Journal of Health Education and Health Promotion
www.journal.ihepsa.ir
Original Article

Indigenization of Healthy Workplace Model of World Health Organization: A Participatory Approach

Ensiyeh Jamshidi[1], Khandan Shahandeh[1], Masoud Motalebi Ghaen[2], Fatemeh Rajabi[3], Ali Moradi[4], Mohammad Hosein Taghdisi[2]

1. Dept. of Health Education and Health Promotion, Community Health Research Center, Risk-Detection Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Dept. of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Social Medicine Specialist, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Dept. of Statistics and Epidemiology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article Information

Article History:
Received: 2017/08/30
Accepted: 2018/02/26
Available online: 2018/01/30

IJHEHP 2018; 6(1):080-094

DOI:

Corresponding Author:
Dr. Khandan Shahandeh
Dept. of Health Education and Health Promotion, Community Health Research Center, Risk-Detection Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: 0982181633634
Email:
kshahandeh@gmail.com

Use your device to scan and read the article online

Abstract

Background and Objective: Healthy workplace models that have been used in the country merely appraised the situation of workplaces and were less practical and participative. The aim of this study is to indigenize the world health organization health promoting workplace model.

Methods: Indigenization of the world health organization healthy workplace model to develop assessment tool for healthy work place were conducted in 3 phases. In preparation phase, checklist for assessment of different dimensions of the healthy workplace was prepared. In second phase, a practical guideline for application of model was developed and in third phase, the adaptation plan finalized draft of checklist and practical guideline was finalized through a joint meeting of panel members and representatives of the end users.

Results: Situation of industrial workplaces in the country was considered in adaptation approach. Assessment tool for different dimensions of the healthy workplace including the physical work environment, the psychosocial work environment, the health resources and the enterprise involvement in the community and the practical guideline were finalized.

Conclusion: Developed assessment tool for healthy workplace model and the practical guideline can be used by policy makers and planners.

KeyWords: Health Promotion, Healthy ,Workplace ,Model.

Copyright © 2018 Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

How to cite this article:

Jamshidi E, Shahandeh K, Motalebi Ghaen M, Rajabi F, Moradi A, Taghdisi M H. Indigenization of Healthy Workplace Model of World Health Organization: A Participatory Approach. Iran J Health Educ Health Promot. 2018; 6 (1) : 80-94

Jamshidi E, Shahandeh K, Motalebi Ghaen M, Rajabi F, Moradi A, Taghdisi M H. Indigenization of Healthy Workplace Model of World Health Organization: A Participatory Approach. Iran J Health Educ Health Promot. 2018; 6 (1) : 80-94

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.80]

فصلنامهٔ علمی پژوهشی
آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
بهار ۱۳۹۷
2018;6(1): 080-094
www.journal.ihepsa.ir
مقالهٔ پژوهشی

بومی‌سازی مدل محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت سازمان بهداشت جهانی با رویکرد مشارکتی

انسیه جمشیدی[۱]، خندان شاهنده[۱]، مسعود مطلبی قائن[۲]، فاطمه رجبی[۳]، علی مرادی[۴]، محمدحسین تقدیسی[۲]

۱. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، پژوهشکدهٔ کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخچهٔ مقاله
دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۰۸
پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۰۷
انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۱۱/۱۰

IJHEHP 2018; 6(1):080-094

نویسندهٔ مسئول:
دکتر خندان شاهنده
گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، پژوهشکدهٔ کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تلفن: ۰۲۱-۸۱۶۳۳۶۳۴

پست الکترونیک:
kshahandeh@gmail.com

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.

چکیده

زمینه و هدف: مدل‌های ارزیابی محیط‌های کار که در کشور به کار گرفته‌شده‌اند، جنبهٔ کاربردی و مشارکتی کمتری دارند. این مطالعه با هدفِ بومی‌سازیِ مدل جامعِ محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت سازمان جهانی بهداشت به شیوهٔ مشارکتی انجام‌گرفته است.

مواد و روش‌ها: فرایند بومی‌سازی مدل محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت در سه مرحله انجام شد. در مرحلهٔ اول به‌منظور بومی‌سازی ابزارهای مدل، چک‌لیست‌های ارزیابی حیطه‌های مختلف محیط کار با مشارکت گروه‌های ذی‌نفع بررسی و روایی و پایایی آنها تائید شد. در مرحلهٔ دوم، راهنمای اجرایی مدل تدوین شد و در مرحلهٔ سوم، پیش‌نویس چک‌لیست‌ها و راهنمای اجرایی مدل در نشست مشترک با هیئت صاحب‌نظر و نمایندگان کاربران نهایی شد.

یافته‌ها: مجموعه نظرات شرکت‌کنندگان سبب شد که شرایط محیط‌های کار صنایع ایران در ابزار ارزیابی محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت در نظر گرفته شود. چک‌لیست‌های ارزیابی حیطه‌های مختلف محیط کار شامل محیط روانی ـ اجتماعی، منابع سلامت، مشارکت سازمان در ارتقای سلامت جامعه و محیط فیزیکی تدوین شده و گام‌های اجراییِ به‌کارگیری آن نیز مشخص شد.

نتیجه‌گیری: راهنمای مدل محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت و ابزارهای ارزیابی حیطه‌های محیط کار می‌توانند در محیط‌های کار مختلف به وسیلهٔ سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان به کار گرفته شوند.

کلمات کلیدی: ارتقای سلامت، سلامت،محیط کار، مدل.

کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفادهٔ علمی از این مقاله برای مجلهٔ آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

مقدمه

محیط‌های ارتقادهندهٔ سلامت، یکی از محورهای استراتژیک منشور اتاوا است که در کنفرانس‌های بین‌المللی ارتقای سلامت به‌صورت عملیاتی به آن پرداخته‌اند و الزام آن برای دولت‌ها مطرح‌شده است (۱). پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که ارتقای سلامت در محیط کار موجب کاهش رفتارهای ناسالم و هزینه‌های مربوط به سوانح، درمان و ناتوانی کارکنان می‌شود (۲-۴). در همین راستا و به دلیل امکان دسترسی به درصد بالایی از جمعیت فعال، خط‌مشی و برنامهٔ اصلی شرکت‌های موفق بر پایهٔ سرمایه‌گذاری در زمینهٔ ارتقای سلامت و حفظ وضعیت ایدئال برای کارکنان استوار است (۵،۶).

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.80]

مطالعات نشان می‌دهند که بیش از نیمی از مرگ‌های زودرسِ بزرگسالان ناشی از عوامل مربوط به شیوهٔ زندگی ناسالم است. لذا تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت کارکنان و تأثیرگذاری بر شیوهٔ زندگی آنها اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد (۳ـ۷).

در دهه‌های اخیر، رویکردها از سوی عوامل خطر فردی و ایمنی محیط کار و کنترل عوامل زیان‌آور فیزیکی به سمت محیط‌های ارتقادهندهٔ سلامت تغییر جهت داده است. بدین معنا که آثار تعیین‌کننده‌های روانی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی بر سلامت کارکنان، مدیران، خانواده‌ها و جامعه مدنظر قرارگرفته و افراد و گروه‌ها به‌عنوان عاملین فعال برای ایجاد تغییر در محیط و سیاست‌های حاکم شناسایی‌شده‌اند. براساس این رویکرد، ایجاد این نوع محیط‌ها، مسئولیت تمام ذی‌نفعان است (۸–۱۳). در محیط‌های کار ارتقادهندهٔ سلامت، کارکنان و مدیران در فرایند بهبود مستمر با یکدیگر همکاری و تعامل دارند و در راستای حفاظت و ارتقای سلامت و ایمنی کارکنان و محیط کار پایدار قدم برمی‌دارند (۸،۹،۱۱،۱۳).

شیوه‌های کار و زندگی افراد در اساس با گسترهٔ فعالیت و ارزش‌های شخصی و اجتماعی آنها ارتباط دارد. لذا، محیط‌های کار ارتقادهندهٔ سلامت به عوامل فیزیکی، روانی و اجتماعی و همچنین کنش متقابلِ افراد و محیطشان توجه می‌کند. توجه به این عوامل، لزوم تغییر رویکرد از سوی مدل‌های پزشکی و فردی مبتنی بر عوامل خطر را به سمت مدل‌های جامع و اجتماعی مطرح کرده است (۸،۹،۱۱).

