

استرس و سلامتی  
راهنمایی برای پژوهش و کار بالینی

# فهرست

مقدمه.....	۷
<b>بخش اول: نظریه‌ها.....</b>	<b>۱۱</b>
۱: پر کردن شکاف بین علم و سیاست و شکاف بین سیاست و اجرای آن.....	۱۳
۲: مدل «عدم تعادل بین تلاش و پاداش».....	۲۷
۳: درک مفهوم فرسودگی شغلی.....	۳۹
۴: شادی و سلامت روان.....	۵۹
۵: درک رابطه‌های موجود بین احساسات مثبت و سلامتی.....	۷۶
<b>بخش دوم: تأثیر استرس بر سلامتی.....</b>	<b>۹۹</b>
۶: کار، استرس و بیماری قلبی عروقی.....	۱۰۱
۷: استرس و سرطان.....	۱۲۷
۸: استرس و سندرم خستگی مزمن.....	۱۳۶
۹: فشار مضاعف استرس کاری و افسردگی.....	۱۴۹
۱۰: استرس، بهبودی، خواب و فرسودگی شغلی.....	۱۷۱
۱۱: استرس و اختلال در رفتارهای مربوط به خوردن.....	۱۸۹
۱۲: استرس و آسیب‌های اسکلتی / عضلانی.....	۲۱۱
۱۳: مدیریت تأثیر بیماری‌های پیشرفته و پیچیده بر استرس مراقبین خانوادگی و مراقبین حرفه‌ای.....	۲۲۳
۱۴: انتقال متقابل فرسودگی شغلی و تعامل بین مدیران و کارکنان.....	۲۳۸
۱۵: استرس و اعتیاد.....	۲۵۳
<b>بخش سوم: خصوصیات شخصی، جمعیت‌شناسی، و استرس.....</b>	<b>۲۷۹</b>
۱۶: کانون کنترل.....	۲۸۱
۱۷: الگوی رفتاری نوع A.....	۲۹۶
۱۸: هوش هیجانی، سلامت و استرس.....	۳۱۰
۱۹: جنسیت، استرس محل کار و مقابله.....	۳۲۶
۲۰: نابرابری‌های اجتماعی / اقتصادی در زمینه سلامت.....	۳۳۶
<b>بخش چهارم: مقابله با استرس.....</b>	<b>۳۴۹</b>
۲۱: نظریه استرس روانی و مقابله توسط لازاروس و فولکمن.....	۳۵۱
۲۲: مقابله با سوءرفتارهای بین فردی.....	۳۶۴

- ۲۳: ایجاد تندرستی در میان افراد سالخورده..... ۳۸۵
- ۲۴: خوش‌بینی، مقابله و تندرستی ..... ۳۹۷
- ۲۵: روان‌شناسی مثبت‌گرای سلیگمن پیوندهای گذشته، حال و آینده روان‌شناسی مثبت‌گرا با تحقیقات در زمینه‌های  
سازمانی..... ۴۱۳
- ۲۶: مطالبات، منابع و ارتباط آنها با مقابله..... ۴۲۴
- ۲۷: نظریه حفظ منابع..... ۴۳۹
- بخش پنجم: تقویت تندرستی فردی ..... ۴۵۵**
- ۲۸: تقویت تندرستی ذهنی..... ۴۵۷
- ۲۹: نجات از سرطان و اختلال استرس پس از حادثه مرتبط با سرطان و تغییر مثبت..... ۴۶۷
- ۳۰: خواب، کار و تندرستی..... ۴۷۹
- ۳۱: علائم خواب و علائم شناختی و خلقی در آنسفالومیلیت میالژیک / سندرم خستگی مزمن..... ۴۹۴
- ۳۲: شوخ یا شوخ‌تر؟..... ۵۱۷
- ۳۳: ایجاد منابع روان‌شناختی مثبت..... ۵۳۲
- بخش ششم: تقویت تندرستی سازمانی تندرستی جامعه ..... ۵۴۷**
- ۳۴: تندرستی در محله‌ها..... ۵۴۹
- ۳۵: ایجاد تندرستی در محل کار..... ۵۶۲
- ۳۶: تندرستی و زیبایی‌شناسی..... ۵۹۷
- ۳۷: طبقه اجتماعی، سلامت، استرس و بیماری قلبی..... ۶۲۳
- واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ..... ۶۳۹
- واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ..... ۶۴۳
- نمایه ..... ۶۴۷

## مقدمه

کری ال. کوپر و جیمز کمپبل کوئیک

سال ۲۰۱۵ صدمین سالگرد کتاب جریان‌ساز والتر برادفورد کانن با عنوان «تغییرات بدنی در رابطه با درد، گرسنگی، ترس و خشم: گزارشی از تحقیقات اخیر درباره عملکرد هیجانی عاطفی» است که اولین بار در سال ۱۹۱۵ منتشر شده و چندین بار تجدید چاپ شده است. این کتاب سنگ‌بنای دانش معاصر ما از «واکنش اضطراری» است، این اصطلاح اولین بار توسط کانن مورد استفاده قرار گرفت و بعدها تبدیل به اصطلاح «واکنش جنگ یا گریز» و «واکنش استرسی» شد. در حالی که کانن اولین کسی بود که اجزای سیستم عصبی سمپاتیک در ارتباط با واکنش را مشخص می‌کرد، اما هانس سلیه (۱۹۷۶) مسیر کانن را دنبال کرد و به کاوش اجزای سیستم غدد درون‌ریز در رابطه با واکنش پرداخت و تلاش کرد تا استرس را به مجموعه‌ای از بیماری‌هایی که به دلیل سازگاری ایجاد می‌شوند، ربط دهد. این دو نفر به عنوان فیزیولوژیست و پزشک، این امکان را برای ما فراهم کردند که بدانیم چگونه استرس می‌تواند ما را بیمار کند یا حتی منجر به مرگ یا ناتوانی زودهنگام شود. آنها رابطه بین استرس و سلامتی را مشخص کردند.

تحقیقات علمی ویژه و گسترده و همچنین تمرین‌های بالینی که بیشتر دهه‌های بعدی قرن بیستم را به خود اختصاص داد، جزئیات نقش استرس در رابطه با سلامتی و بیماری را مشخص کرد. استرس به صورت مستقیم یا غیرمستقیم با هفت علت از ده علت اصلی مرگ در ایالات متحده، انگلیس و تمام کشورهای توسعه یافته مرتبط است (کوپر و کوئیک، ۱۹۹۹؛ کوئیک و کوپر، ۲۰۰۳). این هفت علت به ترتیب عبارتند از: ۱ - بیماری قلبی، ۲ - سرطان، # - سکتة مغزی ۴ - جراحات، ۶ - خودکشی/قتل، ۹ - بیماری مزمن کبدی و ۱۰ - آمفیزم، برونشیت مزمن. بنابراین، در کشورهای توسعه یافته جهان، استرس نقش مهمی را در مرگ‌ومیر انسان‌ها ایفا می‌کند (مکیک-فری، کوئیک و نلسون، ۲۰۰۷)؛ یعنی استرس با طیف گسترده‌ای از بیماری‌های انسانی مرتبط است. برخلاف عارضه‌های عفونی یا مُسری، تعدادی از علل اصلی مرگ، ناشی از عارضه‌های مزمن سلامتی هستند که ناتوان‌کننده بوده و باعث طولانی‌تر شدن رنج پیش از مرگ می‌شوند. این موارد شامل بیماری‌های قلبی، سرطان، بیماری مزمن کبدی، آمفیزم و برونشیت مزمن هستند. استرس هم «چاشنی زندگی» و هم «بوسه مرگ» نامیده شده است. استرس یک سرفصل عالی در زمینه دانش و حوزه‌های برای تمرین و ممارست بالینی پزشکی و روان‌شناسی است.

با اینکه اجزای فیزیولوژیکی و پزشکی واکنش به استرس، از اساسی‌ترین اجزاء در رابطه بین استرس و سلامتی به حساب می‌آیند، اما برای اولین بار در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ روان‌شناسان کمک کردند تا درک کنیم چگونه استرس و فشار می‌تواند منجر به انواع اختلال‌های سلامتی شود. رابرت کاهن و همکارانش (۱۹۶۴) نشان دادند که چگونه استرس سازمانی (یعنی استرس روانی-اجتماعی ناشی از قرار گرفتن در سازمان‌های بزرگ صنعتی) می‌تواند منجر به افزایش رنج فردی و جمعی شود. تحقیقات کوپر و پاین (۱۹۷۸) باعث شد که مفهوم استرس و فرآیند آن، مستقیماً وارد محیط کار و طیف گسترده‌ای از مشاغل شود. در این زمینه ریچارد لازاروس (۱۹۶۷) سهم قابل توجهی داشته و در تحقیقات خود بر فرایند مقابله تأکید کرده است. با اینکه مقابله بهتر از عدم مقابله است، اما این مفهوم به طور کامل به جنبه مثبت استرس اشاره نمی‌کند. کوئیک و کوئیک (۱۹۸۴) با نظریه «مدیریت پیشگیرانه استرس»، مفاهیم پیشگیری در زمینه بهداشت عمومی را وارد حوزه استرس کردند و چارچوبی را برای مدیریت مشکلات مزمن استرس در سازمان‌ها ایجاد کردند.

