Iran Occupational Health

Original Article

Iran Occupational Health. 2020 (28 Nov);17:38.

http://ioh.iums.ac.ir

Health status of Iranian workers and proposed interventions

Behzad Damari, (*Corresponding author), Associate Professor, Community Medicine Specialist, Department of Governance and Health, Neuroscience Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. bdamari@gmail.com
Ebrahim Sadeghifar, PhD in Economic and social Development,Islamic Azad University Tehran, Iran.
Ali Asghar Farshad, Professor, Occupational Health Reseach Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Mohammad Ali Sadeghian, PhD Candidate in Psychology, Ahvaz University, Ahvaz, Iran.
Hosein Almadani, PhD of Psychology, Researchr, Department of Governance and Health, Neuroscience Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Abbas Vosoogh Moghaddam, Assistant Professor of Research in Commuity Medicine,Secretariat of Supreme Council for Healthand Food Security, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.
Fereshteh Taheri, PhD Student of Cognitive Psychology, Occupational Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Background and aims: Workers are the productive force of the society and their health is essential. Safety and health at workplace are of great importance in terms of economic development as workers spend more than a third of their lives at work. The role of international organizations such as the World Health Organization and the International Labor Organization in dealing with workers' issues, including their health care needs, emphasizes the multifaceted nature of the field. The International Labor Organization has requirements such as ergonomic and occupational risk factors to protect work forces from physical and mental illness and injury from workplace hazards and accidents. These standards have a great impact on the laws and regulations of governments. One of these standards is the Occupational Health Services Contract, which cover musculoskeletal injuries, violence, stress, biological, chemical and physical hazards. This plays an important role in the prevention, diagnosis, treatment and care of workers, as well as the fight against discrimination.
In Iran, the primary health care system has established a national model by providing health services, and the Ministry of Health's Environmental and Occupational Health Center is responsible for monitoring and implementing occupational health programs and projects in the country.
The purpose of the study was to evaluate the health status of workforce in Iranian labor and production society and to present a model for its improvement.

Methods: This is a descriptive and policy research study. Data collection was conducted through a review of documents and resources and focus group discussions. In the firt phase, a diverse list of scientific documents and resources by searching Iranian and international databases including Iranmedex, Magiran, Medlib, Web of Science, Cochrane and Pubmed were identified and reviewed. The various keyword combinations such as health of workers, workforest health, human resource health, Iran, index, indicator, Intervention, plan, program and Policy both in Persian and English were searched. In addition, unpublished documents were received from relevant experts.
The purpose of this phase was to determine the evaluation indicators and the health status of workers, the type and impact of interventions in the workplaces in recent years, as well as the recommended interventions for workers' health.
A summary of the items obtained from the first phase, entitled "Recognition of the current situation in the framework of indicators, past interventions and challenges of the workers' health promotion system" was analyzed by the project

Keywords

Workers' Health

National Program

Workplace

Health Promotion

Received: 2019/09/30

Accepted: 2020/07/4

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-20]

team and then discussed in a focus group of stakeholders to determine the orientations.
In order to apply the ideas and opinions of stakeholders related to this issue, Mendeleev's Intrest-Power analysis method was used. First, the main stakeholders were listed, then the list was placed in the matrix of interest and power, and the items with high interest and high power were selected as the steering committee. After analyzing the documentation and combining the findings, the results were summarized in two main parts: recognizing the current situation and the future orientations.

Results: Due to the lack of point data in previous years, it is not possible to judge the ascending or descending trend of workers' health indicators; but, in general population, the status of risk factors for noncommunicable diseases, mental disorders and social injuries has been increased and is probably true for the labor population. Although, numerous interventions have been previously conducted in the workers' health area, they are not systematic and not included in a national program framework. The periodic monitoring report of the program and evaluation of the existing interventions are formally unavailable. Upstream documents supports every aspect of promoting worker's health. There is a need to improve and focus on all four areas of formulating, monitoring and evaluating the National Worker Health Plan, the structure and standards of health service provision, improving behaviors of workers and employers, and providing sustainable resources (financial, information and human resources).
The optimal point for the health of workers is that the Ministry of Cooperatives, Labour, and Social Welfare reduce the prevalence of work-related accidents and diseases for 15 years by attracting international sites and the participation of the working community and employers.
To achieve this vision, at least three strategic goals must be considered; Including improving the score of health behaviors of workers in the production community by 30%, improving the score of suitable environment to reduce risk and increase protective factors (depending on the type of residence) by 30% and also improving the benefit of screening services, intervention And follow up to 50%.

Conclusion: The findings of this study show that despite the numerous national trustees and the packaging of various health, social and safety services, as well as the support of upstream documents, the health of workers has not improved considerably and there are various gaps in the operational levels. There is a need to improve and focus on the development, monitoring and evaluation of the National Workers' Health Plan, the structure and standards of health service provision, improving the behavior of workers and employers and the provision of sustainable resources (finance, information and workforce).
The program should be approved by Insured Health Services Coordination Council after final opinion of the Employers Association, the Labors Association and the subsidiary units of the Ministry of cooperation, Labor and Social Welfare, the Ministry of Health and Medical Education and the Ministry of industry, mine and Trade. The plan is to be approved by the Supreme council for Health and Food Security for further sustainability.

Conflicts of interest: None

Funding: None

How to cite this article:
Behzad Damari, Ebrahim Sadeghifar, Ali Asghar Farshad, Mohammad Ali Sadeghian, Hosein Almadani, Abbas Vosoogh Moghaddam, Fereshteh Taheri. Health status of Iranian workers and proposed interventions. Iran Occupational Health. 2020 (28 Nov);17:38.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-20]

سلامت کار ایران
دوره ۱۷ - ۳۸/۱۳۹۹

مقاله پژوهشی
http://ioh.iums.ac.ir

وضعیت سلامت کارگران ایران و پیشنهاد مداخلات

بهزاد دماری: (* نویسنده مسئول) دانشیار، متخصص پزشکی اجتماعی، دپارتمان حکمرانی و سلامت، پژوهشکدهٔ علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. bdamari@gmail.com
ابراهیم صادقی‌فر: دکترای توسعهٔ اقتصادی اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
علی‌اصغر فرشاد: استاد بهداشت حرفه‌ای مرکز تحقیقات بهداشت کار، گروه بهداشت حرفه‌ای، دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران، ایران.
حسن محمد صادقیان: دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه اهواز، اهواز، ایران.
حسین المدنی: دکترای روان‌شناسی، محقق، دپارتمان حکمرانی و سلامت، پژوهشکدهٔ علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.
عباس وثوق‌مقدم: استادیار پژوهش در پزشکی اجتماعی، دبیرخانهٔ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت درمان و آموزش، تهران، ایران.
فرشته طاهری: دانشجوی دکتری روان‌شناسی شناختی، مرکز تحقیقات بهداشت کار، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: کارگران نیروی مولد جامعه بوده و تأمین سلامت آن ها ضروری است. هدف این پژوهش بررسی وضعیت سلامت نیروی کار در جامعهٔ کار و تولید ایران و ارائهٔ مدلی برای بهبود آن است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی و از نوع سیاست‌پژوهی است. گردآوری داده ها از طریق مرور اسناد و منابع و بحث گروهی متمرکز انجام شده است. پس از تحلیل مستندات و ترکیب یافته‌ها توسط تیم پژوهش، نتایج در دو بخش اصلی شناخت وضعیت موجود و جهت گیری های آینده جمع بندی شده است.

یافته ها: به‌دلیل نبودِ داده‌های نقطه‌ای در سال‌های گذشته نمی‌توان روند صعودی یا نزولی شاخص‌های سلامت کارگران را قضاوت کرد؛ اما در کل جامعه وضعیت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، اختلالات روانی و آسیب‌های اجتماعی روند افزایشی داشته که این موضوع احتمالاً درمورد جمعیت کارگری نیز صادق است. مداخلات قبلی در حوزهٔ سلامت کارگران متعدد بوده؛ ولی در قالب برنامهٔ ملی نظام‌مند نیست. گزارش پایش دوره‌ای برنامه‌ها و ارزشیابی از مداخلات موجود به‌طور رسمی در دسترس نیست. اسناد بالادستی از ارتقای سلامت کارگران حمایت می‌کند. نیاز به ارتقا و تمرکز در هر چهار حوزهٔ تدوین، پایش و ارزشیابی برنامهٔ ملی سلامت کارگران، ساختار و استانداردهای تدارک خدمات سلامت، بهبود رفتاری کارگران و کارفرمایان و تأمین پایدار منابع (مالی، اطلاعات و نیروی انسانی) وجود دارد.