مدل‌های مختلفی در جهت ارزیابی محیط‌های کار ارتقادهندهٔ سلامت مطرح‌شده؛ اما در اغلب این مدل‌ها به جنبه‌های ارتقای سلامت و شیوهٔ زندگی کمتر توجه شده است. در این مطالعه، مدل محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت سازمان بهداشت جهانی (۸)، به دلیل ویژگی‌های جامعیت و کاربرد انتخاب شده و نسبت به بومی‌سازی آن اقدام شده است (۱۰ـ۱۲). این مدل بر مشارکت دادن ذی‌نفعان مختلف در مراحل کسب تعهد و جلب حمایت، ارزیابی، اولویت‌بندی، برنامه‌ریزی، اجرا، ارزشیابی و بهبود استوار است و با دیدی نظام‌مند چهار حیطهٔ محیط فیزیکی، محیط روانی ـ اجتماعی، مشارکت سازمان در ارتقای سلامت جامعه و منابع سلامت را در برگرفته است (۱۴). هدف این مطالعه، بومی‌سازی مدل جامع محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت سازمان جهانی بهداشت و تدوین راهنمای اجرایی آن است.

روش بررسی

فرایند بومی‌سازی مدل محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت از سه مرحله تشکیل شده است.

بومی‌سازی ابزار ارزیابی محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت

براساس ترجمهٔ حیطه‌های مدل محیط‌های کار ارتقادهندهٔ سلامت و راهنمای جامع ارزیابی ارگونومیک کار (۱۰)، گویه‌های مرتبط با چک‌لیست‌های ارزیابی در چهار حیطهٔ محیط فیزیکی، محیط روانی ـ اجتماعی، مسئولیت اجتماعی سازمان در ارتقای سلامت جامعه و منابع سلامت تهیه شد. این چک‌لیست‌ها را هیئتی از متخصصان (چهار داور با تخصص‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، بهداشت حرفه‌ای، طب کار و مهندسی اچ.اس.ای باتجربهٔ کار حرفه‌ای حداقل سه سال) از نظر شاخص‌های کاربرد و تناسب بررسی کردند. «کاربرد» به معنای امکان استفاده از این گویه در ارزیابی محیط‌های کار کشور و «تناسب» به معنای این است که آیا تیم‌های سلامت و ایمنی محیط‌های کار می‌توانند به این سؤال پاسخ دهند یا اقدامات لازم در راهنما را انجام دهند یا خیر؟ داوران هر گویه را با مقیاس بلی/خیر ارزیابی کرده و درصورتی‌که بر مناسب بودن متن توافق کامل داشتند؛ آن گویه وارد چک‌لیست می‌شد. در غیر این صورت یعنی اگر نظر حداقل یک داور مبنی بر لزوم تغییر متن گویه بود، براساس توضیحات تکمیلی داوران، ویرایش آن برای اظهارنظر به آنان پس داده می‌شد. این روند ادامه پیدا می‌کرد تا این‌که نسخهٔ نهایی از گویه‌ها تهیه شد. در طی این فرایند، داوران نسبت به نتیجهٔ داوری یکدیگر بی‌اطلاع بودند اما نسخهٔ نهایی در جلسه‌ای با حضور کلیهٔ صاحب‌نظران، ویرایش نهایی شد.

برای تعیین وزن هر گویه، ابتدا هر یک از آنها در هیئتی متشکل از چهار نفر از صاحب‌نظران از تخصص‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، بهداشت حرفه‌ای، طب کار و مهندسی اچ. اس.ای مطالعه شد. سپس هر عضو، نظر خود را دربارهٔ وزن آن گویه در مقایسه با سایر گویه‌های همان حیطه از ۰ تا ۱۰ اعلام می‌کرد. در هر دور میانگین و انحراف معیار وزن گویه‌ها محاسبه‌شده و دوباره در اختیار هیئت صاحب‌نظران قرار می‌گرفت. در صورت مشاهدهٔ انحراف معیار چشمگیر، اعضا دوباره وزن دهی را تکرار می‌کردند.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.80]

برای بررسی روایی صوری و روایی محتوای کیفی، براساس تنوع، محیط‌های کار وابسته به وزارت نیرو و وزارت صنعت، معدن و تجارت شناسایی شدند. از این محیط‌ها، از هر حیطهٔ کاری اصلی یک واحد صنعتی در نظر گرفته‌شده و به مطالعه دعوت شد. شرط ورود این واحدها به مطالعه، اعلام آمادگی مدیران محیط‌های کار و همکاری مناسب مسئولین با گروه تحقیق بود. این فرایند با هماهنگی روسای محیط‌های کار مربوطه انجام شد. سؤال‌ها از نظر ظاهری و محتوا از دید شرکت‌کنندگان بررسی شده و اصلاحات لازم انجام شد.

به‌منظور بررسی کمّی روایی محتوا، برای اطمینان از اینکه مهم‌ترین و صحیح‌ترین محتوا انتخاب شده است؛ از شاخص نسبت روایی محتوا (CVR:Content Validity Ratio) و برای اطمینان از اینکه گویه‌های ابزار به بهترین نحو برای اندازه‌گیری محتوا طراحی شده است، از شاخص روایی محتوا (CVI: Content Validity Index) استفاده شد. برای محاسبهٔ شاخص نسبت روایی محتوا ۱۰ نفر از متخصصان در حیطه‌های ابزارسازی، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و بهداشت حرفه‌ای به ضرورتِ گویه‌ها براساس طیف سه‌بخشی لیکرت «ضروری است»، «مفید است ولی ضروری نیست» و «ضرورتی ندارد» امتیاز دادند. نسبت روایی محتوا براساس فرمول CVR محاسبه‌شده و با جدول لاوشه انطباق داده شد (۱۵). برای تعیین شاخص روایی محتوا، از ۱۰ نفر از متخصصان درخواست شد که به هریک از گویه‌ها براساس سه معیار «مربوط بودن»، «واضح و شفاف بودن» و «سادگی و روان بودن» براساس یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی (۱=مربوط/واضح/ساده نیست، ۲=نسبتاً مربوط/واضح/ساده است، ۳= مربوط/واضح/ساده است، تا ۴= کاملاً مربوط/ واضح/ساده است، امتیاز دادند. شاخص روایی محتوا براساس فرمولCVI محاسبه شد. پذیرش روایی سؤالات براساس نمرهٔ CVI بالاتر از ۰/۷۹ بود.

روایی ساختاری ابزار نیز با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی محاسبه و نمونه به تعداد ۳۰۰ نفر برای تحلیل عاملی در نظر گرفته شد. آزمون کفایت نمونه‌گیری KMO: Kaiser-Meyer-Olkin برای مناسب بودن حجم نمونه برای انجام تحلیل عاملی استفاده شد. شاخص KMO عددی است که در دامنهٔ ۰ تا ۱ قرار می‌گیرد. مقدار ۰/۵ و بیشتر بدین معناست که داده‌های مدنظر برای تحلیل عاملی مناسب هستند (۱۶). با استفاده از Bartlett's Test of Sphericity بررسی شد که آیا ماتریس همبستگی اطلاعات معنی‌داری دارد یا خیر. درصورتی‌که عامل‌های استخراج‌شده ۷۰٪ از واریانس را توجیه می‌کرد، روایی ساختاری تائید می‌شد.

برای سنجش پایایی ابزار، دو روش پایایی همسانی درونی (با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ) و باز آزمون با استفاده از ضریب همبستگی درون طبقه‌ای (ICC:Intra-class correlation coefficient) به کار گرفته شده و برای جمع‌آوری اطلاعات مرتبط، پس از توضیح اهداف پژوهش، از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه کسب شد. ابزار به گروه‌های هدف پژوهش ارائه شد که آن را تکمیل کردند. پس از سه هفته ابزار دوباره در اختیار آنان قرار گرفت و داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 19 تجزیه و تحلیل شد.

تدوین راهنمای اجرایی مدل محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت

راهنمای مدل محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت به شیوهٔ مشارکتی با تشکیل تیمی متشکل از متخصص‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، بهداشت حرفه‌ای، طب کار و مهندسی اچ. اس.ای با تجربهٔ کار حرفه‌ای و نمایندگان کاربران ۱۰ واحد صنعتی (معدن، نیروگاه، آبفا، صنایع ماشین‌سازی و پتروشیمی) تدوین شده و پس از آن پیش‌نویس راهنمای مدل همراه چک‌لیست‌های تدوین‌شده در نشستی با حضور مدیران واحدهای محیط کار و نمایندگان کارکنان در نشستی گروهی ارزیابی شد. در گام بعدی، تمام نظرات جمع‌بندی شده و تغییرات پیشنهادی پس از بررسی دلایل و دستیابی به توافق و اجماع نظر در راهنما اعمال شد.

