

سرمقاله

مقدمه ای بر ارتقای سلامت در محل کار

شهرام رفیعی فر

مقدمه

نیمی از کلیه مرگ‌های زودرس بزرگسالان، ناشی از عوامل مربوط به شیوه زندگی آنهاست. کمتر از یک پنجم مرگ‌های زودرس بزرگسالان نیز به علت مشکلاتی است که از طریق مراقبت‌های روتین پزشکی در محل کار قابل درمان هستند.

در اکثر سازمان‌ها، انگیزه‌های اقتصادی، علت اصلی شروع برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار است. ارتقای سلامت در محل کار موجب افزایش بهره‌وری به دلیل کاهش بیماری، کاهش غیبت از کار، افزایش روحیه کاری، ارایه تصویری خوب از سازمان برای مخاطبان و جذب پرسنل شایسته از بازار کار می‌شود. ارتقای سلامت در محل کار موجب کاهش هزینه‌ها به دلیل کاهش سوانح و بار ناشی از آن، کاهش هزینه‌های بیمه سلامت در نتیجه تقاضای پایین مراقبت از بیمار، کاهش هزینه‌های درمان و معلولیت و مرگ، کاهش جایگزینی کارمندان و هزینه‌های آموزش در نتیجه کمتر شدن جابجایی کارمندان و بهبود نگاه جامعه به سازمان می‌شود.

اجرای برنامه ارتقای سلامت در محل کار موجب صرفه‌جویی در منابع سازمان می‌شود. برای مثال استعمال دخانیات ۹۶۰ دلار، چاقی ۴۰۱ دلار، افزایش کلسترول ۳۷۰ دلار، پرفشاری خون ۳۴۳ دلار، نبستن کمربند ایمنی ۲۷۲ دلار و ورزش نکردن ۱۳۰ دلار به ازای هر نفر به سازمان تحمیل می‌کند که با برنامه ارتقای سلامت در محل کار قابل صرفه‌جویی است. در مطالعه پلیتر [۱] هزینه اثربخشی ابتکارات ارتقای سلامت در محل کار متمرکز بر شیوه زندگی در آمریکا

دسترسی به جمعیت بزرگسال - که اغلب دسترسی به آن مشکل می‌باشد - از ویژگی‌های عالی محل کار است. بزرگسالان اغلب دو سوم از ساعات بیداری خود را در محل کارشان صرف می‌کنند و امکان دسترسی به ۸۵ درصد از آن‌ها در محل کار وجود دارد.

محل کار به عنوان منبعی برای عوامل بیماری‌زا معرفی شده است. بنابر اعلام سازمان جهانی بهداشت ۶۰ تا ۹۰ درصد کلیه مراجعات به پزشکان، به دلیل عواقب جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از استرس می‌باشد و یکی از منابع مهم استرس، کار است. به اعتقاد اسمیت [۱] شش عامل شغلی منجر به افزایش استرس می‌شود: حجم بالای کار، نداشتن کنترل بر روند کار یا توان مشارکت در تصمیم‌گیری، نداشتن مهارت کافی، یکنواختی یا کمبود تنوع کارها، روابط ضعیف کارمند و سرپرست یا عدم حمایت از سوی سرپرست، مشکلات فناوری و ترس از امنیت شغلی. در ژاپن کاروشی اصطلاحی است که به مرگ ناشی از کار زیاد یا مرگ ناشی از استرس کار اطلاق می‌شود.

۲۰ درصد کل سرطان‌ها به خاطر مجاورت با عوامل سرطان‌زا در محل کار است. هر ساله حدود ۷۰ درصد از کارمندان تلاش می‌کنند تا یک شیوه زندگی سالم را اتخاذ نمایند اما کمتر از ۲۰ درصد آنها موفق به حفظ این تغییرات می‌شوند چرا که تغییر رفتار آنها در گروه حمایت‌ها، ارزش‌ها، حمایت گروه همسالان، حمایت سازمانی و جو حاکم بر فضای کار است. بیش از



تصمیماتی که سلامت کارکنان، خانواده آنها، جوامعی که شرکت‌ها در آنها قرار دارند و مصرف‌کننده‌هایی که انتخاب آنها نشان‌دهنده موفقیت آن شرکت در بازار است را شامل می‌گردد.

برنامه‌های نسل اول تا سوم رویکرد فردگرایانه داشتند اما نگاه برنامه‌های نسل سوم به بعد جامع‌تر بوده است.

دیویس و همکاران [۶] ارتقای سلامت در محل کار را مترادف با آزمایش‌های غربال‌گری، برگزاری کلاس‌های آموزشی و ارائه خدمات پیشگیرانه می‌دانند. پارکینسون و همکاران [۷] ارتقای در محل کار را به عنوان ترکیبی از فعالیت‌های آموزشی، سازمانی و محیطی برای حمایت از رفتارهای بهداشتی کارکنان و خانواده‌های شان تعریف کرده‌اند. در همایش ارتقای سلامت در محل کار [۸] ارتقای سلامت در محل کار برنامه‌ای دانسته شد که بر پیشرفت شخصی و اجتماعی کارکنان متمرکز است و به دنبال توانمندسازی آنها در تصمیم‌گیری برای ارتقای سلامت شان می‌باشد.

سازمان بهداشت جهانی [۹] دیدگاه اکولوژیکی را در مورد ارتقای سلامت در محل کار مطرح کرده است که به دنبال اصلاح شرایط فیزیکی و محیطی محل کار و محیط روانی اجتماعی آن مثل شرایط ساختاری، اقتصادی، حقوقی و سیاسی است. شرایط مذکور فرهنگ کار، ساختار سازمانی، قوانین کار، روابط حاکم در فضای کار، حقوق فردی و روش‌های مدیریت کار را نیز در بر می‌گیرد.

نگاه ذینفعان برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار به این برنامه اغلب متفاوت است: مدیران اغلب به دنبال منافع اقتصادی خود هستند، متخصصان ارتقای سلامت به دنبال ارتقای سلامت جمعیت بزرگسالی که در محیط کار می‌توانند به آنها دست‌یابند و پرسنل نیز برنامه‌های ارتقای سلامت را به عنوان وسیله‌ای برای اثبات خود و حقوقی که دارند، دنبال می‌کنند.

استراتژی‌های ارتقای سلامت در محل کار رایج شامل ارتقای ایمنی و سلامت شغلی از طریق کاهش مواد و شرایط زیان‌آور، فعالیت‌های سلامتی داوطلبانه نظیر برنامه‌های غربالگری و ترک سیگار و تغییر شرایط

از سال ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۸، ۸/۸۱ دلار به ازای هر یک دلار هزینه شده در برنامه بود [۲].

برنامه‌های نوین توسعه نیز، کارکنان سازمان‌ها را بیش از پیش در معرض عامل خطر کار قرار می‌دهد بنابراین ضرورت توجه به برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار افزایش می‌یابد.

در سال ۱۹۹۴ [۳] حدود ۸۰ درصد از محیط‌های کاری ایالات متحده به نوعی برنامه ارتقای سلامت داشته‌اند که دولت آن را حمایت می‌کرده است. در سال ۱۹۹۶ شبکه اتحادیه اروپا به منظور ارتقای سلامت در محل کار تشکیل شد. در برنامه مردم سالم ۲۰۱۰ ایالات متحده [۴، ۵] ارتقای سلامت در محل کار به عنوان یک راهبرد اساسی ارتقای سلامت معرفی شده است.

در مروری بر برنامه‌های سلامت در محل کار، ۴ نسل از این برنامه‌ها قابل تفکیک می‌باشد:

برنامه‌های نسل اول

این برنامه‌ها به دلایل مختلفی که اغلب ارتباطی با سلامت نداشتند، اجرا می‌شدند. برای مثال سیاست‌های ممنوعیت استعمال دخانیات از صد سال پیش آغاز شد، بسیار قبل از این که شواهد قطعی مبنی بر آثار نامطلوب بهداشتی سیگار کشیدن وجود داشته باشد.

برنامه‌های نسل دوم

زمانی به وجود آمد که مهارت‌شناسایی عوامل خطر و طراحی مداخلات به محیط کار انتقال یافت. این برنامه‌ها تمرکزی دقیق بر یک عامل خطر یا بیماری در یک جمعیت خاص داشتند.

برنامه‌های نسل سوم

گستره جامع‌تری از مداخلات برای تعداد قابل توجهی از عوامل خطر تهدیدکننده کارکنان را شامل می‌شد.

برنامه‌های نسل چهارم

شامل تدوین یک استراتژی جامع ارتقای سلامت است. این استراتژی تمام فعالیت‌ها، سیاست‌ها و

سازمانی نظیر چرخش شغلی، طراحی مجدد شغل و توسعه مدیریت مشارکتی می باشد.

محصول برنامه ارتقای سلامت در محل کار، ایجاد محل کار سالمی است که منافع متقابلی را برای کارفرمایان و کارمندان ایجاد می کند و عادات خوب سلامتی طرفین منجر به افزایش بهره وری و رضایت سازمانی و فردی خواهد شد و از سوی دیگر موجب توسعه تعهد سازمانی پایدار به سلامت و نشاط همه کارمندان سازمان می شود. مدل برنامه ارتقای سلامت در محل کار مدلی جامع است که به چهار عامل مهم توجه می کند: کارمند، محیط فیزیکی کار، سازمان و جامعه.

