



مروری بر تجارب جهانی در زمینه ارتقای سلامت در محل کار

مقالات ارائه شده در همایش ارتقاء سلامت و ایمنی محیط کار

سخنرانی



دکتر شهرام رفیعی فر
دفتر ارتقاء سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

چکیده

محل کار، فرصت بی نظیری را در اختیار آموزش دهندگان سلامت قرار می دهد. فرصتی که در امریکای شمالی بیشتری پذیرفته شده تا در اروپا. نوبل (۱۹۸۶) اعلام کرد امکان دسترسی به ۵۸٪ از جمعیت ایالات متحده از طریق محل کار وجود دارد و تنها به این دلیل، آموزش سلامت در محل کار می تواند در طرح ملی ارتقای سلامت به عنوان یک راهبرد اساسی محسوب می شود. نگاه ذینفعان برنامه های ارتقای سلامت در محل کار به این برنامه ها متفاوت است: در حالی که مدیران اغلب به دنبال بهبود وضعیت سازمان با افزایش تولید و کاهش هزینه ها هستند و چنین نتایجی را با شاخص های اقتصادی می سنجند، ارتقاءدهندگان سلامت به دنبال ارتقای سلامت کارکنان هستند و نگاه کارکنان به برنامه های ارتقای سلامت در محل کار نیز بین این دو نگاه می باشد. موفقیت برنامه های ارتقای سلامت در محل کار تابع بهبود رفتار هر یک از کارکنان و نیز بهبود عوامل ساختاری- سازمانی محل کار است. برای مثال برنامه های فردی ترک سیگار با اتخاذ سیاست جامع محل کار عاری از دخانیات تسهیل می شود و یا آموزش مهارت های مدیریت و کنترل اضطراب بدون بررسی زمینه های اضطراب موجود در طبیعت کار، نه سودمند است و نه اخلاقی. به اعتقاد دیویس و همکاران (۱۹۸۴) چنانچه شرکتی آزمایش های غربالگری، کلاس های آموزشی و خدمات بهداشتی پیشگیرانه را بر اساس برنامه مشخصی اجرا کند، می توان گفت که دارای برنامه ارتقای سلامت در محل کار است. پارکینسون و همکاران او (۱۹۸۲) ارتقای سلامت در محل کار را به عنوان فرایندی برای حمایت از رفتارهای سالم کارکنان و خانواده های شان تعریف کردند که در برگیرنده ترکیبی از فعالیت های آموزشی، سازمانی و ساختاری باشد. ایکین (۲۰۰۰) تعریف روشنی را در این زمینه ارائه می دهد: هر موقعیت ارتقای سلامت باید از نظر شکل، محتوا و محصول مورد بررسی قرار گیرد. این عناصر شاید در هیچ موقعیت دیگری به اندازه محل کار برای مداخلات ارتقای سلامت فراهم نباشد. در این موقعیت باید به ساختار فیزیکی محل کار (ساختمان و ماهیت کار)، فضای روانی اجتماعی محل کار (شرایط سازمانی، اقتصادی، حقوقی و سیاسی) و نیز خود کارکنان توجه شود. در این مقاله با مروری بر تجارب جهانی به بررسی: رابطه کار و سلامت، تفاوت نگاه ذینفعان به برنامه های ارتقای سلامت در محل کار، راهبردهای ارتقای سلامت در محل کار، ارتقای بنیادین سلامت در محل کار (توانمندسازی کارکنان) و اثربخشی برنامه های ارتقای سلامت در محل کار می پردازیم.

رابطه کار و سلامت

۱) مارکسیست ها، کار را ابزار سرمایه داران برای استثمار طبقه کارگر می دانستند. سوال آنها این بود که اگر کار بسیار خوب است، چرا ثروتمندان بیشتر کار نمی کنند؟ باسک (۱۹۷۷) می گوید: نارضایتی ناشی از کار آن چنان عمیق است که بروز حمله قلبی در میان کارگران بیش از هر قشر دیگر از جامعه به چشم می خورد. او معتقد بود که مردم از کار کردن می میرند نه به این دلیل که زیان آور یا خطرناک است بلکه به این دلیل



که طبیعت کار کننده است. داستایوفسکی در کتاب خانه مرگ (۱۸۶۲) می گوید: برای سرکوب و نابودی کامل وجود یک انسان و شکنجه او(تا جایی که خطرناک ترین قاتلان لرزه بر اندام شان افتد و وحشت کنند) تنها کافی است به او کاری بدهیم که به طور کامل و به تمام معنی بیهوده و عبث باشد. ماکسیم گورکی (۱۹۰۳) در جایی گفته بود زمانی که کار یک تفریح باشد، زندگی لذت بخش است و زمانی که کار یک وظیفه باشد، زندگی بردگی است.

۲) دیدگاه متداول تر و مستندتر این است که بیکاری بیشتر از کار به سلامت آسیب وارد می کند. در این مورد می توان به رابطه بین بیکاری و انواع بیماری های جسمی، روانی و اجتماعی اشاره نمود. با وجود این در رابطه با انواع روش های آموزش سلامت، از هر دو چشم انداز بالا می توان افزایش آگاهی و برانگیختن تغییرات اجتماعی و سیاسی را ارجح تر از پرداختن به علل ظاهری مسبب مشکلات اجتماعی دانست. بنابراین میزان موفقیت برنامه های ارتقای سلامت در محل کار بستگی به دامنه وقوع این تغییرات اجتماعی و سیاسی دارد.

۳) دیدگاه سومی در مورد مسأله کار و سلامت وجود دارد که کمتر رایج است اما به نوبه خود دیدگاهی بنیادی است. 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، افزایش نیروی کار، بازنشستگی پیش از موعد، کار نیمه وقت و افزایش زمان فراغت است».

تا فلر (۱۹۷۰) معتقد است آمادگی برای یک کار در جامعه صنعتی نیاز به مهارت ها و قابلیت هایی برای اداره وقایع آینده دارد. به عبارت دیگر آموزش سلامت و هویت اجتماعی، شامل پاسخ دهی به سؤال هایی اساسی در رابطه با اصول اخلاقی کار و فرهنگ کار جدید یا به عبارت دقیق تر کشف مجدد کار است. از آنجایی که پیش بینی های آینده پردازان در مورد طبیعت کار منجر به این شده که مهارت های اجتماعی و شخصی مختلفی به همراه انعطاف پذیری و تخصص گرایی برای کار در محیط های صنعتی ضرورت یابد لذا می توان گفت که روش مناسب آموزش سلامت در محل کار، روشی است که باعث پیشرفت ظرفیت خودکارآمدی فرد برای اتخاذ تصمیمات صحیح شود.

