ها به منابع، امکانات، فناوری‌های نوین و بازارها و بهبود محیط کسب و کار.

ز: تسهیل ارتباطات و توسعه پیوندهای فنی، اقتصادی و مالی بین انواع تعاونی‌ها.

ماده ۹۸

دولت مکلف است، به منظور حفظ و ارتقای سرمایه اجتماعی، ارتقای رضایتمندی عمومی و گسترش نهادهای مدنی، طی سال اول برنامه چهارم، اقدام‌های ذیل را انجام دهد:

الف: تهیه ساز و کارهای سنجش و ارزیابی سرمایه اجتماعی کشور.

ب: ارایه گزارش سالانه سرمایه اجتماعی کشور و احصای علل و عوامل تأثیرگذار بر آن.

ج: تصویب ساز و کارهای اجرایی لازم جهت افزایش سرمایه اجتماعی اعم از اعتماد عمومی، وفاق اجتماعی، قانون‌گرایی و وجدان فردی و اجتماعی.

د: ارزیابی رضایتمندی عمومی به صورت سالانه و انتشار تغییرات آن در اثر عملکرد عمومی حاکمیت.

ه: تدوین و تصویب طرح جامع توانمندسازی و حمایت از حقوق زنان، در ابعاد حقوقی، اجتماعی، اقتصادی و اجرای آن در مراجع ذی‌ربط.

و: تدوین طرح جامع مشارکت و نظارت مردم، سازمان‌ها، نهادهای غیر دولتی و شوراهای اسلامی، در توسعه پایدار کشور و فراهم کردن امکان گسترش کمی و کیفی نهادهای مدنی، با اعمال سیاست‌های تشویقی.

ارتقای سلامت در محل کار ۴۱۳

ماده ۴۹ برنامه سوم توسعه

به منظور تشویق کارفرمایان کارگاه‌های موجود به استخدام نیروی کار جدید، دولت موظف است کارفرمایانی را که در دوران برنامه از طریق مراکز خدمات اشتغال وزارت کار و امور اجتماعی مبادرت به استخدام نیروی کار جدید نمایند مشمول تخفیفاتی به شرح زیر قرار دهد:

الف: تخفیف در میزان حق بیمه سهم کارفرما و پیش‌بینی اعتبار لازم برای جبران کاهش درآمد سازمان تأمین اجتماعی در بودجه کشور.

ب: کاهش مالیات کارفرمایان این گونه کارگاه‌ها به میزان مالیات بر حقوق دریافتی از کارکنان جدیدالاستخدام.

آیین‌نامه اجرایی این ماده حداکثر سه ماه پس از تصویب این قانون به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های کار و امور اجتماعی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و بودجه به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

تبصره- کارگاه‌هایی که در دوران برنامه به بهره‌برداری می‌رسند نیز در مورد اشتغال مازاد بر پیش‌بینی در طرح و جواز تأسیس از مزایای این ماده استفاده خواهند کرد.

ماده ۵۱

دولت موظف است به منظور توسعه کمی و کیفی مهارت‌های فنی و حرفه‌ای نیروی کار و ارائه آموزش‌های متنوع مهارتی به گروه‌های مختلف، نسبت به اختصاص سهمیه‌ای خاص در پرداخت یارانه سود تسهیلات به سرمایه‌گذاران بخش خصوصی و تعاونی در زمینه ایجاد آموزشگاه‌های آزاد فنی و حرفه‌ای اقدام کند

فصل نهم: توسعه فرهنگی

ماده ۱۰۶

دولت مکلف است، به منظور تعمیق ارزش‌ها، باورها، فرهنگ معنویت و نیز حفظ هویت اسلامی- ایرانی، اعتلای معرفت دینی و توسعه فرهنگ قرآنی، اقدام‌های ذیل را انجام دهد:

الف: بسط آگاهی‌ها و فضایل اخلاقی، در میان اقشار مختلف مردم و زمینه‌سازی اقدام‌های لازم، برای ایجاد فضای فرهنگی سالم و شرایط مناسب برای احیای فریضه امر به معروف و نهی از منکر و اهتمام به آن.

ب: گسترش فعالیت‌های رسانه‌های ملی و ارتباط جمعی در جهت مقابله با تهاجم فرهنگی، سالم‌سازی فضای عمومی، اطلاع رسانی صحیح و تحقق سیاست‌های کلی برنامه چهارم، با فراهم آوردن زمینه‌های مناسب انتشار گزارش‌های عملکرد دستگاه‌ها و افزایش امکان دسترسی جامعه به آموزش‌های عمومی، فنی - حرفه‌ای، ترویجی و آموزش‌های عالی از طریق شبکه‌های صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران.

ج: حمایت از پژوهش‌های راهبردی و بنیادی در زمینه اعتلای معرفت دینی و توسعه فعالیت‌های قرآنی.

د: تهیه طرح جامع ترویج و توسعه فرهنگ نماز.

ه: تهیه طرح جامع گسترش فضاها، مذهبی و مساجد، توسط سازمان‌های تبلیغات اسلامی و اوقاف و امور خیریه با همکاری سازمان میراث فرهنگی تا پایان سال اول برنامه چهارم.

و: تداوم نهضت قرآن آموزی.

ز: تقویت سهم کتابخوانی در حوزه دین در کشور، خصوصاً مناطق محروم و طراحی کتابخانه حوزه دین در مساجد و سایر اماکن مذهبی.

ح: تهیه طرح جامع، با رویکرد گسترش فرهنگ وقف و امور خیریه.

ط: به‌کارگیری شیوه‌ها و راهکارها و ابزارهای نوین در عرصه تبلیغات دینی.

ارتقای سلامت در محل کار ۴۱۵

ی: حمایت از برنامه‌ریزی، نیازسنجی و ارایه آموزش‌های ضروری به مبلغین دینی در جهت بهبود کیفیت تبلیغات دینی.

ک: استمرار اجرای طرح ترویج فرهنگ ایثار و شهادت.

ل: ساماندهی تبلیغات رسان‌های، بهبود محتوای کتب درسی، استقرار محیط و ساختارهای حقوقی در جهت حفظ و ارتقای هویت اسلامی - ایرانی، تقویت نهاد خانواده بر اساس تعالیم میراث معنوی جامعه ایرانی.

م: تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی، تبلیغی و ترویجی در کلیه سطوح اجتماعی برای آموزش، گسترش و تعمیق فرهنگ کار و نظم اجتماعی، شناخت ارزش زمان و رعایت آن در انجام کلیه فعالیت‌ها.

ن: تهیه طرح جامع مطالعه و اجرای همگرایی مذاهب، حداکثر تا پایان سال اول برنامه چهارم، برای تقویت همگرایی بیشتر میان فرقه‌ها و مذاهب مختلف اسلامی در کشور.

س: توسعه مشارکت‌های مردمی در عرصه فرهنگ دینی، برنامه‌ریزی و اقدام‌های لازم برای حمایت از هیأت‌های مذهبی و تشکل‌های دینی با رویکرد بهبود کیفیت فعالیت‌ها و پرهیز از خرافات و انحرافات.

ع: حوزه‌های علمیه از تمامی تسهیلات و معافیت‌هایی که برای مراکز آموزشی و پژوهشی تعیین گردیده یا می‌گردد، برخوردار خواهند بود.

ف: به منظور ارتقای پژوهش درخصوص بنیادهای نظری، دینی نظام و پاسخگویی به مسایل مستحدثه در جمهوری اسلامی ایران، دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم موظف است در برنامه چهارم توسعه ساماندهی مناسب را با استفاده از امکانات و ظرفیت‌های علمی حوزه دین پژوهشی به انجام رساند.

ماده ۱۱۰

دولت مکلف است، به منظور ترویج فرهنگ صلح، مفاهمه، عدم خشونت و همزیستی مسالمت‌آمیز میان ملت‌ها در مناسبات بین‌المللی و تحقق گفتگو میان فرهنگ‌ها و تمدن‌ها، اقدام‌های ذیل را انجام دهد:

الف: برنامه‌ریزی در زمینه مشارکت و حضور فعال در فرایندها، نهادها و مجامع منطقه‌ای و بین‌المللی در باب گفتگوی تمدن‌ها.

ب: فراهم‌سازی شرایط لازم برای تبادل آرا و نظرهای متفکران، دانشمندان، هنرمندان و نهادهای علمی، فرهنگی و مدنی.

ج: اهتمام به معرفی جلوه‌های فرهنگی، هنری و ادبی ایران، در سایر مناطق جهانی و فراهم‌سازی زمینه آشنایی و انتخاب فعال نخبگان و مراکز علمی و فرهنگی و جامعه ایرانی نسبت به دستاوردهای جدید فرهنگی در جهان.

د: عقد موافقتنامه‌های فرهنگی منطقه‌ای، قاره‌ای و بین‌المللی و فراهم آوردن شرایط اجرای این موافقتنامه‌ها در برنامه‌های دستگاه‌های اجرایی.

ه: بهبود ساختارهای اجرایی و حمایت از تأسیس نهادهای غیر دولتی، برای تحقق عملی گفتگوی فرهنگ‌ها و تمدن‌ها، با رویکرد کاهش تصدی دولت و غیر دولتی شدن این فعالیت.

و: آیین‌نامه اجرایی این ماده با پیشنهاد سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور در سال اول برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۱۱

دولت موظف است، با هدف تقویت نقش زنان در جامعه و توسعه فرصت‌ها و گسترش سطح مشارکت آنها در کشور، اقدام‌های ذیل را معمول دارد:

ارتقای سلامت در محل کار ۴۱۷

الف: تدوین، تصویب و اجرای برنامه جامع توسعه مشارکت زنان مشتمل بر بازنگری قوانین و مقررات به‌ویژه قانون مدنی، تقویت مهارت‌های زنان متناسب با نیازهای جامعه و تحولات فناوری، شناسایی و افزایش ساختارهای سرمایه‌گذاری در فرصت‌های اشتغالزای، توجه به ترکیب جنسیتی عرضه نیروی کار، ارتقای کیفیت زندگی زنان و نیز افزایش باورهای عمومی نسبت به شایستگی آنان.

ب: تنظیم و ارایه لوایح مربوط به تحکیم نهاد خانواده جهت تصویب در مراجع ذیصلاح.

ج: انجام اقدامات لازم از جمله تهیه برنامه‌های پیشگیرانه و تمهیدات قانونی و حقوقی به منظور رفع خشونت علیه زنان.

د: تقدیم لایحه حمایت از ایجاد و گسترش سازمان‌های غیر دولتی، نهادهای مدنی و تشکل‌های زنان به مجلس شورای اسلامی.

تبصره- کلیه دستگاه‌های اجرایی موظف‌اند اعتبار لازم برای انجام تکالیف قانونی موضوع این ماده را که مرتبط با وظایف قانونی آنها است در لوایح بودجه سنواتی ذیل برنامه مربوط پیش‌بینی و اقدام‌های لازم را با هماهنگی مرکز امور مشارکت زنان به عمل آورند.

ماده ۱۱۲

دولت مکلف است، به منظور تبیین و تقویت جایگاه جوانان در جامعه، به عنوان سرمایه انسانی و اجتماعی کشور و عنایت و اهتمام ویژه به اعتلا و رشد و تعالی نسل جوان، برنامه ساماندهی امور جوانان، حاوی برنامه‌های اجرایی لازم، مشتمل بر شیوه‌های اصلاح نگرش عمومی و ایجاد فرهنگ مثبت‌اندیشی نسبت به جوان، زمینه‌سازی برای رشد فکری، علمی، حضور، توانمندسازی و ارتقای سطح مشارکت همه‌جانبه آنان در فرایند توسعه پایدار کشور، افزایش رفاه و سلامت جسمی و روانی و ایجاد شوق، انگیزه و امید به آینده در میان جوانان و رفع دغدغه‌های شغلی، ازدواج، مسکن و آسیب‌های اجتماعی آنان در چارچوب نگرش فرباشی و به عنوان یک خط مشی محوری با استفاده حداکثر از ظرفیت‌های موجود دستگاه‌های اجرایی و سازمان‌های غیر دولتی و ظرفیت‌سازی در کشور و نیز بهره‌گیری از

اصلاح ساختارهای نظام اداری، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، از طریق اعمال نظام مدیریت راهبردی، در چارچوب برنامه چهارم را ظرف مدت شش ماه از تصویب این قانون تهیه نماید.

ماده ۱۱۷

به منظور اصلاح ساختار تربیت بدنی، ترویج فرهنگ ورزش، توسعه کمی و کیفی دسترسی به ورزش پرورشی و همگانی و توسعه نظام استعدادیابی، تقویت حضور بخش غیر دولتی، توسعه امور پژوهشی و تربیت نیروی انسانی کیفی در برنامه چهارم:

الف:

۱- دولت موظف است، پشتیبانی‌های لازم را از ورزش کشور بر اساس سند راهبردی نظام جامع توسعه تربیت بدنی و ورزش در بخش تأمین منابع مالی، ساختار و تشکیلات سازمانی، تهیه و تدوین قوانین مورد نیاز و تربیت نیروی انسانی، با مشارکت بخش غیردولتی به عمل آورد به گونه‌ای که سرانه فضاهای ورزشی (سرپوشیده و روباز) حداقل یک مترمربع تا پایان برنامه افزایش یابد. سند مذکور مبنای تنظیم فعالیت‌های ورزشی سازمان تربیت بدنی و کلیه دستگاه‌ها خواهد بود.

۲- نهادهای عمومی غیر دولتی و کلیه شهرداری‌ها و دهیاری‌ها موظف‌اند، حمایت‌های لازم را از توسعه و گسترش ورزش همگانی و ایجاد تسهیلات لازم، جهت دسترسی آسان مردم به فضاها و اماکن ورزشی به عمل آورند.

۳- وزارتخانه‌های آموزش و پرورش، علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف‌اند، بر اساس سند موضوع بند "۱" فوق، برنامه جامع ارتقای ورزش مدارس، هماهنگی و انسجام و رشد و ارتقای ورزش دانشجویی، توسعه اماکن و فضاهای ورزشی سرپوشیده (با اولویت دختران) و روباز، افزایش ساعات درس تربیت بدنی، ایجاد باشگاه‌های ورزشی و تربیت نیروهای انسانی مورد نیاز بخش تربیت بدنی حسب مورد را تنظیم و پس از تصویب هیأت وزیران اجرا نمایند. ضمناً سازمان تربیت بدنی موظف است با استفاده از خدمات کارشناسان و متخصصان عالی داخلی و در صورت نیاز خارجی در مراکز

ارتقای سلامت در محل کار ۴۱۹

ستادی، اجرایی و پشتیبانی برنامه‌های خود را براساس سند موضوع بند (۱) فوق به اجرا درآورد.

ب: کلیه دستگاه‌های موضوع ماده (۱۶۰) این قانون مجازند در طول برنامه چهارم، یک درصد (۱٪) از اعتبارات خود را برای انجام امور تربیت‌بدنی و ورزش اعم از احداث و توسعه اماکن ورزشی، ارایه خدمات ورزشی و کمک به سازمان تربیت‌بدنی، کمیته ملی المپیک، باشگاه‌های ورزشی و فدراسیون‌های ورزشی در چارچوب سیاست‌گذاری با هماهنگی سازمان تربیت‌بدنی اختصاص دهند.

اماکن ورزشی خصوصی که از محل منابع این بند کمک دریافت نموده‌اند در صورت تغییر کاربری مکلف‌اند وجوه دریافتی را با محاسبه نرخ تورم سنواتی مسترد نمایند.

دستگاه‌های مذکور در این بند مکلف‌اند گزارش کامل کمک‌های انجام یافته از محل این بند را همه ساله به سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و کمیسیون‌های برنامه و بودجه و محاسبات و فرهنگی مجلس شورای اسلامی ارایه نمایند.

ج: وزارت جهاد کشاورزی موظف است، اراضی غیر کشاورزی و غیر مناطق چهارگانه محیط زیست خارج از حریم استحقاقی شهرها را که مورد نیاز سازمان تربیت‌بدنی است و در اختیار دارد، به‌منظور احداث و توسعه اماکن و فضاهای ورزشی تأمین و به طور رایگان به سازمان تربیت‌بدنی واگذار نماید. ضمناً وزارت مذکور موظف است، با تأیید سازمان تربیت‌بدنی، اراضی با شرایط فوق را که مورد نیاز بخش خصوصی و تعاونی برای احداث اماکن ورزشی است به قیمت ارزش معاملاتی اعلام شده توسط وزارت امور اقتصادی و دارایی واگذار نماید. کاربری این قبیل اراضی به هیچ‌وجه تغییر نخواهد کرد. مناطق چهارگانه محیط زیست از شمول مفاد این بند مستثنا هستند.

د: وزارت مسکن و شهرسازی و شهرداری‌ها، در راستای تأمین و توزیع عادلانه فضاهای آموزشی ورزشی و فرهنگی در کشور، مکلف هستند، به هنگام صدور مجوز احداث شهرها، شهرک‌ها، مجریان پروژه‌های مذکور را نسبت به تأمین و احداث فضاهای مذکور، متناسب با زیربنای مسکونی موظف نمایند.

۴۲۰ مفاهیم کلیدی در برنامه ارتقای سلامت در محل کار

هـ: وزارت مسکن و شهرسازی مکلف است، اراضی با کاربری ورزشی را در سراسر کشور با هماهنگی سازمان تربیت بدنی خریداری نموده و به روش های ذیل واگذار نماید:

۱- به صورت رایگان برای سازمان تربیت بدنی و شرکت توسعه و نگهداری اماکن ورزشی کشور.

۲- به قیمت تمام شده برای بخش خصوصی و تعاونی.

آیین نامه نحوه اجرای این بند، با پیشنهاد وزارت مسکن و شهرسازی، سازمان تربیت بدنی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

و: حق الثبت و هزینه های عملیات ثبتی مربوط به نقل و انتقالات اماکن، باشگاه های ورزشی و ورزشگاه ها با تأیید سازمان تربیت بدنی، مطابق تعرفه مقرر برای تأسیسات و اماکن فرهنگی و آموزشی محاسبه شود.

ز: تشکل ها و بخش های خصوصی و تعاونی و باشگاه های حرفه ای در توسعه ورزش قهرمانی و حرفه ای از طریق اصلاح ساختار تربیت بدنی و ورزش کشور و اعمال پشتیبانی و حمایت لازم در زمینه های اداری، مالی و منابع انسانی تقویت می شود، به گونه ای که تا پایان برنامه اهداف ذیل حاصل گردد:

۱- سهم بخش غیردولتی و باشگاه های خصوصی در توسعه ورزش قهرمانی حداقل به پنجاه درصد (۵۰٪) افزایش یابد.

۲- صد درصد (۱۰۰٪) فعالیت های اجرایی و تأمین منابع ورزش حرفه ای، با عاملیت بخش های خصوصی و تعاونی و باشگاه ها صورت گرفته و حمایت های دولتی به پشتیبانی قانونی و اداری و تسهیلاتی و کمک های اعتباری موردی محدود گردد.

فصل دهم: امنیت ملی

ماده ۱۱۹

ارتقای سلامت در محل کار ۴۲۱

دولت موظف است، به منظور ارتقای امنیت عمومی و انضباط اجتماعی، اقدام‌های لازم را برای تحقق موارد ذیل به عمل آورد:

الف: آموزش عمومی و ترویج فرهنگ قانون‌مداری، نظم، مدارا و زیست سالم.

ب: توسعه خطوط مواصلاتی، راه‌های مرزی و ارتقای مرادوات و تبادل اطلاعات با کشورهای منطقه و همسایگان به منظور مهار جرایم، قاچاق کالا و مواد مخدر، تردد غیر مجاز و خرابکاری، در قالب توافقنامه‌های دو جانبه و چند جانبه و ترتیبات امنیت جمعی.

ج: توسعه مشارکت همه جانبه همه ایرانیان، بر اساس حق برابر شهروندی، در نظام تصمیم‌سازی، تصمیم‌گیری و مدیریت اجرایی کشور.

د: تعمیق شناخت مؤلفه‌های قدرت ملی و ترویج روحیه دفاع از منافع ملی و مخالفت با ظلم و سلطه‌گری.

ه: ایمن‌سازی ساختار و پراکندگی جمعیت (به ویژه در مرزهای کشور)، در پرتو مؤلفه‌ها و ملاحظات امنیتی به منظور پرهیز از عدم تعادل جمعیت.

و: تهیه طرح راهبردی توسعه نظم و امنیت کشور با رویکرد جامعه‌محوری، مشارکت همگانی و جایگزینی ارزش‌ها و کنترل‌های درونی به جای رویکرد امنیتی و ارتقای احساس امنیت در جامعه.

ز: مبارزه با زمینه‌های بروز بی‌هنجاری، ناسازگاری اجتماعی، خشونت سیاسی و خشونت شهری.

ح: حفظ و ارتقای منزلت اجتماعی گروه‌های مختلف مردم و پیشگیری از بحران‌های منزلتی.

ط: تهیه ساز و کارهای لازم جهت توسعه مشارکت مردمی، برای تأمین نظم و امنیت عمومی.

ی: تهیه سازوکارهای لازم جهت تقویت نهادهای مدنی و احزاب در کشور.

فصل یازدهم: توسعه امور قضایی

ماده ۱۳۲

سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مکلف است، به منظور بهبود وضعیت زندان‌ها و ایجاد محیط بازپروری مناسب و اصلاح و تربیت زندانیان با هدف بازگشت آنان به زندگی سالم اجتماعی و کاهش بازگشت مجدد به جرم توسط زندانیان آزاد شده نسبت به انجام موارد ذیل اقدام نماید:

الف: بهینه‌سازی فضاهای فیزیکی با اولویت توسعه کانون‌های اصلاح و تربیت.

ب: حمایت از خانواده زندانیان و معدومین از طریق سازمان‌ها و نهادهای خیریه مردمی و غیردولتی و انجمن‌های حمایت از زندانیان.

ج: ارائه پیشنهادهاى مقتضی به قوه قضاییه برای تهیه لایحه ساز و کارهای لازم جهت حذف سابقه کیفری زندانیان اصلاح شده.

فصل دوازدهم: نوسازی دولت و ارتقای اثر بخشی حاکمیت

ماده ۱۳۶

به منظور ایجاد زمینه مناسب برای رشد و توسعه کشور، افزایش کارایی و بهره‌وری دستگاه‌های اجرایی، تقویت امور حاکمیتی دولت و توسعه مشارکت مردم در امور کشور، نحوه اجرای وظایف مذکور در ماده (۱۳۵) این قانون به طریق ذیل پالایش و اصلاح می‌گردد:

الف: امور حاکمیتی دولت، توسط دستگاه‌های دولتی و عنداللزوم با جلب مشارکت مردم انجام می‌گردد و دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط در ابعاد منابع انسانی، فناوری انجام کار، تجهیزات و تخصیص منابع، تقویت و توسعه کیفی خواهند یافت.

