توانمندسازی کارکنان با استفاده از خدمات مشاوره و سلامت

مهدی وفایی‌زاده[1]

چکیده

سلامت کارکنان توانایی‌ها، میزان در دسترس بودن و میزان آمادگی آنها برای انجام وظایف شغلی را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد. پیامدهای ناشی از مشکلاتی چون مشکلات روانی، اعتیاد به الکل و مواد مخدر، سیگار کشیدن، قمار و استرس مواردی هستند که بسیاری از سازمان‌های امروزی با آنها دست و پنجه نرم می‌کنند و میلیاردها دلار برای سازمان ها هزینه ایجاد می کنند. برنامه‌های مشاوره کارکنان (که می‌توانند شامل برنامه‌های کارمندیاری و برنامه‌های ارتقاء سطح سلامت کارکنان باشند) مجموعه فعالیت‌هایی هستند مشتمل بر آسیب‌شناسی و تشخیص مساله، آموزش‌های رسمی، ارجاع به درمان‌های مناسب، مشاوره، درمان عملی و پیگیری نتایج درمان فرد. برنامه‌های مشاوره کارکنان را می‌توان به عنوان یکی از برنامه‌های توانمندسازی کارکنان به شمار آورد. زیرا هدف نهایی از اجرای این برنامه‌ها حصول اطمینان از این موضوع است که کارکنان در حال حاضر و در آینده به تحقق اهداف سازمانی کمک خواهند کرد. حل مساله چگونگی افزایش مشارکت کارکنان در این قبیل برنامه‌ها موضوع مهم دیگری است که در کنار انجام مطالعات بیشتر در زمینه اثربخشی آنها باید مورد توجه قرار گیرد. علاوه بر این، سرپرستان نقش بسیار مهمی را در اجرای موفق برنامه‌های مشاوره بازی می‌کنند و باید از برنامه‌هایی که برای کارکنان آنها در سازمان وجود دارند آگاه بوده و از آنچه کارکنان برای مشارکت بیشتر در این برنامه‌ها به آن نیاز دارند اطلاع داشته باشند. کارکنان اغلب اوقات که دچار مشکل شده و برای حل مشکل خود نیاز به مشاوره دارند (مثلا در مورد اعتیاد به الکل) پیش از هر کس مشکل خود را به سرپرست گفته و برای درمان به او مراجعه می‌کنند. علاوه بر این، سرپرستان در موقعیتی قرار دارند که می‌توانند در مرحله پیگیری برنامه‌های مشاوره مشارکت داشته و متوجه شوند که آیا کارکنان درمان های مورد نظر را ادامه می‌دهند و آیا مساله مورد نظر تحت کنترل در آمده یا درمان شده است. آموزش سرپرستان جهت ایفای هر چه بهتر این نقش یکی از مهم‌ترین پیش‌بایست‌های اثربخشی برنامه‌های مشاوره است.

واژه‌های کلیدی: توانمندسازی کارکنان، سلامت کارکنان، خدمات مشاوره، شارکت کارکنان

مقدمه

آیا تاکنون شاهد هیچ یک از این موارد در محیط کار خود بوده‌اید؟ فردی که در نتیجه فشارها و استرس‌های بلندمدت دچار فرسودگی شغلی و یا خستگی شده است؛ فردی که با وجود افسردگی یا اضطراب شدید سعی دارد تا عملکرد خود را در سطح رضایت‌بخشی حفظ کند؛ فردی که از پذیرش درمان‌های پزشکی یا سایر انواع کمک‌ها برای درمان مشکلات خود (مثل اختلال وسواس اجباری، دوقطبی بودن و افسردگی) خودداری می‌کند. مشکلات شخصی، بخشی از زندگی به حساب می‌آیند. استرس، مصرف مواد مخدر، بیماری‌های قلبی، چاقی، ناراحتی‌های روانی و مشکلات عاطفی در جوامع مدرن امروزی به وفور یافت می‌شوند.

خواه این مسائل همچون استفاده از مشروبات الکلی مواردی مزمن در فرد باشند و خواه مانند مشکلات مالی موقت و گذرا، این قابلیت را دارند که رفتارهای فرد در محیط کار و زندگی شخصی را تحت‌الشعاع خود قرار دهند. چنین مسائلی در محیط کار منجر به حوادث حین کار، غیبت و جابجایی، تصمیم‌گیری‌های ضعیف، کاهش بهره‌وری و افزایش هزینه‌های سازمان می‌شوند. برآوردهای مالی انجام شده در مورد هزینه‌های ناشی از این نوع مشکلات، بسیار بالا است. به عنوان مثال، نتایج یکی از این برآوردها نشان می‌دهد که استفاده از مواد مخدر و مشروبات الکلی سالانه معادل ۱۰۰ میلیارد دلار هزینه برای سازمان‌های آمریکایی ایجاد می کند.

۱. دکتری مدیریت دولتی دانشگاه شهید بهشتی vafayizadeh@gmail.com

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

یا این که غیبت‌ها و کاهش بهره‌وری ناشی از افسردگی کارکنان سالانه بیش از ۵۱ میلیارد دلار برای این سازمان‌ها هزینه به همراه دارد.

افزایش هزینه‌های ناشی از عدم سلامت کارکنان یکی از دلایلی است که سازمان‌ها را بر آن داشته تا به فکر کمک به کارکنان خود در حل مشکلات شخصی باشند. هزینه‌های مربوط به سلامت کارکنان در کشوری مانند آمریکا طی چهار دهه گذشته به شدت افزایش یافته است؛ به طوری که این هزینه‌ها در سال ۱۹۶۰ معادل ۲۶/۹ میلیارد دلار، در سال ۱۹۸۰ برابر با ۲۴۷ میلیارد دلار، در سال ۱۹۹۸ ۱/۱۵ تریلیارد دلار و در سال ۲۰۰۹ ۲/۵ تریلیارد دلار بوده است.(۳) علاوه بر کاهش هزینه‌های ناشی از عدم سلامت کارکنان، از جمله اهداف دیگری که برنامه‌های ارتقاء سلامت کارکنان دنبال می‌کنند، عبارت است از: کاهش هزینه‌های جبران خدمات کارکنان، کاهش میزان تاخیر، غیبت، جابجایی و حوادث حین کار؛ البته ناگفته پیدا است که اجرای چنین برنامه‌هایی از سوی سازمان‌ها باعث ارتقاء روحیه کارکنان، افزایش وفاداری، خلاقیت، بهره‌وری، تصمیم‌گیری‌های مناسب، بهبود روابط کار و بهبود وجهه سازمان نیز خواهند شد. با توجه به مزایایی از این نوع، تعجبی ندارد که امروزه سازمان‌ها مجدانه به دنبال اجرای انواع مختلف برنامه‌ها جهت افزایش سطح سلامت کارکنان خود هستند. حال سوالی که در اینجا مطرح می شود آن است که سازمان‌ها برای حفظ سلامت کارکنان خود چه اقداماتی را انجام داده و چه برنامه‌هایی را اجرا می کنند؟ در پاسخ به این سوال باید گفت که امروزه سازمان‌ها علاوه بر اقدامات معمول و مرسوم حوزه منابع انسانی همچون برگزاری دوره‌های آموزشی و اجرای برنامه‌های انگیزشی، سرمایه‌گذاری‌های کلانی را نیز در زمینه ارائه خدمات مشاوره و سلامت به کارکنان خود انجام می‌دهند. مشاوره به طیف گسترده‌ای از اقدامات (از یک گفتگوی ساده غیررسمی با سرپرست تا یک گفتگوی عمیق در قالب یک جلسه با مشاوری حرفه‌ای) اشاره دارد. تعریف دیل ماسی[1] از مشاوره سلامت روانی، توصیف جامعی از انواع گوناگون اقداماتی است که معمولا ذیل این عنوان در محیط کار انجام می‌شوند. به زعم

ماسی مشاوره عبارت است از:

- رابطه‌ای که بین یک مشاور آموزش دیده و یک کارمند شکل می‌گیرد.
- گفتگویی عمیق و بدون رودربایستی که کارمند در مورد مسائل شخصی خود دارد.
- ارجاع مناسب فرد به مراجعی که کمک‌های لازم را به وی ارائه خواهند داد.
- ارائه مشاوره کوتاه مدت در مواقعی که نیازی به ارجاع فرد به مراجع دیگر نیست.

مشاوره کارکنان به عنوان یکی از برنامه‌های توانمندسازی سازمان

در همین ابتدا باید بر این نکته تاکید داشته باشیم که مشاوره کارکنان یکی از برنامه‌های توانمندسازی سازمان به شمار می‌رود. بدین معنا که برنامه مشاوره کارکنان نیز همان هدفی را دنبال می کند که سایر برنامه‌های توانمندسازی سازمان در پی تحقق آن هستند؛ یعنی این برنامه نیز تلاش دارد تا هر کارمند به عاملی مثبت در جهت افزایش اثربخشی سازمان تبدیل شده و در آینده نیز به این روند خود ادامه دهد. برنامه‌های کارمندیاری و برنامه‌های ارتقاء سطح سلامت کارکنان، غالبا برای اجرا از همان روش‌هایی که سایر مداخلات توانمندسازی استفاده می‌کنند بهره می‌برند. این روش‌ها عبارت است از: برگزاری کارگاه، ایفای نقش، مدل‌سازی رفتاری، بحث و گفتگو، سخنرانی، مربی‌گری و ارائه با استفاده از ابزارهای دیداری شنیداری.

رابطه بین برنامه‌های مشاوره کارکنان و مربی‌گری

کانون توجه مربی‌گری، عملکرد کاری کارکنان و نحوه بهبود آن است. بی‌شک بسیاری از مشکلات عملکردی کارکنان مربوط به زندگی شخصی آنها است. به عنوان مثال، ممکن است تاخیرهای عادتی کارکنان با مصرف موارد مخدر یا استفاده از مشروبات الکلی در خارج از محیط کار ارتباط داشته باشند. محور اصلی برنامه‌های مشاوره کارکنان توجه به همین مشکلات شخصی به ویژه مشکلاتی است که عملکرد کاری فرد را تحت تاثیر خود قرار می‌دهند. در واقع مربی‌گری و مشاوره اغلب اوقات با هم همپوشانی دارند. چرا که سرپرستان ممکن است زمانی که به دنبال حل یک مشکل عملکردی فرد هستند به این نتیجه برسند که آن مشکل از مسائل شخصی وی نشات گرفته است. با این حال در مورد بیشتر مشکلات شخصی کارکنان به ویژه موارد حادتر (مثل افسردگی یا استفاده از مواد مخدر) معمولا به سرپرستان آموزش داده می‌شود که صرفا به شناسایی و تشخیص پرداخته و فرد را به مشاوران آموزش‌دیده و یا مراکز ارائه خدمات مشاوره ارجاع دهند و اقدام به حل مشکل فرد نکنند. علت این موضوع آن است که اغلب مدیران و سرپرستان آموزش‌های کافی در ارتباط با نحوه پرداختن به مسائل حاد در کارکنان را پشت سر نگذاشته‌اند و همان طور که در ادامه نیز خواهیم دید، مسائل حقوقی و قانونی نیز در ارتباط با مشاوره کارکنان مطرح

1. Deal Muce

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

است. به بیان دقیق‌تر، یک مشاور آموزش‌دیده اطلاعات کافی در ارتباط با ابعاد حقوقی و قانونی مشاوره را نیز دارد و همواره از این موضوع که اقدامات مورد نظر او برای رفع مشکلات فرد منطبق با قوانین و مقررات باشد اطمینان حاصل می‌کند.

نگاهی به برنامه‌های مشاوره کارکنان

امروزه سازمان‌ها از اقدامات و برنامه‌های گوناگونی جهت تضمین سلامت فیزیکی و عاطفی کارکنان خود استفاده می‌کنند. این برنامه‌ها از ارزیابی‌های ریسک سلامت کارکنان تا اجرای مشاوره و برگزاری کارگاه‌های کاهش استرس و سایر روش‌های ارتقاء سطح سلامت کارکنان را شامل می‌شوند. چنین برنامه‌هایی می‌توانند در قالب یک جلسه، چند جلسه و یا حتی به صورت یک برنامه مداوم در سازمان اجرا شوند. در این بخش از مقاله حاضر، به بررسی اجزاء برنامه‌های مشاوره کارکنان، ارائه‌دهندگان این برنامه‌ها و ویژگی‌های یک برنامه مشاوره خوب خواهیم پرداخت.

