

Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности

Доклад ВОЗ/Всемирного экономического форума о совместном мероприятии



**Всемирная
организация здравоохранения**

**WORLD
ECONOMIC
FORUM**

COMMITTED TO
IMPROVING THE STATE
OF THE WORLD

Библиотечный каталог публикаций ВОЗ

Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности: Доклад ВОЗ/Всемирного экономического форума о совместном мероприятии.

1. Хронические болезни – профилактика и борьба с ними. 2. Гигиена труда. 3. Рабочие места. I. Всемирная организация здравоохранения. II. Всемирный экономический форум.

ISBN

(NLM classification:)

© Всемирная организация здравоохранения / Всемирный экономический форум, 2008 г.

Все права защищены.

Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе публикаций ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; Эл. почта: bookorders@who.int) Заявки на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – для продажи или для некоммерческого распространения – следует направлять в Отдел публикаций ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; эл. почта: permissions@who.int).

Публикации Всемирного экономического форума могут быть получены в Отделе публикаций Всемирного экономического форума, Всемирный экономический форум, 91-93 route de la Capite, CH-1223 Cologny/Geneva, Switzerland (Тел.: +41 (0)22 869 1212; Факс: +41 (0)22 786 2744; эл. почта: contact@weforum.org). Вопросы, касающиеся проекта Working Towards Wellness, осуществляемого в рамках Всемирного экономического форума, следует направлять по адресу: workingtowardswellness@weforum.org

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения/Всемирного экономического форума относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения/Всемирный экономический форум поддерживают или рекомендуют их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения/Всемирный экономический форум приняли все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения/Всемирный экономический форум ни в коем случае не несут ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Данная публикация необязательно отражает решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения/Всемирного экономического форума.

Содержание

Резюме

1. Введение
2. Логическое обоснование использования рабочих мест в качестве среды для обеспечения здорового рациона питания и физической активности
3. Эффективность и действенность мероприятий по укреплению здоровья на рабочих местах, ориентированных на рацион питания и физическую активность
4. Политика и программы укрепления здоровья на рабочих местах
5. Участие большого числа заинтересованных сторон
6. Мониторинг и оценка
7. Пробелы в существующих знаниях
8. Общие выводы

Литература

Приложение 1. Список участников

Приложение 2. Основные ресурсы

Резюме

Рабочее место в качестве среды для укрепления здоровья

Программы по укреплению здоровья на рабочих местах (УЗРМ), направленные на повышение физической активности и устранение нездоровых привычек питания, являются эффективными в улучшении результатов, связанных со здоровьем, в отношении таких болезней, как ожирение, диабет и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Повышение производительности труда работающих, улучшение корпоративного имиджа и снижение уровня затрат на медицинское обслуживание являются некоторыми из тех аргументов, которые могут заставить высшее руководство приступить к осуществлению программ по укреплению здоровья на рабочих местах и инвестировать в них средства.

Нездоровый режим питания и чрезмерный расход энергии, отсутствие физической активности и употребление табака являются основными факторами риска в отношении неинфекционных заболеваний (НИЗ). В 2005 г. от таких неинфекционных заболеваний, как болезни сердца, инсульт, рак и диабет умерли 35 миллионов человек. Приблизительно 80% случаев смерти происходят в странах с низким или средним уровнем доходов, которые также вынуждены бороться с бременем инфекционных болезней, осложнениями в период беременности и перинатальный период, а также с недостаточностью питания.

Основные элементы успешных программ

Основные элементы успешных программ по укреплению здоровья на рабочих местах включают: постановку четких целей и задач; установление связей программ с целями предпринимательства; значительную поддержку руководства; эффективную связь с работающими и их участие в деятельности на всех уровнях разработки и осуществления программы по укреплению здоровья на рабочих местах; создание благоприятной окружающей среды; адаптацию программы к социальным нормам и обеспечение социальной поддержки; рассмотрение инициатив по укреплению приверженности этим программам и повышение самоэффективности участников.

Существенная роль участия большого числа заинтересованных сторон

Глубокое рассмотрение вопросов питания и физической активности требует участия широкого круга заинтересованных сторон. Участие большого числа заинтересованных сторон в разработке и осуществлении политики и программ по укреплению здоровья на рабочих местах является основой успеха, эффективности и устойчивости программ. В число многочисленных участников, которые могут играть существенную роль в укреплении здоровья на рабочих местах, могут входить: международные организации; министерства здравоохранения, труда и охраны труда; местные и муниципальные органы власти; неправительственные организации (НПО); гражданское общество; работодатели; работающие; профсоюзы; фонды компаний по медицинскому страхованию; сельскохозяйственная промышленность; производители пищевых продуктов; агенты по поставке и продаже пищевых продуктов; а также предприятия по производству спортивных товаров.

Значение комплексного мониторинга и оценки

Мониторинг и оценка (например, оценка процесса и результатов, оценка риска для здоровья и результаты укрепления здоровья) являются основными компонентами осуществления программ по укреплению здоровья на рабочих местах и требуют включения их в данный процесс. Мониторинг и оценка обеспечивают информацией для принятия решений и внесения документированных изменений в политику или программу; способствуют сбору фактических данных, обеспечению отчетности и ведут к разработке эффективных программ по укреплению здоровья на рабочих местах, с тем чтобы можно было адекватным образом рационализировать использование ресурсов.

Пробелы в имеющихся знаниях

Для повышения уровня существующих знаний, особенно в отношении эффективности, анализа соотношения затрат и выгоды, а также воздействия на здоровье программ по УЗРМ, требуется проведение дальнейших научных исследований. Поощряется разработка простых и легких в

использовании обоснованных инструментов для оценки рациона питания и физической активности. Потребуется дальнейшее изучение того, каким образом основанные на фактических данных питание и физическая активность применимы к рабочим местам, которые имеют различное географическое местоположение и различия в структуре управления, уровнях грамотности и социальных нормах в отношении различных видов поведения, связанных со здоровьем. Выявление конкретных случаев и примеров международных программ по укреплению здоровья на рабочих местах и публикация сообщений о них могут также представлять собой вспомогательную информацию, которая поможет лицам, осуществляющим планирование, лучше понять, каким образом разрабатывать глобальные программы.

Информация, обобщенная в настоящем докладе, отражает фактические данные, полученные в результате осуществления политики укрепления здоровья на рабочих местах, в странах с высокими доходами, главным образом, в Европейском и Североамериканском регионах. Ограниченность информации и числа исследований конкретных случаев в странах с низкими и средними уровнями доходов была особо отмечено в качестве важного пробела в существующих знаниях, который требуется устранить. Несмотря на ограниченность имеющихся фактических данных, все основные участники полны решимости разработать и осуществлять политику и программы по укреплению здоровья на рабочих местах, касающиеся нездорового режима питания и недостаточной физической активности.

Доклад ВОЗ/Всемирного экономического форума – решающее значение для улучшения профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ)

Уделение внимания проблемам питания и физической активности на рабочих местах потенциально ведет к улучшению состояния здоровья работающих; способствует созданию позитивного имиджа компании, проявляющей заботу о сотрудниках; улучшает моральное состояние персонала; сокращает текучесть кадров и число прогулов; повышает производительность труда и сокращает число бюллетеней, затраты на поддержание здоровья, а также размер выплат работникам в счет компенсации и по инвалидности. Данный доклад – результат мероприятия, совместно организованного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Всемирным экономическим форумом – обобщает имеющиеся фактические данные, необходимые для рассмотрения различных аспектов использования рабочего места в качестве среды для осуществления мероприятий, направленных на профилактику НИЗ с помощью рациона питания и физической активности.

1. Введение

Глобальное бремя НИЗ

В 2005 г. на долю неинфекционных заболеваний (НИЗ) приходилось 60% всех прогнозируемых случаев смерти во всем мире – т.е. приблизительно 35 миллионов человек умерли от НИЗ (1). Приблизительно 80% случаев смерти от НИЗ наблюдаются в странах с низкими и средними доходами.

Пятью основными НИЗ являются заболевание сердца, инсульт, рак, хронические респираторные болезни и диабет. Существуют убедительные научные данные, свидетельствующие о том, что здоровое питание и адекватная физическая активность (например, ≥ 30 минут физической активности умеренной интенсивности в течение ≥ 5 дней в неделю) играют важную роль в профилактике этих болезней. Кроме того, согласно оценкам, приблизительно 80% случаев заболевания сердца, инсульта, диабета типа 2 и 40% случаев рака можно предупредить посредством недорогостоящих и эффективных с точки зрения затрат мероприятий, направленных на устранение основных факторов риска.

Влияние НИЗ

Бремя НИЗ оказывает влияние не только на качество жизни заболевших людей и их семей, но также на социально-экономическую структуру страны. Согласно оценкам ВОЗ, очень значительной будет потеря национального дохода различных стран (Таблица 1). Например, согласно оценкам, в результате бремени НИЗ Китай потеряет около 558 миллиардов международных долларов¹ в период с 2005 г. по 2015 г. (1).

Учитывая старение населения и факторы риска, число случаев смерти от неинфекционных болезней по прогнозам увеличится на 17% в период 2005-2015 гг., в то время как за тот же самый период времени число случаев смерти от инфекционных болезней, осложнений в период беременности и перинатальных состояний, а также от недостаточности питания, согласно прогнозам, снизится (1).

Таблица 1

Прогнозируемая потеря национального дохода, вызванная болезнью сердца, инсультом и диабетом в отдельных странах в 2005-2015 гг. (миллиарды международных долларов по состоянию на 1998 г.) (1)

	Бразилия	Канада	Китай	Индия	Нигерия	Пакистан	Российская Федерация	Соединенное Королевство	Объединенная Республика Танзания
Приблизительная потеря доходов в 2005 г.	2,7	0,5	18,3	8,7	0,4	1,2	11,1	1,6	0,1
Приблизительная потеря доходов в 2015 г.	9,3	1,5	131,8	54,0	1,5	6,7	66,4	6,4	0,5
Общая потеря в стоимости по состоянию на 2005 г.	49,2	8,5	557,7	236,6	7,6	30,7	303,2	32,8	2,5

¹ Международный доллар является гипотетической валютой, которая используется в качестве средства перевода и сравнения затрат одной страны с затратами другой страны, используя общий эталон, т.е. доллар США. Международный доллар имеет ту же самую покупательную способность, как и доллар США в Соединенных Штатах.