تطابق با حجم کار صنعتی، زندگی خانوادگی و سلامت کارکنان را دچار آسیب ساخت. برای مثال تغییر نوع کار در اروپا از کشاورزی و تولیدی به خدماتی و افزایش کارمندان مؤنث، ساعت های کاری را کاهش داد. استنهای این روند در ایرلند و بریتانیا مشاهده شد. در این میان، بریتانیا بالاترین میزان ساعات کاری را در بین کارگران دوازده کشور اتحادیه اروپا دارا بود (۳۴/۷ ساعت در اوایل دهه ۱۹۹۰). پولانی و همکاران (۲۰۰۰) نیز در مورد موقعیت مشابه در کانادا نشان دادند که بسیاری از کارگران از شرایط کار خود راضی نیستند. سویفت (۱۹۹۵) می گوید: با وجود این که یک سوم از مردم کانادا احساس می کنند مدام در اضطراب هستند، یک چهارم آنها خود را عاشق کار می دانند و بیش از ۲۵ درصد مردم نیز خواستار کار کمتر حتی با حقوق کمتر هستند.

ارتقای سلامت در محل کار اغلب درگیر اصلاح شرایط سخت فیزیکی و اجرایی محل کار است بنابراین تمرکز آن بر پیشرفت شخصی و اجتماعی کارکنان و تلاش برای تسهیل اختیار آنها در تصمیم گیری ممکن است دور از ذهن به نظر بیاید اما این دیدگاه در همایش ارتقای سلامت در محل کار که توسط سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۷) برگزار شده، تأیید شد. این همایش سناریو های زیر را بدیهی دانست:

۱) کار در حد معمول: فرض می شود که کار تمام وقت بیشترین نوع کار را همراه با مصرف محصولات و خدمات تشکیل خواهد داد و افراد دارای اعتماد به نفس بیشتر حقوق بیشتری می گیرند.

۲) کار بیش از حد برای توسعه: بیکاری مزمن را همان گونه که پیشتر شرح داده شد، مسلم می داند. 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 ها استفاده می کنند.

۳) عاقلانه، انسانی و زیست شناختی: بیکاری را مزمن فرض می کند اما تغییری بنیادین در ارزش ها را ضروری می داند که علاوه بر کار سنتی به ازای مزد، سایر کارها را نیز به رسمیت می شناسد. کار به ازای مزد و بدون مزد به طور مساوی بین زن و مرد تقسیم خواهد شد و هم خانه ها و هم محل های کار به عنوان مراکز کار به حساب خواهند آمد.

با نگاهی به شرایط کنونی، متعارف ترین تعریف از کار و سلامت، به محل کار به عنوان منبع عوامل بیماریزا نگاه می کند که این عوامل از اضطراب عمومی کار تا خطرات خاص کارهای صنعتی مانند سوانح و سرطان ها در نوسان است. اضطراب مورد خاص و جالبی است زیرا به شرح و توضیح دیدگاه های متضاد آموزش دهندگان سلامت و کارفرمایان می پردازد. موارد مشخص شده اضطراب زای کار بی شمار است.

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۷) موارد زیر را به عنوان منابع استرس برشمرد: شرایط بد فیزیکی کار، کار شیفتی، کار بیش از ظرفیت، تضاد، عدم امنیت، افزایش موانع، خانواده هایی با والدین (هر دو) شاغل، کمبود فرصت برای مشارکت در تصمیم گیری. تحقیقی توسط بران و هولندر (۱۹۸۷) 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 تصمیم گیری در محل کار رابطه نزدیک دارد.

تفاوت نگاه دینفعان به برنامه ارتقای سلامت در محل کار

دینفعان مختلف نگاه متفاوتی به برنامه ارتقای سلامت در محل کار دارند. دیدگاه اساتید دانشگاه، پزشکان، مراقبان سلامت و متخصصان

مسائل اجتماعی با دیدگاه های کارفرمایان و کارمندان متفاوت است هر چند که اهداف مشترکی بین آنها وجود داشته باشد. ارتقاءدهندگان سلامت محل کار را فرصت مناسبی برای «دستیابی به نسبتی کافی از جمعیت بزرگسال» می دانند. در برنامه های ارتقای سلامت، انتخاب راهبردها تابع دو اصل: میزان دسترسی به مخاطبان و قابل دسترس بودن آموزش دهندگان ماهر و معتبر است. دستیابی به جمعیتی که معمولاً دسترسی به آن مشکل می باشد، از خصوصیت عالی محل کار است. از طریق محل کار می توان در طول یک سال ۸۵ درصد بزرگسالان را تحت پوشش برنامه های ارتقای سلامت قرار داد. در حالی که برای تماس با ۷۵ درصد جمعیت بزرگسال امریکا از طریق پزشکان عمومی، نیازمند زمانی معادل ۳ سال هستیم. فرصت دسترسی سالانه به بزرگسالان در محل کار حتی از ۱۵۰۰ ساعت دسترسی سالانه به دانش آموزان در مدارس هم بیشتر است.

مک ایوان (۱۹۸۷) اعلام کرد که 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 اما باک (۱۹۸۲) بعد از بررسی شرکت های فعال در شمال انگلستان خوش بین تر بود. در تحقیق او، فعالان عرصه سلامت حرفه ای رایج ترین خدمات خود را در محل کار شامل درمان کارکنان و بازدید از محل کار می دانستند. ۵۵ نفر از ۵۹ نفر پاسخ دهندگان وجود فرصت های آموزش سلامت را در شرایط درمان تأیید کردند و ۲۹ نفر بیان کردند که فرصت آموزش اغلب یا گاهی در بازدید از محل کار به وجود می آید.

تحقیق ملی وتکی و همکاران (۱۹۸۵) در ایالات متحده امریکا بیانگر مشارکت انواع گروه های ارایه دهنده خدمات سلامت در مداخلات ارتقای سلامت در محل کار بود. در نمونه سال ۱۹۵۳ با حجم نمونه ۱۱ هزار ارایه دهنده خدمات بهداشتی در محل کار تنها ۳۴ درصد آنها برنامه مشخصی برای آموزش سلامت در محل کار داشتند. در این مطالعه ارایه دهندگان خدمات بهداشتی در محل کار به ۵ گروه بهداشت حرفه ای، پزشکی، پرستاری، آموزش سلامت و سایر رشته ها تقسیم شدند. نسبت کل ساعت هایی که هر یک از این گروه ها برای آموزش سلامت در محل کار صرف کرده بودند: ۳۳، ۲۲، ۳۸، ۸۹، ۲۳ درصد بود. مهم ترین برنامه های آموزشی در محل کار نیز شامل ارتقای سلامت، پیش گیری از سوانح و حفاظت در مقابل خطرات بود. نسبت هر یک از گروه های تخصصی شاغل در محل کار از ۳۱ درصد (متخصصین سلامت حرفه ای) تا ۹۸ درصد (پرستاران) متغیر بود. تنوع روش های آموزشی مورد استفاده آموزش دهندگان سلامت نیز بیش از دیگران بود (۰۵ درصد از آموزش دهندگان سلامت از ده تا سیزده روش آموزشی استفاده می کردند).