نهایی سازی ابزار و راهنمای محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت

راهنمای تهیه‌شده برای اطمینان از سلیس بودن و قابلیت درک در اختیار کارکنان و مدیران آزمون شده قرار گرفت. به این منظور، نشست‌های تخصصی با ۲۰ نفر از مدیران واحدهای محیط کار و نمایندگان کارکنان از واحدهای مختلف، برگزارشده و روی سلیس و قابل‌درک بودن گویه‌ها و شیوه‌های عملیاتی کردن مراحل مدل و نمونه‌های موردی تجربه‌شده بحث شد. نقطه نظرهای کارکنان و مدیران را گروه تحقیق بازبینی و براساس آن راهنما ویرایش شد.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.80]

یافته‌ها

نتایج مربوط به بومی‌سازی ابزار و تدوین راهنمای اجرایی در دو بخش ذیل ارائه می‌شود:

بومی‌سازی ابزارهای مدل محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت

چک‌لیست‌های ارزیابی حیطه‌های مختلف محیط کار متناسب با شرایط بومی محیط‌های کار کشور در ۱۴۹ گویه تهیه شد و هیئت متخصصان از نظر شاخص‌های کاربرد و تناسب به آن امتیاز دادند. در جدول شمارهٔ ۱ وزن مرتبط با حیطه‌های محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت آورده شده است.

نتایج بررسی ابزار از نظر روایی و پایایی نشان داد که نسخهٔ فارسی ابزار ارزیابی محیط‌های کار ارتقادهندهٔ سلامت روایی و پایایی لازم را دارد و ابزار مناسبی برای سنجش حیطه‌های مدل پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی محسوب می‌شود. در بررسی روایی محتوا، CVR هر گویه که از عدد جدول لاوشه برای ۱۰ نفر متخصص یعنی ۰/۶۲ بزرگ‌تر بود، قبول شد. نتایج محاسبهٔ CVI حاکی از آن بود که ۱۳۸ گویه در حیطه‌های مختلف محیط کار نمرهٔ CVI بالاتر از ۰/۷۹ و ۱۱ گویه باقیماندهٔ نمرهٔ CVI بین ۰/۶ و ۰/۷۹ داشتند که اصلاحات مربوطه انجام شد. در بررسی روایی ساختاری، KMO تمام عوامل بیشتر از ۵۰٪ بود و درصد واریانس تبیین شده نشان می‌دهد، روایی ساختاری در سطح مطلوب و رضایت‌بخشی است. نتیجهٔ آزمون کرویت بارتلت نیز از نظر آماری معنی‌دار بود (جدول ۲).

جدول ۱. وزن حیطه‌های محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت

حیطه‌ها	عوامل	میانگین	انحراف معیار
محیط روانی اجتماعی کار	رعایت قوانین کار	۶/۵	۱/۲
	فرهنگِ سازمانی	۸	۰/۷
	سبک مدیریت و رهبری	۷/۵	۱/۱
	تعادل کار و زندگی	۷/۷	۱/۱
	توسعهٔ مهارت‌های زندگی	۷	۱/۴
	امنیت شغلی/ رضایت شغلی	۸	۱
	جابه‌جایی/ غیبت از کار	۷/۶	۰/۶
منابع سلامت در محیط کار سلامت	ارتقای فعالیت فیزیکی در محیط کار	۷/۵	۰/۹
	ارتقای تغذیهٔ سالم در محیط کار	۷/۱	۱/۳
	ارتقای محیط کار عاری از دخانیات	۸/۱	۰/۸
	مدیریت استرس در محیط کار	۷/۴	۱
	خدمات تشخیص و درمان	۷/۲	۰/۵
مشارکت سازمان در ارتقای سلامت جامعه	مسئولیت‌پذیری و مشارکت اجتماعی سازمان	۷/۱	۱/۱
محیط فیزیکی	عوامل مکانیکی	۷	۰/۸
	عوامل بیولوژیک	۸	۰
	عوامل ارگونومی	۷/۱	۰/۶
	عوامل فیزیکی	۷/۲	۰/۸
	عوامل شیمیایی	۸	۰

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.80]

جدول ۲. روایی ساختاری حیطه‌های مختلف مدل محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت

حیطه	عوامل	Kaiser-Meyer-Olkin Measure	Bartlett's Test	% of Variance
محیط روانی - اجتماعی محیط کار	رعایت قوانین کار: آزادی عمل در کار	۰/۵۳	۰/۰۱	۷۰/۵۴
	رعایت قوانین کار: بازخورد شغل (داخلی و خارجی)	۰/۵۵	۰/۰۷	۷۳/۹۶
	رعایت قوانین کار: تنوع / شفافیت وظایف	۰/۵۸	۰/۰۲	۸۸/۴۰
	رعایت قوانین کار: هویت و اهمیت وظایف	۰/۵۰	۰/۰۱	۷۲/۹۹
	رعایت قوانین کار: اضافه باری/ کم باری روانی	۰/۵۳	۰/۰۱	۷۷/۶۴
	رعایت قوانین کار: آموزش و ارتقا	۰/۵۸	۰/۰۸	۸۸/۴۰
	رعایت قوانین کار: تعهد سازمانی	۰/۵۱	۰/۰۱	۸۳/۸۰
	رعایت قوانین کار: برنامهٔ زمانی کار	۰/۶۱	۰/۰۲	۷۹/۱۳
	فرهنگ‌سازمانی	۰/۷۲	۰/۰۳	۸۵/۸۱
	سبک مدیریت و رهبری	۰/۵۸	۰/۰۲	۸۸/۴۰
	تعادل کار و زندگی	۰/۲۳	۰/۰۰۱	۶۹/۲۶
	توسعهٔ مهارت‌های زندگی	۰/۵۰	۰/۰۰۳	۹۱/۵۸
	امنیت شغلی/ رضایت شغلی	۰/۶۲	۰/۰۰۲	۷۸/۹۳
	جابه‌جایی/ غیبت از کار	۰/۷۲	۰/۰۰۱	۸۵/۸۱
منابع سلامت در محیط کار سلامت	ارتقای فعالیت فیزیکی در محیط کار	۰/۶۰	۰/۰۰۱	۷۵/۲۱
	ارتقای تغذیهٔ سالم در محیط کار	۰/۵۱	۰/۰۰۱	۸۳/۸۰
	ارتقای محیط کار عاری از دخانیات	۰/۵۹	۰/۰۰۲	۸۰/۹۵
	مدیریت استرس در محیط کار	۰/۶۱	۰/۰۰۱	۷۹/۱۳
	خدمات تشخیص و درمان	۰/۶۴	۰/۰۹	۸۹/۱۸
مشارکت سازمان در ارتقای سلامت جامعه	مسئولیت‌پذیری و مشارکت اجتماعی سازمان	۰/۵۰	۰/۰۰۶	۷۴/۹۶
محیط فیزیکی	عوامل مکانیکی	۰/۶۲	۰/۰۱	۷۸/۹۳
	عوامل بیولوژیک و شیمیایی	۰/۵۰	۰/۰۱	۵۵/۳۱
	عوامل ارگونومی	۰/۶۰	۰/۰۱	۷۵/۲۱
	عوامل فیزیکی	۰/۶۶	۰/۰۲	۷۹/۴۵

پایایی ابزار براساس دو روش پایایی همسانی درونی و آزمون ـ باز آزمون و با استفاده از ضریب همبستگی درون طبقه‌ای (ICC) تائید شد. در محاسبهٔ پایایی ابزار مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۷۶ محاسبه شد که مؤید همسانی درونی ابزار بود. در برخی گویه‌ها که در جدول ۳ نشان داده شده‌اند، میزان آلفا کمتر از ۰/۷ بود که با حذف این گویه‌ها، ضریب برای خرده مقیاس‌های حیطهٔ روانی اجتماعی، حیطهٔ منابع سلامت، حیطهٔ مشارکت سازمان در ارتقای سلامت جامعه شامل مسئولیت‌پذیری و مشارکت اجتماعی سازمان و حیطهٔ عوامل فیزیکی بیشتر از ۰/۷ به دست آمد. لذا ابزار

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.80]

همسانی درونی رضایت بخشی داشت و از همبستگی درونی سؤالات اطمینان حاصل شد (جدول ۳). ضریب همبستگی درون‌گروهی حاصل از آزمون ـ باز آزمون با سه هفته فاصله، بلافاصله اطمینان ۹۵ درصد برای سؤالات، ۰/۹۲ به دست آمد که نشان‌دهندۀ پذیرفتنی و مناسب بودن تکرارپذیری ابزار است.