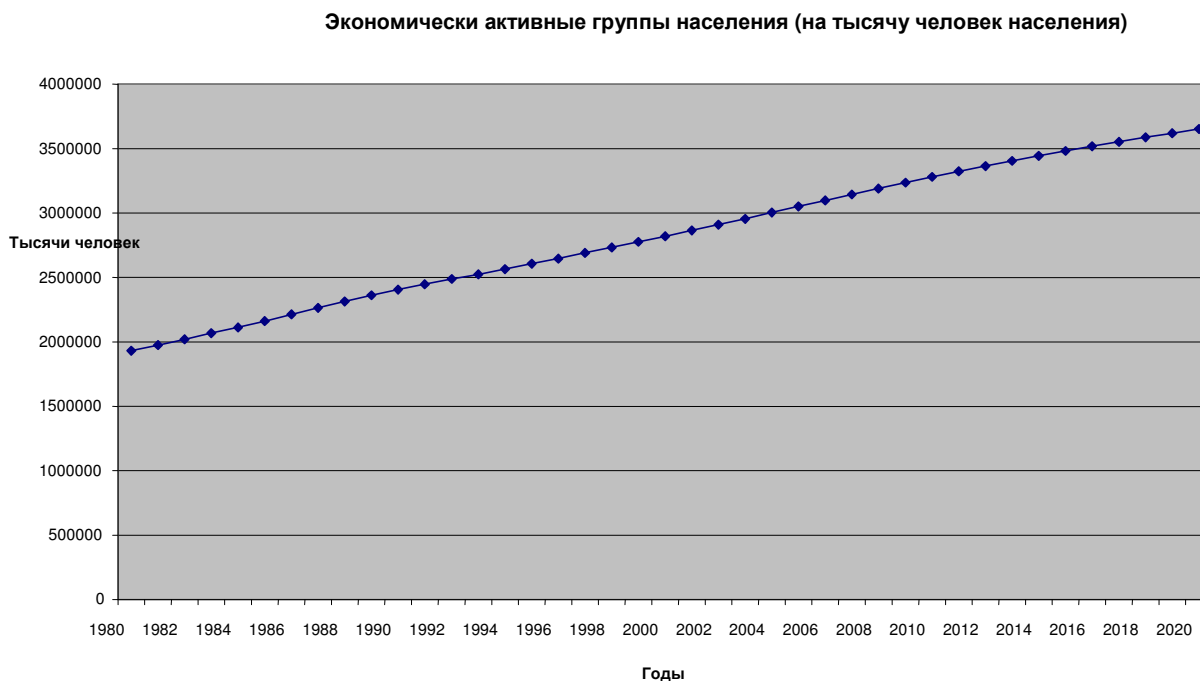
Экономически активные группы населения

Посредством обстановки на рабочих местах можно оказывать влияние на связанное со здоровьем поведение значительных групп населения и осуществлять многократные многоуровневые мероприятия для оказания влияния на поведение, связанное со здоровьем (2, 3).

Данные по уровням экономически активных групп населения показывают, что в глобальном масштабе приблизительно 65% населения в возрасте старше 15 лет является частью рабочей силы (4). “Экономически активные группы населения” включают всех людей обоих полов, которые предоставляют рабочую силу для производства товаров и предоставления услуг в течение конкретного ограниченного по времени периода.

Рисунок 1 показывает глобальные оценки и прогнозы экономически активных групп населения в период с 1980 г. по 2020 г. В 2007 г. приблизительно 3,1 миллиарда людей были экономически активными; согласно оценкам, эта цифра превысит 3,6 миллиарда в 2020 г. (4).

Рисунок 1
Глобальные оценки и прогнозы в отношении экономически активных групп населения, 1980-2020 гг. (4)



Исходная информация

Рабочее место в международном масштабе рассматривается в качестве подходящей среды для укрепления здоровья. Значение укрепления здоровья на рабочих местах было рассмотрено в 1950 г. и позднее информация была обновлена в 1995 г. на совместной сессии Международной организации труда /Всемирной организации здравоохранения по гигиене труда (5).

С этого времени укрепление здоровья на рабочих местах широко

рекомендуется международными организациями посредством многочисленных хартий и деклараций, включая Оттавскую хартию по укреплению здоровья 1986 г. (6), Джакартскую декларацию 1997 г. по введению системы укрепления здоровья в XXI век (7) и Бангкокскую хартию 2005 г. по укреплению здоровья в глобализованном мире (8).

Европейская сеть по укреплению здоровья на рабочих местах также выпустила ряд заявлений в поддержку системы укрепления здоровья на рабочих местах, включая Люксембургскую декларацию по укреплению здоровья на рабочих местах в Европейском союзе, Лиссабонское заявление по вопросам обеспечения здоровья на рабочих местах в небольших и средних по размеру предприятиях и Барселонскую декларацию по разработке надлежащей практики укрепления здоровья на рабочих местах в Европе (9).

СПФА

В ответ на глобальное бремя, созданное неинфекционными болезнями, ВОЗ разработала Глобальную стратегию по питанию, физической активности и здоровью (СПФА), которая была принята Пятьдесят седьмой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2004 г. (10). Цель СПФА заключается в укреплении здоровья путем создания благоприятствующей среды для устойчивых действий на индивидуальном, общинном, национальном и глобальном уровнях, которые вместе взятые приведут к сокращению заболеваемости и смертности, связанных с нездоровым рационом питания и отсутствием физической активности.

Эта среда на рабочих местах четко определена в качестве важной области действий по укреплению здоровья и профилактике болезней (10, пункт 62): "Люди должны иметь возможность осуществлять здоровый выбор на рабочем месте, чтобы сократить степень воздействия риска. Кроме того, издержки работодателей, связанные с заболеваемостью неинфекционными болезнями, быстро возрастают. На рабочих местах необходимо обеспечить возможность выбора здоровой пищи в столовых и всячески поощрять и поддерживать физическую активность."

Кроме того, в пункте 14 Глобального плана действий ВОЗ по охране здоровья работающих, рассчитанного на 2008-2017 гг., утвержденного Шестидесятой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WHA60.26, указывается: "Необходимо обеспечить дальнейшее стимулирование работы по укреплению здоровья и комплексной профилактике неинфекционных болезней, в частности, путем пропаганды здорового режима и рациона питания и физической активности среди работающих и укрепление психического здоровья на работе...".

Совместное мероприятие ВОЗ/Всемирного экономического форума

Включившись в процесс осуществления СПФА, ВОЗ и Всемирный экономический форум выбрали содействие здоровому рациону питания и физической активности на рабочем месте в качестве основы для введения взаимодействия между обеими организациями с общей целью содействия профилактике неинфекционных болезней.

Таким образом, ВОЗ и Всемирный экономический форум организовали совместное мероприятие по профилактике НИЗ на рабочем месте, занявшись конкретно вопросами здорового рациона питания и физической активности.

Совместное мероприятие ВОЗ/Всемирного экономического форума было проведено в г. Даляне, Китайская Народная Республика, 5-6 сентября 2007 г.

со следующими общими целями:

- Рассмотреть существующее состояние знаний, касающихся инициатив, политики и программ, предназначенных для профилактики НИЗ на рабочем месте с особым акцентом на рационе питания и физической активности
- Особо подчеркнуть, почему рабочее место является подходящей средой для профилактики НИЗ и какие имеются основанные на фактических данных меры профилактики болезней посредством содействия здоровому рациону питания и физической активности
- Описать экономические выгоды и эффективность с точки зрения затрат программ по профилактике НИЗ на рабочем месте с особым акцентом на здоровом рационе питания и физической активности
- Обсудить инструменты мониторинга и оценки программ по профилактике НИЗ на рабочем месте, которые касаются здорового рациона питания и физической активности
- Обобщить роль различных участников в разработке и осуществлении программ по профилактике НИЗ, занимающихся вопросами здорового рациона питания и физической активности на рабочем месте.

В число участников этого совместного мероприятия входили ученые, представители коммерческого сектора, неправительственные организации (НПО) и международные организации, занимающиеся вопросами разработки, осуществления и мониторинга программ в области рациона питания и физической активности на рабочих местах.

Цель данного доклада

Настоящий доклад предназначен в качестве ресурса для всех заинтересованных сторон в целях ведения профилактики НИЗ и борьбы с ними на рабочем месте посредством содействия здоровому рациону питания и физической активности.

В докладе обобщены существующие фактические данные и особо выделены основные пункты, рассматриваемые в информационных материалах, подготовленных для совместного мероприятия, а также основные вопросы и задачи на будущее, являвшиеся предметом обсуждений.

Программы по прекращению курения на рабочих местах

Употребление табака, наряду с отсутствием физической активности, нездоровыми привычками питания и чрезмерным расходом энергии, являются наиболее важными изменяющимися факторами риска в отношении неинфекционных болезней (1).

Программы по прекращению курения на рабочих местах оказываются эффективными в сокращении курения среди работающих. Всеобъемлющая политика прекращения курения на рабочем месте может оказывать сильное позитивное влияние на поведение курящих работающих и играть ключевую роль в профилактике НИЗ. С учетом пользы для здоровья от прекращения курения на рабочих местах, за последние десятилетия произошел ряд важных изменений (11). Кроме того, Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака дала глобальный толчок движению за превращение отказа от курения в норму общества (12).

Несмотря на уделение основного внимания вопросам рациона питания и физической активности, участники совместного мероприятия ВОЗ/Всемирного экономического форума признают, что рабочие места, где не курят, имеют фундаментальное значение для успешной профилактики НИЗ и для укрепления здоровья работающих.

2. Логическое обоснование использования рабочих мест в качестве среды для обеспечения здорового рациона питания и физической активности¹

Основные преимущества использования рабочих мест

Укрепление здоровья на рабочих местах (УЗРМ), в основном, ориентировано на укрепление здоровья работающих посредством сокращения отдельных случаев поведения, связанного с риском, таким как:

- Употребление табака
- Отсутствие физической активности
- Недостаточное питание
- Другие виды поведения, связанные с риском для здоровья (13, 14).

Программы по УЗРМ потенциально могут достигать значительных групп работающих взрослых (15). Они также являются эффективным средством содействия здоровому рациону питания и регулярной физической активности, и следует прилагать усилия по их использованию для улучшения привычек питания и физической активности работающих групп населения (16-18).

Можно оказывать влияние на поведение, связанное со здоровьем на рабочем месте посредством множества уровней воздействия. Эти уровни колеблются от применения прямых усилий – таких как проведение медико-санитарного просвещения, повышение доступности здорового питания и расширение возможностей для физической активности – до применения косвенных усилий, таких как усиление социальной поддержки и социальных норм, а также содействие здоровым видам поведения (19).

Также можно увязывать укрепление здоровья на рабочих местах с более широкими усилиями, предпринимаемыми на рабочих местах по поддержке здоровья работающих, такими как усилия, осуществляемые посредством:

- Инициатив по гигиене труда и безопасности (20)
- Программ по решению вопросов инвалидности (21)
- Программ по оказанию помощи работающим (22).

На рабочих местах может осуществляться планирование программ по укреплению здоровья при участии работающих и могут устанавливаться приоритеты, основанные на:

- Оценке потребностей работающими
- Видах поведения, связанных с наиболее значительным уменьшением показателей смертности и заболеваемости, повышением распространенности инвалидности и сокращением производительности труда
- Потенциальных возможностях экономии затрат, связанных с воздействием на здоровье (13, 23, 24).

Значение высшего исполнительного руководства

Члены высшего исполнительного руководства должны быть заинтересованы в переходе к укреплению здоровья на рабочих местах по ряду причин, включая:

- Увеличение числа случаев здорового поведения
- Сокращение затрат, связанных с медицинской помощью и инвалидностью
- Повышение производительности труда работающих и улучшение корпоративного образа (13, 25).

Эти причины могут быть тесно связаны с долгосрочными и краткосрочными целями предпринимательства. Важно, чтобы получаемые преимущества

программ по УЗРМ были тесно связаны с более широкими целями предпринимательства, с тем чтобы они могли быть вначале утверждены, а затем предпринимались действия по их достижению (13).

¹ Раздел "Логическое обоснование использования рабочих мест в качестве среды для обеспечения здорового рациона питания и физической активности" адаптирован и изменен с согласия, полученного от авторов работы 26.

3. Эффективность и действенность мероприятий по укреплению здоровья на рабочих местах, ориентированных на рацион питания и физическую активность

Анализ результатов научных исследований

Программы по УЗРМ, ориентированные на физическую активность и рацион питания, являются эффективными в:

- Изменении образа жизни в виде повышения физической активности и изменения привычек питания
- Улучшении результатов, связанных со здоровьем, таких как сокращение индекса массы тела (ИМТ), понижение артериального давления и другие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний
- Содействии изменениям на организационном уровне, таким как уменьшение прогулов.