وقتی که از گروه های مختلف سؤال شد که اهداف آموزشی آنها متوجه ارتقای آگاهی یا بهبود عملکرد کارکنان بوده است؟ ۸۰ درصد گروه آموزش سلامت قصد داشتند رفتارها را تغییر دهند در حالی که فقط ۵۰ درصد از پرستاران علاقه مند به تغییر رفتار مخاطبان شان بودند. این که آیا این امر ناشی از تفاوت در نظام فکری آنها بود و یا پرستاران فرض می کردند که افزایش آگاهی به طور خود کار منجر به تغییر رفتار مخاطبان می شود، روشن نیست. البته نتایج حاصل از این تحقیق نشان می داد که وضعیت ارتقای سلامت در محل کار در امریکا بهتر از اروپاست. با این وجود، محققین متأسف بودند که تنها ۲۶٪ از متخصصین سلامت حرفه ای برای ارایه خدمات آموزش سلامت، به اندازه کافی تربیت شده بودند. این نکته ارزش تأکید مجدد را دارد که ایالات متحده امریکا در مسیر ارتقای سلامت در محل کار در صدر کشورهای جهان قرار دارد. بینو و همکاران (۱۹۹۴) نشان دادند که برنامه های ارتقای سلامت در محل کار در ۸۰٪ از محل های کار ایالات متحده اجرا می شوند و این وضعیت تا حدی توسط سیستم مراقبت سلامت ویژه آن کشور حمایت می شود اما با این حال غیرعادلانه نیست که انگیزه مدیران و کارفرمایان امریکایی را در دو کلمه خلاصه کنیم: نفع شخصی و سود اقتصادی.

مدیرعامل زیروکس (Xerox) معتقد بود که هزینه از دست دادن یک مدیر در اثر یک بیماری قابل پیشگیری، برای سازمان اش معادل ۶۰۰ هزار دلار است (کوپر - ۱۹۸۵).

در واقع بسیاری از مدیران اجرای برنامه های ارتقای سلامت در محل کار را نوعی صرفه جویی مالی می دانستند. حتی والش (۱۹۸۸) در نقد برنامه های ارتقای سلامت در محل کار با بررسی آرای سه فرد بدبین نسبت به این برنامه ها یعنی راسل، اسکلینگ و وارنر اعلام کرد که برنامه های کیفی ارتقای سلامت در محل کار موجب افزایش تولید و فروش و نیز کاهش هزینه های سازمان می شود.

دلایل افزایش تولید و کاهش هزینه ها با اجرای برنامه های ارتقای سلامت در محل کار به شرح زیر است:

۱) افزایش بهره وری به دلیل:

- ▣ کاهش بیماری
- ▣ کاهش غیبت از کار
- ▣ ارتقای روحیه کاری
- ▣ ارایه تصویری خوب از سازمان
- ▣ جذب کارمند شایسته از بازار کار

۲) کاهش هزینه ها به دلیل:

- ▣ کاهش سوانح در محل کار و بار ناشی از آن
- ▣ کاهش هزینه های بیمه سلامت در نتیجه تقاضای پایین مراقبت از بیمار
- ▣ کاهش هزینه های درمان، ناتوانی و مرگ کارکنان
- ▣ کاهش جایگزینی کارمند و هزینه های آموزش در نتیجه کمتر شدن جابجایی کارمندان



بنابراین انگیزه اقتصادی مدیران به هیچ وجه شگفت آور نیست و این موضوع در تحقیقی که توسط دیویس و همکاران در رابطه با ارتقای سلامت محل کار در کلرادو انجام شد، تأیید گردید. در این تحقیق از شرکت‌های مورد بررسی که این برنامه‌ها را اجرا می‌کردند، خواسته شد دلایل شروع فعالیت‌های ارتقای سلامت شان را بیان کنند، 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 درصدد آغاز آن بودند.

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

دلایل	شرکت‌های دارای برنامه	شرکت‌های علاقه‌مند به شروع برنامه
ارتقای سلامت و کاهش مشکلات بهداشتی کارکنان	٪ ۸۲	٪ ۶۸
ارتقای روحیه کارکنان	٪ ۵۹	٪ ۵۲
کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشتی کارکنان	٪ ۵۷	٪ ۶۷
کاهش جابجایی و غیبت کارکنان	٪ ۵۷	٪ ۵۷
افزایش بهره‌وری سازمان	٪ ۵۰	٪ ۶۴
پاسخ به تقاضای علائق کارکنان	٪ ۳۳	٪ ۲۰
خلاقیت و نوآوری	٪ ۲۳	٪ ۲۰
بهبود تصویر عمومی شرکت در جامعه	٪ ۲۰	٪ ۸

علیرغم مدیران که اغلب به دنبال افزایش فروش شرکت شان هستند، کارکنان مداخلاتی را که برای ارتقای سلامت آنها برنامه ریزی شده، به خوبی می‌پذیرند. بدون شک اتحادیه‌های کارگری از هر حرکتی که به نفع اعضای آنها باشد، استقبال می‌کنند و کارگران به چنین ابتکارهایی پاسخ مثبت می‌دهند. البته گاه شیوع بیکاری و کاهش دستمزدها به مساله اول اتحادیه‌های کارگری تبدیل می‌شود و ارتقای سلامت در محل کار به فراموشی سپرده می‌شود که پولانی و همکاران (۲۰۰۰) در مورد دخالت اتحادیه‌ها در کانادا و نمونه مشابه دیگری در بریتانیا به چنین مشکلی در دهه ۱۹۸۰ اشاره کرده‌اند.

در آمریکای شمالی، برای تعیین دلایل مشارکت کارکنان در برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار مطالعات مختلفی انجام شد. کنراد (۱۹۸۸) مهمترین دلیل این امر را برخورداری از تندرستی و کنترل وزن دانست. اسپیلمن (۱۹۸۸) تأثیر تفاوت‌های جنسیتی در مشارکت زنان در برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار را بررسی نمود. برای مثال نسبت بالای مشارکت زنان در برنامه کاهش وزن به دلیل حفظ زیبایی و تناسب اندام بود و البته به نقش آنها به عنوان کارکنان بدون مزد سلامت خانواده نیز مرتبط بود. کوتاربار و بنتلی (۱۹۸۸) انگیزه‌های کارکنان را برای مشارکت در یک برنامه ارتقای سلامت در محل کار 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 امروزین غرب دارد.

انگیزه کارکنان برای مشارکت در برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار تابع فرهنگ آنهاست و ارزش‌های سلامت عمومی آنان را منعکس می‌سازد. برای مثال به نظر می‌رسد که یک کارگر ایرانی بیشتر نگران بیکاری باشد تا بی‌حفاظتی در برابر مواد خطرناک چه رسد به مشارکت در دستیابی به تندرستی به منظور کاهش هزینه‌های ثابت مدیریت محل کارش.

راهبردهای ارتقای سلامت در محل کار

پولانی و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند که اکثر برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار بر تغییر شیوه زندگی افراد تمرکز دارند البته بدون در نظر گرفتن شرایطی که چنین رفتارهایی را شکل می‌دهد. سیم نیز یادآوری می‌کند: مداخلات فردی (که هر فرد را به تنهایی هدف قرار می‌دهد)، مؤثر نیستند چون تأثیری بر فشارهای اجتماعی ندارند بنابراین افراد برای همیشه در معرض خطر قرار می‌گیرند: از فعال‌ترین سیاست‌های امروزین دولت‌های مرکزی در اکثر کشورهای غربی، ترویج و تقویت برنامه‌های ارتقای سلامت متکی بر تغییر محیط اقتصادی یا سیاسی است اما بیشتر بیماری‌های دیروزین طبقه کارگر ناشی از شیوه زندگی ناسالم آنها و خانواده‌هایشان بوده که به نظر می‌رسد امروزه نیز شرایط نامساعد سلامت این طبقه ناشی از توجه اندک به سلامت آنها و نیز بی‌توجهی به آموزش سلامت به آنها باشد که راه حل هر دوی این موارد، توجه به مداخلات پیشگیرانه و درمان مشکلات فردی آنهاست.