درنهایت، چک‌لیست‌های ارزیابی تهیه‌شده در چهار حیطۀ ۱. محیط روانی ـ اجتماعی (رعایت قوانین کار، فرهنگ‌سازمانی، سبک مدیریت و رهبری، تعادل کار و زندگی، توسعۀ مهارت‌های زندگی، امنیت شغلی/ رضایت شغلی و جابه‌جایی/ غیبت از کار)، ۲. منابع سلامت (شامل ارتقای فعالیت فیزیکی، ارتقای تغذیۀ سالم، محیط کار عاری از دخانیات، مدیریت استرس و خدمات تشخیص و درمان)، ۳. مسئولیت اجتماعی سازمان در ارتقای سلامت جامعه و ۴.محیط فیزیکی (عوامل مکانیکی، بیولوژیک، ارگونومی، فیزیکی و شیمیایی) نهایی شد.

تدوین راهنمای اجرایی مدل محیط کار ارتقادهندۀ سلامت

براساس مشورت با ذی‌نفعان، راهنمای طراحی و برنامه‌ریزی مداخلات محیط‌های کار حمایت‌کننده و ارتقادهندۀ سلامت و ایمنی شامل عناوین زیر طراحی شد: الف) تعریف محیط کار سالم و ارتقادهندۀ سلامت؛ ب) معرفی مدل محیط کار سالم سازمان جهانی بهداشت؛ ج) فرایندها و گام‌های ایجاد محیط کار ارتقادهندۀ سلامت (شکل ۱).



شکل ۱. فرایندها و گام‌های ایجاد محیط کار ارتقادهندۀ سلامت

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.80]

جدول ۳. پایایی حیطه‌های مختلف مدل محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت

*حیطه	عوامل	آلفای کرونباخ	حذف گویه	آلفای کرونباخ پس از حذف گویه
محیط روانی- اجتماعی محیط کار	رعایت قوانین کار: آزادی عمل در کار	۰/۶۵	۱-۱-۱*	۰/۷۰
	رعایت قوانین کار: بازخورد شغل (داخلی و خارجی)	/۵۵	۱-۲- ۳**	/۷۲
	رعایت قوانین کار: تنوع / شفافیت وظایف	۰/۶۹	۱-۳- ۳***	۰/۷۹
	رعایت قوانین کار: هویت و اهمیت وظایف	/۷۰		/۷۰
	رعایت قوانین کار: اضافه باری/ کم باری روانی	۰/۷۴		۰/۷۴
	رعایت قوانین کار: آموزش و ارتقا	/۷۰		/۷۰
	رعایت قوانین کار: تعهد سازمانی	۰/۷۲		۰/۷۲
	رعایت قوانین کار: برنامهٔ زمانی کار	۰/۷۱		۰/۷۱
	فرهنگ‌سازمانی	۰/۷۷		۰/۷۷
	سبک مدیریت و رهبری	۰/۶۸	۱-۱۰-۱۰**** ۱-۱۰-۱۱ ۱-۱۰-۱۲	۰/۸۹
	تعادل کار و زندگی	۰/۷۴		۰/۷۴
	توسعهٔ مهارت‌های زندگی	۰/۷۰		۰/۷۰
	امنیت شغلی/ رضایت شغلی	۰/۷۰		۰/۷۰
	جابه‌جایی/ غیبت از کار	۰/۸۲		۰/۸۲
منابع سلامت در محیط کار سلامت	ارتقای فعالیت فیزیکی در محیط کار	۰/۶۹	۲-۱-۸***** ۲-۱-۱۱	۰/۸۹
	ارتقای تغذیهٔ سالم در محیط کار	۰/۹۲		۰/۹۲
	ارتقای محیط کار عاری از دخانیات	۰/۸۰		۰/۸۰
	مدیریت استرس در محیط کار	۰/۸۴		۰/۸۴
	خدمات تشخیص و درمان	۰/۷۸		۰/۷۸
مشارکت سازمان در ارتقای سلامت جامعه	مسئولیت‌پذیری و مشارکت اجتماعی سازمان (فقط گویهٔ ۱ تا ۹)	۰/۶۸	۳-۶****** ۳-۹ ۳-۱۱	۰/۹۱
محیط فیزیکی	عوامل مکانیکی	۰/۷۳		۰/۷۳
	عوامل بیولوژیک و شیمیایی	۰/۷۱		۰/۷۱
	عوامل ارگونومیک	۰/۷۵		۰/۷۵
	عوامل فیزیکی	۰/۷۳		۰/۷۳

* آزادی عمل در کار وجود دارد (مثل آزادی نسبت به وضعیت عملکرد، کنترل کیفیت).

**موانع فیزیکی به‌گونه‌ای نیست که موجب محدودیت تماس‌های اجتماعی شود.

***سطح تحریک محیطی در حد مناسبی است.

****عملکردهای مدیریتی سازمان، براساس نتایج ایمنی و بهداشت ارزیابی و بازنگری می‌شوند./ رهبری سازمان، خود، موضوعات سلامت و ایمنی را پیگیری می‌کند./ اطلاعات، فعالیت‌ها و نتایج عملکردهای سلامت و ایمنی به‌طور شفاف در اختیار ذی‌نفعان قرار می‌گیرد.

*****مسیر رفت‌وآمد به محیط کار به‌گونه‌ای است که فعالیت فیزیکی را تشویق کند/ مسیر رفت‌وآمد به محیط کار به‌گونه‌ای است که فعالیت فیزیکی را تشویق کند.

******سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای ارزیابی مخاطرات مرتبط با فعالیت فیزیکی وجود دارد./ مشارکت فعال رهبران در کنفرانس‌ها، سمینارهای تخصصی و نشست‌ها وجود دارد./ ترغیب سایر سازمان‌ها به‌منظور حرکت در مسیر منافع سلامت جامعه صورت گرفته است./مکانیسم اطلاع‌رسانی مناسب و شفاف‌سازی فعالیت‌های سلامت برای پاسخگویی اجتماعی وجود دارد.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.80]

فرایندها شامل مشارکت کارکنان و مدیران و توجه به ارزش‌ها و اخلاقیات هستند. این گام‌ها در زیر برشمرده شده‌اند:

گام اول. بسیج و کسب تعهد، تشکیل تیم و هم‌افزایی: در این گام، لازم است که شناسایی، متقاعدسازی و کسب تعهد ذی‌نفعان یا تأثیرگذاران و تصمیم‌گیران نسبت به محیط کار سالم و اجرای مداخلات محیط‌های کار حمایت‌کننده و ارتقادهندهٔ سلامت و ایمنی در سازمان انجام بگیرد. لیست دست‌اندرکاران مؤثر بر ارتقای سلامت و ایمنی (تأثیرگذاران و تصمیم‌گیران) که می‌بایست برای حمایت از برنامه‌ها متقاعد شوند، فهرست شده و راهبردهای جلب حمایت برای متقاعدسازی و جلب حمایت آنها طراحی و اجرا می‌شود.

گام دوم. تشکیل تیم و هم‌افزایی: در این گام، تیم محیط کار سالم متشکل از نمایندگانی از سطوح و بخش‌های مختلف سازمان نظیر HSE، تیم پزشکی یا نمایندگان کارکنان شکل می‌گیرد. در برخی از جلسات می‌توان برحسب مورد از متخصصان یا همکاران خارج از سازمان نیز دعوت به عمل آورد.

گام سوم. ارزیابی حیطه‌های مدل محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت: در این گام، جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از چک‌لیست‌های مدل، مشاهده‌ها و بازدیدهای میدانی، مرور مستندات شامل آمارها و گزارش‌ها و مصاحبه‌های فردی و گروهی با افراد کلیدی و کارکنان انجام می‌شود.

گام چهارم. اولویت‌بندی: پس از اینکه اطلاعات در زمینهٔ حیطه‌های مختلف محیط کار سالم جمع‌آوری شد، روی معیارهای اولویت‌بندی توافق شده و اولویت‌بندی براساس این معیارها انجام می‌گیرد. از این معیارها می‌توان به سهولت اجرای کار و امکان ایجاد تغییر (وجود راهکارهای مؤثر، آمادگی کارکنان برای ایجاد تغییر و یا امکان موفقیت)، میزان مخاطره برای کارکنان (ترکیبی از شدت مواجهه و احتمال وقوع)، ضررهای نسبی ناشی از مسئله در صورت تداوم و حل نشدنِ آن و ملاحظات سازمانی اشاره کرد.