В Таблице 2 обобщены основные результаты программ, ориентированных на физическую активность, улучшение питания и понижение холестерина, контроль за соблюдением установленных норм массы тела, ограничение употребления алкоголя и онкологических факторов риска, а также на осуществление программ по УЗРМ с множественными целями (26).

Значение общественного здравоохранения

Менее успешно установлены экономические результаты инициатив по УЗРМ; это частично связано с отсутствием методологически обоснованных исследований (27, 28).

Важно отметить, что даже незначительное изменение в поведении, наблюдаемое в рамках всех групп населения, вероятно, показывает значительное воздействие на риск заболевания (29, 30). Например, широко распространенные среди населения стратегии по сокращению сывороточного холестерина являются эффективными с точки зрения затрат в рамках мероприятий, осуществляемых на уровне общины, даже если сывороточный холестерин уменьшен лишь на 2% или больше (31).

В стандартах, используемых для интерпретации результатов исследований на рабочих местах, следует учитывать значение результатов или их влияние с точки зрения общественного здравоохранения.

Таблица 2

Сокращение риска для здоровья посредством различных мероприятий по укреплению здоровья на рабочих местах в соответствии с наиболее важными полученными данными^{a,b}

	Наиболее важные полученные данные	Физическая активность				Питание/холестерин	Контроль массы тела	Физическая активность и/или питание	Алкоголь	Факторы риска в отношении рака	Многокомпонентные программы						
		a	b	c	d						e	f	g	h	i	j	k
Антропометрия	Потеря массы тела																
	Сокращение ИМТ																
	% сокращения жира в теле																
	Понижение артериального давления																
	Уменьшение содержания холестерина																
	Улучшение контроля за уровнем глюкозы в крови																
Образ жизни, связанный с укреплением здоровья	Повышение физической активности																
	Сокращение курения																
	Повышение выносливости / физической формы																
	Выбор питания																
	Сокращение употребления алкоголя																
	Более широкое использование ремней безопасности																
Удовлетворенность жизнью/ оценочные факторы	Повышение удовлетворенности жизнью/благополучия																
	Повышение удовлетворенности работой/ благополучия																
	Сокращение стресса /тревоги/ физического недомогания																
	Отношение к питанию																
	Отношение к алкоголю																
Заболеемость/ смертность	Сокращение смертности																
	Уменьшение числа случаев обращения к врачам или госпитализации																
	Сокращение общего риска заболевания																
Организационные итоги	Сокращение несчастных случаев																
	Сокращение прогулов/числа дней отпуска по болезни																
	Повышение производительности труда																
	Затраты на лечение болезней																
	Позитивное возвращение к инвестициям																

ИМТ = индекс массы тела

^a Исследования, включенные в каждый критический анализ, могут частично совпадать

^b Номер ссылки в списке литературы, указанном ниже; обзор литературы; число исследований (годы)

- | | |
|---|---|
| a. (16) Shephard, 1996 г., 52 (1972-1994 гг.) | j. (38) Janer и др., 2002 г, 45 (1984-2000 гг.) |
| b. (32) Dishman и др., 1998 г., 26 (1979-1995 гг.) | k. (39) Heaney и др., 1997 г., 47 (1978-1996 гг.) |
| c. (27) Proper и др., 2002 г., 8 (1981-1999 гг.) | l. (40) Pelletier, 1996 г., 26 (1992-1995 гг.) |
| d. (33) Glanz и др., 1996 г., Питание=10, Холестерин=16 (1980-1995 гг.) | m. (41) Pelletier, 1999 г., 11 (1994-1998 гг.) |
| e. (34) Proper, 2003 г., 26 (1980-2000 гг.) | n. (42) Pelletier, 2001 г., 12 (1998-2000 гг.) |
| f. (35) Hennrikus и др., 1996 г., 43 (1968-1994 гг.) | o. (43) Pelletier, 2005 г., 8 (2000-2004 гг.) |
| g. (36) Matson-Koffman и др., 2005 г., 18 (1991-2001 гг.) | |
| h. (18) Engbers и др., 2005 г., 13 (1987-2002 гг.) | |
| i. (37) Roman и др., 1996 г., 24 (1970-1995 гг.) | |

Более детальный анализ

Следующие примеры иллюстрируют конкретные последствия осуществления программ по УЗРМ в отношении различных показателей

Влияние УЗРМ на поведение, здоровье и результаты работы

Были рассмотрены несколько важных результатов физической активности и связанных с рационом питания мероприятий на рабочих местах, включая уровень физической активности или рацион питания, такие медицинские показатели, как артериальное давление или саморегистрируемое состояние здоровья, а также связанные с работой такие факторы, как отпуск по болезни или удовлетворенность работой. Были включены лишь исследования со случайно выбранным контролируемым направлением (44-47).

В отношении инициатив по УЗРМ, связанных с физической активностью, были зарегистрированы несколько положительных результатов:

- Повышение уровней физической активности
- Сокращение процента относительного содержания жира в теле
- Сокращение скелетно-мышечных нарушений
- Улучшение кардио-респираторного состояния.

В отношении инициатив по УЗРМ, касающихся здорового рациона питания, были зарегистрированы несколько положительных результатов, включая:

- Увеличение потребления фруктов и овощей
- Сокращение потребления нездорового жира, входящего в рацион питания
- Значительное уменьшение массы тела с учетом измерения ИМТ (48, 49).

Влияние УЗРМ на экономические результаты

В 2003 г. в результате всестороннего исследования, ориентированного на экономические результаты укрепления здоровья на рабочих местах, был сделан вывод о том, что в результате осуществления программ на рабочих местах достигается сокращение медицинских затрат и затрат, связанных с прогулами, на 25-30% в период, составляющий приблизительно 3,6 года (50).

Данные исследования программ по УЗРМ показали:

- 1) В среднем сокращение на 27% продолжительности отпуска по болезни
- 2) В среднем сокращение на 26% затрат на медицинскую помощь
- 3) Сокращение в среднем на 32% компенсации работающим и затрат, связанных с инвалидностью
- 4) Среднее соотношение экономии средств и затрат 5,81-1,00 долл. США.

В целом, данное исследование показало среднее сокращение более чем на 25% продолжительности отпуска по болезни, затрат по плану обеспечения здоровья, а также компенсации работающим и затрат, связанных с инвалидностью.

Сообщения о конкретных случаях

Исследование методом случайной выборки, которое включало экономическую оценку, показало, что мероприятия по предоставлению консультаций в отношении физической активности и рациона питания на рабочих местах (затраты составляют 430 евро на одного участника в год) понизили затраты, связанные с отпуском по болезни, на 125 евро на одного участника в течение периода осуществления данных мероприятий, что составило чистые годовые затраты в размере 305 евро на участника

(51). Кроме того, в следующем году после проведения данного мероприятия затраты, связанные с отпуском по болезни, сократились на 635 евро на участника в группе, связанной с данными мероприятиями (по сравнению с контрольными участниками); это ведет к ежегодной чистой экономии в размере 235 евро на участника.

В результате того же самого исследования были определены средние затраты, необходимые для достижения поведенческих изменений у работающих (энергетические затраты), а также физиологических изменений (частота пульса меньше максимального): например, соотношение затрат и эффективности составляет 5,2 евро на работающего в отношении каждой килокалории энергии, сжигаемой в день, и уменьшились затраты на 235 евро на одного работающего, имеющего нормальный пульс (в состоянии покоя) (51).

4. Политика и программы укрепления здоровья на рабочих местах

Введение	<p>В следующем разделе обсуждаются основные элементы для рассмотрения того, когда разрабатывается и осуществляется успешная политика и программы по содействию здоровому рациону питания и физической активности на рабочих местах. Данный раздел содержит три подраздела:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Основные элементы2) Вовлечение многочисленных участников3) Мониторинг и оценка.
Основные элементы	<p>Применимость представленных основных элементов иллюстрируется посредством использования примеров и видов активности, взятых из основанных на фактических данных мероприятий в отношении рациона питания и физической активности (17, 52-54). В данном разделе представлено описание следующих основных элементов:</p> <ul style="list-style-type: none">• Связь программ с целями предпринимательства• Поддержка, оказываемая высшим исполнительным руководством• Создание консультативных советов работающих• Эффективная связь• Благоприятствующая среда• Использование мотивации• Постановка целей• Самоэффективность• Социальное окружение, социальные нормы и социальная поддержка• Специально разработанные программы• Создание эффективных программ в диапазоне от индивидуального уровня до уровня окружения.
Связь программ с целями предпринимательства	<p>Программы и политика, направленные на профилактику НИЗ посредством содействия здоровому режиму питания и физической активности на рабочих местах, будут укреплены, когда они будут поддерживать корпоративные цели компании в отношении как финансовых последствий в рамках всей организации, так и получения пользы на индивидуальном уровне для здоровья и благосостояния работающих.</p> <p>Программы по УЗРМ можно рассматривать в качестве стратегических инициатив по защите кадровых и финансовых ресурсов. Путем укрепления здоровья и сокращения факторов риска деловые круги могут избежать ненужных затрат, связанных со здоровьем, повысить производительность труда, сократить число прогулов и текучесть кадров, а также воодушевить работодателей посредством наглядно показанной приверженности улучшению своего благосостояния.</p>
Сообщения о конкретных случаях	<p><i>В обосновании задач программы по укреплению здоровья работающих в химической компании Dow Chemical Company говорится, что "деловые круги Dow обеспечивают конкурентоспособность благодаря укреплению здоровья" (55). Это показывает, каким образом программу по УЗРМ можно интегрировать в основные цели деловой активности компании и способствовать приверженности, а также помочь легитимировать</i></p>

усилия по укреплению здоровья как среди руководства, так и среди работающих.

Согласно сообщениям химической компании Dow Chemical Company, ее программы по укреплению здоровья ориентированы на всех работающих, пенсионеров и членов семьи, и они также обеспечивают достижение трех основных результатов:

- 1) Улучшение состояния здоровья*
- 2) Позитивная чистая выгода компании (например, повышение эффективности с точки зрения затрат)*
- 3) Высокая воспринимаемая ценность (например, улучшение набора и сохранения кадров, а также морального состояния работающих) (55).*

**Поддержка
высшего
исполнительного
руководства**

Значительная административная поддержка часто имеет существенное значение для создания кадрового и финансового капитала, необходимого для введения и сохранения успешной программы по укреплению здоровья или поддержанию хорошего состояния здоровья (17). Даже в отношении первоначально предложенных работающими инициатив в области укрепления здоровья, сильная и последовательная поддержка со стороны руководства компании может служить дополнением подхода “снизу вверх”, способствуя обеспечению легитимности и ресурсов программы. Действительно, административная поддержка на местном уровне может иметь решающее значение для достижения успеха осуществления УЗРМ.

**Создание
консультативных
советов
работающих**

“Комитеты по укреплению здоровья” – называемые также консультативными советами работающих – могут быть полезными при обмене идеями между работающими и администрацией, поскольку обе группы могут присоединяться к программе по УЗРМ с различными поставленными целями. Консультативные советы работающих могут определять направление конкретной деятельности в рамках данного мероприятия. Совещания комитетов могут также создавать возможности для повышения соответствия общей программы по укреплению здоровья на рабочих местах целям предпринимательства.

Эффективная связь

Для достижения успеха необходима эффективная связь.

Необходимо сообщать существенную информацию в отношении здоровья, с тем чтобы просвещать работающих в отношении здорового образа жизни. Методы связи могут включать: веб-сайты, данные платежных квитанций, приглашенных ораторов, курсы или программы по электронному обучению, действительные адреса, обоснования задач, а также объявления в лифтах и на лестничных площадках.