باین‌حال، با نزدیک شدن به پایان قرن بیستم، کشف و کاوش ابعاد مثبت استرس، بیشتر مورد توجه قرار گرفت. جورج ویلانت (۱۹۷۷) کسی بود که برای اولین بار عنوان کرد سازگاری موفق با استرس، چیزی است که ما را قادر به ادامه زندگی، زندگی پربار و

شکوفایی می‌کند. دنبال‌کنندگان این مسیر به جستجوی ابعاد مثبت استرس پرداختند. سلیگمن (۱۹۹۰) این فرایند را با ترسیم علوم و راه کارهای عملی مربوط به خوش‌بینی آغاز کرد که پایه و اساس تأکید وی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا در دوران ریاست او بر انجمن روان‌شناسی آمریکا در اواخر دهه ۱۹۹۰ بود. تأکید بر نقاط قوت، ظرفیت‌ها پتانسیل‌های انسان، ما را به ابعاد مثبت استرس نزدیک‌تر کرده است.

شلی تیلور و همکارانش (۲۰۰۰) پیشرفت عمده‌ای را در تحقیقات مربوط به استرس ایجاد کردند و به بررسی ساختار واکنش «مراقبت و دوستی» در شرایط پراسترس پرداختند، این واکنش در زنان بسیار قوی‌تر از مردان است. این واکنش نجات‌بخش، یکی از عوامل مؤثر در افزایش امید به زندگی در زنان در مقایسه با مردان است. یکی دیگر از ابعاد مثبت استرس با مفهوم استرس چالشی، در اوایل این قرن مطرح شد که نقطه مقابل استرس بازدارنده است (لپین، پادساکوف و لپین، ۲۰۰۵). استرس چالشی، یک استرس مثبت است، زیرا قدرت ما را افزایش داده و ظرفیت‌های سازگاری ما را توسعه می‌دهد و باعث می‌شود همانطور که ویلانته گفت، زندگی کنیم و شکوفا شویم.

این ریشه‌ها و مبانی تاریخی، زمینه را برای تحقیقات و کار بالینی در رابطه با استرس و سلامت فراهم می‌کنند. در این کتاب جامع به بررسی آخرین تحقیقات درباره رابطه بین استرس و انواع پیامدهای سلامتی، نظریه‌ها و فرآیندها، عوامل تعدیل‌کننده و مطالعات مربوط به اقدامات مداخله‌ای جهت بهبود نتایج سلامتی می‌پردازیم. بخش‌های ۱ تا ۳ به بررسی نظریاتی می‌پردازند که استرس را با بیماری مرتبط کرده‌اند. همچنین در این بخش‌ها خلاصه‌ای از تحقیقات مربوط به هر کدام از پیامدهای سلامتی (همانند بیماری قلبی، انواع سرطان و غیره) ارائه شده و به برخی از عوامل تعدیل‌کننده (همانند الگوی رفتاری نوع A، کانون کنترل) اشاره شده است. بخش‌های ۴ تا ۶ نظریه‌ها یا مدل‌های مختلف در رابطه با اقدامات مداخله‌ای را بررسی کرده و همچنین مطالعات مداخله‌ای که تلاش می‌کنند اثرات بیماری‌زای استرس را کاهش دهند، مورد بررسی قرار می‌گیرند. همچنین این بخش‌ها به بررسی راهبردهای پیشگیرانه جهت بهبود تندرستی در زمینه‌های مختلف (همانند خانواده، کار، جامعه) می‌پردازند.

بخش‌های ۱ تا ۳ بر مجموعه‌ای از نظریه‌های مربوط به استرس و ارتباط آنها با پیامدهای بیماری تمرکز دارند. این بخش‌ها شامل ۲۰ فصل هستند که موارد زیر را مورد بررسی قرار می‌دهند: نظریه‌های مربوط به استرس و فرآیندهای سلامتی، بیماری‌هایی که استرس نقش مستقیم یا غیرمستقیمی در بروز آنها دارد و در آخر عوامل تعدیل‌کننده فرایند استرس.

واژه استرس به شکل خلاقانه‌ای مهم است و هیچ تعریفی در رابطه با آن وجود ندارد که به صورت جهانی مورد توافق باشد. بنابراین، بخش ۱ شامل مجموعه‌ای از فصل‌ها است که چارچوب‌های نظری مورد استفاده در این زمینه و کاربرد آنها به عنوان مکانیزم‌های ساماندهی راه، ارائه می‌دهند: از مدل «مطالبات / کنترل / پشتیبانی اجتماعی» لارنت لوی گرفته تا مدل «عدم تعادل بین تلاش و پاداش» یوهانس سگریست و مدل کلاسیک «فرسودگی شغلی» کریستینا ماسلاچ.

همانطور که پیش‌تر اشاره شد، هانس سلیه ارتباط استرس با انواع بیماری‌هایی را که به دلیلی سازگاری نامناسب ایجاد می‌شوند، مشخص کرد. بنابراین، بخش ۲ شامل فصل‌هایی است که به بررسی استرس، به عنوان یک عامل خطر ساز، می‌پردازند. استرس به صورت مستقیم یا غیرمستقیم در طیف وسیعی از بیماری‌های انسانی که منجر به عوارض بیماری یا مرگ‌ومیر می‌شوند، نقش دارد. در نتیجه، فصل‌هایی در رابطه با بیماری قلبی، سرطان، سلامت روان، سندروم خستگی مزمن، فرسودگی شغلی، بیماری‌های غدد درون‌ریز، آسیب‌های عضلانی / اسکلتی، اختلالات خوردن و خستگی مراقبت‌کننده ارائه شده است.

سپس، بخش ۳ شامل فصل‌هایی درباره مجموعه عوامل تعدیل‌کننده‌ای است که بر رابطه بین استرس و بیماری تأثیر می‌گذارند، همانند کانون کنترل، تفاوت‌های جنسیتی، پیش‌زمینه‌های شخصیتی و وضعیت اجتماعی / اقتصادی.

بخش‌های ۴ تا ۶ شامل ۱۷ فصل است که تمرکز آنها بر نظریه‌های مقابله، پیشگیری و تحقیقات مربوط به اقدامات مداخله‌ای در زمینه استرس، واکنش استرسی و فرایند استرس است. بخش ۴ شامل مجموعه‌ای از فصل‌ها در زمینه فرایند مقابله‌ای و همچنین فصل‌هایی درباره تحقیقات و اقدامات مداخله‌ای در رابطه با مجموعه‌ای از اختلال‌های سلامتی است که به دلیل تجربه استرس آغاز شده یا پیشرفت کرده‌اند. تحقیقات در زمینه اقدامات مداخله‌ای، عقب‌تر از علوم پایه به رابطه بین استرس و بیماری پرداخته‌اند.

بالین حال، پیشرفت‌های حاصل شده در چنددهه گذشته باعث تغییر جریان همه‌گیرشناسی استرس شده است و مجموعه‌ای از راه‌کارهای مبتنی بر شواهد، در حال ادغام کردن خود با راه‌کارهای پزشکی، روان‌شناسی و سلامت رفتاری هستند. بخش ۵ از این کتاب شامل مجموعه‌ای از فصل‌ها درباره پیشگیری، مدیریت استرس مثبت و بهبود تندرستی است. در نهایت بخش ۶ شامل چهارفصل درباره مدیریت پیشگیرانه استرس و بهبود تندرستی از دیدگاه سازمانی و اجتماعی است.