مولفه‌های مشترک برنامه‌های مشاوره کارکنان

اگر چه برنامه‌های مختلف مشاوره کارکنان از نظر مساله مورد نظر و روش‌های حل آن مساله با یکدیگر تفاوت دارند، اما در همه آنها شش اقدام به صورت معمول انجام می‌شود؛

۱. شناسایی مساله
۲. آموزش
۳. ارجاع‌دهی
۴. مشاوره
۵. درمان
۶. پیگیری روند درمان.

تشخیص مساله. معمولا تشخیص مساله با استفاده از ابزارهای غربالگری (مانند پرسشنامه و آزمون‌های تشخیصی) و/ یا آموزش کارکنان و سرپرستان آنها جهت تشخیص مساله صورت می‌گیرد. به عنوان مثال، ممکن است کارکنان داوطلب باشند تا به عنوان بخشی از برنامه ارتقاء سلامت، سطح کلسترول خود را اندازه بگیرند، یا این که یک آزمون آنلاین غربالگری الکل را تکمیل نمایند و یا ممکن است سرپرستان جهت تعیین رفتارهایی که می‌توانند نشانگر استفاده از مواد مخدر باشند آموزش ببینند.

آموزش. آموزش معمولا شامل ارائه اطلاعات در مورد ماهیت، ابعاد، دلایل و نتایج احتمالی و راه‌های جلوگیری از مساله مورد نظر می‌باشد. به عنوان مثال، برنامه‌ای که موضوع آن فشار خون بالا است، ممکن است از جزوه، ویدئو و یا سخنرانی جهت افزایش سطح اطلاعات کارکنان از فشار خون بالا و راه‌های پیشگیری و درمان آن استفاده نماید.

ارجاع‌دهی. منظور از ارجاع‌دهی راهنمایی فرد جهت مراجعه به منابع مناسبی است که می‌توانند به وی در حل مساله کمک کنند. به عنوان مثال، کارمندی که علائم استفاده از مواد مخدر را از خود بروز می‌دهد ممکن است توسط مشاور به یک مرکز ترک اعتیاد که در زمینه درمان اعتیاد تخصص دارد ارجاع داده شود.

مشاوره. در ابتدایی‌ترین شکل، مشاوره متشکل از یک نفر است که کارکنان می‌توانند جهت حل مشکلات و دریافت کمک با او به صحبت بپردازند. انواع مختلف مصاحبه می‌توانند از یک صحبت صریح و شفاف با سرپرست در مورد مسائل مربوط به عملکرد کاری تا مشاوره با یک مشاور حرفه‌ای ماهر جهت تشخیص و درمان مشکلاتی همچون افسردگی و سوءمصرف مواد مخدر را شامل شوند.

درمان/ مداخله. منظور از درمان انجام مداخله عملی جهت حل مساله است. به عنوان مثال، درمان در یک برنامه تغذیه عبارت است از: برگزاری کلاس‌های آشپزی و یا ارائه غذاهای سالم در سالن غذاخوری سازمان.

پیگیری روند درمان. همچون سایر برنامه‌های HRD[1] در برنامه مشاوره کارکنان نیز لازم است تا از این که فرد در حال اجرای درمان خود است، اطمینان حاصل کرد و در مورد میزان پیشرفت فرد اطلاعاتی به دست آورد. به عنوان مثال، اگر کارمند موافقت کند که برای بهبود عملکرد خود به دنبال درمان مصرف الکل باشد، لازم است تا مشخص شود که آیا وی واقعا در جلسات مشاوره حاضر می شود و فرآیند درمان خود را کامل می‌کند؟ باید به این نکته توجه داشت که تمام برنامه‌های مشاوره کارکنان شامل همه این شش اقدام نیستند. این که هر سازمان در برنامه‌های مشاوره خود کدام یک از این اقدامات را مورد استفاده قرار می‌دهد به نوع مشکل راه‌حل مناسب برای حل آن و منابعی که سازمان به اجرای برنامه تخصیص می‌دهد، بستگی دارد. برای درک بهتر این موضوع یک برنامه ورزشی برای کارکنان را در نظر بگیرید. ممکن است سازمانی برای اجرای یک برنامه ورزشی اقدام به نوسازی بخشی از امکانات و تجهیزات ورزشی کند و یا این که یک مرکز ورزشی جدید با تمامی امکانات از جمله زمین تمرین، استخر و تجهیزات بدنسازی احداث نماید. از سوی دیگر، یک سازمان دیگر ممکن است برای اجرای یک برنامه ورزشی امکان استفاده از سالن‌های ورزشی خارج از سازمان را به صورت رایگان برای کارکنان خود فراهم نماید. حتی یک روش کم‌هزینه‌تر برای اجرای یک برنامه ورزشی

1. Human Resource Development

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

می‌تواند ارائه اطلاعات مربوط به مزایای ورزش به کارکنان و ترغیب آنها به ورزش کردن در ساعات غیرکاری باشد.

چه کسی در سازمان خدمات مشاوره‌ای را ارائه می‌دهد؟

در پاسخ به این سوال باید گفت که ممکن است سازمان خود اقدام به طراحی و اجرای یک برنامه مشاوره نماید (برنامه درون‌سازمانی) و یا آن که این کار را در قالب برون‌سپاری به عهده شرکت‌های ارائه‌دهنده خدمات آموزشی- توسعه‌ای بسپارد (برنامه برون سازمانی). در برنامه‌های مشاوره درون‌سازمانی از کارکنان سازمان به عنوان مشاور استفاده می‌شود و یا این که متخصصانی مثل روانشناسان، مددکاران اجتماعی و یا افراد آموزش‌دیده به منظور اجرای برنامه مورد استفاده قرار می‌گیرند. به عنوان مثال، اداره پست انگلستان اقدام به برگزاری یک برنامه ارتقاء سلامت روانی برای کارکنان خود به صورت درون‌سازمانی و با استفاده از تعدادی کارشناس مشاوره تمام وقت نمود. در این برنامه مشاوران وظیفه داشتند تا ضمن ارائه مشاوره به شکل کاملا محرمانه به کارکنان، توصیه‌ها و پیشنهادهای لازم در مورد مسائل مربوط به سلامت روانی کارکنان را به مدیران ارائه نمایند. منظور از برون‌سپاری برنامه‌های مشاوره استفاده از خدمات یک متخصص یا یک شرکت خدمات آموزشی- توسعه‌ای است. به عنوان مثال، ممکن است سازمانی از یک برنامه کارمندیاری که توسط یک شرکت خدمات آموزشی- توسعه‌ای طراحی و اجرا می‌شود، استفاده کند و یا این که ضمن عقد قرارداد با یک روانشناس، از وی بخواهد تا در مطب شخصی خود پذیرای کارکنانی باشد که مشکلات عاطفی دارند. هر یک از این رویکردها مزایا و معایب خاص خود را دارند. از جمله مزایای برنامه‌های مشاوره درون‌سازمانی می‌توان به این موارد اشاره نمود؛

۱. کنترل برنامه از سوی سازمان،

۲. تناسب با سازمان (مثلا با خط‌مشی‌ها، رویه‌ها و ویژگی‌های کارکنان سازمان)،

۳. هماهنگی بهتر مرحله درمان و مرحله پیگیری روند درمان،

۴. حس مالکیت نسبت به برنامه و (۵) آگاهی بیشتر مدیران و سرپرستان از این برنامه‌ها و قابلیت اعتماد بالاتر به چنین برنامه‌هایی برای مدیران. از سوی دیگر مهم ترین معایب برنامه‌های مشاوره درون‌سازمانی عبارت است از:

۱. مسائل مربوط به محرمانگی اطلاعات

۲. نبود منابع مورد نیاز برای اجرای این برنامه‌ها

۳. عدم تمایل برخی از کارکنان به استفاده از این نوع برنامه‌ها (مثلا ممکن است معاون مالی سازمان علاقه‌ای نداشته باشد تا نزد یک کارمند که در سطح پایین‌تری از او قرار دارد و نقش مشاور را ایفا می‌کند رفته و در مورد مشکلات زناشویی و یا اعتیاد خود صحبت کند) و

۴. محدودیت‌های مربوط به تخصص و مهارت‌های کارکنان در زمینه طراحی و اجرای این برنامه‌ها. یکی از مزایای برون‌سپاری خدمات مشاوره‌ای کارکنان این است که با این کار سازمان می‌تواند از خدمات افراد حرفه‌ای که تخصص آنها درمان مشکلات مورد نظر است، استفاده کند. علاوه بر این، برون‌سپاری این خدمات مساله محرمانگی را تا حدود زیادی حل کرده، احتمالا هزینه‌ها را کاهش داده و با این کار بهتر می‌توان منابع برون سازمانی را شناسایی کرده و از آنها استفاده نمود. از طرف دیگر، معایب برون‌سپاری این برنامه‌ها عبارت است از: نبود مشاوره‌های حین کار، مشکلات ارتباطی احتمالی و عدم آشنایی شرکت‌های آموزشی-توسعه‌ای اجراکننده برنامه‌های مشاوره از سازمان و کارکنان آن. در ادامه مقاله وقتی به بحث در مورد برنامه‌های کارمندیاری خواهیم پرداخت بیشتر در مورد مزایا و معایب هر یک از این دو رویکرد صحبت می‌کنیم.

ویژگی‌های یک برنامه خوب مشاوره کارکنان

آگاه کردن مدیران، سرپرستان و کارکنان از اهداف و خدمات یک برنامه مشاوره و پیگیری برنامه همراه با آنها یکی از پیش‌بایست‌های اصلی ترغیب کارکنان به استفاده از این برنامه‌ها به حساب می‌آید. در این راستا نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد که تمایل کارکنان به استفاده از برنامه‌های کارمندیاری با میزان آشنایی آنها از این برنامه‌ها، میزان اعتمادی که به این برنامه‌ها دارند و میزان توجهی که این برنامه‌ها به کارکنان دارند رابطه دارد. علاوه بر این، نتایج پژوهشی که در مورد چهار برنامه ارتقاء سلامت کارکنان انجام شد نشان می‌دهد، برنامه‌هایی که از مشاوره‌های پیگیرانه استفاده می‌کنند از برنامه‌هایی که این اقدام را انجام نمی‌دهند، موثرتر هستند. نباید این نکته را نیز فراموش کرد که لازم است تا مدیران و سرپرستان آموزش‌هایی در زمینه تشخیص مسائل کارکنان و نحوه مشاوره دادن و یا ارجاع‌دهی آنها به مراجع مناسب جهت درمان را پشت سر بگذارند. در بسیاری از برنامه‌های مشاوره کارکنان (به‌ویژه برنامه‌هایی که با محوریت اعتیاد و سلامت روانی برگزار می‌شوند) نقش سرپرست در کمک به فرد در یافتن راه حل مناسب و در جریان فرآیند درمان بسیار مهم است (در ادامه مقاله در مورد نقش سرپرست در مشاوره توضیحات بیشتری را ارائه خواهیم داد). سایر مولفه‌های یک برنامه مشاوره خوب عبارت است از:

- تعهد و حمایت مدیریت عالی سازمان برای اجرای برنامه

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

- خطمشی‌ها و دستورالعمل‌های اجرایی دقیق و مکتوب که اهداف و کارکردهای برنامه در سازمان را تشریح می‌کنند.
- همکاری با اتحادیه‌ها (در صورت وجود)
- ارائه طیف گسترده‌ای از انواع مراقبت‌های درمانی (از جمله ارجاع فرد به مراجع محلی، انواع پیگیری‌ها)
- سیاست‌های دقیق و روشن در مورد رعایت اصل محرمانگی اطلاعات و اجرای دقیق آنها
- نگهداری دقیق اسناد و مدارک به منظور ارزشیابی اثربخشی برنامه
- ارائه خدمات در قالب بیمه درمانی کارکنان
- آموزش خانواده