روش سنتی ارتقای سلامت در محل کار را می‌توان با روش توجه به همه عوامل تعیین‌کننده سلامت در محل کار مقایسه کرد.

جدول ۲: راهکارهای ارتقای سلامت در محل کار

راهکار	انگیزه اجرای برنامه	اهداف	مثالها
برنامه های ایمنی و سلامت حرفه ای سنتی	خطرات فیزیکی کار صنعتی	کاهش میزان سموم باقیمانده در محل کار - کاهش خطرات فیزیکی کار	خدمات بهداشت حرفه ای - اصلاح تجهیزات و روش های حفاظتی
برنامه های اولیه ارتقای سلامت در محل کار	غیبت زیاد و هزینه های بالای درمانی	کاهش خطر بیماری در افراد از طریق آموزش سلامت - افزایش مهارت کارکنان و اجرای برنامه های حمایتی	برنامه های تندرستی - برنامه ترک سیگار - مشاوره - برنامه های کاهش وزن
برنامه های نوین ارتقای سلامت در محل کار با توجه کامل به عوامل تعیین کننده سلامت در محل کار	شناخت رابطه بین فشار کاری و سلامتی کارکنان	بهبود شرایط روانی اجتماعی در محل کار، جلب حمایت اجتماعی، افزایش مشارکت کارکنان در تصمیم گیری	ساعات کار انعطاف پذیر - بازنگری تعطیلات - طراحی مجدد شغل - چرخش شغلی - افزایش قدرت تصمیم گیری کارمندان - آموزش سرپرستی

در روش های سنتی سلامت و ایمنی شغلی، هم به شرایط پر خطر موجود بیماری مانند بیماری های عروق کرونر قلب توجه می شد و هم به شرایط پرخطر در یک موقعیت شغلی خاص. در برنامه های ارتقای سلامت اولیه، سلامت عمومی کارکنان برای کاهش غیبت و کاهش هزینه های درمانی مورد توجه قرار می گرفت. در برنامه های نوین ارتقای سلامت در محل کار به همه عوامل تعیین کننده سلامت در محل کار توجه می شود که مک اوین (۱۹۸۷) به این مسأله این گونه اشاره می کند:

- حفاظت از کارکنان در مقابل هر گونه خطر سلامتی در درون و بیرون محل کار؛
- کمک به تطابق جسمی و روانی کارکنان به خصوص از طریق سازگاری کار با کارکنان و شغلی که شایسته آنهاست؛
- کمک به استقرار و حفظ بالاترین حد ممکن از سلامت جسمی و روانی کارکنان.

پلات و همکاران (۲۰۰۰) در بررسی تحقیقاتی که از وضعیت بازار کار و سلامتی در اروپا انجام شد، نشان دادند که ۰.۳٪ از کسانی که در سال های ۱۹۹۲ - ۱۹۹۱ به پرسشنامه آنها جواب دادند، هنوز ایمنی و سلامت حرفه ای شان را در معرض خطر می دانستند. این مسأله اساساً با قرار گرفتن در معرض سرو صدا، آلودگی هوا، جا به جا کردن مواد خطرناک و کار کردن در محیط های سخت رابطه دارد. به عبارت دیگر به نحو روز افزونی لازم است برای ارتقای سلامت در قرن ۲۱ بخشی از دیدگاه های جدید ارتقای سلامت همچنان متوجه حل مشکلات قدیمی سلامت کارکنان باشد.

پولانی و همکاران (۲۰۰۰) فهرستی از ویژگی های آسیب شناختی در محل های کاری امروزی آمریکایی را تهیه کردند که در زیر آمده است:

- رقابت برای کار، موجب تضعیف حقوق کارگران و بدی شرایط کار آنها شده است.
- برای کاهش هزینه ها و تطابق با تغییرات اقتصادی، شرکت ها حقوق کارگران را کاهش داده و کارمندان تمام وقت شان را باز خرید و از کار بی کار کرده اند؛

• افزایش وام های دولتی باعث کاهش درآمد و عدم اجرای برنامه های اجتماعی شده است.

پولانی و همکاران (۲۰۰۰) اقتصاد دو گانه را منشاء تبعیض دانسته و این گونه شرح دادند که: به نظر می رسد تغییرات اقتصادی و تکنولوژیکی محرک توسعه « اقتصاد دو گانه » بوده و موجب تبعیض بین دو قشر شامل دسته کوچکی از متخصصین و گروه بزرگی از کارگران غیرماهر و بدون ایمنی شغلی شده است. در دهه هشتاد، پنج درصد از حقوق بگیران رده بالا، افزایش حقوقی معادل ۳۲٪ داشتند در حالی که ۲۰٪ از افراد ماهر در رده های پایین، با کاهش حقوق روبه رو شدند.

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

- افزایش نیروی کار
- کاهش نیروی کار زیر ۲۵ سال (این نشانگر رشد تحصیلات متوسطه است)
- کاهش نیروی کار در بین کارگران مسن تر به ویژه مردان
- افزایش نیروی کار در بین زنان
- کاهش ساعت کار
- تبدیل بخش های صنعتی و کشاورزی به خدماتی



• افزایش نیاز به انعطاف پذیری (یعنی توانایی سازگاری سریع با تغییر شرایط و تکنولوژی که نتیجه آن افزایش ناپایداری شغلی و کاهش مشاغل تمام وقت است)

- بنابر این آنها فرصت‌های ارتقای سلامت در موقعیت‌های شغلی را به صورت زیر بیان کرده‌اند:
- سازماندهی مجدد محل کار: کوچک کردن محل کار، سازمان دهی مجدد کار و رفع ناامنی‌های شغلی
- کنترل ورود و خروج بازار کار: رفع بیکاری، بازنشستگی پیش از موعد و اشتغال مجدد
- استفاده از فناوری‌های نوین: به ویژه سیستم‌های جدید دیجیتال
- بهبود ویژگی‌های محل کار: رضایت شغلی، مشارکت و کنترل تقاضا

نتیجه‌گیری پلات و همکاران (۲۰۰۰) از بررسی ۴ مقاله و ۱۸ تجربه عملی مکتوب در مورد تأثیر استفاده از فناوری‌های نوین بر سلامت کارکنان به شرح زیر می‌باشد:

- افراد دارای حقوق پایین و کاربران غیر ماهر کامپیوتر از لحاظ روانشناسی بیشتر از افراد دارای حقوق بالا و کاربران ماهر در معرض فشار و استرس قرار می‌گیرند؛
- فشار ناشی از حرکت به سمت فناوری‌های نوین در میان افراد با حقوق پایین، افراد غیر ماهر و کارمندان مسن‌تر، بیشتر از افراد با حقوق بالا، ماهر و جوان‌تر است.