Важно четко описать механизм или структуру программ по укреплению здоровья или повышению благосостояния работающих, с тем чтобы они были хорошо подготовлены к их использованию. Например, объявления о запланированных программах по улучшению здоровья в "знаменательные дни", отмечаемые в рамках всей компании, или о гуляющих в обеденное время группах работников, широко рекламируемые с использованием плакатов, сообщений или бюллетеней, распространяемых по электронной почте – все это способствует эффективной связи и может помочь успешному участию работающих в программах по УЗРМ.

Необходимо, чтобы существовали взаимный обмен информацией и сотрудничество между лицами, планирующими программы, и работающими на каждом этапе планирования, осуществления или оценки программ по улучшению здоровья (17). Участие работающих в этом совместном процессе не только способствует их вовлечению, но также способствует обеспечению того, чтобы программы отвечали конкретным потребностям работающих (56).

Существует широкий круг совместных стратегий, необходимых для вовлечения работающих, начиная с составления вопросников для подробного рассмотрения потребностей и пожеланий работающих и заканчивая организацией комитета по улучшению здоровья, в который входят представители работающих и администрации.

Сообщения о конкретных случаях

Составление программ по укреплению здоровья работающих в НАСА, США, и информирование о них осуществляется междисциплинарным комитетом с представительством от всех центров НАСА (52). Данный комитет проводит ежеквартальные совещания для разработки вопросов, касающихся кампании по укреплению здоровья, и использует стандартизованные стратегии разъяснительной работы для оповещения и вовлечения в данный процесс работающих. Важным компонентом этого мероприятия является представительство, как государственных служащих, так и работающих по контрактам, что, таким образом, обеспечивает представительство на широкой основе работающих групп населения.

Благоприятствующая среда

Как социальные, так и физические характеристики рабочей обстановки могут оказывать влияние на привычки питания отдельных лиц и на выбор физической активности (57).

Примеры действий, которые направлены на создание благоприятствующей физической среды, включают:

- Добавление более здоровых рационов питания в столовых на работе
- Создание возможностей для обеспечения физической активности
- Демонстрация стратегий торговых точек, как в отношении рациона питания, так и в отношении физической активности, таких как вывешивание объявлений о пользе поднятия по лестнице по сравнению с использованием лифта

- Обеспечение доступа к удобным средствам сохранения формы и душевым (18, 36, 58).

Сообщения о конкретных случаях

В программе по УЗРМ, в которой участвуют мужчины-охранники в Малайзии, разработчики данного мероприятия работали вместе с администрацией по изменению окружающей обстановки посредством добавления микроволновых печей, водяных холодильников и весов в помещениях работающих (59). У участников этого мероприятия было обнаружено значительное сокращение уровня холестерина по сравнению с участниками в контрольной группе (59).

Использование стимулов

Стимулы обеспечивают механизм для:

- Создания и поддержания мотивации в отношении программ по УЗРМ
- Повышения уровня участия в программах по УЗРМ
- Предотвращения уменьшения уровней участия.

Существует несколько видов существующих стимулов, и им можно дать широкое определение, такое как внутренние или внешние стимулы. Внутренние стимулы существуют, например, когда участники получают ежемесячную карту их прогресса, показывающую увеличение числа шагов до 10 000 шагов в день (60). Примеры внешних стимулов (например, стимулов, предоставляемых внешним источником) могут быть включены в программы по УЗРМ следующими путями:

- Сокращение доплат работающими, понижение страховых взносов и более привлекательные выгоды, предоставляемые страхованием для работающих, которые ведут здоровый образ жизни;
- Возможности для улучшения здоровья, включая финансируемые мероприятия, такие как поездки в супермаркет, медосмотры и клубы по организации прогулок;
- Финансовые стимулы для участия в мероприятиях по улучшению здоровья (61).

Важно рассматривать стимулы, привлекательные с точки зрения участников (62), и может быть полезно проводить ежегодные обследования работающих в отношении их предпочтений (60). Например, удобства времени и места положения, а также оплачиваемое время отдыха могут считаться привлекательными стимулами для участия в программах по УЗРМ.

Сообщения о конкретных случаях

Во время обследования, проведенного в 2005 г. в 365 крупных, находящихся в США компаниях, почти половина из них сообщила о предоставлении стимулов (63). Согласно сообщениям, наиболее распространенными видами стимулов являлись подарочные карты, вознаграждения или товары с последующими сокращениями затрат по программам, выплатами наличными средствами или сокращением доплат работающим за медицинскую помощь (63).

Постановка целей

Постановка целей имеет фундаментальное значение в реализации намерений по воплощению поведения в конкретные действия в пределах конкретных временных рамок (64-67). Важно поставить конкретные, а не абстрактные цели (68).

Один из видов деятельности по постановке целей включает предоставление участникам возможности выбирать конкретную цель, по достижению которой им хотелось бы работать, позволяя участникам работать по той теме,

которая в максимальной степени существенна для них (69). Примеры целей, поставленных участниками, приведены ниже. Мероприятия по УЗРМ можно планировать и осуществлять для облегчения достижения таких целей, как:

- Я буду обедать на работе по меньшей мере три дня в неделю
- Я буду ежедневно правильно принимать лекарства в соответствии с указаниями своего врача
- Я буду взвешиваться каждое утро.

Самоэффективность

Самоэффективность представляется как: “суждение людей о своих способностях организовывать и осуществлять действия, которые требуются для достижения заданных видов работы” (70).

Самоэффективность приводится в качестве распространенного определенного фактора, влияющего на ряд поведенческих изменений (65), таких как потребление фруктов и овощей или повышение физической активности (71, 72).

Повышение самоэффективности часто является прямой или косвенной целью учебных занятий по УЗРМ и ее можно ставить посредством ряда методов, а именно специально подготовленных сообщений, которые описаны далее в разделе, расположенном ниже.

Социальное окружение, социальные нормы и социальная поддержка

Социальное окружение включает различные факторы, колеблющиеся от индивидуального (например, ежедневный стресс) и межличностного (например, число социальных связей) уровней до общественных уровней (например, политика) (73, 74).

Сообщения о конкретных случаях

Caixa Geral de Depositos (CGD) является международной банковской и финансовой организацией, расположенной в Лиссабоне, Португалия, в которой работают почти 20 000 человек. Группа по профессиональной гигиене в CGD разработала корпоративный подход к здоровому рациону питания, состоящий из индивидуальных консультаций по вопросам питания; повышения качества питания, предлагаемого в ресторане; предоставления информации; и более широкого участия служб профессиональной гигиены (75).

Для распространения информации о содержании калорий в меню ресторана для сотрудников был использован Интернет и был осуществлен ряд основных рекомендаций для создания более благоприятного окружения. Они включают музыкальное сопровождение, наличие цветов и привлекательное внутреннее оформление в ресторанах компании, с тем чтобы сделать их более приятными; предоставление в более привлекательной форме более здоровых вариантов питания; проведение тематических недель; бесплатное предоставление йогурта или фруктов, а также стимулирование покупки здоровых альтернативных видов питания путем установления на них конкурентоспособных цен. Кроме того, был организован процесс постоянного повышения информированности в отношении преимуществ здорового рациона питания (75).

Результаты показывают, что как мужчины, так и женщины, принимавшие участие в индивидуальной программе, смогли сократить свою массу тела, причем у мужчин оказалась более высокая потеря массы тела.

Специально разработанные программы

При отходе от метода "всех под одну гребенку" специальная разработка является одной из стратегий повышения эффективности программ по изменению образа жизни (76-78).

Специально подготовленные мероприятия обычно осуществляются посредством:

- Индивидуального консультирования
- Печатных средств
- Консультаций по телефону
- Интернета
- Дисков CD-ROM и автоматической речевой электронной почты
- Автоматической речевой электронной почты (76, 78-85).

Индивидуальные характеристики специально подготовленных сообщений могут включать:

- Демографические данные, такие как пол и место жительства
- Психосоциальные переменные величины, такие как презюмированные препятствия для изменения
- Виды поведения, такие как занятия физической активностью в свободное время (86-92).

Сообщения о конкретных случаях

Во время мероприятия, проведенного в Бельгии, была проведена проверка специально подготовленных сообщений по вопросам питания в отношении рационов питания с низким содержанием жиров, распространенного посредством внутрикорпоративной сети на рабочих местах. Эта проверка была направлена на оценку влияния данного мероприятия на обстановку в реальной жизни, которая тщательно не контролировалась; таким образом рабочие места различались по размеру (в диапазоне от <200 до >1000 всех отвечающих требованиям работающих), процент рабочих составлял от 0% до 60%, а процент соответствующих требованиям работающих мужчин – от <20% до >90%. После шести месяцев участники из группы, осуществляющей данное мероприятие, сообщили о значительно более высоком сокращении общего количества жиров и процента общего числа калорий, получаемых в результате потребления жиров, по сравнению с участниками, которые не были включены в это мероприятие.

Разработка эффективных программ в диапазоне от индивидуального континуума до континуума окружающей среды

Рабочее место может быть очень полезной средой для осуществления программы по укреплению здоровья, поскольку его можно одновременно ориентировать на кратное число уровней влияния, таких как консультирование врача и консультирование в области медико-санитарного просвещения (например, программа PACE) (93, 94) и на различные экологические и организационные уровни (например, программа FoodSteps) (95).

Сообщения о конкретных случаях

Исследование Healthy Directions–Small Business (HD–SB) (Здоровые направления развития малого бизнеса) используется в качестве общего примера для описания многоуровневой программы (96). Данное мероприятие, проведенное в США, было предназначено для оказания влияния не только на индивидуальном и межиндивидуальном уровнях, но также и на организационном уровне.

HD-SB было предназначено для многоэтнических групп работающих на небольшом промышленном предприятии. Для того чтобы рабочее место соответствовало требованиям, необходимо, чтобы, по меньшей мере, 25% работающих были иммигрантами первого или второго поколения или цветными; число работающих было от 50 до 150 человек; текучесть кадров за прошлый год составляла <20%; и имела независимая система принятия решений в отношении участия в исследовании.

Данная программа была основана на социальной контекстуальной модели (57), обеспечивающей рамки, в которых социальные контекстуальные факторы, такие как социальные нормы, культура и физическое окружение, можно было бы включить в процесс разработки направлений деятельности. Деятельность была ориентирована на индивидуальный, экологический и организационный уровни, и их результаты ежемесячно передавались на каждое рабочее место.

На индивидуальном уровне учебные материалы, используемые на групповых занятиях по медико-санитарному просвещению, были направлены на определение самооценки участников посредством предоставления им информации и стратегий в отношении того, как начать изменение своих существующих привычек (98). Например, участники посещали супермаркеты и обсуждали, каким образом заменить свои существующие привычки питания более здоровой практикой питания. Концепция замены менее здоровых продуктов питания более здоровыми продуктами была также формой контроля стимулов с одним процессом изменения, способствующим движению участников по этапам изменения.

Участникам было также предоставлено руководство по постановке перспективных целей повышения своего уровня физической активности. На таких мероприятиях, как санитарно-просветительские ярмарки, работающие могли участвовать в нескольких индивидуальных оценках, таких как определение своего относительного ожирения или оценка своих привычек питания. Затем участникам были предоставлены индивидуальные результаты, основанные на их личных ответах. Путем предоставления работающим многих возможностей для обсуждения этих тем в групповом формате, проведения мероприятий на рабочих местах и осуществления конкретной деятельности по вовлечению семей работающих, в ходе данного мероприятия также была предпринята попытка усилить социальные связи между работающими. Это, возможно, также привело к позитивному изменению социальных норм на рабочих местах в отношении здорового образа жизни.