برنامه‌های کارمندیاری

برنامه‌های کارمندیاری (EAP)[1] برنامه‌های شغل‌محوری هستند که در سازمان اجرا می‌شوند و هدف آنها شناسایی کارکنان دارای مشکل، ترغیب آنها به حل مشکل و ایجاد امکان دسترسی به مشاوره یا درمان‌های مقتضی برای کارکنانی که به این خدمات نیاز دارند می‌باشد. خاستگاه برنامه‌های کارمندیاری را می‌توان برنامه‌های ترک اعتیاد به الکل ناشی از کار در دهه ۱۹۴۰ میلادی دانست. این برنامه‌ها طی دهه ۱۹۷۰ گسترش یافته و مسائل مربوط به مصرف مواد مخدر را نیز تحت پوشش خود قرار دادند. از آن پس برنامه‌های کارمندیاری با گسترش پوشش خدمات خود، مسائل مربوط به سلامت روانی کارکنان مانند اضطراب، افسردگی، اختلالات خوردن و قمار اجباری و سایر مسائل شخصی، زناشویی و مالی را که می‌توانند کار فرد را تحت تاثیر قرار دهند، تحت پوشش خود قرار داده‌اند. از جمله مواردی که ممکن است تحت تاثیر اجرای برنامه‌های کارمندیاری قرار گیرند بهره‌وری، میزان غیبت کارکنان، میزان جابجایی کارکنان، هزینه‌های ناشی از بیکاری، درمان مصرف مواد مخدر، حوادث حین کار، هزینه‌های آموزش و جایگزینی کارکنان و هزینه‌های بیمه‌ای هستند. شمار افرادی که تحت پوشش برنامه‌های کارمندیاری هستند از دهه ۱۹۷۰ به شکل قابل توجهی رو به افزایش است. انجمن متخصصان کارمندیاری در سال ۲۰۱۱، حدود ۵۰۰۰ عضو در ۳۰ کشور دنیا داشته است. امروزه اغلب سازمان‌های بزرگ در حال اجرای حداقل یک برنامه کارمندیاری هستند و حدود ۸۲ درصد کارکنان این سازمان‌ها به خدمات برنامه‌های کارمندیاری دسترسی دارند. همچنین حدود ۳۳ درصد شرکت‌های خصوصی در آمریکا که بالای ۵۰ نیروی کار تمام وقت دارند، برنامه‌های کارمندیاری را به کارکنان خود ارائه می‌دهند. به عنوان مثال، شرکت‌هایی چون کارپنتر تکنولوژی، ماریوت و شرکت تجهیزات آتش‌نشانی یونایتد از برنامه‌های کارمندیاری استفاده می‌کنند. در ادامه این مقاله

۱. در مورد مسائل مربوط به مصرف مواد مخدر و سلامت روان که سازمان‌ها با آنها روبرو هستند، به بحث خواهیم پرداخت،

۲. رویکرد مورد استفاده برنامه‌های کارمندیاری را مورد بررسی قرار خواهیم داد و

۳. در مورد میزان اثربخشی برنامه‌های کارمندیاری در حل مسائل مربوط به مصرف مواد مخدر و سلامت روان کارکنان صحبت خواهیم کرد.

مصرف مواد مخدر

بازگو کردن اعداد و ارقام مربوط به میزان رواج استفاده از الکل و مواد مخدر و مشکلاتی که آنها ایجاد می‌کنند، تکرار مکررات است. هر ساله دولت فدرال، مسئولین ایالتی و محلی در آمریکا میلیاردها دلار صرف حل مشکلات ناشی از مصرف مخدر، همچون مشکلات فیزیکی که این مواد برای فرد ایجاد می‌کنند و حتی جنایاتی که به واسطه استفاده از این مواد رخ می‌دهند، می‌کنند. همه ما می‌دانیم که مواد مخدر بر جامعه مدرن و سازمان‌ها و صنایع مختلف تاثیر قابل توجهی گذاشته است. در سال ۲۰۰۹ تخمین زده شده بود که حدود ۲۱/۸ میلیون آمریکایی به صورت غیرقانونی مصرف کننده مواد مخدر بوده‌اند؛ یعنی این افراد طی یک ماه اخیر حداقل یک بار از مواد مخدر غیرقانونی استفاده کرده بودند. نکته جالب آن است که اغلب این افراد یا به صورت تمام‌وقت و یا پاره‌وقت مشغول به کار بوده‌اند. علاوه بر این، بر اساس این برآورد، حدود ۱۷/۱ میلیون آمریکایی مصرف‌کننده شدید الکل بوده و ۹/۸ میلیون نفر از این افراد به صورت تمام وقت در سازمان‌ها مشغول به کار بوده‌اند. نتایج مطالعات انجام شده حاکی از آن است که ۴۷ درصد از آسیب‌های حین کار کارکنان با مصرف الکل ارتباط دارد. (۵) اگر چه تعیین دقیق هزینه‌های ناشی از مصرف مواد مخدر بر کاهش بهره‌وری سازمان‌ها امری دشوار است اما برآوردها نشان می دهد که مصرف الکل و مواد مخدر در مجموع بالغ بر ۱۰۰ میلیارد دلار هزینه برای سازمان ها ایجاد کرده است. برآورد شده است که سازمان‌های مختلف آمریکایی به طور متوسط سالانه بالغ بر ۷۰۰۰ دلار به ازاء هر کارمندی که دچار مصرف الکل و موارد مخدر هستند، متضرر می‌شوند. نتایج مطالعات انجام شده حاکی از آن است که مصرف‌کنندگان کوکائین و ماریجوانا احتمال بیشتری دارد که در سازمان دچار حوادث حین کار، آسیب‌های بدنی، مسائل انضباطی و جابجایی‌های اجباری شوند. البته احتمال این مسائل از آنچه پیش از این تصور می‌شد

1. Employee Assistance Program

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

پایین‌تر است.

سلامت روانی

بر اساس برآوردهای موسسه ملی سلامت روانی آمریکا، حدود ۲۱ میلیون بزرگسال در این کشور (۹/۵ درصد از جمعیت کشور) تجربه بیماری افسردگی را داشته‌اند. نتایج به دست آمده از دو پژوهش حاکی از آن است که حدود ۲۳ درصد جمعیت آمریکا در طول عمر خود ابتلا به نوعی اختلالات روانی را تجربه کرده‌اند. البته تنها نیمی از این افراد اعلام کرده‌اند که این اختلالات عملکرد روزانه آنها را تحت تاثیر قرار داده است. برآوردهای انجام شده در این دو پژوهش نشان می‌دهد که ۶ درصد آمریکایی‌های بزرگسال از بیماری روانی حاد رنج می‌برند. این شکل از بیماری‌های روانی می‌توانند یک یا چند فعالیت اصلی زندگی فرد مثل خوردن، مدیریت پول، عملکرد او در اجتماع، خانواده، محیط کار و محیط‌های آموزشی را مختل کنند. بیش از ۲۵ درصد مراجعات پزشکی ثبت شده در آمریکا را می‌توان به بیماری های روانی و عاطفی ارتباط داد و ۲۵ درصد پذیرش بیمارستان ها در این کشور مربوط به بیماران روانی می‌باشد. از جمله معمول‌ترین مسائل مربوط به سلامت روانی و عاطفی که مشاوران در صنایع مختلف مشاهده می‌کنند، می‌توان به موارد زیر اشاره نمود؛

- مشکلات انطباق فردی (از روان‌نژندی تا روان‌پریشی)
- عوامل خارجی مثل روابط نامشروع با محارم، تجاوز جنسی یا جنایت
- مسائل جنسی مثل ناتوانایی‌های جنسی
- طلاق و مسائل زناشویی
- افسردگی و اقدام به خودکشی
- مشکل با اعضای خانواده
- مسائل مالی و حقوقی

یکی دیگر از مسائل سلامت روانی که طی سال‌های اخیر توجه زیادی را به سوی خود جلب کرده است، قماربازی مرضی یا قماربازی مساله‌ساز است. بر اساس آمارهای انجمن ملی قماربازی مساله‌ساز ۲ میلیون آمریکایی بزرگسال را می‌توان به عنوان قمارباز مرضی دسته‌بندی نمود(یعنی این افراد به شدت از فقدان کنترل بر قماربازی و بی‌توجهی به تداوم عواقب منفی آن رنج می‌برند). علاوه بر این تصور می‌شود بین ۴ تا ۸ میلیون نفر نیز قمارباز مساله‌ساز هستند (یعنی قماربازی یکی از وظایف و نقش‌های اصلی آنها را در زندگی مختل کرده است). امروزه قماربازی رفته رفته تحت پوشش برنامه‌های کارمندیاری قرار می‌گیرد. مشکلات سلامت روانی فرد در محیط کار ممکن است، نتیجه مشکلات زندگی شخصی وی باشد. البته خودِ کار هم می‌تواند باعث کاهش سطح سلامت روانی فرد شود. نتایج دو مطالعه‌ای که بر روی تعدادی از کارگران کارخانه‌ها در بریتانیا انجام شده است نشان می‌دهند؛ کارکنانی که در مشاغل ساده مشغول به کار هستند و احساس می کنند که مهارت‌های آنها در آن شغل بی‌مصرف و بلااستفاده باقیمانده است و بخش قابل توجهی از روز را عملا بیکار بوده و به خیالبافی‌های خود می‌پردازند، سلامت روانی پایین‌تری نسبت به سایر کارکنان دارند. مشکلات مربوط به سلامت روانی کارکنان به اشکال گوناگون از جمله افزایش نرخ غیبت، کاهش رضایت شغلی، تعارض‌های بین فردی، ناتوانی در تصمیم‌گیری و کاهش بهره‌وری سازمان را تحت تاثیر منفی خود قرار می‌دهند. به عنوان مثال، برآورد می‌شود که سازمان‌های مختلف سالانه رقمی بین ۳ تا ۵ میلیارد دلار در نتیجه غیبت کارکنان خود که ناشی از مصرف الکل و مواد مخدر همسران آنها است، متضرر می‌شوند. مصرف الکل و مواد مخدر توسط شریک زندگی رابطه قوی و معناداری با مصرف آن توسط فرد دارد.

رویکرد برنامه‌های کارمندیاری (EAP) به حل مسائل شخصی کارکنان

برنامه‌های کارمندیاری (EAP) بر این پیش‌فرض استوار هستند که کار برای افراد از اهمیت بسیاری برخوردار است و بر این اساس باید از عملکرد کاری جهت شناسایی مشکلات شخصی کارکنان استفاده نموده و آنان را برای درخواست کمک جهت حل این مشکلات ترغیب نماییم. برنامه‌های کارمندیاری که در ابتدا برای حل مشکل مصرف الکل کارکنان طراحی و تدوین شدند مبتنی بر این پیش‌فرض نیز هستند که مصرف‌کنندگان مواد مخدر تا زمانی که با یک بحران روبرو نشوند، مشکل خود را انکار خواهند کرد. از دیدگاه این برنامه‌ها، بحران مورد نظر را می‌توان از طریق مواجهه فرد با شواهد مربوط به عملکرد کاری پایین تر از حد انتظار او و در عین حال فراهم کردن مشاوره برای وی و تلاش برای ترغیب فرد جهت دریافت کمک ایجاد نمود. شاید این موضوع عجیب به نظر آید اما دیل ماسی اعتقاد داشت که محیط کار مکانی ایده‌آل برای کارکنان جهت دریافت درمان های مورد نیاز در راستای رفع مشکلات سلامت روانی آنها می‌باشد. استدلال وی برای این ادعا آن بود که بسیاری از موانع روبروی فرد جهت دریافت کمک برای حل مشکلات مربوط به سلامت روانی (مثل رفت و آمد و ترک محل کار) در محیط کار عملا از میان برداشته خواهند شد. یک چارچوب مفهومی برای رویکرد برنامه‌های کارمندیاری در جدول ۱ ارائه شده است. یکی از ابعاد مهم درمان مصرف مواد مخدر و سایر مشکلات شخصی

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

در محیط کار این است که به جای آنکه تعریف عملیاتی مشکلات کارکنان در قالب یک اختلال روانپزشکی یا نوعی اعتیاد باشد، این مشکلات بر اساس عملکرد شغلی افراد تعریف می‌شوند. به عنوان مثال رفتارهایی که نشانگر مشکل مصرف مواد مخدر در فرد هستند معمولا شامل غیبت‌ها، عملکرد نادرست، کیفیت پایین کار، تصمیم‌گیری‌های نامناسب و میزان شکایات مشتریان و مراجعان می‌باشند.

جدول ۱ چارچوب مفهومی برنامه‌های کارمندیاری

۱. برنامه‌های کارمندیاری مبتنی بر این پیش‌فرض هستند که کار برای افراد بسیار مهم است؛ کار به خودی خود دلیل مشکلات کارکنان نیست. بر این اساس محیط کار می‌تواند ابزاری برای کمک به افراد باشد.