ارتقای سلامت در محل کار ۴۲۳

ب: وظایف امور تصدی‌های اجتماعی، فرهنگی و خدماتی دولت با رعایت اصول بیست و نهم (۲۹) و سی‌ام (۳۰) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران با استفاده از شیوه‌های ذیل انجام می‌گردد:

- ۱- اعمال حمایت‌های لازم برای توسعه بخش غیردولتی مجری این وظایف.
 - ۲- خرید خدمات از بخش غیردولتی.
 - ۳- مشارکت با بخش غیردولتی از طریق اجاره و واگذاری امکانات و تجهیزات و منابع فیزیکی.
 - ۴- واگذاری مدیریت بخشی از واحدهای دولتی به بخش غیردولتی، در چارچوب سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.
 - ۵- ایجاد و اداره واحدهای دولتی با رویکرد هدفمند و نتیجه‌گرا (مطابق ماده ۱۴۴ این قانون) با تأیید سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور در مناطقی که هیچ‌کدام از حالت‌های فوق‌الذکر امکان‌پذیر نباشد.
- ج: وظایف زیربنایی دولت با مدیریت، حمایت و نظارت دستگاه‌ها و شرکت‌های دولتی توسط بخش غیردولتی انجام خواهد شد.
- د: وظایف مربوط به تصدی‌های اقتصادی دولت با رعایت اصل چهل و چهارم (۴۴) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به بخش غیر دولتی واگذار می‌گردد. دولت در این بخش نسبت به تنظیم مقررات برای جلوگیری از ایجاد انحصار، تضييع حقوق تولیدکنندگان و مصرف‌کنندگان، ایجاد فضای سالم رقابت، رشد توسعه و امنیت سرمایه‌گذاری و نظایر آن اقدام خواهد نمود. تعریف و تفصیل ضوابط و قلمرو و شرایط و محدوده و تکالیف امور حاکمیتی و تصدی‌گری، زیربنایی و موارد واگذاری دستگاه‌های مختلف به نحو تفصیلی و هم‌چنین اجرای کلیه موارد این ماده تا پایان سال ۱۳۸۳ در قالب لایحه‌ای توسط دولت تهیه و به مجلس شورای اسلامی تقدیم خواهد شد.

ماده ۱۳۷

الف: دولت مکلف است، تشکیلات کلان دستگاه‌های اجرایی و وزارتخانه‌ها را، متناسب با سیاست‌ها و احکام این برنامه و تجربه سایر کشورها، جهت برطرف کردن اثربخشی ناقص، تعارضهای دستگاهی و غیر کارآمدی و عدم جامعیت، عدم کفایت، تمرکز امور، موازی‌کاری‌ها و هم‌چنین بهره‌گیری همه جانبه از فناوری‌های نوین و روش‌های کارآمد، با هدف نوسازی، متناسب‌سازی، ادغام و تجدید ساختار به صورت یک منظومه منسجم، کارآمد، فراگیر و با کفایت، اثربخش و غیرمتمرکز طراحی نماید و لایحه ذی‌ربط را شش ماه پس از تصویب این قانون به مجلس شورای اسلامی تقدیم کند، به طوری که امکان اجرای آن از ابتدای سال دوم برنامه چهارم میسر باشد.

ب: آن دسته از تصدی‌های قابل واگذاری دستگاه‌های دولتی، در امور توسعه و عمران شهر و روستا، با تصویب شورای عالی اداری همراه با منابع مالی ذی‌ربط به شهرداری‌ها و دهیاری‌ها واگذار می‌شود

ماده ۱۳۸

سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور موظف است با همکاری دستگاه‌های ذی‌ربط به منظور اصلاح نظام بودجه‌ریزی از روش موجود به روش هدفمند و عملیاتی و به صورت قیمت تمام شده خدمات، اقدامات ذیل را حداکثر تا پایان سال دوم برنامه چهارم انجام دهد:

الف: شناسایی و احصای فعالیت و خدماتی که دستگاه‌های اجرایی ارایه می‌نمایند.

ب: تعیین قیمت تمام شده فعالیت‌ها و خدمات، متناسب با کیفیت و محل جغرافیایی مشخص.

ج: تنظیم لایحه بودجه سالانه بر اساس حجم فعالیت‌ها و خدمات و قیمت تمام شده آن.

ارتقای سلامت در محل کار ۴۲۵

د: تخصیص اعتبارات بر اساس عملکرد و نتایج حاصل از فعالیت‌ها و متناسب با قیمت تمام شده آن.

تبصره ۱- به منظور تحقق رویکرد فوق و هم‌چنین تسریع در تغییر نظام بودجه‌ریزی کشور و تقویت نظام برنامه‌ریزی و نظارت، سازمان مذکور موظف است ضمن اصلاح ساختار سازمان، مدیریت نیروی انسانی، روش‌ها و فناوری اداری خود، ترتیبی اتخاذ نماید تا با سازمانی کوچک، منعطف، کارا و اثربخش و به‌کارگیری نخبگان و اندیشمندان امکان انجام وظایف محوله به طور مطلوب و بهینه فراهم گردد.

تبصره ۲- سازمان فوق‌الذکر و وزارت امور اقتصادی و دارایی نسبت به تهیه لوایح لازم برای اصلاح قوانین و مقررات مالی، اداری و استخدامی و بودجه‌ریزی کشور اقدام نماید به نحوی که نظام موجود تبدیل به نظام کنترل نتیجه و محصول گردد.

ه: آیین‌نامه اجرایی این ماده به پیشنهاد سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ماده ۱۴۰

به دولت اجازه داده می‌شود، به منظور توسعه بخش خصوصی و تعاونی و جلب مشارکت تشکلهای غیردولتی و سایر بخش‌های جامعه مدنی در اداره امور کشور و افزایش کارآمدی مدیریت دولتی، در مواجهه با چالش‌ها و استفاده از فرصت‌ها و منابع ملی، اقدام‌های ذیل را انجام دهد:

الف: کمک به ایجاد و توسعه و قانونمندی نهادهای غیردولتی لازم برای توسعه کارآفرینی، ترویج فرهنگ خدمت، توسعه سلامت و شفافیت اداری و حفاظت از محیط زیست و ارتقای استانداردهای زیست‌محیطی و سلامت مردم، بر مبنای هدف‌محوری و مسئولیت‌پذیری.

ب: تشکیل واحد سازمانی مناسب، برای تقویت و حمایت از بخش غیر دولتی، در زمینه‌های نهادسازی، آموزش، ایجاد تسهیلات، توجیه و رفع موانع اداری در سازمان مدیریت و

۴۲۶ مفاهیم کلیدی در برنامه ارتقای سلامت در محل کار

برنامه‌ریزی کشور و کلیه وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مستقل دولتی از محل پست‌های سازمانی موجود.

ماده ۱۴۲

سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و دستگاه‌های موضوع ماده (۱۶۰) این قانون موظف‌اند، به منظور افزایش پاسخگویی دستگاه‌های اجرایی در مقابل مردم، با استفاده از فناوری‌های نوین اداری و بازرگاری و مهندسی فرایندها و روش‌ها و رشد شاخص‌های مربوط به مشتری‌مداری و آموزش اداری مردم و توسعه فرهنگ مدیریت و ارزیابی عملکرد و راهکارهای لازم برای جلوگیری از مفاسد اداری، سطح کیفی خدمات خود را افزایش داده و در تدوین ضوابط و مقررات و بخشنامه‌ها، دستورالعمل‌های ذی‌ربط رضایت و تکریم ارباب رجوع به عنوان یکی از اهداف اصلی و تأثیرگذار در سرنوشت اداری و استخدامی کارکنان ملحوظ نمایند.

ماده ۱۴۳

به منظور اصلاح، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و دستگاه‌های اجرایی مذکور در ماده (۱۶۰) این قانون موظف‌اند اقدامات ذیل را به عمل آورند:

الف: تجزیه و تحلیل و بازطراحی مشاغل دولتی با رویکرد جذب متخصصین و نخبگان.

ب: به‌کارگیری نیروی انسانی به هر شکل در دستگاه‌های فوق‌الذکر در فضای رقابتی و کسب حداقل امتیازات در امتحانات استخدامی ادواری.

ج: پیش‌بینی ضوابط و دستورالعمل‌های پرداخت حقوق کارکنان بر اساس تلفیق مناسب نتیجه‌گرایی و بهره‌وری به جای وقت‌مزدی.

د: ارتقای سطح کیفی مدیران و سرپرستان با پیش‌بینی ضوابط خاص آموزش و شرایط احراز تصدی آنها و کاهش حداقل بیست درصد (۲۰٪) از پست‌های مدیریت و سرپرستی.

ارتقای سلامت در محل کار ۴۲۷

هـ: توسعه آموزش‌های شغلی و تخصصی کوتاه‌مدت برای کارکنان دستگاه‌های اجرایی و حذف دوره‌هایی که با استفاده از امکانات دولتی و مأموریت منجر به دریافت مدارک دانشگاهی رسمی و یا غیر رسمی می‌گردد.

آیین‌نامه اجرایی این ماده بنا به پیشنهاد سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ماده ۱

به منظور تصحیح، بهسازی و اصلاح نظام اداری در ابعاد تشکیلات، سازماندهی و ساختار اداره امور کشور، کاهش تصدی‌های دولت، سیستم‌ها و روش‌ها، مدیریت منابع انسانی، مقررات (آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها) و افزایش بهره‌وری دستگاه‌های اجرایی، شورای عالی اداری با ترکیب، صلاحیت‌ها و وظایف و اختیارات زیر تشکیل می‌گردد:

الف: اعضا:

- ۱- رئیس جمهور یا معاون وی (رئیس شورا).
- ۲- سه نفر از وزرا (ترجیحاً از بخش‌های مختلف) به انتخاب هیأت وزیران.
- ۳- وزیر یا رئیس دستگاه مستقل ذی‌ربط.
- ۴- رئیس سازمان برنامه و بودجه در صورتی که فردی توسط رئیس جمهور به این سمت منصوب شده باشد.
- ۵- دبیر کل سازمان امور اداری و استخدامی کشور در صورتی که فردی توسط رئیس جمهور به این سمت منصوب شده باشد.
- ۶- چهار نفر صاحب‌نظر و متخصص در امور اداری و مدیریت به انتخاب رئیس جمهور.

۷- دو نفر از استانداران به انتخاب رئیس جمهور.

۸- دو نفر از نمایندگان مجلس به عنوان ناظر، به انتخاب مجلس شورای اسلامی.

مصوبات این شورا پس از تأیید رئیس جمهور لازم‌الاجرا خواهد بود.

تبصره- دبیرکل سازمان امور اداری و استخدامی کشور به عنوان دبیر شورا و مسئول نظارت بر حسن اجرای مصوبات آن خواهد بود.

ب: وظایف و اختیارات:

۱- اصلاح ساختار تشکیلات دستگاه‌های اجرایی کشور به استثنای وزارتخانه‌ها از طریق ادغام، انحلال و انتقال مؤسسات و سازمان‌ها به خارج از مرکز.

۲- تجدید نظر در ساختار داخلی وزارتخانه‌ها و وظایف و ساختار داخلی سازمان‌ها، شرکت‌های دولتی و شرکت‌های اقماری آنها به منظور ایجاد انسجام تشکیلاتی و حذف وظایف موازی، مشابه و تکراری.

۳- تفکیک وظایف اجرایی از حوزه‌های ستادی وزارتخانه‌ها و محدود نمودن فعالیت حوزه‌های ستادی به اعمال حاکمیت و امور راهبردی (سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و نظارت) و انتقال وظایف اجرایی به واحدهای استانی و شهرستانی.

۴- تصمیم‌گیری در مورد ادغام واحدهای استانی و شهرستانی وابسته به هر یک از وزارتخانه‌ها در یک واحد سازمانی.

۵- شناسایی و واگذاری وظایف، امور و فعالیت‌های قابل واگذاری دستگاه‌های اجرایی به شهرداری‌ها و بخش غیر دولتی با هدف رهاسازی دولت از تصدی‌های غیر ضرور و هم‌چنین تعیین نحوه ارتباط و تنظیم مناسبات نظام اداری با شوراهای اسلامی روستا، بخش و شهر.

ارتقای سلامت در محل کار ۴۲۹

۶- اصلاح و مهندسی مجدد سیستم‌ها، روش‌ها و رویه‌های مورد عمل در دستگاه‌های اجرایی کشور با گرایش ساده‌سازی مراحل انجام کار، خودکارسازی عملیات و کاهش میزان ارتباط کارمندان با مراجعه کنندگان، افزایش رضایت مراجعان، کاهش هزینه‌های اداری و اقتصادی نمودن فعالیت‌ها.

۷- تصویب طرح‌های لازم برای ارتقای بهره‌وری و کارآیی نیروی انسانی و مدیریت دستگاه‌های اجرایی.

۸- تصویب ضوابط و معیارهای لازم در جهت بهینه‌سازی ساختار، ترکیب و توزیع نیروی انسانی بخش دولتی.

۹- تصویب ضوابط و دستورالعمل‌های مربوط به تعیین تکلیف نیروی انسانی دستگاه‌هایی که بر اساس مصوبات شورای عالی اداری ادغام، منحل، واگذار و یا وظایف آنها به دیگر دستگاه‌ها منتقل می‌شود.

۱۰- تصویب ضوابط ناظر بر بهره‌برداری مطلوب از فضاهای اداری و جابه‌جایی و تأمین ساختمان‌های اداری.

۱۱- تعیین و پیشنهاد منابع مورد نیاز برای تحقق برنامه‌های تحول نظام اداری و طرح‌های مصوب شورا که نیاز به منابع جدید دارد.

۱۲- تشخیص و اعلام دستگاه‌های اقدام کننده برنامه‌های مرتبط با فعالیت دولت در زمینه نظام اداری و امور اجرایی.

فصل هفتم:

بسته خدمتی ارتقای سلامت در محل کار

اجزای بسته خدمتی ارتقای سلامت (Health Promotion Service Package)

- ضرورت خدمت
- مدل مفهومی طراحی بسته خدمتی
- برنامه (Program)
- گیرنده خدمت (Client)
- ارائه دهنده خدمت (Provider)
- استقراردهنده (Implementor)

برنامه (Program)

- هدف کلی
- اهداف اختصاصی
- استراتژی ها
- بازده نهایی برنامه

گیرنده خدمت (Client)

- خدمت
- حیطه‌ها و انواع خدمات
- هدف یا اهداف ارایه خدمت
- خصوصیات دموگرافیک گروه هدف
- روش تأمین هزینه‌ها برای گیرنده خدمت

ارایه دهنده خدمت (Provider)

- روش‌های ارایه خدمت
- ارایه دهنده خدمت و صلاحیت‌ها (فردی و گروهی یا سازمانی)
- فرایند هسته‌ای، فرایند‌های حمایتی، روال‌ها و استانداردها اجرایی ارایه خدمت (از ارایه خدمت تا تحلیل داده‌ها)
- برای هر فرایند: نام فرایند، شیوه فرایند، سطح ارایه خدمت، فرد ارایه دهنده، دانش و مهارت مورد نیاز، ابزار مورد نیاز، زمان اجرای فرایند
- برنامه آموزشی ارایه دهندگان خدمت شامل اهداف، عناوین، روش آموزش و ارزیابی در سه حیطه دانش، نگرش و مهارت
- تخمین منابع لازم برای یک دوره یا واحد خدمت:
 ۱. نیروی انسانی
 ۲. منابع مالی
 ۳. مواد، تجهیزات و تسهیلات
- شاخص‌های موفقیت ارایه خدمت در سطح محیطی

استقراردهنده (Implementor)

- نظام سیاست گذاری و نظارت بر ارایه خدمت در سطح ملی:

 ۱. محل تصویب سیاست و برنامه
 ۲. روال بررسی مشکلات و بازبینی
 ۳. ضوابط ارزیابی برنامه و مطالعه پیامد و اثر برنامه

- تقسیم اجزای برنامه به فعالیت‌های جاری و مداخله ای
- تفکیک سطوح و مسؤول اجرا در فعالیت‌های جاری
- شاخص‌های موفقیت ارایه خدمت در سطح ملی
- نظام پایش و ارزشیابی برنامه شامل شاخص‌های پایش (ساختاری و برونداد) و شاخص‌های ارزشیابی (پوشش، اثر، نتیجه) با خصوصیات زیر:
 ۱. تعریف روشن شاخص
 ۲. روش محاسبه
 ۳. ابزار جمع آوری
 ۴. حجم نمونه
 ۵. شیوه جمع آوری داده‌ها
 ۶. محل جمع آوری داده‌ها
 ۷. توالی جمع آوری داده‌ها
 ۸. سطحی که باید شاخص مورد استفاده قرار گیرد
- تسهیلات قانونی حمایتی در سطح ملی و بین المللی (هم موارد موجود و هم مورد نیاز):
 ۱. قانون مجلس
 ۲. مصوبه هیأت دولت
 ۳. آیین نامه وزارتی
- شناسایی و تحلیل ذی نفعان (درون و برون سازمانی)
- برنامه پیاده‌سازی بسته خدمتی به صورت جدول گانت شامل:

فعالیت‌ها، مسئول اجرا، مهلت و دوره زمانی، محصول هر فعالیت، استاندارد محصول و بودجه لازم

به همراه هشت پیوست:

۱. منابع مورد نیاز (نیروی انسانی، فضا، تجهیزات، ملزومات، منابع مالی) به تفکیک فعالیت‌ها
 ۲. برنامه مذاکره با ذینفعان و انتظارت از آنان
 ۳. فهرست مطالعات لازم برای بومی کردن بسته خدمتی شامل:
 - مطالعه تقاضا
 - مطالعه ریسک فاکتورهای قابل مداخله در سازمان‌ها و محیط‌های کاری کشور
 - امکان‌پذیری کلیات و اجزای خدمت در کشور
 - ارزیابی برنامه‌های قبلی
 - مطالعه نگرش‌های گیرنده و ارایه کننده خدمت
 - تعیین ظرفیت گروه مخاطب برای پرداخت هزینه
 ۴. تدوین فهرست آیین نامه‌ها و مواد قانونی لازم
 ۵. برنامه تهیه مواد آموزشی و اجرا
 ۶. برنامه ایجاد نگرش در گروه هدف (کارفرمایان، کارگران)
 ۷. روش و فرایند گزارش‌گیری، تحلیل و ارزیابی اجرای آزمایشی
 ۸. برنامه اطلاع‌رسانی به عموم مردم
- ضرورت خدمت**

۱. رفتارهای سلامتی در محل زندگی، محل تفریح، محل تحصیل و محل کار کسب شده و تقویت می‌شود، عوامل متعددی در شکل‌گیری این رفتارها مؤثر است لذا مداخلات ارتقای سلامتی در موقعیت‌های ذکر شده از جمله محل کار با در نظر داشتن محل واقعی شکل‌گیری رفتار پرخطر می‌تواند مؤثرتر باشد.

۲. دستیابی به جمعیتی که معمولاً دسترسی به آن مشکل است، از خصوصیت عالی محیط کار است، معمولاً افراد دو سوم از ساعات بیداری خود را در محل کارشان صرف می‌کنند لذا امکان دسترسی تا ۸۵٪ از جمعیت در محل کار وجود دارد (نوبل - ۱۹۸۶).

ارتقای سلامت در محل کار ۴۳۵

۳. مجموع مطالعات در اروپا و آمریکای شمالی نشانگر وجود ارتباط بین فشارهای شغلی و افزایش خطر بیماری‌های قلبی عروقی، بیماری‌های عضلانی اسکلتی، بیماری‌های روانی، اختلالات خواب، جراحات و کم تحرکی می‌باشد.

۴. تا ۹۰ درصد کلیه مراجعات به متخصصین سلامت به دلیل برخی اختلالات مربوط به استرس می‌باشد. از طرفی سازمان بهداشت جهانی یکی از منابع استرس را « کار » معرفی می‌کند. در مطالعات مختلف نیز محیط کار به عنوان منبع عوامل بیماریزا معرفی شده است.

۵. در دو دهه گذشته شیوه‌های مدیریتی نامطلوب به عنوان عوامل خطر سلامتی کارکنان شناخته شده است، برخی از این شیوه‌ها عبارت است از:

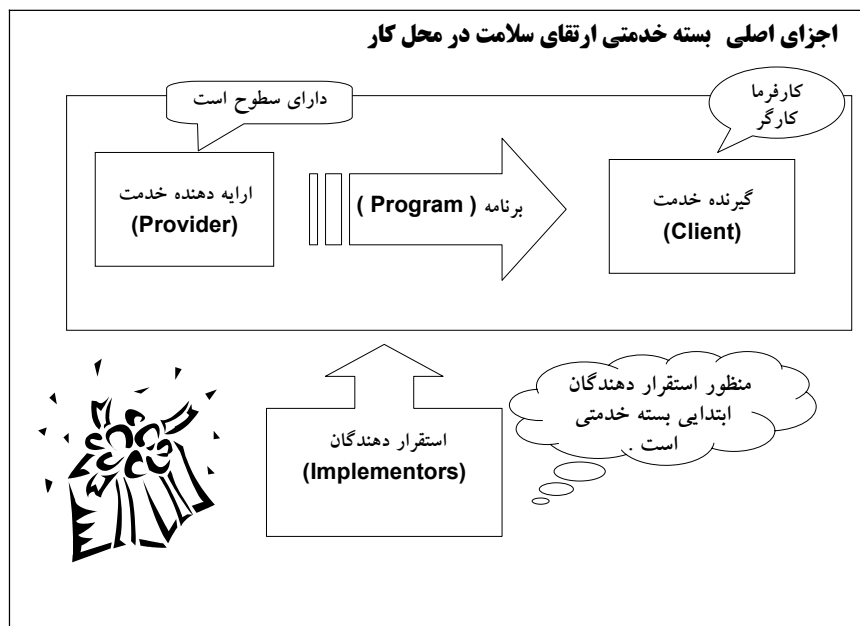
- عدم کنترل روند کار یا عدم توانایی برای مشارکت در تصمیم‌گیری
- انبوه کارهای تفویض شده و عدم مهارت کافی
- مشخص نبودن روال‌ها و فرایندهای گردش کار
- یکنواختی یا کمبود تنوع کارها
- روابط ضعیف کارمند و سرپرست
- عدم حمایت از سوی سرپرست

۶. هنوز هم در اغلب کشورها آمار خسارت‌ها و صدمات ناشی از ضعف رعایت اصول ایمنی حرفه‌ای در محل کار قابل توجه است. در ایران هزینه خسارت‌های ناشی از حوادث شغلی از ۴/۵ میلیارد ریال در سال ۱۳۷۰ به ۴۲/۵ میلیارد ریال در سال ۱۳۸۰ افزایش پیدا کرده است (به گزارش دفتر آمار و محاسبات اقتصادی سازمان تأمین اجتماعی).

۷. کارفرمایان هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم قابل توجهی بابت عدم توجه به برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار متقبل می‌شوند و این هزینه‌ها در صورت صرفه جویی، در پیشرفت سازمان مؤثر است به طوری که مطالعات متعدد و معتبری هزینه اثربخشی، هزینه - فایده و نسبت سرمایه به پس انداز قابل توجهی را از اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار نشان می‌دهند، به عبارت دیگر یکی از روش‌های افزایش بهره‌وری سازمان و کاهش هزینه‌ها طراحی و اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار است (مطالعات مندرج در فصل اول کتاب).

مدل مفهومی بسته خدمتی ارتقای سلامت در محل کار

در دو اسلاید زیر مدل مفهومی که پایه و زمینه طراحی این بسته قرار گرفته است، نشان داده شده است.



