

Health Promotion Policies in the Work Environment of the Public Universities: Southeastern Iran

ABSTRACT

Background and Objectives: Policies can guarantee health through health determinants. Therefore, the present study was carried out with the aim of determining and comparing the measures and policies applied to promote health among public universities in southeastern Iran.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted on 320 employees working in Sistan and Baluchistan University and Zahedan University of Medical Sciences in 2021, using available sampling method. Collecting data using a researcher-made questionnaire of workplace health policies in nine dimensions of management and leadership, organization, psychological work environment, physical environment; Chemical and biological work, service provision, safety and health of the work environment, employees, planning, implementation and evaluation were done with proper validity and reliability. Data were analyzed using SPSS23 software and frequency tests, t-test, ANOVA and multivariate linear regression. In all tests, $p < 0.05$ was considered as a significant level.

Results: The mean and standard deviation of the health policy implementation score in Sistan and Baluchistan University and Zahedan University of Medical Sciences were 36.6 ± 22.66 and 32.92 ± 22.66 and 36.6 ± 23.30 , respectively, and the t-test showed a significant difference. did not ($P=0.16$). In the univariate test between health policies score with work experience, education, type of employment and organizational position and based on multivariate regression of work experience ($P=0.02$) and education of employees ($P=0.01$) showed a statistically significant difference.

Conclusion: The implementation of health policies is related to the well-being of university employees, and it can provide more educational support to enrich the learning and well-being of students. Therefore, it is suggested that health programs and policies in higher education and universities should be given more attention and policy committees in universities should try to implement these policies well.

Keywords: Health Policies, University, Employees, Work Environment

Open Access Policy: This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Paper Type: Research Article.

Fariba Shahraki-Sanavi

*Assistant Professor, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. (Corresponding Author):

faribasanavi@gmail.com

Rahele Hashemi Habybabady

Assistant Professor, Health Promotion Research Center, Department of Occupational Health, School of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

Received: 2024/05/04

Accepted: 2024/08/20

Doi:10.22034/12.3.7

► **Citation (Vancouver):** Shahraki-Sanavi F, Hashemi Habybabady R. Health Promotion Policies in the Work Environment of the Public Universities: Southeastern Iran. *Iran J Health Educ Health Promot.* (Autumn 2024); 12(3): 263-272.

► **Citation (APA):** Shahraki-Sanavi F., Hashemi Habybabady R. (Autumn 2024). Health Promotion Policies in the Work Environment of the Public Universities: Southeastern Iran. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 12(3), 263-272.

سیاست‌های ارتقای سلامت در محیط کار دانشگاه‌های دولتی: جنوب شرق ایران

چکیده

زمینه و هدف: سیاست‌ها می‌توانند از طریق تعیین‌کننده‌های سلامت، سلامت را تضمین نمایند. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین و مقایسه اقدامات و سیاست‌های اعمال‌شده ارتقای سلامت در بین دانشگاه‌های دولتی جنوب شرقی ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه مقطعی که بر روی ۳۲۰ نفر از کارکنان شاغل در دانشگاه سیستان و بلوچستان و دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در سال ۱۴۰۰، با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته سیاست‌های سلامت محل کار در نه بعد مدیریت و رهبری، سازماندهی، محیط روانشناختی کار، محیط فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیک کار، ارائه خدمات، ایمنی و بهداشت محیط کار، کارکنان، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی با روایی و پایایی مناسب انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS23 و آزمون‌های فراوانی، تی‌تست، آنووا و رگرسیون خطی چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تمام آزمون‌ها $p < 0/05$ به‌عنوان سطح معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره‌ی تحقق سیاست‌های سلامت در دانشگاه سیستان و بلوچستان و دانشگاه علوم پزشکی زاهدان از نمره‌ی کل نود به‌ترتیب $32/92 \pm 22/66$ و $36/6 \pm 23/30$ بود که آزمون تی اختلاف معناداری را نشان نداد ($p = 0/16$). در آزمون تک‌متغیره بین نمره‌ی سیاست‌ها سلامت با سابقه‌ی کار، تحصیلات، نوع استخدام و پست سازمانی و بر اساس رگرسیون چند متغیره سابقه کار ($p = 0/02$) و تحصیلات کارکنان ($p = 0/01$) اختلاف معنادار آماری را نشان داد.

نتیجه‌گیری: تحقق سیاست‌های سلامت کارکنان می‌تواند حمایت آموزشی بیشتری را برای غنی‌سازی یادگیری و رفاه دانشجویان فراهم کند. پیشنهاد می‌شود برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت در آموزش عالی و دانشگاه‌ها بیشتر مورد توجه قرار گیرند و دانشگاه‌ها بر حسن اجرای این سیاست‌ها تلاش نمایند.

کلیدواژه‌ها: سیاست‌های سلامت، دانشگاه، کارکنان، محیط کار
نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

فریبا شهرکی‌ثانوی

* استادیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران. (نویسنده مسئول):
faribasanavi@gmail.com

راحله هاشمی حبیب‌آبادی

استادیار مهندسی بهداشت حرفه‌ای، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

◀ **استناد (ونکوور):** شهرکی‌ثانوی ف، هاشمی حبیب‌آبادی ر. سیاست‌های ارتقای سلامت در محیط کار دانشگاه‌های دولتی: جنوب شرق ایران. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. پاییز ۱۴۰۳؛ ۱۲(۳): ۲۶۳-۲۷۲.