۲. سرپرست نقش مهمی را در کمک به کارکنان ایفا می‌کند. با این حال، در اغلب موارد سرپرستان مشکل فرد را انکار می‌کنند و حتی به کارکنان دارای مشکل این امکان را می‌دهند تا به رفتار مساله ساز خود ادامه دهند. سرپرستان در فرآیند مواجهه کارکنان دارای مشکل، نقش بسیار مهمی را دارند.

۳. اطلاعات مربوط به عملکرد شغلی فرد در تشخیص و درمان بسیار مهم هستند. از این اطلاعات می‌توان جهت اندازه‌گیری و پایش میزان موفقیت درمان استفاده نمود.

۴. همکاران و نمایندگان اتحادیه ها بسیار مهم هستند؛ با این حال، آنها هم می‌توانند مشکل فرد را انکار کرده و به فرد این امکان را بدهند که به رفتار مساله ساز خود ادامه دهند. آموزش همکاران و نمایندگان اتحادیه‌ها جهت رفع مانع انکار، نکته بسیار مهمی است.

۵. استفاده از اهرم شغلی نکته بسیار مهمی در کمک به کارکنان محسوب می‌شود. مشاور باید بتواند با کمک سرپرست فرد از این مورد بهره ببرد.

۶. برنامه‌های کارمندیاری بر مسائل مربوط به عملکرد شغلی تمرکز دارند. این قبیل برنامه‌ها، برنامه‌های پزشکی نیستند. مقرون به صرفه بودن یکی از مهمترین ملاحظاتی است که در برنامه‌های کارمندیاری باید به آنها توجه نموده و با مدیریت سازمان مطرح نمود.

۷. دانش و آگاهی کارشناسان برنامه‌های کارمندیاری در مورد موضوع اعتیاد، نکته بسیار مهمی است. در هر برنامه کارمندیاری باید کارشناسان متخصص در حوزه اعتیاد یا سایر مشکلات کارکنان حضور داشته باشند.

منبع:

AMA handbook for developing employee assistance and counseling programs by Masi, Dale A. © 1992 by : American Management Association/AMACOM (B). Reproduced with permission of AM MGMT ASSN/AMA-.COM (B) in the format Textbook via Copyright Clearance Center

اجزاء تشکیل‌دهنده برنامه‌های کارمندیاری می‌توانند بسته به خط‌مشی‌های سازمان، روش ارجاع‌دهی، درون‌سازمانی یا برون‌سازمانی بودن آنها، انواع مشکلاتی که هر یک درمان می‌کنند و ترکیب نیروهای اجرایی خود با یکدیگر متفاوت باشند. اما به صورت کلی، اجزاء تشکیل‌دهنده یک برنامه کارمندیاری عادی عبارت است از:

- یک بیانیه خط‌مشی و رویه‌های برنامه که مسئولیت‌های سازمان و فرد را در ارتباط با مشکلات فرد که عملکرد شغلی وی را تحت تاثیر قرار می‌دهند مشخص می‌کند.
- برنامه‌های آموزش کارکنان که می‌تواند در قالب آموزش از طریق ارسال محتوای آموزشی در سیستم اتوماسیون اداری کارکنان، نصب پوستر در سازمان و یا برگزاری دوره‌های آموزشی باشد.
- برنامه آموزش سرپرستان که در آن نحوه تشخیص مشکلات و مستندسازی کیفیت عملکرد کارکنان تدریس می‌شود.
- خدمات بالینی که ممکن است توسط متخصصان درون سازمانی یا شرکت‌های برون‌سازمانی ارائه شوند.
- پیگیری روند درمان جهت حصول اطمینان از حل شدن مشکل فرد .

نمونه‌های برنامه‌های کارمندیاری در ادبیات مرتبط با این حوزه بسیار فراوان است. برخی از بزرگ‌ترین شرکت‌های ارائه‌دهنده خدمات برنامه‌های کارمندیاری در ایالات متحده عبارت است از: شرکت کام‌سایک، خدمات سلامت ماژلان، سلامت رفتاری سیگنا، سریدین و آتنا. به طور کلی، تعداد برنامه‌های کارمندیاری درون سازمانی نسبت به نمونه های برون سازمانی در سازمان‌های مختلف بیشتر است. نتایج مطالعه ای که روی شرکت‌های فرچون ۵۰۰ انجام شده است نشان می‌دهد؛ احتمال آن که سرپرستان کارکنان را جهت حل مشکلات به برنامه‌های کارمندیاری درون سازمانی ارجاع دهند بیشتر است. برنامه‌های کارمندیاری درون‌سازمانی بهتر می‌توانند کارکنانی که مشکلات مربوط به مصرف مواد مخدر را تجربه می‌کنند شناسایی نمایند. نتایج مطالعه‌ای که بر روی یک برنامه کارمندیاری درون سازمانی

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

در یک شرکت چند ملیتی انجام شده است، نشان می‌دهد که سه متغیر تعیین‌کننده واکنش مثبت افراد نسبت به برنامه‌های کارمندیاری عبارت است از: برداشت فرد از میزان رعایت اصل محرمانگی اطلاعات، برداشت فرد از میزان حمایت از سوی سایر کارکنان و اعتقاد فرد به این که برنامه کارمندیاری تاثیر منفی بر توسعه کارراهه وی نخواهد داشت. از دیگر روش‌هایی که سازمان‌ها می‌توانند در حل مسائل سلامت روانی به کارکنان خود و خانواده آنها کمک کنند؛ در نظر گرفتن خدمات بیمه‌ای برای این دست مشکلات است. علاوه بر این، باید در اینجا این نکته را نیز خاطر نشان کرد که امروزه بسیاری از سازمان‌ها در عین حال که بر جلوگیری از مصرف مواد مخدر در بین کارکنان خود تاکید دارند، اقدام به غربالگری مصرف مواد مخدر پیش از استخدام نیز می‌کنند؛ تا از این طریق از استخدام افراد مبتلا به مصرف اجتناب کنند. از آنجا که برنامه‌هایی از این نوع خارج از مباحث این مقاله می‌باشند، توصیه می‌کنیم که جهت آشنایی بیشتر با آنها به منابع مربوط مراجعه نمایید.

میزان اثربخشی برنامه‌های کارمندیاری

اگر چه اثربخش بودن برنامه‌های کارمندیاری به صورت کلی مورد قبول صاحب‌نظران و پژوهش‌گران و کارشناسان HRD سازمان است، اما مباحثاتی نیز در این باره مطرح است. به منظور ارزشیابی میزان اثربخشی این برنامه‌ها از معیارهای مختلفی همچون موارد ذیل استفاده می‌شود:

- درصد کارکنانی که وارد مرحله درمان شده‌اند،
- درصد افرادی که پس از درمان به محیط کار خود بازگشته‌اند،
- تغییراتی که در ماهیت مساله فرد پس از درمان ایجاد شده است،
- بهبودهایی که در عملکرد کاری فرد حاصل شده است،
- کاهش هزینه‌های حاصل از درمان مشکل مورد نظر،
- تغییر در نگرش و دانش فرد نسبت به مشکلات ناشی از مصرف الکل،
- میزان تمایل به ارجاع کارکنان مشکل‌دار به دریافت درمان‌های پزشکی.

بررسی نتایج حاصل از مطالعات گوناگون نشان می‌دهد که میزان موفقیت برنامه‌های مختلف کارمندیاری بین ۵۰ تا ۸۵ درصد گزارش شده است. از سوی دیگر، برآوردهای انجام شده در مورد کاهش هزینه‌های ناشی از اجرای برنامه‌های کارمندیاری نشان می‌دهد که اجرای این برنامه‌ها عددی بین ۲ تا ۲۰ دلار به ازاء هر دلاری که در آنها سرمایه‌گذاری می‌شود باعث صرفه‌جویی در هزینه‌ها می‌شوند. از جمله نتایجی که در پژوهش های مربوط به بررسی میزان اثربخشی برنامه‌های کارمندیاری به دست آمده است، می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود:

- در پژوهشی ۲۲۷ کارمند به صورت تصادفی در قالب سه گروه درمان تقسیم‌بندی شدند. این گروه‌ها عبارت بودند از:

گروه ۱. حضور اجباری در جلسات مصرف‌کنندگان الکل به صورت ناشناس

گروه ۲. درمان از طریق بستری شدن اجباری در بیمارستان

گروه ۳. آزادی در انتخاب روش‌های درمان که به کمک توصیه‌های غیردستوری توسط متخصصان برنامه‌های کارمندیاری انجام می‌شد. (۱۱)

در این پژوهش اعضای هر گروه در طول دو سال مورد مطالعه و پیگیری قرار گرفتند. با بررسی عملکرد شغلی این افراد، مشخص شد که هر سه گروه در عملکرد خود پیشرفت داشته‌اند و از این نظر تفاوتی بین سه گروه مشاهده نشد. اما از نظر مصرف الکل و مواد مخدر گروهی که درمان آنها به صورت بستری شدن اجباری در بیمارستان انجام شده بود بهبود بهتری را نشان می‌دادند و پس از آنها گروهی که با توصیه‌های متخصصان برنامه‌های کارمندیاری اقدام به انتخاب روش درمان خود کرده بودند قرار داشتند. یافته های این پژوهش نشان می داد که ۶۳ درصد اعضای گروه شرکت‌کنندگان در جلسات مصرف‌کنندگان الکل، به صورت ناشناس مجبور شده بودند که برای تکمیل فرآیند درمان خود در بیمارستان نیز بستری شوند. در حالی که این عدد در مورد گروهی که با توصیه‌های متخصصان برنامه‌های کارمندیاری اقدام به انتخاب روش درمان خود کرده بودند برابر ۳۸ درصد و برای گروه بستری شده در بیمارستان معادل ۲۳ درصد بود. با توجه به این نتایج و تفاوتِ کم هزینه‌های درمانی بین سه روش (تفاوت هزینه‌ها فقط ۱۰ درصد است)، پژوهش‌گران اعتقاد دارند که دادن فرصت انتخاب روش درمان یا فرستادن فرد به جلسات مصرف‌کنندگان الکل به صورت ناشناس ریسک بیشتری نسبت به درمان از طریق بستری کردن فرد دارند و در این روش‌ها فرد باید پس از دوره درمان برای مدتی تحت نظارت و پایش قرار گیرد تا بیماری فرد مجددا عود نکند.

- استفاده از مرخصی استعلاجی در بین شرکت‌کنندگان. این برنامه‌ها بین ۷۴ تا ۸۰ درصد کاهش یافته است.
- حدود ۷۵ درصد از مصرف‌کنندگان الکل در نتیجه مواجهه سازنده و مشاوره بهبود یافته‌اند. (۱۳)

مداخلات مدیریت استرس

برای سال‌ها، استرس و اثرات ناشی از آن یکی از موضوعات

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

متداول چه در حوزه پژوهش و چه در حوزه عمل بوده است. برای مثال، نشریه‌های محبوب در حوزه تجارت مثل وال استریت ژورنال همواره مقالاتی را با موضوع استرس در فهرست مقالات خود قرار می‌دهند. در وصف میزان اهمیت استرس همین کافی است که استرس سالانه بالغ بر ۳۰۰ میلیارد دلار هزینه در اقتصاد آمریکا می‌گذارد.