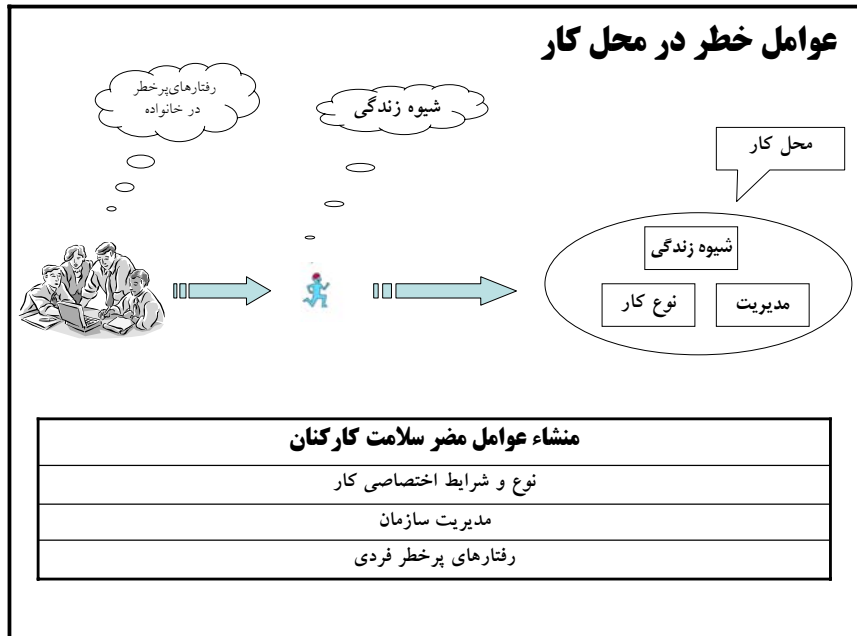
در تدوین هر بسته خدمتی باید چهار جزء در نظر گرفته شود:

۱. خدمت: منظور برنامه، خدمت یا مداخله‌ای است که برای ارتقای سلامت گروه هدف طراحی شده است.
۲. ارایه دهنده خدمت: منظور گروه ارایه دهندگان این خدمت است. در این مدل ارایه دهندگان خدمت دارای سطوح ستادی، استانی (دانشگاهی)، شهری و تیم ارتقای سلامت در محل کار است.
۳. گیرنده خدمت: منظور گروه هدف برای ارایه خدمت است. گروه هدف در این خدمت کارکنان، کارفرمایان و خانواده‌هایشان هستند، به این معنی که مداخله در محل کار و بر روی این سه دسته صورت می‌گیرد. کارفرمایان جزو گیرندگان خدمات محسوب می‌شوند اما شرح

ارتقای سلامت در محل کار ۴۳۷

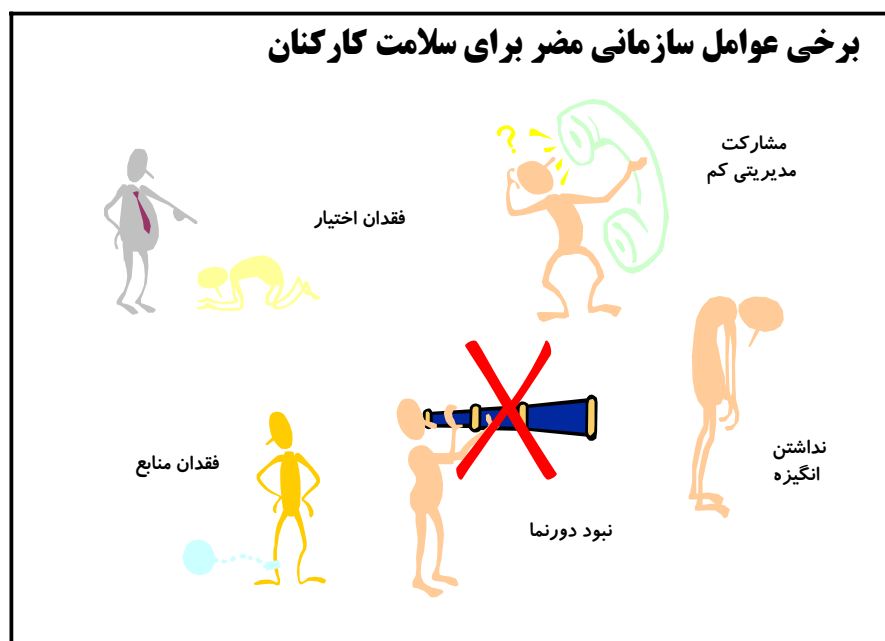
وظایف جداگانه ای دارند، به دلیل نقش مهمی که کارفرمایان در پیاده‌سازی مداخلات ارتقای سلامت در محل کار دارند و به عنوان گروه مجزا مد نظر قرار گرفته اند.

۴. **استقرار دهندگان:** در این مدل منظور از استقرار دهندگان گروهی از سیاست گذاران، مدیران و ذینفعان هستند که این خدمت را در گروه هدف مورد نظر برای بار اول پیاده کرده و آن را نهادینه می‌کنند.



طراحی این بسته خدمتی با توجه به سه دسته از عوامل خطر سلامتی صورت گرفته است:

۱. **نوع و شرایط اختصاصی کار:** عوامل مضر شیمیایی، فیزیکی، ارگونومیک و بیولوژیک موجود در محل کار اختصاصی هر فرد و سازمان از جمله عوامل خطر سلامتی محسوب می‌شوند که ارزیابی این عوامل و انجام مداخلات را ضروری می‌سازد.
۲. **مدیریت سازمان:** شیوه مدیریت سازمان شامل فرایندها، روالها و استانداردهای برنامه ریزی، سازمان دهی، رهبری و نظارت، همگی بر سلامت کارکنان تأثیر دارد. نمونه‌ای از این عوامل در اسلاید زیر تصویر شده است:



۳. شیوه زندگی: فرد این دسته از عوامل خطر را معمولاً از طریق جامعه و مهمترین رکن آن یعنی خانواده کسب می‌کند و به محل کار آورده و بر سایر عوامل خطر در محل کار اضافه می‌کند. این دسته از عوامل خطر با توجه به وجود مستندات علمی و تحقیقاتی متعدد، قابلیت مداخله و تغییر در محل کار را دارند که از طریق ارزیابی موارد و انجام مداخله روی کارکنان و خانواده آنها قابل تغییر می‌باشند.

سؤال: چرا هر سه دسته از عوامل خطر برای مداخلات در کنار یک دیگر مدنظر قرار گرفته

اند ؟

برنامه‌های نسل چهارم سلامت در محل کار به جامعیت برنامه‌ها تأکید دارد و توصیه می‌کند که تمام عوامل خطر باید در مداخله لحاظ شود. به طور مثال مداخلات مربوط به کاهش چاقی کارکنان کارخانه تولید پنپه نسوز در شرایطی که استانداردهای ایمنی و امنیت شغلی به طور ضعیف پیاده شده است، غیر منطقی است. از طرفی، عدم رسیدگی کارفرما به

مشکلات سلامتی منبعت از شیوه زندگی کارکنان نیز تبعات منفی برای اهداف کارخانه به دنبال خواهد داشت.

در کشور ما، وجود نظام ها، ساختارها، تجربیات و قوانین امنیت و ایمنی شغلی در محل کار از دهه های گذشته، پیاده سازی برنامه های ارتقای سلامت در محل کار را تسهیل می کند. این موضوع به عنوان یک فرصت در برنامه های ارتقای سلامت در محل کار مطرح است.

بسیاری از برنامه های فعلی ارتقای سلامت در محل کار به نسبت تعداد کمی از افراد را شامل می شوند، که معمولاً این افراد سالمترین کارمندان هستند. برای مقابله با این سهل انگاری، باید جامعیت برنامه ها را مدنظر قرار داد.

سؤال: برنامه ای با این همه متغیر و نیازهای گسترده مخاطبان با استفاده از چه ابزار سازمانی می تواند پیاده شود؟

باتوجه به متغیرهای سازمانی و نیازهای متنوع کارکنان سازمان، لازم است از ابزار «مدیریت پروژه» استفاده شود. پروژه ای که عنوان آن «ارتقای سلامت در محل کار» و هدف نهایی آن نیز «تعهد پایدار کارفرمایان به ایجاد شیوه های کاری سودمند برای سلامتی و نشاط و توانمند سازی کارکنان و خانواده های آنان برای ارتقای سلامت خود» باشد. برای رسیدن به چنین هدفی چه مراحل را باید طی کرد. این مراحل موضوع و محتوی این بسته خدمتی است.

سؤال: ضمانت اجرای برنامه های ارتقای سلامت در محل کار تابع کدام نوع اهرم های سیاسی پیاده سازی است؟ اهرم های دستوری و قانونی یا مشارکتی و داوطلبانه؟

با توجه به سیاست های گسترده اصلاح ساختاری در نظام اداری کشور و سیاست های انقباضی و کاهش تصدی گری دولت از یک سو و رشد بخش خصوصی، تعاونی و غیردولتی در کشور و افزایش توانایی و روحیه مشارکت کارکنان در سرنوشت خود از سوی دیگر لازم است تا از هر دو اهرم استفاده شود:

- می توان از حداقل قوانین لازم برای اجبار کارفرمایان برای شروع این نوع برنامه ها در سازمان ها و محل های کاری استفاده نمود، البته در حال حاضر، تا حدی این قوانین موجود است ولی بازنگری و شفاف سازی آنها ضروری است.

ارتقای سلامت در محل کار ۴۴۱

• اجرا و پیاده‌سازی برنامه‌ها بر عهده کارفرمایان و بخش خصوصی مشاور در این زمینه است اما نظارت و حمایت مالی و سیاسی بر عهده دولت است که این مهم نیز از طریق ساختارهای موجود در سیستم ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور و فرصت‌های پیش‌بینی شده در برنامه چهارم توسعه به ویژه برنامه توسعه آموزش و ارتقای سلامت در کشور مبتنی بر توانمندسازی مردم و جوامع قابلیت انجام خواهد داشت.

هدف کلی « توسعه برنامه ارتقای سلامت در محل کار »

تعهد پایدار کارفرمایان به :

ایجاد شیوه‌های کاری سودمند برای سلامتی و نشاط

و

توانمند کردن کارکنان و خانواده‌های آنان برای تأمین ، حفظ و ارتقای سلامت خود



هدف کلی « توسعه برنامه ارتقای سلامت در محل کار »، برنامه‌ای مشارکتی برای تعهد پایدار کارفرمایان به ایجاد شیوه‌های کاری سودمند برای سلامتی و نشاط و توانمند سازی کارکنان و خانواده‌های آنان برای تأمین ، حفظ و ارتقای سلامت خود، خانواده، همکاران و محل کار می‌باشد.

تعهد: به این معنی که سلامت کارکنان در بالاترین فهرست ارزش‌های سازمانی قرار گیرد، در متن رسالت سازمان درج شده و سازوکار پرداختن به آن نهادینه شود؛

پایدار: داشتن برنامه‌های عملیاتی سالانه با توجه به ارزیابی دوره‌ای و جامع از سلامت و نشاط افراد سازمان؛

شیوه‌های کاری: کارکنان به موجب حضور در محل کار اختصاصی خود بالاجبار با عوامل خطر گوناگونی روبه رو می‌شوند. تلاش برای حذف و محدود کردن این عوامل محصولی را در بر خواهد داشت که « شیوه کاری سودمند برای سلامت و نشاط » نامیده می‌شود؛

ارتقای سلامت در محل کار ۴۴۳

توانمند سازی: هدف کلیه مداخلات در محل کار توانمند سازی افراد برای تصمیم‌گیری داوطلبانه در برای ارتقای سلامت خود است.

خانواده: بر خلاف عنوان این مداخله، گستره خدمات سلامتی در محل کار به حوزه خانواده هم مرتبط خواهد بود لذا در این هدف « افراد » به مجموعه کارفرمایان، کارکنان (کارگران، کارمندان) و خانواده آنها اطلاق می‌شود.



اهداف اختصاصی

هدف اول:
متعهد سازی مسئولان سازمان ها به ایجاد شیوه های کاری سودمند برای سلامت از طریق:

- ارتقای ایمنی حرفه ای
- تغییرات سازمانی

هدف دوم:
ایجاد تعهد در مسئولان سازمان برای توانمندسازی کارکنان و خانواده آنان در ارتقای سلامت فردی

اهداف اختصاصی: برای رسیدن به هدف کلی اشاره شده باید دو هدف اختصاصی برآورده شود:

هدف اول:

متعهد سازی مسئولان سازمان ها به ایجاد شیوه های کاری سودمند برای سلامت از طریق:

➤ ارتقای ایمنی حرفه ای

➤ تغییرات سازمانی و ایجاد روش و سازمان کاری مفید برای سلامت

در این هدف منظور از شیوه کاری سودمند هر دو جنبه ارتقای ایمنی شغلی و روش های مدیریت کارکنان و امور سازمان مد نظر است و هر یک از موارد به تنهایی کامل نخواهد بود.

هدف دوم:

ایجاد تعهد در مسئولان سازمان برای توانمندسازی کارکنان و خانواده آنان در ارتقای

سلامت فردی

همان طور که در هدف کلی هم اشاره شد محل کار فرصتی برای توانمند سازی کارکنان و خانواده آنان است تا از این طریق اختیار کنترل بیشتری برای سلامتی خود داشته باشند.



استراتژی ها

- **هدف اول :**
 1. ایجاد آگاهی و تغییر نگرش کارفرمایان در مورد ضرورت اجرای برنامه های ارتقای سلامت در محل کار
 2. تدوین و بازنگری قوانین موجود در جهت تسهیل اجرای برنامه ها
 3. بازنگری رسالت سازمانی در جهت گنجانیدن مسئولیت « تسهیل گری » سلامت کارکنان در محل کار
 4. شناسایی روش های مدیریتی مضر برای سلامتی در سازمان و تدوین برنامه مداخله
 5. شناسایی روش های کاری صدمه زننده به جسم و روان کارکنان و تدوین برنامه مداخله
 6. شناسایی عوامل مضر در سلامت و نشاط روانی سازمان و تدوین برنامه مداخله
- **هدف دوم :**
 1. آگاه سازی و تغییر نگرش کارکنان و خانواده آنان در مورد توجه به وضعیت سلامتی خود (آموزش سلامت)
 2. شناسایی مشکلات و رفتارهای پرخطر سلامتی کارکنان
 3. توانمند سازی کارکنان و خانواده آنان برای کاهش و حذف عوامل خطر سلامتی
 4. اجرای برنامه های پیشگیری در سطوح سه گانه

منظور از استراتژی، تعیین روش و چگونگی رسیدن به اهداف است. برای رسیدن به یک هدف، راه های مختلفی را می توان انتخاب کرد. در بررسی متون برنامه های ارتقای سلامت در محل کار، راهبرد های زیر پیشنهاد شده است که تأکید جامعی بر کلمات کلیدی زیر دارد:

- ارتقای آگاهی
- تغییر نگرش
- حمایت اجتماعی
- ارزیابی خطر و نیاز
- توانمند سازی
- برنامه های پیشگیری

راهبرد ها برای دستیابی به هدف اول:

۱. ایجاد آگاهی و تغییر نگرش کارفرمایان در مورد ضرورت اجرای برنامه های ارتقای

سلامت در محل کار

۲. تدوین و بازنگری قوانین موجود در جهت تسهیل اجرای برنامه‌ها
۳. بازنگری رسالت سازمانی در جهت گنجاندن مسؤولیت « تسهیل‌گری » سلامت کارکنان در محل کار
۴. شناسایی روش‌های مدیریتی مضر برای سلامتی در سازمان و تدوین برنامه مداخله
۵. شناسایی روش‌های کاری صدمه‌زننده به جسم و روان کارکنان و تدوین برنامه مداخله
۶. شناسایی عوامل مضر در سلامت و نشاط روانی سازمان و تدوین برنامه مداخله

□ راهبرد ها برای دستیابی به هدف دوم:

۱. آگاه‌سازی و تغییر نگرش کارکنان و خانواده آنان در مورد توجه به وضعیت سلامتی خود (آموزش سلامت)
۲. شناسایی مشکلات و رفتارهای پرخطر سلامتی کارکنان
۳. توانمندسازی کارکنان و خانواده آنان برای کاهش و حذف عوامل خطر سلامتی
۴. اجرای برنامه‌های پیشگیری در سطوح سه‌گانه

بازده نهایی برنامه

مفهوم	نوع شاخص
نشان دهنده وضعیت کارکرد فعالیت های پشتیبانی ، بازاریابی و ارایه خدمت در محل کار است	شاخص های اولیه
نشان دهنده تغییرات فوری در کارکنان ، کارفرمایان ، خانواده آنان و محل کار، پس از بهره مندی از خدمت است	برون داد
نشان دهنده تغییراتی که ضرورتاً با فاصله زمانی نسبت به برون داد ها ایجاد می شود و معمولاً بر فراوانی تغییر رفتارهای مضر یا مفید به سلامت ت آکید دارد	اثر واسط
نشان دهنده کاهش فراوانی و شدت مشکل سلامتی در محل کار و بار بیماری های مورد هدف برنامه است .	اثر نهایی

شروع برنامه ارتقای سلامت در محل کار نیازمند درون دادهایی است که به دنبال آن فعالیت‌هایی آغاز می‌شود تا به هدف برنامه نزدیک شویم . پس از مرحله درون داد، برای تعیین بازده برنامه ارتقای سلامت در محل کار به ترتیب از شاخص‌های زیر می‌توان استفاده کرد:

- **شاخص‌های اولیه:** شاخص‌هایی که نشان دهنده وضعیت کارکرد فعالیت‌های پشتیبانی، بازاریابی و ارایه خدمت در محل کار باشد. برخی از انواع مهم شاخص‌ها که در بررسی متون به آنها اشاره شد، در جدول جمع بندی شده است. دو شاخص فراهمی و پوشش در طول اجرای برنامه قابل استفاده برای پایش و نظارت مدیر برنامه است:
- **فراهمی:** نسبت منابع موجود به کارگرفته شده به منابعی که باید برای بهره مند کردن یک جمعیت از خدمات برنامه فراهم می‌شد. این شاخص نتیجه فعالیت‌های پشتیبانی مانند تأمین منابع مالی است.

• پوشش: درصد افرادی که از خدمات بهره‌مند می‌شوند. این شاخص نتیجه بازاریابی است و به این معنی است که در اثر فعالیت‌های بازاریابی اجتماعی در محل کار چند درصد افراد نیازمند خدمت توانستند از خدمت بهره‌مند شوند.

- افزایش مشارکت کارکنان در برنامه‌ها
 - تشکیل کمیته سلامتی
 - مقدار منابع مالی تخصیص یافته به سلامت کارکنان
 - تعداد برنامه‌های آموزشی
 - تعداد پوسترهای آموزشی
 - تعداد رسانه‌های آموزشی استفاده شده توسط کارکنان
 - افزایش استانداردهای مصوب ایمنی شغلی
 - افزایش پوشش خدمات سلامتی برای کارکنان
 - تعداد کارکنانی که وظیفه آموزش اصول و مهارت‌های سلامتی را بر عهده گرفته‌اند.
- شاخص‌های برون‌داد: تغییرات فوری در افراد و محل پس از بهره‌مندی از خدمت برون‌داد خدمت محسوب می‌شود. تغییرات فوری که پس از اجرای این برنامه در کارکنان خانواده آنان، کارفرمایان و محل کار ایجاد می‌شود جزو این دسته از شاخص‌ها هستند. درصد تغییر آگاهی، نگرش و مهارت و همچنین رضایت از خدمت نیز از جمله این شاخص‌ها هستند.

- کاهش عوامل خطر شیمیایی، فیزیکی، ارگونومیک و بیولوژیک
- افزایش سیاست‌های حمایت‌کننده سلامت در سازمان
- افزایش شیوه‌های مدیریتی سودمند برای سلامت کارکنان
- ارتقای آگاهی، نگرش و مهارت کارکنان و خانواده آنان در نظارت بر سلامت خود
- ارتقای آگاهی، نگرش و مهارت کارکنان در استفاده از استانداردهای ایمنی
- ارتقای آگاهی و نگرش کارفرمایان در مورد برنامه‌های ارتقای سلامت
- افزایش دسترسی به خدمات غربال‌گری و پیشگیری پزشکی
- کاهش تعداد ویزیت پزشکان به دلیل صدمات و بیماری‌های جدید

ارتقای سلامت در محل کار ۴۴۹

- تغییر بیانیه رسالت سازمان در راستای تحقق سلامت کارکنان
- افزایش تحرک جسمی کارکنان
- افزایش رضایت کارکنان از ارائه خدمات
- شاخص‌های اثر واسط: تغییراتی که ضرورتاً با فاصله زمانی نسبت به بروندادها ایجاد می‌شود، اثرات واسط هستند که معمولاً بر فراوانی تغییر رفتارهای مضر یا مفید بر سلامت تأکید دارد.

کاهش هزینه‌های بیمه ای شامل:

۱. بیمه از کارافتادگی

۲. بیمه درمانی

۳. بیمه عمر

کاهش هزینه‌های جبران خسارت کارکنان

کاهش غیبت کارکنان

کاهش مرخصی استعلاجی

افزایش بهره‌وری کارمندان

کاهش تعداد کارمندان جایگزین و آموزش مجدد

افزایش درصد رضایت شغلی

کاهش مرگ زود هنگام کارکنان

بهبود تصور از خود

بهبود ظرفیت قلبی - تنفسی و تناسب عضلانی و کاهش چربی بدن

افزایش نشاط کارکنان

کاهش صدمات و جراحات جسمی ناشی از محیط کار

کاهش بروز و شیوع بیماری‌ها

افزایش رفتارهای محافظت از سلامت در کارکنان

میزان بهبود ارزش‌ها، ضوابط، حمایت هم‌سانان، حمایت سازمانی و جو حاکم

کاهش درصد رفتارهای پرخطر در کارکنان سازمان

۴۵۰ بسته خدمتی ارتقای سلامت در محل کار

- شاخص‌های اثر نهایی: شاخص‌های فراوانی و شدت مشکل سلامتی در محل کار و بار بیماری‌ها جزء این شاخص‌ها هستند.