## منابع

- Cannon, W. B. (1915). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage: An Account of Recent Researches into the Function of Emotional Excitement*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Cooper, C. L., and Payne, R. (1978). *Stress at Work*. New York: Wiley.
- Cooper, C. L., and Quick, J. C. (1999). *Fast Facts: Stress and Strain*. Oxford: Health Press.
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., and Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity*. New York: Wiley.
- Lazarus, R. S. (1967). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- LePine, J. A., Podsakoff, N. P., and LePine, M. A. (2005). A meta-analytic test of the challenge stressor-hindrance stressor framework: An explanation for inconsistent relationships among stressors and performance. *Academy of Management Journal*, 48(5), 764–775.
- Macik-Frey, M., Quick, J. C., and Nelson, D. L. (2007). Advances in occupational health: From a stressful beginning to a positive future. *Journal of Management*, 33(6), 809–40.
- Quick, J. C., and Cooper, C. L. (2003). *FAST FACTS: Stress and Strain*, 2nd edn. Oxford: Health Press.
- Quick, J. C., and Quick, J. D. (1984). *Organizational Stress and Preventive Management*. New York: McGraw-Hill.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned Optimism*. New York: Knopf.
- Selye, H. (1976). *Stress in Health and Disease*. Boston: Butterworth.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R., and Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107(3), 411–429.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaption to Life*. Boston: Little, Brown.

# بخش اول

نظریه‌ها

# پر کردن شکاف بین علم و سیاست و شکاف بین سیاست و اجرای آن

یک چالش مهم

لنارت لوی

اجتماعی و اقتصادی و انتقال آنها توسط فرایندهای سیستم عصبی مرکزی یا رفتار انسان نیز می‌تواند تأثیرات مشابهی را ایجاد کند بسیار دشوارتر است، درحالی که امکان ثابت کردن این نظریه و حتی پذیرش آن وجود دارد (کاراسک و تئورل، ۱۹۹۰؛ کامپیر و لوی، ۱۹۹۴؛ لوی، ۱۹۷۱؛ ۱۹۷۲؛ ۱۹۷۹؛ ۱۹۸۱؛ ۲۰۰۰a؛ لوی و اندرسون، ۱۹۷۴؛ شیمومیتسو، ۲۰۰۰؛ بلک، ۲۰۰۸؛ اداره دولتی علوم، ۲۰۰۸).

هر روز و در همه‌جا تصمیمات مربوط به موضوعات بزرگ و کوچکی که تأثیر مستقیم یا غیرمستقیمی بر سلامت و تندرستی دارند گرفته می‌شوند. ممکن است این تصمیمات یا فقدان آنها در رابطه با فرایندهای «تشخیصی» و یا انواع مختلف فرایندهای «درمانی»، «پیشگیرانه»، «تقویتی» و «تسکین‌دهنده» باشد. یک چالش جهانی که در تمام سطوح دولتی و مدیریتی در این رابطه وجود دارد اجرای تصمیمات به شیوه‌ای انسانی، پایدار، یکپارچه و مبتنی بر شواهد است. همان‌طور که در مثال‌های تاریخی زیر نشان داده خواهد شد ممکن است این موضوع بسیار دور از واقعیت باشد.

## نمونه‌های مشهوری از شکاف‌های پرهزینه

تقریباً ۲۵۰۰ سال پیش سقراط از خدمت در ارتش بازگشت تا به هم‌وطنان یونانی خود بگوید که تمدن تراکی‌ها از یک لحاظ

«شغل‌های بیشتر و بهتر». این سنگ بنای راهبرد اتحادیه اروپا جهت اجرای توسعه پایدار برای ۵۰۸ میلیون نفر ساکنان این منطقه است و به درستی که وجود شغل‌های بیشتر و بهتر می‌تواند اساس توسعه پایدار باشد. با این حال ۶۰ سال تجربه تحقیق و تدریس فعال و همچنین ۴ سال تجربه حضورم در مجلس سوئد و از طریق اجلاس‌ها، سخنرانی‌ها، نشریات و مناظره‌های بی‌شمار با همکاران محقق، نمایندگان مجلس و وزیران کابینه به من آموخته است که شکاف بزرگ و عمیقی بین دانش علمی و تبدیل آن به تصمیمات سیاسی وجود دارد. همچنین شکاف بزرگی بین این سیاست‌ها و اجرای موفق آنها وجود دارد (برای مقایسه به نوشته لوی، ۲۰۱۶ مراجعه کنید).

این «شکاف بین علم و سیاست و شکاف بین سیاست و اجرای آن» به تأخیرهای غیرضروری و مشکلات موجود در زمینه تبدیل دانش علمی به سیاست و تصمیم‌گیری و همچنین به موضوع مهم دیگر یعنی تأخیر در اجرای تصمیمات (و در نهایت تأخیر در ارزیابی آنها) اشاره دارد.

این موضوع به‌طور گسترده پذیرفته شده است که قرار گرفتن در معرض طیف وسیعی از عوامل فیزیکی، بیولوژیکی و شیمیایی مانند قرار گرفتن در معرض باکتری‌ها، ویروس‌ها، پرتوهای یونیزه‌کننده، ایاف کوتاه‌آزبست، سرب، جیوه و حلال‌های آلی می‌تواند به سلامتی و تندرستی آسیب برساند اما پذیرش این نظریه که تأثیرات روانی / اجتماعی ناشی از شرایط



حتی در سال‌های اخیر نیز مشکلات قابل توجهی در این زمینه به وجود آمده است که دو نمونه از آن عنوان می‌شود (اشمیت، ۱۹۸۸). در سال ۱۹۲۹ ورنر فورسمن ۲۵ ساله با موفقیت کاتریناسیون قلب را روی خودش انجام داد. او که با موفقیتش انگیزه پیدا کرده بود با یکی از جراحان معروف جهان یعنی پروفسور فردیناند ساوربروچ تماس گرفت و پیشنهاد کرد که بر اساس یافته‌های وی تحقیقات گسترده‌تری انجام شود. پروفسور در پاسخ به پیشنهاد وی گفت: «با چنین ترفندهایی شما مناسب کار در یک سیرک هستید نه شایسته کار در یک درمانگاه» اما فورسمن پافشاری کرد و تبدیل به یکی از بنیان‌گذاران علم مدرن تشخیص بیماری‌های قلبی و عروقی شد. او در سال ۱۹۵۶ جایزه نوبل را در رشته فیزیولوژی پزشکی دریافت کرد.

در سال ۱۸۹۲ کارل لودویگ اشلی ۳۳ ساله کشف انقلابی خود در رابطه با بی‌حسی موضعی را در کنگره جراحی در برلین ارائه داد و عنوان کرد «با دسترسی به روش‌های بی‌خطر می‌توانیم هر زمان که بی‌حسی موضعی کافی باشد به دلایل اعتقادی، اخلاقی و قانونی آن را جایگزین بیهوشی عمومی خطرناک کنیم». روش مداخله خفیف وی باعث ایجاد طوفانی از عصبانیت در میان حاضران شد. رئیس جلسه خطاب به حاضران گفت: «آیا کسی در رابطه با حقیقی بودن موضوعی که همین الان به سمت ما پرتاب شد متقاعد شده است؟ اگر بله لطفاً دست خود را بلند کنید». هیچ‌کس عکس‌العملی نشان نداد. سال‌ها طول کشید تا کشف اشلیج تأیید شود و در سراسر جهان به نفع تعداد بی‌شماری از بیماران به اجرا درآید.

## موانع

در طول قرن گذشته و قرن حاضر ما از آرمان تسلط یک فرد بر کل قلمرو دانش بشر چشم‌پوشی کرده و آن را با آموزش افراد به عنوان متخصص جایگزین کرده‌ایم. این آموزش باعث شده که هر کدام از ما تا حدی در رشته خودمان محدود باشیم که حتی اصول اساسی رشته‌های دیگر و تصویر کلی پیچیده‌تر را نادیده بگیریم. تخصصی شدن و قطعه‌قطعه شدن علوم به طور فزاینده مشکلاتی را در رابطه با تغییرات سریع و مستمر شرایط بهداشت عمومی در سراسر جهان ایجاد کرده است. در حال

از تمدن یونانیان جلوتر است: تراکی‌ها می‌دانستند که بدون درمان ذهن نمی‌توان بدن را درمان کرد. او در ادامه می‌گوید «به همین دلیل است که درمان بسیاری از بیماری‌ها برای پزشکان یونانی ناشناخته است، زیرا آنها کل را نادیده گرفته‌اند» (به نقل از دانبار، ۱۹۵۴؛ صفحه ۳). در همین راستا تقریباً ۲۰۰۰ سال بعد پاراکلسوس تأکید کرد که «پزشکی واقعی فقط از دانش خلاقانه برگرفته از جدیدترین و عمیق‌ترین قدرت‌ها در کل کائنات ایجاد می‌شود» (۱۹۵۴؛ صفحه ۳). شاید این اظهارات نمایانگر درکی زود هنگام و درونی از چیزی باشد که امروزه از آن به عنوان رویکردهای بوم‌شناختی، سایبرنتیک، سیستمی و ایده «سلامت در همه سیاست‌ها» یاد می‌کنیم.