اگرچه محدودیت‌های روش‌شناختی باعث می‌شوند که به راحتی نتوان رابطه علت- معلولی بین استرس کاری و سایر عوامل (مثل سلامت فیزیکی و روانی، عملکرد شغلی، رضایت شغلی) را اعلام نمود، اما پژوهش‌های انجام شده این رابطه را قویا تایید می‌کنند. به عنوان مثال، مطالعه‌ای در مورد عوامل استرس زا در سازمان‌ها حاکی از آن است که: استرس وجه مشترک تمام تجارب کاری کارکنان است. اغلب اوقات استرس در قالب نارضایتی شغلی خود را نشان می‌دهد؛ اما در قالب نشانه‌های دیگری که شدت بیشتری داشته و منجر به حالات عاطفی در فرد می‌شوند (مثل عصبانیت، ناکامی، خصومت و خشم) نیز خود را بروز می‌دهد. استرس به صورت حالات منفعلانه‌تر که در عین حال به اندازه موارد قبل تبعات منفی دارند (مثل ملالت و کسالت، فرسودگی شغلی، خستگی، درماندگی، ناامیدی، فقدان شور و انرژی، و افسردگی) نیز خود را نشان می‌دهد. از سوی دیگر، استرس شغلی با کاهش اعتماد به نفس و عزت نفس فرد نیز رابطه دارد. علاوه بر این، اظهار ناراحتی‌هایی که افراد در مورد عدم سلامت خود می‌کنند را می‌توان به عنوان نوعی واکنش روانشناختی به استرس و یا نشانه‌ای از یک بیماری قلمداد کرد. فرقی نمی‌کند کدام یک از این دو برداشت را داشته باشید؛ هر برداشتی که داشته باشید، واکنش افراد در قبال استرس هم به صورت ابراز ناراحتی از مشکلات روان‌تنی خود را نشان می‌دهد و هم به شکل علائمی در سلامت فرد. در نهایت این که، برخی از واکنش های افراد در برابر استرس منجر به رفتارهایی در آنها می‌شوند. به عنوان مثال، احساس بیگانگی با سازمان و نداشتن تعهد به سازمان (به عنوان واکنش‌هایی در قبال استرس کاری) با قصد جابجایی افراد رابطه دارند. کان و بیوزیر انواع واکنش‌های رفتاری فرد در قبال استرس را به پنج دسته تقسیم می‌کنند؛ اختلال در ایفای نقش‌های کاری (مثل وقوع حوادث کاری و یا خطا در انجام وظایف)، رفتارهای تجاوزکارانه در محیط کار (مثل دزدی)، فرار از زیر کار (مثل غیبت کردن)، اختلال در ایفای نقش‌های غیرکاری (مثل بدرفتاری و فحاشی نسبت به همسر) و رفتارهای خود آسیب‌رسان (مثل استفاده از سیگار، الکل و مواد مخدر). این دو پژوهش‌گر اعتقاد دارند که به طور کلی "عوامل استرس‌زای مربوط به کار پیامدهای رفتاری مختلفی دارند و این پیامدهای رفتاری خود را در زندگی کاری و غیرکاری فرد نشان داده و هزینه‌های سنگینی را روی دست سازمان‌ها می‌گذارند". نتایج فراتحلیلی که به تازگی انجام شده نشان می‌دهد که مشکلات مربوط به سلامت روانی فرد با متغیرهایی چون توان‌فرسایی شغلی، آزادی عمل کم در تصمیم‌گیری، عدم تعادل ادراک شده بین میزان تلاش و میزان پاداش دریافتی و عدم امنیت شغلی بالا رابطه مستقیم دارد. نتایج پژوهشی دیگر حاکی از آن است که بین استرس، فشارخون بالا و کم‌خوابی نیز رابطه وجود دارد. مداخلات مدیریت استرس (SMIs) عبارت است از: "هر گونه اقدام، برنامه، یا فرصتی که از سوی سازمان انجام یا ایجاد شده و بر کاهش وجود عوامل استرس‌زا یا کمک به کارکنان جهت کاهش پیامدهای منفی ناشی از عوامل استرس زا تمرکز دارند". مداخلات مدیریت استرس (SMIs) یکی از انواع مرسوم برنامه‌های مشاوره کارکنان در سازمان‌ها به حساب می‌آیند. امروزه تکنیک‌هایی که جهت رفع استرس به کار می‌روند بسیار متنوع هستند و شامل مواردی چون آموزش، مدیریت زمان، ورزش، آموزش اعتماد به نفس، بازخورد زیستی، تکنیک‌های تنفس، مراقبه، تامل در مورد آموزه‌های مذهبی، ماساژ و آموزش ارتباطات می‌شوند. اگر چه استفاده از انواع گوناگون مداخلات مدیریت استرس در سازمان‌ها بسیار متداول است، اما هنوز هم در این باره دو موضوع باید مورد توجه قرار گیرد؛ تعریف استرس و میزان اثربخشی مداخلات مدیریت استرس.

تعریف استرس

تعریف استرس امری بسیار دشوار است. متسون و ایوانسویچ با بررسی ادبیات مربوط به این مفهوم تعاریف متعددی را یافته‌اند. تعدد تعاریف موجود و نبودن تعریفی واحد از مفهوم استرس باعث می‌شود تا نتوانیم نتایج پژوهش‌های مختلفی را که با موضوع این مفهوم انجام شده‌اند با هم مقایسه کنیم. زیرا آنچه که در یک پژوهش استرس نامیده می‌شود ممکن است با آنچه که در پژوهشی دیگر استرس نامیده می‌شود متفاوت باشد. البته با وجود انواع مختلف تعاریفی که از استرس ارائه شده است، در این مورد که استرس از سه مولفه اصلی تشکیل شده است میان تعاریف گوناگون اتفاق نظر وجود دارد. این سه مولفه عبارت است از:

- برخی عوامل محیطی که فرد را تحت تاثیر خود قرار می‌دهند و از آنها با عنوان عوامل استرس‌زا یاد می‌شود
- عکس‌العمل فیزیکی و روانی فرد نسبت به عوامل استرس‌زا
- تعامل بین عوامل استرس‌زا و عکس‌العمل فرد (البته در برخی موارد)

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

عوامل استرس‌زا شامل انواع گوناگونی از محرک‌ها که هم مربوط به داخل سازمان می‌شوند و هم مربوط به خارج از آن می‌باشند. از جمله عوامل استرس‌زای درون‌سازمانی می‌توان به قوانین ناقص، نبود کنترل، کنترل بیش از حد، سیاست‌های متناقض، گرانباری کاری، پاداش‌های ناکافی و رهبری ضعیف اشاره نمود. مطالعه‌ای که در کشور انگلستان انجام شده است، یک فهرست ۱۲ موردی از رفتارهای مدیریتی که می‌توانند بر سطح استرس فرد تاثیرگذار باشند را مشخص کرده است. از جمله این رفتارهای مدیریتی عبارت است از: مدیریت تعارض، مدیریت عواطف و مشارکت. جدول ۲ فهرستی از عوامل استرس‌زای سازمانی احتمالی را نشان می‌دهد.

مطالعات انجام شده در حوزه استرس، به بررسی متغیرهای مختلفی که می‌توانند اثرات استرس بر پیامدهای سازمانی را تعدیل کنند نیز پرداخته‌اند. از جمله این متغیرهای تعدیل‌گر می‌توان به احساس لیاقت و کفایت فردی، عزت نفس، رفتارهای تیپ شخصیتی A، میزان کنترلی که فرد روی خود احساس می‌کند، کانون کنترل، ویژگی های شغل، میزان حمایت اجتماعی و سطح سازمانی فرد اشاره نمود. البته نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که جنسیت فرد نیز در تلقی فرد از موارد گوناگون موجود در محیط کار به عنوان عوامل استرس‌زا موثر است و زنان و مردان در این زمینه با هم متفاوت هستند. ارزیابی شناختی فرد از استرس می‌تواند نقش مهمی در کیفیت تجربه وی از استرس داشته باشد. به عبارت دیگر، عاملی که ممکن است برای یک نفر به عنوان عامل استرس‌زا بوده و در او استرسی طاقت‌فرسا ایجاد نماید، احتمال دارد برای شخصی دیگر به منزله عامل انگیزاننده بوده و او را تهییج به انجام امور کند. به عنوان مثال، برخی از کارکنان ترجیح می‌دهند نقش‌های کاری آنها خیلی ریز و با جزئیات تعریف نشده و به آنها تا حدودی آزادی عمل داده شود. حال آن که برخی دیگر از کارکنان عدم تعریف دقیق نقش‌های کاری خود را به عنوان عاملی استرس‌زا تلقی می‌کنند؛ زیرا این شرایط باعث می‌شود تا آنها در مورد این که چه کارهایی را باید انجام داده و چه کارهایی را انجام ندهند دچار سردرگمی شوند. برخی از مداخلات مدیریت استرس از این نکته بهره برده و به افراد می‌آموزند که چگونه می‌توان به عوامل استرس‌زا به شکل دیگری نگاه کرد و برداشت متفاوتی از آنها داشت.

جدول ۲ عوامل استرس‌زای سازمانی

۱. عوامل درونی شغل:
تعارض یا ابهام نقش
گرانباری کاری
کنترل ناکافی
۲. ساختار و کنترل سازمانی:
سلسله مراتب
خط‌مشی‌های غیرقابل انعطاف
۳. سیستم پاداش‌دهی:
بازخورد غلط و نامنظم
پاداش‌های نابرابر
۴. سیستم منابع انسانی:
فرصت‌های ناکافی کارراهه‌ای
فقدان آموزش
ب. رهبری:
روابط ضعیف
نبود احترام

منبع:

From Ivancevich, J. M., (1990). “Worksite stress management interventions.” American Psychologist, v. 45, 254. Copyright 1990 by American Psychological Association. Reprinted with permission.

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

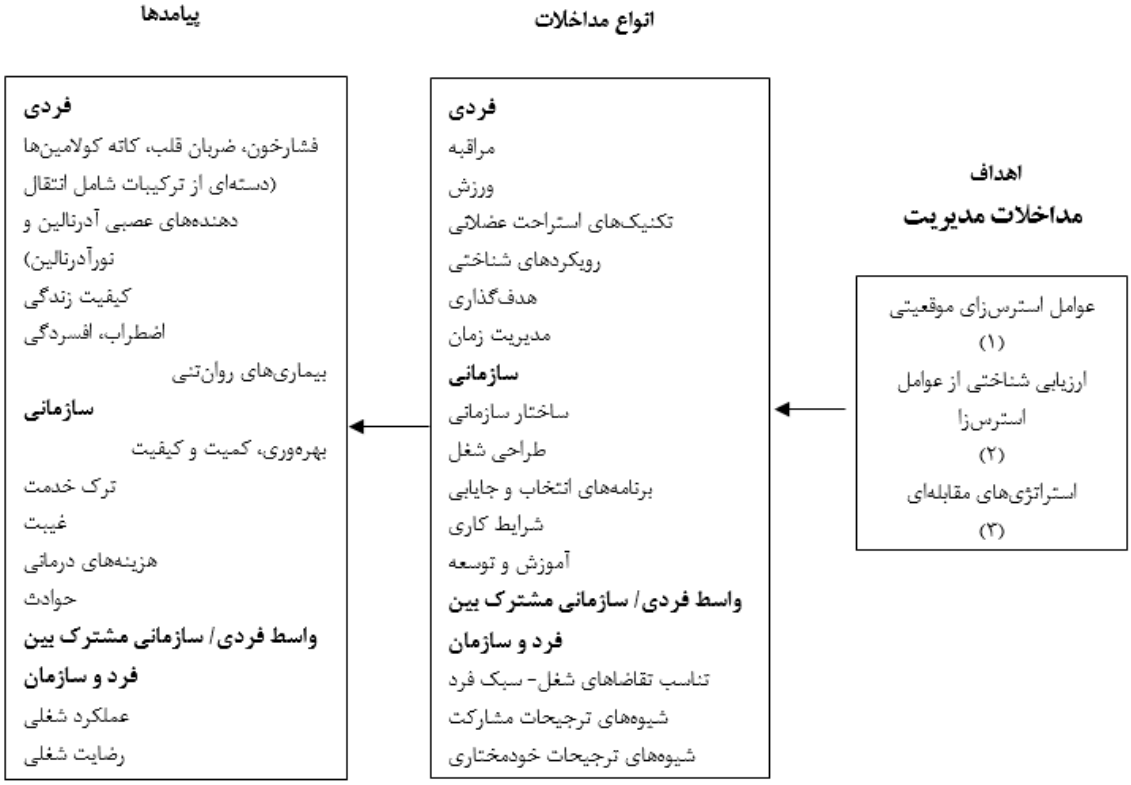
به عنوان مثال، برخی از این مداخلات به فرد یاد می‌دهند که به وظایفی که انجام آنها مستلزم کسب مهارت‌های جدیدی از سوی وی است به عنوان یک فرصت برای رشد خود نگاه کنند و آن را به منزله موقعیتی که دچار شکست و ناکامی خواهند شد، قلمداد نکنند. از سوی دیگر، نحوه مواجهه فرد با استرس نیز بر این موضوع که آیا عامل استرس‌زا بر عملکرد وی تاثیر منفی خواهد گذاشت نیز تاثیر دارد. به عنوان مثال، یادگیری تمرین‌های مربوط به تمدد اعصاب که به کارکنان در کاهش اضطراب ناشی از استرس کمک می‌کند، می‌تواند اثرات جسمانی عامل استرس‌زا (مثل سردرد و افزایش سرعت تنفس) را نیز کاهش داده و به فرد کمک کند تا به جای این که عامل استرس‌زا را از آنچه وجوددارد بزرگ‌تر قلمداد کند، تصویر واقع‌بینانه‌تری از آن داشته باشد. تمرین ارائه شده در آخر این مقاله با عنوان "چگونه به مواجهه با استرس می‌روید؟" در همین زمینه می‌باشد.