افزایش DALYs

افزایش بهره‌وری سازمان

افزایش سرمایه اجتماعی

افزایش کیفیت زندگی

<p>شناسایی عوامل خطر محل کار از سه منشاء :</p> <ol style="list-style-type: none">۱. ایمنی و امنیت حرفه ای۲. شیوه های مدیریتی۳. شیوه زندگی <p>طراحی و اجرای برنامه جامع مداخله شامل :</p> <ol style="list-style-type: none">۱. اقدامات «تغییر رفتار فردی»۲. اقدامات «محیط کار فیزیکی»۳. اقدامات «سیاست ها و توسعه سازمانی»۴. اقدامات «همکاری اجتماعی»	<p>خدمت</p>   
---	--

برای رسیدن به اهداف اختصاصی با استفاده از راهبرد های ذکر شده، دو خدمت عمده در محل کار ارائه می شود که هر یک نیز شامل اجزایی است:

□ شناسایی عوامل خطر محل کار از سه منشاء:

۱. ایمنی و امنیت حرفه ای

۲. شیوه های مدیریتی

۳. شیوه زندگی

□ طراحی و اجرای برنامه جامع مداخله با هدف: ایجاد شیوه های کاری سودمند برای سلامتی و نشاط و توانمند سازی کارکنان و خانواده های آنان برای تأمین ، حفظ و ارتقای سلامت خود. این مهم به طور عمده با چهار دسته فعالیت قابل برنامه ریزی است که نمونه این اقدامات به شرح زیر است:

نمونه اقدامات «تغییر رفتار فردی»

□ ترویج تکنیک های ریلاکسیشن در محل کار

- ارایه برنامه غذای روزانه سالم به انضمام تبادل دستور تهیه آن
- تدوین راهنمای حفظ سلامت شخصی برای تمام کارمندان
- برنامه‌های تعطیلات و ماه‌های تابستان برای تناسب اندام و تغذیه
- تسهیل فعالیت‌های گروهی برای گروه‌های کار
- ایجاد یک "باشگاه گردش" برای کارمندان

نمونه اقدامات «در محل کار فیزیکی»

- تغییر غذاهای رستوران محل کار به چیزهای کم چرب
- آموزش مهارت‌های کمک اولیه به کارمندان در ایستگاه‌های کاری و تهیه لوازم آن
- نمایش علائم برای ترویج ارتقای ایمنی (مانند استفاده از کلاه ایمنی، استفاده از تجهیزات حفاظت شخصی)
- ایجاد و نگهداری تابلو اعلانات سلامتی
- تخصیص یک اتاق آرام برای استراحت و یا تفکر
- فراهم آوردن مبلمانی که سازگار با تناسب بدن هر کارمند باشد

نمونه اقدامات «سیاست‌ها و توسعه سازمانی»

- سازماندهی فعالیت‌ها برای ماه‌ها با موضوع سلامتی
- اعطای یارانه به اعضای باشگاه سلامتی
- ارسال اطلاعات سلامتی از طریق پست الکترونیک، آگهی، بولتن‌های خبری، ضمیمه‌های لیست حقوق
- ایجاد رقابت‌های سازمانی براساس مقدار کیلومتر پیاده روی، مقدار کاهش وزن ساعت ورزش و غیره
- آشنا کردن شرکت‌کنندگان به آگهی‌ها یا بولتن‌های خبری
- برقراری مسابقات المپیک شرکت برای ترویج ورزش و ساختار گروهی
- پیروی از تمام آیین‌نامه‌های ایمنی و سلامت

نمونه اقدامات «همکاری اجتماعی»

- برگزاری یک سری سخنرانی در مورد سلامتی
- تشکیل گروه‌های گفتگو در ساعت ناهار
- دعوت از یک رستوران محلی برای مدیریت کلاس پخت غذاهای کم چرب
- تأمین مخارج مسابقه عمومی و تشویق کارمندان و خانواده‌هایشان به شرکت در آن
- اجرای مسابقه برای فرزندان کارمندان برای تهیه پوسته‌های ارتقای سلامت در محل کار
- تأمین مخارج کلاس‌ها، پارک‌ها و برنامه‌های تفریحی برای سلامتی
- جلب مشارکت فروشندگان محلی سالم برای تأمین مخارج مسابقات شرکت
- معرفی کارکنان به گروه‌های حمایتی و خود یاری

گروه هدف

تمام کارکنان سازمان
و خانواده آنان

تمام کارکنان به معنی:

- پاره وقت یا تمام وقت
- با حقوق بالا یا پایین
- مدیر یا غیر مدیر
- زن یا مرد

سازمان به معنی:

تمام سازمان‌ها با هر تعداد کارمند بدون محدودیت

نکته مهم: در بررسی متون این گونه ذکر شده است که « در سال‌های اولیه اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار تصور می‌شد که برنامه‌ها بهتر است در سازمان‌های با تعداد افراد بالا پیاده شود، بعدها متوجه شدند که اغلب کارکنان در محل‌های کار با کمتر از ۵۰ نفر اشتغال دارند! (به عنوان مثال در ایالات متحده ۸۰ درصد کارفرمایان بخش خصوصی کمتر از ۵۰ نفر کارمند دارند) لذا در نظر نگرفتن این آمار در کشور می‌تواند موجب از دست دادن گروه کثیری از کارمندان و کارگران شود به طوری که ارزیابی ملی برنامه مخدوش شود.

روش تامین هزینه ها برای گیرنده خدمت



- به موجب مواد قانونی زیر :
- ماده ۸۵ فصل چهارم قانون کار
- ماده ۹۱ فصل چهارم قانون کار
- ماده ۹۵ فصل چهارم قانون کار
- ماده ۸۸ قانون تامین اجتماعی
- آئین نامه کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار
- ماده ۱۳۸ قانون کار خدمات رفاهی کارگران
- ماده ۱۳۵ قانون کار

هزینه کلیه خدمات و برنامه های اجرایی حفاظت فنی و بهداشت کار و کارگر به عهده کارفرما است .

ماده ۱۴۷ قانون کار در مورد خدمات رفاهی کارگران:

دولت مکلف است خدمات بهداشتی و درمانی را برای کارگران و کشاورزان مشمول این قانون و خانواده آنها فراهم سازد.

ماده دو آیین نامه کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار مصوب ۱۳۷۴/۴/۱۱:

کلیه کارگاه‌های با جمعیت بیش از ۲۵ نفر مکلف به راه‌اندازی « کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار » است. کارگاه‌های زیر ۲۵ نفر با هماهنگی کارشناس بهداشت حرفه‌ای محلی در این مورد تعیین وضعیت می‌شود.

بند ۱۷ ماده ۵ آیین نامه کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار مصوب ۱۳۷۴/۴/۱۱:

تهیه و تصویب و صدور دستورالعمل‌های اجرایی حفاظتی و بهداشتی برای اعمال در داخل کارگاه در مورد پیشگیری از ایجاد عوارض و بیماری‌های ناشی از عوامل فیزیکی، شیمیایی، ارگونومیک، بیولوژیکی و روانی در محل کار.

آنچه که از متن قوانین و آیین نامه های مصوب برداشت می‌شود این است که:

- در مجموع از سه حیطة اهداف این برنامه در محل کار، فقط از حیطة اول یعنی ایمنی در محل کار قانون به صراحت حمایت کرده و در مورد دو هدف دیگر فقط تسهیلاتی وجود دارد و نیاز به مصوبات بیشتر قانون گذار است.
 - با توجه به رویکردها و تعاریف جدید از سلامت و عوامل دخیل در آن، لازم است در قوانین و آیین‌نامه‌های مرتبط حیطة‌های شمول در « ارتقای سلامت در محل کار » باز تعریف شود.
 - خلاء قانونی یا عدم شفافیت و یا تفسیر ناواضح برای انجام امور پیشگیری و ارتقای سلامت در سازمان‌های بیمه‌گر وجود دارد.
- به این ترتیب می‌توان هزینه‌های خدمت را برای گیرنده خدمت فراهم آورد.

فهرست برنامه های قابل اجرا برای کاهش عوامل خطر کارکنان

دسته اول	دسته دوم	دسته سوم
ترک سیگار	مهارت های مدیریت فردی	تغذیه سالم
کاهش وزن	آموزش مهارت های زندگی	آموزش جلوگیری از صدمات شغلی
مصرف الکل	آموزش مهارت های مراقبت و پایش از خود	سلامت دهان و دندان
کاهش استرس	آموزش روابط بین والدین	آموزش بهداشت عمومی
برنامه کاهش افسردگی	مهارت های تربیت فرزند	برنامه های ورزشی
کاهش علل اسکلتی عضلانی (کمردرد ، گردن درد)	تعادل کار و زندگی	برنامه های پیشگیری از سرطان ها
غربال گری بیماری	آموزش مهارت های کار در سازمان	غربال گری فزونی چربی خون
برنامه کاهش فشار خون پیشگیری از سکته های قلبی - عروقی و مغزی		

با این که انتخاب برنامه ها بر اساس نیاز است اما می توان مرجعی برای انتخاب برنامه ها

تدوین کرد که فهرست زیر چنین خصوصیتی را داراست:

۱. کمک های اولیه و فوریت ها
۲. درمان بیماری های کارکنان
۳. معاینات ادورای
۴. ارزیابی خطرات سلامت محلی
۵. آموزش سلامت
۶. برنامه های مداخله ای سلامت
۷. غربال بیماری ها و واکسیناسیون
۸. برنامه های تناسب اندام و تسهیلات مرتبط

سطوح آرایه خدمت

- ستاد وزارتی (اداره ارتباطات و آموزش سلامت)
- دانشگاه های علوم پزشکی
- مرکز بهداشت استان
- مرکز بهداشت شهرستان
- مرکز بهداشت درمانی شهری و روستایی
- خانه بهداشت روستایی

برای سیاست گذاری، پیاده سازی و ارزیابی برنامه ارتقای سلامت در محل کار تمام سطوح مسئول در شبکه بهداشتی درگیر خواهند بود:

- ستاد وزارتی (اداره ارتباطات و آموزش سلامت)
- دانشگاه های علوم پزشکی
- مرکز بهداشت استان
- مرکز بهداشت شهرستان
- مرکز بهداشت درمانی شهری و روستایی
- خانه بهداشت روستایی

هر یک از این سطوح شرح وظایفی خواهند داشت که به پیاده شدن و استقرار این برنامه کمک می کند اما آن چه که در ابتدای کار پیشنهاد می شود این است که یکی از واحدهای تابعه اداره ارتباطات و آموزش سلامت با شرح وظایف زیر تشکیل شود:

□ سیاست گذاری بر مبنای تحقیقات و تحولات جهانی در زمینه آموزش و ارتقای

سلامت در محل کار

ارتقای سلامت در محل کار ۴۵۹

- تسهیل و پیاده‌سازی سیاست‌های آموزش و ارتقای سلامت در محل کار
- ارزشیابی و ارزیابی بازخورد به واحد‌های مسئول در این زمینه در کشور

با توجه به پیشنهاد نقش سیاست‌گذاری و ارزیابی سطوح مختلف شبکه بهداشتی کشور در برنامه ارتقای سلامت در محل کار نکات زیر قابل ذکر است:

- هر یک از سطوح فوقانی در شبکه پایش گر شرح وظایف سطح زیرین است .
- شاخص‌های اندازه‌گیری شده بازده نهایی در محل کار توسط سطح شهرستان جمع آوری و تحلیل می شود .

□ شاخص‌های اندازه‌گیری شده سطح شهرستان توسط سطح استانی جمع آوری و تحلیل می شود .

□ شاخص‌های اندازه‌گیری شده سطح استانی توسط سطح وزارتی جمع آوری و تحلیل می شود .

مجموعه شاخص‌های بازده نهایی که در بخش قبلی به فهرست آنها اشاره شد، در کنار جمع بندی سایر سطوح جدول جامعیت (جدول زیر) را تشکیل می دهد که تکمیل صحیح آن مقدمه بازنگری در تصمیم‌گیری و برنامه ریزی ها است تا از این راه برنامه ارتقای سلامت در محل کار ارتقا یابد .

شاخص‌های فرایندی	شاخص‌های برون داد	شاخص‌های حد واسط	شاخص‌های اثر نهایی	
				محل کار
				شهرستان
				استان
				وزارت بهداشت

ارایه دهندگان خدمت (تیم ارتقای سلامت در محل کار)



متخصص مربوط	منشاء عوامل مضر
متخصص طب کار کارشناس بهداشت صنعتی کارشناس بهداشت حرفه ای ارگونومیست سم شناس مهندس ایمنی	نوع و شرایط اختصاصی کار
متخصص مدیریت سازمانی روانشناس صنعتی	مدیریت سازمان
پزشک اجتماعی و پیشگیری متخصص آموزش سلامت	رفتارهای پرخطر فردی

مدارک تحصیلی مورد تأیید وزارت بهداشت + دوره آموزشی ارتقای سلامت در محل کار
بخش خصوصی برای ارایه مشاوره در کارگاه های زیر ۵۰ نفر باید مجوز های مربوطه را کسب کنند.

پیاده سازی برنامه ارتقای سلامت در محل کار بر خلاف سایر برنامه های سلامتی و بهداشتی کشور به یک تیم چند حرفه ای با دیدگاه مشترک نیاز دارد. اعضای این تیم بر حسب منشاء عوامل خطر و کارشناسان مرتبط انتخاب شده اند:

عوامل خطر ناشی از نوع و شرایط اختصاصی کار:

۱. متخصص طب کار
۲. کارشناس بهداشت صنعتی
۳. کارشناس بهداشت حرفه ای
۴. ارگونومیست
۵. سم شناس
۶. مهندس ایمنی

عوامل خطر ناشی از مدیریت سازمان:

۱. متخصص مدیریت سازمانی

ارتقای سلامت در محل کار ۴۶۱

۲. روانشناس صنعتی

عوامل خطر ناشی از رفتارهای پرخطر فردی

۱. پزشک اجتماعی و پیشگیری

۲. متخصص آموزش سلامت

این تیم علاوه بر مدارک تحصیلی مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید دوره آموزشی ارتقای سلامت در محل کار را با موفقیت پشت سر بگذارند. بخش خصوصی فعال در این زمینه نیز باید مجوزهای مربوطه را کسب کنند. دانش، مهارت و نگرش‌های مربوط به دوره فوق‌الذکر در فصل سوم آمده است.

روش های ارائه خدمت

- ارائه کامل خدمات در محیط کار
- ارائه خدمات ترکیبی (امکانات درون و برون سازمان)

بالای ۵۰ نفر : استقرار تیم به طور کامل
زیر ۵۰ نفر : مشاوره از مراکز خصوصی
اجزای شبکه بهداشتی کشور نقش نظارتی و ارزیابی دارد .

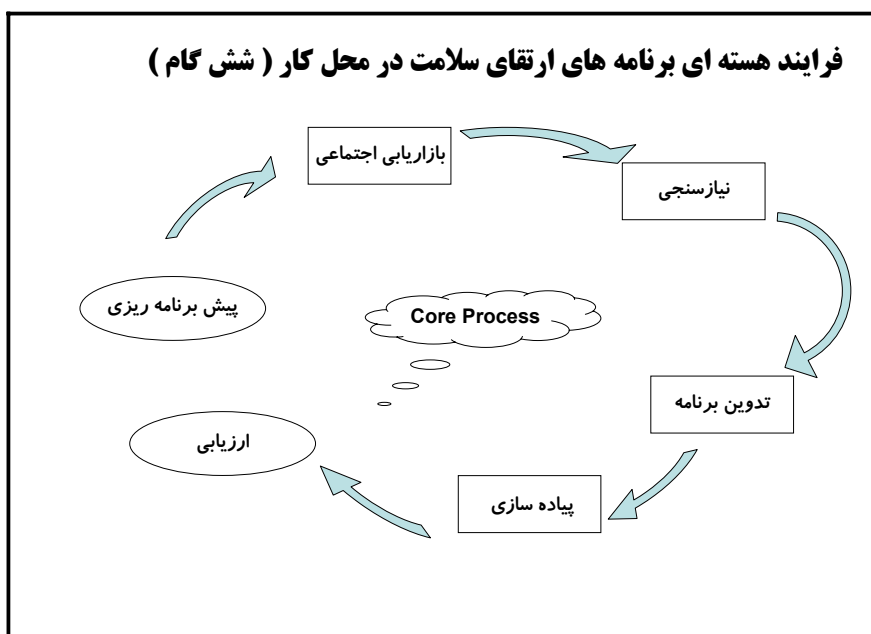
روش های ارائه خدمت: با توجه به هدف نهایی برنامه ارتقای سلامت در محل کار، قابلیت های شبکه بهداشتی کشور در کنار رشد بخش خصوصی توانمند و نقش نظارتی بخش دولتی در ارائه خدمات، دو روش برای ارائه خدمات ارتقای سلامت در محل کار پیش بینی می شود:

ارائه کامل خدمات در محل های کاری بالای ۵۰ نفر با استقرار تیم مربوطه
 ارائه خدمات ترکیبی با محوریت امکانات درون یا برون سازمانی. این روش برای محل های کاری زیر ۵۰ نفر پیشنهاد می شود که می توانند از بخش خصوصی مربوطه مشاوره دریافت کنند.

در هر دو روش تیم ارتقای سلامت در محل کار با استفاده از روش های زیر باید خدمت خود را ارائه کنند :

- نیازسنجی و ارزیابی خطر
 - برنامه های آموزشی متکی بر مدل های تغییر رفتار (آگاهی، مهارت و نگرش):
۱. از طریق رایانه (تحت وب، پست الکترونیک)

۲. کتابخانه صوتی - تصویری
 ۳. مکتوب (مجله، پوستر، بروشور، کتابچه راهنما)
 ۴. تورهای آموزشی
 ۵. معرفی به گروه‌های خودیاری
- غربالگری
 - تغییر شرایط محیط کار (تغییرات زیست محیطی و سازمانی)
 - تغییر شرایط مدیریت سازمانی
 - خدمات پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه
 - طراحی مدل‌های فراهم‌آوری تسهیلات سلامتی در محل کار
 - ترویج شیوه زندگی سالم



بر اساس مدل‌های ذکر شده در بررسی متون، شش گام اساسی برای پیاده‌سازی برنامه ارتقای سلامت در محل کار لازم است که از آن به عنوان فرایند هسته‌ای یا اصلی برنامه یاد می‌شود:

گام اول : پیش‌برنامه‌ریزی

گام دوم : بازاریابی اجتماعی

گام سوم : نیازسنجی

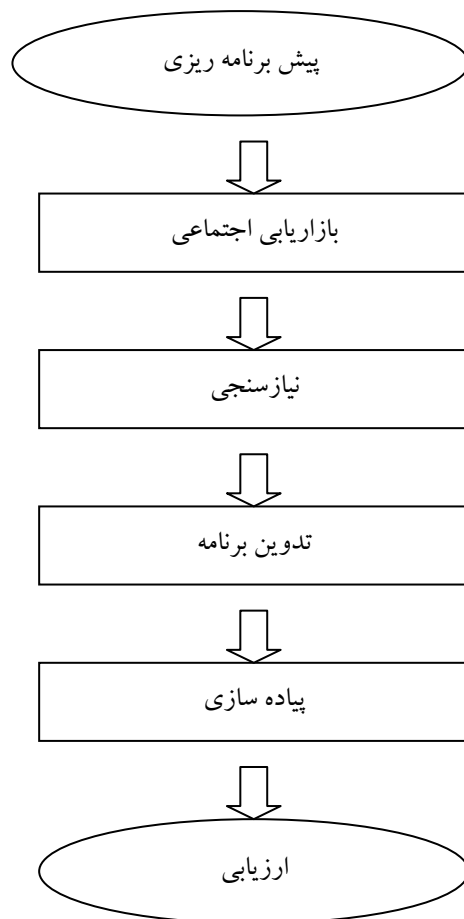
گام چهارم: تدوین برنامه

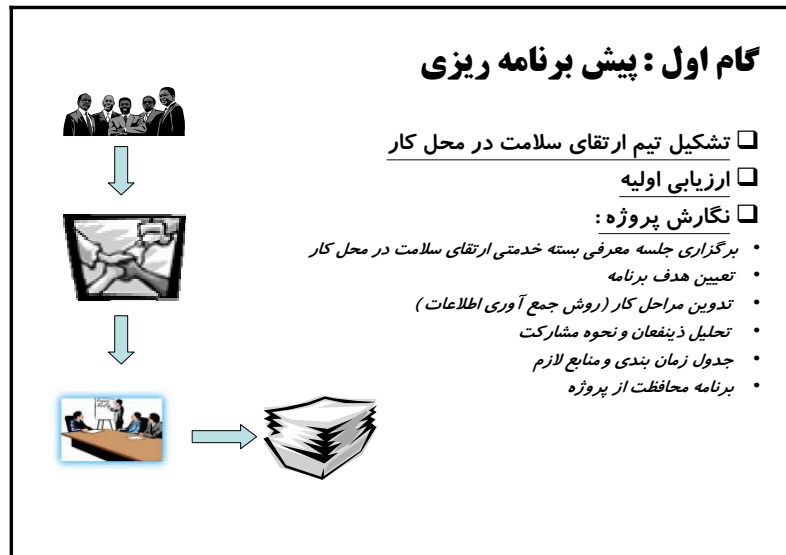
گام پنجم: پیاده‌سازی

گام ششم: ارزیابی

ارتقای سلامت در محل کار ۴۶۵

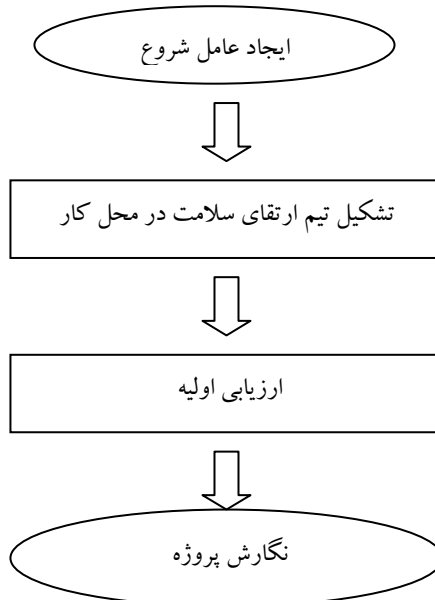
فرایند هسته ای اجرای برنامه ارتقای سلامت در محل کار





این مرحله به عنوان « برنامه برنامه‌ریزی » یا « پیش برنامه‌ریزی » نامیده می‌شود. در این مرحله علاوه بر کارهای مقدماتی که برای اجرای یک برنامه انجام می‌شود، پیش‌بینی‌ها و امکان‌سنجی اجرای برنامه نیز توسط عوامل شروع کننده صورت می‌پذیرد:

فرایند گام اول : پیش برنامه ریزی



تشکیل تیم:

اولین نقطه در اجرای این برنامه‌ها، ایجاد یک عامل شروع کننده است که توالی زیر این قابلیت را برای تشکیل تیم می‌تواند ایجاد کند:

۱. بخشنامه اجرایی نظام نظارت‌گر و اعتبارگذار
 ۲. دستور کارفرما برای پیاده‌سازی برنامه‌ها در محل‌های کاری
 ۳. مصوبات کمیته‌ها و ساختارهای موجود بهداشت حرفه‌ای در محل‌های کار
 ۴. انتخاب و تشکیل تیم درون سازمانی و برون سازمانی (مشاور بخش خصوصی).
- توضیح: تخصص‌ها و تجربه‌هایی که باید در این تیم حضور داشته باشد در قسمت‌های قبلی آمده است. ضمناً در کمیته ارتقای سلامت در محل کار، حضور نماینده کارکنان و نماینده اتحادیه کارفرمایان و کارگران ضروری است.
۵. تدوین مرام نامه کار تیمی و اجماع در مورد آن.

ارزیابی اولیه:

برای ساختن یک مدل ارتقای سلامت در محل کار لازم است تیم مربوطه، ارزیابی اولیه‌ای از محل کار داشته باشند، این ارزیابی معمولاً به دنبال سه سؤال زیر است و از روش‌های گردش در محل کار و گفتگوی دوستانه با کارکنان، برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز با برخی از کارکنان و مدیران، مصاحبه با کارکنان با سابقه و موفق در سازمان، مصاحبه با رهبر معنوی یا کارزماتیک سازمان (این فرد الزاماً کارفرما نیست) استفاده می‌کند:

۱. علاقه: آیا کارکنان نگران مسایل مربوط به سلامت هستند؟ آیا علاقه‌مند به درگیر شدن در شناخت این مسایل هستند؟
۲. منابع: آیا کارکنان و رای مشارکت شخصی علاقه‌مند به سهیم شدن در تأمین منابع مورد نیاز برای شروع یک مدل سلامت در محل کار هستند؟
۳. سازمان دهی: آیا یک هسته علاقه‌مند از افراد عمل‌گرای متعهد وجود دارد؟

نگارش پروژه:

پس از تعیین تیم و ارزیابی اولیه، پروژه ارتقای سلامت در محل کار به شرح ذیل باید نوشته شود:

- برگزاری جلسه معرفی استانداردها و روال‌های بسته خدمتی ارتقای سلامت در محل کار
- تعیین هدف برنامه
- تدوین مراحل کار (روش جمع‌آوری اطلاعات)
- تحلیل ذینفعان و نحوه مشارکت
- جدول زمان‌بندی و منابع لازم
- برنامه محافظت از پروژه

توضیح ۱: در قسمت تدوین مراحل کار باید اجزای ترتیبی هر یک از شش گام فرایند اصلی برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار درج شود.

توضیح ۲: برنامه محافظت پروژه عبارت است از تحلیل اعضای پروژه از مجموعه مشکلات احتمالی پیش‌رو برای اجرای پروژه و تعیین درجه وخامت آن و همچنین روش‌های پیشگیری از آن.

برون داد این گام عبارت است از:

- تیم اولیه ارتقای سلامت در محل کار
- پیش‌نویس پروژه ارتقای سلامت در محل کار



گام دوم: بازاریابی اجتماعی

- توجیه و جلب تعهد سازمانی شامل تمامی کارکنان و مدیران
- تشکیل کمیته های مرتبط

تندرستی آنقدر اهمیت دارد که آن را با ترشویی عرضه نکنیم.