نتیجه گیری: برنامهٔ تدوین‌شده با نظرخواهی نهایی از کانون عالی کارفرمایان، کانون عالی کارگران و واحدهای تابعهٔ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت صنعت، معدن و تجارت در شورای هماهنگی خدمات بهداشتی بیمه شدگان تصویب شده است و برای پایداری بیشتر برنامه، به تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور برسد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: ندارد.

کلیدواژه‌ها

سلامت کارگران

برنامهٔ ملی

محیط کار

ارتقای سلامت

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۷/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۱۴

شیوه استناد به این مقاله:

Behzad Damari, Ebrahim Sadeghifar, Ali Asghar Farshad, Mohammad Ali Sadeghian, Hosein Almadani, Abbas Vosoogh Moghaddam, Fereshteh Taheri. Health status of Iranian workers and proposed interventions. Iran Occupational Health. 2020 (28 Nov);17:38.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-20]

مقدمه

تحقیقات نشان داده است که ۸۰٪ افراد جامعه از طریق محیط های کاری در دسترس اند. (۱) آن‌ها بیش از یک‌سوم عمر خود را در آنجا سپری می کنند؛ لذا تأمین ایمنی و سلامت محیط های کاری اهمیت زیادی در توسعهٔ اقتصادی دارد. (۲) محیط کار، اجتماعی مهم برای مداخلات مناسب رفتاری (۳) و کانال مهمی برای تحویل مداخلات برنامه ریزی‌شده برای کاهش بیماری های مزمن در بزرگ‌سالی است. (۴)

تعهد به حمایت از کارگران درمقابل بیماری، کسالت و جراحت ناشی از کار یکی از اهداف اصلی سازمان جهانی بهداشت[1] است. (۵) نقش سازمان های بین المللی نظیر سازمان جهانی بهداشت و سازمان بین المللی کار در مسائل مربوط به کارگران و ازجمله نیازمندی های بهداشتی ـ درمانی آن ها بر ماهیت چندوجهی این عرصه تأکید می‌کند. در اکثر ایالات امریکای شمالی، شرایط محیط کار همگام با استانداردها پیش می رود. (۶) برزیل پنجمین کشور بزرگ دنیا، با تشکیل سیستم متحد سلامت گام مهمی در آغاز حمایت های شغلی نیروی انسانی برداشت. (۷) استرالیا از سال ۲۰۰۷م به اِعمال استانداردهای مجاز خطرات شغلی انسانی دست زده و تا حد زیادی برمبنای استانداردهای سازمان جهانی کار است. (۸) در کشورهای اروپای غربی اجرای استانداردهای بین المللی در سطح بالا قابل مشاهده است. (۹) ژاپن در بهبود شرایط شغلی ایمن همگام با پیشرفت های صنعتی بسیار موفق بوده که استراتژی «کایزن» نمونه ای از آن است. (۱۰)

سازمان بین المللی کار برای حمایت از آن ها درمقابل بیماری های جسمی و روحی و جراحت های ناشی از خطرات و سوانح محیط کار الزاماتی مانند عوامل خطر ارگونومی و کاری دارد. این استانداردها تأثیر زیادی بر قوانین و مقررات دولت ها دارد. (۱۱) یکی از این استاندارها قرارداد خدمات سلامت شغلی و پیشنهادهای آن است (۵) که آسیب های اسکلتی عضلانی، خشونت، استرس، خطرات بیولوژیکی، شیمیایی و فیزیکی را پوشش می‌دهد. این بخش نقش مهمی در پیشگیری، تشخیص، درمان و نیز مراقبت از جمعیت خدمت‌گیرنده و نیز مبارزه با تبعیض دارد. (۱۲)

اولین قدم برای ارزیابی سلامت کارگران از نظر سازمان بین المللی کار آزمایش‌های ادورای پزشکی است و به‌دنبال آن تست های بیولوژیکی، به‌کارگیری سیستم ثبت و اخطاردهنده برای پایش مرگ‌ومیر و عوارض جانبی حوادث و بیماری های شغلی، تحقیقات اپیدمیولوژیکی برای نظارت بر بیماری های شغلی و نهایتاً حفظ محرمانگی داده های مربوط به سلامت کارگران پیشنهاد شده است. (۱۳)

در ایران، نظام مراقبت‌های اولیهٔ سلامت[2] الگویی ملی با ارائهٔ خدمات بهداشتی ـ درمانی پایه گذاری کرده و مسئولیت نظارت و اجرای برنامه ها و طرح های بهداشت حرفه ای در کشور برعهدهٔ مرکز سلامت محیط کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. (۱۴) از سال ۱۳۶۶ طرح کشوری ارائهٔ مراقبت های اولیه سلامت به کارگران شروع شده (۱۵) و تاکنون خانه های بهداشت کارگری در محیط های کاری ۵۰ تا ۴۹۹ نفر ایجاد شده است. همچنین در سال ۱۳۸۶، طرح ارائهٔ مراقبت های اولیهٔ بهداشتی به کارگران کارخانجات با هدف توسعهٔ خدمات رفاهی در کارگاه های کشور به‌تصویب رسید که اجرای آن از مصادیق تأمین اجتماعی و پشتوانه ای برای تضمین سلامت روان و ایمنی کارگران بوده است. (۱۶)

مطالعه ای دربارهٔ بررسی وضعیت خانه های بهداشت کارگری یزد نشان داد عملکرد بهداشت‌یار کار در رتبهٔ کیفی متوسط و عملکرد پزشک طب کار در رتبهٔ کیفی بد بوده است. طبق نتایج این مطالعه، خانه های بهداشت کارگری در رتبهٔ متوسط قرار دارد. (۱۵)

همچنین بررسی‌ها گویای آن است بااینکه میانگین سواد پیشگیری از اعتیاد در جامعهٔ کار و تولید ایران خوب ارزیابی شده است، همچنان ضروری است سیاست‌گذاران بهبود وضعیت محیطی و اجتماعی را در رأس مداخلات خود قرار دهند. (۱۷) همچنین می توانند کارفرمایان سلامت‌محور را در چهار بُعد انجام مداخلات مدیریتی، مداخلات ایمنی، مداخلات کاهش عوامل خطر کارکنان و خانواد و نیز رعایت اصول زیست محیطی در چرخهٔ تولید تا مصرف نهایی محصول شناسایی کنند. (۱۸)

مطابق محاسبات سازمان بین‌المللی کار، در هر ۱۵ ثانیه، ۱۶۰ کارگر دچار حادثه می‌شود و یک کارگر بر اثر بیماری یا حادثهٔ ناشی از کار جان خود را ازدست می‌دهد. سومین عامل مرگ‌ومیر در جهان حوادث شغلی است و ۴٪ از GDP جهانی صرف هزینه‌های ناشی از حوادث کار می‌شود. برای ایران، کل هزینه های تحمیلی ناشی

1 .ILO

2 . Primary Health Care

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-20]

از حوادث شغلی ۹۶۰هزارمیلیارد تومان در سال ۱۳۹۱ برآورد شده است. (۱۹) طبق مطالعه‌ای در استان تهران در سال ۱۳۹۳، سرانهٔ انسانی و مالی برای هر حادثهٔ شغلی منجر به فوت برابر با ۳۳۶میلیون تومان است و درنتیجه لزوم توجه بیشتر به ارائهٔ خدمات ایمنی و بهداشت کار پیشنهاد شد. (۲۰) علاوه‌بر این، باید هزینه‌های غیرمستقیم حوادث اعم از تبعات روانی برای خانواده‌های آسیب‌دیده، تأخیر در اتمام کارها، صدمه به اعتبار و وجههٔ ملی، بالا رفتن حق بیمه‌ها، افزایش ریسک عملکرد تجهیزات و ماشین‌آلات و تأثیر بر بهره‌وری کل کار را نیز درنظر گرفت. در تحقیقات، هزینه‌های غیرمستقیم یک حادثه چهاربرابر هزینه‌های مستقیم برآورد شده است. از طرف دیگر براساس آخرین تحقیقات سازمان بین المللی تأمین اجتماعی،[1] نرخ بازگشت سرمایه در زمینهٔ ایمنی و بهداشت کار بنگاه های اقتصادی ۲/۲، در مقولهٔ آموزش ایمنی ۴/۸۴ و در تأمین تجهیزات حفاظت فردی ۳/۷۳ واحد سرمایه گذاری در سال بوده است. (۲۱) کاهش این هزینه‌ها نیازمند برنامه‌ای مدون و یک‌پارچه است که با مشارکت ذی‌نفعان تدوین شده باشد و مراجع تصمیم‌گیری آن را تصویب کنند.

هدف این پژوهش بررسی وضعیت موجود سلامت کارگران و نیز پیشنهاد مداخلاتی برای ارتقای آن در سطح کشور در قالب برنامه‌ای جامع است.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی و از نوع سیاست‌پژوهی[2] است و در آن از الگوی تدوین سیاست و برنامه استفاده شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از دو روش مرور منابع و بحث گروهی متمرکز به شرح زیر استفاده شد.