یکی دیگر از نمونه‌های مستند در رابطه با روش‌های بسیار طولانی و پریچ‌وخم برای پر کردن شکاف بین علم و سیاست بحثی است که توسط بارون (۲۰۰۹) مطرح شده است. وی در بحث جالب خود در رابطه با بیماری اسکوربوت در بین دریانوردان به بررسی گزینه‌های درمان و پیشگیری موفق این بیماری با مصرف مرکبات پرداخته است. در طول قرن‌ها بسیاری از دریانوردان، برخی از پزشکان کشتی و تعداد کمی از پزشکان آموزش دیده در دانشگاه از طریق استفاده از پرتقال و لیمو به درمان بیماری اسکوربوت پرداختند. در سال ۱۷۵۳ جیمز لیند روش درمانی آینده‌نگر خود را که در سال ۱۷۴۷ مورد آزمایش قرار داده بود توصیف کرد. با اینکه این روش کاملاً قابل اعتماد نبود اما گزارش وی باعث شد تا توماس تروتر و گیلبرت بلین در سال ۱۷۹۳ نیروی دریایی انگلیس را ترغیب کنند تا با مصرف اجباری آب‌لیمو بیماری اسکوربوت را از بین ببرند، تا اینکه در سال ۱۸۶۰ زمانی که آب‌لیمو ترش جایگزین آب‌لیمو شد و این بیماری بازگشت. این عدم آگاهی باعث شد که در طول قرن‌ها و از زمان میسر شدن و رواج سفرهای طولانی دریایی تعداد بی‌شماری از دریانوردان جان خود را بی‌دلیل از دست بدهند.

نمونه‌های دیگری در رابطه با مجادلات بین دانشمندی همانند گالیه، داروین و روحانیان ارائه شده است. در این مجادلات کشفیات دانشمندان از سوی روحانیان بدعت تلقی شده و ممنوع می‌شد یا دانشمندان مورد مجازات قرار می‌گرفتند.

می‌دانند و این استرس تقریباً نیمی از کل روزهای کاری را در برمی‌گیرد. خطرات روانی اجتماعی ناشی از طراحی، سازمان‌دهی و مدیریت ضعیف کار و همچنین بستر اجتماعی ضعیف برای کار ممکن است منجر به پیامدهای منفی روانی، جسمی و اجتماعی همانند استرس ناشی از کار، فرسودگی، افسردگی و عوارض قلبی عروقی و اسکلتی عضلانی شود. عوامل استرس‌زایی که معمولاً وجود دارند عبارت‌اند از بار کاری بیش از حد، تقاضاهای متناقض، ناامنی شغلی، آزار و اذیت روانی، جنسی و مزد کم در برابر تلاش‌های انجام شده (بنیاد و آژانس اروپایی ایمنی و بهداشت در محل کار، ۲۰۱۴).

ممکن است این «رابطه علت و معلولی» به دلیل طیف وسیعی از روابط باشد. به عبارت دیگر ممکن است به این معنا باشد که قرار گرفتن در معرض یک پدیده خاص برای ایجاد یک بیماری خاص ضروری باشد (مانند قرار گرفتن در معرض سرب که باعث مسمومیت با سرب می‌شود)، یا کافی باشد و هیچ نیازی به تأثیرات و آسیب‌پذیری‌های دیگر وجود نداشته باشد و یا ممکن است قرار گرفتن در معرض یک پدیده خاص نه ضروری باشد و نه کافی، بلکه کمک‌کننده باشد.

همچنین این سؤال مطرح است که آیا قرار گرفتن در معرض یک پدیده واقعاً باعث ایجاد یک بیماری خاص می‌شود یا «فقط» آن را تشدید می‌کند، روند آن را تسریع می‌کند و یا موجب بروز علائم آن می‌شود. اگر همه این گزینه‌ها را در نظر داشته باشیم مشخص می‌شود که ممکن است مواجهه با پدیده‌های خاص در رابطه با کار پیش‌نیاز ایجاد بیماری‌های شغلی خاص به عنوان امری ناگزیر باشد. از طرف دیگر مشخص خواهد شد که ممکن است قرار گرفتن در معرض پدیده‌های خاص به طیف گسترده‌ای از عوارض و مرگ‌ومیرها کمک کند و این طیف ممکن است بسیار وسیع‌تر از چیزی باشد که معمولاً در نظر گرفته می‌شود.

### پیشگیری

بنابراین سؤال اساسی این است که چگونه می‌توان در محل کار و در اماکن دیگر از چنین روندهایی جلوگیری کرد و سلامت و رفاه را ارتقا داد؟ این کار می‌تواند بر اساس اصول مندرج در دستورالعمل چارچوب اتحادیه اروپا و یا دستورالعمل‌های مشابه

حاضر بسیاری از قاتلان اصلی بیماری‌های مزمن و حاد هستند. سبب‌شناسی، بیماری‌زدایی و اثرات این بیماری‌ها بسیار پیچیده است و درمان آنها صرفاً با مداخلات پزشکی ساده امکان‌پذیر نیست (به نوشته لوی، ۲۰۰۹ مراجعه کنید).

همچنین به نظر می‌رسد که می‌توان بسیاری از عوارض و مرگ‌ومیرهای زودرس را پیشگیری کرد اما این امر مستلزم اقدامی فراتر از اقدامات بخش مراقبت بهداشتی بوده و ممکن است مستلزم توانمندسازی مردم باشد. حوزه‌های خارج از زمینه‌های سنتی بهداشت و درمان که اهمیت زیادی برای سلامتی و بهزیستی ما دارند عبارت‌اند از: آموزش، اشتغال، محیط کار، منابع اقتصادی، مسکن، حمل‌ونقل و ارتباطات، اوقات فراغت و تفریح، روابط اجتماعی، منابع سیاسی، ایمنی، امنیت و برابری («و این یعنی سلامت در کلیه سیاست‌ها»).

### نیم‌قرن پیش چه اطلاعاتی در رابطه با «استرس و سلامتی» وجود داشت؟

نویسنده این کتاب ۶۰ سال پیش کار خود را به عنوان محقق در این زمینه آغاز کرد. حتی در آن زمان یعنی در اواسط دهه ۱۹۵۰ شواهد زیادی در رابطه با تأثیر ساختارها و فرایندهای اجتماعی بر سلامت وجود داشت (به نوشته سلی، ۱۹۵۰؛ دانبار، ۱۹۵۴؛ وولف و گودل، ۱۹۶۸ و هنری و استفنز، ۱۹۷۷ مراجعه کنید).

پس از آن گردهمایی‌های بسیاری برگزار (برای مثال، پنج گردهمایی یک هفته‌ای بین‌المللی و میان‌رشته‌ای با عنوان «جامعه، استرس و بیماری» برای سازمان بهداشت جهانی و دانشگاه اوپسالا، پیمان اروپا برای سلامت روان و بهزیستی در سال ۱۹۹۳ در بروکسل و در سال ۲۰۰۸ در هلسینکی، بیست و هفتمین مجمع جهانی بهداشت ژنو در سال ۱۹۷۴، کمیته مشترک سازمان بین‌المللی کار/سازمان بهداشت جهانی در زمینه بهداشت حرفه‌ای در سال ۱۹۸۶) و کتاب‌ها و کتابچه‌هایی (برای مثال، کتاب: لوی، ۱۹۷۱؛ ۱۹۷۵؛ ۱۹۷۸؛ ۱۹۸۱؛ ۱۹۸۷) منتشر شد.

اکنون و در سال ۲۰۱۶ می‌بینیم که استرس ناشی از کار و علل و پیامدهای آن هنوز هم در بسیاری از کشورها رایج است. حدود نیمی از کارگران استرس را امری رایج در محل کار خود

در زمینه ایمنی و سلامت در محل کار انجام شود که بر اساس آن کارفرمایان وظیفه دارند بر اساس اصول کلی پیشگیری زیر «از هر نظر امنیت و سلامت کاری کارگران را تضمین کنند»:

- اجتناب از خطرات؛
- ارزیابی خطراتی که نمی‌توان از آنها جلوگیری کرد؛
- مبارزه با منبع خطرات موجود؛
- تطبیق کار با فرد.