در گام دوم باید بازار یابی اجتماعی برای برنامه ارتقای سلامت در محل کار انجام شود. در فصل سوم به تعریف و مراحل بازار یابی اجتماعی اشاره شد. در بازار یابی این برنامه روال زیر را باید به ترتیب طی کرد در مورد هر یک از مراحل استانداردهای اجرایی وجود دارند که باید از طرف تیم اجرایی برنامه رعایت شود:

اول) رایزنی با رییس و دبیر بالاترین شورای تصمیم گیری سازمان برای برگزاری جلسه توجیهی انجام شود.

استاندارد ۱) تحلیل ذینفعان برای اجرای برنامه باید انجام شود.

استاندارد ۲) ذینفعان ضروری و مؤثر به جلسه توجیهی دعوت شوند.

دوم) تهیه محتوای توجیهی (با هدف تغییر نگرش) برنامه ارتقای سلامت در محل کار.

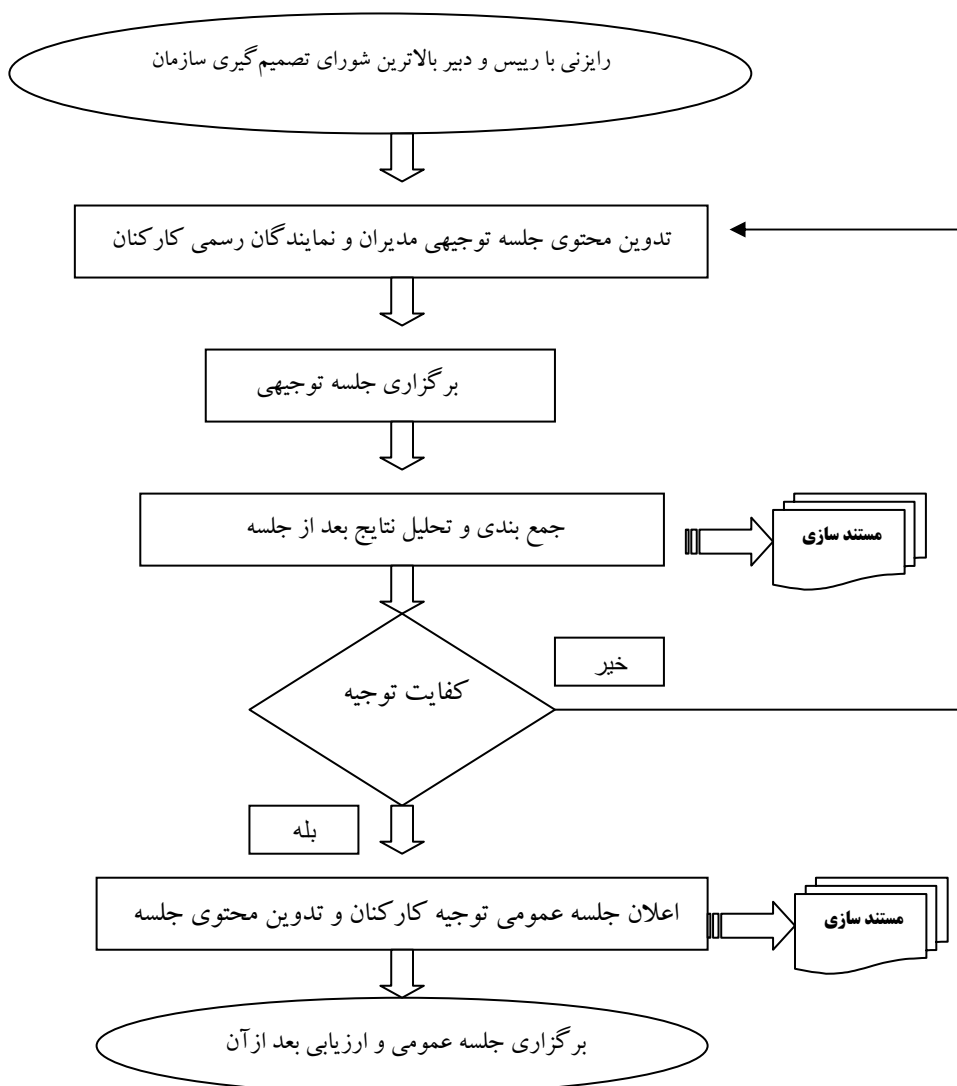
استاندارد ۱) باید آثار و عواقب کم توجهی به سلامت کارکنان منطبق بر تحقیقات داخل و خارج کشور مستند شود.

۴۷۰ بسته خدمتی ارتقای سلامت در محل کار

استاندارد ۲) باید اهداف نهایی تجاری اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت مستند شود (هزینه-اثربخشی، هزینه-فایده، بهره‌وری).

استاندارد ۳) باید اهداف نهایی غیر تجاری اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت مستند شود (بهره‌وری، کیفیت محصول، رضایت مشتری، سلامت و کاهش غیبت کارکنان).

فرایند گام دوم: بازاریابی اجتماعی



ارتقای سلامت در محل کار ۴۷۱

استاندارد ۴) باید نگرش‌ها و باورها، سؤالات و ابهامات احتمالی شنوندگان قبل از جلسه حدس زده شده و پاسخ مناسب آماده شود.

استاندارد ۵) باید مطالب آماده شده برای ارائه شفاهی خلاصه بوده و حداکثر برای نیم ساعت ارائه تنظیم شده باشد.

استاندارد ۶) برای ترغیب شرکت کنندگان باید از اسلاید، فیلم و خلاصه متن توجیهی به صورت کتبی استفاده شود. به عنوان مثال انواع فیلم های مقدماتی برای شروع تغییر نگرش در زمینه ارتقای سلامت در محل کار:

- فیلم مصاحبه با اعضای خانواده کارگر و کارمند در مورد مشکلات به وجود آمده ناشی از بیماری

- فیلم صحنه حادثه رخ داده در کارخانه

- مصاحبه با کارکنان در مورد برخی شیوه‌های نامطلوب تفویض و مدیریت کار از طرف مافوق

- تهیه فیلم با سناریوی آثار و عواقب شیوه‌های مدیریت کارکنان بر سلامت فرد و خانواده اش

- نشان دادن برخی صحنه های غلط در شیوه‌های کاری و آثار متعاقب آن در محل کار

- نشان دادن فیلمی با سناریوی تأثیر چاقی یا مصرف سیگار و الکل بر کیفیت کار

- نشان دادن آثار مشکلات خانوادگی بر کیفیت کار انجام شده

□ سوم) برگزاری جلسه توجیه مدیران و نمایندگان رسمی کارکنان

استاندارد ۱) باید از بهترین ارائه دهنده و سخنران استفاده شود.

استاندارد ۲) باید اصول سخنرانی هدفمند رعایت شود.

استاندارد ۳) نباید مدت زمان سخنرانی بیش از ۳۰ دقیقه طول بکشد.

استاندارد ۴) باید برای بخش پرسش و پاسخ و رفع ابهامات شرکت کنندگان حداقل ۴۵ دقیقه وقت صرف شود.

استاندارد ۵) باید تمام شنوندگان، پرسش‌ها و نظرات خود را به طور چرخشی ارائه کنند و پس از دسته بندی به تک تک آنها پاسخ داده شود.

استاندارد ۶) نباید اصراری به پاسخ گویی تمام سؤالات و ابهامات از طرف برگزارکنندگان باشد.

استاندارد ۷) شرح جلسه باید به طور کامل ثبت شود.

استاندارد ۸) میزان موافقت با ضرورت اجرای برنامه در انتهای جلسه به طور رأی مخفی و بدون اسم جمع آوری شود.

استاندارد ۹) در صورت تصویب کلیات برنامه، اعلام عمومی این تصویب باید به شرح زیر انجام بگیرد:

-بیانیه رسالت سازمان بازبینی شده و عبارت « متعهد بودن سازمان به ارتقای سلامت کارکنان » در آن درج شود.

-به طور علنی و طی بخشنامه درون سازمانی کلیات تصمیم به کارکنان اعلام شود.

□ چهارم) جمع بندی و تحلیل مسأله بعد از برگزاری جلسه

استاندارد ۱) باید از جمع بندی و تحلیل نگرش های شرکت کنندگان نتیجه واضح استخراج شود:

استاندارد ۲) چنان که از تحلیل این گونه برآمد که افراد موافقت اندکی دارند و یا برای توجیه نیاز به جلسه دیگری است، سه مورد زیر باید رعایت شود:

۱. آن جلسه باید بعد از مدت زمان کافی یک تا دو ماه بعد برگزار شود.

۲. تحلیل شکست در توجیه برنامه برای ادامه کار ضروری است و لازم است روش توجیه بازنگری شود.

□ پنجم) توجیه کلیه کارکنان در مورد برنامه ارتقای سلامت کارکنان

استاندارد ۱) افراد از طریق مسؤلان هر یک از گروه های کاری و یا واحد های سازمانی دعوت می شوند.

استاندارد ۲) محتوای توجیهی کارکنان متفاوت با محتوای توجیهی مدیران است و در این نوع محتوای بر اهداف ارتقای سلامت فردی و خانوادگی تأکید بیشتری می شود.

استاندارد ۳) اصول ترغیب کارکنان برای همکاری و مشارکت در اجرای برنامه باید همانند استانداردهای روال دوم و سوم رعایت شود.

استاندارد ۴) سطوح مشارکت کارکنان در برنامه باید قبل از جلسه تعیین شود و در ابتدای جلسه به کارکنان اعلام شود و پس از پایان جلسه افراد ثبت نام کنند. این سطوح عبارت است از:

سطح اول: شرکت داوطلبانه در برنامه های مداخله ای به عنوان مخاطب

ارتقای سلامت در محل کار ۴۷۳

سطح دوم: عضو عمل‌گرای گروه‌ها و کمیته‌های ارتقای سلامت در محل کار (به آنان کار تفویض می‌شود اما آنان تمایلی به شرکت مستقیم در جلسات ندارند)
سطح سوم: عضو گروه‌ها و کمیته‌های ارتقای سلامت در محل کار:

۱. کمیته ارزیابی و نیازسنجی

۲. کمیته اجرایی مداخلات (شامل شرکت در انواع روش‌های پیاده‌سازی مداخلات)

توضیح: نوع تقسیم‌بندی و ساختار کار بستگی به تجربیات و مهارت‌های مدیر پروژه و تصمیم‌گیری تیم ارتقای سلامت دارد اما به دلیل حجم بالای امور پروژه در دو گام از برنامه‌های «ارتقای سلامت در محل کار» (گام نیازسنجی و گام پیاده‌سازی) پیشنهاد می‌شود که از مشارکت مستقیم کارکنان استفاده شود. نمونه‌ای از ساختار تصمیم‌گیری برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار در شکل زیر آمده است.

برون داد این گام عبارت است از:

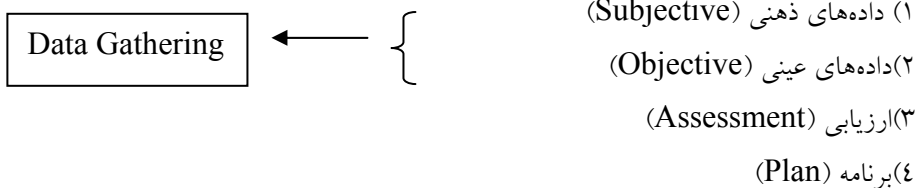
- تیم کارفرمایی توجیه و متعهد شده
- کارکنان توجیه شده
- تعیین سطوح مشارکت تک‌تک کارکنان از جمله تشکیل کمیته‌ها

ساختار تصمیم‌گیری برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار





خلاصه مراحل نیازسنجی با استفاده از یادیار (SOAP) به شرح زیر است:



که سه مرحله اول اجزای نیازسنجی را تشکیل می‌دهد. جمع‌آوری داده‌ها برای نیازسنجی بر اساس دو دسته عوامل باید انجام شود:

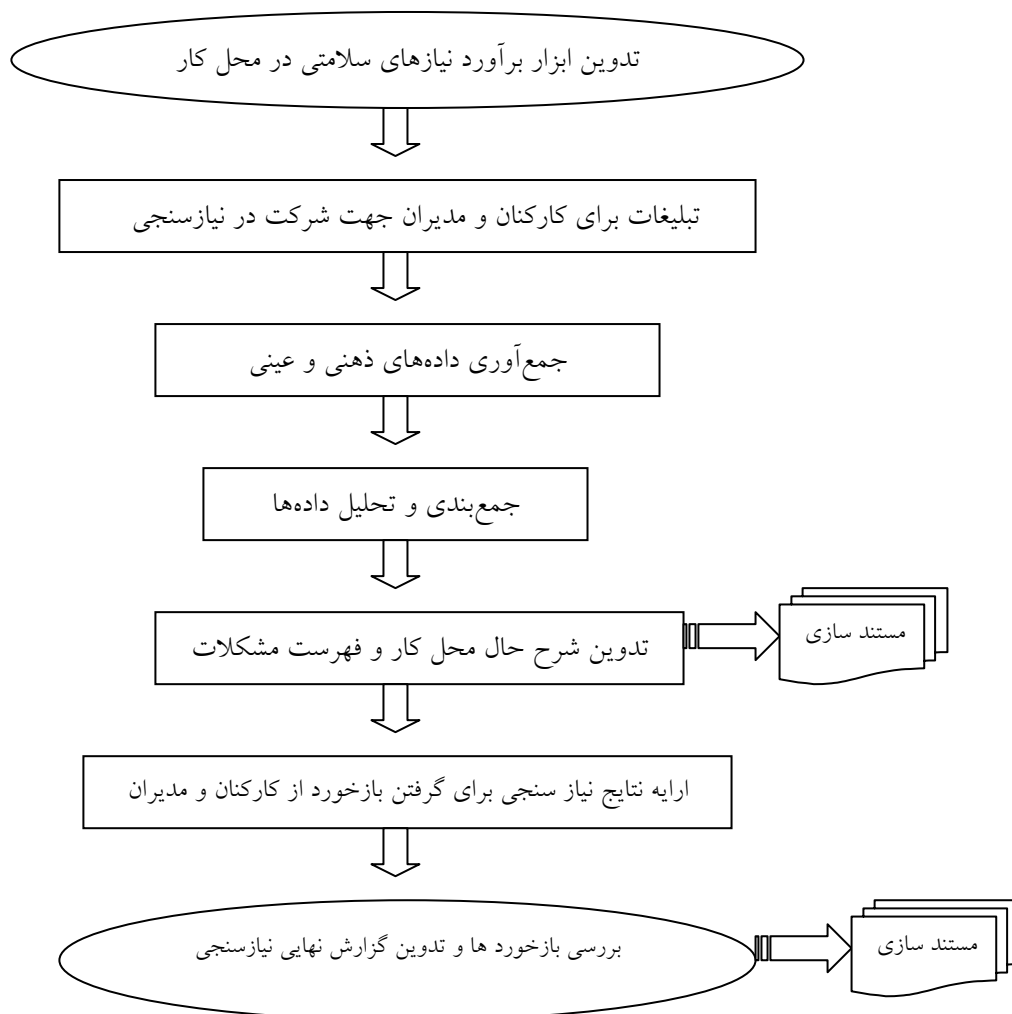
□ داده‌های هنجار (Soft) یا ذهنی (Subjective): عموماً متکی بر نظرات فردی کارکنان، کارفرمایان و خانواده آنان است.

□ داده‌های سخت (Hard) یا عینی (Objective): متکی بر داده‌های آماری، تحقیقاتی و گزارش‌های مشاهده‌ای است.

در جمع‌آوری داده‌ها روال زیر با استانداردهای مربوطه باید رعایت شود:

روال اول) بسته برآورد نیازهای سلامتی در محل کار باید تدوین و تصویب شود.

استاندارد اول) هر بسته برآورد نیاز باید شامل اجزای زیر باشد:



ارتقای سلامت در محل کار ۴۷۷

۱. ابزار گردآوری اطلاعات هنجار شامل پرسشنامه‌ها، چارچوب برگزاری جلسه بحث متمرکز گروهی، چارچوب مذاکره با کارکنان
 ۲. کتابچه راهنمای ویژه گردآوردندگان اطلاعات
 ۳. پوستره‌های ترغیب کننده مخاطبان برای همکاری با گردآوردندگان اطلاعات
- استاندارد دوم) ابزار گردآوری اطلاعات ذهنی باید بتواند وضعیت های زیر را مشخص کند:
- بررسی میزان آگاهی، نگرش و مهارت کارکنان در زمینه مربوط به عوامل خطر و عوامل محافظتی سلامت در محل کار

□ شناخت شیوه‌های زندگی و عوامل خطر فردی کارکنان و خانواده آنان :

۱. ورزش و فعالیت فیزیکی
۲. مسئولیت پذیری فردی سلامت
۳. تغذیه
۴. ارتباط بین فردی
۵. کاربرد بدون خطر دارو ها
۶. خواب، استراحت و مدیریت استرس
۷. پیشگیری از جراحت و حادثه
۸. اجتناب از سیگار و متوقف کردن سیگار
۹. رفتارهای جنسی
۱۰. رشد روحی و معنوی

□ شناخت عوامل خطر محل کار از نظر کارکنان شامل عوامل مضر شیمیایی، فیزیکی،

ارگونومیک و بیولوژیک

□ شناخت عوامل خطر ناشی از شیوه‌های مدیریت سازمان از نظر کارکنان

استاندارد سوم) جمع آوری داده‌های عینی باید شامل موارد زیر باشد:

موارد عمومی:

۱. نوع شغل
۲. محیط کار

۳. رده بندی شغلی (مدیر، کارمند)
۴. نوع کار (فروش، خدمات)
۵. برنامه زمانبندی نوبت کار
۶. میزان درآمد پرسنل
۷. تصادفات و جراحات کارکنان در طول سال های گذشته
۸. داده های اقتصادی در مورد هزینه های سلامت و بیماری کارکنان:
 - بیمه مراقبت / سلامت پزشکی
 - بیمه مراقبت از کارافتادگی
 - جبران خسارت کارکنان
 - بیمه عمر
۹. داده های مرخصی استعلاجی و از کار افتادگی
۱۰. میزان تغییر در تعداد کارمندان (گردش کار کارمند)، جایگزینی و آموزش مجدد
۱۱. میزان غیبت
۱۲. میزان مرگ و میر کارکنان خصوصاً مرگ احتمالی و زودهنگام کارمند
۱۳. میزان بهره وری سازمانی

شیوه مدیریت سازمان

- برنامه ریزی:
- ۱. داشتن رسالت و دورنما و ارزش های سازمانی
- ۲. داشتن برنامه و اهداف سازمانی با تناوب سازمانی مشخص
- ۳. **میزان مشارکت کارکنان در تصمیم گیری و برنامه ریزی سازمان**
- ۴. وجود فرایندها، روال ها و استانداردهای اجرایی امور
- سازمان دهی:
- ۱. تناسب شغل و توانمندی کارکنان
- ۲. کمیت و کیفیت تفویض کار
- ۳. تناسب کار تفویض شده با توانمندی کارکنان

۴. دفعات و حجم کارهای فوری تفویض شده در سازمان
 ۵. شرح وظایف شغلی متناسب با اختیارات
 ۶. وجود شرح وظایف شغلی مدون، متنوع و توجیه شده برای کارکنان
 ۷. انتصاب های مدیریتی بر مبنای شایستگی و صلاحیت در سازمان
 ۸. رعایت استانداردهای نوبت کاری
- رهبری:
۱. مشخص بودن شرایط آگاه سازی و پاداش کارکنان
 ۲. امکان گذراندن دوره های آموزشی کارکنان
 ۳. وجود روال و استانداردهای ارزشیابی دوره ای کارکنان
 ۴. تعداد مرخصی های داوطلبانه
 ۵. حمایت از بازنشستگی کارکنان
- ارزشیابی:
۱. وجود نظام ارزشیابی عملکرد در سازمان
 ۲. وجود جلسات نقد ارزشیابی انجام شده در سازمان
- وضعیت فرهنگ سازمانی: فرهنگ سازمانی مطلوب باید به دنبال آن باشد که روش های کاری را تدوین نماید تا تقاضای زمان و انرژی در یک محدوده منطقی نگه داشته شود.
۱. رضایت شغلی یکی از نشانگرهای فرهنگ مطلوب سازمانی است.
 ۲. میزان مشارکت در نظارت و اداره امور
 ۳. توجه به رفاه کارکنان و خانواده هایشان
 ۴. استنباط کارکنان از انصاف کارفرما
 ۵. ایجاد فرصت برای ارتقای شغلی
 ۶. کاهش خشونت در محل کار
- ارتباطات درون سازمانی:
۱. جلسات نقد گروهی
 ۲. جلسات جشن گروهی
 ۳. برقراری ارتباط فوری و ملاقات تسهیل شده با مسئولان

۴. در سازمان رابطه‌ای خوب میان کارمندان از هر سطح وجود داشته باشد
۵. روابط خوب بین مدیران و کارکنان

محل فیزیکی کار

۱. رستوران محل کار از نظر تغذیه مواد غذایی سالم و درست را به کارمندان ارایه
۲. آلاینده های شیمیایی و داشتن وسایل اندازه گیری برای کنترل میزان گرد و غبار و گازهای سمی در محل کار
۳. عوامل خطر فیزیکی: نور، سر و صدا، تهویه هوا، دمای هوا، ارتعاش و تشعشعات و امواج الکترومغناطیس در محل کار
۴. داشتن وسایل برای اندازه گیری عوامل خطر فیزیکی و شیمیایی
۵. عوامل خطر ارگونومیکی: داشتن تجهیزات برای کمک به جابه جایی و حرکت دادن اجسام به منظور کاهش بار فیزیکی کارمندان، طراحی نامناسب محل و ابزار کار، شرایط نامناسب بصری، حرکات متناوب تکراری اندام موقع کار کردن
۶. عوامل خطر بیولوژیک: ناشی از میکروارگانیسم ها
۷. داشتن دستشویی های کافی و تمیز برای هر کارمند
۸. داشتن کنترل درست بر مواد زاید از جمله ضایعات خطرناک
۹. داشتن نظام ثبت بیماری های و جراحات شغلی
۱۰. داشتن دارو و وسایل کمک های اولیه
۱۱. انجام آزمایش قبل از کار با توجه به عوامل خطر ساز
۱۲. انجام آزمایشات فیزیکی دوره ای و دائمی با توجه به عوامل خطر ساز
۱۳. اطلاع رسانی درست از نتایج سلامتی به کارمندان
۱۴. داشتن آزمایش فیزیکی برگشت به کار در صورت مرخصی استعلاجی بلند مدت

عوامل خطر فردی

۱. بررسی وضعیت شاخص توده بدنی
۲. بررسی وضعیت شنوایی و بینایی

۳. بررسی وضعیت جلدی
 ۴. بررسی وضعیت قلبی عروقی شامل فشار خون، نوار قلب و معاینات قلبی
 ۵. غربالگری شیمیایی خون شامل چربی و قند خون طبق دستورالعمل
 ۶. غربالگری سرطان‌ها طبق دستورالعمل کشوری
 ۷. بررسی‌های اختصاصی با توجه به دستورالعمل‌های بهداشت حرفه‌ای و طب کار مانند عکس و معاینه ریه برای کارکنان در معرض خطر
- استاندارد چهارم) تمام اطلاعات باید در فرم‌های مخصوص ثبت شده و سپس تحلیل شوند.
استاندارد پنجم) تمام اطلاعات باید به صورت گزارش شرح حال سلامت محل کار به کمیته ارتقای سلامت ارائه شود. اجزای این گزارش شامل:

□ شرح داده‌های ذهنی:

۱. میزان آگاهی، نگرش و مهارت کارکنان در زمینه‌های سلامت
۲. نظر کارکنان در مورد عوامل خطر ناشی از شیوه‌های مدیریتی و محل اختصاصی کار
۳. و شیوه زندگی کارکنان می باشد؛

□ شرح داده‌های عینی:

شامل تمام داده‌های مشاهده شده در زمینه شیوه مدیریت سازمان، عوامل خطر فردی، محل فیزیکی کار، اطلاعات و آمار مرتبط به وضعیت سلامت کارکنان می باشد؛

□ تحلیل کمیته ارتقای سلامت:

۱. فهرست نقاط قوت سلامت محل کار و علل احتمالی
 ۲. فهرست نقاط ضعف سلامت محل کار و علل احتمالی .
- استاندارد ششم) گزارش مربوطه باید در یک جلسه جمعی به کارکنان و گروه کارفرمایی ارائه شود و نظرات آنان کسب شود .
- استاندارد هفتم) محرمانه بودن اطلاعات فردی کارکنان ضروری است.
- استاندارد هشتم) شیوه نگارش و ارائه این گزارش باید نوع مطالبات کارکنان از کارفرما را به صورت منطقی نشان دهد، ضمن این که نباید تضاد ممانعت کننده برای پیشرفت سازمان بین کارکنان و کارفرمایان ایجاد نماید.