گام پنجم. برنامه‌ریزی: براساس اولویت‌های حاصله، برنامه‌ای برای ایجاد محیط‌های کار ارتقادهندهٔ سلامت تدوین می‌شود. به‌ویژه در سازمان‌های بزرگ، در هر سال براساس برنامهٔ بلندمدت سه تا پنج‌ساله برنامهٔ سالانه‌ای تهیه خواهد شد. اهداف کلی و اختصاصی و پروژه‌های کوچک‌تر در این برنامه مشخص می‌شود. درنهایت، برنامهٔ عملیاتی برای اجرایی شدن آنها و ایفای نقش‌های مختلف را ذی‌نفعان تدوین می‌کنند. در طراحی برنامه‌ها و پروژه‌ها باید از مشارکت کارکنان، بخش‌های مختلف، نهادهای جامعه و متخصصان خارج از سازمان بهره برده شود. طراحی می‌باید به‌گونه‌ای باشد که منجر به ظرفیت‌سازی شود، انجام کار داوطلبانه را در فرآیند تشویق کرده، رهبری و مدیران ارشد سازمان را درگیر کند. عدالت جنسیتی را برقرار کرده و منابع خارج از سازمان را هم جذب کند.

گام ششم. اجرا: در این مرحله، برنامهٔ عملیاتی با کمک اعضای تیم اجرا می‌شود. در این مرحله می‌باید کارکنان و نمایندگان آنها درگیر شوند. جلساتی هم برای پایش پیشرفت کار به‌صورت ماهیانه و یا دو هفته یک‌بار برگزار می‌شود.

گام هفتم. ارزشیابی: در این مرحله، میزان موفقیت و دلایل موفق نبودن برنامهٔ ارزشیابی تعیین می‌شود.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.80]

جدول ۴. ابزار ارزیابی محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت مبتنی بر مدل سازمان بهداشت جهانی

	گویه	بله به موارد از ۱ تا ۵ نمره دهید.	خیر
محیط روانی- اجتماعی محیط کار	۱-۱- رعایت قوانین کار: آزادی عمل در کار		
	۱-۱-۱- اختیار عمل بر زمان شروع / خاتمه کار وجود دارد.		
	۱-۱-۲- حمایت سازمانی در ارتباط مثلاً امکان تماس برای راهنمایی در کار وجود دارد.		
	۱-۱-۳- تعداد کارکنان متناسب با فعالیت‌ها است.		
	۱-۱-۴- انعطاف‌پذیری در شرایط و روش‌های کار وجود دارد.		
	۱-۲- رعایت قوانین کار: بازخورد شغل (داخلی و خارجی)		
	۱-۲-۱- امکان دریافت بازخورد مستقیم از کیفیت و کمیت عملکرد فرد وجود دارد.		
	۱-۲-۲- کارکنان در تصمیم‌گیری‌های سازمان مشارکت دارند.		
	۱-۲-۳- تراز صوت در حدی نیست که موجب دشواری ارتباط شود.		
	۱-۲-۴- افراد (مدیران، همکاران) بازخوردهای سازنده از اثربخش بودن عملکرد کاری ارائه می‌کنند که فرد را ترغیب می‌کند تا خطاها و مشکلاتش را گزارش دهد.		
	۱-۳-رعایت قوانین کار: تنوع / شفافیت وظایف		
	۱-۳-۱- در کار تنوع وظایف وجود دارد.		
	۱-۳-۲- وظایف و اهداف کار روشن است.		
	۱-۳-۳- سطح خستگی شغلی بالا نیست.		
	۱-۴- رعایت قوانین کار: هویت و اهمیت وظایف		
	۱-۴-۱- به کارگر یک سری وظایف داده‌شده است که مرتب طبق برنامه خودکارها را انجام می‌دهد (مثلاً طراحی، اجرای کار و بازرسی و نگهداری محصولات)		
	۱-۴-۲- در سازمان، کار مهم است. میزان کار، بهره‌مندی افراد را از ارتقا و مزایا مشخص می‌کند.		
	۱-۵- رعایت قوانین کار: اضافه باری/ کم باری روانی		
	۱-۵-۱- کار شامل وظایفی است که در آن ارتباطات آشکار و سیستم حمایت اطلاعاتی شفافی موجود است.		
	۱-۵-۲- اطلاعات مرتبط با کار در دسترس است.		
	۱-۵-۳- حجم مواجهه با اطلاعات در کار مناسب است.		
	۱-۵-۴- کار صرفاً شامل حرکات تکراری ساده و توجه سطحی نیست.		
	۱-۵-۶- ابزار تجهیزات از قبل آماده است به‌گونه‌ای که باعث کندی عمل نمی‌شود.		
	۱-۵-۷- گزینه‌های متعددی برای تصمیم‌گیری وجود دارد.		
	۱-۶-رعایت قوانین کار: آموزش و ارتقا		
	۱-۶-۱- کار فرصتی برای پیشرفت از نظر صلاحیت و انجام وظایف فراهم می‌کند.		
	۱-۶-۲- فرصت‌های برابری برای ترقی به سطوح بالاتر وجود دارد.		
	۱-۶-۳- آموزش دوره‌ای مختص مشاغل وجود دارد.		
	۱-۶-۴- استفاده از برنامه‌های آموزشی آسان است.		
	۱-۶-۵- برنامه‌ای برای پرداخت پاداش وجود دارد.		
	۱-۷- رعایت قوانین کار: تعهد سازمانی		
	۱-۷-۱- سازمان نسبت به رفاه جسمی، روانی و اجتماعی کارکنان متعهد است.		
	۱-۷-۲- خدمات اجرایی/پزشکی برای مداخله پیشگیرانه دربارهٔ خطرات کاری وجود دارد.		
	۱-۷-۳- تدابیری برای کنترل غیبت کاری بین کارکنان وجود دارد.		
	۱-۷-۴- مقررات مؤثر ایمنی وجود دارد.		
	۱-۷-۵- نظارت بر کارکنان و پایش روش‌های کاری وجود دارد.		
	۱-۷-۶- فعالیت‌های پیگیری برای مدیریت صدمات / حوادث وجود دارد.		
	۱-۸-رعایت قوانین کار: برنامه زمانی کار		
	۱-۸-۱- از نظر زمانی فشار کار در حد مناسبی است.		
	۱-۸-۲- شغل به‌گونه‌ای است که در شیفت روز می‌توان آن را انجام داد (نیاز به شب‌کاری ندارد).		
	۱-۸-۳- کار نیاز به مدت‌زمان کاری اضافی یا بیشتری ندارد.		
	۱-۸-۴- وظایف سنگین به‌طور متعادل در طول شیفت توزیع شده‌اند.		

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.80]

۱-۸-۵- در شیفت کاری انعطاف وجود دارد.
۱-۸-۶- افراد در محدودهٔ زمانی از قبل تعیین‌شده کار می‌کنند.
۱-۸-۷- الگوی کار ـ استراحت به‌اندازهٔ کافی رعایت می‌شود.
۱-۹- فرهنگ سازمانی
۱-۹-۱- ارتقای سلامت کارکنان و ذی‌نفعان از اولویت‌های سازمان است.
۱-۹-۲- شأن تمام کارکنان در سازمان حفظ می‌شود.
۱-۹-۳- نسبت به جنسیت، قومیت و مذهب در سازمان تحمل و پذیرش وجود دارد.
۱-۹-۴- جو سازمانی مروج سلامت و ایمنی و سبک زندگی سالم است.
۱-۹-۵- سازمان به خلاقیت و نوآوری ارزش می‌دهد.
۱-۹-۶- فشارهای گروهی در سازمان به‌گونه‌ای است که افراد را وادار می‌کند که کارهای ناشایست انجام ندهند (مقررات غیرمکتوب ارزش دادن و طردِ سایرین).
۱-۹-۷- سازمان برای شایستگی‌های افراد پاداش در نظر می‌گیرد (مثل برگزاری مراسم بزرگداشت و تکریم)
۱-۹-۸- سازمان به کار تیمی و مشارکت کارکنان بها می‌دهد.
۱-۱۰- سبک مدیریت و رهبری
۱-۱۰-۱- سازمان، آرمان، مأموریت و خط‌مشی‌های استراتژیک خود را مبتنی بر سلامت و ایمنی کارکنان و ذی‌نفعان بیان کرده است.
۱-۱۰-۲- مدیریت ارتباط متقابل با کارکنان داشته و بازخوردهای سازنده‌ای دارد.
۱-۱۰-۳- مدیریت سازمان مبتنی بر احترام به کارکنان است.
۱-۱۰-۴- مدیریت در تصمیم‌گیری‌ها کارکنان را مشارکت می‌دهد یا از آنها مشورت می‌گیرد.
۱-۱۰-۵- مدیریت، راهبردهای ارتقای سلامت و ایمنی را طراحی، تدوین و اجرا می‌کند.
۱-۱۰-۶- مدیریت، برای اجرای راهبردهای سلامت و ایمنی در سازمان منابعی را اختصاص داده است.
۱-۱۰-۷- مدیریت بر ارزیابی‌های دوره‌ای عملکرد سلامت و ایمنی در سازمان تأکید دارد.
۱-۱۰-۸- در سازمان، ساختاری برای متولیان سلامت و ایمنی و نظارت بر عملکرد سیستم مهیا شده است.
۱-۱۰-۹- مدیریت، اختیارات لازم را به حوزهٔ سلامت و ایمنی تنفیذ کرده است.
۱-۱۱- تعادل کار و زندگی
۱-۱۱-۱- کارها در سازمان به‌گونه‌ای است که نیازی نیست کارکنان به‌ناچار ساعت‌هایی طولانی‌تر از شیفت کاری، به فعالیت‌های مرتبط با کار ادامه دهند.
۱-۱۱-۲- کارها در سازمان به‌گونه‌ای است که نیازی نیست کارکنان در محل کار در تعطیلات آخر هفته و تعطیلات رسمی حضور داشته باشند.
۱-۱۱-۳- نیازی نیست کارکنان برای تأمین نیازهای زندگی مجبور شوند بیش از یک شغل داشته باشند.
۱-۱۱-۴- نیازی نیست کارکنان بخشی از وظایف خود را در روزهای هفته یا تعطیلات پایان هفته به خانه برند.
۱-۱۱-۵- سازمان، تسهیلات و امکانات حمایتی برای مادران شاغل فراهم کرده است.
۱-۱۱-۶- سازمان، از کسانی که مشکلات عدیده‌ای از جمله داشتن فرد بیمار در منزل و ... دارند، حمایت کرده یا آنها را درک می‌کند.
۱-۱۱-۷- سازمان به‌منظور ارتباط مؤثر با خانواده‌های کارکنان، جلسات مشترکی با آنان برگزار می‌کند.
۱-۱۱-۸- سازمان، برنامه‌هایی برای استفاده از خدمات رفاهی و فرهنگی برای کارکنان و خانواده‌ها دارد.
توسعهٔ مهارت‌های زندگی
۱-۱۲-۱- سازمان به‌منظور توسعهٔ مهارت‌های زندگی، جلسات آموزشی و جلسات بحث و تبادل‌نظر گروهی با کارکنان و خانواده‌ها برگزار می‌کند.
۱-۱۲-۲- کارکنان امکان دریافت خدمات مشاوره دربارهٔ برقراری ارتباط مؤثر، حل مشکلات، مقابله با استرس و... را دارند.
۱-۱۳- امنیت شغلی/ رضایت شغلی
۱-۱۳-۱- روابط و مناسبت‌های همکاران به‌گونه‌ای است که رضایت‌مندی و امنیت شغلی را تأمین می‌کند.
۱-۱۳-۲- سازمان، با ایجاد امکان پیشرفت‌های شغلی متناسب با توانایی‌های فردی کارکنان، امنیت شغلی لازم را تأمین کرده است.
۱-۱۳-۳- میزان رضایت شغلی کارکنان به‌طور سیستماتیک پایش شده و نتایج آن در بازنگری برنامه‌های مدیریتی سازمان مشهود است.
۱-۱۴- جابه‌جایی/ غیبت از کار

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.80]

۱-۱۴-۱- سازمان کلیه فرآیندهای مؤثر بر جابه‌جایی/ غیبت از کار کارکنان را پایش کرده و از نتایج آن برای تدوین سیاست‌های مناسب منابع انسانی بهره می‌برد.

۱-۱۴-۲- سازمان در تلاش است تا با کاهش ضریب شدت حوادث از میزان غیبت از کار ناشی از وقوع آسیب به کارکنان بکاهد.

۱-۱۴-۳- جابه‌جایی کارکنان بیشتر به دلیل ارتقای شغلی است.

جدول ۵. ارزیابی حیطهٔ منابع سلامت در محیط کار

	گویه	بله به موارد از ۱ تا ۵ نمره دهید.	خیر
منابع سلامت در محیط کار	۲-۱- ارتقای فعالیت فیزیکی در محیط کار		
	۲-۱-۱- متوسط فعالیت فیزیکی کارکنان در حد مطلوبی است (سی دقیقه و سه بار در هفته فعالیت‌هایی مثل دوچرخه‌سواری ملایم، پیاده‌روی نه آرام و نه خیلی تند، بدمینتون و ... مطلوب است).		
	۲-۱-۲- امکانات و تسهیلات ورزشی برای کارکنان (مسیرهای پیاده‌روی، دوچرخه‌سواری و وسایل ورزشی...) وجود دارد.		
	۲-۱-۳- امکانات و تسهیلات به نسبت کارکنان کافی است.		
	۲-۱-۴- وسایل و امکانات ورزشی کیفیت مناسبی دارند و در صورت نیاز تعمیر و جایگزین می‌شوند.		
	۲-۱-۵- امکان انجام ورزش در ساعات کار وجود دارد.		
	۲-۱-۶- برنامه‌های ترویج فعالیت فیزیکی به‌گونه‌ای است که کارکنان و خانواده‌ها به انجام فعالیت فیزیکی ترغیب شوند.		
	۲-۱-۷- استفاده از منابع خارج از سازمان برای فعالیت فیزیکی در ساعت کار وجود دارد.		
	۲-۱-۹- تیم‌های ورزشی در محیط کار تشکیل‌شده‌اند.		
	۲-۱-۱۰- برای مدیریت وزن و فعالیت‌های فیزیکی، مشوق‌هایی در نظر گرفته‌شده است.		
	۲-۱-۱۲- سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای تغییر شیوهٔ زندگی کارکنان در زمینهٔ افزایش فعالیت فیزیکی وجود دارد.		
	۲-۱-۱۳- دربارهٔ فعالیت فیزیکی در محیط کار، فواید و نحوهٔ انجام آن، برنامهٔ آموزشی ـ ترویجی با استفاده از پوستر، پمفلت، کلاس آموزشی و... وجود دارد.		
	۲-۱-۱۴- کارکنان در طراحی و اجرای برنامه‌های مرتبط با ارتقای فعالیت فیزیکی مشارکت دارند.		
	۲-۲- ارتقای تغذیهٔ سالم در محیط کار		
	۲-۲-۱- برنامه‌های ترویج تغذیهٔ سالم به‌گونه‌ای است که کارکنان و خانواده‌ها ترغیب شوند.		
	۲-۲-۲- سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای تغییر شیوهٔ زندگی کارکنان در زمینهٔ ارتقای تغذیهٔ سالم وجود دارد.		
	۲-۲-۳- سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای تغییر شیوهٔ زندگی خانواده‌ها در زمینهٔ ترویج تغذیهٔ سالم وجود دارد.		
	۲-۲-۴- امکان انتخاب غذای کم‌نمک برای کارکنان وجود دارد.		
	۲-۲-۵- امکان انتخاب غذای کم‌چرب برای کارکنان وجود دارد.		
	۲-۲-۶- میوه‌جات و سبزیجات در برنامهٔ غذایی روزانهٔ کارکنان وجود دارد.		
	۲-۲-۷- نوشیدنی‌های سالم مثل دوغ و دمنوش به‌جای نوشابه‌های گازدار در اختیار کارکنان قرار می‌گیرد.		
	۲-۲-۸- خدمات مشاوره‌ای برای مدیریت وزن و تغذیهٔ سالم کارکنان ارائه می‌شود.		
	۲-۲-۹- در نشست‌ها و جلسات از جایگزین‌های تغذیه‌ای سالم استفاده می‌شود.		
	۲-۲-۱۰- کارکنان در طراحی و اجرای برنامه‌های ارتقای تغذیهٔ سالم مشارکت دارند.		
	۲-۳- ارتقای محیط کار عاری از دخانیات		
	۲-۳-۱- سیاست منع استعمال دخانیات در محیط کار وجود دارد.		
	۲-۳-۲- سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای تغییر شیوهٔ زندگی کارکنان در زمینهٔ پیشگیری /کاهش/ترک مصرف سیگار وجود دارد.		
	۲-۳-۳- دربارهٔ کاهش مصرف سیگار در محیط کار، فواید ترک، برنامهٔ آموزشی ـ ترویجی با استفاده از پوستر، پمفلت، کلاس آموزشی و ... وجود دارد.		
	۲-۳-۴- خدمات مشاورهٔ رایگان ترک سیگار ارائه می‌شود یا اطلاعاتی دربارهٔ منابع ارائه‌دهندهٔ خدمات و نحوهٔ‌دسترسی به آنها وجود دارد.		
	۲-۳-۵- برنامه‌هایی برای تغییر شیوهٔ زندگی خانواده‌ها در زمینهٔ پیشگیری/ کاهش/ترک مصرف سیگار انجام‌شده است.		
	۲-۳-۶- امکان استفاده از منابع خارج از سازمان برای ترک سیگار در ساعت کار وجود دارد.		
	۲-۳-۷- برای ترک سیگار کارکنان تشویقی در نظر گرفته‌شده است.		