برای اجرای این کار استراتژی‌ها باید به علل اصلی بپردازند (پیشگیری اولیه) تا اثرات آن بر سلامتی را کاهش دهند (پیشگیری ثانویه) و همچنین بیماری ناشی از آن را درمان (پیشگیری ثالث) کنند (کوییک، کوییک، نلسون و هورل، ۱۹۹۷). بر این اساس در ماده ۱۵۲ از پیمان اروپایی آمستردام عنوان شده است که «باید سطح بالایی از محافظت از سلامت انسان در تعریف و اجرای کلیه سیاست‌ها و فعالیت‌های جامعه تضمین شود».

همان‌طور که در راهنمای کمیسیون اروپا در زمینه استرس مرتبط با کار ذکر شده است (لوی، ۲۰۰۰a) برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های مرتبط با کار می‌تواند اهداف مختلفی را هدف قرار دهد و مبتنی بر فلسفه‌های مختلفی باشد. برای مثال اگر در شرایط کار «کفش» مناسب «پا» کارگر نباشد یکی از رویکردهای احتمالی می‌تواند ترغیب «کارخانه‌های کفش» به تولید انواع بیشتری از کفش در اندازه‌های مختلف و پیکربندی‌های متناسب با همه مدل‌های پا باشد. در صورت امکان دستورالعمل‌های «کارخانه‌های کفش» باید بر اساس شواهد یعنی بر اساس اندازه‌گیری یک نمونه تصادفی از همه مدل‌های پا، تمام کفش‌ها و تمام تناسب‌های موجود باشد. این اولین قدم «تشخیصی» در رویکرد پیشگیری اولیه در سطح یک جمعیت است.

رویکرد دیگری که مبتنی بر پیشگیری اولیه است یافتن «کفش» مناسب برای هر «پا» است، یعنی قرار دادن «شخص مناسب در جای مناسب».

رویکرد مکمل سوم این است که صاحب هر پا باید به یک «وسیله قالب‌گیری» برای تنظیم کفش‌های موجود و متناسب

کردن آن با پاهای خود دسترسی داشته و به استفاده از آن ترغیب شود. در اینجا تأکید بر توانمندسازی کارگران فعال و مسئولی است که توانایی، تمایل و انگیزه لازم برای بهبود شرایط کاری خود را دارند تا تناسب کار با کارگر بهبود یابد.

رویکرد چهارم که رویکرد بسیار مهمی است می‌تواند به موضوع نابرابری پاهای مختلف در کفش‌های مختلف بپردازد (به نوشته مارموت، ۲۰۰۴؛ ۲۰۱۵ مراجعه کنید). این رویکرد نمونه مؤثری برای پر کردن موفقیت‌آمیز شکاف بین دانش و سیاست است اما متأسفانه اثربخشی کمتری برای پر کردن شکاف بین سیاست و اجرای آن دارد. تحقیقات مارموت (۲۰۱۵) متمرکز بر ایجاد زنجیره‌ای از علت‌های بیماری در محیط اجتماعی بود و شامل اثرات روانی اجتماعی، مسیرهای بیولوژیکی، رفتاری و عوارض و مرگ و میر در انواع بیماری‌های جسمی و روانی می‌شد. او تا حدودی به موفقیت باور نکردنی دست یافت و رهبران سازمان بهداشت جهانی را مجاب کرد که از ایده‌ها و یافته‌های واقعی او حمایت کنند.

در همین راستا و با ابتکار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۱ تعداد زیادی از سران دولت، وزرا و نمایندگان دولت در ریودوژانیرو گرد هم آمدند و از طریق «بیانیه سیاسی ریو در مورد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت» عزم خود را برای دستیابی به برابری اجتماعی و سلامت از طریق اقدام در مورد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت و رفاه با یک رویکرد جامع و مشترک بیان کردند (اجلاس جهانی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، ۲۰۱۱). در سال بعد شصت و پنجمین مجمع جهانی بهداشت این بیانیه و توصیه‌های مفصل آن را تأیید کرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲) که این اقدام نشان‌دهنده افزایش همکاری سازمان ملل و آژانس‌های شریک آن برای دستیابی به این هدف و افزایش حمایت کشورهای عضو برای استفاده از رویکرد جامع «سامت برای همه» بود.

## هیاھوی زیاد و تاثیر اندک؟

تاکنون بحث‌های زیادی درباره پیشگیری اولیه و ارتقای سلامت شغلی وجود داشته است اما اکثر رویکردهای پیشگیری از استرس در جهت پیشگیری ثانویه یا ثالث هستند (مالزون و لیندسی، ۱۹۹۲). اکثر رویکردهای مبتنی بر پیشگیری ثانویه یا

و پشتیبانی از کارکنان و

- **رضایت شغلی:** طراحی وظایف شغلی به نحوی که دارای مفهوم باشند، انگیزه ایجاد کنند و فرصتی را برای استفاده از مهارت‌های موجود و توسعه مهارت‌های جدید فراهم کنند.

اکنون سؤال کلیدی که در این زمینه وجود دارد این است که از نظر مواجهه با عوامل استرس‌زای کاری و نابرابری در مواجهه با این عوامل واقعاً چه چیزی قابل پیشگیری است. بسیاری از کارها ذاتاً پر استرس هستند اما باید به نفع عموم انجام شوند، برای مثال کار شبانه در بخش اورژانس. همچنین می‌توان در این مورد بحث کرد که چه میزان از واکنش به این عوامل استرس‌زا به تقاضاهای شغلی بیش از حد مربوط است و چه میزان از آن به آسیب‌پذیری فردی کارگر. با این حال در عمل حجم زیادی از عوامل استرس‌زای شغلی وجود دارد که اکثریت نیروی کار آنها را به عنوان عوامل مضر و بیماری‌زا تجربه خواهند کرد. این به نفع همه در بازار کار است که تا حد امکان از مواجهه کارگران با عوامل استرس‌زا پیشگیری کنند. اگر به هر دلیلی این امر امکان‌پذیر نباشد رویکردی دیگری که پیشنهاد می‌شود تلاش برای کاهش زمان مواجهه با عوامل استرس‌زا یا جلوگیری از اثرات مضر آن یا کاهش این اثرات است (به نوشته لوی، ۲۰۰۹؛ مراجعه کنید).

پیشگیری ثانویه و ثالث می‌تواند شامل بهبود وضعیت مقابله کارگران نیز باشد. اگر نمی‌توان «آب‌های عمیق و خروشان» را حذف کرد باید تلاش کرد تا به افراد «شنا» یاد داد؛ این یعنی مقابله کردن. مقابله یک فرآیند شناختی و رفتاری برای تسلط، تحمل یا کاهش مطالبات داخلی و خارجی است (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). این مقابله می‌تواند متمرکز بر مشکل (تلاش برای تغییر مواجهه واقعی)، متمرکز بر احساسات (تلاش برای تغییر احساسات ناشی از مواجهه) یا هر دو باشد.

## ابتکارات اتحادیه اروپا

در سال ۱۹۹۳ رئیس بلژیکی اتحادیه اروپا، کمیسیون اروپا و بنیاد اروپایی بهبود شرایط زندگی و کار به صورت مشترک یک اجلاس سطح بالا را با عنوان «استرس در کار / فراخوانی برای

ثالث شامل مواردی از این قبیل هستند: تهیه تسهیلات تناسب اندام در محل کار، برنامه‌های ترک سیگار، کنترل رژیم غذایی، کلاس‌های ورزش و تمدد اعصاب، غربالگری سلامت، مشاوره روان‌شناختی یا گاهی ترکیبی از این بسته‌ها که تحت عنوان یک برنامه چندبخشی در اختیار کارمندان قرار می‌گیرد (کارترایت، کوپر و مورفی، ۱۹۹۵؛ کامپیر و کوپر، ۱۹۹۹). این رویکرد اصطلاحاً «چسب زخمی» صرفاً مشابه دادن «چسب میخچه» به افرادی است که پا درد دارند یا به معنای ارائه مسکن، آرام‌بخش یا روان‌درمانی برای مقابله با پیامدهای عدم تناسب کارگر با شرایط کار است (به نوشته لوی، ۲۰۰۹ مراجعه کنید). این موضوع به هیچ وجه به معنای انتقاد از رویکردهای پیشگیری ثانویه و ثالث نیست، به خصوص تا زمانی که رویکرد پیشگیری ثالث بخشی از یک بسته بزرگ‌تر را تشکیل می‌دهد که شامل پیشگیری اولیه نیز می‌شود.