۴۸۲ بسته خدمتی ارتقای سلامت در محل کار

برون داد این گام:

- شرح حال سلامتی محل کار در سه حوزه ایمنی حرفه‌ای، شیوه‌های مدیریتی در سازمان، شیوه زندگی کارکنان
- کارکنان و کارفرمایان آگاه به مشکلات سلامت محل کار

گام چهارم : تدوین برنامه

استفاده از ماتریس برنامه ریزی کمک می کند تا تیم برنامه ریز به تمام الزامات ارتقای سلامت در محل کار توجه نماید .

برنامه سلامت در محل یک سند کاری است که نباید در سنگ حک شود بلکه باید هر ساله بازنگری شده و طوری اصلاح شود که منعکس کننده نیازهای جدید و متغیر کارمندان باشد.

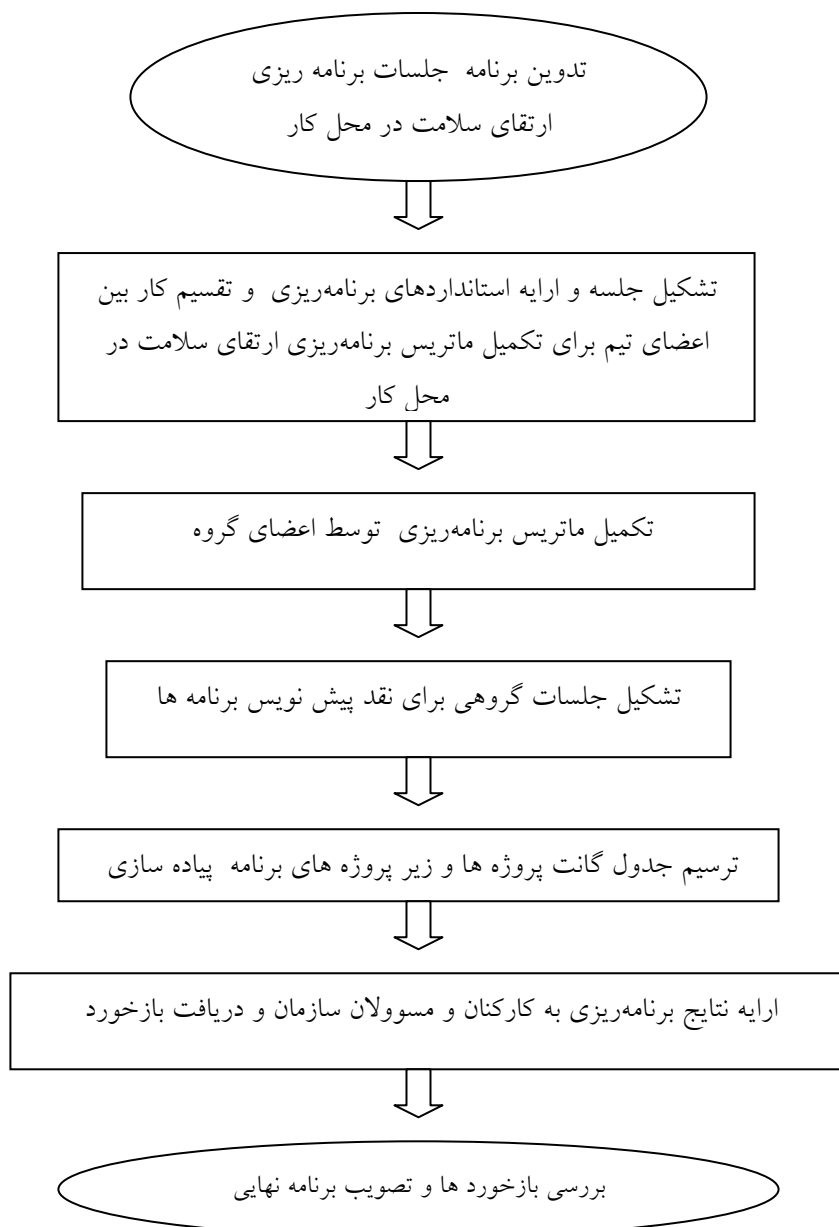
عوامل خطر سازمانی	عوامل خطر فردی	عوامل خطر حرفه ای	حیطه ها و اجزا
			افزایش آگاهی
			توسعه مهارت
			حمایت های محیطی
			ایجاد سیاست



تدوین برنامه

پس از مرحله نیازسنجی که برون ده آن شرح حال و تحلیل سلامت محل کار است، برنامه قابل تدوین است. برنامه ارتقای سلامت در محل کار یک سند کاری است که نباید در سنگ حک شود بلکه باید هر ساله بازنگری شده و طوری اصلاح شود که منعکس کننده نیازهای جدید و متغیر کارمندان باشد. لذا ارزیابی سالانه و بررسی میزان پیشرفت به این بازنگری کمک خواهد کرد.

فرایندگام چهارم: تدوین برنامه



ارتقای سلامت در محل کار ۴۸۵

استاندارد ۱) سند برنامه سلامت در محل کار باید اجزای زیر را داشته باشد:

۱. شرح حال و تحلیل سلامت محل کار سازمان (برون ده گام سوم)
رسالت، دورنما و ارزش‌های برنامه: این برنامه برای چه نوشته شده است؟ دورنمایی که برای آن متصور می‌شود، کدام است؟ کلیه افراد دخیل در این برنامه چه ارزش‌هایی را باید در ذهن داشته باشند؟ تعدادی از این نوع ارزش‌ها در بخش اول کتاب آمده است: تفریح سالم، احترام متقابل، احساس مسئولیت، بیشترین توان ممکن و خودمراقبتی.
 ۲. اهداف راهبردی: این اهداف از سند شرح حال و تحلیل سلامت در محل کار نشأت می‌گیرند و نشان دهنده اهداف کلی و قابل سنجش برنامه ارتقای سلامت است. معمولاً این اهداف از متن رسالت و سند تحلیل سلامت در محل کار استخراج می‌شود.
 ۳. راهبردها: روش‌های چگونگی رسیدن به اهداف را نشان می‌دهد. انواع راهبردهای برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار در ابتدای همین بسته خدمتی آمده است.
 ۴. مخاطبان کلیدی: برنامه مشخص می‌کند که حجم و تعداد مخاطبان در حیطه‌های سه گانه عوامل خطر کدام است.
 ۵. شاخص‌های ارزیابی مرحله‌ای و پیامد نهایی: برای هر یک از اهداف نظام پایش و ارزشیابی حصول نتیجه بیان می‌شود. برخی از مهمترین شاخص‌های بازده برنامه در ابتدای همین بسته خدمتی آمده است.
 ۶. اهداف عینی سالانه: رسیدن به یک هدف راهبردی ممکن است چند سال طول بکشد ضمن آن که ممکن است به حصول چند هدف کوچک‌تر نیاز داشته باشد، به همین دلیل اهداف کلی باید به صورت اهداف کوچک‌تر درآید.
 ۷. برنامه‌ها در سه مرحله مطابق ماتریس برنامه‌ریزی برای هر سه رویکرد ارتقای سلامت در محل کار تنظیم می‌شود.
 ۸. در پایان فرایند برنامه‌ریزی باید جدول گانت سالانه با اجزای زیر تشکیل شود و به عنوان ابزار پایش مورد استفاده قرار گیرد.
- فهرست مجموعه فعالیت‌های قابل انجام برای هر هدف طبق جدول ماتریس
 - مدت زمان لازم و مهلت زمانی هر فعالیت
 - مسوول هر فعالیت

□ شیوه پایش انجام فعالیت

یادآوری: تیم ارتقای سلامت در محل کار باید توجه کنند که کل برنامه ارتقای سلامت در محل کار یک پروژه است که از زیر پروژه های کوچک تر تشکیل شده است و برای موفقیت پروژه ها لازم است اصول و فنون مدیریت پروژه را به کار گیرند.

جدول ۱-۷:

رویکردها	عوامل خطر حرفه‌ای	عوامل خطر فردی	عوامل سازمانی	خطر
روش‌ها	فعالیت‌های افزایش ایمنی حرفه‌ای	فعالیت‌های داوطلبانه ارتقای سلامت فردی	فعالیت‌های سازمانی برای ارتقای سلامت کار	تغییر
ایجاد آگاهی				
ایجاد مهارت				
حمایت محیطی				
ایجاد سیاست				

مرحله اول: افزایش آگاهی

افزایش سطح آگاهی کارکنان مرحله‌ای است که برای آموزش مهارت و تغییر رفتار، علاقه و ترغیب ایجاد می‌کند. هم‌چنین فعالیت‌های افزایش آگاهی می‌تواند به ایجاد یک محیط حمایتی برای ارتقای سلامت کمک کند.

نمونه‌هایی از فعالیت‌های افزایش آگاهی:

- توزیع مطالب چاپ شده در مورد ارتقای سلامت از قبیل جزوه‌ها، پوسترها
- سخنرانی در مورد عوارض عدم رعایت استانداردها و ایمنی در محل کار
- ارائه جزوات در مورد موضوعات شیوه زندگی از قبیل تغذیه و فعالیت فیزیکی
- تبلیغ برنامه‌های گروه پشتیبان موجود در زمینه کنترل وزن جمعی و فعالیت فیزیکی
- دعوت نمایندگانی از سازمان‌های پیشگیری از بیماری قلبی ریوی و سرطان به منظور سخنرانی برای کارمندان

ارتقای سلامت در محل کار ۴۸۷

فعالیت‌های افزایش آگاهی باید همواره سعی کنند این سه طریق مؤثر را شامل شوند:

□ محیط اطراف

□ عملکردهای سلامتی

□ منابع شخصی

برای مثال اگر موضوع در مورد تغذیه باشد این سه طریق می‌تواند به شرح زیر مورد توجه

قرار گیرد:

- محیط اطراف

ارایه آب میوه به علاوه نوشیدنی‌های غیر الکلی در دستگاه‌های فروش سکه‌ای و خامه کم

چرب برای صرف قهوه در زمان استراحت

- عملکردهای سلامتی

ترویج مطالبی از قبیل پوسترها و دستور تهیه غذا به طور رایگان برای ترویج عادات غذای

کم چرب و بسیار مقوی

- منابع شخصی

دعوت از یک متخصص تغذیه برای صحبت در مورد اقدامات ساده‌ای که عادات غذای سالم

را در خانه و در محل کار ایجاد می‌کند.

مرحله دوم: تقویت مهارت

هم زمان با افزایش آگاهی کارمند از موضوعات سلامتی، لازم است فعالیت‌هایی

برنامه‌ریزی شود که به کارمند در گسترش مهارت‌ها به منظور بهبود و حفظ رفتارهای خوب

سلامت کمک کند. نمونه‌ها عبارت است از:

□ آموزش مهارتی خاص از قبیل احیای قلبی ریوی **CPR**

□ آموزش مهارت‌های مدیریت استرس

□ مهارت‌های آشپزی سالم

□ دستور العمل چگونگی شرکت در فعالیت فیزیکی، راه رفتن سریع، دوچرخه سواری،

شنا

- شرکت در برنامه‌های آموزشی از قبیل آموزش چگونگی مراقبت از فشار خون، ایمنی شخصی و آموزش تکنیک‌های تمدد اعصاب
- یک دوره آموزشی در زمینه مدیریت زمان

مرحله سوم: حمایت محلی (حفظ)

رفتارهای جدیدی که فراگرفته شده و به آنها عمل می‌شود، باید از طریق تشویق و حمایت در محل کار و در خانه تقویت شوند. عامل حفظ برای مثال می‌تواند:

- شامل جلسات دوستانه (غیر رسمی) ماهانه با افرادی باشد که در برنامه منع استعمال دخانیات پیشرفت داشتند. این جلسات دوستانه به افراد اجازه می‌دهد که نظرات و احساساتشان را در مورد ترک سیگار با یکدیگر رد و بدل نموده و همدیگر را در دوران دشوار حمایت کنند.

- هم‌چنین می‌تواند شامل کمک به کارمندان برای کنترل پیشرفت خودشان، کمک به کارمندان برای شناسایی اولیه موانع و برنامه‌ریزی روش‌هایی برای غلبه بر آنها و نیز در نظر گرفتن پاداش برای حضور مداوم و موفقیت‌ها باشد.
- در ایجاد محیط حمایتی، پنج عامل فرهنگی با هم کار می‌کنند تا یک رفتار فردی بلند مدت را شکل دهند.



- ارزش ها (Values): عقاید قلبی راجع به راه‌های مناسب برای رویارویی با زندگی. هر دوی ابتکارات فردی و گروهی از طریق ارزش‌های فردی و مشترک فرهنگی به کار انداخته می‌شوند.

- هنجار ها (Norms): رفتار مورد انتظار و مورد قبول. "هنجار ها راه‌هایی هستند که ما کارها را پیرامون آن انجام می‌دهیم."

- حمایت سازمانی (Organizational Support): دربرگیرنده سیستم ساختارهای رسمی و غیررسمی، سیاست‌ها و روش‌هایی است که فرهنگ را حفظ می‌کنند. عوامل حمایت سازمانی- از قبیل ساختن مدل، پاداش و آموزش- باید طوری تنظیم شوند که حمایتی مستمر از رفتارهای مطلوب ارایه دهند.

- حمایت هم‌سانان (Peer Support): کمک از جانب خانواده، دوستان، همکاران و ناظرین بی واسطه. این حمایت می‌تواند به شکل احساس دلگرمی از قبیل کلمات محبت آمیز و یا منابع ابزاری از قبیل کمک‌هایی در رابطه با مسؤولیت‌های کاری ظاهر شود.

- جو حاکم (Climate): این کلمه معادل فرهنگی مخمر در تهیه نان است. سه نوع از عوامل جو اجتماعی- احساس هویت جمعی، دورنمای مشترک و دیدگاه مثبت - تغییرات فردی و گروهی مفید را ممکن می سازند.

لذا در ایجاد محیط حمایتی باید این پنج عامل لحاظ شود. نمونه‌هایی از این نوع حمایت در قسمت ابتدایی بسته خدمتی آمده است.

استاندارد ۲) باید نیازهای تمام کارکنان در برنامه لحاظ شود بدون توجه به سطح کنونی سلامت آنها. اولویت بندی در این زمینه تقریباً جایی ندارد.

استاندارد ۳) میزان تطابق برنامه‌ها با فرهنگ محل کار در جلسات کمیته ارتقای سلامت در محل کار باید بررسی و تأیید شود. باید نام مناسب برای برنامه انتخاب شود و بهتر است با نظر کارکنان این نام انتخاب شود.

استاندارد ۴) باید برای تشویق شرکت در برنامه‌ها، از ابزارهای ترغیب کارکنان استفاده کرد. لازم است برای پاداش‌های فردی و گروهی، شاخص‌های مناسب تدوین و در ابتدای برنامه اعلام شود. نمونه برخی از این ابزارها:

(الف) برگزاری میهمانی

(ب) افزایش پوشش بیمه

(ج) جوایز نقدی

(د) دادن مرخصی به منظور دستیابی به اهداف کاهش وزن و یا ورزشی .

استاندارد ۵) برنامه عملیاتی سالانه باید حاوی اجزای زیر باشد:

I. مدت زمان لازم برای اجرا

II. اهداف هر مرحله و شاخص پایش و ارزشیابی

III. مسؤول اجرایی و تیم اجرایی

IV. نیازهای آموزشی تیم اجرایی

V. بودجه مورد نیاز

VI. نحوه پایش کار

VII. شیوه اطلاع رسانی مستمر نتایج عملیات به تمام مخاطبان

ارتقای سلامت در محل کار ۴۹۱

استاندارد ۶) برنامه سلامت در محل کار باید دارای فعالیت‌هایی برای افزایش رابطه با خانواده‌های کارمندان و جامعه اطراف باشد.

استاندارد ۷) برنامه باید روش‌های کاهش هزینه‌های برنامه ارتقای سلامت در محل کار را شامل شود مانند:

– ایجاد نمونه‌های کوچک شده از برنامه‌هایی که در شرکت‌های بزرگتر یافت می‌شود

– استفاده از منابع و خدمات تأمین کننده بیمه

– استفاده از خدمات رایگان و با هزینه پایین سازمان‌های غیرانتفاعی مربوط به سلامتی و بخش‌های آتش نشانی/شهربانی

– کار کردن به طور مشترک با شرکت‌هایی در اندازه کوچک – متوسط (برای مثال در همان ساختمان یا مجتمع تجاری) برای ادغام منابع سلامت

– برگزاری دوره‌های آموزشی برای پیشگیری از بیماری و آسیب، برای مثال تکنیک‌های مناسب ارتقای راحتی اندام‌های بدن، طرز قرارگیری مناسب بدن در محل کار، راه‌های اضطراری نجات، آمادگی برای حوادث غیرمترقبه، کمک اولیه و CPR

– دادن مسوولیت بیشتر به کارمندان برای آموزش و توسعه سلامتی

– اطلاعات مراقبت شخصی (برای مثال کتاب‌ها، جزوه‌ها) برای کارمندان برای درمان مشکلات جزئی سلامت در خودشان

نمونه‌ای از ماتریس برنامه‌ریزی در زیر آمده است.

۴۹۲ بسته خدمتی ارتقای سلامت در محل کار

جدول ۲-۷:

تغییرات سازمانی	فعالیت‌های سلامتی داوطلبانه	سلامت و امنیت شغلی	رویکردها روش‌ها
افزایش آگاهی نسبت به اهمیت ایجاد داده در مدیریت در مورد محتوا/ موضوعات/ ارتباطات کاری	افزایش آگاهی با استفاده از خبرنامه‌های شرکت در مورد گستره وسیع فواید این‌که فرد از لحاظ فیزیکی فعال باشد (مضرات بی‌حرکی)	افزایش آگاهی نسبت به خطرات تهدید کننده سلامتی که به مواد شیمیایی خطرناک خاصی مربوط می‌باشند	ایجاد آگاهی
ارایه اطلاعات برای بهترین روش‌های ارایه بازخورد به مدیران	کمک کردن و آموزش به کارمندان برای ایجاد اهداف کوچک و واقع گرایانه فعالیت‌های جسمی	نمایش طرز کار و آموزش چگونگی کنترل محصولات خطرناک	ایجاد مهارت
ارزیابی دوره‌ای برای کلیه کارکنان و مدیریت	تأمین امکانات آمادگی در محل کار	تأمین تجهیزات ایمنی لازم و امکانات ایمنی	حمایت محیطی
سیاستی که طبق آن کلیه کارمندان باید در فرآیند ارزیابی دوره‌ای شرکت نمایند	آزاد بودن کارمندان برای شروع زودتر کار و یا ماندن تا دیروقت برای جبران زمان افزوده شده صرف ناهار که به آنها این اجازه را می‌دهد وقت بیشتری را صرف تمرین نمایند	دستور ارزیابی دقیق مواد خطرناک قبل از این‌که کارمندان در معرض آنها قرار گیرند	ایجاد سیاست

ارتقای سلامت در محل کار ۴۹۳

جدول ۳-۷:

عوامل خطر سازمانی	عوامل خطر فردی	عوامل خطر حرفه‌ای	رویکردها	
			مراحل	تولید کار
			داده‌های هنجار	تولید کار سلامت
			داده‌های سخت	
			فهرست مشکلات	
			اهداف عینی	
			ایجاد آگاهی	برنامه
			ایجاد مهارت	
			حمایت محیطی	
			ایجاد سیاست	

استاندارد ۸) برنامه پس از مرور و بازنگری در کمیته ارتقای سلامت در محل کار با هدف ارایه به کارکنان و کمیته کارفرمایی تصویب می‌شود.

استاندارد ۹) برنامه باید در جلسه کمیته کارفرمایی دفاع شود. تمام اصول یک ارایه مناسب مطلب همانند گام دوم باید رعایت شود.

کلیات و اجزای برنامه به همراه منابع مالی باید به تصویب کمیته ذیربط رسیده و صورت جلسه شود.

استاندارد ۱۰) برنامه باید برای نقد به تمامی کارکنان ارایه شود و نظرات آنان در یک جلسه جمعی مد نظر قرار گیرد به این معنی که محدودیت‌ها و قوت های برنامه تشریح می‌شود و نظرات خلاق و ابتکاری کارکنان در برنامه لحاظ و از ارایه هر گونه بازخوردی که باعث کاهش انگیزه کارکنان شود، جلوگیری شود.

استاندارد ۱۱) برای ایجاد آگاهی و مهارت باید در هر موردی طرح درس مناسبی تدوین شود و قابلیت آموزشی بودن و اجرایی بودن این طرح درس ها در کمیته به تصویب برسد .

برون ده گام چهارم:

برنامه مصوب شده ارتقای سلامت در محل کار توسط هیأت کارفرمایی

گام پنجم: پیاده سازی برنامه

مراحل پیاده سازی

ایجاد ارتباط
بازاریابی
ظرفیت سازی
ایجاد وقایع
پایش

- پایش منظم
- گزارش دهی پیشرفت کار به کارکنان
- پاداش متناوب و مستمر

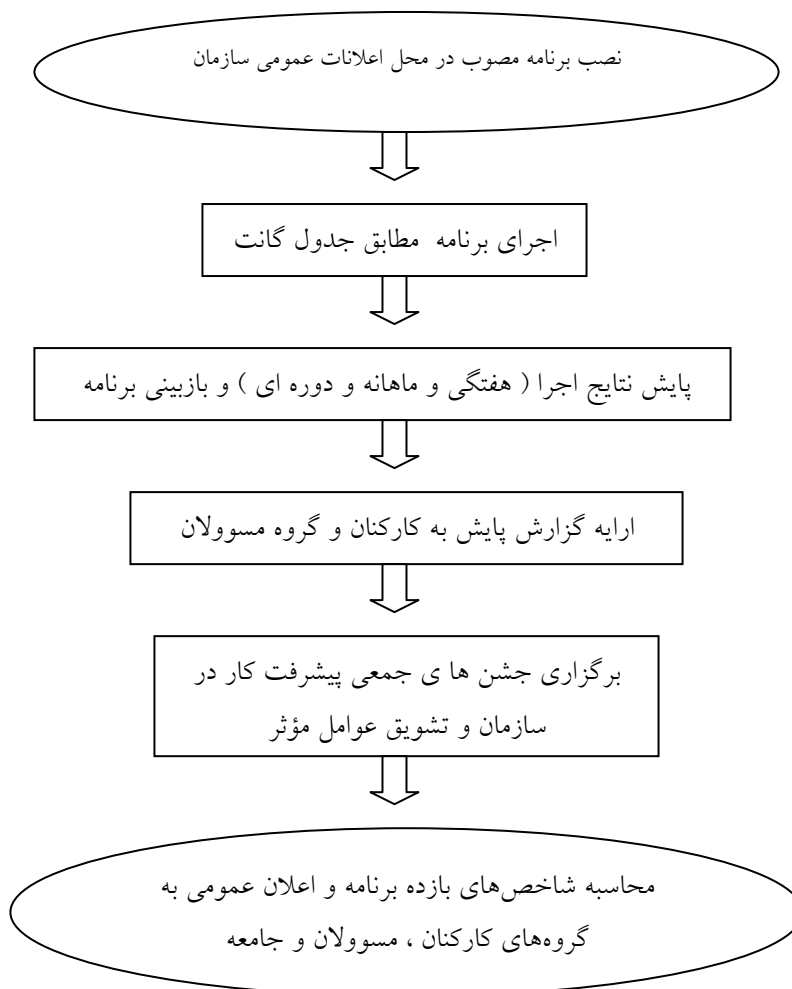
در مرحله پیاده سازی برنامه ها تعداد کارکنانی که در محل کار
وظیفه آموزش اصول و مهارت های سلامتی را نیز به عهده می گیرند
یک شاخص موفقیت برنامه است .