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.80]

۲-۳-۸- کارکنان در طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیری و ترک سیگار مشارکت دارند.
۲-۴- مدیریت استرس در محیط کار
۲-۴-۱- سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای تغییر شیوۀ زندگی کارکنان در زمینۀ کاهش استرس وجود دارد.
۲-۴-۲- دربارۀ عوامل استرس‌زا در محیط کار و روش‌های کاهش آن، برنامه آموزشی ـ ترویجی با استفاده از پوستر، پمفلت، کلاس آموزشی و ... وجود دارد.
۲-۴-۳- سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای تغییر شیوۀ زندگی خانواده‌های کارکنان در زمینۀ کاهش استرس وجود دارد.
۲-۴-۴- عوامل استرس‌زا مثل کمبود مهارت در انجام کار، فشار کار، توقعات غیرمنطقی و... شناسایی شده‌اند.
۲-۴-۵- نقش‌ها و وظایف در کار کاملاً مشخص‌اند.
۲-۴-۶- کارکنان راهنمایی و حمایت لازم را برای انجام کار دریافت می‌کنند.
۲-۴-۷- فرصت برای ارتقای مهارت‌های لازم برای کاهش استرس وجود دارد.
۲-۴-۸- در محیط کار ارتباطات بین فردی مناسب برقرار می‌شود.
۲-۴-۹- خدمات مشاوره‌ای برای کاهش استرس کارکنان ارائه می‌شود.
۲-۴-۱۰- در ساعت کار، امکان استفاده از منابع خارج از سازمان برای کاهش استرس وجود دارد.
۲-۴-۱۱- کارکنان در طراحی و اجرای برنامه‌های مدیریت استرس مشارکت دارند.
۲-۵- خدمات تشخیص و درمان
۲-۵-۱- خدمات تشخیص و درمان مناسب و در دسترس برای کارکنان وجود دارد.
۲-۵-۲- خدمات تشخیص و درمان مناسب و در دسترس برای خانواده‌هایشان وجود دارد.
۲-۵-۳- برنامه‌هایی برای پیشگیری/کاهش بیماری‌های ناشی از محیط کار انجام می‌شود.
۲-۵-۴- برنامه‌های روتین سلامت عمومی کارکنان (فشارخون، قند خون، حجم تودۀ بدنی، چربی خون و...) اجرا می‌شود.

بحث

هدف از انجام مطالعۀ حاضر، بومی‌سازی مدل محیط کار ارتقادهندۀ سلامت و تدوین راهنمای اجرایی آن است. در مطالعۀ Nilsson و همکاران (۱۷)، نیز بر چند جنبۀ کلیدی برای تدوین پرسش‌نامه در حوزۀ محیط‌های کار ارتقادهندۀ سلامت تأکید شده است: درگیر کردن گروه‌های اصلی، تصمیم‌گیری مشارکتی و پیروی از یک ساختار. این مطالعه هم سعی کرده است تا در تدوین ابزار و راهنمای این مدل از فرایند مشارکتی بهره گیرد و گروه اصلی ذی‌نفع را درگیر کند.

در مطالعۀ حاضر، روایی و پایایی ابزار با استفاده از روش‌های روایی سنجی و پایایی تائید شد. لذا می‌توان از آن به‌عنوان ابزار مناسبی در مطالعات مختلف بهره گرفت.

مدل بومی‌شده نسبت به سایر مدل‌ها جامعیت بیشتری دارد. در مطالعه‌ای که Thakur و همکاران (۹)، در سال ۲۰۱۲ در شمال هند انجام دادند، مدل محیط کار سالم در سه حیطۀ محیط فیزیکی، روانی ـ اجتماعی و ارتقای عادات سالم از طریق کارگاه‌هایی با مشارکت ذی‌نفعان مختلف بومی‌سازی شده است. گرچه این مدل از جهاتی با ابعاد مدل تدوینی مطالعۀ حاضر تشابه دارد؛ اما در ابعاد مسئولیت‌پذیری سازمان و روانی ـ اجتماعی جامعیت لازم را ندارد.

در مقالۀ بومی‌سازی مدل تعالی سازمانی بنیاد اروپایی کیفیت در رسانه ملی (۱۸) تأکید شده است که مدل‌های رایج، پاسخگوی نیاز سازمان‌ها در حوزه‌های مختلف نیست لذا نیاز است که میزان مقبولیت مؤلفه‌ها برای ارزیابی عملکرد از دیدگاه خبرگان بررسی‌شده، سپس راهنمای ارزیابی عملکرد در حوزه‌های مطالعه شده تدوین و نهایی شود.

از جمله مدل‌های ارتقادهندۀ سلامت در محیط کار، مدل کار سالم در ایران است که با استناد به الزامات و نیازهای استانداردهای جهانی و ملی موجود در زمینۀ سلامت، ایمنی و بهداشت حرفه‌ای طرح‌ریزی شده است. این مدل از دو حوزه و هشت معیار و شانزده زیر معیار تشکیل شده است که در دو بخش عوامل توانمندساز و نتایج به‌دست‌آمده از فعالیت‌های سازمان سازمان‌دهی شده‌اند (۱۱). این الگو نیز به گام‌های عملی به سمت مداخله ورود پیدا نکرده است. درنتیجه، ابزارهای مطالعۀ حاضر می‌تواند خلأ موجود را به‌عنوان راهنمایی عملیاتی پرکند و محققان، سیاست‌گذاران و برنامه ریزان این حوزه آن را به کار بگیرند.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.80]

مدل کار سالم مرکز مدیریت بیماری‌ها نیز چهار گام دارد. این گام‌ها عبارت‌اند از: ۱. ارزیابی (در سطح فرد، سازمان و جامعه)؛ ۲. برنامه‌ریزی و مدیریت (جلب حمایت رهبران، مدیریت، تدوین اهداف و استراتژی‌ها، تعیین منابع و تدوین برنامه ارتباطی)؛ ۳. اجرا (اجرای برنامه‌ها و سیاست‌ها و تأمین منافع و حمایت‌های محیطی)؛ ۴. ارزشیابی (بهره‌وری، هزینه‌ها، پیامدها و تغییرات سازمانی شامل فرهنگ سلامت). این مدل هم چک لیستی را برای ارزیابی محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت پیشنهاد کرده است که تأییدی برای انجام هر مرحله است. گام‌های این مدل شباهت‌هایی با گام‌های مدل استفاده‌شده در این مطالعه دارد. در نظر گرفتن منافع و حمایت‌های محیطی در مرحلهٔ اجرا از مزایای این مدل است که می‌تواند به‌منظور جلب مشارکت و تأمین پایداری اقدامات در راهنمای اجرایی مدل سازمان بهداشت جهانی نیز در نظر گرفته شود (۱۹).

راهنمای ایجاد محیط‌های کار سالم پیشنهاد شدهٔ واحد سلامت Leeds, Grenville & Lanark (۲۰)، نیز تقریباً از مراحل مشابه راهنمای این مطالعه تبعیت می‌کند. وجه تمایز آن، تأکید بر شناسایی چالش‌ها و قوت‌های فردی، گروهی و محیطی در مرحلهٔ نیازسنجی پس از کسب تعهد و تشکیل تیم است.

در این مطالعه، راهنمای طراحی و برنامه‌ریزی مداخلات محیط‌های کار ارتقادهندهٔ سلامت شامل فرایندهای مشارکت دادن کارکنان و مدیران و توجه به ارزش‌ها و اخلاقیات و گام‌های بسیج و کسب تعهد، تشکیل تیم و هم‌افزایی، ارزیابی حیطه‌های مدل محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت، اولویت‌بندی، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی تهیه شد و هم‌راستا با توصیه‌های سایر راهنماها (۲۱ ,۲۲)، تأکید شد که در طراحی برنامه‌ها و پروژه‌ها باید از مشارکت کارکنان، بخش‌های مختلف، نهادهای جامعه و متخصصین خارج از سازمان بهره برده شود، رهبران و مدیران ارشد سازمان درگیر فرایند شوند و منابع خارج از سازمان نیز جذب شود.