مرور منابع

فهرست متنوعی از مستندات و منابع علمی از طریق جست‌وجو در پایگاه‌های اطلاعات ایرانی بین‌المللی مانند Iranmedex، Magiran، Medlib، Web of Science، Cochrane، Pubmed با استفاده از ترکیب‌های مختلف کلیدواژه‌های فارسی (سلامت کارگران، ایران، شاخص، مداخلات، برنامه و سیاست) و پایگاه‌های دادهٔ انگلیسی مانند Health of Workers، Workfore Health، Human Resource Health، Iran، Index، Indicator، Intervention،Plan ، Program، Policy شناسایی و مرور شد. همچنین مستندات منتشرنشده از کارشناسان مرتبط دریافت شد. هدف از تحلیل محتوای شواهد گردآوری‌شده مشخص کردن شاخص‌های ارزیابی و وضعیت سلامت کارگران، نوع و تأثیر مداخلات انجام‌شده در محیط‌های کاری در سال‌های گذشته و همچنین مداخلات توصیه‌شده برای سلامت کارگران بوده است. این مستندات شامل موارد زیر است:

۱. مطالعات مرتبط درمورد وضع سلامت کارگران و مداخلات قبلی انجام‌شدهٔ سلامت کار در سطح جمعیت ایرانی؛

۲. اسناد بالادستی به‌عنوان ظرفیت های قانونی (تولیت)؛

۳. وضعیت منابع بخش سلامت کار در ایران (مالی، انسانی، اطلاعات و امکانات مراقبتی و درمانی)؛

۴. تحلیل شاخص های تعیین کنندهٔ سلامت کار در جامعهٔ ایرانی؛

۵. تجربیات سایر کشورهایی که تجربیات در زمینهٔ سلامت کارگران را تشریح کرده‌اند (انگلستان، کانادا، امریکا و اسکاندیناوی‌ها).

خلاصه‌ای از گویه‌های به‌دست‌آمده از این مرور باعنوان شناخت وضع موجود در چارچوب نشانگرها، مداخلات گذشته و چالش های نظام ارتقای سلامت کارگران توسط تیم پروژه تحلیل و پیش‌نویس آن آماده شد و به روش بحث گروهی متمرکز توسط ذی‌نفعان نقد و اصلاح شد و برای تعیین جهت‌گیری‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

بحث گروهی متمرکز

به‌منظور کاربست ایده ها و نظرات ذی‌نفعان مرتبط به این موضوع، از روش تحلیل علاقه ـ قدرت[3] مندلو استفاده شد. ابتدا ذی‌نفعان اصلی فهرست شدند (جدول ۱). سپس این فهرست در ماتریس علاقه و قدرت توسط تیم تحقیق جانمایی و موارد با علاقه و قدرت بالا به‌عنوان کمیتهٔ راهبری انتخاب شدند. مقرر شد سایر ذی‌نفعان به روش‌های مقتضی مطلع گردند. این گروه شامل نهادهای زیر است:

۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: دبیرخانهٔ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، مرکز سلامت محیط و کار، دفتر سلامت روانی و اعتیاد؛

1 . ISSA: International Social Security Association

2 . Action research

3 . Intrest-Power

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-20]

جدول ۱ـ فهرست ذی‌نفعان برای انتخاب کمیتهٔ راهبری

نوع	دستگاه‌ها
سازمان‌های دولتی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی؛ وزارت صنعت، معدن و تجارت؛ سازمان تأمین اجتماعی؛ سازمان محیط زیست؛ سازمان بهزیستی کشور؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ سازمان ملی استاندارد؛ سازمان آتش‌نشانی و خدمات ایمنی؛ سازمان انرژی اتمی
میانجیان کارفرمایی	کانون عالی انجمن‌های صنفی کارفرمایی ایران
میانجیان کارگری	اتحادیهٔ زنان کارگر؛ خانهٔ کارگر؛ کانون عالی شوراهای اسلامی کار؛ کانون عالی انجمن‌های صنفی کارگران؛ مجمع نمایندگان کارگران
مراکز دانشگاهی، تحقیقاتی و علمی	مرکز تحقیقات و تعلیمات حفاظت و بهداشت کار؛ انجمن علمی طب کار؛ گروه آموزشی بهداشت حرفه‌ای، انجمن بهداشت حرفه‌ای ایران، انجمن ارگونومی ایران
مراکز بین‌المللی	سازمان جهانی بهداشت؛ سازمان بین‌المللی کار؛ انجمن بین‌المللی بازرسی کار؛[1] انجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی؛[2] سازمان بین‌المللی استاندارد؛[3] آژانس بین‌المللی انرژی اتمی؛[4] انجمن بین‌المللی ارگونوم؛[5] انجمن بین‌المللی حفاظت دربرابر پرتوها؛ شورای بین‌المللی حفاظت دربرابر اشعه؛ شورای بین‌المللی الکترونیک؛ کمیتهٔ دائمی و جامعهٔ بین‌المللی بهداشت شغلی؛ سازمان کشاورزی و خواربار؛ سازمان بین‌المللی هواپیمایی؛ برنامهٔ توسعهٔ سازمان ملل متحد؛ کمیسیون اقتصادی اروپا؛ اتحادیهٔ اروپای غربی؛ شورای اقتصادی سازمان ملل برای اروپا

1. International Assossiation of Labour Inspection; 2. International Social Security Assossiation; 3. International Organisation for Standardisation; 4. International Atomic Energy Agency; 5. International Ergonomics Assossiation

۲. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی: معاونت اجتماعی، معاونت روابط کار، تأمین اجتماعی؛
۳. وزارت صنعت، معدن و تجارت؛
۴. ستاد مبارزه با مواد مخدر؛
۵. سازمان بهزیستی کشور؛
۶. سازمان امور اجتماعی وزارت کشور؛
۷. کانون عالی کارفرمایان؛
۸. کانون عالی کارگران؛
۹. انجمن‌های علمی طب کار، بهداشت حرفه‌ای و ارگونومی؛
۱۰. نمایندگی سازمان‌های بین‌المللی: WHO، ILO و UNODC.

در این کمیته الزاماً نمایندگان سه رأس مثلث کار (نمایندهٔ کارگران، نمایندهٔ کارفرمایان و دولت) حضور پیدا کردند. همچنین این اعضا با حکم مقام رسمی در وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی منصوب شدند تا در مراحل مختلف، محتوی‌های تدوین‌شده را بررسی و تأیید کنند.

به طور کلی سه جلسهٔ بحث گروهی با میانگین ۱۲ نفر به مدت ۲ ساعت تشکیل شد که در هر جلسه پس از توضیحات تسهیل‌کنندهٔ جلسه و مرور نتایج قبلی، اعضای شرکت کننده به دو گروه تقسیم شدند و به سؤالات بحث گروهی پاسخ دادند.

یافته ها در دو بخش شناخت وضع موجود و جهت گیری های آینده ارائه شد. در بخش اول، یافته های حاصل از مرور منابع با استفاده از روش تحلیل محتوا در سه قلمرو شامل وضعیت نشانگرهای سلامت کارگران، مداخلات گذشته و چالش‌های اولویت‌دار سلامت کارگران تقسیم شد. چالش‌ها براساس الگوی مثلثی علل و عوامل در سه دستهٔ سیاسی قانونی، فرهنگی رفتاری و عملیاتی ساختاری جای گرفت. در بخش دوم، یافته های حاصل از جلسات بحث گروهی در سه تم مشتمل بر جهت گیری های آینده، مداخلات پیشنهادی و الزامات اجرایی خلاصه شد. جلسات بحث گروهی با دعوت‌نامهٔ رسمی وزارت متبوع تشکیل شد و در ابتدای جلسه، هدف بحث گروهی و سؤالات مورد نظر به‌صورت کتبی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. از حاضران اجازه گرفته شده است که صدای جلسه ضبط شود. مباحث تا اشباع داده‌های مربوط به هر سؤال ادامه یافت. پیاده‌سازی مطالب از طریق جمع‌بندی یادداشت‌های تسهیل‌کنندهٔ جلسه، صوت ضبط‌شده و فرم تکمیل‌شده توسط شرکت‌کنندگان به روش تماتیک (براساس تم‌های پیشگفت) تحلیل شد. به تمام شرکت‌کنندگان نیز اطمینان داده شد نظرات آن‌ها بدون نام جمع‌بندی و در گزارش ذکر خواهد شد. چنانچه موضوع مطرح‌شده از طرف شرکت‌کنندگان ابهام داشته باشد، در پایان جلسه و در مواردی بعد از جلسه از طریق تماس تلفنی رفع شده است.