سه مورد را باید در پیاده سازی برنامه مد نظر داشت:

- پایش منظم
- گزارش دهی پیشرفت کار به کارکنان
- پاداش متناوب و مستمر

ارتقای سلامت در محل کار ۴۹۵



آن چه در اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار باید رعایت کرد عبارت است از: استاندارد (۱) جدول برنامه متناسب با مخاطبان باید طراحی شده و در محل‌های اعلان عمومی نصب شود.

استاندارد (۲) گزارش هفتگی پیشرفت برنامه به همراه شاخص‌های فرایندی و بازده باید در همان محل‌های عمومی نصب شود. هدف این اعلان‌ها این است که نشان دهد که چگونه سلامت کارکنان در اثر اجرای این برنامه بهبود می‌یابد.

استاندارد (۳) گزارش ماهانه به همراه شاخص‌های فرایندی و بازده باید به هیأت تأمین‌کننده منابع مالی ارایه شود.

استاندارد (۴) جلسات دوره‌ای پایش پیشرفت برنامه با کارکنان برگزار شود. در این برنامه باید با شاخص‌های تدوین شده در گام چهارم پاداش‌های فردی و گروهی را ارایه کرد. ارایه‌کننده میزان بهبود سلامتی، خود باید از نظر سلامتی برترین باشد.

توضیح: منظور از گروه دسته‌ای از افراد با یک یا چند خصیصه مشترک است (کارکنان یک واحد، دسته خاصی از کارکنان مانند کارکنان زن باردار یا منشی‌های سازمان یا کارگران شیفت شبانه معدن سنگ آهن و ...).

استاندارد (۵) در این جلسات باید نقاط قوت و ضعف برنامه اجرا شده به همراه ارایه راهکارهای رفع مشکل عنوان شود.

استاندارد (۶) کمیته ارتقای سلامت در محل کار باید جلسات پایش پروژه را به طور دوره‌ای حداقل دو هفته یکبار در اوایل کار و حداقل ماهانه در ماه‌های انتهایی برنامه برگزار کند. در هر جلسه پایش، تیم ارتقای سلامت در محل کار باید به چهار سؤال زیر پاسخ دهد:

۱. آیا کمیت برنامه‌های اجرا شده طبق برنامه بوده است؟
۲. آیا کیفیت برنامه‌های اجرا شده طبق برنامه بوده است؟
۳. آیا منابع لازم برای اجرای برنامه‌های گذشته و پیش‌رو، تخصیص یافته است؟
۴. آیا برنامه‌ها در زمان مقرر به انجام رسیده است؟

اگر پاسخ به سؤالات فوق منفی باشد باید گروه به سؤالات زیر جواب دهد:

۱. دلایل عدم موفقیت چه بوده است؟
۲. راهکارهای جلوگیری از شکست مجدد چیست؟

ارتقای سلامت در محل کار ۴۹۷

سپس با توجه به پاسخ‌های اعضای گروه به دو سؤال فوق، جدول زمان بندی پروژه تغییر داده می‌شود و فعالیت‌های جلوگیری از شکست با درج مسؤل و مهلت زمانی ثبت و تفویض می‌شود .

استاندارد (۷) برای پایش دلایل حضور کارکنان در برنامه، از نظرخواهی‌های مقطعی با تناوب دو یا سه ماه یکبار استفاده کنید. سؤالات این نظرخواهی بر این هدف تأکید دارد که « چه دلیلی تا به امروز شما را به شرکت در برنامه‌ها ترغیب کرده است ؟ ». متغیرهایی که می‌تواند در این پرسشنامه درج و سنجیده شود عبارت است از:

- سلامتی بهبود یافته شرکت کننده
- یادگیری روزافزون در مورد موضوعات سلامتی
- آرایه اطلاعات مربوط به مشکلات سلامت فردی
- حفظ انگیزه از طرف مجری و آرایه کننده برنامه
- داشتن محلی با نشاط
- گذراندن وقت با همکاران
- اجبار سازمانی



گام ششم : ارزیابی

ارزیابی شامل اندازه گیری میزان پیشرفت برنامه در مقاطع متناوب است :

- شاخص های فرآیندی
- شاخص های برون داد
- شاخص های اثر حد واسط
- شاخص های اثر نهایی

اندازه گیری مستمر و متناوب شاخص های ارزیابی مهمترین عامل تداوم همکاری و مشارکت سه گروه کارفرمایان ، کارکنان و تیم ارتقای سلامت در محل کار است .

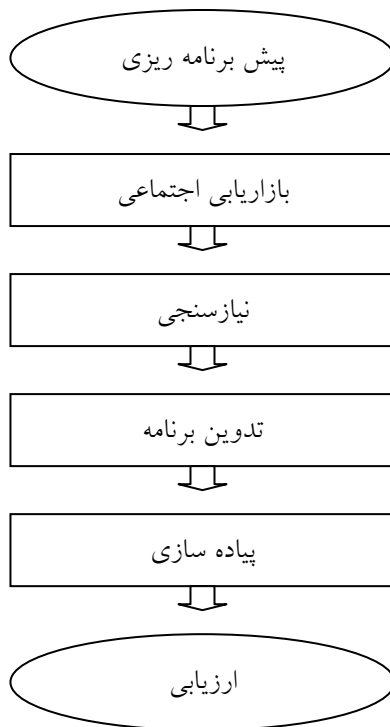
استاندارد ۱) برای اندازه گیری شاخص های چهارگانه باید از همان ابتدا و در مرحله تدوین برنامه (گام چهارم) فعالیت های مرتبط را تعیین کرده و به کارکنان برنامه تفویض کرد .

استاندارد ۲) تناوب محاسبه شاخص ها بستگی به تصمیم کمیته ارتقای سلامت در محل کار دارد اما در اوایل اجرای برنامه باید در دوره های زمانی کوتاه تر این عمل صورت پذیرد .

استاندارد ۳) در مورد شاخص های ارزیابی موفق و ناموفق هر دو باید اطلاع رسانی شده و دلایل آن ذکر شود .

استاندارد ۴) شاخص های ضروری برای ارزیابی برنامه به شرح زیر است که باید همه آنها سنجیده شود :

فرایند هسته ای اجرای برنامه ارتقای سلامت در محل کار



شاخص‌های فرایندی: این شاخص‌ها نشان دهنده میزان پیشرفت برنامه برای حصول هدف نهایی است:

- درصد مشارکت کارکنان در دوره های مختلف پیاده‌سازی برنامه
- تشکیل کمیته های مرتبط با سلامت در محل کار
- مقدار منابع جذب شده برای سلامت کارکنان
- تعداد برنامه‌های آموزشی
- درصد رضایت از اجرای هر برنامه
- تعداد پوسترهای آموزشی
- تعداد رسانه های آموزشی استفاده شده توسط کارکنان

۵۰۰ بسته خدمتی ارتقای سلامت در محل کار

- تعداد استانداردهای مصوب ایمنی شغلی
 - درصد پوشش خدمات سلامتی برای کارکنان
- شاخص‌های برون داد: این شاخص‌ها نشان دهنده نتیجه فوری حاصل از مداخلات است:
- کاهش عوامل خطر شیمیایی، فیزیکی، ارگونومیک و بیولوژیک در محل کار
 - درصد افزایش سیاست‌های حمایت کننده سلامت در سازمان نسبت به دوره‌های مشابه در گذشته
 - درصد افزایش شیوه‌های مدیریتی سودمند برای سلامت کارکنان نسبت به دوره‌های مشابه در گذشته
 - درصد افزایش آگاهی، نگرش و مهارت کارکنان و خانواده آنان در نظارت بر سلامت خود نسبت به قبل از پیاده‌سازی برنامه
 - درصد افزایش آگاهی، نگرش و مهارت کارکنان در استفاده از استانداردهای ایمنی نسبت به قبل از پیاده‌سازی برنامه
 - درصد افزایش آگاهی و نگرش کارفرمایان در مورد ضرورت برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار
 - درصد افزایش دسترسی به خدمات غربال‌گری و پیشگیری
 - درصد کاهش تعداد ویزیت پزشکان به دلیل صدمات و بیماری‌های جدید نسبت به دوره‌های مشابه در گذشته
 - تغییر بیانیه رسالت سازمان در راستای تحقق سلامت کارکنان
 - درصد افزایش تحرک جسمی کارکنان
 - درصد افزایش رضایت کارکنان از ارائه خدمات سلامتی در محل کار

شاخص‌های حدواسط

- کاهش هزینه‌های بیمه ای شامل:
 ۱. بیمه از کارافتادگی
 ۲. بیمه درمانی
 ۳. بیمه عمر

ارتقای سلامت در محل کار ۵۰۱

- کاهش هزینه‌های جبران خسارت کارکنان
- کاهش غیبت کارکنان
- کاهش مرخصی استعلاجی
- افزایش بهره‌وری کارمند
- کاهش تعداد کارمندان جایگزین و آموزش مجدد
- افزایش درصد رضایت شغلی
- کاهش مرگ زود هنگام کارکنان
- بهبود تصور کارکنان از خود
- بهبود ظرفیت قلبی - تنفسی و تناسب عضلانی و کاهش چربی بدن
- افزایش نشاط کارکنان
- کاهش صدمات و جراحات جسمی ناشی از محل کار
- کاهش بروز و شیوع بیماری‌ها غیر مرتبط با کار
- افزایش رفتارهای محافظت از سلامت در کارکنان
- کاهش درصد رفتارهای پرخطر در کارکنان سازمان

شاخص‌های اثر نهایی

- افزایش DALYs
- افزایش بهره‌وری سازمان
- افزایش سرمایه اجتماعی
- افزایش کیفیت زندگی کارکنان

استقراردهنده (Implementors)

استقرار دهندگان به دو مفهوم در این بسته به کار برده شده است:

۱. تیم پیاده کننده آزمایشی « بسته خدمتی ارتقای سلامت در محل کار »
۲. سازمان‌های اصلی و همکار سیاست گذار و نظارت کننده بر « برنامه ارتقای سلامت در محل کار » پس از مرحله پیاده‌سازی و در زمان استقرار یافتن خدمت

جدول زمان بندی پیاده سازی آزمایشی « بسته خدمتی ارتقای سلامت در محل کار »										
فعالیت ها										
یک سال	۱۸	۱۷	یک سال			۴	۳	۲	۱	
									■	تشکیل ستاد موقت و هسته اولیه از تیم اجرایی پروژه آزمایشی
								■	■	تدوین و تصویب پروژه آزمایشی
								■		اقدامات اولیه بازاریابی اجتماعی
							■	■		مذاکره با ذینفعان
						■				برگزاری همایش ذینفعان
						■				تشکیل تیم اصلی پیاده کننده بسته خدمتی آزمایشی
			■	■	■					اجرای برنامه آزمایشی و ارزیابی نتایج
	■	■								تحلیل نتایج و ارائه پیشنهادات تغییر در بسته خدمتی
■	■									ارایه به مراجع تصمیم گیرنده برای تصویب
■	■									نهادینه کردن بسته مصوب در اداره ارتباطات و آموزش سلامت

برای پیاده سازی آزمایشی بسته خدمتی به ترتیب مراحل زیر باید طی شود:

- تشکیل ستاد موقت « ارتقای سلامت در محل کار » در اداره ارتباطات و آموزش سلامت
- انتخاب و تشکیل هسته اولیه از تیم اجرایی پروژه آزمایشی مستقر در ستاد با ترکیب زیر:
 - مدیر اداره ارتباطات و آموزش سلامت
 - متخصص طب کار
 - متخصص پزشکی اجتماعی
 - متخصص آموزش سلامت
 - متخصص بهداشت حرفه ای
- تدوین و تصویب پروژه پیاده سازی آزمایشی و نهایی کردن فهرست ذینفعان:

ارتقای سلامت در محل کار ۵۰۳

فهرست ذینفعان با توجه به محتوای منابع بررسی شده و قوانین موجود تهیه شده است و اولیه می‌باشد.

۴. آماده سازی مواد آموزشی دوره توانمند سازی تیم ارتقای سلامت در محل کار و مستندات بازاریابی اجتماعی
۵. مذاکره با تک تک ذینفعان و توجیه پروژه
۶. برگزاری همایش نقد و بررسی بسته خدمتی و پروژه پیاده سازی
۷. تشکیل تیم پیاده کننده آزمایشی با مشارکت ذینفعان: به اعضای تیم اولیه گروه متناسبی از ذینفعان باید اضافه شود.
۸. آموزش اعضای تیم پروژه: آموزش این تیم بر مبنای برنامه و نیازهای آموزشی درج شده در همین کتاب صورت می‌گیرد.
۹. اجرای آزمایشی
۱۰. ارزیابی نتایج پروژه آزمایشی و ارایه پیشنهادات با هدف انجام تغییرات در بسته خدمتی و ارایه پیشنهاد برای پیاده‌سازی ملی از جمله:
 - بازنگری در محتوای بسته خدمتی
 - بازنگری در ذینفعان
 - پیشنهاد قوانین و آیین‌نامه‌های اجرایی
 - بازنگری شرح وظایف واحد ارتقای سلامت در محل کار
 - بازنگری در دوره آموزشی تیم های ارتقای سلامت در محل کار

ذینفعان تصویب و اجرای بسته خدمتی

- معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:
 ۱. دفتر سلامت محیط و حرفه‌ای
 ۲. اداره ارتباطات و آموزش سلامت
 ۳. مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت
 ۴. شورای اصلاحات در سلامت ملی
- کمیسیون بهداشت و اجتماعی مجلس

- وزارت کار و امور اجتماعی: معاونت فنی (اداره کل بازرسی کار)
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور
- وزارت رفاه و تأمین اجتماعی (واحد خدمات بهداشتی و طب کار)
- دانشکده های بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی (گروه های مرتبط)
- دانشکده های پزشکی (گروه های آموزشی پزشکی اجتماعی و پیشگیری و طب کار)
- سازمان صدا و سیما
- استانداری ها و فرمانداری ها
- مجمع علما و روحانیون کشور و استان‌ها
- نیرو های مسلح و انتظامی
- نمایندگی سازمان بهداشت جهانی و مراکز بین المللی مرتبط با سلامت در محل کار
- سرمایه گذاران مالی: بانک جهانی، بانک توسعه اسلامی، مراکز خیریه داخل کشور
- تشکل ها:
- ۱. شورای اسلامی کار
- ۲. انجمن های صنفی حرف و صنایع یا کانون عالی انجمن های صنفی
- ۳. کانون عالی انجمن های صنفی کارفرمایی ایران
- ۴. خانه کارگر
- مرکز تحقیقات و تعلیمات حفاظت کار
- انجمن های علمی متخصصین: پزشکی اجتماعی، طب کار، بهداشت حرفه‌ای، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، آموزش سلامت، روانشناسی صنعتی
- مراکز تحقیقاتی علوم پزشکی سراسر کشور
- سازمان‌های غیر دولتی مرتبط
- شوراهای اسلامی شهر و روستا

منابع:

۱. Tones K, Tilford S. Health Promotion effectiveness, efficiency and equity. Third Edition. ۲۰۰۱. Health promotion in the Workplace. UK. Chapman & Hall Publish
۲. Peterborough County-City Health Unit (۲۰۰۱). *Wellness Opportunities in the Workplace*. Peterborough: Ontario.
۳. Peterborough County-City Health Unit (۲۰۰۱). *Wellness Opportunities in the Workplace*. Peterborough: Ontario.
۴. Ministry of Health and Long Term Care (۲۰۰۰). *Report of the Joint Stroke Strategy Working Group: Executive Summary*. Toronto: Ontario. http://www.gov.on.ca/health/english/pub/ministry/stroke/stroke_mn.html.
۵. Ministry of Health and Long Term Care (۲۰۰۰). *Report of the Joint Stroke Strategy Working Group: Executive Summary*. Toronto: Ontario. http://www.gov.on.ca/health/english/pub/ministry/stroke/stroke_mn.html.
۶. *The medical post*. ۳۴(۱۵) April ۲۱, ۱۹۹۸.
۷. Black, P.H. & Garbutt, L.D. (۲۰۰۲). Stress, inflammation and cardiovascular disease. *Journal of Psychosomatic Research*. ۵۲: ۱-۲۳.
۸. Duxbury, L., Higgins, C., & Coghill, D. (۲۰۰۳). *Voices of Canadians: Seeking Work-Life Balance*. Quebec: Human Resources Development Canada. <http://labour-travail.hrdc-drhc.gc.ca/worklife/vcswlb-tcrctvp/tm.cfm>.
۹. National Institute for Occupational Safety and Health. (n.d.). *Occupational heart disease*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/niosh/heartdis.html>.
۱۰. Schnall, P.L., Landsbergis, P.A., & Baker, D. (۱۹۹۴). Job strain and cardiovascular disease. *Annual Review of Public Health*. ۱۵: ۳۸۱-۴۱۱.
۱۱. Johnson, J.V., Stewart, W., Hall, E.M., Fredlund, P., & Theorell, T. (۱۹۹۶). Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men. *American Journal of Public Health*. ۸۶: ۳۲۴-۳۳۱.
۱۲. Hallqvist, J., Diderichsen, F., Theorell, T., Reuterwall, C., & Ahlbom, A. (۱۹۹۸). Is the effect of job strain on myocardial infarction risk due to interaction between high psychological demands and low decision latitude? Results from Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEP). *Social science medicine*. ۴۶: ۱۴۰۵-۱۴۱۵.
۱۳. Theorell, T. (۱۹۹۵). Possible mechanisms behind the relationship between the demand-control-support model and disorders of the locomotor system. In S.D. Moon, & S.L. Sauter (Eds.), *Beyond biomechanics: psychosocial aspects of musculoskeletal disorders in office work*. London: Taylor and Francis.
۱۴. Belkic, K., Landsbergis, P., Schnall, P., Baker, D., Theorell, T., Siegrist, J., Peter, R., & Karasek, R. (۲۰۰۰). Psychosocial factors: review of the empirical data among men. *Occupational Medicine: state of the art reviews*. ۱۵(۱): ۲۴-۴۶.
۱۵. North, F.M., Syme, S.L., Feeney, A., Shipley, M., & Marmot, M. (۱۹۹۶). Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall II study. *American Journal of Public Health*. ۸۶(۳):۳۳۲-۴۰.
۱۶. Niedhammer, I., Bugel, I., Goldberg, M., Leclerc, A., & Gueguen, A. (۱۹۹۸). Psychosocial factors at work and sickness absence in the Gazel cohort: a prospective study. *Occupational and Environmental Medicine*. ۵۵(۱۱):۷۳۵-۴۱.
۱۷. Vahtera, J., Kivimaki, M., Pentti, J., & Theorell, T. (۲۰۰۰). Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*. ۵۴: ۴۸۴-۴۹۳.
۱۸. Zavala, S.K., French, F.T., Zarkin, G.A., & Omachonu, V.K. (۲۰۰۲). Decision Latitude and Workload Demand: Implications for Full and Partial Absenteeism. *Journal of Public Health Policy*. ۲۳(۳): ۳۴۴-۶۱.

١٩. Amick, B.C., Kawachi, I., Coakley, E.H., Lerner, D., Levine, S., & Colditz, G.A. (١٩٩٨). Relationship of job strain and iso-strain to health status in a cohort of women in the United States. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. ٢٤: ٥٤-٦١.
٢٠. Marmot, M.G., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E., & Stansfeld, S. (١٩٩٧). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *The Lancet*. ٣٥٠(٩٠٣٧): ٢٣٥-٣٩.
٢١. *Work, habits, working conditions and the health status of the executive cadre in the public service of Canada: A Synopsis of APEX's ١٩٩٧ study*. (١٩٩٧). Ottawa: Association of Professional Executives of the Public Service of Canada. http://www.apex.gc.ca/interest/synopsis_e.html#.
٢٢. Siegrist, J. (١٩٩٦). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*. ١: ٢٧-٤١.
٢٣. Marmot, M.G., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E., & Stansfeld, S. (١٩٩٧). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *The Lancet*. ٣٥٠(٩٠٣٧): ٢٣٥-٣٩.
٢٤. Yen, I.H., & Frank, J.W. (٢٠٠٢). *Improving the Health of Working Families: Research Connections Between Work and Health*. Washington: National Policy Association.
٢٥. *Workplace health system: an overview*. (١٩٩٠). Ottawa: Health Canada.
٢٦. Polanyi, M.F.D., Eakin, J., Frank, J.W., Shannon, H.S., & Sullivan, T. (١٩٩٨). Creating healthier work environments: A critical review of the health impacts of workplace change. In *Determinants of health: settings and issues: Vol. ٣*. Sainte-Foy, Quebec: Editions MultiMondes. (pp ٨٧-١٤٦).
٢٧. National Quality Institute. (١٩٩٨) *The Canadian Healthy Workplace Criteria*. Toronto: National Quality Institute.
٢٨. Grunau, E., Harrigan, M. (١٩٩٩). *Healthy Settings: Canadian Case Studies*. Ottawa: Health Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ahi/workplace/healthy_settings.htm.
٢٩. Taylor, C. (١٩٩٦). *The corporate response to rising health care costs, report ١٨٤-٩٦*. Ottawa: The Conference Board of Canada.
٣٠. Health Work and Wellness Institute (٢٠٠٠). *Investing in Workplace Health*.
٣١. Peterson, M., & Wilson, J. (١٩٩٦). Job satisfaction and perceptions of health. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, ٣٨(٩): ٨٩١-٨.
٣٢. Shain, M., & Suurvali, H. (٢٠٠٠). *Investing in comprehensive workplace health promotion: A resource for the pursuit of organizational excellence*. Draft#٢. Ottawa: Population Health Fund, Health Canada. <http://www.nqi.ca/english/downloads/Shain/Investing%20in%20Comprehensive%20Workplace%20Health%20Promotion.doc>.
٣٣. Shain, M., & Suurvali, H. (٢٠٠٠). *Investing in comprehensive workplace health promotion: A resource for the pursuit of organizational excellence*. Draft#٢. Ottawa: Population Health Fund, Health Canada. <http://www.nqi.ca/english/downloads/Shain/Investing%20in%20Comprehensive%20Workplace%20Health%20Promotion.doc>.
٣٤. Shain, M. (٢٠٠٠) *Illness, Injury and Recovery: the Fairness Connection*. In *OHS Canada*. June ٢٠٠٠: ٢٢-٢٨, as The Fairness Connection (slightly modified).
٣٥. Polanyi, M.F.D., Eakin, J., Frank, J.W., Shannon, H.S., & Sullivan, T. (١٩٩٨). Creating healthier work environments: A critical review of the health impacts of workplace change. In *Determinants of health: settings and issues: Vol. ٣*. Sainte-Foy, Quebec: Editions MultiMondes. Page ٩٩.
٣٦. Sauter S.L., Lim S.Y., & Murphy, L.R. (١٩٩٦). Organizational health: a new paradigm for occupational stress research at NIOSH. *Journal of Occupational Mental Health* ٤: ٢٤٨-٢٥٤.