از نقاط قوت مطالعه می‌توان به جنبهٔ مشارکتی بودن فرایند بومی‌سازی اشاره کرد که در آن از نظرات خبرگان و نمایندگان گروه‌های هدف برای ارزیابی سؤالات و تدوین راهنمای اجرایی بهره گرفته‌شده است. مطالعات نیز نشان می‌دهند که مدل‌های ارتقای سلامت در محیط کار زمانی موفق بوده‌اند که براساس نیاز کارکنان و با مشارکت آنها طراحی و اجرا شوند (۲۳ـ۱۰،۲۵). متناسب ساختن ابزار مطالعه با شرایط بومی ایران براساس مشارکت طیف مناسبی از ذی‌نفعان محیط کار و شناسایی دغدغه‌های آنها می‌تواند به موفقیت مداخلاتی کمک کند که براساس این راهنما اجرا می‌شوند.

از نقاط قوت دیگر مطالعه می‌توان به انتخاب مدل و شیوهٔ عملیاتی کردن آن اشاره کرد. این مدل به علت توجه به حیطه‌های مختلف مرتبط با محیط کار جامعیت لازم را دارد. برای مثال، در این مدل بر حیطهٔ مشارکت سازمان در مسئولیت اجتماعی که در مدل‌های دیگر کمتر به آن توجه شده است، تأکید شد.

از محدودیت‌های مطالعه، تعداد محدود نمایندگان محیط‌های کار و تعمیم دادن آن به سایر محیط‌ها است. ممکن است ساختار هر یک از محیط‌های کار نسبت به سایر محیط‌ها متفاوت بوده و سازمان‌های مختلف متناسب با سطح آمادگی‌شان نتایج متفاوتی از به‌کارگیری این مدل به دست آورند. به دلیل آنکه نمایندگان شرکت‌کننده در این مطالعه، از محیط‌های کار صنعتی انتخاب‌شده بودند، لذا تأمین روایی بیرونی و تعمیم‌پذیری، نیازمند به‌کارگیری آن در محیط‌های کار غیرصنعتی است.

نتیجه‌گیری

ابزار این مطالعه می‌تواند پایهٔ ارزیابی مناسبی را از وضعیت محیط‌های کار ارتقادهندهٔ سلامت با کمک مجموعه‌ای از فرایندها و مؤلفه‌های چهارگانه ارزیابی کند. گام‌های اجرایی مدل مشخص می‌کند که چگونه خط‌مشی، مأموریت و ارزش‌های سازمان با اجرای مؤثر فرایندها محقق می‌شود. مدل بومی‌شدهٔ محیط کارِ ارتقادهندهٔ سلامت می‌تواند به‌عنوان راهنمای عملیاتی در محیط‌های کار به وسیلهٔ محققین، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان به کار گرفته شود و موجب صرفه‌جویی در مصرف منابع و افزایش کارآیی شود.

سپاسگزاری

نویسندگان مراتب قدردانی خود را از مدیران عامل، مسئولین HSE و کارکنان محیط‌های کار اعلام می‌کنند که در این مطالعه مشارکت کرده‌اند. این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شمارهٔ قرارداد

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.80]

۹۲۰۳۶۲۲۴۲۵۱ است و با حمایت این دانشگاه به اجرا در آمده است.

تعارض در منافع

بین نویسندگان تعارضی در منافع گزارش نشده است.

References

1. World Health Organization. Milestones in health promotion: Statements from global conferences: Geneva: World Health Organization; 2009.
2. Robroek SJ, van Lenthe FJ, Burdorf A. The role of lifestyle, health, and work in educational inequalities in sick leave and productivity loss at work. International archives of occupational and environmental health. 2013;86(6):619-27 .https:// doi.org/10.1007/s00420-012-0793-1 PMC3722458
3. Rongen A, Robroek SJ, van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. American journal of preventive medicine. 2013;44(4):406-15 .https://doi.org /10.1016/j.amepre.2012.12.007 PMid:23498108
4. Van Rijn RM, Robroek SJ, Brouwer S, Burdorf A. Influence of poor health on exit from paid employment: a systematic review. Occupational and environmental medicine. 2014; 71 (4):295-301 https:// doi.org.1136/oemed-2013-101591 PMid:24169931
5. Robroek SJ, Schuring M, Croezen S, Stattin M, Burdorf A. Poor health, unhealthy behaviors, and unfavorable work characteristics influence pathways of exit from paid employment among older workers in Europe: a four year follow-up study. Scandinavian journal of work, environment & health. 2013;39(2):125-33 https://doi.org /10.5271/sjweh.3319 PMid:22949091
6. Rafifar S, Damari B. Health Education and Promotion comprehensive System in Workplace. Tehran: Mehr Ravesh Publication; 2005.
7. Ministry of Health and Medical Education. National strategic plan on prevention and control of noncommunicable diseases and related risk factors in the Islamic Republic of Iran (1394 to 1404). Tehran: National Committee for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases, 2015.
8. World Health Organization. Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policy-makers and practitioners. 2010.
9. Thakur JS, Bains P, Kar SS, Wadhwa S, Moirangthem P, Kumar R, et al. Integrated healthy workplace model: An experience from North Indian industry. Indian journal of occupational and environmental medicine. 2012;16(3):108 .https://doi.org/10.4103/0019-5278.111750 PMC3683177
10. Bahrami A, Rastkari N, Allahyari T. A Guide to Ergonomic Workplace Assessment. Tehran: Tehran University of Medical Science; 2012.
11. Motallebi M, Ghazi Mirsaeid A, Rafifar Sh. A comprehensive model of evaluating and improving the health and safety of the workplace (healthy work model): indicators and metrics Tehran: Mezrab; 2012.
12. Jafari MJ, Sadighzadeh A, Sarsangi V. Development and Psychometrics of "Safety Climate Assessment Questionnaire". Journal of Safety Promotion and Injury Prevention. 2013;1(3):123-33.
13. Taghdisi MH, Haghighi M, Alimohammadi I. Assessment health Safety and Environment culture in an oil Refinery Based on Geller Model. Journal of Health Education and Health Promotio. 2013;1(3):47-55.
14. Burton J. WHO Healthy workplace framework and model: Background and supporting literature and practices.World Health Organization, 2010.
15. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Personnel psychology. 1975;28(4):563-75 . https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x
16. Cravens KS OE, Oishi S, Stewart JS. Workplace culture mediates performance appraisal effectiveness and employee outcomes: A study in a retail setting. Journal of Management Accounting Research. 2015;27(2):1-34 .https://doi.org/10.2308 /jmar-51169
17. Nilsson P, Andersson HI, Ejlertsson G, Blomqvist K. How to make a workplace health promotion questionnaire process applicable, meaningful and sustainable. Journal of nursing management. 2011;19(7):906-14.https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01257.x PMid:21988438
18. Shams GH, Bolusar C. Indigeniztion of European Foundation for Quality Management Model in mass media. Journal of Public Administration Research. 2013;1 (2):109-24.
19. Center for Disease Control and Prevention. Workplace health promotion: CDC At a glance report. Georgia: Division of population health, Workplace health promotion program; 2016.
20. Healthy Workplace Team of the Leeds GLDHU. Brockville Canada: Healthy Workplace Guide; 2009.
21. Safety NIfO, Health. Essential elements of effective workplace programs and policies for improving worker health and wellbeing. National Institute for Occupational Safety and Health. 2008.
22. Work H. Guide to Promoting Health &Wellbeing in the Workplace. Canberra, Australia: ACT Goverment; 2012.
23. Block G, Sternfeld B, Block C, Block T, Norris J, Hopkins D, et al. Development of Alive!(A Lifestyle Intervention Via Email), and its effect on health-related quality of life, presenteeism, and other behavioral outcomes: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2008;10(4):e43. https:// doi.org/10.2196/jmir.1112 PMC2629370
24. Rivilis I, Cole DC, Frazer MB, Kerr MS, Wells RP, Ibrahim S. Evaluation of a participatory ergonomic intervention aimed at improving musculoskeletal health. Am J Ind Med. 2006;49(10):801-10. https: //doi.org/10.1002/ajim.20382 PMid:16960887
25. Mills PR, Kessler RC, Cooper J, Sullivan S. Impact of a health promotion program on employee health risks and work productivity. Am J Health Behav. 2007;22(1):45-53. https://doi.org/10.4278/0890-1171-22.1.45

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.80]