اهداف برنامه ارتقای سلامت در محل کار به شرح زیر است:

- توسعه شیوه های کار موثر در ارتقای سلامت
- تضمین این مسأله که هیچ گونه جراحت یا بیماری توسط کار یا در محل کار به وجود نیاید و در صورت امکان کار و یا محل کار موجب ارتقای سلامت نیز بشوند.
- توانمندسازی کارکنان برای داشتن احساس تندرستی و برخورداری از منافع آن
- ایجاد فرهنگی که نیازهای فردی و سازمانی ارتقای سلامت را برآورده سازد و برای آنها ارزش قایل شود
- بهبود سلامت سازمانی و فردی از طریق بهینه سازی شرایط اقتصادی، محیط فرهنگی و ساختار سازمانی.

در مجموع ویژگی های زیر برای افزایش تاثیر برنامه های ارتقای سلامت در محل کار باید رعایت شود [۱۰-۱۳]:

جلب حمایت و مشارکت موثر مدیران سازمان؛ درگیری داوطلبانه کارمندان کلیه سطوح سازمان در طراحی و اجرای مداخلات؛ تمرکز بر عوامل خطر قابل تعریف و تغییر؛ توجه به ویژگی ها، نگرش ها و نیازهای مخاطبان و ساختار، فرهنگ، قوانین و سیاست های محل کار در طراحی و اجرای مداخلات؛ استفاده مناسب از منابع؛ تداوم و استمرار برنامه ها؛ توجه به ارزیابی به عنوان قسمت ضروری هر مداخله جدید؛

رعایت اصول عدالت اجتماعی؛ هزینه اثربخش بودن مداخلات؛ استفاده هم زمان از استراتژی های مناسب؛ توجه به خانواده کارکنان؛ توجه به نیاز تمام کارکنان بدون توجه به سطح سلامت فعلی آنها؛ توجه به کلیه مباحث موثر در شیوه زندگی سالم در برنامه های اختصاصی مانند برنامه کاهش وزن؛ توجه هم زمان به عوامل فردی، محیطی و اجتماعی؛ توجه به ارتقای سلامت کارکنان به عنوان رسالت اصلی سازمان؛ توجه به تغییر هم زمان در فرهنگ سازمانی و شیوه های مدیریتی؛ ارزیابی مستمر سیاست های ارتقای سلامت در محل کار؛ تشکیل کمیته ایمنی و ارتقای سلامت در محل کار با حضور ذینفعان؛ برقراری ارتباط مستمر با کارکنان؛ تشویق شرکت کنندگان در برنامه های ارتقای سلامت در محل کار در صورت تحقق اهداف پیش بینی شده؛ و نیز حمایت اتحادیه های صنفی از برنامه های ارتقای سلامت در محل کار.

مراحل پیاده سازی برنامه های ارتقای سلامت در محل کار شامل توجیه، سازمان دهی، نیازسنجی، تعیین وضعیت موجود، تدوین برنامه ارتقای سلامت در محل کار، اجرای برنامه عملیاتی سالیانه و بازنگری و توسعه برنامه هاست.

منابع

1. Tones K, Tilford S. Health Promotion effectiveness, efficiency and equity. Third Edition Health promotion in the Workplace. UK. Chapman & Hall Publish; 2001.
2. Peterborough County-City Health Unit. Wellness Opportunities in the Workplace. Peterborough: Ontario; 2001.
3. Peterborough County-City Health Unit. Wellness Opportunities in the Workplace. Peterborough: Ontario; 2001.
4. Ministry of Health and Long Term Care. Report of the Joint Stroke Strategy Working Group: Executive Summary. Toronto: Ontario; 2000.
5. Ministry of Health and Long Term Care. Report of the Joint Stroke Strategy Working Group: Executive Summary. Toronto: Ontario; 2000.
6. Healthy people. The Medical Post 1998. 34(15).
7. Black, P.H. & Garbutt, L.D. Stress, inflammation and cardiovascular disease. Journal of Psychosomatic Research; 2002. 52: 1-23.

8. Duxbury, L., Higgins, C., & Coghill, D. Voices of Canadians: Seeking Work-Life Balance. Quebec: Human Resources Development Canada; 2003.

9. Rafieifar, S. et al. Barnameye Amozesh va Erteghaye Salamat Mobtani bar Tavanmand-sazi Mardom va Jamea. Sanad Melli Toseae Moavenat Salamat, Barnamaye Chaharom Toseaye Eghtesadi, Ejtemeei va Farhangi Keshvar. Edareye Ertebatat va Amozesh Salamat Vezarat Behdasht, Darman va Amozesh Pezeshki, Tabdis Publication. 2005. [Persian].

10. Rafieifar, S. et al. Nezam Jame Amozesh va Erteghaye Salamat dar Mahal-e-Kar. Tandis Publication. 2005. [Persian].

11. Rafieifar, S. et al. Nezam Jame Tavanmandsazi Mardom baraye Khidmoraghebat. Tandis Publication. 2005. [Persian].

12. Rafieifar, S. et al. Az Amozesh Salamat ta Salamat. Tandis Publication, 2005. [Persian].

13. Rafieifar, S. et al. Rahnamaye Jameye Imen, Shahr Publication. 2009. [Persian].