۳۷. Lim, S.Y. & Murphy, L.R. (۱۹۹۷). Models of healthy work organizations. In: "From experience to innovation IEA '۹۷" *Proceedings of the ۱۳th Triennial Congress of the International Ergonomics Association, Tampere, Finland June ۲۹-July ۴, ۱۹۹۷*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health. ۵۰۱-۵۰۳.
۳۸. Murphy, L.R. & Lim, S.Y. (۱۹۹۷). Characteristics of healthy work organizations. In: "From experience to innovation IEA '۹۷" *Proceedings of the ۱۳th Triennial Congress of the International Ergonomics Association, Tampere, Finland June ۲۹-July ۴, ۱۹۹۷*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health. ۵۱۳-۵۱۵.
۳۹. Centers for Disease Control (n.d.). *National occupational research agenda: Organization of work*. National Institute for Occupational Safety and Health. <http://www.cdc.gov/niosh/nrworg.html>
۴۰. Melamed, S., Yekutieli, D., Froom, P., Kristal-Boneh, E., & Ribak, J. (۱۹۹۹). Adverse work and environmental conditions predict occupational injuries. The Israeli Cardiovascular Occupational Risk Factors Determination in Israel (CORDIS) Study. *American journal of epidemiology*. ۱۵۰(۱): ۱۸-۲۶.
۴۱. O'Donnell, M.P. (۱۹۹۷). Health impact of workplace health promotion programs and methodological quality of the research literature. *The art of health promotion*. ۱(۳): ۱-۷.
۴۲. Shain, M. (۲۰۰۰). *Best advice on stress risk management in the workplace*. Ottawa: Health Canada. p. ۱۴.
۴۳. Kaman, R.L. (۱۹۹۵). *Worksite health promotion economics: consensus and analysis*. Windsor, ON: Human Kinetics Publishing. p. ۱۰۹.
۴۴. Pelletier, KR (۱۹۹۹). A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the worksite: ۱۹۹۵-۱۹۹۸ update (IV). *American journal of health promotion*. ۱۳(۶): ۳۳۳-۴۵.
۴۵. Aldana, Steven G. (۱۹۹۸). Financial impact of worksite health promotion and methodological quality of the evidence. *The art of health promotion*. ۲(۱): ۱-۸.
۴۶. www.hc-sc.gc.ca/hppb/fitness/work/trends_e.html
۴۷. www.hc-sc.gc.ca/hppb/fitness/work/trends_e.html
۴۸. Data from the *Worksite Health Promotion Directory* www.jointventure.org
۴۹. *The Cost Benefit of Worksite Wellness*. http://www.۲۴hourfitness.com/html/corp_well/bottom_line/
۵۰. Brown, D. (۲۰۰۱). Wellness programs bring healthy bottom line. *Canadian HR Reporter*. December ۱۷, ۲۰۰۱.
۵۱. Riedel, J.E., Lynch, W., Baase, C., Hymel, P. & Peterson, K.W. (۲۰۰۱). The effect of disease prevention and health promotion on workplace productivity: a literature review. *American journal of health promotion*. ۱۵(۳): ۱۶۷-۹۱.
۵۲. Riedel, J.E., Lynch, W., Baase, C., Hymel, P. & Peterson, K.W. (۲۰۰۱). The effect of disease prevention and health promotion on workplace productivity: a literature review. *American journal of health promotion*. ۱۵(۳): ۱۶۷-۹۱.
۵۳. Adana, S. (۱۹۹۸). Financial impact of worksite health promotion and methodological quality of the evidence. *The Art of Health Promotion*. ۲(۱): ۱-۸.
۵۴. Chapman I. (۱۹۹۶). *Proof Positive: Analysis of the Cost-Effectiveness of Wellness*, ۳rd ed. Seattle Wash: Summex Corporation.
۵۵. Pelletier K.R. (۱۹۹۶). A review and analysis of the health and cost-effectiveness outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the worksite. *American Journal of Health Promotion*. ۱۰(۵): ۳۸۰-۳۸۸
۵۶. www.hc-sc.gc.ca/hppb/fitness/work/trends_e.html
۵۷. *The Cost Benefit of Worksite Wellness*. http://www.۲۴hourfitness.com/html/corp_well/bottom_line/

٥٨. http://www.emergis.com/ehealthcanada/en/library/periodicals/healthcare_manager/apr..._b.asp
٥٩. http://www.emergis.com/ehealthcanada/en/library/periodicals/healthcare_manager/apr..._b.asp
٦٠. http://www.emergis.com/ehealthcanada/en/library/periodicals/healthcare_manager/apr..._b.asp
٦١. Shain, M. & Suurvali, H. (٢٠٠٠) *Investing in comprehensive workplace health promotion: A resource for the pursuit of organizational excellence*. Draft#٢. Ottawa: Population Health Fund, Health Canada. <http://www.nqi.ca/english/downloads/Shain/Investing%20in%20Comprehensive%20Workplace%20Health%20Promotion.doc>
٦٢. Shain, M. & Suurvali, H. (٢٠٠٠). *Investing in comprehensive workplace health promotion: A resource for the pursuit of organizational excellence*. Draft#٢. Ottawa: Population Health Fund, Health Canada.
٦٣. Health Canada (١٩٩٥). *Literature Review: Evaluations of Workplace Health Promotion Programs*.
٦٤. Health Canada (١٩٩٥). *Literature Review: Evaluations of Workplace Health Promotion Programs*.
٦٥. Shephard (١٩٩٢). A critical analysis of work-site fitness programs and their postulated economic benefits. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. ٢٤(٢):٣٥٤: ٣٧٠.
٦٦. Baun, W.B., Bernacki, E.J., & Tsai, S.P. (١٩٨٦). A preliminary investigation: Effect of a corporate fitness program on absenteeism and health care costs. *Journal of Occupational Medicine*. ٢٨:١٨-٢٢.
٦٧. Zavela, K.J., Favis, L.G., Cottrell, R.R., & Smith, W.E. (١٩٨٨). Do only the healthy intend to participate in worksite health promotion? *Health Education Quarterly*. ١٥:٢٥٩-٢٦٧.
٦٨. Yarvote, P.M., McDonagh, T.J., Goldman, M.E., et. al. (n.d.) Organization and evaluation of a physical fitness program in industry. *Journal of Occupational Medicine*. ١٦.
٦٩. Shephard (١٩٩٢). A critical analysis of work-site fitness programs and their postulated economic benefits. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. ٢٤(٢):٣٥٤: ٣٧٠.
٧٠. Conrad, P. (١٩٨٧). Who comes to work-site wellness programs? A preliminary review. *Journal of Occupational Medicine*. ٢٩(٤):٣١٧-٣٢٠.
٧١. Katz, P.P. & Showstack, J.A. (١٩٩٠). Is it worth it? Evaluating the economic impact of worksite health promotion. *Occupational Medicine*. ٥(٤):٨٣٧-٨٥٠.
٧٢. Health Canada (١٩٩٥). *Literature Review: Evaluations of Workplace Health Promotion Programs*.
٧٣. Polanyi, M., Frank, J., Shannon, H.S., Sullivan, T., & Lavis, J.N. (٢٠٠٠). Promoting the Determinants of Good Health in the Workplace. From Poland, B., Green, L. & Rootman, I. *Settings for Health Promotion: linking theory and practice*. Thousands Oaks, CA: Sage.
٧٤. Hollander, R.B., & Lengeremann, J.J. (١٩٨٨). Corporate characteristics and worksite health promotion programs: Survey findings from Fortune ٥٠٠ companies. *Social Science and Medicine*. ٢٦:٤٩١-٥٠١.
٧٥. Eakin, J.M., & Weir, N. (١٩٩٥) Canadian approaches to the promotion of health in small workplaces. *Canadian Journal of Public Health*. ٨٦:١٠٩-١١٣.
٧٦. Fielding, J.E. (١٩٩٠). Worksite health promotion programs in the United States: Progress, lessons and challenges. *Health Promotion International*. ٥:٧٥-٨٤.
٧٧. Shannon, H.S., Robson, L.S. & Sale, J.E.(eds.) (٢٠٠١). Creating safer and healthier workplaces: role of organizational factors and job characteristics. *American Journal of Industrial Medicine*. p.٣٢٥.

۷۸. Shannon, H.S., Robson, L.S. & Sale, J.E.(eds.) (۲۰۰۱). Creating safer and healthier workplaces: role of organizational factors and job characteristics. *American Journal of Industrial Medicine*. p.۳۲۵.
۷۹. Riedel, J.E., Lynch, W., Baase, C., Hymel, P. & Peterson, K.W. (۲۰۰۱). The effect of disease prevention and health promotion on workplace productivity: a literature review. *American Journal of Health Promotion*. ۱۵(۳):۱۶۷-۹۱.
۸۰. Pelletier, K.R. (۱۹۹۷). Clinical and cost outcomes of multifactorial cardiovascular risks management interventions in work sites: A comprehensive review and analysis. *American Journal of Occupational and Environmental Medicine*. ۳۹:۱۱۵۴-۱۱۶۹.
۸۱. O'Donnell, M.P. (۱۹۹۷). Health impact of workplace health promotion programs and methodological quality of the research literature. *The Art of Health Promotion*. ۱(۳):۱-۷.
۸۲. O'Donnell, M.P. (۱۹۹۷). Health impact of workplace health promotion programs and methodological quality of the research literature. *The Art of Health Promotion*. ۱(۳):۱-۷.
۸۳. O'Donnell, M.P. (۲۰۰۲). *Health promotion in the workplace*, ۳rd ed. Toronto: Delmar Thomson Learning, p.۳۲۸.
۸۴. O'Donnell, M.P. (۲۰۰۲). *Health promotion in the workplace*, ۳rd ed. Toronto: Delmar Thomson Learning, p.۳۵۴.
۸۵. Heaney, C. & Goetzel, R. (۱۹۹۷). A review of health-related outcomes of multicomponent worksite health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*. ۱۱(۴):۲۹۰-۳۰۷.
۸۶. Heaney, C. & Goetzel, R. (۱۹۹۷). A review of health-related outcomes of multicomponent worksite health promotion programs. *American journal of health promotion*. ۱۱(۴):۲۹۰-۳۰۷.
۸۷. O'Donnell, M.P. (۲۰۰۲). *Health promotion in the workplace*, ۳rd ed. Toronto: Delmar Thomson Learning, p.۲۸۷.
۸۸. *The Wellness program management yearbook*, ۲nd ed. (۲۰۰۱). Manasquan, NJ: Health Resources Publishing. p.۴.
۸۹. Pelletier, K.R. (۱۹۹۷). Clinical and cost outcomes of multifactorial cardiovascular risks management interventions in work sites: A comprehensive review and analysis. *American Journal of Occupational and Environmental Medicine*. ۳۹:۱۱۵۴-۱۱۶۹.
۹۰. <http://www.hda-online.org.uk/html/research/effectivenessreviews/review1۲.html>
۹۱. Erfurt, J.C., Foote, A., Heirich, M.A., & Gregg, W. (۱۹۹۰). Improving participation in worksite wellness programs: Comparing health education classes, a menu approach, and follow-up counseling. *American Journal of Health Promotion*. ۴(۴):۲۷۰-۲۷۸.
۹۲. Erfurt, J.C., Foote, A., & Heirich, M.A. (۱۹۹۱). The cost-effectiveness of work-site wellness programs for hypertension control, weight loss, and smoking cessation. *Journal of Occupational Medicine*. ۳۳(۹):۹۶۲-۹۷۰.
۹۳. Heirich, M.A., Foote, A., Erfurt, J.C., & Konopka, B. (۱۹۹۳). Work-site physical fitness programs. Comparing the impact of different program designs on cardiovascular risks. *Journal of Occupational Medicine*. ۳۵(۵):۵۱۰-۵۱۷.
۹۴. Salina, D., Jason, L.A., Hedeker, D., Kaufman, J., Lesondak, L., McMahan, S.D., Taylor, S., & Kimball, P. (۱۹۹۴). A follow-up of a media-based, worksite smoking cessation program. *American Journal of Community Psychology*. ۲۲(۲):۲۵۷-۲۷۱.
۹۵. Salina, D., Jason, L.A., Hedeker, D., Kaufman, J., Lesondak, L., McMahan, S.D., Taylor, S., & Kimball, P. (۱۹۹۴). A follow-up of a media-based, worksite smoking cessation program. *American Journal of Community Psychology*. ۲۲(۲):۲۵۷-۲۷۱.
۹۶. Chapman, L.S. (۱۹۹۶). *Proof positive: An analysis of the cost-effectiveness of worksite wellness*. Seattle, WA: Summex Corporation.
۹۷. Benowitz, N.L., & Henningfield, J.E. (۱۹۹۴). Establishing a nicotine threshold for addictions: The implications for tobacco regulation. *New England Journal of Medicine*. ۳۳۱:۱۲۳-۱۲۵.

٩٨. Aaron, T. (١٩٩٥). *Stress management approaches for small business: A comprehensive review from a health promotion perspective*. Toronto: University of Toronto.
٩٩. Syme, S.L. (١٩٨٨). Social epidemiology and the work environment. *International Journal of Health Services*. ١٨(٤):٦٣٥-٦٤٥.
١٠٠. MRFIT Research Group (١٩٨٢). Multiple risk factor intervention trial: Risk factor changes and mortality results. *Journal of the American Medical Association*. ٢٤٨(١٢):١٤٦٥-١٤٧٧.
١٠١. Renaud, M. (١٩٩٤). The future: Hygeia versus Pankeil? In Evans, R.G., Barer, M.L., & Marmor, T.R. (Eds.). *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Aldine de Gruyter. p.٣١٧-٣٣٤.
١٠٢. Polanyi, M., Frank, J., Shannon, H.S., Sullivan, T., & Lavis, J.N. (٢٠٠٠). Promoting the Determinants of Good Health in the Workplace. From Poland, B., Green, L., & Rootman, I. *Settings for Health Promotion: linking theory and practice*. Thousands Oaks, CA: Sage.
١٠٣. Aldana, S.G. (١٩٩٨). Financial impact of worksite health promotion and methodological quality of the evidence. *The Art of Health Promotion*. ٢(١):١-٨.
١٠٤. Shain, M., & Suurvali, H. (٢٠٠٠) *Investing in comprehensive workplace health promotion: A resource for the pursuit of organizational excellence*. Draft#٢. Ottawa: Population Health Fund, Health Canada. <http://www.nqi.ca/english/downloads/Shain/Investing%20in%20Comprehensive%20Workplace%20Health%20Promotion.doc>
١٠٥. O'Donnell, M.P. (١٩٩٧). Health impact of workplace health promotion programs and methodological quality of the research literature. *The Art of Health Promotion*. ١(٣):١-٧.
١٠٦. Peterson, M. (١٩٩٧). Work, corporate culture, and stress: Implications for worksite health promotion. *American Journal of Health Behaviour*. ٢١(٤):٢٤٣-٥٢.
١٠٧. Shain, M. (n.d.). Work, Employment and Mental Health: implications for Quality of Life. *Quality of Life in Health Promotion and rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues and Applications*. Toronto: Additional Research Foundation, Social Evaluation Department.
١٠٨. McLeroy, K.R., Green, L. W., Mullen, K.D., & Forshee, V. (١٩٨٤). Assessing the effects of health promotion in worksites: A review of the stress program evaluations. *Health Education Quarterly*. ١١:٣٧٩-٤٠١.
١٠٩. McLeroy, K.R., Green, L. W., Mullen, K.D., & Forshee, V. (١٩٨٤). Assessing the effects of health promotion in worksites: A review of the stress program evaluations. *Health Education Quarterly*. ١١:٣٧٩-٤٠١.
١١٠. American Business Publishing (٢٠٠١). *The Wellness Program Management Yearbook*: Second Edition.
١١١. Shain, M., & Suurvali, H. (٢٠٠٠) *Investing in comprehensive workplace health promotion: A resource for the pursuit of organizational excellence*. Draft#٢. Ottawa: Population Health Fund, Health Canada. <http://www.nqi.ca/english/downloads/Shain/Investing%20in%20Comprehensive%20Workplace%20Health%20Promotion.doc>
١١٢. Shain, M. (١٩٩٩). The role of the workplace in the production and containment of health costs: the case of stress-related disorders. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. ١٢(٢):iii.
١١٣. Mavrinac, S.C., Jones, N.R., & Meyer, M.W. (١٩٩٥). *The financial and non-financial returns to innovative workplace practices: A critical review*. Washington, DC: U.S. Department of Labor.
١١٤. Jackson, E., & DiGiacome, G. (١٩٩٧). Innovative Workplace Practices: Case Studies. *Collective Bargaining Review*. Ottawa/Hull: Workplace Information Directorate, Labour Branch, Human Resources Development Canada. January ١٩٩٧:٣.
١١٥. Polanyi, M.F.D., Eakin, J., Frank, J.W., Shannon, H.S., & Sullivan, T. (١٩٩٨). Creating healthier work environments: A critical review of the health impacts of workplace

change. In *Determinants of health: settings and issues: Vol. ۳*. Sainte-Foy, Quebec: Editions MultiMondes. p.۸۷-۱۴۶.

۱۱۶. Polanyi, M.F.D., Eakin, J., Frank, J.W., Shannon, H.S., & Sullivan, T. (۱۹۹۸). Creating healthier work environments: A critical review of the health impacts of workplace change. In *Determinants of health: settings and issues: Vol. ۳*. Sainte-Foy, Quebec: Editions MultiMondes. p.۸۷-۱۴۶.

۱۱۷. Wilson, D.R., Plotnikoff, R.C., & Shore, C.L. (۲۰۰۱). *Research perspectives on workplace health promotion*. Toronto: Working Group on the Workplace Health Promotion of the Canadian Consortium of Health Promotion Research.

۱۱۸. *Conditions for Successful Workplace Health Promotion Initiatives*

۱۱۹. Supporting Comprehensive Workplace Health Promotion in Ontario Project

۱۲۰. Written by Jodi Thesenvitz of The Health Communication Unit project team. Ongoing content direction provided by core project team members: Larry Hershfield, Manager; Nancy Dubois; Brian Hyndman; Berkeley Butler; Sabrina Razack; and Paulina Salamo. Version ۳.۰. Created April ۲۰۰۲

۱۲۱. Edited and Formated August ۲۰۰۳

۱۲۲. Allen, J.R. (۱۹۹۸) "Lifestyle Change attempt and success rate findings from Lifegain Health Culture Audit surveys conducted at over ۵۰ companies." Research Report from the Human Resources Institute, Burlington, Vermont

۱۲۳.

۱۲۴. Allen, J.R. (۱۹۹۸) "Wellness mentoring can help rebuild the corporate culture." *Worksite Health*, Summer, pp. ۲۷-۳۰.

۱۲۵. Allen, R.F. and Allen, J.R. (۱۹۸۷) "A sense of community, a shared vision, and a positive culture: Core enabling factors in culture-based health promotion efforts." *American Journal of Health Promotion*, Vol. ۱ No. ۳, pp. ۴۰-۴۷.

۱۲۶. Allen, R.F. et. al. (۱۹۸۱) *Collegetields: From Delinquency to Freedom*. Irvington Publishers, New York.

۱۲۷. Allen, R.F. and Linde, S. (۱۹۸۱) *Lifegain: The Exciting New Program that will Change Your Health—and Your Life*. Human Resources Institute, Burlington, Vermont.

۱۲۸. Allen, R.F. and Kraft, C. (۱۹۸۰) *Beat the System: How to Create More Human Environments*. McGraw-Hill Available from Human Resources Institute, Burlington, Vermont.

۱۲۹. Horn, D. (۱۹۷۲) "Determinants of change." In J.C. Stone, F. Cohen and N.E. Adler (Eds.), *The Second World Conference on Smoking and Health*, London: Pitman Medical.

۱۳۰. Levering, R. and Moskowitz, M. (۱۹۹۴) *The ۱۰۰ Best Companies to Work for in America*. Plume, New York.

۱۳۱. O'Donnell, M.P. et. al. (۱۹۹۷) "Benchmarking best practices in workplace health promotion." *The Art and Science of Health Promotion*, March/April, Vol. ۱, No. ۱.

۱۳۲. O'Donnell, M. (۱۹۸۹) Definition of health promotion: Part III: Expanding the definition. *American Journal of Health Promotion*, Vol. ۳ No. ۳ p. ۵

۱۳۳. Prochaska, J.O. et. al. (۱۹۹۴) *Changing for Good: A Revolutionary Six Stage program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. Avon Books, NY.

۱۳۴. Terborg, J et. al. (۱۹۹۵) "Behavior change at the worksite: Does social support make a difference?" *American Journal of Health Promotion*, Vol. ۱۰, No ۲, pp. ۱۲۵-۱۳۱

۱۳۵. Jodi Thesenvitz . SUPPORTING COMPREHENSIVE WORKPLACE HEALTH PROMOTION IN ONTARIO PROJECT . EFFECTIVENESS OF WORKPLACE HEALTH PROMOTION. March ۲۰۰۳
۱۳۶. Golaszewski T, Snow D, Lynch W, Yen L, Solomita D .A benefit-to-cost analysis of a work-site health promotion program.. J Occup Med. ۱۹۹۲ Dec;۳۴(۱۲):۱۱۶۴-۷۲.
۱۳۷. David Thompson,^a John Edelsberg,^a Karen L. Kinsey,^a and Gerry Oster^a Estimated Economic Costs of Obesity to U.S. Business American Journal of Health Promotion: Vol. ۱۲, No. ۲, pp. ۱۲۰-۱۲۷.
۱۳۸. George Haynes, PhD,^a and Tim Dunnagan, EdD^a Comparing Changes in Health Risk Factors and Medical Costs Over Time . American Journal of Health Promotion: Vol. ۱۷, No. ۲, pp. ۱۱۲-۱۲۱.
۱۳۹. ذوالفقاری، مهرا. بهداشت حرفه‌ای، تأمین اجتماعی و ضرورت تحول. فصلنامه تأمین اجتماعی . سال پنجم. شماره سیزدهم. تابستان ۸۲
۱۴۰. جزوات درسی بهداشت حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی تهران دوره عالی بهداشت عمومی (MPH)، دانشکده بهداشت، ۱۳۸۲
۱۴۱. ابوالحسنی فرید. مدیریت برنامه های تندرستی . انتشارات برای فردا . بهار ۱۳۸۳
۱۴۲. لوح فشرده برنامه چهارم توسعه کشور . سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور
۱۴۳. رفیعی فر و همکاران، برنامه آموزش و ارتقای سلامت، مبتنی بر توانمند سازی مردم و جوامع، سند ملی توسعه معاونت سلامت، برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، اداره ارتباطات و آموزش سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۴۴. پوررضا ابوالقاسم . حسن زاده علی ، دمارى بهزاد . گزارش مرحله اول نیازسنجی و تعیین اولویت های تحقیقاتی بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی . موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی . تابستان ۱۳۸۴
۱۴۵. ساعتچی، محمود. روانشناسی بهره‌وری . موسسه نشر ویرایش ، پاییز ۱۳۷۷