یافته ها

شناخت وضع موجود سلامت کارگران

الف. نشانگرها: بررسی متون حاکی از آن است که در

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-20]

شاخص های سلامت کارگران شکافِ داده ای وسیعی وجود دارد. پیمایش‌های این حوزه به‌طور منظم انجام نشده است و در برخی موارد اطلاعات به‌روز وجود ندارد. در برخی از داده‌ها، ازجمله حوادث شغلی و خط فقر کارگران، از منظر سازمان‌های کشوری اختلاف‌نظر وجود دارد و نشان می‌دهد نظام اطلاع‌دهی و ثبت مدونی وجود ندارد و یا مدیریت اطلاعات سلامت کارگری مدیریت واحدی ندارد. باوجود این، نشانگرهای سلامت کارگران در سه حوزهٔ جسمی، روانی و اجتماعی براساس منابع معتبر منتشرشده در کشور به شرح جدول ۲ است. به‌دلیل نبودِ داده‌های نقطه‌ای در سال‌های گذشته نمی‌توان روند صعودی یا نزولی شاخص‌های سلامت کارگران را ارزیابی

جدول ۲ـ نشانگرهای سلامت کارگران ایرانی

ابعاد	وضعیت شاخص‌ها
بُعد جسمی سلامت	عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر براساس پیمایش ملی انجام‌شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۴ به شرح زیر است *: ▪ مصرف‌کنندهٔ هر روزه سیگار: ۱۰.۱٪ معادل ۱.۴۰۰.۰۰۰ نفر ▪ مصرف مناسب میوه شامل مصرف دو وعده میوه در روز : ۱۷.۲٪ معادل ۲.۳۷۰.۰۰۰ نفر ▪ مصرف مناسب سبزی شامل مصرف سه وعده سبزی در روز : ۴۲.۱٪ معادل معادل ۵.۸۰۰.۰۰۰ نفر ▪ تحرک جسمانی کم به‌معنای کمتر از ۶۰۰ METs : ۵۶.۴٪ معادل ۷.۷۷۰.۰۰۰ نفر ** ▪ چاقی (شاخص نمایهٔ توده‌بندی مساوی یا بیشتر از ۳۰ کیلوگرم بر مجذور متر) : ۲۲.۸٪ معادل ۳.۱۴۱.۰۰۰ نفر ▪ پرفشاری خون (فشارخون سیستول مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ mmHg یا فشارخون دیاستول مساوی یا بیشتر از ۹۰ mmHg یا گزارش مصرف داروی کاهندهٔ فشارخون): ۲۶.۴٪ معادل ۳.۶۳۷.۹۲۰ نفر ▪ مرض قند (دیابت) برای سن مساوی یا بیشتر از ۲۵ سال قند خون ناشتا مساوی و یا بیشتر از ۱۲۶ mg/dL یا مصرف داروی خوراکی یا انسولین: ۱۰.۹٪ معادل ۱.۵۰۰.۰۰۰ ▪ کلسترول بالای خون (کل کلسترول مساوی یا بیشتر از ۲۰۰ mg/dL با مصرف داروی کاهندهٔ چربی خون): ۲۲.۶٪ معادل ۳.۱۱۴.۰۰۰ نفر ▪ سابقهٔ مصرف الکل در یک سال گذشته براساس پیمایش سال ۱۳۹۸ وزارت کشور: ۹.۳٪ معادل ۱.۲۸۰.۰۰۰ نفر. (۲۲)
	حوادث شغلی و مرگ ناشی از آن به میزان ۱۲ نفر در هر ۱۰۰.۰۰۰ نفر است که گزارش وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان پزشکی قانونی و سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۶ عبارت است از: ▪ گزارش وزارت کار: تعداد فوت ناشی از حوادث کار ۸۴۳ و تعداد حوادث ناشی از کار ۱۰۶۹۷ در سال ۱۳۹۶. (۲۳) ▪ گزارش سازمان پزشکی قانونی: تعداد حوادث ناشی از کار منجر به فوت ۱۴۹۴ در سال ۱۳۹۴. (۲۴) ▪ گزارش سازمان تأمین اجتماعی: تعداد حوادث ناشی از کار ۱۸۷۸۶ و تعداد فوت ناشی از حوادث کار ۱۰۸ در سال ۱۳۹۴. (۲۵) ▪ براساس اطلاعات سازمان پزشکی قانونی ایران در سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۶: بیشترین میزان فوت براثر حوادث ناشی از کار مربوط به سال ۱۳۹۲ به تعداد ۱۹۹۴ نفر بود که آن سال، اوج کار پروژهٔ مسکن مهر بوده است. بعد از سال ۱۳۹۲، میزان مرگ‌ومیر حوادث ناشی از کار روند نزولی یافته است. بیشترین حوادث شغلی در بخش ساختمانی است و سپس به کارگران معادن و صنایع اختصاص دارد. حدود ۱۰٪ فوت می‌کنند. تقریباً در هر روز، برای ۵ نفر بیشتر در فصل تابستان و صبح‌ها، اغلب در اولین سال اشتغال اتفاق می‌افتد. متأهل‌ها و زنان، کودکان و مهاجران آسیب‌پذیرترند. گروه سنی ۲۰ تا ۲۳ سال بیشتر از گروه‌های سنی دیگر حادثه دیده‌اند. کارگران آموزش‌دیده در زمینهٔ ایمنی در کل کشور ۴٪ هستند و ۹۰ ٪ معادن بهداشت و ایمنی لازم را ندارند. هزینهٔ مستقیم و غیرمستقیم حوادث شغلی در ایران حدود یک‌پنجم تا یک‌ششم بودجهٔ سالیانهٔ کشور است. این عدد با احتساب ۴٪ از تولید ناخالص ملی در سال ۲۰۱۴ (تولید ناخالص ملی با آمار بانک جهانی معادل ۴۰۶میلیارد دلار برای ایران بوده است) حدود ۴۸هزا میلیارد تومان است.
	بیماری‌های شغلی ▪ بیماری‌های شغلی منجر به فوت شش تا دوازده‌برابر حوادث ناشی از کار است. ▪ حداقل ۲۰٪ کارگران ایرانی وضعیت ارگونومی مناسبی ندارند؛ یعنی تطابقی میان بدن کارگر با ابزار کار وجود ندارد. ▪ ۴۸٪ ابزار کار کارگران نامناسب و ۹۰٪ کارگاه‌های کشور از نظر صدا وضعیت مطلوبی ندارند.
بُعد روانی سلامت	▪ شایع‌ترین مشکل در محیط‌های کاری: نبود تسهیلات و برنامه‌های مشاورهٔ روان‌شناختی در محیط کار ▪ مهم‌ترین شاخص آماری مربوط به عوامل مرتبط به مشکلات محیط کاری: فقدان بهداشت و ایمنی محیط کار با میانگین ۲۳/۸ ▪ درصد افراد مشکوک به داشتن اختلالات سلامت روان در کارکنان مراکز صنعتی و تولیدی کشور براساس پیمایش سلامت روان در جامعهٔ کار و تولید (که با پرسش‌نامهٔ GHQ انجام شده است) به‌طور خوش‌بینانه: ۳۳.۲٪ و بدبینانه ۵۹.۹٪ . (۲۶)
بُعد اجتماعی سلامت	▪ وضعیت نشاط در جامعه براساس پیمایش سال ۱۳۹۴ با حجم نمونهٔ ۱۴۰۰۰ تعیین شده که میانگین کشوری ۳/۶۴ با بیشترین مقدار در استان بوشهر ۳/۸۴ و کمترین مقدار در استان هرمزگان ۳/۲۹ (در طیف ۱ کمترین و ۵ بیشترین مقدار) محاسبه شده است. در این پیمایش، کمترین امتیاز مربوط به گویه‌های «پول کافی برای تأمین معاش زندگی دارم» و «حس می‌کنم مورد حمایت دیگران هستم» است. به عبارت دیگر، میانگین رضایت از گذشته و حال و امید به آینده حداقل ۵ تا ۱۵٪ در جنبه‌های مختلف زندگی کم و بسیار کم است. ▪ سواد پیشگیری از اعتیاد در جامعهٔ کار و تولید براساس پیمایش سال ۱۳۹۴ با حجم نمونهٔ ۱۴۰۰۰ تعیین شده که میانگین نمرهٔ کشوری ۴/۰۴ است و بیشترین نمره در استان آذربایجان شرقی با ۴/۲۲ و کمترین نمره در استان هرمزگان ۳/۵۹ محاسبه شده است (بالاترین نمره ۵ و کمترین نمره ۱). حداقل ۱۰٪ جامعهٔ کارگری درمورد دانش و نگرش‌های مرتبط به پیشگیری از مصرف مواد مخدر نیازمند آموزش فوری هستند. ▪ خشونت در محیط کار براساس پیمایش سال ۱۳۹۴ در جامعهٔ کارگری با ۱۴۰۰۰ نمونه به روش خوداظهاری نشان داده است که ۱۹٪ کارگران خشونت فیزیکی، ۲۵٪ خشونت روانی و ۱۰٪ خشونت قومی به دیگران روا داشته‌اند.