مشکل آشکاری که در رابطه با پیشگیری اولیه وجود دارد در این حقیقت نهفته است که «یک سایز مناسب همه نیست». مشکل اینجاست که ما به یک رویکرد چندبعدی برای پیشگیری از استرس و ارتقای شرایط کار سالم در شرکت‌ها نیاز داریم. مؤسسه ملی ایمنی و سلامت شغلی آمریکا در استراتژی ملی خود برای پیشگیری از اختلالات روانی مربوط به کار تلاش کرد تا چنین رویکردی را طراحی کند (ساتر، مورفی و هرل، ۱۹۹۰). این رویکرد به موارد زیر می‌پردازد:

- **اضافه‌بار کاری و سرعت کار:** اجتناب از بار کاری کم و بار کاری زیاد، ارائه فرصت برای استراحت پس از انجام وظایف سخت و افزایش کنترل کارمندان بر ویژگی‌های مختلف کاری؛
- **زمان بندی کار:** طراحی برنامه زمان‌بندی جهت تطابق با خواسته‌ها و مسئولیت‌های خارج از کار و کنار آمدن با مسائل مربوط به ساعات کاری تغییرپذیر، کار اشتراکی و نوبت‌های کاری چرخشی؛
- **آینده شغلی:** اجتناب از ابهام در رابطه با فرصت‌های ارتقای و پیشرفت کاری یا مهارتی و موضوعات مربوط به امنیت شغلی؛
- **محیط اجتماعی:** فراهم آوردن فرصت‌هایی برای تعامل

مشارکت کارکنان و تنوع در زندگی کاری.

## پیمان اروپا

در سال ۲۰۰۸ یک پیمان اروپایی در زمینه سلامت روان و بهزیستی توسط تعداد زیادی از تصمیم‌گیرندگان و دانشمندان عالی‌رتبه اروپا امضاء شد. این پیمان در رابطه با سلامت شغلی می‌گوید:

اشتغال برای سلامتی جسم و روان مفید است. سلامت روان و رفاه نیروی کار منبع اصلی کارآمدی و نوآوری است. سرعت و ماهیت کار دائماً در حال تغییر است و این امر فشارهایی را بر سلامت روان و رفاه وارد می‌کند. باید اقداماتی برای مقابله با افزایش مداوم غیبت از کار، ناتوانی و استفاده از پتانسیل‌های استفاده نشده جهت بهبود کارآمدی مرتبط با استرس و اختلالات روانی انجام شود. محیط کار نقش مهمی را در جای‌گیری اجتماعی افراد دارای مشکل در سلامت روان ایفا می‌کند.

از سیاست‌گذاران، شرکای اجتماعی و ذینفعان دیگر دعوت می‌شود تا در زمینه سلامت روان در محیط کار اقداماتی مانند موارد زیر را به انجام برسانند:

- بهبود سازمان‌دهی کار، فرهنگ‌های سازمانی و شیوه‌های رهبری جهت ارتقای سلامت روانی در محل کار از جمله وفق دادن کار و زندگی خانوادگی؛
- اجرای برنامه‌هایی در زمینه سلامت روان و رفاه همراه با برنامه‌های مربوط به ارزیابی ریسک و پیشگیری از موقعیت‌هایی که می‌تواند اثرات سوء بر سلامت روان کارگران داشته باشد (استرس، رفتارهای سوءاستفاده‌آمیز همانند خشونت یا آزار و اذیت در محل کار، الکل، مواد مخدر) و همچنین اجرای طرح‌های مداخله زود هنگام در محل کار؛
- انجام اقدامات لازم برای حمایت از استخدام، نگهداری یا توان‌بخشی و بازگشت به کار افراد دارای مشکلات یا اختلال‌های روانی (اتحادیه اروپا، ۲۰۰۸).

اقدام «سازمان‌دهی کردند. تأکید این اجلاس بر تأثیر فزاینده استرس بر کیفیت زندگی کاری، سلامت کارکنان و عملکرد شرکت‌ها بود (یوروفاند، ۱۹۹۳). بر اساس این بررسی‌ها کمیسیون اروپا یک گروه تک منظوره در زمینه «استرس در کار» را در کمیته مشورتی بهداشت و ایمنی تشکیل داد و کمیته مشورتی (۱۹۹۷) از طریق کمیسیون «راهنما» آمادگی خود در این زمینه را اعلام کرد.

این راهنما (لوی، ۲۰۰۰a) تأکید می‌کند که بر اساس دستورالعمل چارچوب اتحادیه اروپا کارفرمایان «وظیفه دارند تا ایمنی و سلامت کارگران در تمام جنبه‌های مربوط به کار را تضمین کنند». همچنین این راهنما وظیفه کارفرمایان برای توسعه «یک سیاست پیشگیری کلی و منسجم» را مشخص می‌کند. بر اساس نظرات‌های صورت گرفته بر محیط‌های کاری و نظارت در سطح ملی و منطقه‌ای برای پیشگیری یا مقابله با استرس مربوط به کار به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از یک سیستم مدیریت کلی حتی در شرکت‌های کوچک و متوسط نیز باید اقدام به طراحی مجدد کار (مثلاً از طریق توانمندسازی کارکنان و اجتناب از بار کاری زیاد یا کم)، بهبود پشتیبانی اجتماعی و ارائه پاداش منطقی برای تلاش‌های انجام شده توسط کارگران نمود. البته می‌توان این پیشگیری و مقابله را از طریق متناسب کردن ویژگی‌های فیزیکی شغلی با توانایی‌ها، نیازها و انتظارات منطقی کارگران انجام داد.

اقدامات حمایتی نه تنها باید شامل تحقیقات باشد بلکه باید شامل تطبیق برنامه درسی مدارس کسب و کار، مدارس فناوری، پزشکی، علوم رفتاری و اجتماعی، تطبیق آموزش و بازآموزی بازرسان کارگری، مأموران بهداشت شغلی و مدیران و سرپرستان با چنین اهدافی باشد. این رویکرد کلی در نتیجه‌گیری رئیس سوئدی اتحادیه اروپا نیز مورد تأیید قرار گرفت (شورای وزیران اروپایی، ۲۰۰۱) که بر اساس آن موضوع اشتغال نه تنها شامل تمرکز بر مشاغل بیشتر بلکه تمرکز بر مشاغل بهتر نیز می‌شود. باید تلاش‌های بیشتری برای ترویج محیط کار خوب برای همه انجام شود، از جمله فرصت‌های برابر برای افراد دارای معلولیت، برابری جنسیتی، سازمان‌دهی کاری خوب و انعطاف‌پذیر که امکان تلفیق بهتر کار و زندگی شخصی را فراهم کند، یادگیری مادام‌العمر، سلامت و امنیت در کار،

نهایتاً باید یک رویکرد جامع برای مقابله با چالش‌های پیچیده اجتماعی و محیط کار وجود داشته باشد، زیرا رویکردهای فعلی با موانعی از سمت مجلس یا وزارتخانه‌ها روبه‌رو می‌شوند که دامنه آنها را محدود می‌کند: بسیاری از قوانین و مقررات بر اساس ذهنیت سیلو<sup>۱</sup>، باریک‌بینی<sup>۲</sup> یا قبیله‌گرایی باقی مانده‌اند. این در حالی است که وجود یک رویکرد جامع در مورد مسائل پیچیده ضروری است، زیرا ممکن است برای مقابله با مشکلات پیچیده در بخش‌ها و رشته‌های مختلف نیاز به بسته‌هایی از اقدامات هماهنگ شده داشته باشیم.

### عوامل مؤثر بر سلامت

این موضوع به خوبی از سوی دولت‌ها پیش‌بینی شده است. آنها عوامل مؤثر بر سلامت را در پنج دسته معرفی می‌کنند:

۱. عوامل ثابت مانند ژن، جنسیت و روند پیری.
۲. عوامل اقتصادی و اجتماعی مانند فقر، بیکاری و محرومیت‌های اجتماعی
۳. عوامل محیطی مانند کیفیت هوا و آب، مسکن و محیط اجتماعی
۴. عوامل مربوط به سبک زندگی مانند فعالیت بدنی، رژیم غذایی، استعمال دخانیات، رفتارهای جنسی، الکل و سایر مواد
۵. دسترسی به خدمات همانند خدمات ملی سلامت، خدمات اجتماعی، آموزش، حمل و نقل و اوقات فراغت (وزارت بهداشت، ۱۹۹۸).

همان‌طور که پیش‌تر بارها تأکید شد مشکلات پیچیده اجتماعی برای تحلیل علل، عوامل بیماری‌زا، تشخیص، درمان و پیشگیری معمولاً نیازمند یک رویکرد سیستمی یا رویکردی در «کل دولت» هستند. رویکردهای سیلویی بسیار پرهزینه و ناکارآمد هستند.