Поскольку исследование было ориентировано на работающих (в противоположность руководству), сравнение последствий этого мероприятия осуществлялось по профессиональному статусу. Как потребление фруктов и овощей, так и физическая активность, значительно повысились у работающих, охваченных данным мероприятием, в то время как понизились эти обе формы поведения у руководителей. Однако эти результаты были лишь статистически важными в отношении потребления фруктов и овощей. Эти результаты указывают на успешный набор участников и стратегии мероприятия в отношении рабочих, которые обычно располагают меньшим доступом к программам по УЗРМ (97).

5. Участие большого числа заинтересованных сторон

Введение

Участие большого числа заинтересованных сторон является основой успешного осуществления инициатив по УЗРМ. Разные участники вносят различные перспективы, навыки, понимание и ресурсы в существующие отношения, и это необходимо признать в качестве сильного момента. Работая вместе, участникам необходимо использовать эти различия при разработке широких и эффективных мероприятий (99).

Например, на местном уровне профсоюзы могут работать в партнерстве с руководителями компании в целях создания здоровой рабочей обстановки, в которой всему персоналу свободно предоставляются возможности заниматься физическими упражнениями и соблюдать здоровый рацион питания. На национальном уровне для улучшения здоровья населения правительства могут сотрудничать с широким кругом участников: например, НПО, организации частного сектора и гражданское общество.

Как было указано ранее, все участники могут внести свой вклад в программу по УЗРМ, причем это не обязательно должно носить характер прямой финансовой помощи. Следует должным образом оценивать и приветствовать вклад всех участников – независимо от того, является ли он финансовым или произведен в форме предоставления знаний, навыков, опыта или иным путем.

Приверженность, личная заинтересованность и участие

Для реализации потенциальных возможностей рабочих мест очень важно, чтобы участники понимали, что их приверженность должна быть открытой и постоянной: открытой потому, что это показывает убеждение в том, что данное действие необходимо; и постоянной потому, что изменения отношений, верований и норм поведения требует времени (99).

Участие заинтересованных сторон облегчается в тех случаях, когда они проявляют личную заинтересованность – т.е. выполняют четкий план действий, который содержит актуальные и согласованные цели. Лидеры на всех уровнях разработки программы по УЗРМ должны подумать над тем, как добиться этой заинтересованности. В качестве исходного пункта лидеры должны иметь четко сформулированные стратегии в отношении того, связаны ли их интересы со здоровьем и развитием предприятия или они имеют другие мотивации своего участия. Когда эти стратегии подкрепляются надежными планами действий, конечными целями и четкими выгодами, становится более вероятным участие всего круга заинтересованных сторон (99).

Основные принципы совместной деятельности

Необходимо установить следующие основные принципы совместной деятельности (99):

- Разделение полномочий
- Разделение ответственности
- Полномочия производить изменения.

Успешное принятие этих принципов требует (99):

- Доверия между участниками
- Надежной связи
- Отсутствия обвинений в тех случаях, когда продвижение вперед становится трудным.

Основные участники в программах по УЗРМ

Существуют несколько основных участников, которые играют ключевую роль в разработке программ по УЗРМ, ориентированных на неинфекционные болезни. В Таблице 3 даны примеры групп участников и представлено логическое обоснование их участия в контексте УЗРМ и особенно в мероприятиях в области питания и физической активности (99).

Таблица 3
Примеры участников, которые будут вовлечены в осуществление программ по УЗРМ, логическое обоснование их участия и их потенциальная роль

Основной участник	Логическое обоснование участия	Потенциальная роль
Международные организации, например, учреждения системы ООН	Создание доступа к постоянной и продуктивной работе, улучшение здоровья, развитие здоровых общин, равноправное обращение с гражданами и создание справедливого и гражданского общества.	Обеспечение того, чтобы рабочее место стало основной средой для укрепления здоровья, а также обеспечение поддержки и содействия для мероприятий на страновом уровне посредством пропаганды, научных исследований, создания потенциала, разработки политики общественного здравоохранения, разработки и распространения стандартов и надлежащей практики, а также внесения инвестиций в экспериментальные программы.
Наднациональные организации, например, ЕС, АСЕАН	Поддержка возможностей трудоустройства и внутренних инвестиций осуществляется рынком рабочей силы, который характеризуется высоким уровнем физической формы и здоровья.	Потенциальная роль очень похожа на роль международных организаций с дополнительными функциями в отношении разработки регулирующих и статутных механизмов развития медико-санитарных служб и закрепления рабочего места в качестве среды для обеспечения здоровья.
Национальные и местные органы власти, например, министерства здравоохранения, труда и безопасности; местные и муниципальные органы власти	Органы власти на всех уровнях несут ответственность за профилактику болезней и охрану здоровья на уровне общества и общины. Работодатели подотчетны органам власти за состояние здоровья и безопасность своих работающих, охрану окружающей среды, а также в качестве лиц, осуществляющих вклады в финансовую систему страны.	Обеспечить включение программы по УЗРМ в политические рамки, в которых работают организации. Создать обстановку, которая способствует укреплению здоровья и благосостояния и, в частности, создать возможности для работодателей принимать участие в инициативах по укреплению здоровья посредством участия в национальных и местных кампаниях по укреплению здоровья, схемах аккредитации или награждения, а также в создании потенциала.

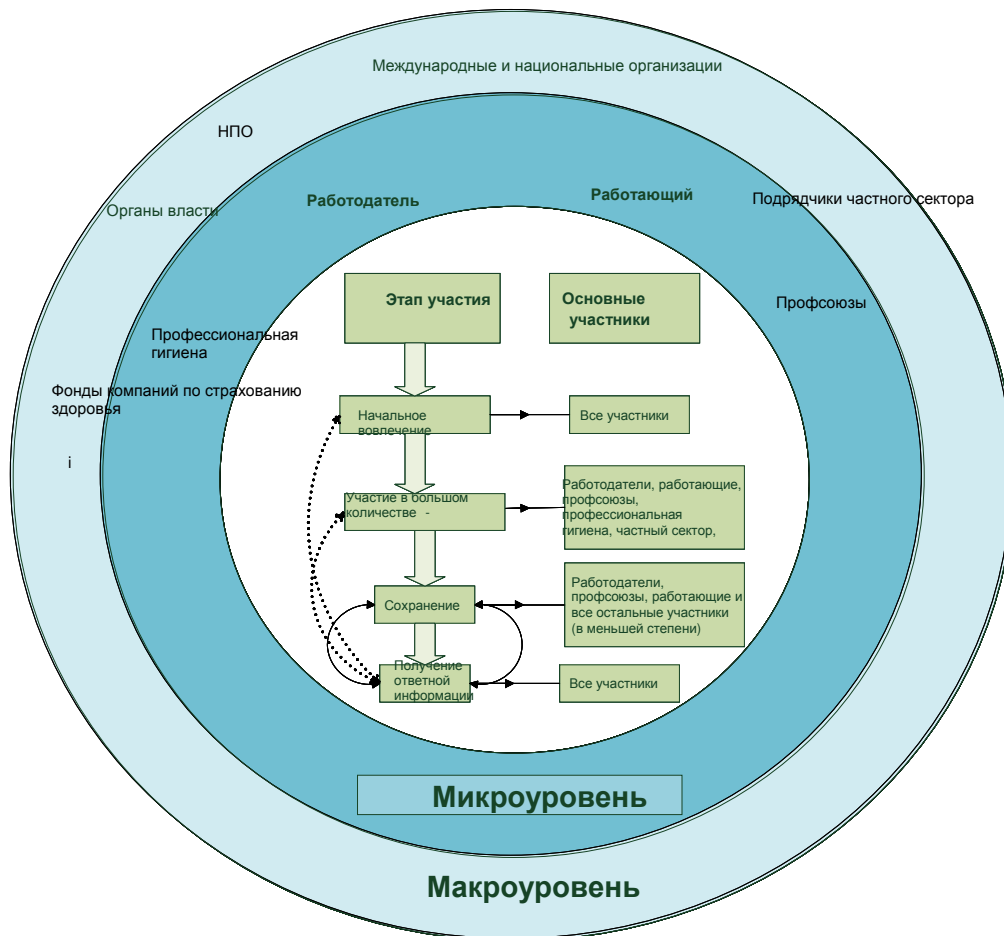
<p>НПО, осуществляющие информационно- пропагандистскую и практическую деятельность</p>	<p>Согласно оценкам, представленным Anheir и др., в 2001 г. в международном масштабе работали около 40 000 НПО. Если к этому общему числу добавить число НПО, работающих в странах, то будут существовать несколько миллионов НПО.</p> <p>Всемирный банк подразделяет НПО на две группы: – “НПО, осуществляющие практическую деятельность” и “НПО, осуществляющие информационно-пропагандистскую деятельность”. НПО, осуществляющие практическую деятельность, могут быть международными, национальными или существовать в рамках общин. Они главным образом заняты разработкой и осуществлением проектов, связанных с развитием. НПО, осуществляющее информационно-пропагандистскую деятельность, защищают или способствуют достижению конкретной цели посредством повышения информированности, поддержкой принятия и повышения знаний путем лоббирования, работы в прессе и мероприятий активистов.</p> <p>При выполнении своих задач НПО имеют идеальные условия для содействия надлежащей практике в областях укрепления здоровья населения, общественного здравоохранения и экономического развития. Поэтому многие НПО уже активно действуют в разработке и осуществлении программ по УЗРМ.</p>	<p>Информационно-пропагандистская деятельность и деятельность в области развития: информационно-пропагандистская деятельность в поддержании принятия режима питания и физической активности в качестве основных целей охраны здоровья и рабочего места в качестве среды, в которой осуществляется укрепление здоровья другими участниками; деятельность в области развития по разработке и распространению надлежащей практики.</p>
<p>Гражданское общество</p>	<p>Обществом, стремящимся к достижению общей цели для всех, является общество, основными аспектами которого являются охрана и укрепление здоровья, обеспечение благополучия и защита прав человека. Данный пункт особо выделяется в Люксембургской декларации по укреплению здоровья на рабочих местах, которая гласит, что “УЗРМ осуществляется в результате совместных усилий работодателей, работающих и общества по улучшению здоровья и повышению благополучия людей на производстве” (9).</p>	<p>Заставляет органы власти и работодателей отчитываться по вопросам, связанным с режимом питания и физической активностью, а также с профилактикой болезней, связанных с образом жизни; Пропагандирует надлежащую практику в плане использования рабочего места в качестве среды для укрепления здоровья; Оказывает поддержку политике и программам по профилактике неинфекционных болезней на рабочем месте.</p>
<p>Работодатели</p>	<p>Для того чтобы организация или предпринимательская деятельность сохраняли конкурентоспособность, рентабельность и способность предоставлять продукцию и услуги, необходимо располагать физически крепкой и производительной рабочей силой (100, 101).</p>	<p>Необходимо начать принимать участие в национальных или местных программах и проектах; направленных на укрепление здоровья и повышение благополучия работающих; В необходимых случаях повышать информированность работающих о пользе надлежащего питания и физической активности, а также о пользе безопасного приготовления и хранения пищевых продуктов; Создать благоприятную рабочую среду для усвоения здоровых привычек питания и физической активности.</p>
<p>Работающие</p>	<p>Участие этой группы имеет очень важное значение для УЗРМ в плане оказания влияния на организационном и общественном уровнях. Лидеры работающих, участвующие в программах по УЗРМ, помогают в осуществлении программ и играют ключевую роль в</p>	<p>Основные участники в программах улучшения здоровья на рабочих местах. Средства передачи информации – сообщения, получаемые</p>