مدلی برای مداخلات مدیریت استرس

مداخلات مدیریت استرس را می‌توان به دو دسته مداخلات آموزشی و مداخلات مهارت‌افزا تقسیم نمود. مداخلات آموزشی به دنبال افزایش آگاهی کارکنان از منابع استرس، این که حس استرس چگونه است، چگونه می‌توان از عوامل استرس‌زا دوری نمود و چگونه می‌توان مواجهه بهتری با استرس داشت هستند. از سوی دیگر، مداخلات مهارت‌افزا از جمله مدیریت زمان و آموزش اعتماد به نفس با این هدف طراحی و اجرا می‌شوند که راه‌های جدیدی جهت مواجهه با عوامل استرس‌زا که زندگی و کار کارکنان را تحت تاثیر خود قرار می‌دهند را در اختیار آنها گذاشته و به کارکنان کمک کنند تا اثرات استرس را تحت کنترل داشته باشند. البته این نکته را به خاطر داشته باشید که امروزه معمولا از مداخلات مدیریت استرس به عنوان بخشی از برنامه‌های کارمندیاری استفاده می‌شود. ایوانسویچ و همکاران اقدام به تدوین مدلی برای مداخلات مدیریت استرس نموده‌اند که اهداف، انواع مختلف و پیامدهای احتمالی مداخلات مدیریت استرس را به تصویر می‌کشد. این مدل که در تصویر ۱ به نمایش در آمده است انواع مختلف مداخلات مدیریت استرس را در سه دسته فردی (مثل هدف‌گذاری)، سازمانی (مثل بازطراحی شغل) و فردی-سازمانی (مثل روابط با همکاران) تقسیم می‌کند. در حال حاضر بیشتر مداخلات مدیریت استرس که در سازمان‌ها اجرا می‌شوند بر کمک به کارکنان در مواجهه با استرس از طریق انجام فعالیت‌هایی همچون مراقبه (یا تصویرسازی ذهنی)، ورزش و مدیریت زمان تمرکز دارند. با این حال، توصیه می‌شود که مداخلات مدیریت استرس بر ویژگی‌های محیط کار که علت استرس هستند نیز تمرکز داشته باشند. مداخلات مدیریت استرس که بر ویژگی‌های محیط کار نیز تمرکز دارند، نه تنها می‌توانند مزایای قابل توجهی برای کارکنان و سازمان در پی داشته باشند؛ بلکه می‌توانند ابزاری مناسب برای سازمان‌ها جهت انجام مسئولیت‌های آنها در راستای ایجاد استرس (در سطح بهینه) و مدیریت آن باشند. مارگارت کافی و همکاران در پژوهش خود نمونه‌ای خوب از چگونگی طراحی، اجرا و ارزشیابی یک مداخله مدیریت استرس سازمانی را ارائه داده‌اند.

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

تصویر ۱: مدل مداخلات مدیریت استرس



میزان اثربخشی مداخلات مدیریت استرس

وضعیت مداخلات مدیریت استرس مانند برنامه‌های کارمندیاری است؛ به عبارت دیگر در این زمینه نیز برای این که بتوانیم نتیجه‌گیری‌های دقیق و محکمی داشته باشیم، نیاز است که پژوهش‌های بیشتری را انجام دهیم. البته پژوهش‌هایی در این زمینه انجام شده و مطالعاتی به بررسی نتایج حاصل از این پژوهش‌ها پرداخته‌اند. در یکی از این مطالعات، ۶۴ پژوهش چاپ شده در ژورنال‌های مختلف در بازه زمانی ۱۹۷۴ تا ۱۹۹۴ مورد بررسی قرار گرفته و این نتیجه حاصل شد که اکثر این پژوهش‌ها به لحاظ روش‌شناختی به درستی انجام شده‌اند؛ حداقل نیمی از این ۶۴ پژوهش با طرح تحقیق آزمایشی کامل اجرا شده و یک چهارم دیگر نیز با وجود آن که از گمارش تصادفی برای تخصیص نمونه‌های خود به گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده نکرده بودند، اما در سایر موارد درست انجام شده بودند. در فراتحلیلی که به تازگی انجام شده است نیز ۳۶ پژوهش در زمینه مداخلات مدیریت استرس مورد بررسی قرار گرفتند و نتایج حاصله نشانگر یک اندازه اثر قابل قبول (d=۰/۵۳) بود. البته در زمینه پژوهش‌های مربوط به مداخلات مدیریت استرس این توصیه وجود دارد که برای دستیابی به اطلاعات جزئی‌تر در مورد میزان تاثیر این مداخلات از داده‌های کیفی مربوط به افراد (گفته‌های آنها) نیز استفاده شود. در مجموع، باید گفت که پژوهش‌هایی که در زمینه مداخلات مدیریت استرس با ساختاری درست اجرا شده‌اند، اثربخشی انواع مرسوم این قبیل مداخلات را مورد تایید قرار داده‌اند. به عنوان مثال، مورفی در پایان پژوهش خود این گونه نتیجه‌گیری می‌کند که میزان اثربخشی مداخلات مدیریت استرس، بر اساس نوع متغیر وابسته مورد اندازه‌گیری با هم متفاوت است. به بیان دقیق‌تر، وی متوجه شد مداخله‌ای مثل استراحت عضلانی در ایجاد نتایج فیزیولوژیک بیشترین اثربخشی را دارد و مداخلات مهارت‌های شناختی-رفتاری بیشترین اثربخشی را در تاثیر بر نتایج روانشناختی دارند. علاوه بر این، مورفی به این نتیجه رسید که مطالعه ترکیبی از انواع مختلف این مداخلات (مثلا ترکیب مهارت‌های شناختی- رفتاری با استراحت عضلانی) مرسوم‌ترین شکل پژوهش‌ها در حوزه مداخلات مدیریت استرس می‌باشد و در عین حال همین شکل ترکیبی دارای بیشترین میزان اثربخشی مداخلات مدیریت استرس بر متغیرهای وابسته مورد نظر است. مطالعه ده برنامه کاهش استرس در هلند نشان داد که این برنامه‌ها در نهایت منجر به کاهش میزان غیبت کارکنان شده و منافع سازمانی حاصل از اجرای آنها بیش از هزینه‌های

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

صرف شده برای آنها می‌باشد. همچنین نتایج پژوهشی که بر روی تعدادی از کارگران آسیب‌دیده در حین کار انجام شد، حاکی از آن بود که استفاده از تکنیک‌های مدیریت استرس، بازگشت آنها به محیط کار را تسهیل می‌نماید. نتایجی همچون موارد فوق نشانگر اثربخش بودن مداخلات مدیریت استرس در سازمان‌ها هستند. بی‌شک، انجام مطالعات بیشتر با استفاده از اصول روش‌شناختی دقیق‌تر و با بهره‌گیری از مبانی تئوریک قوی‌تر در این زمینه می‌تواند اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری در مورد انتخاب مناسب‌ترین مداخله مدیریت استرس جهت رویارویی با استرس کاری را در اختیار ما قرار دهد. براینر اعتقاد دارد که در طراحی و اجرای برنامه‌های مدیریت استرس باید موارد زیر را مد نظر قرار داد:

– توجه دقیق به پیامدهایی که استرس برای کارکنان دارد. به جای این که در مورد استرس به صورت کلی صحبت کنیم، آنچه را که استرس برای کارکنان در بر دارد را به صورت دقیق مشخص نماییم.

– ارزیابی مناسب از مساله. چه شواهدی مبنی بر وجود مساله ای در ارتباط با استرس دارید و این مساله تا چه حد گسترده است؟

– تعیین راه حل دقیق و مشخص. با توجه به شرایط سازمان استفاده از کدام مداخله مفیدتر خواهد بود؟ هدف مداخله مورد نظر چه چیزی خواهد بود؟

– داشتن نگاهی استراتژیک نسبت به مداخله‌ای که انتخاب کرده‌ایم. ارتباط مداخله انتخاب شده با سایر برنامه‌های حوزه منابع انسانی و سازمان چگونه خواهد بود؟ آیا لازم است تا پیش از اجرای مداخله مورد نظر موارد دیگری در سازمان تغییر کنند؟

– ارزشیابی و بازخوردهی. چه چیزی را مورد ارزشیابی قرار خواهید داد و نتایج حاصل از ارزشیابی چگونه برای انجام اقدامات آتی مورد استفاده قرار خواهند گرفت؟

برنامه‌های ارتقاء سطح سلامت کارکنان

برنامه‌های سلامت کارکنان (EWPs) و یا برنامه‌های ارتقاء سلامت (HPPs) مجموعه فعالیت‌هایی هستند که با هدف بهبود رفتارهای کارکنان و اقدامات سازمان جهت حصول اطمینان از سلامت کارکنان اجرا می‌شوند. بر خلاف برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌ها و محافظت از سلامت کارکنان، برنامه‌های ارتقاء سطح سلامت بر این پیش فرض استوار هستند که سلامت موضوعی فراتر از نبود بیماری است. این برنامه‌ها تلاش دارند تا کارکنان را به انتخاب و در پیش گرفتن یک سبک زندگی مناسب که سطح سلامت عمومی آنها را به بالاترین حد ممکن می‌رساند ترغیب نمایند. اگر چه برنامه‌های مدیریت استرس بخشی از برنامه‌های ارتقاء سطح سلامت کارکنان محسوب می شوند اما این برنامه‌ها با موضوعاتی به غیر از استرس همچون چاقی، تغذیه و ترک سیگار کارکنان نیز سر و کار دارند. امروزه توجه به ارتقاء سطح سلامت کارکنان از جایگاه ویژه‌ای برای سازمان‌ها برخوردار است. از جمله برنامه‌هایی که در این راستا مورد استفاده سازمان‌ها قرار می‌گیرند، می‌توان به برنامه‌های ورزشی/ تناسب اندام، ترک سیگار، مدیریت استرس، آموزش‌های مربوط به فشار خون و جلوگیری از ناراحتی‌های کمر و ستون فقرات اشاره نمود. اودانل انواع مختلف برنامه‌های سلامت را در سه سطح طبقه‌بندی می کند. سطح یک، عمدتا شامل برنامه‌هایی آموزشی است که معمولا هدف آنها تغییر مستقیم رفتار کارکنان نیست. از جمله روش‌هایی که در این سطح مورد استفاده قرار می‌گیرند می‌توان به چاپ بولتن‌ها و پوسترها، برگزاری دوره‌های آموزشی و غربالگری سلامت کارکنان اشاره نمود. سطح دو، شامل برنامه‌هایی است که تلاش دارند تا به صورت مستقیم در رفتار کارکنان تغییر ایجاد نمایند. از جمله برنامه‌های این سطح عبارت است از: برگزاری کلاس‌های ورزشی، عضویت افراد در مراکز و باشگاه‌های تناسب اندام و برگزاری دوره‌های آموزشی با موضوع چگونگی انجام صحیح وظایف کاری فیزیکی (مثل بلند کردن اجسام). سطح سه، مشتمل بر برنامه‌هایی است که تلاش دارند تا محیط سازمانی مناسب جهت کمک به کارکنان در حفظ یک سبک زندگی سالم را ایجاد نمایند. دو نمونه معروف از برنامه‌های سطح سه که توجه‌های زیادی را به سوی خود جلب کرده‌اند، برنامه‌های شرکت جانسون اند جانسون و برنامه شرکت استی ول می باشند. برای این که با نمونه ای از یک برنامه ارتقاء سلامت کارکنان بسیار خوب در یک سازمان با اندازه متوسط آشنا شوید، می‌توانید به مثال موجود در کادر زیر مراجعه کنید. در یک نظرسنجی که در میان متخصصان ارتقاء سلامت انجام گردید، مشخص شد که به زعم این افراد باید بین برنامه‌های ارتقاء سلامت کارکنان و اهداف و استراتژی‌های سازمان ارتباط روشنی برقرار باشد. هایریش و همکاران قائل به وجود ده بعد در برنامه‌های سلامت محیط کار هستند. این ابعاد عبارت است از:

– تدوین یک خط‌مشی درست و مناسب برای سلامت کارکنان سازمان

– اجرای غربالگری سلامت یا به قولی ارزیابی ریسک‌های سلامت کارکنان سازمان

– برقراری ارتباطات سازنده با مجامع و مراکز برون سازمانی

– ارجاع‌دهی حساب شده کارکنان به مداخلات درمانی و برنامه‌های ارتقاء سلامت مناسب

– ارائه انواع مداخلات ارتقاء سلامت کارکنان مبتنی بر رویکرد فهرست‌محور

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

– انجام مشاوره‌های پیگیرانه بر اساس یک برنامه زمانی منظم و مداوم
– برگزاری رویدادهای سلامت (مثل انواع مسابقات) برای تمام اعضای سازمان
– برگزاری جلسات مشورتی در مورد سیاست‌ها و سیستم‌های کاری و تغییرات در سطح سازمان
– ارزشیابی مداوم فرآیند اجرایی برنامه‌های ارتقاء سلامت و ارزیابی میزان کاهش ریسک‌های سلامت کارکنان
– انجام ارزشیابی‌های متناوب جهت بررسی میزان اثربخشی برنامه‌های ارتقاء سلامت بر مبنای تاثیر این برنامه‌ها بر عملکرد کاری کارکنان و سایر منافع حاصل از آنها

علاوه بر این، هایریش و همکاران دو موضوع مهم دیگر را نیز خاطرنشان می‌کنند؛ تبدیل باشگاه‌های تناسب اندام به مراکز سلامتی و مشارکت دادن اعضای خانواده کارکنان در برنامه‌های سلامتی. توالی مجموعه فعالیت‌هایی که در اکثر برنامه‌های ارتقاء سلامت کارکنان اجرا می‌شوند را می‌توان به این شکل بیان نمود؛ برنامه با غربالگری سلامت کارکنان شروع شده و نتایج این مرحله در قالب یک جلسه مشاوره به فرد بازخورد داده می‌شود. در این جلسه به کارکنان توصیه می‌شود تا با توجه به وضعیت فعلی سلامت خود در یک یا چند فعالیت ارتقاء سطح سلامت شرکت کنند. جلسات مشاوره پیگیرانه و پایش وضعیت سلامت کارکنان در ادامه مسیر انجام شده و از این طریق مشارکت آنها در برنامه‌های ارتقاء سلامت حفظ می‌شود. چهار مورد از برنامه‌هایی که به صورت معمول در قالب یک بسته برنامه ارتقاء سطح سلامت کارکنان توسط سازمان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارت است از: ورزش و تناسب اندام، ترک سیگار، تغذیه و کنترل وزن و کنترل فشار خون بالا. در ادامه ضمن بررسی هر یک از این چهار مورد میزان اثربخشی آنها را نیز مورد توجه قرار خواهیم داد.

برنامه‌های ترک سیگار

استعمال سیگار یکی از معمولی ترین خطراتی است که سلامت محیط‌های کاری و اجتماعی امروزی را تهدید می‌کند. نتایج مطالعات زیادی نشان‌دهنده ارتباط بین استعمال سیگار و افزایش احتمال بروز بیماری‌های قلبی، سکته، سرطان و آمفیزم هستند. با وجود این نتایج مطالعاتی، برآوردها حاکی از آن است که در سال ۲۰۰۹ حدود ۲۰/۶ درصد از آمریکایی‌های بزرگسال سیگار استعمال می‌کرده‌اند. البته این عدد نسبت به ۴۲/۴ درصد در سال ۱۹۶۵ یک کاهش به حساب می‌آید؛ اما کماکان عدد بزرگی است. امروزه شاهد آن هستیم که روز به روز شواهد بیشتری مبنی بر افزایش ریسک‌های سلامتی برای مصرف‌کنندگان سیگار و افراد غیرسیگاری که در مجاورت افراد سیگاری قرار دارند یافت می‌شود. برآوردهای انجام شده حاکی از آن است که مصرف سیگار در آمریکا در فاصله سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۴ معادل ۹۶ میلیارد دلار هزینه‌های درمانی و حدود ۹۷ میلیارد دلار از طریق کاهش بهره‌وری برای سازمان ها هزینه ایجاد کرده است. با توجه به این آمار و ارقام و موارد مشابه سازمان‌ها از برنامه‌های ترک سیگار حمایت بیشتری کرده و از این برنامه‌ها به عنوان روشی برای کمک به کارکنان خود، کاهش هزینه‌ها و ایجاد محیط کاری سالم‌تر استفاده می‌کنند. علاوه بر این، در بسیاری از موارد کشورها با وضع قوانینی استعمال سیگار در اماکن عمومی را ممنوع کرده‌اند و این موضوع سازمان‌ها را ترغیب کرده تا به فکر کمک به کارکنان خود در ترک سیگار باشند. نتایج مطالعه‌ای که در سازمان‌های خصوصی آمریکایی انجام شده است نشان می‌دهد که حدود ۳۵ درصد از این سازمان‌ها از برنامه‌های ترک سیگار برای کارکنان خود استفاده می‌کنند. سازمان‌ها هم می‌توانند برنامه‌های ترک سیگار را به عنوان بخشی از برنامه‌های کارمندیاری، مدیریت استرس، یا سلامتی خود طراحی و اجرا کنند و هم می‌توانند کارکنانی که علاقمند به استفاده از این برنامه‌ها هستند را به مشاوران برون‌سازمانی یا مراکزی مثل انجمن سرطان آمریکا یا یک بیمارستان محلی ارجاع دهند. برای تعیین میزان موفقیت و اثربخشی برنامه‌های ترک سیگار می‌توان از دو معیار استفاده کرد؛ نرخ ترک سیگار کارکنان و درصد افراد سیگاری که در این برنامه‌ها شرکت کرده‌اند. البته برای سازمان‌ها، نرخ بالای ترک در صورتی که درصد بالایی از کارکنان سیگاری در برنامه شرکت نداشته باشند اهمیت زیادی ندارد. نرخ ترک در ادبیات مربوط به برنامه‌های ترک سیگار بین ۱۲ تا ۶۰ درصد گزارش شده است و این عدد در مورد برنامه‌های ترک سیگار در محیط کار حدود ۳۰ درصد است. نرخ مشارکت افراد سیگاری در برنامه‌های ترک سیگار به اندازه نرخ ترک گزارش نشده است؛ اما به طور معمول میزان آن پایین‌تر از نرخ ترک سیگار است. چنانچه برنامه‌های انگیزشی مثل برگزاری مسابقات در کنار برنامه‌های ترک سیگار استفاده شوند، نرخ مشارکت در این برنامه‌ها را می‌توان افزایش داد. به عنوان مثال، نرخ مشارکت در یک برنامه ترک سیگار که در آن کارکنان چهار بانک برای ترک در حال رقابت با یکدیگر بودند حدود ۸۸ درصد گزارش شده است. از سوی دیگر، نتایج یک فراتحلیل نشان داد که حتی کاهش استعمال سیگار بدون ترک آن نیز می‌تواند مزایای فراوانی برای سلامتی فرد داشته باشد. در نهایت باید گفت که برنامه‌های ترک سیگار مداخلاتی

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

مقرون به صرفه بوده و نسبت هزینه-فایده بالایی دارند. نتایج یک پژوهش حاکی از آن است که نسبت هزینه-فایده برای برنامه‌های ترک سیگار ۸/۷۵ است. یعنی به ازاء هر دلاری که توسط سازمان صرف این برنامه‌ها می‌شود، حدود ۸ دلار عاید سازمان می‌شود.

مداخلات مربوط به تغذیه و کنترل وزن کارکنان

جفری هوتون و همکاران او اعتقاد دارند که «میزان مصرف غذاهای مغذی» می‌تواند یکی از منابع مزیت‌های رقابتی برای سازمان‌ها باشد. به عبارت دیگر، چنانچه سازمانی اقدام به اجرای برنامه‌های سلامت جامعی نماید که تغذیه سالم هم بخشی از آن باشد، اعضای آن در آینده می‌توانند مزیت رقابتی پایدار آن سازمان باشند. اما آمارها حاکی از آن است که حدود ۶۸ درصد بزرگسالان آمریکایی دچار چاقی یا اضافه وزن هستند. منظور از اضافه وزن، داشتن شاخص توده بدنی ۲۵ تا ۲۹/۹ (بر اساس قد و جنسیت فرد) است و چاقی به معنای داشتن شاخص توده بدنی ۳۰ و یا بالاتر است. بر اساس یافته های اخیر، حدود ۳۴/۲ درصد از آمریکایی های بزرگسال مبتلا به اضافه وزن هستند و حدود ۳۳/۸ درصد نیز از چاقی رنج می برند. در طول ۳۵ سال گذشته روند افزایش افراد مبتلا به چاقی (در آمریکا و سایر کشورها) بسیار چشمگیر بوده و این موضوع رفته رفته به یک مساله حاد تبدیل شده است. یافته های پژوهشی حاکی از آن است که چاقی علت بسیاری از مشکلات اسکلتی-عضلانی، افزایش فشار خون، افزایش قند خون و کلسترول و برخی از انواع سرطان است. از آنجا که چاقی پیامدهای فراوانی برای سلامتی افراد داشته و هزینه های زیادی را به سازمان‌ها تحمیل می‌کند و نظر به دغدغه‌هایی که کارکنان در ارتباط با عملکرد شغلی و ظاهر خود دارند؛ برنامه‌های تغذیه و کنترل وزن به شکل روزافزونی مورد توجه سازمان‌ها قرار گرفته است. محتوای این برنامه‌ها بسیار متنوع است و می‌توان در قالب این برنامه‌ها از بولتن‌ها، جزوات، وزن‌کشی و توصیه‌هایی در باب تهیه برنامه‌های کاهش وزن فردی استفاده نمود. در راستای کمک به حفظ وزن مناسب کارکنان، سازمان‌ها نیز می‌توانند در وعده‌های غذایی از غذاهای سالم و کم چربی استفاده کرده و اطلاعات مربوط به غذاهایی را که در سالن غذاخوری ارائه می‌شوند را در اختیار کارکنان قرار دهند. در این زمینه حتی برخی از سازمان‌ها اقدام به استفاده از مربی سلامت برای کارکنان خود می‌کنند تا این مربیان کارکنان را در مورد مسائل مربوط به چاقی و استعمال سیگار راهنمایی کنند. برنامه‌های کنترل وزن که در سازمان اجرا می‌شوند، می‌توانند در کمک به کارکنان جهت کاهش وزن در کوتاه‌مدت (یعنی یک تا دو پوند در هفته) مفید باشند. اما اثربخشی این برنامه‌ها برای کاهش وزن در بلندمدت و پیامدهای مثبت آنها برای سلامتی و میزان بهره‌وری کارکنان هنوز به طور کامل تایید نشده است. به همین شکل، برنامه‌های کنترل کلسترول و تغذیه ای کارکنان می‌توانند در کوتاه‌مدت مزایایی برای شرکت‌کنندگان در این برنامه‌ها داشته باشند (مثلا باعث تغییر در نگرش‌ها و رژیم غذایی آنها شده و یا سطح کلسترول آنها را کاهش دهند)، اما برنامه‌های کنترل کلسترول و تغذیه‌ای که همراه با مشاوره‌های پیگیرانه و فردی هستند، نتایج بهتری را به دنبال دارند. ناگفته نماند برای این که بتوان با صراحت بیشتری به ارتباط علی بین این نوع برنامه‌ها و ارتقاء سطح سلامت و بهبود رفتار کارکنان اشاره داشت، باید پژوهش‌های بیشتری با رعایت اصول روش شناختی انجام شود. در همین راستا و به عنوان مثال، نتایج حاصل از دو برنامه ارتقاء سلامت که با رعایت اصول روش‌شناختی و در یک مقیاس گسترده اجرا گردیده‌اند، گزارش شده‌اند. هر دوی این برنامه‌ها در نهایت باعث کاهش میزان مصرف چربی و افزایش مصرف میوه و سبزیجات در شرکت‌کنندگان شده‌اند. همچون سایر برنامه‌های ارتقای سطح سلامت، در این نوع برنامه‌ها نیز میزان مشارکت کارکنان در برنامه یکی از معیارهای مهم اثربخشی این گونه از برنامه‌ها است. علاوه بر این، استفاده از رقابت در بین شرکت‌کنندگان این برنامه‌ها نیز می‌تواند در بالا بردن میزان شرکت در این برنامه‌ها و افزایش اثربخشی آنها موثر باشد. این بخش از مقاله حاضر را با یک هشدار به اتمام می‌رسانیم. در جوامع امروزی نگرش‌های منفی در مورد افرادی که اضافه وزن دارند بسیار زیاد است. مطالعه‌ای که توسط مارک روهلینگ انجام شده است، شواهد محکمی در تایید وجود سوگیری و تبعیض در استخدام افرادی که دارای اضافه وزن هستند ارائه می‌دهد. علاوه بر پیامدهای مشهود اقتصادی و روانشناختی که اضافه وزن برای افراد دارد، این موضوع برای کارفرمایان نیز می‌تواند مسائل حقوقی و قانونی در پی داشته باشد. نکته ای که در این مورد باید مورد توجه قرار داد؛ آن است که کلیه برنامه‌های سازمان جهت کمک به کارکنان در کاهش وزن باید برای هر دو طرف (فرد و سازمان) سودمند باشد. بر این اساس، سازمان و نمایندگان آن باید مطمئن باشند که عدم شرکت در برنامه‌های تغذیه‌ای و کنترل وزن هیچ گونه تبعات منفی شغلی را برای افراد نداشته باشد. مگر این که وزن فرد یکی از مولفه‌های تاثیرگذار در اجرای وظایف شغلی او باشد (برای کسب اطلاعات بیشتر در این مورد به روهلینگ مراجعه کنید). نتایج پژوهشی که به تازگی انجام شده نشان می‌دهد که