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-20]

ادامه جدول ۲ـ نشانگرهای سلامت کارگران ایرانی

	▪ پیمایش سرمایهٔ اجتماعی در جامعهٔ کار و تولید با ۱۳۸۰۰ نمونه در کشور انجام شده است که میانگین کشوری ۲.۷۴ تعیین شد. بیشترین مقدار برای استان هرمزگان ۳/۱۶ و کمترین مقدار برای استان ایلام ۲/۳۰ (طیف ۱ تا ۵) بوده است. به عبارت دیگر، حداقل ۵۰٪ نمونه‌ها روابط مبتنی بر صداقت و اعتماد در محیط کار را کم و خیلی کم دانسته‌اند. (۲۰) ▪ شیوع اعتیاد در جامعهٔ کار و تولید براساس پیمایش سال ۱۳۹۴ در ۱۴۰۰۰ نمونه با دو روش همزمان پرسش‌نامهٔ خوداظهاری و تست اداری انجام شده است که نشان می‌دهد در وضعیت واقع‌بینانه ۲۳/۸٪ نمونه‌ها مصرف مواد مخدر داشته‌اند. (۲۷) ▪ حدود ۷۰٪ از کارگران زیر خط فقر مطلق (۳.۳۳۴.۰۰۰ تومان) هستند.
ساختارهای سلامت	▪ براساس گزارش وزارت بهداشت، ۲۶۰۶ خانهٔ بهداشت تکمیل و بهره‌برداری شده است. (۲۸) (گزارش اهم اقدامات چهارسالهٔ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دولت یازدهم، ۱۳۹۶) ▪ بیش از ۱۸۰۰ بهداشت‌یار کار در محیط‌های کاری وجود دارد. ▪ برای ۱۲.۰۰۰.۰۰۰ کارگر یا ۲.۵۰۰.۰۰۰ کارگاه تحت پوشش قانون کار و ۵۴۰۰ معدن، ۸۰۰ بازرس وجود دارد.
توضیحات	* تعداد کارگران تحت پوشش بیمهٔ تأمین اجتماعی تا پایان ۱۳۹۵ حدود ۱۳.۷۷۹.۰۰۰ نفر بوده است که همراه با خانواده‌هایشان ۳۹.۰۰۰.۰۰۰ نفر را تشکیل می‌دهند. **توضیح: میزان کلی فعالیت فیزیکی فرد در هفتهٔ گذشته برحسب واحد week/minutes-MET اندازه‌گیری می‌شود. این واحد برای تخمین انرژی مصرفی فعالیت فیزیکی به‌کار می‌رود. مقدار یک MET تقریباً معادل میزان مصرف انرژی درحال استراحت در یک فرد است. در این مطالعه، طبقه‌بندی فعالیت فیزیکی افراد به این شرح است: فعالیت شدید: هفت روز در هفته یا بیشتر روزهای هفته، هر ترکیبی از فعالیت‌های سبک، متوسط، پیاده‌روی انجام دهد که درمجموع حداقل ۳۰۰۰-MET دقیقه در هفته باشد. فعالیت فیزیکی متوسط: ۵ روز در هفته یا بیشتر روزها ترکیبی از پیاده‌روی، فعالیت‌های متو سط یا سبک داشته باشد؛ به‌گونه ای که حداقل به مقدار ۶۰۰-MET دقیقه در هفته باشد. فعالیت فیزیکی سبک: فرد هیچ فعالیتی را گزارش نکند یا فعالیت‌های جسمانی گزارش‌شده معیارهای فعالیت فیزیکی سبک یا متوسط را نداشته باشد.

کرد؛ اما براساس داده‌های موجود در کل جامعه، در یک دههٔ گذشته، وضعیت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، اختلالات روانی و آسیب‌های اجتماعی روند افزایشی داشته است که این موضوع احتمالاً درمورد جمعیت کارگری نیز صادق است.

حوادث شغلی در ایران به احتمال زیاد روند صعودی دارد و اگر علل حوادث فعلی را درنظر بگیریم، برپایهٔ بررسی‌های وزارت کار، ۱۱ عامل اصلی در بروز حوادث نقش دارد: وسایل بی‌حفاظ، بی‌احتیاطی، نور ناقص، تهویهٔ نامطلوب، استفاده نکردن از لباس ایمنی، فقدان اطلاعات و آموزش و عدم رعایت مقررات ایمنی. یکی از علت‌های حوادث کاری دستمزدهای پایین است؛ زیرا کارگران مجبورند اضافه‌کاری کنند و یا دو یا سه شغل داشته باشند. بنابراین کارگری که مجبور است به‌جای ۸ ساعت در روز، بین ۱۵ تا ۱۸ ساعت کار کند، آسیب‌پذیری بیشتری در کار با دستگاه‌ها پیدا می‌کند؛ چون تمرکز کمتری در کار دارد. از دیگر عوامل حوادث کار فقدان حداقل آموزش به کارگران، نبود امکانات ایمنی و بهداشتی است. ۵۲٪ حوادث را ناشی از عدم نظارت در محیط کار می‌دانند. وزارت کار بازرس کافی برای فرستادن به کارخانه‌ها و کارگاه‌ها ندارد؛ درعین حال نبودِ تشکل‌های مستقل کارگری از عوامل فقدان کنترل در امکانات ایمنی و بهداشتی کار است.

ب. مداخلات گذشته: اسناد بالادستی متعددی دربارهٔ ارتقای سلامت کارگران وجود دارد. در سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ در افق توسعه‌یافتگی، بر حفظ کرامت انسانی و برخورداری از سلامت و رفاه و تأمین اجتماعی تأکید شده است. اصل ۲۹ قانون اساسی برخورداری از تأمین اجتماعی شامل نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره را حقی همگانی تعیین کرده است. فصل ۴ قانون کار مصوب ۱۳۶۹ بر صیانت از نیروی انسانی و منابع مادی تأکید دارد. در مادهٔ ۹۲ آن بر تشکیل پروندهٔ پزشکی شاغلان و معاینات ادواری تأکید شده است. مادهٔ ۹۳ درخصوص تشکیل کمیتهٔ حفاظت فنی و بهداشت کار است. فصل ششم همین قانون درخصوص تشکیل انجمن ها و تشکل های کارگری و کارفرمایی است. در سند سیاست های کلی آمایش سرزمین مصوب ۱۳۹۰، بر بهبود شاخص های توسعهٔ انسانی با تأکید بر گسترش سلامت پافشاری شده است. در سیاست های کلی سلامت مصوب ۱۳۹۳، چشم انداز ارتقای شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقهٔ آسیای جنوب غربی به تصویر کشیده شده است. در بند ۶ سند سیاست های کلی جمعیت مصوب ۱۳۹۳، تأمین سلامت و پیشگیری از آسیب های اجتماعی و بیماری تکلیف شده است. در سیاست های کلی اصلاح الگوی مصرف مصوب ۱۳۸۹، بر

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-20]

توانمند سازی نیروی کار در تمام برنامه های حمایتی و در سیاست های کلی نظام اداری مصوب ۱۳۸۹، بر کرامت انسانی و ارج نهادن به سرمایه‌های انسانی و اجتماعی تأکید شده است.

آیین‌نامهٔ شورای هماهنگی ارائهٔ خدمات بهداشتی به بیمه‌شدگان مصوب هیئت وزیران جهت همکاری و ایجاد هماهنگی در پیشبرد امور مربوط به بهداشت بیمه‌شدگان، برقراری سیستم صحیح نظارت بر اجرای برنامه و بالاخره ارزشیابی خدمات بهداشتی داخل و خارج از محیط کار تشکیل شده است که برنامه‌ریزی در زمینهٔ طرح خانه‌های بهداشت کارگری و نظارت بر آن را برعهده دارد. اعضای شورای مدیرکل بهداشت حرفه‌ای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مدیر کلی خدمات اجتماعی کارگران وزارت کار و امور اجتماعی و سرپرست خدمات بهداشتی و طب کار سازمان تأمین اجتماعی است که متناظر آن در استان‌ها نیز تعریف شده است.

ازجمله مداخلات در حوزهٔ بهداشت حرفه‌ای است و مطابق مواد قانونی مندرج در فصل چهارم قانون کار جمهوری اسلامی ایران به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واگذار شده است. ادارهٔ کل بهداشت حرفه‌ای این وزارتخانه در راستای راهبرد مراقبت‌های اولیهٔ سلامت و به‌منظور دسترسی شاغلان به حداقل موازین بهداشتی، کارگاه‌ها و کارخانجات کشور را براساس تعداد کارگر به قرار ذیل تقسیم کرده است:

۱. واحدهای تولیدی با بعد کارکنان ۵۰۰ نفر کارگر یا بیشتر به‌منظور احداث مراکز بهداشت کار؛
۲. واحدهای تولیدی با کارکنان بین ۵۰ تا ۴۹۹ نفر کارگر به‌منظور تأسیس خانه‌های حفاظت فنی و بهداشت کار؛
۳. واحدهای تولیدی با بعد کارکنان ۲۰ تا ۴۹ نفر کارگر به‌منظور ایجاد ایستگاه بهگر.

برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد به‌طور رسمی و مدون در این تسهیلات سه‌گانه اجرایی نشده است.

بستهٔ پایهٔ سلامت کارکنان دولت براساس مصوبهٔ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور طی سال‌های ۹۶ و ۹۷ تهیه و در دستگاه‌های اجرایی عملیاتی شده است؛ ولی گزارش منتشرشده‌ای وجود ندارد. برنامهٔ آزمایش‌های ادواری کارگران از دیگر برنامه‌های ملی است که حداقل ده سال در کشور اجرا می‌شود و از دیدگاه کارفرمایان به‌دلیل عدم پیگیری موارد شناسایی‌شده در سلامت کارگران مؤثر نیست و برای آن‌ها بار مالی دارد. طرح ملی کاج (کاربست شیوع‌شناسی اعتیاد در جامعهٔ کار و تولید) در محیط‌های کاری ۵۰ تا ۵۰۰ نفر از سال ۱۳۹۶درحال اجراست و تاکنون ۱۲۰۰ کارفرما وارد طرح شده‌اند. گزارش‌های ارزشیابی از این طرح منتشر شده است و نشان می‌دهد علی‌رغم چالش‌های متعدد، درصورت تصویب این طرح و رفع اشکالات آن می‌تواند در بهبود شاخص‌های سلامت کارگری مؤثر باشد.

طبق بررسی های انجام‌شده و نیز اظهارنظر خبرگان، در اجرای معاینات ادواری و ارزیابی آن ها شکاف وجود دارد و همچنین ضعف هماهنگی در شورای هماهنگی ارائهٔ خدمات بهداشتی به بیمه شدگان و دیگر سازمان های مرتبط وجود دارد. اغلب برنامه‌ها و مداخلات انجام‌شده برای بهره‌گیری از فرصت محل کار در ایران بر محل‌های کاری ۵۰ تا ۵۰۰ نفر و بالای ۵۰۰ نفر بوده است؛ درحالی که بیش از ۸۰٪ جمعیت کارگری در کارگاه های زیر ۵۰ نفر و به‌خصوص زیر ۲۰ نفر است و هنوز الگوی مدونی برای خدمات در این حوزه طراحی نشده، عملکرد ایستگاه‌های بهگر و بهگرها ارزشیابی نشده و نیازمند طراحی علمی و بومی است.

ج. چالش های نظام ارتقای سلامت کارگران: چالش ها (نقاط تمرکز) در ارتقای سلامت کارگران کشور به شرح شکل ۱ است.

جهت گیری سلامت کارگران

نقطهٔ مطلوب برای سلامت کارگران در سال ۱۳۹۹ عبارت است از: وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی با جلب همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت جامعهٔ کارگران و کارفرمایان، شیوع حوادث و بیماری های ناشی از کار را به میزان ۱۵٪ سال پایه کاهش دهد. برای دستیابی به این دورنما حداقل سه هدف راهبردی شامل ارتقای نمرهٔ رفتارهای سلامت‌محور کارگران جامعهٔ کار و تولید به میزان ۳۰٪ سال پایه، ارتقای نمرهٔ محیط کار مناسب برای کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل حفاظتی (به تفکیک نوع محل های کاری) به میزان ۳۰٪ سال پایه و نیز ارتقای بهره مندی کارگران کشور از خدمات غربالگری، مداخلهٔ مختصر و پیگیری به میزان ۵۰٪ سال پایه تعیین شده است. در راستای وضعیت شناخته‌شده و جهت گیری های پیشنهادی، مداخلات مورد نیازی که در سه دستهٔ ترویجی، تحکیمی و تسهیلی ارائه شد، به شرح زیر است:

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-20]



شکل ۱ـ مهم‌ترین چالش‌های سلامت کارگران در ایران براساس مرور منابع و نظرات ذی‌نفعان

مداخلات ترویجی:

۱. تهیهٔ بستهٔ خودآموز ارتقای سلامت ویژهٔ کارگران و کارفرمایان و نهادینه سازی استفاده از آن به روش های مقتضی؛

۲. طراحی و نهادینه سازی دورهٔ آموزشی ارتقای سلامت در محیط های کاری و ادغام در فرایند کسب مجوزها و یا تشویق ها؛

۳. طراحی و ارائهٔ بستهٔ سوادآموزی سلامت به‌شکل حضوری برای محل‌های کاری (کمتر از ۵۰ نفر، بین ۵۰ تا ۵۰۰ نفر و بیشتر از ۵۰۰ نفر)؛

۴. حمایت طلبی رسانه‌ای در همهٔ ابعاد سلامت کارگران برای دستیابی به اهداف راهبردی؛

۵. طراحی و استقرار کوریکولوم آموزشی برای کارکنان مراکز بهداشت کار، خانهٔ حفاظت فنی و بهداشت کار و ایستگاه‌های بهگر و استفاده از ظرفیت مراکز آموزش عالی سلامت شهرستان (مرکز آموزش بهورزی).

مداخلات اجباری:

۱. ایجاد نظام های خودنظارتی تشکل های کارگری و کارفرمایی در سلامت کارگران؛

۲. ارتقای فهرست استانداردهای بازرسان کار برای نظارت بر الزامات محیط کار مناسب برای بهبود وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی؛

۳. پوشش بیمهٔ سلامت برای اختلالات روانی و تدارک خدمات برای اختلالات روانی شدید و ناشی از تروما؛

۴. بازتعریف قانونی مشاغل سخت و زیان آور؛

۵. بازنگری در نوع محاسبه و ترمیم حقوق کارگران متناسب با تورم؛

۶. تدوین و اجرای سیاست ملی تأمین پایدار امنیت سرمایه گذاری در کشور؛

۷. تدوین قانون و مقررات ارگونومی ایران؛

۸. بازنگری برنامهٔ نظارت یک‌پارچهٔ دستگاه های متولی در محیط های کاری و رفع تضادهای موجود؛

۹. یک‌پارچه‌سازی خدمات سلامت در محیط کار (هماهنگی کارشناسان و مشاوران سلامت روان، بهداشت‌یاران، متخصصان طب کار، ارگونومی، پزشکان عمومی، آزمایش‌کنندگان ادواری و کارشناسان ایمنی)؛

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-20]

۱۰. اجرای برنامهٔ ملی ارتقای سلامت روان کارگران؛
۱۱. تعیین وظایف و تکالیف دستگاه ها در هریک از اهداف در قالب تفاهم‌نامهٔ یک‌پارچه و ابلاغ به آن‌ها؛
۱۲. ارزشیابی برنامهٔ آزمایش‌های ادواری و تعیین دستاوردها و چالش‌ها و رفع آن با مشارکت ذی‌نفعان؛
۱۳. الزام کارفرمایان برای ایجاد مراکز بهداشت کار، خانهٔ حفاظت فنی و بهداشت کار و ایستگاه‌های بهگر.

مداخلات تسهیلی:
۱. ارزیابی ملی از وجود تجهیزات ایمنی پیشگیرانه در معادن و صنعت ساختمان و سپس تأمین آن‌ها؛
۲. طراحی الگوی همیار کارکنان و ادغام آن در خانه های بهداشت کارگری در تمام محل های کاری ۵۰ تا ۵۰۰ نفر، تدارک خدمات غربالگری در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، مداخلهٔ مختصر و ارجاع[1] و سایر خدمات مندرج در وظیفهٔ خانه‌های بهداشت و تضمین تداوم و جامعیت خدمات در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی و کارگرمحوری مراقبت ها؛
۳. برقراری نظام ارجاع برای کارگران دارای عوامل خطر بیماری، بیماری‌های جسمی و روانی و همچنین نیازمند حمایت اجتماعی و استفاده از ظرفیت مراکز خدمات جامع سلامت؛
۴. طراحی و راه‌اندازی پروندهٔ الکترونیک سلامت کارگران هم‌راستا با سامانهٔ سیب در کشور؛
۵. ایجاد نظام رتبه بندی بهبان و خانه‌های بهداشت کارگری و حقوق متناسب با ارتقای رتبه و درجه؛
۶. رتبه بندی سلامت‌محوری کارفرمایان و محیط های کاری.

الزامات مورد نیاز
برای اجرای چنین مداخلاتی براساس جمع بندی نظر خبرگان در سه دسته به شرح زیر ارائه می شود:
الف. تأمین منابع: تأمین بودجهٔ مورد نیاز برای اجرای برنامه در سطح ملی و استانی، تأمین نیروی انسانی مورد نیاز در ستاد وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و ستاد استانی و توانمندسازی آن‌ها در وظایف حکمرانی، تولیتی و تأمین نیازهای آموزشی؛
ب. تأمین زیرساخت: ایجاد ساختار پاسخ‌گویی، صدور مجوزهای قانونی لازم، زمینه سازی برای نهادینه سازی برنامه ها، راه اندازی گفتمان سیاستی برای مشارکت بیشتر جامعه کارگری و کارفرمایان و پیگیری تا حصول نتیجه.
ج. کنترل و ارزیابی: تعیین نشانگرها و شاخص های موفقیت برنامه در مقاطع دوره ای، تهیهٔ جدول زمانبندی پروژه های سالیانه برای هر مداخله، حمایت طلبی جهت تصویب و مشروعیت بخشی به برنامه با استفاده از تدوین گزارش و مکاتبهٔ آن با ذی‌نفعان، تعیین اولویت های تحقیقاتی مورد نیاز و نیازهای آموزشی آن ها، ایجاد نظام دیده بانی سلامت جامعهٔ کار و تولید و کاربست آن در تصمیم گیری ها.

بحث و نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد سلامت کارگران باوجود متولیان متعدد ملی و بسته‌های خدماتی متنوع بهداشتی ـ درمانی، اجتماعی و ایمنی و همچنین حمایت‌های اسناد بالادستی، روند بهبود درخوری نداشته و خلأهای متعددی در سطوح عملیاتی (از هماهنگی متولیان در قوهٔ مجریه تا بسته‌های خدماتی غیریک‌پارچهٔ اجرا شده در محیط‌های کاری) متعدد است. نیاز به ارتقا و تمرکز در حوزهٔ تدوین، پایش و ارزشیابی برنامهٔ ملی سلامت کارگران، ساختار و استانداردهای تدارک خدمات سلامت، بهبود رفتاری کارگران و کارفرمایان و تأمین منابع پایدار (مالی، اطلاعات و نیروی انسانی) وجود دارد.
طبق آمار رسمی سازمان بین‌المللی کار، مرگ‌ومیر ناشی از کار در جهان روند کاهشی داشته و از ۳۴۵هزار نفر در سال ۱۹۹۸ به ۳۲۱هزار نفر در سال ۲۰۰۸ رسیده و طی این مدت نرخ شیوع حوادث منجر به مرگ از ۱۶،۴ به ۱۰،۷ نفر به‌ازای هر ۱۰۰ هزار کارگر کاهش یافته است که یک‌سوم کاهش را نشان می‌دهد. حتی در کشورهایی همچون فنلاند، ژاپن و سوئد تا ۶۲٪ کاهش حوادث در یک دورهٔ بیست‌ساله گزارش شده است. مقایسهٔ این آمار با روند موجود در کشور ما که در سال ۱۳۹۱ نسبت به سال ۱۳۸۱، سه‌برابر بوده است که نشان می‌دهد چالش‌های متعددی وجود دارد یا نظام ثبت حوادث و فوت ناشی از آن‌ها بهبود جدی نیاز دارد و یا به‌دلیل بهبود وضعیت ثبت یا افزایش تعدد کارهای ساختمانی در سال‌های ۹۱ و ۹۲ روند افزایشی داشته است و بعید به‌نظر نمی‌رسد که کشور ایران از موضوع حوادث شغلی، به‌سبب مباحث توسعه‌ای،

1 . SBIRIT

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-20]

چشم‌پوشی می‌کند؛ چراکه در ایران هم می‌بایست شاهد روند کاهشی حوادث ساختمانی می‌بودیم. (۲۹ـ۳۰)

درحال حاضر، کارگران آموزش‌دیده در کل کشور در زمینهٔ ایمنی شغلی ۴٪ هستند و ۹۰٪ معادن بهداشت و ایمنی لازم را ندارند. این آمار نشان می‌دهد مجموعهٔ سیاست‌گذاری‌ها و مداخلات در دستگاه‌های متولی نیاز جدی به بهبود دارد و عملاً تلاش‌ها اثربخشی لازم را نداشته و نیازمند برنامهٔ مدون و هماهنگ است. (۳۱) در برنامهٔ مشترکی که به‌منظور ارائهٔ مراقبت های اولیهٔ بهداشتی به کارگران بیمه‌شده توسط سازمان تأمین اجتماعی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و نیز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شده است، مقرر شده بود مشکلات کارگران با استفاده از آمار و اطلاعات و آگاهی از چالش ها و تنگناهای موجود شناسایی گردد و برای رفع آن ها با مشارکت بین‌بخشی ذی‌نفعان اهتمام شود. (۱۴) اما در این پژوهش مشخص گردید که این برنامه دست‌کم درصورت اجرا، ارزشیابی نشده و گزارش پیشرفتی از استقرار برنامه وجود ندارد.

رویکرد برنامه‌های ارتقای سلامت در محیط کار بعد از جنگ جهانی دوم تاکنون بسیار تغییر کرده است برنامه‌ها ابتدا بر ورزش کارکنان و وجود محیط‌های ورزشی تأکید داشت؛ اما رفته‌رفته برنامه‌های مراقبت از سلامت، طب کار و کارشناسان حوزهٔ سلامت به رویکرد قبلی اضافه شد و انجمن‌های ملی ارتقای سلامت شکل گرفت. (۳۲) امروزه سلامت در محیط کار بر این نکته تاکید دارد که محل کار فرصتی برای کاهش عوامل خطر بیماری جسمی و روانی است؛ لذا کارفرمایان مسئولیت‌های حقوقی و قانونی در این ارتباط پیدا می‌کنند؛ ضمن اینکه مسئولیت‌پذیری اجتماعی آنان نیز بر این موضوع تأکید دارد. در این مطالعه، مشخص شد در اغلب اوقات دیدگاه‌های سازمان‌های ملی برای ارتقای سلامت در محیط کار نه‌تنها یک‌پارچه و مدون نیست، بلکه از رویکردهای قدیمی و برنامه‌های عمودی و جزیره‌ای تبعیت می‌کند و هماهنگی عملکرد در محیطی‌ترین سطح، یعنی محل کار، مشاهده نمی‌شود. برخی کارفرمایان نیز با درایت و استفاده از منابع مالی خود در ارتقای سلامت کارگران کوشا هستند که این موارد محدود به بنگاه‌های اقتصادی ثروتمند است.

مهم‌ترین چالش سلامت کارگران تأثیرگذاری شرایط محیط کلان سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فناوری، محیط زیست و شرایط بین‌المللی بر وضعیت بنگاه‌های اقتصادی است. حقوق زیر خط فقر کارگران در دو دههٔ گذشته، شرایط نامناسب سرمایه‌گذاری در ایران، سرمایهٔ اجتماعی پایین و تحریم‌های بین‌المللی و کاهش ارزش پول ملی عوامل کلانی هستند که هرگونه برنامه‌ریزی ملی برای بهبود سلامت کارگران را با چالش مواجه می‌سازند و احتمال موفقیت مداخلات را کاهش می‌دهند.

عمده‌ترین اقدام برای ارتقای سلامت کارگران حمایت‌طلبی برای تصویب این برنامه در سطوح عالی نظام جمهوری اسلامی است. کارگران و خانوادهٔ آن‌ها حدود نصف جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند. ارتقای سلامت این گروه ضمن بهبود بهره‌وری اقتصادی کشور، روند توسعهٔ پایدار کشور را تسهیل می‌کند. بهبود وضع معیشتی این گروه از جامعه نابرابری‌ها در جامعهٔ ایران را کاهش می‌دهد و این عامل به‌عنوان معتبرترین مداخله در سلامت کشورها معرفی شده است. (۳۳)

مطالعات متعددی درخصوص ارتقای سلامت کارگران در سطح ملی و بین المللی انجام شده؛ اما پژوهش حاضر با مشارکت ذی‌نفعان و مبتنی بر شواهد روز صورت گرفته و در آن، ابعاد روانی و اجتماعی سلامت کارگران در کنار ابعاد جسمی آن تحلیل و اهداف راهبردی مشخص و قابل ارزیابی ارائه شده است. محدودیت های تحقیق پیش‌رو این بود که فرصت نظرخواهی از تمامی استان‌ها فراهم نشد، وگرنه تفاوت‌های استانی می‌تواند محتوای برنامه‌ها را تغییر دهد. همچنین برنامهٔ ملی قبلی اهداف قابل سنجش نداشت تا برای برآورد اهداف این برنامه با خطای کمتر استفاده شود. ضمن اینکه گزارش ارزشیابی از اقدامات قبلی وجود نداشت که از تجربیات آن ها استفاده شود.