	поддержке участия работающих.	посредством УЗРМ, передаются этой группой в более крупное сообщество. Они являются инициаторами значительного улучшения здоровья населения.
Профсоюзы	Исторически профсоюзы всегда участвовали в области здравоохранения. В свои первые дни существования профсоюзы оказывали поддержку своим членам в случае их болезни. В последнее время профсоюзы принимают активное участие в ускорении разработки стандартов безопасности на рабочих местах и часто предоставляют подготовку своим членам по таким вопросам, как охрана здоровья и безопасность.	Повышают информированность среди членов в отношении преимуществ надлежащего питания и физических упражнений; Пропагандируют изменения, сотрудничая с работодателями по осуществлению улучшений на рабочих местах, которые способствуют сохранению здоровья, например содействие надлежащему питанию и занятию физическими упражнениями.
Фонды компаний для страхования здоровья	Фонды компаний для страхования здоровья осуществляют сбор взносов от работающих и используют эти деньги для оплаты затрат на медицинскую помощь тем, которых они страхуют. Наличие здоровых клиентов сокращает затраты на лечение. Участие в укреплении здоровья на рабочих местах рассматривается фондами компании для медицинского страхования в качестве законной роли, приносящей выгоды работающим (улучшение здоровья), работодателю (более эффективная и производительная рабочая сила) и им самим (сокращение затрат на лечение).	Пропаганда и финансирование
Другие организации частного сектора: сельское хозяйство/производство пищевых продуктов/ распространение пищевых продуктов /система предприятий общественного питания	Система предприятий общественного питания, производителей и агентов по сбыту пищевых продуктов является составной частью цепочки снабжения от фермы до потребителя. Посредством методов производства и ценовой политики они могут оказывать непосредственное влияние на привычки питания путем установления цен и предоставления пищевых продуктов, которые работодатели закупают вблизи от рабочих мест.	Поставщики пищевых продуктов и ингредиентов для приготавливаемых пищевых продуктов, которые соответствуют нормам питания.

Модель для взаимодействия участников

В следующей модели (Рисунок 2) дано описание четырех этапов, в которые в основном вовлечены различные участники. Чем ближе к центру круга находится участник, тем активнее его общее участие в программе по укреплению здоровья на рабочих местах. Четыре этапа, представленные в данной модели, в качественном отношении отличаются друг от друга, ставят различные проблемы и требуют деятельности разных основных участников (99).

**Рисунок 2
Модель для взаимодействия основных участников**



Сообщения о конкретных случаях

Деятельность, представляемая НПО WA (Западная Австралия) *Healthy Business* является примером соответствующей практики сотрудничества основных участников (102). Основными участниками являются: Совет Западной Австралии по борьбе против рака, Фонд Австралии по борьбе с болезнями сердца, организации Западной Австралии по борьбе с диабетом (некоммерческая информационно-пропагандистская организация по диабету) и Охрана здоровья (законодательный орган с рядом финансирующих программ).

НПО WA Healthy Business начала работать в качестве экспериментального проекта, финансируемого законодательным органом «Охрана здоровья» и имела семь рабочих мест в Западной Австралии. Данная НПО ориентирована на организации, в состав которых входят в основном рабочие. На рабочих местах в данном экспериментальном проекте были определены основные потребности для улучшения здоровья на рабочих местах в области физической активности, питания, прекращения курения и защиты от солнца. Затем на рабочих местах была установлена ответственность за разработку, осуществление и оценку программ мероприятия. Имеются множественные уровни поддержки данного мероприятия со стороны экспериментального проекта, и они включают создание потенциала, проведение семинаров, информацию и ресурсы, учебные занятия, комплексы материалов по медико-санитарной информации, бюллетени, передаваемые по электронной связи, координатора компании, занимающегося вопросами здорового бизнеса, и конкретные исследования.

6. Мониторинг и оценка

Введение

Мониторинг и оценка являются систематическими процессами для общей оценки хода работы по осуществлению запланированной деятельности, определения препятствий для начальных корректирующих действий и для измерения эффективности и действенности желательного результата осуществления программы (103).

Деятельность в области мониторинга и оценки будет (103):

- Оказывать влияние на процесс принятия решений
- Способствовать введению изменений в политику или программу и их документальному оформлению
- Способствовать созданию базы фактических данных
- Обеспечивать отчетность
- Оказывать помощь в будущих процессах планирования и принятия решений
- Предоставлять информацию об изменениях в состоянии здоровья, вызванных недавно осуществленной политикой или элементами мероприятия
- Вести к эффективному УЗРМ посредством детального изучения успешного введения в действие элементов политики УЗРМ, с тем чтобы можно было предвидеть тенденции в области здравоохранения
- Способствовать восприятию работающими обязательства компании в отношении осуществления профессиональной гигиены и деятельности по УЗРМ
- Обеспечивать поступление потока данных, которые могут сделать возможным проведение анализа затрат и выгод.

В идеальном случае, структуру для проведения оценки следует разрабатывать вместе с политикой или программой (103). Это позволяет обеспечить соответствие целей и задач определенному виду оценки, с тем чтобы в течение всего процесса мониторинга и оценки использовались надлежащие показатели (52, 104).

Создание системы мониторинга и оценки

В Таблице 4 рекомендованы шаги, которые следует предпринимать при создании системы мониторинга и оценки политики и программ в области УЗРМ (взято из 104).

Таблица 4

Шаги, которые следует предпринять при создании системы мониторинга и оценки политики или программ по УЗРМ

Шаги	Действия
1	Обеспечить включение мониторинга и оценки в любую разработанную политику или программу по УЗРМ и выделить для этой цели статью в бюджете.
2	Определить существующую деятельность в области мониторинга и оценки и обеспечить возможность использования существующих данных в случае их релевантности для усиления разрабатываемой или осуществляемой политики и программы по УЗРМ.
3	Определить подходящие показатели для использования во всем процессе разработки и осуществления политики или программы по УЗРМ.
4	Осуществить оценку в форме постоянного повторения в целях возможного пересмотра или улучшения деятельности в области осуществления. Надлежащая практика заключается в том, чтобы начать базовые исследования (или использование имеющихся данных) или начальную оценку риска для здоровья в соответствии с целью разрабатываемой программы по УЗРМ, осуществлять деятельность и затем переходить к новой оценке посредством повторения исследования.
5	По возможности периодически повторять проведение оценки, с тем чтобы можно было создать систему мониторинга.

Сбор данных на различных этапах

План всеобъемлющего мониторинга и оценки включает сбор данных на нескольких этапах. В Таблице 5 дано описание различных видов информации, которую необходимо собирать на различных этапах (*взято из 105*).

Таблица 5

Виды данных, которые необходимо собирать на различных этапах

Период становления	Осуществляется обобщение потребностей и знаний работающих и руководителей в целях информационного обеспечения деятельности по разработке программ, например: <ul style="list-style-type: none"> • Ясность учебных брошюр • Применение потенциальных инициатив
Процесс	Проводится сбор данных об осуществлении программы, которые влияют на основные причины расширения успеха программы, например: <ul style="list-style-type: none"> • Посещаемость занятий по изучению программы • Как предусматривалось, осуществлялась масштабная программная деятельность • Затраты
Промежуточный этап	Осуществляется сбор данных о результатах промежуточного этапа, например: <ul style="list-style-type: none"> • Знания • Информированность • Различия в социальной поддержке

Воздействие на здоровье	<p>Осуществляется сбор данных о видах поведения или результатах, связанных со здоровьем (часто путем ежегодной оценки риска для здоровья), например:</p> <p>a) Поведение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Потребление фруктов и овощей • Потребление насыщенного жира • Свободное время и физическая активность на производстве • Объективные данные о потреблении пищевых продуктов и/или данные о продаже продуктов <p>b) Примеры окружающей среды, которые имеют возрастающее влияние в качестве детерминантов поведения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Наличие здоровых пищевых продуктов и напитков в столовых или автоматах • Пройденный путь во время прогулок • Наличие душа • Наличие политики на рабочих местах в отношении активных регулярных поездок <p>c) Биологические примеры, которые могут включать небольшой набор осуществимых и менее дорогостоящих физиологических или клинических мер:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вес, рост и индекс массы тела (ИМТ) • Объем талии и бедер • Артериальное давление • Повышенный холестерин • Проверка физической формы и силы
Влияние экономического фактора и фактора трудозатрат	<p>Примеры данных результатов влияния экономического фактора и фактора трудозатрат включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Затраты на различную программную деятельность • Прогулы • Присутствие/производительность труда и удовлетворенность работой
Долгосрочное воздействие на здоровье	<p>Долгосрочное воздействие на здоровье и, по возможности, осуществление сбора данных о фактической частоте заболеваний, например:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Случаи онкологических заболеваний • Случаи заболевания сердца • Распространенность диабета

Использование собранных данных Важно определить четкую стратегию применения результатов деятельности в области мониторинга и оценки. Надлежащее распространение результатов оценки риска для здоровья, а также результатов другой деятельности в области мониторинга и оценки могут способствовать повышению информированности среди работающих в отношении необходимости усвоения более здоровых привычек питания и физической активности и могут также стимулировать изменение поведения. Однако личную информацию работающих после окончания ее сбора необходимо защитить от неуместного разглашения или неправильного использования.

Сообщения о конкретных случаях *В одном из индийских промышленных районов был создан проект по наблюдению со следующими целями (106, 107):*

- 1) Проводить базовое исследование и постоянное наблюдения за факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их детерминантах
- 2) Ускорить медико-санитарное просвещение по профилактике ССЗ и оценке воздействия медико-санитарного просвещения на борьбу

против ССЗ

3) *Разработать руководство по выявлению и ведению ССЗ*

Наблюдение началось с базового обследования более чем 35 000 работающих и членов их семей в 10 различных отраслях промышленности в Индии (возрастная группа 10-69 лет) и подробное изучение факторов риска в отношении 20 000 случайно выбранных лиц.

Базовое обследование выявило высокий уровень факторов риска ССЗ, таких как (106, 107):

- Гипертензия – 27%*
- Диабет – 10,1%*
- Избыточный вес – 47%*

Это было особенно очевидно в отраслях промышленности, расположенных в очень урбанизированных районах. Программа наблюдения была главным образом ориентирована на изменение нездоровых норм поведения и содействие здоровым нормам поведения, связанным с сердечно-сосудистой системой, на основе существующих научных фактических данных в целевой общине. Кроме того, она была направлена на оказание основанной на фактических данных помощи большим сердечно-сосудистыми заболеваниями и диабетом. Эта программа по УЗРМ касалась физической активности, артериального давления, потребления фруктов и овощей, диабета, сокращения ИМТ и жизни со здоровым сердцем, используя познавательную теорию и модель доверия в отношении здоровья (106, 107).

Легко запоминающиеся и простые сообщения на местных языках распространялись среди целевого населения посредством различных стратегий связи. На каждом сайте независимо проводились регулярные занятия по медико-санитарному просвещению, демонстрации фильмов, семинары, дискуссионные группы и занятия «Вопросы и ответы» (106, 107).

Все лица повышенного риска направлялись в учреждения по оказанию медицинской помощи для дальнейшего прохождения лечения. Также проводились отдельные и групповые занятия по консультированию в области питания, потребления табака и физической активности для лиц с установленными факторами риска (106, 107).

В результате оценки, проведенной после пяти лет, было обнаружено значительное сокращение диастолического артериального давления, содержания глюкозы и холестерина в крови в группе, участвовавшей в этом мероприятии, по сравнению с контрольной группой. Среди лиц, охваченных данным мероприятием, была также значительно повышена информированность в отношении гипертензии и адекватности контроля (106, 107).

Сеть наблюдения, созданная в рамках данного проекта, является первой такого вида сетью наблюдения за факторами риска в отношении ССЗ в Индии и может быть использована в качестве модели для повторения стратегий профилактики в отношении ССЗ и других НИЗ в Индии и других странах. Эти результаты могут воодушевить другие компании на организацию деятельности по наблюдению, особенно в странах, где организованная рабочая сила включает существенное число людей (106, 107).

7. Пробелы в существующих знаниях

Необходимо проведение дальнейших научных исследований для разрешения следующих вопросов:

- Разработка гибкого комплекта вариантов наилучшей практики, который отражает глобальное разнообразие, различный уровень грамотности и социальные нормы в отношении разных видов поведения, связанных со здоровьем
- Стандартизированные схемы исследований по изучению экономических результатов и воздействия программ по УЗРМ
- Обоснованные средства самоотчета и разработка краткого описания проверенных средств для проведения измерений в области питания и физической активности.

Ограниченность информации и результатов обследований конкретных случаев, получаемых из стран с низкими и средними доходами, была особо выделена в качестве важного пробела в существующих знаниях, которым необходимо заняться. Необходимо приложить усилия по адаптации существующих знаний в контексте низких и средних доходов.

Кроме того, важно особо выделить, что отсутствие результатов случайных контрольных проверок не должно помешать разработке и осуществлению программ по УЗРМ. Определение и публикация (если необходимо, путем применения нетрадиционных средств) сообщений о конкретных случаях и примерах международных программ по УЗРМ могут также представить дополнительные фактические данные и помочь лицам, осуществляющим планирование, лучше понять, каким образом разрабатывать программы по УЗРМ, которые пригодны в различной обстановке на рабочих местах.

8. Общие выводы

Рабочее место в качестве среды для укрепления здоровья

Рабочее место в международном масштабе рассматривается в качестве надлежащей среды для укрепления здоровья. Решение проблем питания и физической активности в этой среде может способствовать улучшению состояния здоровья работающих и внести вклад в позитивный и внимательный имидж компании. Другими преимуществами являются улучшение морального состояния персонала и повышение производительности труда, а также сокращение текучести кадров, прогулов и отпуска по болезни. Аналогичным образом могут быть сокращены затраты на осуществление плана по обеспечению здоровья, компенсацию работающим и расходы по инвалидности. Рабочее место является предпочтительной средой не только из-за значительной части времени, проводимой на работе подавляющим большинством населения, но также потому, что оно предоставляет возможность использовать влияние коллег, чтобы воодушевить работающих на проведение желательных изменений в своих привычках, связанных со здоровьем.

Высшее руководство может иметь ряд причин для использования более здоровых работающих. Поэтому важно ориентировать причины и мотивации на успешное участие высшего руководства в осуществлении программ по УЗРМ, а также для повышения эффективности программ и получения результатов.

Основные элементы успешных программ

При разработке и осуществлении программ по УЗРМ необходимо учитывать следующие элементы: четко сформулированные цели и задачи, связи с программами по достижению целей предпринимательской деятельности, надежная поддержка руководства и эффективная связь, а также благоприятствующая среда.

Существенная роль обеспечения участия большого числа заинтересованных сторон

Участие большого числа заинтересованных сторон является основой для успешного осуществления инициатив по УЗРМ. Разные участники играют различную роль, и следует объединить усилия каждого из них и изучить возможности содействия достижению четко сформулированных целей и задач.

Значение комплексного мониторинга и оценки

Мониторинг и оценка имеют существенное значение для успешного укрепления здоровья на рабочих местах и их необходимо включать в процесс осуществления политики и программ в области УЗРМ. Они способствуют пониманию того, каковы успехи в осуществлении программ, как происходит их осуществление и насколько далеко они находятся от запланированных целей и задач.

Пробелы в существующих знаниях

В настоящее время не существует комплекса корпоративных оптимальных практик. Данный доклад предоставляет обобщенный обзор существующих знаний в области разработки и осуществления программ по УЗРМ и может быть полезен в руководстве действиями в этой области. Сбор, разработка и распространение гибкого набора оптимальных практик, отражающих глобальное разнообразие, могут использоваться в ряде обстоятельств. Новые технологии, дополнительные научные исследования и сбор информации из различных надежных источников следует рассматривать в качестве составных компонентов данного процесса.

Требуется больше информации и сообщений о результатах изучения отдельных случаев, поступающих из стран с низкими и средними доходами.

Литература

1. *Профилактика хронических болезней: жизненно важное вложение средств*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.
2. Klesges RC, Cigrant JA. Worksite smoking cessation programs: clinical and methodological issues. In: Hersen M, Eisler RM, Miller RM, eds. *Progress in Behavioral Modification*. Newbury Park, CA, Sage, 1988:37–61.
3. Abrams DB et al. Cancer control at the workplace: the Working Well trial. *Preventive Medicine*, 1994, 23:1–13.
4. LABORSTA, Geneva, International Labour Organization, 2007 (available at: <http://laborsta.ilo.org/>, accessed December 2007).
5. *Good practice in occupational health services: a contribution to workplace health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
6. *Оттавская хартия по укреплению здоровья*. [Первая международная конференция по укреплению здоровья, Оттава]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1986 г.
7. *Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century*. [Fourth international conference on health promotion: new players for a new era – leading health promotion into the 21st century, Jakarta]. Geneva, World Health Organization, 1997.
8. *Бангкокская хартия по укреплению здоровья в глобализованном мире*. [Шестая глобальная конференция по укреплению здоровья, Таиланд]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.
9. *The Luxembourg Declaration on workplace health promotion in the European Union*. European Network for Workplace Health Promotion, Luxembourg, 1997.
10. *Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.
11. *Legislating for smoke-free workplaces*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
12. *Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.
13. O'Donnell MP. Employer's financial perspective on workplace health promotion. In: O'Donnell MP, ed. *Health promotion in the workplace*, Toronto, ON, Delmar Thomson Learning, 2002:23–46.
14. LaMontagne A. Integrating health promotion and health protection in the workplace. In: Moodie R, Hulme A, eds. *Hands-on health promotion*. Melbourne, IP Communications, 2004:285–298.
15. Linnan L et al. Results of the 2004 national worksite health promotion survey. *American Journal of Public Health*. (published November 2007).
16. Shepard RJ. Worksite fitness and exercise programs: a review of methodology and health impact. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 10(5):436–452.
17. Sorensen G, Linnan L, Hunt MK. Worksite-based research and initiatives to increase fruit and vegetable consumption. *Preventive Medicine*, 2004, 39(Suppl. 2):S94–S100.
18. Engbers LH et al. Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 29(1):61–70.
19. Stokols D, Pelletier K, Fielding J. The ecology of work and health: research and policy directions for the promotion of employee health. *Health Education Quarterly*, 1996, 23(2):137–158.
20. Sorensen G et al. A comprehensive worksite cancer prevention intervention: behavior change results from a randomized controlled trial (United States). *Cancer Causes and Control*, 2002, 13:493–502.

21. Williams RM, Westmorland M. Perspectives on workplace disability management: a review of the literature. *Work*, 2002, 19(1):87–93.
22. DeJoy D, Southern D. An integrative perspective on worksite health promotion. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1993, 35(12):1221–1230.
23. Partnership for Prevention. *Healthy workforce 2010. An essential health promotion sourcebook for employers, large and small*. Washington, DC, Partnership for Prevention, 2001.
24. Harris JS, Fries J. The health effects of health promotion. In: O'Donnell MP, ed. *Health promotion in the workplace*. Toronto, ON, Delmar Thompson Learning, 2002:1–19.
25. Shephard RJ. A critical analysis of work-site fitness programs and their postulated economic benefits. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1992, 24(3):354–370.
26. Sorensen G, Barbeau E. *Steps to a healthier US workforce: integrating occupational health and safety and worksite health promotion: state of the science*. Washington, DC, National Institute for Occupational Safety and Health, 2004.
27. Proper KI et al. Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2002, 28(2):75–84.
28. Proper KI, Van Mechelen W. *Effectiveness and cost-effectiveness of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet*. [Technical paper prepared for the WHO/World Economic Forum joint event on preventing noncommunicable diseases in the workplace]. Geneva, World Health Organization, 2007.
29. Rose G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 1985, 14(1):32–38.
30. Rose G. *The strategy of preventive medicine*. New York, NY, Oxford University Press, 1992.
31. Tosteson ANA et al. Cost-effectiveness of population-wide educational approaches to reduce serum cholesterol levels. *Circulation*, 1997, 95(1):24–30.
32. Dishman RK et al. Worksite physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15(4):344–361.
33. Glanz K, Sorensen G, Farmer A. The health impact of worksite nutrition and cholesterol intervention programs. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 10(6):453–470.
34. Proper KI. The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness and health. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 2003, 13(2):106–117.
35. Hennrikus DJ, Jeffery RW. Worksite intervention for weight control: a review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 10(6):471–498.
36. Matson-Koffman DM et al. A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *American Journal of Health Promotion*, 2005, 19(3):167–193.
37. Roman PM, Blum TC. Alcohol: a review of the impact of worksite interventions on health and behavioral outcomes. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 11(2):136–149.
38. Janer G, Sala M, Kogevinas M. Health promotion trials at worksites and risk factors for cancer. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2002, 28(3):141–157.
39. Heaney CA, Goetzel RZ. A review of health-related outcomes of multi-component worksite health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 1997, 11(4):290–307.
40. Pelletier KR. A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the worksite, 1993–1995 update. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 10(5):380–388.

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

59. Moy, F, Sallam AAB, Wong M. The results of a worksite health promotion programme in Kuala Lumpur, Malaysia. *Health Promotion International*, 2006, 21:301–310.
60. Baun WB. Program management of workplace health promotion programs. In: O'Donnell MP, ed. *Health promotion in the workplace*. Toronto, ON, Delmar Thompson Learning, 2002:78–112.
61. Powell DR, Frank E. The future of workplace health promotion. In: O'Donnell MP, ed. *Health promotion in the workplace*. Toronto, ON, Delmar Thompson Learning, 2002:590–602.
62. Kruger J et al. Selected barriers and incentives for worksite health promotion services and policies. *American Journal of Health Promotion*, 2007, 21:439–447.
63. *Wellness Survey*. Deloitte Consulting, The Deloitte Center for Health Solutions, 2005 (available at http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/Wellness%20Survey_04v2.pdf, accessed December 2007)
64. Locke EA, Latham GP. *A theory of goal setting and performance*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1990.
65. Baranowski T et al. How individuals, environments, and health behavior interact: social cognitive theory. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2002:165–184.
66. Strecher VJ et al. Goal setting as a strategy for health behavior change. *Health Education Quarterly*, 1995, 22(2):190–200.
67. Cullen KW, Baranowski T, Smith SP. Using goal setting as a strategy for dietary behavior change. *Journal of the American Dietetic Association*, 2001, 101(5):562–566.
68. Locke EA, Latham GP. New directions in goal-setting theory. *Current directions in psychological science*, 2006, 15(5):265–268.
69. Strecher V et al. Tailored interventions for multiple risk behaviors. *Health Education Research*, 2002, 17(5):619–626.
70. Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1986.
71. Baranowski T, Cullen KW, Baranowski J. Psychosocial correlates of dietary intake: advancing dietary intervention. *Annual Review of Nutrition*, 1999, 19:17–40.
72. Sherwood NE, Jeffery RW. The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annual Review of Nutrition*, 2000, 20:21–44.
73. Lewis MA, DeVellis BM, Sleath B. Social influence and interpersonal communication in health behavior. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2002:240–264.
74. Heaney CA, Israel BA. Social networks and social support. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2002:185–209.
75. *Healthy Lifestyle and Corporate Culture*. Enterprise for Health, 2006 (available at http://www.enterprise-for-health.org/fileadmin/texte/EfH_Healthy_Lifestyle.pdf, accessed December 2007).
76. De Bourdeaudhuij I, Stevens V, Brug J. Evaluation of an interactive computer-tailored nutrition intervention in a real-life setting. *Annals of Behavioral Medicine*, 2007, 33(1):39–48.
77. Brug J et al. The impact of a computer-tailored nutrition intervention. *Preventive Medicine*, 1996, 25(3):236–242.
78. Sorensen G et al. Tools for health: the efficacy of a tailored intervention targeted for construction laborers. *Cancer Causes and Control*, 2007, 18:51–59.
79. Velicer WF et al. An expert system intervention for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 1993, 18:269–290.