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

- افزایش نیروی کار
- نداشتن کنترل بر کار یا امکان مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها
- انبوه کارهای تفویض شده و نداشتن مهارت کافی
- یکنواختی یا کمبود تنوع کارها
- روابط ضعیف کارمند و مدیر یا عدم حمایت از سوی مدیر
- مشکلات فناوری مثل خرابی کامپیوتر
- ترس از امنیت شغلی

کراسک (۱۹۹۶) با بررسی شش تحقیق انجام شده نشان داد که رضایت شغلی قطعاً با شرایط مختلف سلامتی مرتبط است - از جمله علائم بیماری ناشی از عدم رضایت شغلی «احساس درد و مشکل در 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 شده است و این آسیب روانی، پیامدهای منفی در سلامت افراد دارد. از تاسف‌بارترین آسیب‌های ناشی از کار در ژاپن می‌توان به کاروشی یا مرگ ناشی از کار زیاد یا مرگ ناشی از استرس کار اشاره نمود.

رومن و بلام (۱۹۹۸) (Employee Assistance Programs) برنامه‌های کمک به کارکنان و برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار را با هم مقایسه کردند. آنها از EAPs دو تعریف ارائه دادند:

- برنامه‌های کمک به کارکنان، مکانیسمی برای افزایش فرصت‌های اشتغال مداوم افرادی است که بازده کاری و عملکرد شخصی آنها به واسطه مشکلات سوء رفتار، بیماری روانی، اختلافات خانوادگی و دیگر مشکلات شخصی تحت تأثیر قرار گرفته است؛
- برنامه‌های کمک به کارکنان به منظور شناخت کارمندان دارای مشکل، ایجاد انگیزه در آنها برای حل مشکلاتشان و ارائه مشاوره یا درمان به آن دسته از کارمندانی که نیاز به چنین خدماتی دارند، اجرا می‌شود.

از این تعاریف مشخص است که EAPs بیشتر به درمان مسایل کارکنان توجه دارد در حالی که برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار بیشتر به پیشگیری توجه دارند. رومن و بلام نیز متوجه شدند از آنجا که اتحادیه‌های کارگری در آمریکا احتمالاً به کارایی HPPS (برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار) 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 در محل کار (توانمندسازی کارکنان)

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

- تغییرات رفتاری بدون تغییر هم‌زمان بافت فرهنگی و اجتماعی مؤثر در رفتار کارکنان، پایدار نیست.
- ۹۰٪ کارکنانی که سیگارشان را ترک کرده‌اند در طی یک سال، دوباره رو به سیگار می‌آورند (بنوویتز و هنینگفیلد - ۱۹۹۴).
- فقط ۱۰٪ کارکنان مهارت‌های مدیریت استرس را در طولانی مدت به کار می‌گیرند (آیرون - ۱۹۹۵).
- موفقیت کارکنان در کاهش وزن و کم کردن چربی اندک است (سیم - ۱۹۸۸).

گروه تحقیق برنامه MRFIT در آمریکا برای بهبود بیماری‌های قلبی - عروقی شکست مداخله مذکور را به این صورت شرح می‌دهد که: «علی‌رغم انگیزه زیاد شرکت‌کنندگان، طراحی خوب مداخلات رفتاری، منابع فراوان و کار عالی گروه؛ به دلیل استفاده صرف از روش‌های فردی، برنامه شکست خورد».

در مداخلات تغییر شیوه زندگی باید همواره به یاد داشت که توانایی افراد برای تغییر رفتارهای مخاطره آمیزشان و تداوم آن، رابطه مستقیمی با

ثروت، قدرت و سواد بهداشتی آنها دارد. در واقع می توان گفت که توان کنترل افرادی که می خواهند بر آینده خود تأثیر بگذارند و افرادی که قصد تغییر رفتارشان را دارند، تا حد زیادی متأثر از محیط اجتماعی آنها است.

البته نمی توان تمام برنامه های متمرکز بر تغییر رفتار فردی را مردود دانست. برای نمونه، در بریتانیا برنامه سلامت و تندرستی عمومی که توسط انجمن آموزش سلامت بزرگسالان تهیه شده بود، در محل کار به کار گرفته شد. این برنامه خودمراقبتی شامل آموزش ورزش، ریلکسیشن، تغذیه سالم و دیگر عوامل موثر در شیوه زندگی سالم بود (دامس-۱۹۸۶) که در محل کار نیز در صورت نیاز ارایه می شد. مربیان برنامه مذکور برای اجرای روزانه برنامه در محل کار افراد حاضر می شدند. این برنامه، بیشتر به عنوان آموزش اولیه بزرگسالان شاغل در محل کار به اجرا درآمد. اگر چه این برنامه طیف وسیعی از موضوعات سلامتی را در بر می گرفت اما تأکید آن هنوز بر تغییر رفتار فردی کارکنان بود. مهمتر از همه این که برنامه مذکور به تأثیر خطرات محل کار و کار بر سلامت کارکنان توجهی نداشت.

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

- جلب حمایت اجتماعی از برنامه ارتقای سلامت کارکنان
- ارزیابی ارزش ها، باورهای فرهنگی و فعالیت های اجتماعی جامعه ای که محل کار در آن قرار می گیرد.
- تاسیس یک شورای مشورتی در محل کار برای هدایت برنامه
- ارزیابی فرهنگ کار و روابط حاکم در محل کار
- استفاده از فرصت های تسهیل برنامه
- شناسایی و تغییر موانع موجود برای ارتقای سلامت کارکنان
- جلب حمایت همه جانبه مدیران و اتحادیه ها
- جلب مشارکت کارکنان در برنامه ریزی
- انجام تحقیقات در مورد سلامت کارکنان
- انتخاب نمایندگان کارکنان برای عضویت در شورای ارتقای سلامت کارکنان
- انتخاب رابط ارتقای سلامت در محل کار
- استمرار برنامه ها با حمایت های اجتماعی و محلی
- مدیریت و ارزیابی دوره ای برنامه

اثر بخشی برنامه های ارتقای سلامت در محل کار

قبلاً به بازنگری ریشه های 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 بخش های ویژه این بازنگری، مروری بر مداخلات ارتقای سلامت در محل کار بود که شامل کاهش استرس، کاهش غیبت و توسعه رفتارهای بهداشتی است:

• کاهش استرس: بررسی ها نشان می دهد که ۰۶ تا ۹۰ درصد از کلیه مراجعات به متخصصین بهداشتی، به دلیل برخی اختلالات ناشی از استرس است. در این جا دو مورد بازنگری آثار مکتوب (بورخه و مافی-۱۹۹۶) به همراه سه مورد تحقیق تجربی تأثیر مداخلات در محل کار بر اضطراب (رینولدز-۱۹۹۷، آربتز-۱۹۹۶، باریوس-۱۹۹۷ و چوپلین-۱۹۹۷) مورد ارزیابی قرار گرفتند. پلات و همکاران (۲۰۰۰) نتیجه این مطالعات مختلف را این گونه تعریف کردند: «یافته های حاصل از این مطالعات به همراه نتایج این دو بازنگری، اشاره بر این دارد که مداخلات مدیریت فردی استرس بررسی شده می تواند در کاهش نشانه های بیماری های جسمی و روانی مؤثر باشد». مهم تر از همه این که (با توجه به بحث ما پیرامون ارتقای بنیادین سلامت در محل کار)، نویسنده نتیجه گرفته است که «مداخلات ارتقای سلامت در محل کار باید منابع استرس زای سازمانی را مشخص کنند تا به طور اصولی به این موضوع پرداخته شود».