◀ **استناد (APA):** شهرکی‌ثانوی، فریبا؛ هاشمی حبیب‌آبادی، راحله. (پاییز ۱۴۰۳). سیاست‌های ارتقای سلامت در محیط کار دانشگاه‌های دولتی: جنوب شرق ایران. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. ۲۶۳-۲۷۲. (۳)۱۲-۲۶۳.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۳۰

هزینه‌های انسانی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از حوادث شغلی، صدمات و بیماری‌ها و بلایای بزرگ صنعتی از دیرباز باعث نگرانی در همه سطوح از محل کار فردی گرفته تا ملی و بین‌المللی بوده است. اقدامات و استراتژی‌هایی که برای پیشگیری، کنترل، کاهش یا حذف خطرات شغلی طراحی شده‌اند، در طول سال‌ها به‌طور مستمر برای همگام‌شدن با تغییرات فنی و اقتصادی توسعه یافته و اعمال شده‌اند. با این حال، علی‌رغم بهبودهای مداوم و آهسته، حوادث و بیماری‌های شغلی همچنان بسیار زیاد است و هزینه‌ی آن‌ها از نظر رنج انسانی و بار اقتصادی همچنان قابل توجه است (۱).

با وجود این وضعیت نگران‌کننده، آگاهی بین‌المللی از بزرگی این مشکل به‌طرز شگفت‌انگیزی کم است. انتشار ناکافی دانش و اطلاعات مانع از اقدام، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه می‌شود. همچنین ظرفیت طراحی و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های مؤثر را محدود می‌کند (۱). در همین راستا برنامه‌های ارتقای سلامت محیط کار مجموعه‌ای هماهنگ و جامع از استراتژی‌های ارتقاء و حفاظت از سلامت هستند که در محل کار اجرا می‌شوند که شامل فعالیت‌ها، سیاست‌ها، مزایا، حمایت‌های محیطی و پیوندهایی با جامعه اطراف برای تشویق سلامت، ایمنی و رفاه همه کارکنان است (۲).

از طرف دیگر اگرچه برخی از سازمان‌ها برای محافظت از سلامت کارکنان خود و محافظت از آن‌ها در برابر خطرات مربوط به کار سخت تلاش کرده‌اند، برنامه‌های آن‌ها توسط هیچ خط مشی خاصی یا چارچوب ارتقای سلامت محیط کار هدایت نشده است. داشتن برنامه‌های ارتقای سلامت محیط کار اجباری نیست، اما به رسمیت شناخته شده است و بر نیاز یک محل کار نه تنها ایمن، بلکه سالم نیز تاکید می‌کند. در حالی که برخی از محیط‌های کار اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت مانند برنامه‌های کمک به کارکنان را آغاز کرده‌اند، هنوز در رابطه با برنامه‌هایی که عمدتاً بر سلامت کارکنان تمرکز دارند، شکاف وجود دارد (۳).

از سوی دیگر، به‌طور فزاینده‌ای پذیرفته شده است که حفاظت از زندگی و سلامت در محل کار یک حق اساسی کارکنان است (۱). کارکنان تمام وقت بسیاری از ساعات بیداری خود را در محل کار

می‌گذرانند و تحقیقات نشان داده است که محیط‌های محل کار و همکاران می‌توانند رفتارهای سلامت کارکنان را شکل دهند (۴). در این زمینه، برنامه‌های جامع ارتقای سلامت محل کار می‌تواند تغییرات معناداری در سلامت کارکنان ایجاد کند (۵ و ۶).

از آنجایی که، سلامت کار ناشی از تعامل پیچیده عوامل درون فردی، سازمانی، اجتماعی و فرهنگی است (۷ و ۸). برنامه‌های ارتقای سلامت محل کار با طراحی مناسب می‌تواند سلامت کارکنان را بهبود بخشد و بهره‌وری را افزایش دهد. برنامه‌های مؤثر عوامل فردی، محیطی، سیاسی و فرهنگی را برای هدف قرار دادن چندین موضوع بهداشتی به‌طور همزمان مورد بررسی قرار می‌دهند. این برنامه‌ها ممکن است هزینه‌های کارفرمایان مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی و غیبت از کار را کاهش دهد. برنامه‌های ارتقای سلامت محل کار همچنین می‌تواند تأثیر مثبتی بر رفتارهای بهداشتی و سلامت کلی کارگران داشته باشد (۹).

در سال‌های اخیر سازمان‌ها به‌طور فزاینده‌ای بر استراتژی‌های سلامت و ایجاد محیط‌های حامی سلامت کارکنان‌شان تاکید نموده‌اند و از آنجایی که دانشگاه‌ها دانشجویان حرفه‌ای و سیاست‌گذار را آموزش می‌دهند که می‌توانند بر کیفیت زندگی سایر افراد تأثیر بگذارند، (۱۰) بنابراین، با توسعه‌ی سیاست‌های ارتقای سلامت در محیط دانشگاه، می‌توان دانش و تعهد به سلامت را در جامعه گسترش دهند (۱۱).

به‌طور کلی محیط‌های ارتقادهنده‌ی سلامت، از محورهای استراتژیک منشور اتاوا می‌باشد و دولت‌ها به اجرای آن ملزم شده‌اند (۱۲). اکثر ایالات آمریکای شمالی، برزیل و استرالیا بر مبنای استانداردهای جهانی عمل می‌کنند و در کشورهای اروپای غربی، اجرای استانداردهای بی‌المللی در سطح بالا قابل مشاهده است و از میان کشورهای آسیایی، ژاپن در بهبود شرایط ایمن شغلی بسیار موفق بوده است (۱۳-۱۷). در ایران از سال ۱۳۶۶ طرح کشوری ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت جهت کارکنان آغاز شده است (۱۸)؛ این در حالی است که استراتژی‌های فعلی ایمنی و بهداشت در محیط‌های کاری ایران عملکرد انفعالی دارند.

بنابراین مطالعه‌ی حاضر برای اولین بار به ارزیابی میزان تحقق سیاست‌های ارتقای سلامت در دو دانشگاه دولتی در جنوب شرق کشور پرداخته است تا با ارزیابی وضعیت موجود، سیاست‌های انجام نشده شناسایی و چالش‌های نظام ارتقای سلامت در محیط‌های کاری مشخص شوند. لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین و مقایسه سیاست‌های ارتقای سلامت در محیط کار دانشگاه‌های دولتی جنوب شرقی ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها

نوع مطالعه، حجم نمونه و نمونه‌گیری

این مطالعه‌ی مقطعی، در سال ۱۴۰۰ بر روی کارکنان دانشگاه‌های دولتی (دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه سیستان و بلوچستان) زاهدان انجام شد. بر اساس فرمول اختلاف میانگین‌ها با $\alpha = 0.05$ و $\beta = 0.05$ و پیش‌بینی اختلاف $d = 5$ بین دو دانشگاه و $s = 15$ حجم نمونه ۱۴۳ نفر در هر گروه و با پیش‌بینی ریزش ۱۵۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود و خروج

تمام کارکنان مشغول به کار در دو دانشگاه وارد مطالعه شدند و پرسشنامه‌های تکمیل شده با IP Address تکراری با مشخصات دموگرافیک مشابه و پرسشنامه‌های تکمیل شده در زمانی کمتر از نصف زمان پیش‌بینی شده (کمتر از ده دقیقه) و پرسشنامه‌های ناقص از مطالعه خارج شدند. نهایتاً پرسشنامه‌های ۱۲۱ نفر در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و ۱۹۹ نفر در دانشگاه سیستان و بلوچستان مورد بررسی قرار گرفتند.

روش اجرای مطالعه

به دلیل شرایط کرونا، پرسشنامه‌ی آنلاین در بستر پرس‌لاین طراحی و طی اطلاعیه‌ای در کارتابل اداری کارکنان دانشگاه سیستان و بلوچستان و دانشگاه علوم پزشکی در مورد اهداف مطالعه، و محرمانه بودن اطلاعات اطلاع‌رسانی شد.

ابزار پژوهش

ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته که بر اساس نظرات

خبرگان (ده نفر از اساتید رشته‌های آموزش بهداشت، سیاست‌گذاری سلامت، مدیریت و بهداشت حرفه‌ای) با نسبت روایی محتوا $0.8/0$ ، شاخص روایی محتوا $0.8/0 - 0.9/0$ و همسانی درونی ابزار با آلفای کرونباخ $0.95/0$ تایید شد. سوالات پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک (۸ سوال) شامل: نوع استخدامی، پست سازمانی، جنس، وضعیت تاهل، سن، سابقه‌ی خدمت، میزان تحصیلات، میزان آشنایی با موضوعات سلامت؛ و سوالات سیاست‌های سلامت محل کار (۳۰ سوال) با طیف لیکرت در چهار سطح از انجام نشده تا کاملاً محقق شده (نمره صفر تا سه) در نه بعد مدیریت و رهبری ۱ سوال "آیا محیط کار شما دارای یک سبک مدیریت و رهبری حامی و متعهد به سلامت می باشد؟" با طیف نمره (۰-۳) ، سازماندهی ۳ سوال نمره (۰-۹) به‌عنوان مثال "آیا سازمان شما سیاست‌ها و دستورالعمل‌هایی برای سلامت دارد؟"، محیط روانشناختی کار ۲ سوال طیف نمره (۰-۶) به‌عنوان مثال "آیا در سازمان شما به شرایط روحی و روانی نیروی کار توجه شده است؟"، محیط فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیک کار ۳ سوال طیف نمره (۰-۹) به‌عنوان مثال "آیا در سازمان شما اصول ایمنی محیط کار رعایت می‌شوند؟"، محیط اجتماعی کار ۲ سوال طیف نمره (۰-۶) به‌عنوان مثال "آیا در درون سازمان شما به بهبود روابط کاری بین کارکنان توجه شده است؟"، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی ۴ سوال طیف نمره (۰-۱۲) به‌عنوان مثال "آیا سازمان شما دارای برنامه‌های اختصاصی برای سلامت کارکنان‌اش می‌باشد؟"، کارکنان ۵ سوال طیف نمره (۰-۱۵) به‌عنوان مثال "آیا شایستگی‌های کارکنان در محیط کار شما مورد توجه قرار دارند؟"، ارائه خدمات ۵ سوال طیف نمره (۰-۱۵) به‌عنوان مثال "آیا سازمان شما خدمات درمانی به کارکنان و خانواده‌های آن‌ها ارائه می‌دهد؟"، ایمنی و بهداشت محیط کار ۵ سوال طیف نمره (۰-۱۵) به‌عنوان مثال "آیا سازمان شما برنامه‌هایی برای بهبود رفتارهای ایمنی کارکنان در محیط کار دارد؟"، و نمره‌ی کل پرسشنامه ۰-۹۰ بود. مدت زمان تکمیل پرسشنامه ۲۰ دقیقه در نظر گرفته شد.

آنالیز آماری

جهت توصیف داده‌های کمی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و

به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تی تست، آنووا و رگرسیون خطی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. میانگین سنی کل شرکت کنندگان $40/6 \pm 7/2$ سال بود. اکثریت شرکت کنندگان زن، متأهل و شاغل در واحدهای اداری بودند. نیمی از آن‌ها دارای مدرک کارشناسی ارشد و دکتری و حدود یک سوم استخدام رسمی بودند. بیش از دو سوم آن‌ها وضعیت سلامت‌شان را متوسط یا خوب گزارش کردند (جدول ۱).

یافته‌ها

در مطالعه‌ی حاضر ۳۲۰ پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان

دانشگاه	سیستان و بلوچستان	علوم پزشکی زاهدان	کل
متغیرها	فراوانی (درصد) ۱۲۱ (۳۷/۸)	فراوانی (درصد) (۶۲/۲) ۱۹۹	فراوانی (درصد) (۱۰۰/۰) ۳۲۰
جنس			
زن	۱۳۵ (۶۷/۵)	۷۷ (۶۴/۲)	۱۹۹ (۶۲/۴)
مرد	۶۴ (۳۲/۲)	۴۳ (۳۵/۸)	۱۲۰ (۳۷/۶)
نوع استخدام			
رسمی	۶۲ (۳۱/۲)	۳۴ (۲۸/۱)	۹۶ (۳۰/۰)
پیمانی	۸۷ (۴۳/۷)	۵ (۱/۴)	۹۲ (۲۸/۸)
قراردادی	۵۰ (۲۵/۱)	۸۲ (۶۷/۸)	۱۳۲ (۴۱/۳)
وضعیت تاهل			
مجرد	۲۵ (۱۲/۶)	۲۴ (۱۹/۸)	۴۹ (۱۵/۳)
متاهل	۱۷۰ (۸۵/۴)	۹۴ (۷۷/۷)	۲۶۴ (۸۲/۵)
همسر جدا یا فوت شده	۴ (۲/۰)	۳ (۲/۵)	۷ (۲/۲)
سابقه کار			
کمتر از ۵ سال	۶ (۳/۰)	۲۰ (۱۶/۵)	۲۶ (۸/۱)
۵-۱۰ سال	۱۴ (۷/۰)	۴۵ (۳۷/۲)	۵۹ (۱۸/۴)
۱۰-۱۵ سال	۵۶ (۲۸/۱)	۲۸ (۲۳/۱)	۸۴ (۲۶/۳)
۱۵-۲۰ سال	۴۹ (۲۴/۶)	۹ (۷/۴)	۵۸ (۱۸/۱)
بیش از ۲۰ سال	۷۴ (۳۷/۲)	۱۹ (۱۵/۷)	۹۳ (۲۹/۱)
میزان تحصیلات			
دیپلم یا کاردانی	۲۶ (۱۳/۱)	۲۲ (۱۸/۲)	۴۸ (۱۵/۰)
کارشناسی	۸۳ (۴۱/۷)	۴۹ (۴۰/۵)	۱۳۲ (۴۱/۳)
کارشناسی ارشد یا دکتری	۹۰ (۴۵/۲)	۵۰ (۴۱/۳)	۱۴۰ (۴۳/۸)
پست سازمانی			
مدیر ارشد	۵ (۲/۵)	۲ (۱/۷)	۷ (۲/۲)
مدیر میانی	۲۶ (۲۸/۱)	۲۸ (۲۳/۱)	۸۴ (۲۶/۳)
اداری	۱۲۵ (۶۲/۸)	۷۹ (۶۵/۳)	۲۰۴ (۶۳/۸)
آزمایشگاه	۳ (۱/۵)	۵ (۴/۱)	۸ (۲/۵)
نگهبانی یا خدمات	۱۰ (۵/۰)	۷ (۵/۸)	۱۷ (۵/۳)
خود ارزیابی سلامت فردی			
ضعیف	۶۸ (۳۴/۲)	۳۵ (۲۹/۴)	۱۰۳ (۳۲/۴)
متوسط	۱۲۱ (۶۰/۸)	۷۵ (۶۳/۰)	۱۹۶ (۶۱/۶)
خوب	۱۰ (۵/۰)	۹ (۷/۶)	۱۹ (۶/۰)

آزمون تی مستقل اختلاف معناداری را بین نمرات ابعاد مدیریتی، سیستان و بلوچستان $22/66 \pm 32/92$ از ۹۰ نمره بود اما این سازماندهی، محیط فیزیکی شیمیایی و بیولوژیکی محیط کار بین دو دانشگاه مورد مطالعه نشان داد ($P < 0/05$). نمره‌ی تحقق سیاست‌های سلامت در دانشگاه علوم پزشکی $23/30 \pm 36/64$ و در دانشگاه

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد، سیاست‌های سلامت دانشگاه‌های مورد مطالعه

Independent t test P value	t	سیستان و بلوچستان		دانشگاه ابعاد(طیف نمره)
		علوم پزشکی زاهدان (انحراف معیار) میانگین	سیستان و بلوچستان (انحراف معیار) میانگین	
۰/۰۰۵	-۲/۸۴	۱/۴۷ (۰/۹۰)	۱/۱۷ (۰/۹۴)	مدیریت و رهبری (۳-۰)
۰/۰۵	-۱/۹۷	۴/۲۷ (۲/۶۱)	۳/۷۱ (۲/۴۰)	سازماندهی (۹-۰)
۰/۳۶	-۰/۹۰	۲/۰۲ (۱/۸۶)	۱/۸۳ (۱/۸۱)	محیط روانشناختی کار (۶-۰)
۰/۰۰۷	-۲/۷۲	۳/۸۳ (۲/۸۰)	۳/۰۳ (۲/۴۲)	محیط فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیک کار (۹-۰)
۰/۳۹	-۲/۰۷	۲/۷۲ (۱/۸۶)	۲/۲۹ (۱/۷۳)	محیط اجتماعی کار (۶-۰)
۰/۱۱	-۱/۶۰	۴/۵۵ (۳/۵۹)	۳/۹۰ (۳/۳۸)	برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی (۱۲-۰)
۰/۲۷	-۱/۰۸	۴/۵۵ (۳/۵۹)	۵/۵۶ (۳/۹۲)	کارکنان (۱۵-۰)
۰/۵۲	۰/۶۳	۶/۰۶ (۴/۰۵)	۶/۳۴ (۳/۷۸)	ارائه‌ی خدمات (۱۵-۰)
۰/۲۵	-۱/۱۳	۵/۶۶ (۴/۴۴)	۵/۱۰ (۴/۱۶)	ایمنی و بهداشت محیط کار (۱۵-۰)
۰/۱۶	-۱/۴۰	۳۶/۶۴ (۲۳/۳۰)	۳۲/۹۲ (۲۲/۶۶)	کل (۹۰-۰)

براساس نتایج آزمون آنووا، کارکنان قراردادی ($P = 0/02$)، این متغیرهای معنادار در مدل چندمتغیره، نتایج آزمون رگرسیون دارای سابقه‌ی کار کمتر از پنج سال ($P = 0/001$)، تحصیلات فوق‌دیپلم ($P = 0/01$) و مدیران سطوح بالا و میانی ($P = 0/05$) سلامت با سابقه کار ($P = 0/02$) و تحصیلات کارکنان ($P = 0/01$) نشان دادند (جدول ۳).

تحقق سیاست‌های سلامت را در محیط دانشگاه بالاتر از سایر شرکت‌کنندگان ارزیابی نمودند ($P < 0/05$). پس از قرارداد

جدول ۳. رگرسیون خطی بین متغیرهای دموگرافیک با نمره‌ی کل سیاست‌های سلامت محیط کار

P value	t	Standardized	Unstandardized		سیاست‌های سلامت متغیرها
		Coefficients Beta	Std. Error	Coefficients B	
۰/۲۹	۱/۰۴	۰/۶۴	۱/۶۸	۱/۷۵	نوع استخدام
۰/۰۲	-۲/۲۸	-۰/۱۴	۱/۰۸	-۲/۴۸	سابقه کار
۰/۰۱	-۲/۴۹	-۰/۱۴	۹/۱۷	-۴/۷۷	تحصیلات
۰/۳۸	-۰/۸۶	-۰/۴۸	۱/۳۴	-۱/۱۶	پست سازمانی

برنامه ارتقای سلامت در محل کار به فعالیت‌هایی اشاره دارد که در محل کار انجام گرفته و از سلامت و رفاه کارکنان حمایت می‌کند. یک محل کار سالم، با اجرای برنامه‌ها و خط‌مشی‌های ارتقای سلامت در محل کار، محیط فیزیکی و فرهنگی حمایتی را خلق می‌کند که شیوه‌ی زندگی سالم را تشویق می‌کند. در همین راستا، رفاه کارکنان دانشگاه به یک نگرانی در حال رشد در بخش‌های مختلف تبدیل شده است. شواهد نشان می‌دهد، رفاه ضعیف بر بهره‌وری کارکنان تاثیر منفی می‌گذارد و در نتیجه بر حمایتی که آن‌ها می‌توانند از دانشجویان ارائه دهند تاثیر می‌گذارد. در عوض، به نظر می‌رسد که سیاست‌های سازمانی، آموزش و فرهنگ (به‌طور صریح یا ضمنی) رفاه دانشجویان را در اولویت قرار می‌دهند، به گونه‌ای که منجر به این می‌شود که رفاه کارکنان در تقابل با رفاه دانشجویان باشد. در حالی که، فرهنگ و محیط موجود در آموزش عالی با تقاضاهای شناختی، عاطفی و عملی اضافی از کارکنان مرتبط است که مانع از آموزش، یادگیری، تحقیق و رفاه دانشجویان می‌شود (۱۹). مطالعه‌ی سیستماتیک برنامه‌های ارتقای سلامت در آموزش عالی توسط فریرا و همکاران نیز که برنامه‌های ارتقای سلامت در هفده مطالعه مورد بررسی با هدف افزایش رفاه دانشجویان با تاکید بر فعالیت بدنی، سلامت جنسی و بهبود محیط حمایت از سلامت در جامعه دانشگاهی انجام شده بود؛ نتایج بیانگر این بود که استراتژی‌های ارتقای سلامت بافت دانشگاه‌ها همیشه از هم‌گرایی بین اقدامات آموزشی، سیاسی، قانونی یا سازمانی ناشی نمی‌شوند (۲۰). بنابراین مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین و مقایسه سیاست‌های ارتقای سلامت در محیط کار دانشگاه‌های سیستان و بلوچستان و علوم پزشکی زاهدان انجام شد. هم‌راستا با مطالعه‌ی حاضر علی‌رغم مزایای بالقوه‌ی ارتقای سلامت محل کار، بسیاری از کارمندان عدم حمایت برای سالم بودن محل کار را گزارش می‌دهند (۲۱). نتایج تحقیقی بر روی کارکنان آمریکایی نشان داد که کارفرمایان شرایط تغذیه سالم را ۲۰٪ و امکان فعالیت فیزیکی را به میزان ۳۰٪ برای کارکنان فراهم نموده بودند (۲۲). نتایج مطالعه‌ی جعفرزاده و همکاران در خصوص

بررسی سیاست‌های سازمانی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین نیز نشان داد که ادراک اکثریت کارکنان (۸۴/۶ درصد) از سیاست سازمانی در سطح متوسط بود و بین سیاست سازمانی با نفوذ مدیر رابطه معکوس و معنی‌داری وجود داشت. محققین نتیجه‌گیری نمودند که ضروری است تا در بیمارستان‌ها، به موضوع سیاست سازمانی توجه کافی شود (۲۳). نتایج نشان داد که جایگاه شغلی بالاتر (مدیریتی) و کارکنان قراردادی و با سابقه کار و تحصیلات پایین‌تر، نمره‌ی سیاست‌های سلامت را به‌طور معنادار بالاتر از سایر گروه‌های کارکنان گزارش کردند. که در این بین دو متغیر سابقه‌ی کار و تحصیلات پیش‌بینی‌کننده نمره‌ی سیاست‌های سلامت بالاتر بودند. دلایل آن ممکن است این باشد که مدیران به دلیل مسئولیت‌های اداری و تصمیم‌گیری که دارند، بیشتر در معرض تأثیرگذاری بر سیاست‌های سلامت قرار دارند. این ممکن است به آن‌ها این احساس را بدهد که این سیاست‌ها به خوبی اجرا می‌شوند و از آنها رضایت بیشتری داشته باشند. همچنین کارکنان قراردادی ممکن است انتظارات متفاوتی نسبت به سایر کارکنان داشته باشند. این ممکن است منجر به این شود که آنان سیاست‌ها را با دیدی مثبت‌تر ارزیابی کنند، زیرا انتظار دارند که محیط کار به‌طور مؤثرتری برای آن‌ها بهبود یابد. کارکنان با تحصیلات پایین‌تر ممکن است نسبت به پیچیدگی‌های سیاست‌های سلامت کمتر آگاه باشند و بنابراین ارزیابی مثبت‌تری از این سیاست‌ها ارائه دهند، چون از جزئیات و چالش‌های بالقوه‌ی آن آگاه نیستند. کارکنان با سابقه‌ی کار بیشتر معمولاً تجربه‌ی بیشتری در اجرای سیاست‌ها و مواجهه با چالش‌های مرتبط دارند و تحقق سیاست‌ها را کمتر ارزیابی می‌کنند. لینن و همکاران در تحقیقی دریافتند که اکثر مدیران (۷۵٪) احساس می‌کنند که داشتن برنامه‌های ارتقای سلامت محل کار در شرکت‌هایشان بسیار مهم است. علاوه بر این، مدیران سطوح مختلف در اهمیتی که به برنامه‌های ارتقای سلامت محل کار قائل بودند یا در باورهایشان در مورد مزایای سازمانی که برنامه‌های ارتقای سلامت محل کار می‌توانند ایجاد کنند، تفاوت

معناداری نداشتند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که ارتقای سلامت محل کار یک ارزش گروهی با شدت بالا می‌باشد اما مدیران در سطوح مختلف در باورهای خود در مورد دامنه‌ی مناسب مسئولیت کارفرما در قبال سلامت کارکنان اختلاف نظر داشتند (۲۴).

به‌طور کلی سیاست‌های سلامت برای این که منجر به ارتقای سلامت شود، باید به‌درستی اجرا شوند. از طرف دیگر عوامل زمینه‌ای و فرهنگی نقش مهمی در اجرای سیاست‌ها دارند. سیاستی که در یک منطقه با موفقیت اجرا شود، لزوماً در منطقه‌ی دیگر همان نتایج را نخواهد داشت. بنابراین، مدیران متناسب با ساختار و فرهنگ سازمان خود باید استراتژی و برنامه‌ی عملیاتی برای اجرای سیاست‌ها، تعیین و تدوین کنند. مدیران باید برنامه‌ی سیاست تدوین شده را در سازمان اجرا کنند. پیشرفت اجرای برنامه‌های سیاست باید به‌صورت منظم ارزیابی شود و میزان تاثیر سیاست‌ها با استفاده از شاخص‌های عملکردی ارزیابی شود (۲۵ و ۲۶). در همین زمینه، در مطالعه‌ی حاضر کارکنان دانشگاه علوم پزشکی نسبت به کارکنان دانشگاه سیستان و بلوچستان تحقق سیاست‌های ارتقای سلامت را در همه ابعاد بالاتر گزارش نمودند که در برخی ابعاد شامل مدیریت و رهبری، سازماندهی و محیط فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی معنادار آماری بود. این امر می‌تواند ناشی از این واقعیت باشد که از آنجایی که دانشگاه‌های علوم پزشکی مسئولیت تأمین سلامت را بر عهده دارند، مدیران به دستیابی به این سیاست‌ها اهتمام بیشتری می‌ورزند.

نمره‌ی کلی تحقق سیاست‌ها در بین دو دانشگاه معنادار نبود و تنها یک‌سوم سیاست‌ها محقق شده بودند. هم‌راستا با مطالعه‌ی حاضر، مطالعه‌ی بررسی سیاست‌های سلامت مدارس جنوب شرق ایران نیز حاکی از این بود که بیش از دو‌سوم سیاست‌ها در مدارس اجرا می‌شدند. محققین نتیجه‌گیری نمودند که سیاست‌های یکسانی در مدارس اجرا نمی‌شوند. لذا لازم است کمیته‌های سیاست‌گذاری سلامت در مدارس وجود داشته باشند و موفقیت در اجرای این برنامه‌ها مستلزم همکاری بین‌بخشی با سایر سازمان‌های وابسته به سلامت می‌باشد (۲۷). لانگولد و همکاران در تایید این بیان داشتند که سلامت یک هدف صرفاً بخشی نیست که یک وزارتخانه مسئول

آن باشد بلکه فرابخشی و محصول روابط پویا و پیچیده است (۲۸). ابتکار حکمرانی بین‌بخشی، مبتنی بر مدل منطقی سیاست‌گذاری‌ها تحت نظارت بخش سلامت می‌باشد و بخش سلامت به سایر بخش‌های آموزش و صنعت اثبات می‌کند که ضروری است برای ارتقای سلامت مشارکت کنند تا به توسعه اقتصادی و اجتماعی دست یابیم (۲۹). با توجه به این که اجرای سیاست‌های سلامت در محیط‌های کاری، منافع متقابلی برای سازمان و کارکنان فراهم می‌کند که سبب افزایش بهره‌وری، رضایت سازمانی و کارکنان می‌شود و توسعه‌ی تعهدات سازمان سلامت کارکنان را به‌دنبال دارد، لازم است میزان تحقق این سیاست‌ها در محیط‌های کاری مورد بررسی قرار گیرند. نقاط قوت، محدودیت‌ها و پیشنهادات: از نقاط قوت مطالعه‌ی حاضر بررسی سیاست‌های ارتقای سلامت در واحدهای دانشگاهی است. تا با برنامه‌ریزی جهت اجرای این سیاست‌ها، ارتقای کیفیت محیط کاری از نظر آموزشی نیز منجر شود. از نقاط ضعف مطالعه‌ی حاضر بررسی تحقق سیاست‌ها از دیدگاه اعضای هیات علمی می‌باشد و پیشنهاد می‌شود این مطالعه در سایر دانشگاه‌ها و بر روی اعضای هیات علمی نیز انجام شود.

محدودیت مطالعه‌ی حاضر، هم‌زمانی اجرای مطالعه با اپیدمی کووید ۱۹ و مشغله‌های کاری کارکنان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و مشارکت کمتر آن‌ها در مطالعه بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه از منظر کارکنان تنها یک‌سوم سیاست‌های ارتقای سلامت محقق شده است لذا پیشنهاد می‌شود، سازمان‌ها و ازجمله دانشگاه‌ها باید بسترهای لازم برای تحقق سیاست‌های ارتقای سلامت را در برنامه عملیاتی خود بگنجانند و از آنجایی که دانشگاه‌ها، متولی آموزش و پرورش جوانان و نسل آینده می‌باشند باید به این موضوع به‌عنوان یک رسالت اصلی توجه نمایند. توصیه می‌شود کمیته‌های سیاست‌گذاری سلامت در دانشگاه‌ها ایجاد شود تا سیاست‌های سلامت تدوین شده را در سازمان ارزیابی و اجرا نمایند.

تشکر و قدردانی: از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، کارکنان دانشگاه سیستان و بلوچستان و علوم

به صورت داوطلبانه وارد مطالعه شدند. ضمن این که شرکت کنندگان در صورت رضایت نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام کردند و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد بود و نتایج فردی گزارش نخواهد شد.

سهم نویسندگان: تمام نویسندگان به طور یکسان در اجرا و انجام این تحقیق مشارکت داشته‌اند. همچنین تمامی نویسندگان معیارهای استاندارد نویسندگی بر اساس پیشنهادات کمیته بین‌المللی ناشران مجلات را دارا بودند.

References

1. Brown MC, Harris JR, Hammerback K, Kohn MJ, Parrish AT, Chan GK, et al. Development of a wellness committee implementation index for workplace health promotion programs in small businesses. *American Journal of Health Promotion*. 2020;34(6):614-21. <https://doi.org/10.1177/0890117120906967> PMID:32077300 PMCID:PMC7305966
2. Koffman DMM, Lang JE, Chosewood LC. CDC resources, tools, and programs for health promotion in the worksite. *American journal of health promotion: AJHP*. 2013;28(2):TAHP2.
3. Alli BO. *Fundamental principles of occupational health and safety*. Second edition. Geneva, International Labour Organization. 2008;15:2008.
4. Mchunu G. Proposed guidelines for a workplace health promotion policy and implementation framework. *Occupational Health Southern Africa*. 2012;18(2):5-12.
5. Engbers LH, van Poppel MN, Paw MJCA, van Mechelen W. Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. *American journal of preventive medicine*. 2005;29(1):61-70. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.03.001> PMID:15958254
6. Aldana SG. Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*. 2001;15(5):296-320. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-15.5.296> PMID:11502012
7. Linnan L, LaMontagne AD, Stoddard A, Emmons KM, Sorensen G. Norms and their relationship to behavior in worksite settings: an application of the Jackson Return Potential Model. *American journal of health behavior*. 2005;29(3):258-68. <https://doi.org/10.5993/AJHB.29.3.7> PMID:15899689
8. Emmons KM, Barbeau EM, Gutheil C, Stryker JE, Stoddard

پزشکی زاهدان که در اجرای مطالعه ما را یاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: ندارد

حمایت مالی: منابع مالی این طرح توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان تامین شده است.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (IR.ZAUMS.REC.1397.489-9067) تایید شده است. افراد مورد مطالعه با رعایت کدهای اخلاقی، کسب رضایت آگاهانه و

- AM. Social influences, social context, and health behaviors among working-class, multi-ethnic adults. *Health Education & Behavior*. 2007;34(2):315-34. <https://doi.org/10.1177/1090198106288011> PMID:16740510
9. Mulder L, Belay B, Mukhtar Q, Lang JE, Harris D, Onufrak S. Prevalence of workplace health practices and policies in hospitals: Results from the Workplace Health in America study. *American Journal of Health Promotion*. 2020;34(8):867-75. <https://doi.org/10.1177/0890117120905232> PMID:32077307 PMCID:PMC8830187
10. DoorisM, DohertyS, OrmeJ. The application of salutogenesis in universities. *The handbook of salutogenesis*. 2017:237-45. https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_23 PMID:28590663
11. Healthy Settings. Dec 27 2016. Available from: http://www.who.int/healthy_settings/en/.
12. World Health Organization. *Milestones in health promotion: Statements from global conferences*: Geneva: World Health Organization; 2009.
13. Kaushal N. Role of International Labour Organization (ILO) and World Health Organization (WHO) in the Protection and Promotion of Occupational Health and Safety. *Dynamics of Public Administration*. 2013; 30(2): 207-27. <https://doi.org/10.5958/j.0976-0733.30.2.017>
14. Gutberlet J, Baeder A, Pontuschka N, Felipone S, dos Santos T. Participatory research revealing the work and occupational health hazards of cooperative recyclers in Brazil. *International journal of environmental research and public health*. 2013; 10(10): 4607-27. <https://doi.org/10.3390/ijerph10104607> PMID:24084672 PMCID:PMC3823336
15. Macdonald W, Driscoll T, Stuckey R, Oakman J. Occupational health and safety in Australia. *Industrial health*. 20. 9-172: (3) 50; 12.

- <https://doi.org/10.2486/indhealth.MS1374>
PMid:22790481
16. Schütte S, Chastang J-F, Parent-Thirion A, Vermeulen G, Niedhammer I. Association between sociodemographic, psychosocial, material and occupational factors and self-reported health among workers in Europe. *Journal of Public Health*. 2013; 36(2): 194-204. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdt050> PMid:23695703
 17. Matsuda S. A Review of the French Occupational Health System-From the Viewpoint of International Comparison between France and Japan-. *Asian Pacific Journal of Disease Management*. 2014; 6(2): 45-9. <https://doi.org/10.7223/apjdm.6.45>
 18. Ministry of Health and Medical Education. National plan. Iran, Tehran; 2012.
 19. Brewster L, Jones E, Priestley M, Wilbraham SJ, Spanner L, Hughes G. 'Look after the staff and they would look after the students' cultures of wellbeing and mental health in the university setting. *Journal of Further and Higher Education*. 2022;46(4):548-60. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2021.1986473>
 20. Ferreira FMPB, Brito IdS, Santos MR. Health promotion programs in higher education: integrative review of the literature. *Revista brasileira de enfermagem*. 2018;71:1714-23. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0693> PMid:30088645
 21. Payne J, Cluff L, Lang J, Matson-Koffman D, Morgan-Lopez A. Elements of a workplace culture of health, perceived organizational support for health, and lifestyle risk. *American Journal of Health Promotion*. 2018;32(7):1555-67. <https://doi.org/10.1177/0890117118758235> PMid:29529865 PMCID:PMC6106858
 22. Onufrak SJ, Watson KB, Kimmons J, Pan L, Khan LK, Lee-Kwan SH, et al. Worksite food and physical activity environments and wellness supports reported by employed adults in the United States, 2013. *American Journal of Health Promotion*. 2018;32(1):96-105. <https://doi.org/10.1177/0890117118758235> PMid:27597795 PMCID:PMC5365378
 23. Jafarzadeh D, Mohebbifar R, Shishechi R, Bahreini R. The Relationship between Organizational Health and Perception of Organizational politics in Educational Hospitals of Qazvin University of Medical Sciences. *Journal of Health Based Research*. 2017;3(2):151-61.
 24. Linnan L, Weiner B, Graham A, Emmons K. Manager beliefs regarding worksite health promotion: findings from the Working Healthy Project 2. *American Journal of Health Promotion*. 2007;21(6):521-8. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-21.6.521> PMid:17674640
 25. Hudson B, Hunter D, Peckham S. Policy failure and the policy-implementation gap: can policy support programs help? *Policy design and practice*. 2019;2(1):1-14. <https://doi.org/10.1080/25741292.2018.1540378>
 26. Mosadeghrad AM. A practical model for health policymaking and analysis. *Payesh (Health Monitor)*. 2022;21(1):7-24. <https://doi.org/10.52547/payesh.21.1.7>
 27. Shahraki-Sanavi F, Rakhshani F, Ansari-Moghaddam A, Mohammadi M. A study on school health policies and programs in the southeast of Iran: a regression analysis. *Electronic Physician*. 2018;10(7):7132. <https://doi.org/10.19082/7132> PMid:30128106 PMCID:PMC6092145
 28. Langeveld K, Stronks K, Harting J. Use of a knowledge broker to establish healthy public policies in a city district: a developmental evaluation. *BMC Public Health*. 2016;16:1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2832-4> PMid:26979063 PMCID:PMC4793512
 29. Kickbusch I, Gleicher DE. Governance for health in the 21st century. WHO Regional Office for Europe; 2012.