نتیجه‌گیری و پیشنهاد

کارگران و خانوادهٔ آن‌ها نصف جمعیت کشور را شامل می‌شوند و سلامت آن‌ها موضوعی است که مورد غفلت نبوده و درعین حال حرکت هماهنگ و منسجمی هم در عمل وجود نداشته است. شواهد آن بهتر نشدن نشانگرهای سلامت کارگران است. بازطراحی و استقرار نظام‌های تولیت، تأمین منابع، تأمین مالی و تدارک خدمات برای سلامت کارگران الزامی است. این موضوع باید به‌عنوان اولویت در برنامهٔ پنج‌سالهٔ هفتم توسعهٔ کشور ملحوظ شود و در نظام سلامت کشور ادغام گردد. به عبارت دیگر، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، معاونت بهداشت، معاونت درمان و سایر معاونت‌های

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-20]

تابعه هرکدام به فراخور وظایف سازمانی، بسترهای لازم برای ارتقای سلامت کارگران را در برنامهٔ عملیاتی واحد خود اضافه کنند. برای مثال نیروی انسانی لازم برای این موضوع در سطح ستادی و صف باید نیازسنجی شده، از طریق دوره‌های آموزشی دانشگاهی و تکمیلی فراهم گردد. این وظیفه برعهدهٔ معاونت آموزشی است. نیازهای تحقیقاتی باید در معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت اولویت‌بندی گردد تا از ظرفیت مراکز تحقیقاتی کشور برای تولید شواهد استفاده شود و مهم‌تر از آن، نظام دیده‌بانی نشانگرهای سلامت کارگران باید طراحی شود و استقرار یابد. این اقدام باید در وزارتخانه‌های متولی دیگر نیز صورت گیرد. برنامهٔ تدوین‌شده با نظرخواهی نهایی از کانون عالی کارفرمایان، کانون عالی کارگران و واحدهای تابعهٔ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت صنعت، معدن و تجارت، در شورای هماهنگی خدمات بهداشتی بیمه شدگان تأمین اجتماعی تصویب شود و برای پایداری بیشتر، به تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور برسد.

References

1. Gabriel P, Liimatainen M-R. Mental health in the workplace: Introduction, executive summaries. 2000.
2. Modiri F, Tarrah A, Madani H. Evaluation of worker satisfaction from services of worker health homes covered shahid Beheshti and Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Iran Occupational Health. 2015; 12(1): 7. [Persian]
3. Campbell MK, Tessaro I, DeVellis B, Benedict S, Kelsey K, Belton L, et al. Effects of a tailored health promotion program for female blue-collar workers: health works for women. Preventive medicine. 2002; 34(3): 313-23.
4. Emmons KM, Linnan LA, Shadel WG, Marcus B, Abrams DB. The Working Healthy Project: a worksite health-promotion trial targeting physical activity, diet, and smoking. Journal of occupational and environmental medicine. 1999; 41(7): 545-55.
5. Forastieri V. Improving health in the workplace: ILO's framework for action. (Geneva): International Labour Organization (ILO); 2014. p. 4.
6. Kaushal N. Role of International Labour Organization (ILO) and World Health Organization (WHO) in the Protection and Promotion of Occupational Health and Safety. Dynamics of Public Administration. 2013; 30(2): 207-27.
7. Gutberlet J, Baeder A, Pontuschka N, Felipone S, dos Santos T. Participatory research revealing the work and occupational health hazards of cooperative recyclers in Brazil. International journal of environmental research and public health. 2013; 10(10): 4607-27.
8. Macdonald W, Driscoll T, Stuckey R, Oakman J. Occupational health and safety in Australia. Industrial health. 20. 9-172: (3) 50; 12.
9. Schütte S, Chastang J-F, Parent-Thirion A, Vermeylen G, Niedhammer I. Association between socio-demographic, psychosocial, material and occupational factors and self-reported health among workers in Europe. Journal of Public Health. 201 204-194: (2) 36; 3.
10. Matsuda S. A Review of the French Occupational Health System-From the Viewpoint of International Comparison between France and Japan-. Asian Pacific Journal of Disease Management. 2014; 6(2): 45-9.
11. Kawakami T, Kogi K. Ergonomics support for local initiative in improving safety and health at work: International Labour Organization experiences in industrially developing countries. Ergonomics. 2005; 48(5): 581-90.
12. Organization WH. Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB. 2010.
13. Conditions IPftIoW. Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance: International Labour Organization; 1998.
14. Ministry of Health and Medical Education, Social Security Organization, Ministry of Cooperatives L, and Social Welfare. Joint program of providing primary health care to insured workers.
15. Ministry of Health and Medical Education. National plan. Iran, Tehran; 2012.
16. Kakouei H, Pournajaf A, Mirghani SS, Beyg R, Biglarian A. Qualitative Evaluation of Primary Health Care Plans (Worker Health House) Among Some Industries in Yazd, Iran. Journal OF Ilam University of Medical SCIENCES. 2010; 18(1): 23-7.
17. Ministry of Cooperatives L, and Social Welfare. Labor Law of the Islamic Republic of Iran. 1988.
18. Damari B, Azimi A, Salehi Shahrabi N. Status of substance abuse literacy in manufacturing and production sites in Iran: Results from a nationwide survey. Medical Journal of The Islamic Republic of Iran (MJIRI). 2019; 33(1): 33-8.
19. Damari B, Almadani SH, Bostanmanesh G, Vahabzadeh A, Sarami H, Riazi Isfahani S. Designing a Health-Orientation Ranking Model for Employers in Iran. Salamat Ijtimai (Community Health). 2018; 5(3): 9. [Persian]
20. Atrkar Roushan S, Alizadeh SS. Estimation of economic costs of accidents at work in Iran: A case study of occupational accidents in 2012. Iran Occupational

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-20]

Health. 2015; 12(1): 12-9. [Persian]
21. Mohammadfam I, Zokaei HR, Nava S. Assessment of the costs of fatal occupational accidents in Tehran FEYZ. 2007; 11(1): 61-6. [Persian]
22. (ISSA) ISSA, (DGUV) GSAI, for GSAII, the Energy T, Electrical and Media Products Sectors (BG ETEM). The return on prevention: Calculating the costs and benefits of investments in occupational safety and health in companies. Geneva: International Social Security Association; 2011.
23. Iran Tncdrco. National Non Communicable Diseases Surveillance Survey: NCDSS (STEPs 2016). 2016.
24. Statistical report of work-related accidents during 2010-2015 [Internet]. Ministry of Cooperatives, Labour, and Social Welfare. 2018 [cited 12/2/2019]. Available from: https://bazresikar.mcls.gov.ir/icm_content/media/image/2018/12/245384_orig.pdf.
25. Statistical report of work-related accidents in 2015 [Internet]. Ministry of Cooperatives, Labour, and Social Welfare. 2015 [cited 12/2/2019].
26. Statistical report of work-related accidents during 2010-2015 [Internet]. Ministry of Cooperatives, Labour, and Social Welfare. 2018 [cited 12/2/2019]. Available from: https://bazresikar.mcls.gov.ir/icm_content/media/image/2018/11/233766_orig.pdf.
27. Yaghoubi H, Alaeddini F, Esmaeili I. Mental health status and quality of work life of industrial and manufacturing workers: Investigating the role of job stressors. Iran: Research report of department of culture and social affairs of ministry of labor and social affairs and State Welfare organization of Iran.; 2016. [Persian]
28. Damari B, Barati F, HajNagizade F, Gazarian M, Oliaei A. Evaluation of the 'substance abuse prevention program' in workplaces. Payesh. 2.11: (2)13; 014. [Persian]
29. Education MoHaM. Report of the main activities of the Ministry of Health and Medical Education in the eleventh government. Iran: International affairs department (IAD) of Ministry of Health and Medical Education; 2017.
30. Rushton L. The Global Burden of Occupational Disease. Curr Envir Health Rpt (2017) 4: 340-348 DOI 10.1007/s40572-017-0151-2
31. Alizadeh S at al. A review of studies of occupational accidents since the beginning of 2001 to the end of 2014 in Iran: A systematic review Seyed Shamseddin Iran Occupational Health, Vol. 14, No. 1, Apr-May 2017. [Persian]
32. Sparling PB. Worksite health promotion: principles, resources, and challenges. Prev Chronic Dis 2009; 7(1). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jan/09_0048.htm
33. Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43943

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-20]