همچنین مدارکی وجود دارد که نشان می دهد استرس در محل کار ناشی از شیوع خطرات ایمنی، ازدحام و شلوغی در محل کار و نیازهای شناختی و جسمی کارکنان است و از محرک های ایجاد استرس زیست محیطی می توان برای پیش بینی جراحات شغلی استفاده کرد. گزارش منتشر شده از سوی انجمن روانشناختی آمریکا نشان داد که هر چه کارمندان بیشتر دچار افزایش تقاضای شغلی و محرک های استرس زا مثل ترس از دست دادن کار شوند، احتمال این که در معرض سوانح کاری قرار گرفته و متحمل جراحات شوند نیز بیشتر می شود. طبق گزارش شین استرس می تواند میزان جراحات در محل کار را دو تا سه برابر افزایش دهد. علاوه بر رابطه بین ایمنی و سلامت شغلی و تغییر سازمانی، رابطه دیگری نیز بین رویکرد تغییر رفتار داوطلبانه و ایمنی و سلامت شغلی وجود دارد. کارمندی که هم در معرض خطرات شدید شیوه زندگی و هم خطرات شغلی قرار دارند، به احتمال بیشتری متحمل آسیب ناشی از کار می شوند. تداخل مشخصی بین ایمنی و سلامت شغلی، تغییر سازمانی و اتخاذ داوطلبانه شیوه زندگی سالم وجود دارد.

• غیبت: پنج تحقیق در این رابطه انجام شده است (جفری-۱۹۹۳، میکی-۱۹۹۳، اسپچی-۱۹۹۳، کروندوس-۱۹۹۶ و لچرز-۱۹۹۷). تغییر پلات و همکاران اش این گونه بوده که: «کلیه یافته ها به تأثیر عمده فعالیت ارتقای سلامت در محل کار بر کاهش غیبت اشاره دارند».

• بهبود رفتارهای سلامتی: در مورد بازنگری آثار 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 نتیجه گیری بدینانه 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 سلامت کارکنان با شرایط فعلی بازار کار، وجود دارد. یافته‌های ما اشاره بر این دارد که سازماندهی مجدد کار، نیروی مازاد کار، فناوری‌های نوین و ویژگی‌های محل کار با ضعف سلامت جسمی و روانی طیف وسیعی از کارکنان ارتباط دارد. دولت‌ها باید تأثیر سیاست بازار کار خود را بر سلامتی کارکنان در حال یا آینده بسنجند و به کاهش یا جبران عواقب منفی تغییرات بازار کار توجه کنند. کارفرمایان باید تشویق یا ملزم به توجه بیشتر به سلامت منابع انسانی و آثار بهداشتی تصمیمات خود شوند، حتی در مواقع کاهش بهره‌وری، وضعیت سلامت کارکنان باید مورد سؤال قرار گیرد تا اطمینان حاصل شود که در ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و درمان کارکنان کوتاهی نشده باشد. در ارتقای سلامت کارکنان باید توجه داشت که محل کار بهترین موقعیت برای انجام چنین رسالتی است و در واقع باید دید که مداخله در کدام سطح (فردی یا سازمانی) اثربخشی بیشتری دارد.

به گزارش پیرزمن و همکاران (۱۹۹۸) ویژگی‌های برنامه‌های مؤثر ارتقای سلامت در محل کار به شرح زیر است:

- حمایت آشکار و مشارکت مؤثر مدیران ارشد در مداخلات؛
 - مشارکت کارمندان کلیه سطوح سازمانی در برنامه ریزی و اجرای فعالیت‌ها؛
 - تمرکز بر عوامل خطر قابل تعریف و قابل تغییر در هر یک از گروه‌های کارکنان که موجب افزایش مقبولیت مداخله و افزایش مشارکت کارکنان می‌شود؛
 - تطابق مداخلات با ویژگی‌ها و نیازهای مخاطبان؛
 - جلب مشارکت کارکنان به عنوان منابع اصلی برنامه در سازماندهی و اجرای مداخلات؛
 - توجه به ارزشیابی به عنوان بخش اصلی هر مداخله جدید در محل کار.
- علاوه بر این پیرزمن و همکاران (۱۹۹۸) به ضعف روش شناختی اکثر مطالعات منتشر شده در زمینه ارتقای سلامت در محل کار نیز اشاره کردند. پلات و همکاران در مورد یک طرح تحقیقاتی مناسب برای ارزیابی برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار معتقد به رعایت اصول زیر هستند:
- مداخلاتی که دارای چندین مؤلفه هستند باید هر یک از مؤلفه‌ها را به طور واضح تعریف و مشخص کنند که چگونه و توسط چه کسی اجرا می‌شوند؛
 - مداخلات ارتقای سلامت در محل کار، باید آن دسته از مؤلفه‌های ارزیابی را با هم ترکیب کنند که تمرکز اولیه آنها بیشتر بر قابلیت قبول مداخله باشد تا اثربخشی آن؛
 - برای تجزیه و تحلیل اثربخشی برنامه‌ها باید به طور هم‌زمان از روش‌های کیفی و کمی مو نیز تکنیک‌های آماری مناسب استفاده شود؛
 - در صورت امکان، مطالعات اثربخشی باید از طرح کنترل شده تصادفی (RCT) استفاده کنند. البته 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 برگیرنده اطلاعات هزینه اثربخشی نیز باشد؛
 - لازم است ارزیابان فعالیت‌های ارتقای سلامت، بازنگران و سرپرستان مربوطه در مورد تعیین صحت روش تحقیق 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 کارفرمایان، در برنامه ریزی خدمات شان از بازنگری متون و مطالعات اولیه ای که به دقت ارزیابی شده‌اند، تهیه کنند.
 - باید روش‌های تحقیق مناسب برای ارزیابی نقش ائتلاف‌های سلامت و دیگر مداخلات پیچیده ابداع شود به گونه ای که اثربخشی آنها ارزیابی شده و مؤلفه‌های فعال آنها را شناسایی شده باشد.

در سال ۱۹۷۰ در آمریکا، قانون سلامت شغلی به تصویب رسید تا در حد امکان ایمنی و سلامت کاری هر مرد و زن شاغل را تضمین کرده و از منابع انسانی سازمان‌ها حفاظت کند. اما تحقق چنین هدفی نیازمند اقدام دیگری بود که وتکی و همکاران (۱۹۸۷) آن را این گونه بیان می‌کنند: برنامه‌های آموزشی برای تشخیص، اجتناب و جلوگیری از شرایط کاری ناسالم و نامن، در انگلیس قانون مشابهی به شکل قانون سلامت و ایمنی شغلی در سال ۱۹۷۴ تصویب شد.

رایج‌ترین برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار در مطالعه فاجس و همکاران (۱۹۸۵) بر رور مجموعه ای از شرکت‌ها که چنین برنامه ای را اجرا می‌کردند شامل ۳۳ مورد برنامه ورزشی، ۱۹ مورد برنامه کنترل فشار خون و بیماری‌های عروق کرونر، ۱۷ مورد برنامه های مبارزه با مواد مخدر و الکل، ۱۲ مورد برنامه های کنترل استرس، ۸ مورد برنامه های ترک سیگار، ۵ مورد برنامه های کاهش وزن، ۴ مورد برنامه های ایمنی و ۳ مورد برنامه های غربالگری سرطان بود. هولاندر و لنگرمن (۱۹۸۸) به بررسی ۵۰۰ شرکت بزرگ آمریکایی پرداختند که یک سوم آنها دارای برنامه ارتقای سلامت در محل کار بودند، یک سوم آنها قصد آغاز چنین برنامه ای را داشتند و یک سوم باقیمانده نیز هیچ برنامه‌ای برای شروع فعالیت‌های ارتقای سلامت در محل کار نداشتند. به طور کلی شرکت‌های بزرگتر، برنامه‌های وسیع‌تری داشتند. شمار فعالیت‌های ارتقای سلامت گزارش شده از ۵/۷ تا ۸/۹ برنامه در نوسان بود. والش (۱۹۸۸) به دست نوشته های 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 بخش های خصوصی که دارای ۵۰ نفر پرسنل یا بیشتر بودند. این گزارش وجود فعالیت‌های ارتقای سلامت در محل کار را در 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 ایمنی به تنهایی مسوول توسعه برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار در آمریکا باشد.

مطالعات دیویس و همکاران (۱۹۸۴) نشان داد که اعتماد به نفس آن دسته از کارفرمایانی که برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار را اجرا



می کنند، افزایش می یابد. بلیر و همکاران (۱۹۸۶) پس از یک برنامه فشرده ۱۰ هفته ای آموزش تندرستی، علاوه بر تفاوت‌های قابل توجهی که در شاخص های فیزیولوژیک و درمانی ۳۸۴۶ از کارکنان تحت پوشش برنامه مشاهده کردند، شاهد کاهش غیبت از محل به میزان متوسط ۲۵/۱ روز بودند. طبق محاسبه آنها صرفه جویی ناشی از برنامه مذکور معادل ۱۴۹۵۷۸ دلار بود.

نوبل (۱۹۸۳) در تحقیقی اعلام کرد که هزینه های نقص عضو به ازای هر ۱۰۰۰ دلار پرداخت کلی دستمزد، از ۱۳ دلار و ۲۸ سنت در سال ۱۹۷۶ به ۹ دلار و ۴۳ سنت در سال ۱۹۷۸ در جنوب بل کاهش یافته است و این کاهش هزینه ها را به برنامه ارتقای سلامت در محل کار نسبت داد. نوبل همچنین با توجه به غربالگری های سرطان روده انجام شده در قالب برنامه ارتقای سلامت کارکنان شرکت کمپل سوپ اعلام کرد که شناسایی به موقع ۲۰ مورد پولیپ روده ای در هر سال با هزینه ای معادل ۶۵۰۰ دلار موجب صرفه جویی سالانه ۱۰۰ هزار دلار در پرداخت های مستقیم بیمه می شود. علاوه بر این شرکت مذکور بین ۶۰ تا ۹۰ درصد از موارد فشار خون بالا را پیگیری و درمان کرد و به این ترتیب طی یک دوره ۱۰ ساله از پرداخت ۱۳۰ هزار دلار هزینه بستری، توانبخشی و از کار افتادگی مبتلایان جلوگیری کرد. نوبل در تحقیق دیگری بر روی شرکت گاز طبیعی شمال، میزان کاهش غیبت را معادل ۵ روز کاری در طول یک سال بعد از اجرای یک برنامه ارتقای سلامت در محل کار اعلام کرد. وی در تحقیق دیگری کاهش ۱۷ درصدی غیبت مدیران و معلمان مدارس را بعد از اجرای یک برنامه ورزشی، کنترل استرس و آموزش تغذیه اعلام کرد.

بلیر (۱۹۸۶) به توضیح برنامه ای با عنوان زنده بودن برای زندگی کردن در شرکت جاسون و جاسون پرداخت که سلامتی، تندرستی، رژیم غذایی، منع استعمال دخانیات، کنترل فشار خون، مدیریت اضطراب، کنترل وزن و آموزش های عمومی بهداشتی را شامل می شد. طبق تخمین شرکت مذکور در نتیجه اجرای این برنامه از طریق کاهش هزینه های پزشکی، کاهش مرخصی های استعلاجی و افزایش بهره وری میزان ۱/۹ میلیون دلار در هزینه های شرکت صرفه جویی شد.

یک مطالعه گذشته نگر بر روی ۱۳۲۵ کارمند بیمه شده شهر میسای آریزونا، نشان دهنده کاهش قابل ملاحظه هزینه مراقبت سلامت کارمندان تحت پوشش برنامه ارتقای سلامت در محل کار بود و عکس این مورد برای کارمندان پیش آمد که در این برنامه شرکت نکرده بودند. در مورد کارمندان تحت پوشش برنامه ارتقای سلامت در محل کار هزینه های مراقبت های سلامت ۶۱٪ کاهش یافت که منجر به صرفه جویی ۳/۶ دلار به ازای هر یک دلار مصرف شده در خدمات ارتقای سلامت شد.

مطالعه بر روی ۸۳۳۴ نفر کارمندی که در برنامه ارتقای سلامت پروکتور و گامبل شرکت کرده بودند، نشان داد که در سال سوم اجرای برنامه و در مقایسه با افرادی که در این برنامه شرکت نکرده بودند، هزینه های مراقبت سلامت کمتر شده بود (کاهش ۹۲٪ از هزینه کل و ۶۳٪ هزینه های مربوط به شیوه زندگی). به همین صورت در سومین سال اجرای برنامه، شرکت کنندگان در برنامه نسبت به کسانی که در آن شرکت نکرده بودند، از هزینه های کمتر بستری در بیمارستان و روزهای کمتر مراقبت های بیمارستانی برخوردار بودند اما در دو سال اول اجرای برنامه هیچ تفاوتی دیده نشد. اسلوان در سال ۱۹۸۷ با بازنگری پروژه های متعدد ارتقای سلامت در محل کار به ویژه در آمریکای جنوبی بیان کرد برخی از رویکردهای تکمیلی ارتقای سلامت در محل کار به ویژه فضای روانشناختی محل کار و سازمان کار نادیده گرفت شده است.

برترا (۲۰۰۰) با توضیح در مورد برنامه خدمات سلامتی جامع شرکت دوپونت به ذکر چهار مورد مطالعه موفقیت آمیز پرداخت:

- در دو برنامه اولیه بررسی کاهش میزان غیبت، کاهش غیبت متوسط ۶/۸ درصدی در هر سال طی یک دوره ۴ ساله در یک محیط کار و نیز کاهش غیبت ۷/۹ درصدی در هر سال طی یک دوره ۶ ساله در یک محیط کار دیگر مشاهده شد. این کاهش در یک محل کار کنترل به طور متوسط ۲/۱ درصد بود (برترا ۱۹۹۰).
- در دور دوم مطالعه کاهش غیبت در مورد ۲۹۳۱۵ کارمند در ۴۱ محل کار مختلف میزان ۱۴ درصدی کاهش غیبت طی ۲ سال در مقایسه با کاهش ۵/۸ درصدی غیبت در محل های کار کنترل (با ۱۴۵۷۳ کارمند) مشاهده شد. علاوه بر این به نظر می رسد که این ابتکارات، هزینه اثربخش تر باشد. این مداخلات با ۱۱۷۲۶ روز ناتوانی کمتر موجب سوددهی ۲/۵ دلار به ازای هر یک دلار سرمایه گذاری شده در پایان سال دوم شد.
- در بررسی عوامل خطر ساز رفتاری موثر در غیبت کارکنان و هزینه های مراقبت های بهداشتی مربوطه مشخص شد که غیبت کارکنانی که در معرض هر ۶ نوع عامل خطر قرار داشتند، بین ۱۰ تا ۳۲ درصد بیشتر از افرادی بود که در معرض چنین خطراتی قرار نداشتند (برترا ۱۹۹۱).

در برنامه دوپونت هزینه های سالانه اضافی بیماری برای هر فرد به ازای هر عامل خطر به شرح زیر بود:

- ۹۶۰ دلار برای استعمال 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 نبستن کمربند ایمنی
- ۱۳۰ دلار برای کمبود تحرک فیزیکی

به دنبال این بررسی، از سال ۱۹۹۳ طی ۲ سال به منظور اصلاح رفتارهای فردی غیربهداشتی ۷۱۷۸ نفر از کارمندان این شرکت مداخلاتی طراحی و اجرا شد که در نتیجه 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. علاوه بر این طیفی از موفقیت در تغییر رفتارهای مخاطره آمیز (بستن کمربند ایمنی تا ۹/۷۸ و کاهش وزن بدون تغییر) نیز گزارش شد. انواع روش های آموزشی مورد استفاده در این برنامه شامل: ابزارهای خودآموز/ کیت های خودیاری،

کارگاه های آموزشی / ایفای نقش / بازی ها، آموزش مهارت های زندگی، اجرای سیاست های ضد دخانیات، تأمین غذاهای بهداشتی برای رستوران ها و دسترسی به دستگاه فشار خون بود.

برنامه ارتقای سلامت در محل کاری که توسط ارفورت و همکاران او (۱۹۹۱) توضیح داده شد نیز شایان توجه می باشد. برنامه مذکور شامل مداخلاتی برای مبارزه با استرس زیاد، چاقی و مصرف سیگار بود. اثر بخشی برنامه، مدیون استفاده بهینه از رویکردهای سازمانی بود. روش های ویژه مورد استفاده در برنامه مذکور شامل ابزارهای خودآموز / کیت های خودیاری، آموزش چهره به چهره، بحث های گروهی، کارگاه ها / ایفای نقش / بازی ها، آموزش مهارت های زندگی، توسعه شبکه های ارتباطی، گروه های خودیاری و فعالیت های ارتقای سلامت در سطح کارخانه بود. این مداخلات ۳ سال به طول انجامید و تعدادی از مربیان بهداشتی، مشاورین سلامت و متخصصان ارتقای سلامت در آن همکاری داشتند. پیشرفت های عمده ای در کنترل رفتارهای مخاطره آمیز کارکنان پیدا شد: اکثر افراد دچار استرس درمان شده و کاهش بیشتری در میزان فشار خون آنها پدید آمد. تعداد افرادی که در برنامه های کاهش وزن و منع استعمال دخانیات شرکت داشتند هم افزایش یافت. برنامه دیگری که از جانب وین و وریچکن (۱۹۹۴) به عنوان برنامه ای اثربخش شناخته شد بر خلاف سایر مطالعات که تنها به درمان مشکلات بهداشتی توجه می کردند، بیشتر به ارتقای سلامت کارکنان می پرداخت. شاخص های موفقیت این برنامه شامل تغییر در: دانش / عقاید / آگاهی، نگرش، پذیرش آزمایشی رفتارها، خطرات زیست پزشکی، دسترسی به خدمات / امکانات / یا تشکیلات زیربنایی پیشگیرانه، قانون و مقررات و بروز یا شیوع بیماری بود.

نتیجه

اکثر ارزیابی های برنامه ارتقای سلامت در محل کار را می توان مورد انتقاد قرار داد به این دلیل که دارای طرح های ناقص بوده و فاقد 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 طرح های پژوهشی تجربی یا شبه تجربی مناسب برای بررسی اثربخشی برنامه های ارتقای سلامت در محل کار بسیار نادرند. البته روی هم رفته و بر اساس مطالعات فوق الذکر، می توان بسیاری از برنامه های ارتقای سلامت در محل کار را موفق دانست. در واقع در آمریکای شمالی به این نظریه کلی رسیده اند 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.

فهرست منابع

- (۱) نظام جامع آموزش و ارتقای سلامت در محل کار-تالیف دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر بهزاد دمازی و همکاران، ۱۳۸۴، مهرآروش
- 2) Tones K, Tilford S. Health Promotion effectiveness, efficiency and equity. Third Edition. 2001. Health promotion in the Workplace. UK. Chapman & Hall Publish
 - 3) Peterborough County-City Health Unit (2001). Wellness Opportunities in the Workplace. Peterborough: Ontario
 - 4) Peterborough County-City Health Unit (2001). Wellness Opportunities in the Workplace. Peterborough: Ontario
 - 5) Ministry of Health and Long Term Care (2000). Report of the Joint Stroke Strategy Working Group: Executive Summary. Toronto: Ontario
 - 6) Ministry of Health and Long Term Care (2000). Report of the Joint Stroke Strategy Working Group: Executive Summary. Toronto
 - 7) Black, P.H. & Garbutt, L.D. (2002). Stress, inflammation and cardiovascular disease. Journal of Psychosomatic Research
 - 8) Duxbury, L., Higgins, C., & Coghill, D. (2003). Voices of Canadians: Seeking Work-Life Balance. Quebec: Human Resources Development Canada
 - 9) 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
 - 10) Schnall, P.L., Landsbergis, P.A., & Baker, D. (1994). Job strain and cardiovascular disease. Annual Review of Public Health
 - 11) Johnson, J.V., Stewart, W., Hall, E.M., Fredlund, P., & Theorell, T. (1996). Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men. American Journal of Public Health
 - 12) Hallqvist, J., Diderichsen, F., Theorell, T., Reuterwall, C., & Ahlbom, A. (1998). 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.
 - 13) Theorell, T. (1995). 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
 - 14) Belkic, K., Landsbergis, P., Schnall, P., Baker, D., Theorell, T., Siegrist, J., Peter, R., & Karasek, R. (2000). Psychosocial factors: review of the empirical data among men. Occupational Medicine: state of the art reviews