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

وزن شرکت‌کنندگان در دوره‌های آموزشی، انتظارات مدرس از فرد و به تبع آن ارزشیابی مدرس از فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

کنترل فشار خون بالا

تقریبا ۲۹ درصد بزرگسالان آمریکایی دارای فشار خون بالا هستند. ۳۱ درصد از بزرگسالان آمریکایی نیز در شرف ابتلا به فشار خون بالا هستند. از جمله مشکلاتی که فشار خون بالا در پی دارد ناراحتی-های قلبی و خطر سکته قلبی است. برآوردهای انجام شده نشان می‌دهد که سازمان‌ها سالانه ۵۲ میلیون روز کاری خود را به دلیل ناراحتی های قلبی کارکنان خود از دست می‌دهند. با وجود اثرات مخرب بالقوه‌ای که فشار خون بالا در پی دارد، می‌توان آن را از طریق ورزش، کاهش وزن، استفاده از دارو، کاهش استرس و در پیش گرفتن رژیم غذایی کم نمک کنترل نمود. نرخ بالای فشار خون بالا در بین افراد و سادگی نسبی تشخیص و کنترل آن، برنامه‌های غربالگری فشار خون بالا و کنترل آن را به یکی از برنامه‌های رایج و محبوب در محیط‌های سازمانی تبدیل کرده است. سازمان‌ها برای کمک به کارکنان خود جهت کاهش فشار خون بالا، نیاز به برنامه‌های خیلی گسترده و تجهیزات زیادی ندارند. یک برنامه عادی غربالگری و کنترل فشار خون بالا می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

– تهیه مطالب آموزشی
– اندازه‌گیری فشار خون جهت تشخیص کارکنان مبتلا به فشار خون بالا
– ارجاع این گونه کارکنان به مراجع درمانی
– فراهم کردن تجهیزات اندازه‌گیری فشار خون در سازمان برای این که کارکنان همواره بتوانند فشار خون خود را پایش نمایند
– ارائه غذاهای کم نمک در سلف سازمان
– پایش متناوب پیشرفت کارکنان در مسیر کاهش فشار خون بالا

اثربخشی برنامه‌های سازمانی فشار خون بالا در زمینه کاهش فشار خون و افزایش آگاهی کارکنان در مطالعات گوناگون تایید شده است. نرخ موفقیت برنامه‌های سازمانی کنترل فشار خون بالا از نظر درصد کارکنانی که موفق به مدیریت فشار خون در طول یک دوره زمانی مشخص شده‌اند، بین ۵۰ تا ۷۵ درصد گزارش شده است. این نرخ موفقیت نسبت به سایر برنامه‌هایی که در محیط‌های دیگر اجرا می‌شوند، عدد بالاتری را نشان می‌دهد. برنامه‌های کنترل فشارخون بالا، برنامه‌هایی هستند که مقرون به صرفه نیز می‌باشند. نتایج پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که به ازاء هر ۱ دلاری که صرف این گونه برنامه‌ها می‌شود، بین ۱/۸۹ تا ۲/۷۲ دلار در هزینه‌های بهداشتی- درمانی سازمان صرفه‌جویی می‌شود.

اثربخشی کلی برنامه‌های بهداشت و سلامت

همواره توصیه می‌شود که سازمان‌ها در سبد برنامه‌های سلامت و بهداشت خود از انواع مختلف برنامه‌های ارتقاء سطح سلامت کارکنان استفاده کنند تا بتوانند انواع موضوعاتی را که پیش از این به آنها اشاره شد پوشش دهند. به عنوان مثال، مایلز وایت شش موردی که سازمان‌ها می‌توانند برای ارتقاء سطح سلامت کارکنان خود انجام دهند را به قرار زیر بیان می‌کند:

– وعده‌های غذایی مغذی را در سلف سازمان ارائه دهید و در صورت امکان به این نوع غذاها یارانه اختصاص دهید.
– محیط کار را عاری از استعمال دخانیات کنید و به کارکنان کمک کنید تا این عادت را حتی خارج از محیط کار نیز کنار بگذارند.
– با فراهم کردن امکان استفاده رایگان یا ارائه تخفیف در استفاده از مجموعه‌های ورزشی، کارکنان خود را به ورزش کردن تشویق کنید .
– دوره‌های آموزشی و یا غربالگری‌های لازم در مواردی چون فشار خون بالا و کلسترول را اجرا نمایید.
– صرفه‌جویی‌های ایجاد شده سازمانی توسط کارکنانی که سلامت خود را حفظ می‌کنند را با خود آنها تقسیم کنید.
– برنامه‌های حفظ سلامت کارکنان را طوری طراحی کنید که بخشی از آن، خانواده‌های کارکنان را نیز دربرگیرد .

مجموعه نتایج حاصل از بیش از ۴۰ مطالعه در مورد تاثیر برنامه‌های «جامع» سلامت نشان می‌دهد که این برنامه‌ها باعث کاهش مرخصی‌های استعلاجی، کاهش هزینه‌های برنامه‌های سلامتی و کاهش هزینه‌های ناشی از جبران خدمات کارکنان تا ۲۵ درصد می‌شود. علاوه بر این، نسبت هزینه- فایده معادل ۵/۹۳ برای این قبیل برنامه‌ها، نشانگر آن است که منافع حاصل از این برنامه‌ها بسیار بیشتر از هزینه‌های آن است. البته پژوهشی که در مورد طیف گسترده‌تری از سازمان‌ها انجام شده است؛ نرخ بازگشت سرمایه (ROI)[1] برنامه‌های جامع سلامت را بین ۲ تا ۳/۵ گزارش می‌کند. مطالعه‌ای که به‌تازگی در مورد ۱۶ برنامه جامع ارتقاء سلامت در محیط کار انجام شده است، نشان می دهد که این برنامه‌ها علاوه بر نرخ هزینه- اثربخشی بالا، پیامدهای بالینی مثبتی را نیز برای کارکنان در پی دارند. (۱۴) در مجموع، باید گفت که شواهد بسیاری در حمایت از اثربخشی کلی این نوع برنامه‌ها وجود دارد. به نظر می رسد حالا دیگر مساله اثربخشی چنین برنامه‌هایی نیست؛ بلکه چالش اصلی از یک سو تشویق سازمان‌ها به اجرای این برنامه‌های جامع و از سوی دیگر ترغیب کارکنان به شرکت در آنها است. به عنوان مثال، گوتزل و اوزمینکوسکی در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که تنها ۷ درصد از سازمان‌ها تمامی مولفه‌های

1. Return on Investment

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

پیشنهادی برای یک برنامه سازمانی ارتقاء سلامت را رعایت می‌کنند. از طرف دیگر، اغلب سازمان‌هایی که برنامه‌های سلامتی را برای کارکنان خود اجرا می‌کنند، نرخ مشارکت کارکنان در این برنامه‌ها را زیر ۵۰ درصد گزارش می‌کنند. به زعم واتسون و گاودیر "یک برنامه سلامت خوب و با مشارکت بالا، برنامه‌ای است که در چشم‌اندازها و ماموریت‌های سازمان جزو اولویت‌های بالا باشد و مثل هر اولویت سازمان باید از آن نیز حمایت و پشتیبانی شود." اودانل در کتاب خود که با عنوان "ارتقاء سلامت در محیط کار" به چاپ رسیده است، نکات بسیار مفیدی را برای افراد و سازمان‌هایی که به موضوعات ارتقاء سلامت در محیط کار علاقه مند هستند ارائه داده است. نکته جالب دیگری که در پایان این بخش می‌توان به آن اشاره کرد این است که امروزه بسیاری از سازمان‌ها سعی دارند تا برنامه‌های کارمندیاری (EAP) خود را با برنامه‌های ارتقاء سلامت ادغام کنند.

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

فهرست منابع

1. Collins, K. (2000). EAPs: Better onsite or offsite? Behavioral Health Management, 20(2), 42–46.
2. Depression in the workplace (2011). Mental Health America. Accessed on March 30, 2011 at: http://www. mentalhealthamerica.net/index.cfm?objectid=C7DF951E- 1372-4D20-C88B-7DC5A2AE586D
3. U.S. Census Bureau (1999). Statistical abstract of the United States: 1999 (119th ed.). Washington, DC: U.S. Government Printing Office; Fact Sheet - Cost (2011). National Coalition on Health Care. Accessed on March 30, 2011 at: http://nchc.org/facts-resources/fact-sheet-cost
4. Stanley, T. L. (2009). Workplace substance abuse: A grave problem. Supervision, 70(6), 18–21; Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables (2011). U.S. Substance Abuse & Mental Health Services Administration. Accessed on April 8, 2011 at: http://oas.samhsa.gov/NSDUH/2k9NSDUH/tabs/Cover.pdf (Tables 1.19A; 2.24A; 2.46A).
5. Gurchiek, K. (2007, July 20). Few organizations deal proactively with substance abuse. HR News. Accessed on April 8, 2011 at: http://www.shrm.org/Publications/ HRNews/Pages/ CMS_022375.aspx
6. Collins (2000), supra note 1; Brink, S. (2004, February 2). The price of booze. U. S. News & World Report, 136(4), 48–50.
7. Cited in Lapham, S. C., Chang, I., & Gregory, C. (2000). Substance abuse intervention for health care workers: A preliminary report. Journal of Behavioral Health Services & Research, 27(2), 131–143.
8. Normand, J., Salyards, S., & Mahoney, J. (1990). An evaluation of pre-employment drug testing. Journal of Applied Psychology, 75, 629–639; Zwerling, C., Ryan, J., & Orav, E. J. (1990). The efficacy of preemployment drug screening for marijuana and cocaine in predicting employment outcome. Journal of the American Medical Association, 264(20), 2639–2643.
9. French, M. T., Zarkin, G. A., Bray, J. W., & Hartwell, T. D. (1997). Costs of employee assistance programs: Findings from a national survey. American Journal of Health Promotion, 11, 219–222.
10. Tersine, R. J., & Hazeldine, J. (1982). Alcoholism: A productivity hangover. Business Horizons, 25(11), 68–72.
11. Mann & Kelly (1999), supra note 25; Cascio (2000), supra note 26.11.74 Walsh et al. (1991), supra note 62.
12. Wrich, J. T. (1984). The employee assistance program. Center City, MN: Hazelden Educational Foundation.
13. Trice & Beyer (1984), supra note 21.
14. Pelletier, K. R. (2009). A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: Update VII 2004-2008. Journal of Occupational & Environmental Medicine, 51, 822–837; see also Soler, R. E. et al. (2010). A systematic review of selected interventions for worksite health promotion. American Journal of Preventive Medicine, 38(2S), S-237-S262

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]

[Downloaded from smtjournal.smtc.ac.ir on 2026-10-25]