

الوقاية من الأمراض غير السارية في أمكنة العمل عن طريق النظام الغذائي والنشاط البدني

تقرير صادر عن لقاء مشترك بين منظمة الصحة العالمية والمنتدى الاقتصادي العالمي



معطيات كتالوج المطبوعات في مكتبة منظمة الصحة العالمية

1- الأمراض المزمنة - الوقاية والمكافحة. 2- الصحة المهنية. 3- مكان العمل. أولاً - منظمة الصحة العالمية. ثانياً - المنتدى الاقتصادي العالمي.

منظمة الصحة العالمية

رقم الكتاب المعياري الدولي: 4 659632 4 978 92 4 (تصنيف المكتبة الطبية الوطنية WA400)

© منظمة الصحة العالمية/المنتدى الاقتصادي العالمي 2008

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من إدارة منشورات منظمة الصحة العالمية على العنوان: 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (هاتف رقم: +41 22 791 3264؛ فاكس رقم: +41 22 791 4857؛ البريد الإلكتروني: bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية - سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري - إلى إدارة منشورات المنظمة على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: +41 22 791 4806؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

ويمكن الحصول على مطبوعات المنتدى الاقتصادي العالمي من مطبعة المنتدى الاقتصادي العالمي، وعنوانها: 91-93 route de la Capite, CH-1223 Cologny/Geneva, Switzerland (Tel: +41 (0)22 869 1212; Fax: +41 (0)22 786 2744; Email: contact@weforum.org) ويتعين إرسال الأسئلة إلى العنوان الإلكتروني: workingtowardswellness@weforum.org.

إن التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية/المنتدى الاقتصادي العالمي بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية/المنتدى الاقتصادي العالمي، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية/المنتدى الاقتصادي العالمي كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك يتم توزيع المواد المنشورة دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمناً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية/المنتدى الاقتصادي العالمي في أي حال من الأحوال المسؤولية عما يقع من أضرار نتيجة استخدامها.

وهذا المطبوع لا يمثل بالضرورة المقررات أو السياسة المعلنة لمنظمة الصحة العالمية/المنتدى الاقتصادي العالمي.

المرجع رقم 105108

شكر وتنويه

قام بإعداد هذه الوثيقة كل من تيموثي أرمسترونغ، فانيسا فرانكلين، ليزا كونتيلاني وكريستوف روي، وذلك بالتعاون مع الفرقة التابعة للمنتدى الاقتصادي العالمي المعنية بالعمل من أجل التمتع بالعافية التي تتألف من: جهونغ أي، وهيلينا لوران وسارنيا نيّار.

ونود الإعراب عن خالص شكرنا للأشخاص التالية أسماؤهم لما قدموه من تعليقات ومعلومات: لوك إنغبرز، وباري فرانكين، وكاترينا منتون، وسانيا نيشتار، ودورارياج براهাকা، وكارين بروبر وسرنيات ريدي، وولم فان ميشيلين، وجانيت فوت، وأعضاء مجلس مبادرة العمل من أجل التمتع بالعافية التابع للمنتدى الاقتصادي العالمي وهم غيل كروزبير ويللي، وجون كوبر وديريك ياتش.

هذا وقد تولى إعداد أربع ورقات معلومات أساسية للقاء المشترك كل من: لوك إنغبرز، إيما جورج، جون غريفثس، وماغز هيلي، وكارين بروبر، وجاكوب ستليمير، وغلوريا سورنسن، وليزا كوينتيلاني ووليم فان ميشيلين. ويمكن الرجوع إلى هذه الورقات على العنوان الإلكتروني: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>.

وتنوه منظمة الصحة العالمية بالمساهمة المالية التي قدمها المنتدى الاقتصادي العالمي لإعداد هذه الوثيقة.

المحتويات

1	موجز
3	1- مقدمة
7	2- الأساس المنطقي لاستخدام مكان العمل كإطار لتعزيز النظم الغذائية والنشاط البدني
	3- فعالية وكفاءة تدخلات تعزيز الصحة في مكان العمل التي تستهدف النظام الغذائي والنشاط البدني
8	
11	4- سياسات وبرامج تعزيز الصحة في مكان العمل
17	5- إشراك أصحاب المصلحة المتعددين
21	6- الرصد والتقييم
24	7- الفجوات في المعارف الحالية
25	8- الاستنتاجات العامة
26	المراجع
32	الملحق 1: قائمة المشاركين
34	الملحق 2: الموارد الأساسية

موجز

مكان العمل كموقع لتعزيز الصحة

تعتبر برامج تعزيز الصحة في أماكن العمل، والتي تستهدف الخمول البدني والعادات الغذائية الضارة بالصحة، فعالة في تحسين النتائج المتصلة بالصحة من قبيل عوامل الاختطار المتمثلة بالبدانة (السمنة) والسكري والأمراض القلبية الوعائية. وتعد زيادة إنتاجية المستخدمين وتحسين صورة الشركات وخفض تكاليف الرعاية الطبية بعض الحجج التي قد تشجع الإدارات العليا على استغلال برامج تعزيز الصحة في أماكن العمل والاستثمار فيها.

وتعدّ النظم الغذائية الضارة بالصحة وفرط المدخول من الطاقة وتعاطي التبغ من عوامل الاختطار الرئيسية للإصابة بالأمراض غير السارية. وقد مات في عام 2005 ما يقدر بـ 35 مليون نسمة بسبب الأمراض غير السارية كمرض القلب، والسكتة، والسرطان، والسكري. وتحصل قرابة 80٪ من هذه الوفيات في البلدان المتدنية والمتوسطة الدخل التي تتواء أيضاً بعبء الأمراض المعدية، وحالات الأمومة والفترة المحيطة بالولادة والأعواز التغذوية.

العناصر الأساسية في نجاح البرامج

تضم العناصر الأساسية لنجاح برامج تعزيز الصحة في مكان العمل ما يلي: تحديد مرام وأغراض واضحة، وربط هذه البرامج بأغراض العمل؛ والدعم الإداري القوي، والاتصال الفعال مع المستخدمين ومشاركتهم على جميع مستويات رسم وتنفيذ برامج تعزيز الصحة في مكان العمل؛ وتهيئة بيئات داعمة، وتكييف البرامج وفق المعايير الاجتماعية وبناء أسس الدعم الاجتماعي؛ والنظر في الحوافز الكفيلة بتشجيع التقيد بالبرامج وتحسين الكفاءة الذاتية لدى المشاركين.

الدور الأساسي لأصحاب المصلحة المتعددين

يتطلب تناول قضيتي النظام الغذائي والنشاط البدني على نحو شامل إشراك مجموعة من أصحاب المصلحة. ويعتبر أسلوب أصحاب المصلحة المتعددين في رسم وتنفيذ سياسات وبرامج تعزيز الصحة في مكان العمل عنصراً أساسياً في نجاح البرامج وفعاليتها واستدامتها. ويشمل مختلف أصحاب المصلحة الفادرين على لعب دورهم في برامج تعزيز الصحة في مكان العمل كل من: المنظمات الدولية ووزارتي الصحة والعمل والسلامة في العمل، والسلطات المحلية والبلدية، والمنظمات غير الحكومية، والمجتمع المدني، وأصحاب العمل، والمستخدمين، ونقابات العمال، وصناديق التأمين الصحي لدى الشركات، والأنشطة الزراعية، ومنتجي الأغذية، ومتعهدي توزيع الوجبات الجاهزة والأغذية، والصناعات العاملة في مجال الرياضة.

أهمية الرصد والتقييم المتكاملين

يشكل الرصد والتقييم (أي تقييم العمليات والنواتج، وتقييم المخاطر والنتائج الصحية) مكونان أساسيان من مكونات تنفيذ برامج تعزيز الصحة في مكان العمل ويتعين دمجهما في هذه العملية. ويسترشد اتخاذ القرارات بالرصد والتقييم وتوثيق التغييرات في السياسات أو البرامج، ويساهمان في إيجاد البيئات، وتطبيق المساءلة، ويؤديان إلى قيام برامج فعالة لتعزيز الصحة في مكان العمل تساعد على ترشيد الموارد على النحو الكافي.

الثغرات في المعارف الحالية

تدعو الضرورة إلى إجراء المزيد من البحوث بغية تدعيم المعارف الحالية، سيما تلك المتصلة بالفعالية، وتحليل التكاليف/المنافع وأثر برامج تعزيز الصحة في مكان العمل على الصحة. ويُشجع بالتالي على استحداث أدوات بسيطة وسهلة الاستعمال وموثقة المصدوقية لتقييم النظم الغذائية والنشاط البدني. ويتطلب الأمر إجراء المزيد من الاستقصاءات بشأن كيفية تطبيق التدخلات الخاصة بالنظم الغذائية والنشاط البدني في أماكن العمل القائمة في مواقع جغرافية مختلفة، والتي تتفاوت من حيث البنية الحكومية، ومستويات الإلمام بالقراءة والكتابة والمعايير الاجتماعية المتصلة بأنواع السلوك الصحي المختلفة. ويمكن أن يشكل استعراض ونشر تقارير عن الحالات وأمثلة عن برامج تعزيز الصحة في مكان العمل الدولية معلومات داعمة أيضاً ستساعد القائمين على التخطيط في فهم كيفية وضع برامج شاملة فهدماً أفضل.

وتعكس المعلومات المجمعّة في هذا التقرير البيّنات التي تم جمعها من سياسات برامج تعزيز الصحة في مكان العمل في البلدان المرتفعة الدخل، وذلك في المقام الأول في المناطق الأوروبية ومناطق أمريكا الشمالية. وقد جرى التأكيد على ندرة المعلومات ودراسات الحالات من البلدان المتدنية والمتوسطة الدخل بوصفها ثغرة هامة في المعارف الحالية يتعين تناولها وتداركها. وعلى الرغم مما يكتنف البيّنات المتاحة من قيود، يُشجّع جميع أصحاب المصلحة على وضع وتنفيذ سياسات وبرامج لتعزيز الصحة في أماكن العمل لمعالجة موضوع النظم الغذائية والحمول البدني الضارين بالصحة.

التقرير المشترك لمنظمة الصحة العالمية والمنتدى الاقتصادي العالمي - أساسي لتقدم عملية الوقاية من الأمراض غير السارية ينطوي تناول النظم الغذائية والنشاط البدني في مكان العمل على إمكانية تحسين حالة العمال الصحية، ويساهم في إيجاد صورة إيجابية للشركات وتتمّ عن الاهتمام والعناية، وتحسين معنويات الموظفين، والحدّ من تبدّل الموظفين وتغيّبهم عن العمل، وزيادة الإنتاجية، والإقلال من الإجازات المرضية، وتكاليف الخطط الصحية وتعويضات العمال والمدفوعات المتعلقة بالعجز. ويلخص هذا التقرير - الذي كان نتاج مناسبة مشتركة تم تنظيمها من جانب منظمة الصحة العالمية والمنتدى الاقتصادي العالمي - البيّنات الحالية المتاحة لتناول مختلف أبعاد مكان العمل بوصفه الموقع الأساسي للتدخلات الرامية إلى الوقاية من الأمراض غير السارية عن طريق النظام الغذائي والنشاط البدني.

1- مقدمة

العبء العالمي المترتب على الأمراض غير السارية كانت الأمراض غير السارية مسؤولة في عام 2005 عن نسبة 60% من جميع الوفيات المتوقعة في العالم كله - أي ما يقدر بـ 35 مليون نسمة لاقوا حتفهم بسبب الأمراض غير السارية (1). وتحدث قرابة 80% من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية في البلدان المتدنية والمتوسطة الدخل.

والأمراض غير السارية الخمسة الرئيسية هي المرض القلبي، والسكتة، والسرطان، والأمراض التنفسية المزمنة والسكري. وثمة بيانات علمية قوية على أن النظام الغذائي الصحي والنشاط البدني الكافي (أي $30 \leq$ دقيقة من النشاط البدني المعتدل الشدة، \leq خمسة أيام في الأسبوع على سبيل المثال) يلعبان دوراً هاماً في الوقاية من هذه الأمراض. وعلى ذلك فإنه من المقدر أن زهاء 80% من حالات المرض القلبي، والسكتة، والسكري من النمط 2 و40% من أنواع السرطانات يمكن توقيها عن طريق التدخلات المعقولة الثمن، والفعالة التكلفة التي تتناول عوامل الاختطار الأولية.

أثر الأمراض غير السارية لا يترك عبء الأمراض غير السارية أثره على نوعية حياة الأشخاص المتأثرين وأسرهم فحسب، بل وعلى البنية الاجتماعية الاقتصادية للبلد المعني أيضاً. وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن الخسارة اللاحقة بالدخل القومي لمختلف البلدان بسببها ستكون دراماتيكية (الجدول 1). والمثال على ذلك أنه من المقدر أن تخسر الصين زهاء 558 مليار دولار دولي⁽¹⁾ بين عامي 2005 و2015 نتيجة عبء الأمراض غير السارية (1).

ومع أخذ تقدم السكان في السن وعوامل الاختطار بعين الاعتبار يتوقع أن تزداد الوفيات بسبب الأمراض غير السارية بنسبة 17% في الفترة من عام 2005 إلى 2015، في حين يتوقع أن ينخفض عدد الوفيات الناجمة عن الأمراض السارية، أو وفيات الأمومة أو ما حول الولادة وسوء التغذية في الفترة نفسها (1).

الجدول 1

خسائر الدخل القومي المتوقعة الناجمة عن المرض القلبي، والسكتة، والسكري في بلدان مختارة، 2005-2015 (بمليارات الدولارات الدولية حسب السعر الثابت عام 1998) (1)

جمهورية	البرازيل	كندا	الصين	الهند	نيجيريا	باكستان	الروسية	المملكة المتحدة	تنزانيا
الخسارة المقدرة في الدخل عام 2005	2.7	0.5	18.3	8.7	0.4	1.2	11.1	1.6	0.1
الخسارة المقدرة في الدخل عام 2015	9.3	1.5	131.8	54.0	1.5	6.7	66.4	6.4	0.5
خسائر الدخل التراكمية بالقيمة السائدة عام 2005	49.2	8.5	557.7	236.6	7.6	30.7	303.2	32.8	2.5

السكان الناشطون اقتصادياً يمكن من خلال بيانات مكان العمل التأثير على السلوك الصحي لنسب كبيرة من السكان وإجراء تدخلات متكررة ومتعددة المستويات للتأثير على السلوك الصحي. (2، 3).

تبين المعطيات المتصلة بمعدلات السكان الناشطين اقتصادياً أنه، على الصعيد العالمي، ثمة 65% من السكان الذين يزيد عمرهم عن 15 عاماً يشكلون جزءاً من القوة العاملة (4). وتشمل عبارة

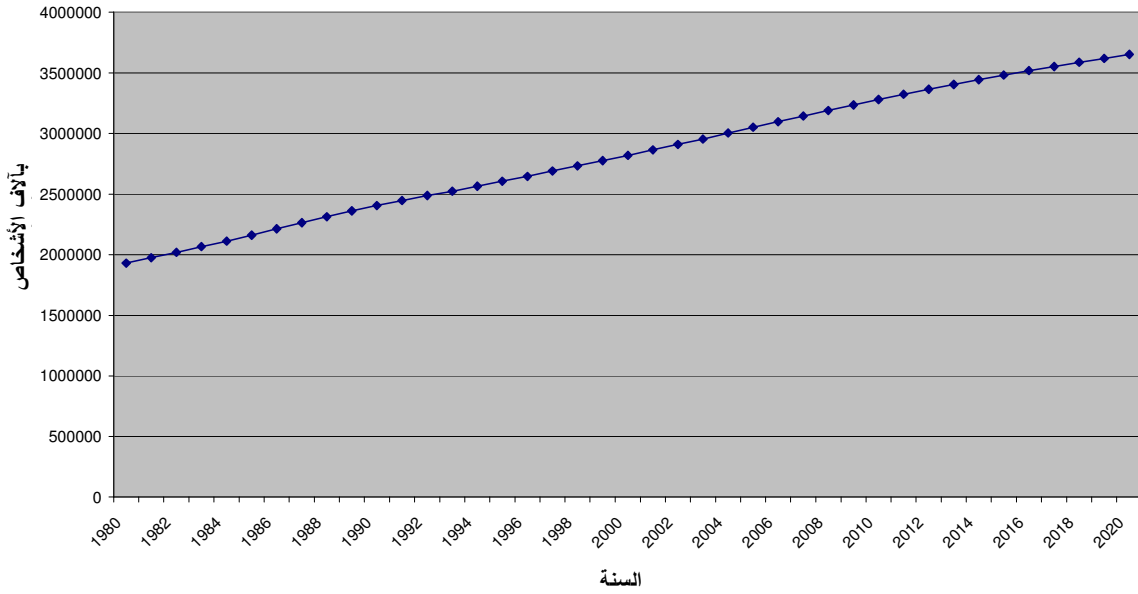
(1) الدولار الدولي عملة افتراضية تستخدم كوسيلة لترجمة ومقارنة التكاليف من بلد إلى آخر باستخدام نقطة مرجعية مشتركة هي الدولار الأمريكي. وللدولار الدولي نفس القوة الشرائية التي يتمتع بها الدولار الأمريكي في الولايات المتحدة.

"السكان الناشطين اقتصادياً" جميع الأشخاص من الجنسين الذين يقومون بالعمل لإنتاج السلع والخدمات خلال فترة مصنفة زمنياً ومحددة.

ويبين الشكل 1 التقديرات العالمي، والتوقعات بالنسبة للسكان الناشطين اقتصادياً من عام 1980 وحتى عام 2020. وفي عام 2007، كان هناك ما يقرب 3.1 مليار نسمة يعملون في الأنشطة الاقتصادية، ويتوقع أن يتجاوز هذا الرقم 3.6 مليار في عام 2020 (4).

الشكل 1

التقديرات العالمية المتصلة بالسكان الناشطين اقتصادياً، 1980-2020 (4)
السكان الناشطون اقتصادياً (بين كل ألف من السكان)



الخلفية

من المسلم به دولياً أن مكان العمل هو الموقع المناسب لتعزيز الصحة. وقد تم تناول موضوع أهمية تعزيز الصحة في مكان العمل عام 1950 وتحديثه فيما بعد عام 1995 في دورة مشتركة بين منظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية بشأن الصحة المهنية (5).

ومنذ ذلك الحين، أخذت الهيئات الدولية توصي على نطاق واسع من خلال العديد من المواثيق والإعلانات، بما في ذلك "ميثاق أوتاوا لتعزيز الصحة" (6) و"إعلان جاكارتا لعام 1997 بشأن الانتقال بخدمات تعزيز الصحة إلى القرن الواحد والعشرين" (7) و"ميثاق بانكوك لعام 2005 لتعزيز الصحة في عالم تسوده العولمة" (8).

كما أصدرت الشبكة الأوروبية لتعزيز الصحة في مكان العمل عدداً من البيانات الخاصة بدعم تعزيز الصحة في مكان العمل، بما فيها "إعلان لكسمبورغ لتعزيز الصحة في أماكن العمل في الاتحاد الأوروبي" و"بيان لشبونة بشأن الصحة في مكان العمل في الشركات الصغيرة والمتوسطة الحجم" و"إعلان برشلونة بخصوص تطوير الممارسات الصحية الجيدة في أوروبا" (9).

الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة (DPAS)

عمدت منظمة الصحة العالمية على سبيل التصدي للعبء العالمي الناجم عن الأمراض غير السارية، بإعداد هذه الاستراتيجية التي أقرتها جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون في أيار/مايو 2004 (10). ويتمثل مرمى هذه الاستراتيجية بتعزيز الصحة عن طريق توجيه استحداث بيئة مساعدة لاتخاذ إجراءات مستدامة على مستوى الفرد والمجتمع وعلى المستويين الوطني والعالمي من شأنها أن تؤدي، إذا اتخذت في إطار وحدة متكاملة، إلى خفض معدلات المرض والوفيات ذات العلاقة بالنظام الغذائي غير الصحي والحمول البدني.

وقد تم تعريف بيئات أماكن العمل بوضوح بوصفها أمكنة هامة لاتخاذ إجراءات تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض (10، المادة 62) وأنه "يتعين إتاحة الفرصة أمام الناس للقيام باختياراتهم الملائمة للصحة في أماكن العمل توخياً للحد من تعرضهم للمخاطر. وفضلاً عن ذلك، فإن تكلفة المراضة التي يتكبدها أصحاب العمل والتي تعزى إلى الأمراض غير السارية، أخذة في التزايد السريع. فأماكن العمل ينبغي أن توفر الاختيارات الغذائية الصحية وأن تدعم النشاط البدني وأن تشجع على ممارسته".

وبالإضافة إلى ذلك، تنص "خطة العمل العالمية المعنية بصحة العمال 2008-2017"، في البند 14 منها على أنه "ينبغي مواصلة تحفيز تعزيز الصحة والوقاية المتكاملة من الأمراض السارية ولا سيما عن طريق الدعوة لاتباع نظام غذائي صحي وإلى ممارسة النشاط البدني في أوساط العمال، وتعزيز الصحة النفسية أثناء العمل..."

اللقاء المشترك بين منظمة الصحة العالمية والمنتدى الاقتصادي العالمي

اختارت منظمة الصحة العالمية والمنتدى الاقتصادي العالمي كجزء من الاستراتيجية العالمية المتصلة بالنظام الغذائي والنشاط البدني تعزيز النظم الغذائية الصحية والنشاط البدني في أماكن العمل كموضوع لبداية التأثير بين المؤسستين سعياً إلى بلوغ الغاية الإجمالية المتمثلة بالمساهمة في الوقاية من الأمراض غير السارية.

وبذا قامت كل من المنظمة والمنتدى الاقتصادي العالمي بتنظيم مناسبة مشتركة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية في مكان العمل، تناولت على وجه التحديد النظم الغذائية الصحية والنشاط البدني.

وانعقد هذا اللقاء المشترك بين المنظمة والمنتدى في داليان، جمهورية الصين الشعبية في 5 و6 أيلول/سبتمبر 2007، من أجل تحقيق الأغراض الإجمالية التالية:

- مراجعة الحالة الراهنة للمعارف المتصلة بالمبادرات، والسياسات والبرامج الرامية إلى الوقاية من الأمراض غير السارية في مكان العمل، التي تتعلق على وجه التحديد بالنظام الغذائي والنشاط البدني.
- تسليط الضوء على سبب اعتبار مكان العمل بيئة مناسبة للوقاية من الأمراض غير السارية، ونوع التدخلات المتاحة القائمة على البيئات لتوقي الأمراض من خلال تعزيز النظم الغذائية الصحية والنشاط البدني.
- بلورة المنافع الاقتصادية لبرامج الوقاية من الأمراض غير السارية في مكان العمل وفعاليتها تكلفتها والتي تتناول على وجه الخصوص النظم الغذائية الصحية والنشاط البدني.
- بحث أدوات رصد وتقييم برامج الوقاية من الأمراض غير السارية في مكان العمل التي تتناول النظم الغذائية الصحية والنشاط البدني.
- تلخيص دور برامج الوقاية من الأمراض السارية التي تتناول النظم الغذائية الصحية والنشاط البدني في مكان العمل.

وكان من بين أصحاب المصلحة المشاركين في هذه المناسبة المشتركة كل من الأوساط الأكاديمية وممثلي القطاع التجاري، والمنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية المعنية بوضع وتنفيذ ورصد برامج النظم الغذائية الصحية والنشاط البدني في أماكن العمل.

الغاية من التقرير

القص من هذا التقرير أن يكون وسيلة يستخدمها أصحاب المصلحة في تدخلات الوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها في أماكن العمل من خلال تعزيز النظم الغذائية الصحية والنشاط البدني.

ويخلص التقرير البيئات الراهنة ويسلط الضوء على النقاط التي تم تناولها في ورقات المعلومات الأساسية المعدة من أجل اللقاء المشترك إضافة إلى تغطية القضايا الأساسية والتحديات القادمة التي تم بحثها.

برامج الإقلاع عن التدخين في مكان العمل

يشكل تعاطي التبغ، مع الخمول البدني، والعادات الغذائية الضارة بالصحة وفرط المدخول من الطاقة أهم عوامل الاختطار القابلة للتعديل للإصابة بالأمراض غير السارية (11).

وتثبت برامج الإقلاع عن التدخين في مجال العمل فعاليتها في الحد من انتشار التدخين في صفوف المستخدمين. ويمكن أن تترك أية سياسة شاملة لخلو أماكن العمل من التدخين أثراً شديداً وأكيداً على سلوك العمال المدخنين وأن تلعب دوراً أساسياً في الوقاية من الأمراض غير السارية. وقد حدث بسبب إدراك المنافع الصحية الناجمة على أماكن العمل الخالية من التدخين، عدد من التطورات الهامة في العقود الأخيرة (11). وعلاوة على ذلك وفرت اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ دعماً شاملاً للحركة الرامية إلى جعل عدم التدخين أحد المعايير الاجتماعية (12).

ورغم التركيز على النظم الغذائية والنشاط البدني، أقر المشاركون في اللقاء المشترك بين منظمة الصحة العالمية والمنندى الاقتصادي العالمي بأن خلو أماكن العمل من التدخين أمر أساسي لنجاح الوقاية من الأمراض غير السارية وتعزيز صحة المستخدمين.

2- الأساس المنطقي لاستخدام مكان العمل كإطار لتعزيز النظم الغذائية والنشاط البدني⁽¹⁾

مواطن قوة مكان العمل الرئيسية

- تعاطي التبغ
- الخمول البدني
- التغذية الرديئة
- أنواع السلوك الأخرى المنطوية على مخاطر صحية (13، 14).

وتتسم برامج تعزيز الصحة في مكان العمل بالقدرة على الوصول إلى نسبة لا يستهان بها من العاملين الراشدين (15). كما تشكل وسيلة فعالة للنهوض بالنظم الغذائية الصحية والنشاط البدني المنتظم، ويتعين بذل الجهود لاستخدام هذه البرامج في تحسين العادات الغذائية والنشاط البدني في صفوف السكان العاملين (16-18).

ومن الممكن التأثير في أنواع السلوك الصحي في مكان العمل على مستويات متعددة. وتتراوح هذه المستويات بين بذل جهود مباشرة - من قبيل توفير التنقيف الصحي، وزيادة إتاحة الأطعمة الصحية وفرص ممارسة النشاط البدني وبين الجهود غير المباشرة، من مثل تعزيز الدعم الاجتماعي والمعايير الاجتماعية، والنهوض بأنواع السلوك الصحي (19).

ومن العملي أيضاً ربط تعزيز الصحة في مكان العمل بجهود أوسع نطاقاً لدعم صحة المستخدمين، من خلال:

- مبادرات الصحة والسلامة المهنية (20)
- برامج التدبير العلاجي لحالات العجز (21)
- برامج مساعدة المستخدمين (22)

ويمكن أن تعتمد أماكن العمل إلى تخطيط برامج تعزيز الصحة بمدخلات من العمال، وأن تحدد الأولويات بالتركيز على ما يلي:

- تقديرات العمال للاحتياجات
- أنواع السلوك المرتبطة بأكبر انحسار في الوفيات والمراضة، وازدياد حالات العجز، وتناقص إنتاجية العمال
- احتمال توفير النفقات المتصلة بالأثر الصحي (13، 23، 24)

أهمية الإدارة العليا

يتعين أن يهتم موظفو الإدارة العليا بالبدء بتعزيز الصحة في مكان العمل لمختلف الأسباب، بما في ذلك:

- زيادة أنواع السلوك الصحي
- خفض نفقات الرعاية الطبية والعجز
- تعزيز إنتاجية المستخدمين وتحسين الصورة المؤسسية (13، 25)

ويمكن أن تتراصف هذه الأسباب على نحو جيد مع الأغراض التجارية الطويلة والقصيرة الأمد للشركات المعنية. ومن الأهمية بمكان أن ترتصف المنافع المرجوة من برامج تعزيز الصحة في مكان العمل مع الأغراض التجارية الأوسع نطاقاً كي يتم اعتمادها في البداية ومن ثم التقيد بها فيما

(1) تم اقتباس هذا الجزء مع التعديل من المرجع 26، بعد الحصول على إذن بذلك.

3- فعالية وكفاءة تدخلات تعزيز الصحة في مكان العمل التي تستهدف النظام الغذائي والنشاط البدني

- لمحة عامة عن نتائج البحوث
- تعتبر برامج تعزيز الصحة في مكان العمل التي تستهدف النشاط البدني والنظم الغذائية فعالة في:
 - تغيير ضروب السلوك المتصلة بأساليب العيش - كتحسين النشاط البدني والعادات الغذائية
 - تحسين النواتج المتصلة بالصحة - من قبيل تخفيض مؤشر كتلة الجسم، وخفض ضغط الدم وعوامل الاختطار الأخرى المتصلة بالأمراض القلبية الوعائية
 - تسهيل إجراء التغييرات على المستوى التنظيمي - من قبيل الحد من التغيب عن العمل

ويلخص الجدول 2 النتائج الأساسية للبرامج التي تستهدف النشاط البدني والتغذية والكوليسترول وضبط الوزن وتعاطي الكحول وعوامل اختطار الإصابة بالسرطان - علاوة على برامج تعزيز الصحة في مكان العمل ذات الأهداف المتعددة (26).

بيد أن النتائج الاقتصادية لمبادرات تعزيز الصحة في مكان العمل أقل رسوخاً، ويعود ذلك جزئياً إلى انعدام الدراسات السليمة منهجياً (7، 29).

أهمية التدخلات بالنسبة للصحة العمومية

من المهم الإشارة إلى أن التغييرات الطفيفة في السلوك، والتي تشاهد في جميع فئات السكان يحتمل أن تتكشف عن آثار هامة على خطر الإصابة بالأمراض (29، 30). والمثال على ذلك أن الاستراتيجيات التي تغطي جميع السكان والهادفة إلى تخفيض كوليسترول المصل فعالة التكلفة في التدخلات المرتكزة على المجتمعات المحلية، وحتى إذا تم تخفيض كوليسترول المصل بنسبة 2% أو أكثر فقط (31).

وينبغي أن تستند المعايير المستخدمة في تفسير نتائج دراسات التدخلات في مكان العمل على مغزى النتائج أو التأثيرات.

الجدول 2

الحد من المخاطر الصحية بمختلف تدخلات تعزيز الصحة في مكان العمل، حسب أهم الاستنتاجات (أ، ب).

البرامج المتعددة المكونات	عوامل اختطار الإصابة السرطان الكحول	النشاط البدني و/أو التغذية	ضبط الوزن	الكوليسترول/التغذية	النشاط البدني	أهم الاستنتاجات													
						س	ن	م	ل	ك	ي	ط	ح	ز	و	هـ	د	ج	ب
																		فقد الوزن	القياسات البشرية
																		خفض مؤشر كتلة الجسم	
																		% من خفض دهن الجسم	
																		خفض ضغط الدم	
																		خفض الكوليسترول	
																		تحسين ضبط الغلسمين	أوجه السلوك المعززة للصحة
																		زيادة النشاط البدني	
																		الحد من التدخين	
																		تحسين التحمل/اللياقة	
																		الخيارات التغذوية	
																		الحد من تعاطي الكحول	عوامل الرضا عن الحياة/المواقف
																		زيادة الرضا عن العمل/العافية	
																		الحد من الكرب/القلق/	
																		الشكاوى الجسدية	
																		الموقف إزاء التغذية	
																		الموقف إزاء الكحول	المرضاة/الوفيات
																		الحد من الوفيات	
																		زيارات أقل لعيادة الطبيب	
																		أو دخول المستشفيات	
																		إنقاص عوامل الاختطار الإجمالي للإصابة بالمرض	
																		وقوع حوادث أقل	النتائج التنظيمية
																		إنقاص التغيب عن العمل/أيام المرض	
																		ازدياد الإنتاجية	
																		تكاليف المرض	
																		العائدات الإيجابية على الاستثمار	

(أ) يمكن أن تتداخل الدراسات المشمولة بكل مراجعة.

(ب) يرد رقم المرجع في قائمة المراجع أدناه؛ استعراض الأدبيات، عدد الدراسات (بالسنوات).

(38) Janer et al., 2002, 45 (1984-2000)	(ي)	(16) Shephard, 1996, 52 (1972-1994)	(أ)
(39) Heaney et al., 1997, 47 (1978-)	(ك)	(32) Dishman et al., 1998, 26 (1979-1995)	(ب)
(40) Pelletier, 1996, 26 (1992-1995)	(ل)	(27) Proper et al., 2002, 8 (1981-1999)	(ج)
(41) Pelletier, 1999, 11 (1994-1998)	(م)	(33) Glanz et al., 1996, Nutr=10, Chol=16 (1980-1995)	(د)
(42) Pelletier, 2001, 12 (1998-2000)	(ن)	(34) Proper, 2003, 26 (1980-2000)	(هـ)
(43) Pelletier, 2005, 8 (2000-2004)	(س)	(35) Henrikus et al., 1996, 43 (1968-1994)	(و)
		(36) Matson-Koffman et al., 2005, 18 (1991-2001)	(ز)
		(18) Engbers et al., 2005, 13 (1987-2002)	(ح)
		(37) Roman et al., 1996, 24 (1970-1995)	(ط)

آثار برامج تعزيز الصحة في مكان العمل على مجموعة من النتائج المتعلقة بالسلوك والصحة والعمل

تم استعراض عدة نتائج تتعلق بالنشاط البدني أو التدخلات المتصلة بالنظام الغذائي في مكان العمل بما فيها مستوى النشاط البدني أو المدخول الغذائي، والمؤشرات الصحية من مثل ضغط الدم أو الحالة الصحية التي ذكرها الأشخاص ذوو العلاقة أنفسهم، والعوامل المرتبطة بالعمل مثل الإجازات المرضية أو الرضا الوظيفي. ولم يشمل ذلك سوى الدراسات ذات التصميم المختار عشوائياً الخاضع للمراقبة (44-47)

وتشير التقارير عن مبادرات برامج تعزيز الصحة في مكان العمل التي تتناول النشاط البدني، إلى عدة نتائج مفيدة تشمل ما يلي:

- ازدياد مستويات النشاط البدني
- انخفاض النسبة المئوية لدهن الجسم النسبي الصلة
- إنحسار الاضطرابات العضلية الهيكلية
- تحسن اللياقة القلبية التنفسية

كما تحدثت التقارير بخصوص مبادرات برامج تعزيز الصحة في مكان العمل التي تتناول النظام الغذائي الصحي عن نتائج مفيدة تشمل:

- التحسّن في زيادة المدخول من الفاكهة والخضار
- التحسن في خفض المدخول من الدهون الغذائية الضارة بالصحة
- انخفاض كبير في وزن الجسم باستخدام قياسات مؤشر كتلة الجسم (48، 49)

آثار برامج تعزيز الصحة في مكان العمل على النتائج الاقتصادية

توصلت دراسة شاملة أجريت عام 2003 تركّز على العائد الاقتصادي لتعزيز الصحة في مكان العمل أن برامج مكان العمل تحقق تخفيضاً يتراوح بين 25-30% في التكاليف الطبية وتلك المترتبة على التغيب عن العمل في فترة معدلها 3.6 سنوات (50).

وأظهرت هذه الدراسة لبرامج تعزيز الصحة في مكان العمل ما يلي:

- 1) انخفاض معدلته 27% في التغيب عن العمل بسبب الإجازات المرضية
- 2) انخفاض معدلته 26% في تكاليف الرعاية الصحية
- 3) انخفاض معدلته 32% في تكاليف تعويضات العمال والمطالبات المتصلة بالعجز
- 4) تحقيق وفر يتراوح بين 5.81 و1 دولار أمريكي في نسبة التكاليف.

وأظهرت الدراسات أنه حدث على وجه العموم انخفاض وسطي في الإجازات المرضية وتكاليف الخطط الصحية وتعويضات العمال وتكاليف العجز يبلغ أكثر من 25% بقليل.

أظهرت تجربة عشوائية شملت تقييماً اقتصادياً أن التدخل بتوفير المشورة حول النشاط البدني والنظام الغذائي في مكان العمل (430 لكل مشارك سنوياً) خفض التكاليف المترتبة على الإجازات المرضية بنسبة 125 يورو لكل مشارك خلال فترة التدخل، مما أسفر عن خسارة سنوية صافية قدرها 305 يورو لكل مشترك (51). وبالإضافة إلى ذلك تم في العام التالي لهذا التدخل، خفض التكاليف المترتبة على الإجازات المرضية بمقدار 635 يورو لكل مشارك في مجموعة التدخل (بالمقارنة مع فئة المشاركين الشاهدة)، مما أسفر عن وفر سنوي صاف قدره 235 يورو عن كل مشارك.

وأظهرت الدراسة نفسها أيضاً أن معدل التكلفة اللازمة لتحقيق تغييرات سلوكية (استهلاك الطاقة) في صفوف المستخدمين، والتغييرات الفيزيولوجية (في سرعة القلب دون القصوى)، (نسب فعالية التكلفة مثلاً) يبلغ 5.2 يورو لكل مستخدم ولكل كيلو كالوري من الطاقة الإضافية التي يتم احتراقها في اليوم الواحد وانخفاض قدره 235 يورو لكل مستخدم مقابل نبضة قلب دون القصوى (في حالة الاستراحة) في

4- سياسات وبرامج تعزيز الصحة في مكان العمل

مقدمة

يتناول الفرع التالي العناصر الأساسية التي يتعين النظر فيها عند وضع وتنفيذ سياسات وبرامج ناجحة للنهوض بالنظم الغذائية والنشاط البدني الصحيين في مكان العمل. ويضم هذا الفرع ثلاثة فروع ثانوية:

- 1) العناصر الأساسية
- 2) مشاركة أصحاب المصلحة المتعددين
- 3) الرصد والتقييم

العناصر الأساسية

يتم إيضاح انطباق العناصر الأساسية المعروضة باستخدام أمثلة وأنشطة من التدخلات المرتكزة على البيئات في النظم الغذائية والنشاط البدني (17، 52، 54). ويرد وصف للعناصر الأساسية التالية في هذا الفرع:

- ربط البرامج بأغراض العمل
- الدعم على مستوى الإدارة العليا
- تشكيل مجالس استشارية للعمال
- الاتصالات الفعالة
- البيئة الداعمة
- استخدام الحوافز
- تحديد المرامي
- الكفاءة الذاتية
- البيئة الاجتماعية، والمعايير الاجتماعية والدعم الاجتماعي
- البرامج المفصلة حسب الاحتياجات
- إعداد برامج فعالة تشمل كامل فرادى السلاسل البيئية المتصلة

ربط البرامج بأغراض العمل

سيتم تدعيم البرامج والسياسات التي تستهدف الوقاية من الأمراض غير السارية بتعزيز النظام الغذائي والنشاط البدني في مكان العمل عندما تدعم هذه البرامج والسياسات الأغراض المؤسسية للشركة ذات الصلة، وذلك بالنسبة لكل من الأثر المالي على نطاق المنظمة بكاملها، والمنافع على المستوى الفردي التي تتحقق لصالح صحة العاملين وعافيتهم.

ويمكن النظر إلى برامج تعزيز الصحة في مكان العمل كمبادرة استراتيجية لحماية الموارد البشرية والمالية. إذ إنه من خلال تعزيز الصحة والحد من عوامل الاختطار، قد تنقضى الشركات التكاليف الصحية غير الضرورية، وتزيد الإنتاجية، وتخفف معدلات التغيب عن العمل وتبذل العاملين، وتشجع المستخدمين لديها بالتزامها الواضح بالحفاظ على عافيتهم.

التقرير عن الحالة

ينص بيان مهام البرامج الصحية لموظفي "شركة داو الكيمائية" على أن تتمتع "شركة داو بميزة تنافسية من خلال حماية الصحة" (55). ويوضح ذلك كيف يمكن لأي برنامج لتعزيز الصحة في مكان العمل أن يندمج في صلب الأغراض التجارية للشركة ذات الصلة، وقد يشجع هذا الالتزام، ويساعد على إضفاء الصبغة الشرعية على الجهود الرامية إلى تعزيز الصحة في صفوف كل من المديرين والعاملين.

وتفيد شركة داو الكيمائية بأن برامج تعزيز الصحة التي تنفذها تركّز على جميع العاملين وتحقق ثلاث نتائج رئيسية:

- 1) تحسين الحالة الصحية
- 2) تحقيق قيمة صافية إيجابية للشركة (كتحسين فعالية التكلفة)

(3) قيمة مدركة كبرى (مثل تحسين عملية توظيف العاملين والاحتفاظ بهم، ومعنويات المستخدمين (55).

دعم الإدارة العليا

غالباً ما يكون الدعم الإداري الجوهري ضرورة أساسية لتكوين رأس المال البشري والمالي اللازم لاستهلال وصيانة أي برنامج ناجح للحفاظ على صحة المستخدمين وعافيتهم (17). وحتى بالنسبة لمبادرات الرعاية الصحية التي يديرها المستخدمون، فقد يساعد الدعم القوي والثابت من جانب رؤساء الشركات على تكملة أسلوب "من القاعدة إلى القمة"، على ضمان الشرعية والموارد للبرامج. وبالفعل فإن الدعم الإداري على المستوى المحلي يمكن أن يكون حاسم الأهمية لنجاح برامج تعزيز الصحة في مكان العمل.

"قد تساعد اللجان المعنية بالعافية" - والتي تدعى أيضاً بالمجالس الاستشارية للمستخدمين - على تبادل الأفكار بين العاملين والإدارة، حيث قد تتضمن كلا الفئتين إلى أي برنامج لتعزيز الصحة في مكان العمل كل سنة لتحقيق أهداف مختلفة. ويمكن أن ترشد المجالس الاستشارية للمستخدمين توجهات أنشطة تدخل محددة. كما يمكن أن تشكل اجتماعات اللجان فرصة لتدعيم الطريقة التي يتسق بها برنامج تعزيز الصحة في مكان العمل مع الأغراض التجارية.

تشكيل المجالس الاستشارية للمستخدمين

تعتبر الاتصالات الفعالة ضرورية لتحقيق النجاح.

الاتصالات الفعالة

تقتضي الضرورة إيصال رسائل صحية أساسية بغية تثقيف المستخدمين بشأن السلوك الصحي. وقد تشمل طرق الاتصال ما يلي: المواقع الإلكترونية، والرسائل على أرومات الأجور، ودعوة المتحدثين الضيوف، ودورات وبرامج التعلم الإلكتروني، وخطب كبار الإداريين، وبيانات المهام، والرسائل المعلقة في المصاعد أو على السلام.

ومن الأهمية بمكان وصف إطار أو هيكل برامج صحة وعافية المستخدمين وصفاً واضحاً بحيث يصبح هؤلاء مجهزين جيداً لاستعمالها. والمثال على ذلك، الإعلانات المتعلقة ببرامج العافية المخطط لها في "أيام انطلاقها" أو مجموعات رياضة المشي أثناء فترة الغداء، والإعلان عنها على نطاق واسع باستخدام الملصقات والرسائل والنشرات الإخبارية الإلكترونية - التي تساهم جميعها في الاتصالات الفعالة ويمكن أن تشجع على المشاركة الفعالة من جانب المستخدمين في برامج تعزيز الصحة في مكان العمل.

ولا مفر من تبادل المدخلات والمعلومات والتعاون بين مخططي البرامج والعاملين (17). ولن يقتصر إشراك المستخدمين في هذه العملية التشاركية على تشجيع المشاركة فحسب، بل سيساعد على ضمان تلبية البرامج للاحتياجات المحددة لفئات المستخدمين أيضاً (56).

وهناك مجموعة من استراتيجيات المشاركة الرامية إلى إشراك المستخدمين، بدءاً من الاستبيانات الإدارية لكشف احتياجاتهم ورغباتهم، وصولاً إلى تشكيل لجنة معنية بالعافية تضم ممثلين عن المستخدمين والإدارة.

يتم تنظيم وضع برامج صحة العاملين في الإدارة الوطنية للملاحة الجوية والفضاء (NASA) في الولايات المتحدة الأمريكية وإيصالها عن طريق لجنة متعددة الاختصاصات لها من يمثلها في كافة مراكز وكالة NASA (52). وتجتمع هذه اللجنة كل ثلاثة أشهر لتحديد مواضيع الحملات الصحية، وتستخدم استراتيجيات توعية موحدة للاتصال مع المستخدمين وإشراكهم. وثمة مكوّن هام في هذه الجهود هو تمثيل كل من الموظفين الحكوميين والعاملين

التقرير عن الحالة

بموجب عقود، مما يؤمن تمثيل قاعدة عريضة من المستخدمين.

البيئة الداعمة

يمكن أن تؤثر كل من الخصائص الاجتماعية والفيزيائية لبيئة العمل على الخيارات المتصلة بالاعادات الغذائية والنشاط البدني في صفوف الأفراد (57).

- وتشمل الأمثلة عن الإجراءات الرامية إلى إيجاد بيئة فيزيائية داعمة ما يلي:
- توفير خيارات تغذية أفضل من الناحية الصحية في مطعم مكان العمل.
- توفير الفرص لممارسة النشاط البدني.
- عرض الاستراتيجيات في نقاط الشراء بالنسبة لكل من النظام الغذائي والنشاط البدني، من قبيل وضع لافتات قرب السلالم تبرز منافع استخدام هذه السلالم عوضاً عن استخدام المصاعد
- توفير سبل استخدام تسهيلات اللياقة البدنية والدوش الملائمة (18، 36، 58).

التقرير عن الحالة

عمل مصممو التدخلات في إطار برنامج لتعزيز الصحة في مكان العمل يشارك فيه حراس أمن من الذكور في ماليزيا، بالتعاون مع الإدارة لتعديل البيئة المادية بإضافة أفران الموجات الميكروية، وبرادات الماء وموازين قياس الوزن في الأماكن التي يتواجد فيها المستخدمون (59).

استخدام الحوافز

توفر الحوافز آلية ل:

- إيجاد الدوافع والحفاظ عليها في برامج تعزيز الصحة في مكان العمل
- زيادة معدلات المشاركة في تلك البرامج
- الحؤول دون حصول نقص في معدلات المشاركة.

وثمة عدة أنواع من الحوافز التي يمكن تعريفها بصورة عامة على أنها إما داخلية أو خارجية المنشأ. والمثال على الحافز الداخلي المنشأ أنه عندما يتسلم المشاركون مخططاً شهرياً للتقدم الذي أحرزوه يبدي حدوث زيادة في عدد الدرجات إلى 10 000 درجة يومياً (60). والأمثلة على الحوافز الخارجية المنشأ (أي تلك التي يقدمها مصدر خارجي) هي تلك التي يمكن إدراجها في صلب برامج تعزيز الصحة في مكان العمل بعدة طرق:

- تخفيض الدفاعات المشتركة (تقاسم الدفاعات)، وتحصيل أقساط تأمين أقل وتوفير منافع أكثر جاذبية من جانب التأمين للمستخدمين الذين يتبعون سلوكاً صحياً.
- إيجاد فرص التمتع بالعافية، بما في ذلك عقد صفوف خاضعة للرعاية كالتاليات بجولات في المتاجر الضخمة وتحريات صحية ونوادي رياضة المشي.
- تقديم الحوافز المالية للمشاركة في الأنشطة المتصلة بالعافية (61).

ومن المهم النظر في جاذبية الحوافز من وجهة نظر المشاركين (62)، وقد يكون من المفيد إجراء مسح سنوي للمستخدمين بشأن أفضليتهم (60). وذلك من مثل مدى ملاءمة الوقت والموقع، والإجازات المدفوعة الأجر التي تعتبر حوافز جذابة للمشاركين في برامج تعزيز الصحة في مكان العمل.

التقرير عن الحالة

أظهر مسح أجري لـ 365 شركة كبرى في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2005، أن ما يقارب نصف هذه الشركات كان يقدم حوافز (63). وكانت أغلبية هذه الحوافز على شكل قسائم للحصول على الهدايا، أو جوائز أو بضائع يعقبها تنزيل تكاليف البرامج، أو تقديم دفعات نقدية أو تخفيض الدفاعات الطبية المتقاسمة (63).

تحديد الأهداف

يعتبر تحديد الأهداف أمراً أساسياً في ترجمة نوايا تغيير السلوك إلى إجراءات محددة ضمن إطار زمني محدد (64-67). ومن المهم وضع أهداف محددة غير تجريدية أو مثالية (68). وينطوي أحد أنشطة تحديد الأهداف على قيام المشاركين باختيار الهدف المحدد الذي يرغبون في العمل لبلوغه، والسماح للمشاركين بالعمل على موضوع ذي صلة وثيقة بما يريدونه (69). وثمة أمثلة على الأهداف التي يحددها المشاركون ترد أدناه. ويمكن تخطيط تدخلات تعزيز الصحة في مكان العمل وتنفيذها لتيسير بلوغ هذه الأهداف من مثل:

- سأحضر وجبة الغداء التي أتناولها إلى العمل ثلاث مرات في الأسبوع على الأقل
- سأتناول أدوية ضغط الدم التي استعملها على النحو الصحيح وفقاً لتعليمات طبيبي كل يوم
- سأزّن نفسي كل صباح.

الكفاءة الذاتية

تعرف الكفاءة الذاتية بأنها: "الأحكام التي يصدرها الناس بخصوص قدراتهم على تنظيم وتنفيذ مسارات العمل اللازمة لتحقيق أنماط محددة عن الأداء" (70).

وأشير إلى الكفاءة الذاتية بوصفها عامل يعرف عموماً بتأثيره على مجموعة متنوعة من التغييرات السلوكية (65) من قبيل تناول الفاكهة والخضار أو زيادة النشاط البدني (71-72).

وكثيراً ما يكون النهوض بالكفاءة الذاتية غرضاً مباشراً أو غير مباشر من أغراض الدورات التعليمية لبرامج تعزيز الصحة في مكان العمل ويمكن استهدافه بعدد من الطرق، أهمها الرسائل المعدة خصيصاً لغرض معين، والتي يرد وصف آخر لها في الفرع أدناه.

البيئة الاجتماعية، والمعايير الاجتماعية والدعم الاجتماعي

تشمل البيئة الاجتماعية عوامل مختلفة تتراوح بين الإفراد (مثل الإجهاد أو الكرب اليومي) وبين المستويات المشتركة بين الأشخاص (مثل عدد الروابط الاجتماعية) وبين المستويات المجتمعية (كالسياسات المتبعة مثلاً). (73، 74).

التقرير عن الحالة

كاixa جيرال دي ديوزيتوس (CGD) هي منظمة مصرفية ومالية دولية مقرها لشبونة، البرتغال، وتوظف أقل من 20 000 شخص بقليل. وقامت الفرقة المعنية بالصحة المهنية في CGD برسم أسلوب مؤسسي إزاء النظم الغذائية الصحية يتألف من الاستشارات الفردية بشأن التغذية، وزيادة جودة الطعام المقدم في المطعم، وتوفير المعلومات، وزيادة المشاركة في خدمات الصحة المهنية (75).

وتم استخدام الإنترنت لنشر المعلومات المتصلة بمحتوى قائمة طعام مطعم الموظفين عن السرعات الحرارية، وتنفيذ عدد من التوصيات الأساسية في هذا المضمار لإيجاد بيئة أكثر دعماً. وتشمل هذه التوصيات بث المقطوعات الموسيقية، ووضع باقات الأزهار واستخدام الديكور الجذاب في مطاعم الشركة لإضفاء المزيد من المتعة عليها، وعرض الخيارات الأفضل من الناحية الصحية بطريقة أكثر جاذبية، وتنظيم أسابيع مواضيعية، وتقديم اللبن الرائب أو الفاكهة مجاناً، وإيجاد الحوافز على شراء الأطعمة الصحية بتسعيرها على نحو أكثر تنافسية. وبالإضافة إلى ذلك، تم إرساء عملية لإنكاء الوعي بصورة مستمرة بخصوص منافع النظم الغذائية الصحية (75).

وأظهرت النتائج أن الرجال والنساء الذين شاركوا في برامج الاستشارات الفردية تمكنوا من إنقاص وزنهم - حيث حقق الرجال مستويات أعلى من فقد الوزن.

البرامج المصممة للاستجابة للاحتياجات إذا ما ابتعدنا عن أسلوب "ما يصلح لواحد يصلح للجميع" يعد تصميم البرامج على نحو يستجيب للاحتياجات استراتيجية لزيادة فعالية برامج تعديل أساليب العيش (76-78).

ويتم إيتاء التدخلات التي تراعي الاحتياجات بوجه عام من خلال:

- إسداء المشورة مباشرة ووجهاً لوجه
- سبل الاتصالات الطباعية
- إسداء المشورة على الهاتف
- الإنترنت
- الأقراص المكتنزة بذاكرة للقراءة فقط والرسائل الصوتية الآلية
- الرسائل الصوتية الآلية (76، 78-85)

ويمكن أن تشمل خصائص الرسائل الإفرادية المعدة خصيصاً لتلبية حاجات معينة ما يلي:

- الديموغرافيات من قبيل نوع الجنس ومكان الإقامة
- المتغيرات النفسية الاجتماعية كالعوائق التي يُتصور أنها تعترض التغيير
- السلوكيات من مثل النشاط البدني في أوقات الفراغ (86-92).

تم من خلال تدخل أُجري في بلجيكا اختبار رسائل تغذوية تم إعدادها خصيصاً لهذا الغرض عن طريق الشبكة الإلكترونية الداخلية في مكان العمل للحث على تناول أغذية منخفضة الدهون. وكان الهدف من هذه التجربة تقدير أثر التدخل في ظل ظروف واقعية لم تكن خاضعة للرقابة الصارمة؛ وبالتالي فقد تفاوتت أمانة العمل من حيث الحجم (حيث تراوحت بين <200 وبين <1 000 مستخدم مؤهل بمجموعها)، والنسبة المئوية من العمال اليدويين (صفر٪ حتى 60٪) والنسبة المئوية من المستخدمين الذكور المؤهلين (<20٪ حتى <90٪). وأبلغ المشاركون من المجموعة الخاضعة للتدخل بعد انقضاء ستة أشهر عن حدوث تناقص أكبر بكثير في مجموع غرامات الدهون والنسبة المئوية من السرعات الحرارية الناجمة عن الدهون، وذلك مقارنة بالمشاركين الذين لم يخضعوا للتدخل.

التقرير عن الحالة

قد يشكل مكان العمل موقعاً شديداً للفائدة لتنفيذ برامج تعزيز الصحة لأنه يمكن استهدافه على مستويات تأثير متعددة في الوقت ذاته، وذلك من قبيل إسداء المشورة من جانب الأطباء والمتقنين الصحيين والمستويات البيئية والتنظيمية المختلفة (مثل برنامج FoodSteps (95).

إعداد برامج فعالة على كامل نطاق سلسلة البيانات الفردية

تستخدم دراسة "التوجهات الصحية - الشركات الصغيرة" كمثال عام لوصف برنامج متعدد المستويات (96). وقد تم تصميم هذا التدخل في الولايات المتحدة الأمريكية للتأثير لا على المستويين الفردي والمشاركين بين الأفراد، بل وعلى المستوى التنظيمي أيضاً.

التقرير عن الحالة

وتم تصميم "التوجهات الصحية - الشركات الصغيرة" لصالح القطاعات المتعددة الاثبات في أماكن العمل الصناعية الصغيرة. وكي يتأهل أي مكان عمل لهذا التدخل يتعين أن تكون نسبة 25٪ على الأقل من عماله من أفراد الجيل الأول أو الثاني من المهاجرين أو الملونين، وأن يعمل فيه 50 إلى 150 عاملاً، وأن يكون معدل تبدل العاملين >20٪ في السنة السابقة، وأن يتمتع بسلطة مستقلة لاتخاذ القرارات فيما يخص المشاركة في الدراسة.

وقد ارتكز البرنامج على نموذج السياق الاجتماعي (57)، الذي شكل إطاراً يمكن بموجبه إدراج

العوامل العملية المجتمعية، من قبيل المعايير الاجتماعية، والبيئة الثقافية والفيزيائية، في تصميم أنشطة التدخل. وركزت الأنشطة على الأفراد، والمستويين البيئي والتنظيمي، وتم إيصالها إلى كل مكان عمل شهرياً.

وعلى مستوى الأفراد، كانت المواد التعليمية التي قدمت في دورات التنقيف الصحي للمجموعات تسعى إلى إيجاد الكفاءة الذاتية لدى المشاركين بتوفير المعلومات والاستراتيجيات حول كيفية البدء بتغيير عاداتهم الراهنة (98). والمثال على ذلك، أن المشاركين قاموا بجولات في المتاجر الضخمة وناقشوا طريقة الاستعاضة عن أنماط الأكل الحالية بممارسات الأكل الأفضل صحياً. وكان مفهوم استبدال الأغذية الأسوأ صحياً بأغذية أفضل صحياً أيضاً شكلاً من أشكال تصبيط المنبهات بعملية تغيير تساعد على تنقل المشاركين عبر مراحل التغيير.

وتم تزويد المشاركين أيضاً بدلائل إرشادية تتعلق بكيفية تحديد أهداف متدرجة تصاعدياً لزيادة مستوى النشاط البدني. وتمكن العاملون في مناسبات من قبيل المهرجانات والمعارض الخاصة بالصحة من المشاركة في عدة تقييمات تناسب كل فرد منهم من مثل تحديد سمرة أجسامهم النسبية أو تقييم أنماط تناولهم للطعام. ومن ثم تم تزويد المشاركين بتعليقات شخصية استناداً إلى أجوبتهم الشخصية. وبُذلت محاولة أيضاً، من خلال توفير العديد من الفرص للعاملين لبحث هذه المواضيع على شكل مجموعات وتنظيم لقاءات ومناسبات تشمل محال العمل بأكملها، وإيجاد أنشطة محددة لإشراك أسر العاملين، لأن يعزز التدخل الروابط الاجتماعية بين العمال. ولعل ذلك أسفر عن تبادل المعايير الاجتماعية المتغيرة في مكان العمل على نحو إيجابي فيما يخص أنواع السلوك الصحية في طريقة عيشهم.

وبما أن الدراسة ركزت على العاملين (مقابل المديرين)، فقد تمت مقارنة آثار التدخل على كامل الوضع المهني. وازداد المدخول من الفاكهة والخضار كليهما والنشاط البدني بمقادير لا يستهان بها بالنسبة للعمال المشاركين في التدخل، في حين تناقص كلا أنواع السلوك بالنسبة للمديرين. بيد أن النتائج كانت ذات مغزى من الناحية الإحصائية بالنسبة للمدخول من الفاكهة والخضار فقط. وتبين هذه النتائج نجاح استراتيجيتي التوظيف والتدخل في صفوف العمال اليدويين الذين لا تتاح لهم برامج تعزيز الصحة في مكان العمل عموماً إلا بقدر اقل (97).

5- إشراك أصحاب المصلحة المتعددين

مقدمة

يعتبر اتباع أسلوب أصحاب المصلحة المتعددين أمراً أساسياً في نجاح مبادرة برنامج تعزيز الصحة في مكان العمل. حيث يجلب مختلف أصحاب المصلحة معهم وجهات نظر ومهارات وتفهم وموارد إلى هذه العلاقات وبالتالي فإنه يتعين التسليم بأنهم مصدر قوة. وينبغي، لدى العمل جنباً إلى جنب، أن يستفيد أصحاب المصلحة من أوجه الاختلاف هذه في إرساء تدخلات متينة وفعالة (99).

والمثال على ذلك أن نقابات العمال يمكن أن تعمل على المستوى المحلي بمشاركة مديري الشركات لإيجاد بيئة عمل صحية تتاح فيها فرص ممارسة التمارين الرياضية وتناول أغذية صحية لجميع الموظفين بسهولة، وعلى المستوى الوطني يمكن أن تعمل الحكومات مع مجموعة عريضة من أصحاب المصلحة، كالمنظمات غير الحكومية، ومنظمات القطاع الخاص والمجتمع المدني لتحسين صحة السكان.

ولدى جميع أصحاب المصلحة ما يمكنهم المساهمة به في برامج تعزيز الصحة في مكان العمل، وكما سبق القول من قبل، فإنه لا حاجة لأن يتم ذلك على شكل معونات مالية مباشرة. فمساهمات جميع أصحاب المصلحة - سواء كانت مالية أو عن طريق المعارف أو المهارات أو الخبرات أو خلاف ذلك - ينبغي تقديرها واستحسانها.

الالتزام و"القبول"

من الأهمية الحاسمة، بغية تحقيق إمكانات أماكن العمل، أن يدرك أصحاب المصلحة وجوب إعلان التزامهم علناً، وإدامته؛ علناً، لأن ذلك يثبت قناعتهم بضرورة اتخاذ الإجراءات، وإدامتها، حيث إن تغيير المواقف والمعتقدات والسلوكيات يستغرق الكثير من الوقت (99).

ويتم تيسر مشاركة أصحاب المصلحة عندما "يقبلون" - أي يلتزمون بخطة عمل واضحة تتطوي على أغراض مناسبة ومتفق عليها. وينبغي أن تنتظر القيادات على جميع مستويات وضع برامج تعزيز الصحة في مكان العمل في طريقة تحقيق هذا "القبول". ويتعين أن تتوفر، بادئ ذي بدء، استراتيجيات واضحة للقيادات حول ما إذا كانت ذات صلة بالصحة وتطوير المشاريع أو إذا كانت هنالك دوافع أخرى وراء المشاركة وعندما تدعم هذه الاستراتيجيات خطط عمل سليمة وأهداف يمكن تحقيقها ومنافع واضحة، تصبح احتمالات مشاركة كامل مجموعة أصحاب المصلحة أقرب منلاً (99).

يتعين وضع المبادئ الأساسية التالية للعمل التعاوني وتوفيرها (99):

- تقاسم السلطة
- تقاسم المسؤولية
- التمتع بسلطة إجراء التغييرات

المبادئ الأساسية للعمل التعاوني

ويتطلب النجاح في اعتماد هذه المبادئ ما يلي (99):

- الثقة المتبادلة بين أصحاب المصلحة
- الاتصالات الجيدة
- عدم إلقاء اللوم على أية جهة عندما يصبح إحراز التقدم أمراً صعباً

هناك عدة أصحاب مصلحة رئيسيين في برامج تعزيز الصحة في مكان العمل يتعين أن يقوموا بأدوار أساسية في وضع برامج تعزيز الصحة في مكان العمل تستهدف الأمراض غير السارية. ويتضمن الجدول 3 أمثلة عن فئات أصحاب المصلحة ويصف الأساس المنطقي لمشاركتهم في سياق برامج تعزيز الصحة في مكان

أصحاب المصلحة الأساسيون في برامج تعزيز الصحة في مكان

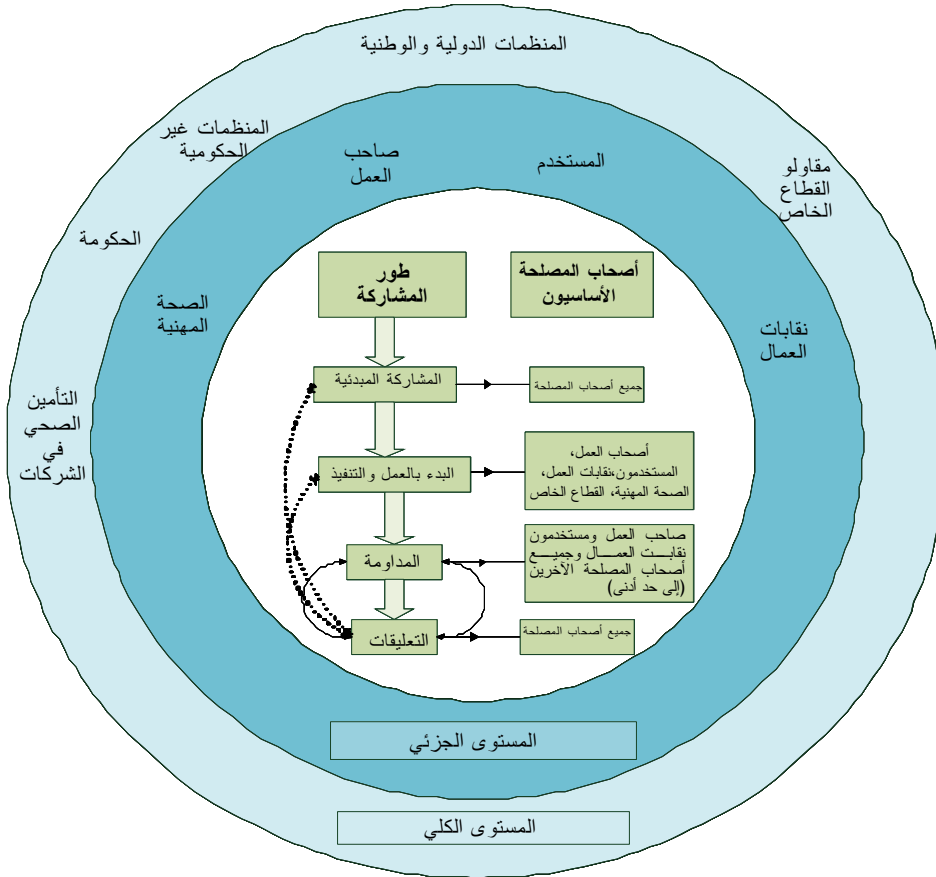
تعزيز الصحة في مكان العمل والتدخلات المتعلقة بالنظام الغذائي والنشاط البدني بوجه خاص (99).

أمثلة عن أصحاب المصلحة الذين يشاركون في برامج تعزيز الصحة في مكان العمل، والأساس المنطقي لمشاركتهم ودورهم المحتمل

صاحب المصلحة	الأساس المنطقي للمشاركة	الدور المحتمل
المنظمات الدولية مثل وكالات الأمم المتحدة	توفير سبل إتاحة الوظائف المستدامة والمنتجة، وتحسين الصحة، وتطوير المجتمعات المتمتع بالصحة، والمعاملة العادلة للمواطنين وبناء مجتمعات عادلة ومدنية	الترويج لمكان العمل بوصفه مكاناً أساسياً للتمتع بالصحة، وتشجيع وتمكين حدوث التطورات على المستوى القطري من خلال عملية الدعوة والبحوث وبناء القدرات ووضع سياسات الصحة العمومية، ووضع وتعميم المعايير والممارسات الجيدة، والاستثمار في البرامج الارتياحية
المنظمات فوق الوطنية: مثل الاتحاد الأوروبي ورابطة أمم جنوب شرق آسيا	تيسير فرص التوظيف والاستثمار الموجّه إلى الداخل من خلال سوق عمالة يتسم بمستوى رفيع من اللياقة والصحة	شديد الشبه بدور المنظمات الدولية مشفوعاً بأدوار إضافية تتعلق بوضع أطر تنظيمية وقانونية، وتطوير الخدمات الصحية والترويج لمكان العمل بوصفه مكاناً للتمتع بالصحة
الحكومات الوطنية والمحلية: مثل وزارات الصحة والعمل والسلامة، والحكومات المحلية والبلدية	تتحمل الحكومات على جميع المستويات المسؤولية عن الوقاية من الأمراض وحماية الصحة على المستويين الاجتماعي والمجتمعي. ويتحمل أصحاب العمل المسؤولية أمام الحكومات عن صحة وسلامة عمالهم، وحماية البيئة وكذلك بوصفهم مساهمين في أموال البلد المعني	ضمان أن يشمل إطار السياسات الذي تعمل المنظمات في ظله برامج لتعزيز الصحة في مكان العمل. وإيجاد بيئة تتسم بروح المبادرة في النهوض بالصحة والعافية، وبصورة خاصة، إيجاد الفرص لأصحاب العمل للمشاركة في مبادرات تعزيز الصحة من خلال الحملات الصحية الوطنية والمحلية، ومخططات الاعتماد والجوائز وبناء القدرات
المنظمات غير الحكومية الدعوة القائمة والعاملة ميدانياً	وضع أنهير وزملاؤه في عام 2001 تقديراً يفيد بأنه ثمة 40 000 منظمة غير حكومية تعمل على الصعيد الدولي. وإذا ما أضيفت المنظمات غير الحكومية العاملة داخل البلدان إليها يصبح عددها الإجمالي عدة ملايين منظمة غير حكومية	الدعوة والإثراء: الدعوة في مجال التشجيع على قبول النظم الغذائية والنشاط البدني بوصفهما هدفين صحيين أساسيين ومكان العمل كمكان يقوم به أصحاب المصلحة الآخرون بتعزيز الصحة. والإثراء: بإرساء وتعميم الممارسات الجيدة.
	وقد صنّف البنك الدولي المنظمات غير الحكومية بطريقتين: "العاملة ميدانياً"، و"القائمة بعملية الدعوة"، ويمكن أن تتخذ العاملة ميدانياً منها الصبغة الدولية أو الوطنية أو المحلية. وهي تهتم في المقام الأول بتصميم وتنفيذ المشاريع المتصلة بالتنمية. أما القائمة بعملية الدعوة فتدافع عن أو تروج لقضايا محددة بإذكاء الوعي وتشجيع القبول وزيادة المعارف، والتأثير بممارسة الضغط والعمل الصحافي والمناسبات التي يقيّمها النشاط منها.	
	وتحتل هذه المنظمات في الاضطلاع بأدوارها مكانة مثلى للنهوض بالممارسات الجيدة في مجال صحة السكان والتنمية الاقتصادية. وبالتالي فإن العديد من المنظمات غير الحكومية تشارك مشاركة نشطة بالفعل في وضع وتنفيذ برامج تعزيز الصحة في مكان العمل.	
المجتمع المدني	هو المجتمع الذي يسعى لتحقيق الصالح العام للجميع وتكون حماية الصحة وتعزيزها، وتوفير العافية وحماية حقوق الإنسان من أهم سماته. ويشكل إعلان لكسمبورغ بشأن تعزيز الصحة في مكان العمل الأساس لهذه النقطة	تحميل الحكومات وأصحاب العمل المسؤولية عن الأمور المتصلة بالنظم الغذائية والنشاط البدني والوقاية من الأمراض المرتبطة بطريقة العيش؛

<p>يدعو إلى اعتماد الممارسات الجيدة من حيث مكان العمل يشكل مكاناً يتم فيه تعزيز الصحة؛ يدعم السياسات والبرامج الآيلة إلى الوقاية من الأمراض غير السارية في مكان العمل.</p>	<p>حيث أنه ينص على أن "برامج تعزيز الصحة في مكان العمل هي الجهود الموحدة التي يبذلها أصحاب العمل والمجتمع لتحسين صحة وعافية العاملين" (9).</p>
<p>يشاركون في البرامج والمشاريع الوطنية أو المحلية المصممة لتعزيز صحة العاملين وعافيتهم؛ يعملون على إذكاء الوعي في صفوف العاملين، حيثما كان ذلك مناسباً، بمنافع التغذية الجيدة والنشاط البدني ومنافع إعداد الطعام وتخزينه على نحو مأمون؛ يوجدون بيئة عمل داعمة لاعتماد النظم الغذائية الصحية والنشاط البدني.</p>	<p>يحتاجون لقوى عاملة منتجة وتتمتع باللياقة إذا أردوا لمنظمتهم أو أعمالهم التجارية أن تظل قادرة على المنافسة وقابلة للبقاء وقادرة على توفير المنتجات والخدمات (100، 101).</p>
<p>المشاركون الأساسيون في برامج تعزيز الصحة في مكان العمل؛ المراسيل - تقوم هذه المجموعة بحمل الرسائل المتلقاة عن طريق برامج تعزيز الصحة في مكان العمل إلى المجتمع الأوسع نطاقاً. وتشكل بذلك أدوات للتحسينات الهامة في مجال الصحة العمومية.</p>	<p>تعتبر مشاركة هذه المجموعة حاسمة الأهمية إذا أريد لبرامج تعزيز الصحة في مكان العمل أن تؤتي ثمارها على المستويين التنظيمي والمجتمعي. وتساعد "نصرة" برامج تعزيز الصحة في مكان العمل من جانب العمال على تنفيذ هذه البرامج وتلعب دوراً أساسياً في إدامة مشاركة المستخدمين</p>
<p>ترفع مستوى الوعي في صفوف أعضائها بمنافع التغذية الجيدة والتمارين الرياضية؛ تتولى الدعوة للتغيير - بالعمل مع أصحاب العمل لإدخال التحسينات التي تتيح فرص التمتع بالصحة من قبيل النهوض بالتغذية الجيدة والتمارين الرياضية لأعضائها في مجالي الصحة والسلامة،</p>	<p>لقد شاركت نقابات العمال على مدى تاريخها في مجال الصحة، ففي أوائل أيامها وفرت النقابات الدعم لأعضائها عند إصابتهم بالمرض. ومن ثم نشطت نقابات العمال هذه مؤخراً في النهوض بمعايير السلامة في مكان العمل وكثيراً ما وفرت التدريب اللازم لذلك.</p>
<p>الدعوة والتمويل</p>	<p>تعمد صناديق التأمين الصحي التابعة للشركات إلى تحصيل الرسوم من المستخدمين وتسدد من أصل هذه الأموال تكاليف الرعاية الصحية التي تؤمنها. ويخفض وجود قاعدة زبائن يتمتعون بالصحة تكاليف المعالجة. ويتم الآن التسليم من جانب القائمين على صناديق التأمين الصحي في الشركات بأن المشاركة في تعزيز الصحة عن طريق مكان العمل بأن هذا الدور دور مشروع يعود بالفائدة على المستخدمين (التمتع بصحة أفضل) وصاحب العمل (وجود قوى عاملة أكثر كفاءة وإنتاجية) وعلى هذه الصناديق نفسها (انخفاض تكاليف المعالجة).</p>
<p>المزودون بالأطعمة والمكونات المستعملة في الأطعمة المجهزة، والتي تلي المعايير التغذوية.</p>	<p>يشكل قطاع الزراعة ومنتجو الأغذية وموزعو الأطعمة جزءاً لا يتجزأ من سلسلة التوريد من المزارع إلى المستهلكين. وبمقدورهم التأثير بصورة مباشرة من خلال طرق الإنتاج وسياسات التسعير على العادات التغذوية وإنتاج الأغذية التي يشتريها أصحاب العمل في بيئة مكان العمل</p>
<p>يصف النموذج التالي (الشكل 2) أربعة أطوار يشارك فيها مختلف أصحاب المصلحة بصورة خاصة. وكلما اقترب أصحاب المصلحة من مركز الدائرة، كلما كانت مشاركتهم الإجمالية في برامج تعزيز الصحة في مكان العمل أوسع نطاقاً. وتختلف الأطوار الأربعة المتتالية في النموذج كميّاً واحدها عن الآخر، وتطرح تحديات مختلفة وتتطلب مشاركة أصحاب المصلحة الأساسيين (99).</p>	<p>نموذج لتأثر أصحاب المصلحة المتعددين</p>

الشكل 2
نموذج تأثير أصحاب المصلحة



التقرير عن الحالة

تشكل الأنشطة التي تعرضها المنظمة غير الحكومية المعنية بالعمل الصحي في غرب أستراليا مثلاً مناسباً للتعاون بين أصحاب المصلحة (102). وأصحاب المصلحة المعنيون هم: "مجلس غرب أستراليا للسرطان"، و"مؤسسة مرض القلب الأسترالية"، و"السكري في غرب أستراليا" (منظمة دعوة معنية بالسكري لا تهدف للربح) وهلثوي (Healthway) (هيئة تشريعية تنفذ مختلف برامج التمويل).

وبدأت "المنظمة غير الحكومية المعنية بالعمل الصحي في غرب أستراليا" نشاطها كمشروع ارتيادي قامت به مؤسسة هلثوي وشمل سبعة أماكن عمل في غرب أستراليا. وتستهدف هذه المنظمة غير الحكومية المؤسسات التي تشغل في المقام الأول العمال اليدويين. وقد حددت أماكن العمل المندرجة في المشروع الارتيادي المتطلبات الأولية لتحسين الصحة في مكان العمل في مجالات النشاط البدني، والتغذية، والتدخين، والحماية من أشعة الشمس. ومن ثم تحملت هذه الأماكن مسؤولية إعداد برامج التدخلات الخاصة بها وتنفيذها وتقييمها. وتتوفر مستويات دعم متعددة لهذا التدخل من المشروع الارتيادي وتشمل حلقات عمل لبناء القدرات، والمعلومات والموارد، والدورات التثقيفية، وعائدات المعلومات الصحية، والرسائل الإخبارية الإلكترونية، وتوفير منسق للعمل الصحي ودراسات الحالات.

6- الرصد والتقييم

مقدمة

الرصد والتقييم عمليتان منهجيتان تستخدمان في تقدير مدى التقدم الذي تحرزه الأنشطة المتواصلة وفقاً للمخطط المعتمد، وفي استعراض القيود التي تواجه الإجراءات التصحيحية المبكرة، وقياس فعالية وكفاءة النتائج المنشودة من البرنامج (103).

وستسفر أنشطة الرصد والتقييم هذه عن (103):

- التأثير في اتخاذ القرارات
- تعزيز وتوثيق التغييرات في السياسة أو البرنامج ذي الصلة
- المساهمة في قاعدة البيانات
- توفير آليات المساءلة
- المساعدة في عمليات التخطيط واتخاذ القرارات في المستقبل
- توفير المعلومات عن التغييرات الصحية الناجمة عن عناصر السياسات أو التدخلات المطبقة حديثاً
- إعداد برامج فعالة لتعزيز الصحة في مكان العمل لزيادة فهم التدخلات التي تتمخض عنها عناصر سياسات برامج تعزيز الصحة في مكان العمل
- المساهمة في إدراك المستخدمين لالتزام الشركة ذات الصلة بإدارة الصحة المهنية وأنشطة برامج تعزيز الصحة في مكان العمل
- توفير المعطيات التي تسمح بإجراء تحليلات للفعالية مقابل التكلفة.

وينبغي، في الظروف المثالية، وضع إطار للتقييم يرادف السياسة أو البرنامج ذي الصلة (103). حيث إن ذلك يفسح المجال لمواءمة الأهداف والأغراض مع نوع التقييم المناسب كي يتسنى استعمال المؤشرات المناسبة في كامل عملية الرصد والتقييم (52، 104).

إرساء نظام للرصد والتقييم
يتضمن الجدول 4 توصيات بشأن الخطوات اللازمة لاتخاذها لإرساء نظام لرصد وتقييم سياسات أو برامج تعزيز الصحة في مكان العمل (مقتبسة بتصرف من المرجع 104)

الجدول 4

الخطوات الواجب اتخاذها لإرساء نظام لرصد وتقييم سياسات أو برامج تعزيز الصحة في مكان العمل

الخطوات	الإجراءات
1	ضمان إدراج الرصد والتقييم في أي سياسة أو برنامج يتم وضعها لتعزيز الصحة في مكان العمل وتخصيص بنود في الميزانيات لهذا الغرض.
2	استعراض أنشطة الرصد والتقييم الحالية والتأكد من ملاءمة المعطيات المتوفرة، وإمكان استخدامها في النهوض بالسياسة أو البرنامج اللذين يتم وضعهما وتنفيذهما لتعزيز الصحة في مكان العمل.
3	استعراض المؤشرات المناسبة بغية استخدامها في كامل عملية وضع وتنفيذ سياسات أو برامج تعزيز الصحة في مكان العمل.
4	إجراء التقييم بطريقة ثابتة ومتكررة لإفساح المجال لإمكانية تنقيح أنشطة التنفيذ أو تعديلها على نحو أفضل. ويشكل البدء بمسح قاعدي (أو استخدام المعطيات المتاحة)، أو أي تقييم أولي للمخاطر الصحية وفقاً للغاية المنشودة من أي برنامج لتعزيز الصحة في مكان العمل يتم وضعه، والقيام بالأنشطة ذات الصلة ومن ثم المضي قدماً إلى وضع تقييم جديد من خلال تكرار المسح أحد

	الممارسات الجيدة.
5	تكرار التقييم، إن كان قابلاً للتطبيق، بصورة دورية كي يمكن إرساء نظام للرصد.
الجدول 5	جمع المعطيات في مراحل مختلفة
	تتطوي أية خطة شاملة للرصد والتقييم على جمع المعطيات على عدة مراحل. ويبين الجدول 5 الأنواع المختلفة من المعلومات الواجب جمعها في مراحل مختلفة (مقتبسة من المرجع 105).
	أنواع المعطيات اللازم جمعها في مراحل مختلفة
التكوين	يتم جمع المعلومات بشأن احتياجات وآراء المستخدمين والمديرين كي تسترشد بها عملية إعداد أنشطة البرامج، من قبيل: <ul style="list-style-type: none"> قابلية كراسات التثقيف للفهم جاذبية الحوافز المحتملة
العملية	يتم جمع المعطيات عن تنفيذ البرامج التي تؤثر على الأسباب الكامنة لمدى نجاح البرامج، من قبيل: <ul style="list-style-type: none"> حضور الدورات التي تعقدها البرامج مدى إيتاء أنشطة البرامج حسبما هو مخطط لها التكاليف
المرحلة الوسيطة	جمع المعطيات عن النتائج الوسيطة، من قبيل: <ul style="list-style-type: none"> المعارف الوعي الفوارق في الدعم الاجتماعي
الأثر الصحي	جمع المعطيات عن السلوك أو النتائج الصحية (غالباً ما يتم ذلك من خلال تقييم سنوي للمخاطر الصحية)، من قبيل: <p>أ) السلوك:</p> <ul style="list-style-type: none"> المدخول من الفاكهة والخضار المدخول من الدهن المشبع النشاط البدني والمهني في أوقات الفراغ المعطيات الموضوعية بشأن استهلاك الطعام و/أو معطيات بيع المنتجات <p>ب) أمثلة عن البيئة، أي منها يترك تأثيراً متزايداً بوصفها عناصر محدّدة للسلوك:</p> <ul style="list-style-type: none"> توفر الأطعمة والمشروبات الصحية في الكافيتريا أو آلات البيع الأوتوماتيكية الطرق المخصصة للمشى مدى توفر وسائل الاستحمام (الدوش) وجود سياسة لمكان العمل بشأن التنقل الفعال من وإلى مكان العمل <p>ج) الأمثلة البيولوجية، والتي يمكن أن تشمل مجموعة صغيرة من التدابير الفيزيولوجية أو السريرية الأقل تكلفة:</p> <ul style="list-style-type: none"> الوزن والطول ومؤشر كتلة الجسم محيط الخصر والورك ضغط الدم قياس الكوليسترول بوخز الإصبع للحصول على الدم اختبارات اللياقة والقوة
أثر العامل الاقتصادي وعنصر العمل	تشمل الأمثلة عن معطيات نتيجة أثر العامل الاقتصادي وعنصر العمل: <ul style="list-style-type: none"> تكلفة أنشطة البرامج المختلفة التغيب عن العمل المدامومة العمل/الإنتاجية والرضا الوظيفي
الأثر الصحي الطويل	الأثر الصحي الطويل الأمد الذي يمكن من خلاله جمع المعطيات المتصلة بالمدى الفعلي لانتشار

- الأمراض، من قبيل:
- حالات السرطان
- العوارض المتصلة بمرض القلب
- انتشار السكري

استعمال المعطيات المجمعة

من المهم رسم استراتيجية واضحة لاستخدام نتائج أنشطة الرصد والتقييم، حيث إن تعميم نتائج تقييم المخاطر الصحية على الوجه المناسب، علاوة على جميع النتائج المستخلصة من أنشطة الرصد والتقييم قد يساهم في رفع مستوى الوعي في صفوف أصحاب العمل لضرورة اعتماد أنماط تغذوية وعادات نشاط بدني أفضل من الناحية الصحية، وقد تحفز أيضاً تغيير السلوك. بيد أنه يتعين عند جمع المعلومات الشخصية عن المستخدمين حماية هذه المعلومات من الكشف عنها على نحو غير مناسب أو إساءة استعمالها.

التقرير عن الحالة

تم رسم مشروع ترصد في أواسط جماعات صناعية هندية لتحقيق الأغراض التالية (106، 107):

- (1) إجراء مسح قاعدي وترصد مستمر لعوامل اختطار الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية ومحدداتها
- (2) نقل التنقيف الصحي للوقاية من الأمراض القلبية الوعائية وتقييم أثر هذا التنقيف على مكافحة تلك الأمراض
- (3) وضع دلائل إرشادية لكشف الأمراض القلبية الوعائية وتبديدها علاجياً.

وبدأت عمل الترخيد بمسح قاعدي لأكثر من 35 000 مستخدم وأفراد أسرهم في 10 صناعات مختلفة في الهند (الفئة العمرية 10-69 عاماً) وبمسح تفصيلي لعوامل الاختطار لـ 20 000 شخص تم اختيارهم عشوائياً.

وتكشف المسح القاعدي عن وجود عوامل اختطار عالية المستوى للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية (106، 107):

- فرط ضغط الدم - 27%
- السكري - 10%
- فرط الوزن - 47%

تجلى ذلك بصورة خاصة في الصناعات القائمة في المناطق ذات المستوى العالي من التحضر. وركز برنامج الترخيد إلى حد كبير على تغيير السلوك الضار بالصحة وتعزيز السلوك الصحي المتصل بالصحة القلبية الوعائية، وذلك استناداً إلى البيئات العلمية المتوفرة في المجتمعات المستهدفة. وكان غايته بالإضافة إلى ذلك توفير الرعاية المركزة على البيئات للمصابين بالأمراض القلبية الوعائية وبالسكري. وتتاول برنامج تعزيز الصحة في مكان العمل النشاط البدني، وضغط الدم، والمدخول من الفاكهة والخضار، والسكري، ومؤشر كتلة الجسم والعيش بقلب سليم صحياً، باستخدام النظرية المعرفية ونموذج الثقة بالصحة (106، 107).

وتم تعميم رسائل جذابة وبسيطة باللغات المحلية على الجماعات المستهدفة من خلال مختلف استراتيجيات الاتصالات. وتم عقد صفوف تنقيف صحي منتظمة، وعرض أفلام سينمائية، وندوات، ومناقشات جماعية، وجلسات أسئلة وأجوبة على نحو مستقل في كل موقع (106، 107).

وتمت إحالة جميع الأشخاص المعرضين للاختطار ذي المستوى العالي إلى مرفق للرعاية الصحية لمتابعته. وعقدت ندوات لإسداء المشورة للأفراد والجماعات بشأن النظم الغذائية وتعاطي التبغ والنشاط البدني أيضاً لصالح المعرضين لعوامل الاختطار الشديد (106، 107).

وأظهر التقييم الذي أجري بعد انقضاء خمس سنوات أوجه انخفاض ذات مغزى في ضغط الدم الانبساطي، وسكر الدم والكوليسترول في صفوف المجموعة التي خضعت للتدخلات مقارنة بالمجموعة الشاهدة. وكان الوعي بفرط ضغط الدم وكفاية المكافحة قد أسفر عن تحسن ملحوظ أيضاً في صفوف المجموعات الخاضعة للتدخلات (106، 107).

وكانت شبكة الترخيد التي أرساها هذا المشروع الأولى من نوعها فيما يخص عوامل اختطار

الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية في الهند ويمكن استخدامها كنموذج لتكرار ونسخ الاستراتيجيات المتعلقة بالأمراض القلبية الوعائية وغيرها من الأمراض غير السارية في الهند وفي بلدان أخرى. وقد تشجع هذه النتائج الشركات الأخرى على القيام بأنشطة التردد، سيما في البلدان التي تضم فيها القوى العاملة المنظمة عدداً كبيراً من الأفراد (106، 107).

7- الفجوات في المعارف الحالية

تدعو الضرورة إلى إجراء المزيد من البحوث لتناول النقاط التالية:

- إعداد مجموعة قابلة للتكيف من أفضل الممارسات تعكس التنوع العالمي، ومختلف مستويات الإلمام بالقراءة والكتابة والمعايير الاجتماعية المتصلة بأنواع السلوك الصحي المختلفة.
- وضع تصاميم مقيسة للدراسات التي تتحرى النتائج الاقتصادية وأثر برامج تعزيز الصحة في مكان العمل.
- توفير أدوات موثقة المصدوقية لإعداد التقارير الذاتية وإيجاد وسائل مختصرة موثقة المصدوقية لقياس النظم الغذائية والنشاط البدني.

وتم التأكيد على ندرة المعلومات ودراسات الحالات المتوفرة من البلدان المتدنية والمتوسطة الدخل بوصفها فجوة هامة في المعارف الراهنة يتعين معالجتها. وينبغي بذل الجهود الرامية على تكييف البيانات الحالية لمتطلبات للسباقات السائدة في البلدان المتدنية والمتوسطة الدخل.

وعلاوة عما سبق، فإنه من الأهمية بمكان تسليط الضوء على أن انعدام أو نقص النتائج من التجارب ذات الشواهد المختارة عشوائياً وينبغي ألا يحول دون وضع وتنفيذ برامج تعزيز الصحة في مكان العمل. وذلك لأن تحديد ونشر تقارير وأمثلة (من خلال وسائل غير تقليدية إن اقتضى الأمر ذلك) عن الحالات المتصلة ببرامج دولية لتعزيز الصحة في مكان العمل يمكن أن يوفر أيضاً بيانات داعمة وأن يساعد القائمين على التخطيط في فهم طريقة إعداد برامج تعزيز الصحة في مكان العمل تناسب مختلف سياقات مكان العمل فهماً أفضل.

8- الاستنتاجات العامة

مكان العمل كموضوع لتعزيز الصحة

لقد حظي مكان العمل بالاعتراف الدولي كمكان مناسب لتعزيز الصحة. فتناول النظام الغذائي والنشاط البدني في هذا المكان يساعد على تحسين الحالة الصحية للعمال ويساهم في إيجاد صورة إيجابية وتتم عن الاهتمام للشركات ذات الصلة. ويمكن أن تشمل المنافع الأخرى النهوض بمعنويات الموظفين وإنتاجيتهم، والحد من تبدل الموظفين والتغيب عن العمل والإجازات المرضية. ويمكن بالمثل خفض تكاليف الخطط الصحية، وتعويضات المستخدمين وتكاليف العجز. ويعتبر مكان العمل موضعاً مؤثراً، لا من ناحية نسبة الوقت الكبيرة الذي تقضيه غالبية السكان في العمل، بل لأنه يفسح الفرصة أيضاً للاستفادة من ضغط الزملاء لتشجيع المستخدمين على إدخال تعديلات مرغوب فيها على عاداتهم الصحية.

وقد يكون لدى كبار الإداريين أسباب متنوعة للرغبة في وجود مستخدمين أوفر صحة. وعليه فإنه من المهم استهداف الأسباب والدوافع إذا أريد لكبار الإداريين أن يشاركوا مشاركة مثمرة في تنفيذ برامج تعزيز الصحة في مكان العمل، وكي تكون هذه البرامج فعالة وتفضي إلى تحقيق النتائج المرجوة.

العناصر الأساسية في البرامج الناجحة

يتعين النظر عند وضع وتنفيذ برامج تعزيز الصحة في مكان العمل في العناصر التالية: الأهداف والأغراض الواضحة، الروابط بين البرامج والأغراض التجارية، دعم الإدارة القوية والاتصالات الفعالة والبيئات الداعمة.

الدور الأساسي لأسلوب أصحاب المصلحة المتعددين

يشكل أسلوب أصحاب المصلحة المتعددين مفتاح نجاح مبادرات برامج تعزيز الصحة في مكان العمل. ويضطلع مختلف أصحاب المصلحة بأدوار مختلفة، ويتعين تنسيق مواطن قوة كل منها واستكشافها لتسهيل تحقيق الأهداف والأغراض الواضحة.

أهمية الرصد والتقييم المتكاملين

الرصد والتقييم أمرين أساسيين في نجاح تعزيز الصحة في مكان العمل ويتعين إدراجهما في سياسات وبرامج تعزيز الصحة في هذا المكان، فهي تسهل تفهم مدى التقدم الذي أحرزه البرنامج ذو الصلة وما هي وجهته وما هي المسافة بينه وبين تحقيق الأهداف والأغراض المخطط لها.

الفجوات في المعارف الحالية

لا توجد في الوقت الحاضر أية مجموعة من أفضل الممارسات الخاصة بالشركات. ويحتوي هذا التقرير على استعراض موجز للمعارف المعاصرة بشأن وضع وتنفيذ برامج تعزيز الصحة في مكان العمل ويمكن أن يساعد على توجيه الأنشطة في هذا الميدان. غير أن تجميع ووضع وتعميم مجموعة قابلة للتكييف من أفضل الممارسات تعكس التنوع العالمي قد يكون مفيداً في عدة ظروف. ويتعين النظر في التكنولوجيات الجديدة والبحوث الإضافية وجمع المعلومات من مختلف المصادر عن البيئات ذات الصلة بوصفها مكونات متكاملة في هذه العملية.

وتدعو الضرورة إلى الحصول على المزيد من المعلومات والدراسات الإفرادية من البلدان المتدنية والمتوسطة الدخل.

المراجع

1. توقي الأمراض المزمنة: استثمار بالغ الأهمية، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2005
2. Klesges RC, Cigrant JA. Worksite smoking cessation programs: clinical and methodological issues. In: Hersen M, Eisler RM, Miller RM, eds. *Progress in Behavioral Modification*. Newbury Park, CA, Sage, 1988:37–61.
3. Abrams DB et al. Cancer control at the workplace: the Working Well trial. *Preventive Medicine*, 1994, 23:1–13.
4. LABORSTA, Geneva, International Labour Organization, 2007 (available at: <http://laborsta.ilo.org/>, accessed December 2007).
5. *Good practice in occupational health services: a contribution to workplace health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
6. ميثاق أوتاوا لتعزيز الصحة [المؤتمر الدولي الأول لتعزيز الصحة]. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 1986
7. إعلان جاكرتا حول الانتقال بخدمات تعزيز الصحة إلى القرن الواحد والعشرين [المؤتمر الدولي الرابع لتعزيز الصحة: مناظرون جدد لعصر جديد: الانتقال بخدمات تعزيز الصحة إلى القرن الواحد والعشرين، جاكرتا] جنيف، منظمة الصحة العالمية، 1997
8. ميثاق بانكوك لتعزيز الصحة في عالم تسوده العولمة [المؤتمر العالمي السادس لتعزيز الصحة، تايلاند]. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2005
9. *The Luxembourg Declaration on workplace health promotion in the European Union*. European Network for Workplace Health Promotion, Luxembourg, 1997.
10. 2004. منظمة الصحة العالمية، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2004
11. *Legislating for smoke-free workplaces*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
12. اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2003
13. O'Donnell MP. Employer's financial perspective on workplace health promotion. In: O'Donnell MP, ed. *Health promotion in the workplace*, Toronto, ON, Delmar Thomson Learning, 2002:23–46.
14. LaMontagne A. Integrating health promotion and health protection in the workplace. In: Moodie R, Hulme A, eds. *Hands-on health promotion*. Melbourne, IP Communications, 2004:285–298.
15. Linnan L et al. Results of the 2004 national worksite health promotion survey. *American Journal of Public Health*. (published November 2007).
16. Shepard RJ. Worksite fitness and exercise programs: a review of methodology and health impact. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 10(5):436–452.
17. Sorensen G, Linnan L, Hunt MK. Worksite-based research and initiatives to increase fruit and vegetable consumption. *Preventive Medicine*, 2004, 39(Suppl. 2):S94–S100.
18. Engbers LH et al. Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 29(1):61–70.
19. Stokols D, Pelletier K, Fielding J. The ecology of work and health: research and policy directions for the promotion of employee health. *Health Education Quarterly*, 1996, 23(2):137–158.
20. Sorensen G et al. A comprehensive worksite cancer prevention intervention: behavior change results from a randomized controlled trial (United States). *Cancer Causes and Control*, 2002, 13:493–502.
21. Williams RM, Westmorland M. Perspectives on workplace disability management: a review of the literature. *Work*, 2002, 19(1):87–93.

22. DeJoy D, Southern D. An integrative perspective on worksite health promotion. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1993, 35(12):1221–1230.
23. Partnership for Prevention. *Healthy workforce 2010. An essential health promotion sourcebook for employers, large and small*. Washington, DC, Partnership for Prevention, 2001.
24. Harris JS, Fries J. The health effects of health promotion. In: O'Donnell MP, ed. *Health promotion in the workplace*. Toronto, ON, Delmar Thompson Learning, 2002:1–19.
25. Shephard RJ. A critical analysis of work-site fitness programs and their postulated economic benefits. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1992, 24(3):354–370.
26. Sorensen G, Barbeau E. *Steps to a healthier US workforce: integrating occupational health and safety and worksite health promotion: state of the science*. Washington, DC, National Institute for Occupational Safety and Health, 2004.
27. Proper KI et al. Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2002, 28(2):75–84.
28. Proper KI, Van Mechelen W. *Effectiveness and cost-effectiveness of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet*. [Technical paper prepared for the WHO/World Economic Forum joint event on preventing noncommunicable diseases in the workplace]. Geneva, World Health Organization, 2007.
29. Rose G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 1985, 14(1):32–38.
30. Rose G. *The strategy of preventive medicine*. New York, NY, Oxford University Press, 1992.
31. Tosteson ANA et al. Cost-effectiveness of population-wide educational approaches to reduce serum cholesterol levels. *Circulation*, 1997, 95(1):24–30.
32. Dishman RK et al. Worksite physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15(4):344–361.
33. Glanz K, Sorensen G, Farmer A. The health impact of worksite nutrition and cholesterol intervention programs. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 10(6):453–470.
34. Proper KI. The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness and health. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 2003, 13(2):106–117.
35. Hennrikus DJ, Jeffery RW. Worksite intervention for weight control: a review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 10(6):471–498.
36. Matson-Koffman DM et al. A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *American Journal of Health Promotion*, 2005, 19(3):167–193.
37. Roman PM, Blum TC. Alcohol: a review of the impact of worksite interventions on health and behavioral outcomes. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 11(2):136–149.
38. Janer G, Sala M, Kogevinas M. Health promotion trials at worksites and risk factors for cancer. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2002, 28(3):141–157.
39. Heaney CA, Goetzel RZ. A review of health-related outcomes of multi-component worksite health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 1997, 11(4):290–307.
40. Pelletier KR. A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the worksite, 1993–1995 update. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 10(5):380–388.

41. Pelletier KR. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 1995–1998 update (IV). *American Journal of Health Promotion*, 1999, 13(6):333–345.
42. Pelletier KR. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 1998–2000 update. *American Journal of Health Promotion*, 2001, 16(2):107–116.
43. Pelletier KR. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 2000–2004 update (VI). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2005, 47(10):1051–1058.
44. Proper KI et al. De effectiviteit van interventies ter stimulering van gezonde voeding [The effectiveness of interventions aimed at the promotion of a healthy diet]. *Tijdschrift voor Bedrijfs en Verzekeringsgeneeskunde [Journal of Occupational and Insurance Medicine]*, 2006, 14(6):243–249.
45. Proper KI et al. De effectiviteit van interventies ter stimulering van bewegen [The effectiveness of physical activity interventions]. *Tijdschrift voor Bedrijfs en Verzekeringsgeneeskunde [Journal of Occupational and Insurance Medicine]*, 2006, 14(3):103–108.
46. Van Overbeek K et al. Effectiviteit van interventies op het voorkomen of stoppen van rookgedrag [The effectiveness of interventions aimed at the prevention of smoking or at smoking cessation]. *Tijdschrift voor Bedrijfs en Verzekeringsgeneeskunde [Journal of Occupational and Insurance Medicine]*, 2006, 14(4):149–154.
47. Proper KI et al. *Body@Work rapport: towards a lifestyle policy by occupational physicians, 2005* (available at http://www.bodyatwork.nl/files/rapport_bravo.pdf, accessed December 2007).
48. Stamler R et al. Primary prevention of hypertension by nutritional-hygienic means. *Journal of the American Medical Association*, 1989, 13:1801–1807.
49. Nisbeth O, Klausen K, Andersen LB. Effectiveness of counselling over 1 year on changes in lifestyle and coronary heart disease risk factors. *Patient Education & Counseling*, 2000, 40:121–131.
50. Chapman LS. Meta evaluation of worksite health promotion economic return studies. *The Art of Health Promotion*, 2003, 6(6):1–16.
51. Proper KI et al. Costs, benefits and effectiveness of worksite physical activity counselling from the employer's perspective. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2004, 30(1):36–46.
52. Institute of Medicine. Implementing integrated health programs. In: *Integrating employee health: a model program for NASA*. Washington, DC, National Academies Press, 2005:102–149
53. Chapman LS. Expert opinions on "best practices" in worksite health promotion (WHP). *American Journal of Health Promotion*, 2004, 18(6):1–6.
54. Quintiliani L, Sorensen G, Sattelmair J. *The workplace as a setting for interventions to improve diet and promote physical activity*. [Technical paper prepared for the WHO/World Economic Forum joint event on preventing noncommunicable diseases in the workplace]. Geneva, World Health Organization, 2007.
55. Employee health programs and services. Midland, MI, The Dow Chemical Company, 1995–2007 (available at <http://www.dow.com/commitments/responsibility/health.htm>, accessed December 2007).
56. Minkler M, Wallerstein NB. Improving health through community organization and community building. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2002:279–311.
57. Sorensen G et al. Reducing social disparities in tobacco use: a social contextual model for reducing tobacco use among blue-collar workers. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:230–239.
58. Sorensen, G. et al. The influence of social context on changes in fruit and vegetable consumption: results of the healthy directions studies. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:1216–1227.

59. Moy, F, Sallam AAB, Wong M. The results of a worksite health promotion programme in Kuala Lumpur, Malaysia. *Health Promotion International*, 2006, 21:301–310.
60. Baun WB. Program management of workplace health promotion programs. In: O'Donnell MP, ed. *Health promotion in the workplace*. Toronto, ON, Delmar Thompson Learning, 2002:78–112.
61. Powell DR, Frank E. The future of workplace health promotion. In: O'Donnell MP, ed. *Health promotion in the workplace*. Toronto, ON, Delmar Thompson Learning, 2002:590–602.
62. Kruger J et al. Selected barriers and incentives for worksite health promotion services and policies. *American Journal of Health Promotion*, 2007, 21:439–447.
63. *Wellness Survey*. Deloitte Consulting, The Deloitte Center for Health Solutions, 2005 (available at http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/Wellness%20Survey_04v2.pdf, accessed December 2007)
64. Locke EA, Latham GP. *A theory of goal setting and performance*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1990.
65. Baranowski T et al. How individuals, environments, and health behavior interact: social cognitive theory. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2002:165–184.
66. Strecher VJ et al. Goal setting as a strategy for health behavior change. *Health Education Quarterly*, 1995, 22(2):190–200.
67. Cullen KW, Baranowski T, Smith SP. Using goal setting as a strategy for dietary behavior change. *Journal of the American Dietetic Association*, 2001, 101(5):562–566.
68. Locke EA, Latham GP. New directions in goal-setting theory. *Current directions in psychological science*, 2006, 15(5):265–268.
69. Strecher V et al. Tailored interventions for multiple risk behaviors. *Health Education Research*, 2002, 17(5):619–626.
70. Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1986.
71. Baranowski T, Cullen KW, [Baranowski J](#). Psychosocial correlates of dietary intake: advancing dietary intervention. *Annual Review of Nutrition*, 1999, 19:17–40.
72. Sherwood NE, Jeffery RW. The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annual Review of Nutrition*, 2000, 20:21–44.
73. Lewis MA, DeVellis BM, Sleath B. Social influence and interpersonal communication in health behavior. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2002:240–264.
74. Heaney CA, Israel BA. Social networks and social support. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2002:185–209.
75. *Healthy Lifestyle and Corporate Culture*. Enterprise for Health, 2006 (available at http://www.enterprise-for-health.org/fileadmin/texte/EfH_Healthy_Lifestyle.pdf, accessed December 2007).
76. De Bourdeaudhuij I, Stevens V, Brug J. Evaluation of an interactive computer-tailored nutrition intervention in a real-life setting. *Annals of Behavioral Medicine*, 2007, 33(1):39–48.
77. Brug J et al. The impact of a computer-tailored nutrition intervention. *Preventive Medicine*, 1996, 25(3):236–242.

78. Sorensen G et al. Tools for health: the efficacy of a tailored intervention targeted for construction laborers. *Cancer Causes and Control*, 2007, 18:51–59.
79. Velicer WF et al. An expert system intervention for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 1993, 18:269–290.
80. King E et al. Promoting mammography use through progressive interventions: is it effective? *American Journal of Public Health*, 1994, 84(1):104–106.
81. Rimer BK et al. Does tailoring matter? The impact of a tailored guide on ratings and short-term smoking-related outcomes for older smokers. *Health Education Research*, 1994, 9(1):69–84.
82. Curry SJ et al. A randomized trial of self-help materials personalized feedback and telephone counseling with nonvolunteer smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63(6):1005–1014.
83. Oenema A, Tan F, Brug J. Short-term efficacy of a web-based computer-tailored nutrition intervention: main effects and mediators. *Annals of Behavioral Medicine*, 2005, 29(1):54–63.
84. King DK et al. Outcomes of a multifaceted physical activity regimen as part of a diabetes self-management intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 2006, 31(2):128–137.
85. Delichatsios HK et al. Randomized trial of a “talking computer” to improve adults’ eating habits. *American Journal of Health Promotion*, 2001, 15(4):215–224.
86. Brug J, Campbell M, van Assema P. The application and impact of computer-generated personalized nutrition education: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 1999, 36:145–156.
87. Skinner CS et al. How effective is tailored print communication? *Annals of Behavioral Medicine*, 1999, 21(4):290–298.
88. Kroeze W, Werkman A, Brug J. A systematic review of randomized trials on the effectiveness of computer-tailored education of physical activity and dietary behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 2006, 31(3):205–223.
89. Skinner CS, Strecher VJ, Hospers H. Physicians’ recommendations for mammography: do tailored messages make a difference? *American Journal of Public Health*, 1994, 84(1):43–49.
90. Kreuter MW, Strecher V. Do tailored behavior change messages enhance the effectiveness of health risk appraisal? Results from a randomized trial. *Health Education Research*, 1996, 11:97–105.
91. Bull FC, Kreuter MW, Scharff DP. Effects of tailored, personalized, and general health messages on physical activity. *Patient Education & Counseling*, 1999, 36:181–192.
92. Petty R, Cacioppo JT. The elaboration likelihood model of persuasion. *Advances in Experimental Social Psychology*, 1986, 19:123–205.
93. Calfas KJ et al. A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity. *Preventive Medicine*, 1996, 25(3):225–233.
94. Proper KI et al. Effect of individual counseling on physical activity fitness and health: a randomized controlled trial in a workplace setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 24(3):218–226.
95. Engbers LH et al. The effects of a controlled worksite environmental intervention on determinants of dietary behavior and self-reported fruit, vegetable and fat intake. *BioMed Central Public Health*, 2006, 6:253.
96. Sorensen G et al. Promoting behaviour change among working-class, multi-ethnic workers: results of the healthy directions–small business study. *American Journal of Public Health*, 2005, 95(8):1389–1395.
97. Stoltzfus E. *Emerging benefits: access to health promotion benefits in the United States, private industry, 1999 and 2005*. Bureau of Labor Statistics, 2006 (available at <http://www.bls.gov/opub/cwc/cm20060724ch01.htm>, accessed December 2007).

98. Hunt MK et al. Cancer prevention for working-class, multi-ethnic populations through small businesses: the healthy directions study. *Cancer Causes and Control*, 2003, 14(8):749–760.
99. Griffiths J, Hayley M, George E. *Stakeholder involvement*. [Technical paper prepared for the WHO/World Economic Forum joint event on preventing noncommunicable diseases in the workplace]. Geneva, World Health Organization, 2007.
100. Gilmartin S. Wellness programs hit the attraction and retention mark. *Workspan*, 2002, 45:46–48.
101. Arneson H, Ekberg K. Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden. *Health Promotion International*, 2005, 20:351–359.
102. WA Healthy Business, 2007 (available at <http://www.healthybusiness.asn.au/>, accessed December 2007).
103. Engbers L, Sattelmair J. *Monitoring and evaluation of worksite health promotion programs. Current state of knowledge and implications for practice*. [Technical paper prepared for the WHO/World Economic Forum joint event on preventing noncommunicable diseases in the workplace]. Geneva, World Health Organization, 2007.
104. الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة. إطار لرصد وتقييم التنفيذ. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2007
105. Bauman A et al. Physical activity measurement – a primer for health promotion. *Promotion & Education*, 2006, 13(2):92–103
106. Reddy KS et al. *Methods for establishing a surveillance system for cardiovascular diseases in Indian industrial populations*. Bulletin of the World Health Organization, 2006, 84:461–469
107. KS Reddy et al. Educational status and cardiovascular risk profile in Indians. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2007, 104(41):16263–16268

الملحق 1 قائمة المشاركين

Thomas Granatir
Global Director
Policy and Strategy
Humana Europe Ltd
London, United Kingdom

Tracy Kolbe-Alexander
UCT/MRC Research
University of Cape Town
Cape Town, South Africa

Helena Leurent
Associate Director
Global Leadership Fellow
Food & Beverage Industries, Centre for Global
Industries
World Economic Forum
Geneva, Switzerland

Paul Litchfield
Chief Medical Officer and Head
Health and Safety
BT Plc
United Kingdom

Soeren Mattke
Scientist
RAND Corporation
USA

Katrina Minton
Project Officer
work2health Limited
Cardiff, United Kingdom

Sarita Nayyar
Senior Director
Head of Consumer Industries
World Economic Forum
New York, USA

Sania Nishtar
President
Heartfile
Pakistan

Michael P O'Donnell
Director
Health and Wellness
Cleveland Clinic
USA

Karin I. Proper
VU University Medical Center
EMGO Institute
Amsterdam, The Netherlands

Xihong Ai
Global Leadership Fellow
Consumer Industries
World Economic Forum
Geneva, Switzerland

Albert Amoah
Vice Dean
College of Health Sciences
President Pan-African Society of Cardiology
Accra, Ghana

Vanessa Candeias
Technical Officer
Surveillance and Population-Based Prevention
Unit
Department of Chronic Diseases and Health
Promotion
World Health Organization
Geneva, Switzerland

John Cooper
Head
Corporate Occupational Health
Unilever Plc
United Kingdom

Gayle Crozier Willi
Food Issues Manager
Public Affairs
Nestlé SA
Switzerland

Roro Daniel
Secretary of Health
Ministry of Health
Cook Islands

Luuk H. Engbers
TNO Prevention and Health
Amsterdam, The Netherlands

Ellen Exum
Programme Director
Wellness & Prevention
PepsiCo
USA

Susan M. Fleming
Director
Global Benefits
The Coca-Cola Company
USA

Barry A. Franklin
Director, Cardiac Rehabilitation & Exercise
Laboratories
William Beaumont Hospital
Michigan, USA

Lichen Yang
Associate Professor
Institute of Nutrition and Food Safety
Chinese Center for Disease Control and
Prevention
Beijing, People's Republic of China

Fan Wu
Director
National Center for Chronic &
Noncommunicable Disease Prevention and
Control
People's Republic of China

YanWei Wu
World Health Organization
Country Office
Beijing, People's Republic of China

Zhai Yi
Division of NCD Control and Community Health
Chinese Center for Disease Control and
Prevention
Beijing, People's Republic of China

Dong Zhao
Deputy Director
Beijing institute of Heart
Lung & Blood Vessel Diseases (BIHLBD)
Director and Professor
BLHLBD and Beijing Anzhen Hospital affiliated
to Capital Medical University
Beijing, People's Republic of China

Lei Zhenglong
Director
NCD and Nutrition Management
Bureau of Disease Control
Ministry of Health
Beijing, People's Republic of China

Lisa Quintiliani
Center for Community Based Research
Harvard School of Public Health
Boston, USA

Christophe Roy
Technical Officer
Surveillance and Population-Based Prevention
Unit
Department of Chronic Diseases and Health
Promotion
World Health Organization
Geneva, Switzerland

Denis Taschuk
Vice-President
International Diabetes Federation
Canada

Choon Meng Ting
Chairman and Chief Executive Officer
HealthSTATS International
Singapore

Janet Voûte
Chief Executive Officer
World Heart Federation
Geneva, Switzerland

Derek Yach
Director
Global Health Policy
PepsiCo
USA

الملحق 2: الموارد الأساسية

انظر قائمة المراجع للاطلاع على معلومات عن طريقة الحصول على هذه الموارد:

See reference list for information on how to obtain these resources.

- توفي الأمراض السارية: استثمار حيوي
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html
- National Institute for Occupational Safety and Health, Work Life Initiative
<http://www.cdc.gov/niosh/programs/worklife/>
- Integrating employee health; a model program for NASA
<http://www.iom.edu/CMS/3788/18021/26995.aspx>
- Improving health, an employer toolkit
<http://www.iom.edu/CMS/3788/18021/26995/35482.aspx>
- ميثاق بانكوك بشأن تعزيز الصحة في عالم تسوده العولمة
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html
- Regional guidelines for the development of healthy workplaces. Shanghai, World Health Organization, Western Pacific Regional Office, November 1999
- NASA occupational health: a healthier NASA
<http://ohp.nasa.gov/>
- Workplace health system: corporate health model booklet
http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/work-travail/model-modele/index_e.html
- Workplace health system: small business health model
http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/work-travail/small-petite/index_e.html

978 92 4 659632 4



9 789246 596324