۱. (مترجم: عدم تمایل به اشتراک‌گذاری اطلاعات با کارمندان سایر بخش‌های یک شرکت را ذهنیت سیلو می‌گویند)
۲. (مترجم: توجه به یک چیز و از نظر دور داشتن جوانب امر).

### قواعد مربوط به شرایط مطلوب زندگی و کار

چه سطحی از زندگی و کیفیت زندگی را باید هدف قرار دهیم. به گفته یونیسف (۲۰۰۷)، «برای سنجش واقعی جایگاه یک ملت باید دید که آنها چه میزان به کودکان خود توجه می‌کنند؛ به سلامتی و ایمنی آنها، امنیت مادی، تحصیلات و معاشرت و حس دوست داشته شدن آنها، ارزش داشتن و جای داشتن آنها در خانواده‌ها و جوامعی که در آن به دنیا می‌آیند». سازمان بین‌المللی کار در بیانیه خود در مورد عدالت اجتماعی برای جهانی‌سازی عادلانه خواستار «اشتغال کامل، کارآمد و کار مناسب و معقول برای همه» شد (سازمان بین‌المللی کار، ۲۰۰۸). آنها در سال ۲۰۱۴ و با تمرکز بر قسمت دیگر چرخه زندگی فرمول مؤثری را در ارتباط با «پیر شدن سالم» ارائه دادند که معنای آن «بهبودسازی فرصت‌ها برای سلامتی جسمی، اجتماعی و روانی است تا افراد مسن‌تر بتوانند بدون تبعیض، نقش فعالی در جامعه داشته باشند و از یک زندگی با کیفیت و مستقل لذت ببرند. این به معنای اتخاذ یک رویکرد جامع و در نظر گرفتن ابعادی از زندگی است که نقش مهمی را ایفا می‌کنند:

- مشارکت اجتماعی
- فعالیت بدنی
- رژیم غذایی و تغذیه
- دسترسی به خدمات
- آموزش و یادگیری مادام‌العمر
- فناوری‌های نوین
- اشتغال و انجام کار داوطلبانه
- محیط اطراف و دسترسی به آن
- مراقبت بلندمدت

پس به‌طور خلاصه مسئولان ذینفع بین‌المللی سعی کرده‌اند تا با پیشنهاد مطالب و اهداف عمومی مربوط به سیاست‌های بهداشت و رفاه شکاف بین علوم و سیاست را از گهواره تا گور پر کنند. معمولاً این پیشنهادها و دستورالعمل‌ها مبتنی بر شواهد محکم علمی هستند.

## یک نمونه: پروژه‌های آینده‌نگری در انگلیس

نمونه بارز رویکردهای سیستمی برای جمع‌آوری دانش در ارتباط با مشکلات پیچیده در «مجموعه پروژه‌های آینده‌نگری» دولت انگلیس ارائه شده است (وزارت علوم، ۲۰۱۳). این پروژه‌ها شامل مطالعات عمیق ۲ ساله‌ای هستند که شواهد جامعی را در رابطه با موضوعات اساسی ارائه می‌دهند و چشم‌انداز آنها برای ۲۰ تا ۸۰ سال آینده است. یکی از مهم‌ترین پروژه‌ها «سلامت روان و رفاه: استفاده از تمام توان» است که گزارش نهایی آن بر اساس بیش از ۸۰ مطالعه توسط حدود ۴۰۰ دانشمند است (وزارت علوم، ۲۰۰۸). پیام اصلی این پروژه این است: «اگر می‌خواهیم در جامعه در حال تغییر و در دنیایی که به‌طور فزاینده‌ای به هم پیوسته و رقابتی می‌شود پیشرفت و شکوفایی داشته باشیم هم منابع ذهنی و هم منابع مادی ما بسیار مهم و حیاتی خواهند بود. اینکه همگان را تشویق کنیم و آنها را قادر سازیم که پتانسیل‌های خودشان را در طول زندگی شناسایی کنند برای سعادت و رفاه آینده ما بسیار مهم خواهد بود».

سرمایه ذهنی و سلامت ذهنی افراد تأثیر مهمی بر مسیر زندگی آنها دارد. همچنین این عوامل برای عملکرد سالم خانواده‌ها، اجتماعات و جامعه از اهمیت حیاتی برخوردار هستند. این دو عامل در کنار هم تأثیر اساسی بر رفتار، انسجام اجتماعی، جای‌گیری اجتماعی و سعادت ما دارند. نتیجه مهم این پروژه این است که سرمایه ذهنی و سلامت ذهنی با یکدیگر ارتباط نزدیکی دارند: اقدام برای دستیابی به یکی از آنها بر دیگری تأثیر می‌گذارد. این بدان معناست که هنگام تدوین سیاست‌ها و طراحی مداخلات باید هر دوی این عوامل در کنار هم در نظر گرفته شوند.

این گزارش شامل تعداد قابل توجهی از پیشنهادهایی است که کل مسیر زندگی فرد را در بر می‌گیرند و تعدادی از چالش‌های اساسی را مدنظر قرار می‌دهند:

- تغییر سن جمعیت؛
- تغییر در اقتصاد جهانی و دنیای کار؛
- ماهیت در حال تغییر جامعه؛

- تغییر نگرش‌ها، ارزش‌ها و انتظارات جدید جامعه؛
- تغییر ماهیت خدمات عمومی؛ و
- علم و فناوری جدید.

## علم و دولت

یکی از مشکلاتی که باید بر آن غلبه کرد این است که علم و دولت معمولاً اولویت‌های متفاوتی دارند. درحالی که علم احتمالاً پیش‌بینانه دارد درحالی که ممکن است دولت فکر کند که زمان با انتخابات بعدی به پایان می‌رسد. علاوه بر این علم انعطاف‌پذیر است و تمرکز آن بر مسئله و اکتشاف است، درحالی که تمایل دولت بیشتر به سمت سخت‌گیری بوده و تمرکز آن بر خدمات و مأموریت‌ها است. شکست و ریسک‌پذیری توسط علم پذیرفته شده است اما اغلب توسط دولت غیرقابل تحمل تلقی می‌شود. علم نوآوری را بسیار باارزش و تکرار را یک ضرورت می‌داند و از نظر علم مشتریان نوآوری افرادی پراکنده و متنوع هستند درحالی که از نظر دولت نوآوری مشکوک است، اعتقادات افراد نسب به آن بستگی به موقعیت دارد و مشتریان آن افرادی خاص، بی‌واسطه و مصر هستند (برادشاو و بورچرز، ۲۰۰۰).

بنابراین سؤال اساسی این است که وضعیت ما به لحاظ مشکلات سلامتی که علت یا محرک آنها مسائل روانی اجتماعی است به چه صورت است؟ (یوروفاند و آژانس اروپایی ایمنی و سلامت در محل کار، ۲۰۱۴)

بر اساس سومین بررسی در زمینه کیفیت زندگی اروپایی که توسط بنیاد اروپا انجام شد (یوروفاند، ۲۰۱۲b)، بیکاری بویژه بیکاری طولانی‌مدت تأثیر بزرگی بر سلامت ذهنی خواهد داشت. زنانی که به صورت تمام‌وقت کار می‌کنند احتمالاً بیشتر از مردان با مشکلات مربوط به برقراری تعادل بین کار و زندگی روبرو می‌شوند. کشورهایی که کیفیت زندگی بهتری را گزارش می‌کنند در مناطق شمالی و غربی اتحادیه اروپا هستند. مردم یونان، اسلواکی و پرتغال میزان خوش‌بینی در مورد آینده را کمتر از ۳۰ درصد بیان کردند، این در صورتی است که مردم دانمارک و سوئد این میزان را بیش از ۸۰ درصد بیان نمودند. آسیب‌پذیرترین گروه‌ها یعنی افرادی با کمترین میزان درآمد،

- جستجو و ارزیابی بهترین شواهد در دسترس و شناسایی شکاف‌های موجود در زمینه دانش؛
- تحقیقات تکمیلی برای پر کردن این شکاف‌ها و شناسایی اهداف روشن در زمینه سیاست‌ها؛
- تدوین سیاست‌ها، یافتن منابع مالی و انسانی؛
- تحقق سیاست‌ها؛
- ارزیابی تحقق اهداف و رویه‌های اجرایی.

در نظر گرفتن ارزش‌هایی که اساس اقدامات پیشگیرانه و/یا ترویجی هستند نیز به همین اندازه اهمیت دارد، ارزش‌هایی مانند دموکراسی، برابری، مشروعیت، انصاف، یکپارچگی و آزادی عقیده و اطلاعات (بیانیه پوزنان، ۲۰۱۴).