80. King E et al. Promoting mammography use through progressive interventions: is it effective? *American Journal of Public Health*, 1994, 84(1):104–106.
81. Rimer BK et al. Does tailoring matter? The impact of a tailored guide on ratings and short-term smoking-related outcomes for older smokers. *Health Education Research*, 1994, 9(1):69–84.
82. Curry SJ et al. A randomized trial of self-help materials personalized feedback and telephone counseling with nonvolunteer smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63(6):1005–1014.
83. Oenema A, Tan F, Brug J. Short-term efficacy of a web-based computer-tailored nutrition intervention: main effects and mediators. *Annals of Behavioral Medicine*, 2005, 29(1):54–63.
84. King DK et al. Outcomes of a multifaceted physical activity regimen as part of a diabetes self-management intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 2006, 31(2):128–137.
85. Delichatsios HK et al. Randomized trial of a “talking computer” to improve adults’ eating habits. *American Journal of Health Promotion*, 2001, 15(4):215–224.
86. Brug J, Campbell M, van Assema P. The application and impact of computer-generated personalized nutrition education: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 1999, 36:145–156.
87. Skinner CS et al. How effective is tailored print communication? *Annals of Behavioral Medicine*, 1999, 21(4):290–298.
88. Kroeze W, Werkman A, Brug J. A systematic review of randomized trials on the effectiveness of computer-tailored education of physical activity and dietary behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 2006, 31(3):205–223.
89. Skinner CS, Strecher VJ, Hospers H. Physicians’ recommendations for mammography: do tailored messages make a difference? *American Journal of Public Health*, 1994, 84(1):43–49.
90. Kreuter MW, Strecher V. Do tailored behavior change messages enhance the effectiveness of health risk appraisal? Results from a randomized trial. *Health Education Research*, 1996, 11:97–105.
91. Bull FC, Kreuter MW, Scharff DP. Effects of tailored, personalized, and general health messages on physical activity. *Patient Education & Counseling*, 1999, 36:181–192.
92. Petty R, Cacioppo JT. The elaboration likelihood model of persuasion. *Advances in Experimental Social Psychology*, 1986, 19:123–205.
93. Calfas KJ et al. A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity. *Preventive Medicine*, 1996, 25(3):225–233.
94. Proper KI et al. Effect of individual counseling on physical activity fitness and health: a randomized controlled trial in a workplace setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 24(3):218–226.
95. Engbers LH et al. The effects of a controlled worksite environmental intervention on determinants of dietary behavior and self-reported fruit, vegetable and fat intake. *BioMed Central Public Health*, 2006, 6:253.
96. Sorensen G et al. Promoting behaviour change among working-class, multi-ethnic workers: results of the healthy directions–small business study. *American Journal of Public Health*, 2005, 95(8):1389–1395.
97. Stoltzfus E. *Emerging benefits: access to health promotion benefits in the United States, private industry, 1999 and 2005*. Bureau of Labor Statistics, 2006 (available at <http://www.bls.gov/opub/cwc/cm20060724ch01.htm>, accessed December 2007).
98. Hunt MK et al. Cancer prevention for working-class, multi-ethnic populations through small businesses: the healthy directions study. *Cancer Causes and Control*, 2003, 14(8):749–760.

99. Griffiths J, Hayley M, George E. *Stakeholder involvement*. [Technical paper prepared for the WHO/World Economic Forum joint event on preventing noncommunicable diseases in the workplace]. Geneva, World Health Organization, 2007.
100. Gilmartin S. Wellness programs hit the attraction and retention mark. *Workspan*, 2002, 45:46–48.
101. Arneson H, Ekberg K. Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden. *Health Promotion International*, 2005, 20:351–359.
102. WA Healthy Business, 2007 (available at <http://www.healthybusiness.asn.au/>, accessed December 2007).
103. Engbers L, Sattelmair J. *Monitoring and evaluation of worksite health promotion programs. Current state of knowledge and implications for practice*. [Technical paper prepared for the WHO/World Economic Forum joint event on preventing noncommunicable diseases in the workplace]. Geneva, World Health Organization, 2007.
104. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. Структура для проведения мониторинга и оценки осуществления. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 г.
105. Bauman A et al. Physical activity measurement – a primer for health promotion. *Promotion & Education*, 2006, 13(2):92–103
106. Reddy KS et al. *Methods for establishing a surveillance system for cardiovascular diseases in Indian industrial populations*. Bulletin of the World Health Organization, 2006, 84:461–469
107. KS Reddy et al. Educational status and cardiovascular risk profile in Indians. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2007, 104(41):16263–16268

Приложение 1. Список участников

Xihong Ai
Член глобального руководства
Легкая промышленность
Всемирный экономический форум
Женева, Швейцария

Albert Amoah
Заместитель декана
Колледж медицинских наук
Председатель Панамериканского общества кардиологии
Акра, Гана

Vanessa Candeias
Технический работник
Отдел эпиднадзора и профилактики среди населения
Отдел хронических болезней и укрепления здоровья
Всемирная организация здравоохранения
Женева, Швейцария

John Cooper
Руководитель
Корпоративная профессиональная гигиена
Unilever Plc
Соединенное Королевство

Gayle Crozier Willi
Менеджер по вопросам питания
Связи с общественностью
Nestlé SA
Швейцария

Roro Daniel
Министр здравоохранения
Министерство здравоохранения
Острова Кука

Luuk H. Engbers
TNO, Профилактика и охрана здоровья
Амстердам, Нидерланды

Ellen Exum
Директор программы
Охрана здоровья и профилактика
ПепсиКо
США

Susan M. Fleming
Директор
Глобальные преимущества
Компания Кока-кола
США

Barry A. Franklin
Директор, Лаборатории по реабилитации и физическим нагрузкам при болезнях сердца
Больница Уильям Бомонт
Мичиган, США

Thomas Granatir
Глобальный директор
Политика и стратегия
Humana Europe Ltd
Лондон, Соединенное Королевство

Tracy Kolbe-Alexander
Научные исследования в области технологических процессов очистки и управления
производственными ресурсами
Кейптаунский университет
Кейптаун, Южная Африка

Helena Leurent
Заместитель директора
Член глобального руководства
Пищевая промышленность и производство напитков, Центр по глобальной промышленности
Всемирный экономический форум
Женева, Швейцария

Paul Litchfield
Главный медицинский специалист и руководитель
Здоровье и безопасность
BT Plc
Соединенное Королевство

Soeren Mattke
Ученый
RAND Corporation
США

Katrina Minton
Сотрудник проекта
work2health Limited
Кардифф, Соединенное Королевство

Sarita Nayyar
Старший директор
Руководитель легкой промышленности
Всемирный экономический форум
Нью-Йорк, США

Sania Nishtar
Президент
Heartfile
Пакистан

Michael P O'Donnell
Директор
Профилактика и охрана здоровья
Cleveland Clinic
США

Karin I. Proper
Университетский медицинский центр VU
Институт EMGO
Амстердам, Нидерланды

Lisa Quintiliani
Центр научных исследований в общине
Гарвардская школа общественного здравоохранения
Бостон, США

Christophe Roy
Технический сотрудник
Отдел эпиднадзора и профилактики среди населения
Отдел хронических болезней и укрепления здоровья
Всемирная организация здравоохранения
Женева, Швейцария

Denis Taschuk
Заместитель председателя
Международная диабетическая федерация
Канада

Choon Meng Ting
Председатель и главный исполнительный директор
HealthSTATS International
Сингапур

Janet Voûte
Главный исполнительный директор
Всемирная федерация сердца
Женева, Швейцария

Derek Yach
Директор
Глобальная политика в области здоровья
ПепсиКо
США

Lichen Yang
Доцент
Институт питания и безопасности пищевых продуктов
Центр КНР по борьбе с болезнями и их профилактике
Пекин, Китайская Народная Республика

Fan Wu
Директор
Национальный центр по профилактике хронических и неинфекционных болезней и борьбе с ними
Китайская Народная Республика

YanWei Wu
Всемирная организация здравоохранения
Страновое бюро
Пекин, Китайская Народная Республика

Zhai Yi

Отдел по борьбе с НИЗ и обеспечению здоровья среди населения
Китайский центр по борьбе с болезнями и их профилактике
Пекин, Китайская Народная Республика

Dong Zhao
Заместитель директора
Пекинский институт болезней сердца
Болезни легких и сосудистые болезни (BIHLBD)
Директор и профессор
VLHLBD и Больница Ан Жен при Столичном медицинском университете
Пекин, Китайская Народная Республика

Lei Zhenglong
Директор
НИЗ и управление питанием
Бюро по борьбе с болезнями
Министерство здравоохранения
Пекин, Китайская Народная Республика

Приложение 2. Основные ресурсы

См. список литературы для получения информации об этих ресурсах.

- Профилактика хронических болезней: жизненно важное вложение средств
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html
- National Institute for Occupational Safety and Health, Work Life Initiative
<http://www.cdc.gov/niosh/programs/worklife/>
- Integrating employee health; a model program for NASA
<http://www.iom.edu/CMS/3788/18021/26995.aspx>
- Improving health, an employer toolkit
<http://www.iom.edu/CMS/3788/18021/26995/35482.aspx>
- Бангкокская хартия по укреплению здоровья в глобализованном мире
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html
- Regional guidelines for the development of healthy workplaces. Shanghai, World Health Organization, Western Pacific Regional Office, November 1999
- NASA occupational health: a healthier NASA
<http://ohp.nasa.gov/>
- Workplace health system: corporate health model booklet
http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/work-travail/model-modele/index_e.html
- Workplace health system: small business health model
http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/work-travail/small-petite/index_e.html

Выражение признательности

Данный документ был подготовлен: Timothy Armstrong, Vanessa Candeias, Lisa Quintiliani и Christophe Roy в сотрудничестве с группой Всемирного экономического форума по проекту Working Towards Wellness: Xihong Ai, Helena Leurent и Sarita Nayyar.

С благодарностью приняты замечания и информация, предоставленные: Luuk Engbers, Barry Franklin, Katrina Minton, Sania Nishtar, Dorairaj Prabhakar, Karin Proper, Srinath Reddy, Willem Van Mechelen, Janet Voûte и членами правления инициативы Всемирного экономического форума Working Towards Wellness: Gayle Crozier Willi, John Cooper, Grant Eldred, Susan Fleming, Thomas Granatir, Robert Kanz, Paul Litchfield, Michael Thompson и Derek Yach.

Четыре информационных документа для данного совместного мероприятия были подготовлены: Luuk Engbers, Emma George, John Griffiths, Maggs Hayley, Karin Proper, Jacob Sattelmair, Glorian Sorensen, Lisa Quintiliani и Willem Van Mechelen. Эти доклады можно получить по адресу: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>.

ВОЗ выражает признательность Всемирному экономическому форуму за финансовый вклад, внесенный в разработку данного документа.