موانع رایجی که در مسیر اجرای مؤثر سیاست‌های اصلاحی وجود دارد عبارت‌اند از:

- شکاف‌های مربوط به دانش
- ملاحظات سیاسی
- کمبود منابع
- تأثیر مداخله رسانه‌ها
- یک فرآیند غیرخطی که با تغییر مداوم اهداف، آموزش و سامانه‌های دستمزد همراه است
- مشکلات مربوط به ارتباطات
- خطر ساده‌سازی بیش از حد
- معیارهای متفاوت.

## زمان اجرا

نتایج پژوهش‌ها (اجلاس بین‌المللی کار در رابطه با اقدامات آینده در زمینه شرایط و محیط کاری، ۱۹۸۴؛ کمیته مشترک سازمان بین‌المللی کار و سازمان بهداشت جهانی در رابطه با سلامت شغلی، ۱۹۸۶ و مجمع جهانی بهداشت) نشان می‌دهد که بهبود شرایط محیط کاری و ارتقای سلامت و رفاه کارگران نقش مثبتی را در توسعه ملی ایفا می‌کند و بخشی از معیارهای موفقیت در هر سیاست اقتصادی و اجتماعی است. این نتایج نشان می‌دهد که اصول زیر برای پیگیری سلامت شغلی بسیار مهم هستند:

بیکاران و افراد مسن در اروپای مرکزی و شرقی بیشترین کاهش سلامت ذهنی را در بررسی‌های یوروفاند نشان می‌دهند. اعتماد عمومی به مؤسسات دولتی بویژه اعتماد به دولت‌ها و مجلس‌ها در سطح ملی رو به افول است. اختلافات بیشتری بین گروه‌های نژادی و قومی مشاهده می‌شود و تعداد فزاینده‌ای از مردم با تنش بین ثروتمندان و فقرا روبرو هستند. تعداد فزاینده‌ای از تولدها در خارج از چارچوب ازدواج اتفاق می‌افتد و خانواده‌های تک‌والدی در بیشتر زمینه‌های مربوط به کیفیت زندگی با محرومیت روبرو هستند. این یافته‌ها حاکی از وجود شکافی بسیار بزرگ بین اهداف اروپا و نتایج واقعی است.

## پر کردن شکاف

به طور منطقی اقدامات باید جامع (مثلاً فراهم کردن شغل برای همه)، پایدار (مثلاً غیر بیماری‌زا یا بلندمدت) و دوست‌دار زندگی (ارتقادهنده سلامت) باشند. چرا؟ زیرا در تمام سیاست‌های دموکراتیک روش مطلوب ارائه دلایل منطقی برای هر اقدام معینی است که احتمالاً منجر به یک هدف مطلوب می‌شود.

چطور می‌توان به این هدف دست یافت. از طریق (الف) افزایش کشش به سمت شواهد مربوط به پیامدهای اهدافی که به روشنی تدوین شده‌اند و (ب) از طریق تسهیل استفاده از شواهد بهتر (ساتکلیف و کورت، ۲۰۰۵). چنین شواهدی می‌تواند دارای درجات متفاوتی از قدرت باشند، مانند مطالعات موردی، اظهارات کارشناسی، مطالعات تطبیقی، تطبیق گروه‌های کنترلی، مطالعات گروهی و پنلی، مطالعات کنترل شده تصادفی و بررسی‌های قاعده‌مند (برای مقایسه به کمپبل، ۲۰۱۶؛ و مرکز ملی تحقیقات اجتماعی دانمارک، ۲۰۱۶ مراجعه کنید). ارزیابی نتایج سیاست‌های اجرا شده می‌تواند شامل این موارد باشد: (الف) ارزیابی اثربخشی (آیا مداخله انجام شده چگونه که انتظار می‌رفت کارایی داشته است؟)، (ب) ارزیابی تناسب (آیا برای مصرف‌کنندگان قابل قبول بوده است؟) و (ج) ارزیابی امکان‌پذیری (ارزیابی هزینه، عوارض جانبی، تغییر رویه). هرگونه پر کردن شکاف بین علم و سیاست به شکل ایده‌آل باید شامل موارد زیر باشد:

- درک مسئله یا درک توسعه مطلوب؛



- کار باید در محیطی امن و سالم انجام شود؛
  - شرایط کار باید با رفاه کارگران و منزلت انسانی سازگار باشد؛
  - کار باید امکانات واقعی را برای دستاوردهای فردی، احساس رضایت از خود و خدمت‌رسانی به جامعه فراهم کند.
  - بهبود شرایط و محیط کاری باید به عنوان یک مسئله جهانی در نظر گرفته شود که در آن بسیاری از عوامل مؤثر بر سلامت جسمی و روانی کارگر ارتباط نزدیکی با یکدیگر دارند؛
- بنابراین وجود یک رویکرد جهانی و چندرشته‌ای برای بهبود اثربخش شرایط محیط کاری و ارتقای سلامت و رفاه کارگران ضروری است. نمونه‌ای از این موضوع توسط مؤسسه سوئدی ارزیابی فناوری سلامت و ارزیابی خدمات اجتماعی (۲۰۱۵) ارائه شده است که اخیراً تمامی تلاش‌های دولتی برای بهبود سلامت روانی در سطح ملی بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۵ را مورد بررسی قرار داده است. این گزارش به این نتیجه می‌رسد که با وجود همه تلاش‌ها در طول این دوره ۲۰ ساله و با وجود تعدادی از دولت‌های مختلف سیاسی همچنان چالش‌های بزرگی باقی مانده‌اند و چالش‌های جدیدی نیز پدیدار شده‌اند. این مؤسسه در ادامه گزارش خود اینگونه نتیجه‌گیری می‌کند که برای رسیدگی به این موضوع باید تمام ارگان‌های جامعه از جمله شهرداری‌ها، استان‌ها، مقامات، مدارس، کارفرمایان و جامعه مدنی همکاری کنند.
- در همین راستا برداشو و بورچرز (۲۰۰۰) طبق مشاهدات خود می‌گویند:
- تعارض و تردید از دلایل و نشانه‌های ناتوانی در تدوین سیاست هستند. برخی چنین استدلال می‌کنند که اطلاعات و قطعیت لازم در مقایسه با استانداردهای علمی برای تصمیم‌گیری ناکافی هستند. برخی دیگر چنین استدلال می‌کنند که مسئله علم نیست و این عدم تصمیم‌گیری و تردید نشان‌دهنده فقدان اراده سیاسی است. یکی از دشوارترین ابعاد تبدیل علم به سیاست عدم
  - سختی کار یعنی فرصت‌های زمانی کوتاه در حداقل یک‌چهارم از مواقع بسیار متغیر است (برای مثال ترکیه، قبرس و آلمان با بالاترین میزان سختی کار مواجه هستند که شامل بیش از ۷۰ درصد از نیروی کار می‌شود و کشورهای پرتغال، لیتوانی و بلغارستان با کمترین میزان سختی کار در کم‌تر از ۵۰ درصد از نیروی کار).
  - استقلال یعنی توانایی انتخاب یا تغییر روش‌های کار (برای مثال در مالت، دانمارک، نروژ و سوئد بالاترین میزان «بیشتر از ۸۰ درصد» و در بلغارستان، قبرس و کرواسی پایین‌ترین میزان «کمتر از ۶۰ درصد»).
  - برای اپراتورهای کارخانه، ماشین‌آلات و همچنین برای کارگران حوزه حمل و نقل، صنعت و تجارت، سختی کار بالا و استقلال کم است، درحالی‌که برای مدیران، خدمات مالی و تکنسین‌ها هم میزان سختی کار و هم میزان استقلال بالا است.
  - اغلب خطرات فیزیکی عبارت‌اند از حرکات تکراری دست یا بازو (بیشتر از ۶۰ درصد، روند افزایشی)، بارهای سنگین (بیشتر از ۳۰ درصد، روند کاهشی) و شرایط خسته کننده یا دردآور (بیشتر از ۴۰ درصد، روند افزایشی).
  - در میان کسانی که در هفته ۴۸ ساعت یا بیشتر کار می‌کنند ۳۸ درصد مشکلاتی را در ارتباط با برقراری تعادل بین کار و زندگی گزارش کردند و این میزان برای کسانی که در هفته کمتر از ۴۸ ساعت کار می‌کنند ۱۶ درصد گزارش شده است.
- این نویسندگان با مرور کلی «بررسی شرایط کاری اروپا» (یوروفاند، ۲۰۱۲a)، اینگونه نتیجه می‌گیرند که: