

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

mag. Melita Peršolja Černe

**Evalvacija promocije zdravja na delovnem mestu kot dejavnika
kakovosti življenja**

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2010

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

mag. Melita Peršolja Černe

Mentorica: red. prof. dr. Nevenka Černigoj-Sadar

Somentor: red. prof. dr. Marjan Bilban

**Evalvacija promocije zdravja na delovnem mestu kot dejavnika
kakovosti življenja**

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2010

*Neži, Meti in Toniju
za zamujene trenutke.*

*Tebi Bojan,
ki cilje prevzameš, da niso zgolj moji,
temveč najini.*

Zahvaljujem mentorici, red. prof. dr. Nevenki Černigoj-Sadar, za nasvete in potrpežljiva priporočila; somentorju, red. prof. dr. Marjanu Bilbanu, za »medicinski vidik«; predsedniku komisije in mentorju na magistrskem študiju, red. prof. dr. Ivanu Svetliku, za dobrohotno zahtevanje eksplicitnosti; članici komisije, doc. dr. Brini Malnar, za dostopnost, ter vedno prijazni in ustrezljivi referentki FDV-ja, Aniti Žagar.

Hvala mojemu delodajalcu, Fakulteti za vede o zdravju, Univerze na Primorskem, ki je pokril položnico s šolnino in še kaj več, ter dekanji doc. dr. Nadji Plazar, za spodbujanje in zaupanje, mojim sodelavcem iz katedre za zdravstveno nego ter red. prof. Andreju Cöeru in mag. Manici Remec za razmišljanja o promociji zdravja.

Nenazadnje hvala moji družini za potrpežljiva odpovedovanja in razumevanje. Možu za vsestransko podporo, otrokom za brezpogojne izraze ljubezni, noni Gabrijeli za zlikano perilo, mami za prevzem »šoferskih« zadolžitev, Darji za neprecenljivo vlogo varuške, tatu za realističnost in Rossani za glasbena doživetja, ki so mi polepšala dolge ure za računalnikom.

Melita



IZJAVA O AVTORSTVU doktorske disertacije

Podpisani/-a MELITA PERŠOLJA ČERNE, z vpisno številko 21061252, sem avtor/-ica doktorske disertacije z naslovom: EVALVACIJA PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU KOT DEJAVNIKA KAKOVOSTI ŽIVLJENJA.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predložena doktorska disertacija izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela;
- sem poskrbel/-a, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem poskrbel/-a, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem pridobil/-a vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo in sem to tudi jasno zapisal/-a v predloženem delu;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobeseznega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorstvu in sorodnih pravicah, Uradni list RS št. 21/95), prekršek pa podleže tudi ukrepom Fakultete za družbene vede v skladu z njenimi pravili;
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za družbene vede;
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko doktorske disertacije ter soglašam z objavo doktorske disertacije v zbirki »Dela FDV«.

V Ljubljani, dne 17.decembra, 2010

Podpis avtorja/-ice: _____

EVALVACIJA PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU KOT DEJAVNIKA KAKOVOSTI ŽIVLJENJA

Najvišji nivo blagostanja človeka v smislu zdravja pomeni optimalno delovanje posameznika, občutek uravnoveženosti in zadovoljstva ob visoki kakovosti življenja. Zdravje določajo spremembe v kateremkoli delu sistema (v človeku *ali* okolju) in spremembe v celotnem sistemu (človeku *in* okolju), na katere človek *lahko* zavestno vpliva s svojimi odločitvami in tako doseže največ/najboljše glede na dane pogoje (Watts 1993; Green in Kreuter 1999; Travis in Ryan 2001; Arnold in Breen 2006).

Kakovost delovnega življenja razlagamo v kontekstu objektivnih virov, ki kakovost omogočajo in odziva človeka v smislu osebnega zadovoljstva, kjer on sam ovrednoti kaj in koliko je v življenju pomembno ter kako pozitivno oziroma negativno doživlja lastno življenje (Svetlik 1998; Černigoj-Sadar 2002; Malnar 2002; Musek in Avsec 2002).

Promocija zdravja na delovnem mestu iz socialno-ekološkega okvira izvaja dejavnosti za izboljševanje zdravja in počutja zaposlenih preko urejanja medsebojnih odnosov, izboljšanja ugleda delovne organizacije, zadovoljstva pri delu, življenjskega sloga zaposlenih in drugih ukrepov (Downie in drugi 1992; Verhoeven 1997; Nutbeam 2005; Van Marris in King 2006).

Zaradi kompleksnosti intervencij promocije zdravja so za njeno vrednotenje priporočljivi neekonomski kazalci. Procesna evalvacija omogoča analizo dogajanja med izvajanjem programa in meri razmerje med rezultatom ter pričakovani vključenih. S programsko evalvacijo merimo spremembe, ki so nastale v povezavi z izvedenimi dejavnostmi. Preko spremljanja zdravstvenega stanja in kakovosti življenja lahko v evalvacijski raziskavi razkrijemo vzročno-posledično zvezo med promocijo zdravja in njenimi izidi (SZO 1998; Green in Kreuter 1999; O'Donnell 2002; Van Marris in King 2006).

Cilj empirične raziskave je bil ugotoviti:

- 1) ali promocija zdravja v delovnem okolju prispeva k ugodnejšim izidom zdravja in tako vpliva na kakovost življenja zaposlenih;
- 2) ali se dejavnosti promocije zdravja povezujejo z zdravstvenim statusom zaposlenih, njihovo osveščenostjo, motivacijo za zdravje, odnosom do zdravja, življenjskim slogom, oblikovanjem delovnega okolja in kakovostjo delovnega življenja nasploh.

V raziskavo smo vključili 910 zaposlenih, ki so bili razporejeni v preizkusno in kontrolno skupino tako, da so v preizkusni skupini zaposleni iz organizacij, ki so izvajale program promocije zdravja, v kontrolni pa zaposleni iz organizacij kjer takšen program ni potekal. Vsaj pol leta po začetku programa promocije zdravja smo posnetek stanja med zaposlenimi izvedli s strukturiranim vprašalnikom. Nanj se je odzvalo 328 oseb (36 %), in sicer 159 iz preizkusne ter 169 iz kontrolne skupine. Hipoteze so bile preverjene s t-testom za dva neodvisna vzorca, testoma ANOVA in hi-kvadrat, korelacijsko analizo po Pearsonu ter s standardno regresijsko analizo z metodo Enter v programu SPSS 17.0.

Anketirali in intervjuvali smo še managerje raziskovanih delovnih organizacij ter širši vpogled v dinamiko programa pridobili preko priložnostnega neposrednega terenskega opazovanja z udeležbo.

Povezava promocije zdravja in subjektivne kakovosti delovnega življenja ni statistično značilna, tudi razlika v subjektivni kakovosti delovnega življenja med preizkusno in kontrolno skupino ni značilna. Večina anketiranih je na delu zadovoljnih, v preizkusni skupini je manj (zelo)nezadovoljnih z delom in delovnim mestom ter z medsebojnimi odnosi s sodelavci. Subjektivna kakovost delovnega življenja se negativno povezuje s stopnjo izobrazbe, številom tedenskih nadur ter z gibljivim delovnim časom.

Proaktivnost za zdravje se s promocijo zdravja ne povezuje značilno. Osveščenost je sicer pri preizkusni skupini nekoliko višja, vendar je motivacija v primerjavi s kontrolno skupino nižja. Kot pomemben dejavnik na področju osveščenosti za zdravje se izraža starost, kot motivator pa obstoječe težave z zdravjem.

Med promocijo zdravja in zdravim življenjskim slogom nismo ugotovili značilnih zvez. V preizkusni skupini ugotavljamo zgolj nekoliko manj dejavnikov tveganja za zdravje. Zdrave navade so bolj izražene pri mlajših, samskih in delavcih brez otrok, nevodilnih ter tistih, ki prevzemajo višjo osebno odgovornost za zdravje.

Zveza zdravstvenega statusa in promocije zdravja statistično ni potrjena, vendar zaposleni, ki so vključeni v dejavnosti promocije zdravja navajajo manj težav z zdravjem in le-tega višje ocenjujejo. Zdravstveni status se pozitivno povezuje s stopnjo izobrazbe, več kot tretjino sintetične spremenljivke zdravstvenega statusa določa samoocena zdravja, ki je višja pri moških, mlajših in tistih, ki opravijo manj delovnih ur na teden.

Za zaposlene, ki bolj pozitivno ocenjujejo odnos delodajalca do njih, velja uspešnejše obvladovanje stresa, višje ocenjevanje medosebnih odnosov na delu, višje zadovoljstvo z delom in delovnim mestom ter višja subjektivna kakovost delovnega življenja. Delavci, ki menijo, da delodajalec na splošno upošteva njihove potrebe, so manj odsotni z dela.

Med osebno odgovornostjo delavca za zdravje in promocijo zdravja ni značilne zveze. V preizkusni skupini, v primerjavi s kontrolno, ugotavljamo nižjo kolektivno odgovornost za zdravje delavcev, h kateri se poleg individualne šteje tudi odgovornost sveta delavcev. Delavci preizkusne in kontrolne skupine najvišjo odgovornost za zdravje pripisujejo zdravstvu ter najnižjo sebi, po prepričanju njihovih managerjev pa so za svoje zdravje delavci v največji meri odgovorni sami in najmanj delodajalec. Odgovornost managerjev do zdravja delavca se ne povezuje s promocijo zdravja.

Največ ukrepov promocije zdravja so izvedli v organizacijah poslovne odličnosti, sledijo organizacije iz preizkusne in nazadnje iz kontrolne skupine. Med managerji v preizkusni in kontrolni skupini pri motivaciji za uvajanje ukrepov v korist zdravja zaposlenih ni razlik.

Zveza med promocijo zdravja na delovnem mestu in subjektivno kakovostjo delovnega življenja statistično ni značilna. Ugotavljamo, da je promocija zdravja

na delovnem mestu *lahko* koristna vendar pogosto daje statistično neznačilne pozitivne izide, ki *niso* vedno v skladu z zastavljenimi cilji programa.

Ključne besede: kakovost življenja, zaposleni, promocija zdravja na delovnem mestu, evalvacija, storitve v zdravstvu

WORKPLACE HEALTH PROMOTION EVALUATION RELATED TO QUALITY OF LIFE

An optimal function of the individual and the highest level of human well-being, is feeling of balance and satisfaction. Health is determined by changes in any part of the system (in human *or* environment) or by changes in the whole (in man *and* environment) in which a person can consciously take decisions and achieve the best in given circumstances (Watts 1993; Green in Kreuter 1999; Travis in Ryan 2001; Arnold in Breen 2006). The quality of working life is composed of objective resources and personal satisfaction, where only the individual can evaluate what is important in his/her life and how positive or negative his life experiences are (Svetlik 1998; Černigoj-Sadar 2002; Malnar 2002; Musek in Avsec 2002).

From a socio-ecological framework the promotion of health in the workplace carries out activities to improve the employee health and welfare through the regulation of relations, integration, improving the image of work organization, employee job satisfaction, lifestyle and similar actions (Downie in drugi 1992; Verhoeven 1997; Nutbeam 2005; Van Marris in King 2006). Due to the complexity of health promotion interventions, it is recommended to evaluate them with variety of non-economic indicators. The process evaluation provides an analysis of development. We can measure the ratio between results and expectations with program evaluation, where we can try to explain the changes connected with the program activities. Through the measurement of health status and quality of life in the evaluation survey we can uncover the impact of innovation and find the causal link between health promotion and its outcomes (WHO 1998; Green in Keruter 1999; O'Donnell 2002; Van Marris in King 2006).

The purpose of the study was to explain:

- 1) can health promotion in the workplace contribute to better health and thus positively affect the workers quality of life;
- 2) is health promotion associated with health status, health awareness, knowledge, motivation, lifestyle, work environment and work-life quality in general.

The research population included 910 employees, divided in experimental or control group according to the organizations activity in health promotion. At least half a year after the workplace health promotion program started in experimental group, a structured questionnaire was applied to staff willing to participate in the study. Finally we collected 328 (36%) questionnaires, 159 from experimental and 169 from control group.

The hypotheses were tested in SPSS 17.0 programme with t-test for two independent groups, test ANOVA, chi-square, Pearson correlation and standard regression analysis. We collected more information with questionnaires and interviews with top managers and through direct process observations. We did not confirm the statistically significant relationship between health promotion

and subjective quality of working life, neither we found significant differences between experimental and control group.

Most of respondents are satisfied at work. In the experimental group the satisfaction with work, with working conditions and interpersonal relationships is slightly higher compared to control group. The *subjective quality of work life* is negatively correlated to the level of education, to overtime working hours and flexible working schedule.

Awareness related to health problems and motivation for healthy lifestyle were analyzed as an index named *proactivity for health*, the later is not associated with health promotion in organization. But while awareness of the participants in experimental group is higher, their motivation is lower when we compare them to the participants in control group. Age is an important factor influencing health awareness, and actual health problems act as a strong motivator for healthy lifestyle. Proactivity for health is the highest in nutrition, but lowest in the field of physical activity and stress management.

Health promotion was not related with *healthy lifestyle*, but we found out slightly less health risk factors in experimental group. Healthy habits are more expressed in younger, single, childless workers, non-managers and among those who take higher personal responsibility for health.

We can not confirm the association of general *health status* with health promotion, but employees who are involved in health promotion activities indicate fewer problems with health and estimate their health status higher. However, the health status is positively associated with level of education, and more than a third of this variable is explained by health self-assessment, being typically higher for men, young and those working fewer hours.

Those employees who perceive that their *employers have positive attitudes* towards them also effectively manage stress, higher evaluate the interpersonal relations at work, are more satisfied at work and have higher subjective quality of working life compared to other employees. Workers who believe that the employer generally consider their needs, are less absent from work.

We did not find significant association between workers personal *responsibility* for health and health promotion. But, there is a lower collective responsibility for workers health in the experimental compared to control group. Most of workers attribute to the state health system the highest responsibility for their health while their own responsibility is perceived as the lowest one.

This finding is in contrast with the manager's belief, that workers should take the highest but the employer the lowest responsibility for employee health. Managers' responsibility level is not associated with health promotion program.

Most activities *caring for employees health* are implemented in the organizations of Slovenian business excellence, followed by the organizations in experimental group and the control group. Managers' motivation for improving organization health related working conditions was not significantly higher in experimental group as it was expected.

The association of workplace health promotion with employees' subjective quality of life is *not* confirmed. We note that workplace health promotion *can* be beneficial, but often gives atypical outcomes which are not always in line with objectives stated.

Key words: quality of life, employee, health, health promotion, evaluation, health care management

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	22
2	PREGLED LITERATURE	26
2.1	<i>OPREDELITEV ZDRAVJA</i>	26
2.1.1	Zdravje je antiteza bolezni	26
2.1.2	Zdravje je ravnotežje	27
2.1.3	Zdravje je razvijanje	28
2.1.4	Zdravje je sposobnost	29
2.1.5	Zdravje je rezultat izbiranja	30
2.1.6	Zdravje je samoodgovornost	30
2.1.7	Zdravje kot blagor	32
2.1.8	Zdravje kot transcendenca	34
2.1.9	Zdravje je usposobljenost	35
2.1.10	Zdravje in celovitost	35
2.2	<i>KAKOVOST DELOVNEGA ŽIVLJENJA</i>	39
2.2.1	Objektivni pogoji dela	39
2.2.2	Življenjski slog zaposlenega	43
2.2.3	Subjektivni pogoji dela	45
2.3	<i>PROMOCIJA ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU</i>	47
2.3.1	Opredelitev promocije zdravja na delovnem mestu	50
2.3.2	Razvoj promocije zdravja na delovnem mestu	51
2.3.3	Promocija zdravja na delovnem mestu v Evropi	52
2.3.4	Organizacija promocije zdravja v Sloveniji	54
2.3.5	Koristi promocije zdravja na delovnem mestu	56
2.3.6	Omejitve promocije zdravja na delovnem mestu	59
2.3.7	Model promocije zdravja IHPI	62
2.3.8	Model promocije zdravja PRECEDE-PROCEED	64
2.4	<i>EVALVACIJA PROMOCIJE ZDRAVJA</i>	68
2.4.1	Merila kakovosti	70
2.4.2	Numerična evalvacija	72

2.4.2.1	Kazalci populacije -----	73
2.4.2.2	Ekonomski kazalci-----	74
2.4.2.3	Prenesena vrednost -----	75
2.4.3	Deskriptivna evalvacija -----	76
2.4.3.1	Evalvacija procesa (formativna evalvacija) -----	78
<i>Primer 1. Procesna evalvacija programa »Prvi« -----</i>		<i>79</i>
2.4.3.2	Evalvacija vpliva (evalvacija programa)-----	83
<i>Primer 2. Programska evalvacija programa »Prvi«-----</i>		<i>84</i>
2.4.3.3	Evalvacija izida (evalvacijska raziskava) -----	99
3	EMPIRIČNI DEL -----	100
3.1	<i>OPREDELITEV PROBLEMA-----</i>	<i>100</i>
3.2	<i>HIPOTEZE -----</i>	<i>100</i>
3.3	<i>RAZISKOVALNA METODOLOGIJA -----</i>	<i>102</i>
3.3.1	Populacija in vzorec -----	102
3.3.1.1	Neprofitni sektor -----	102
3.3.1.2	Profitni sektor -----	102
3.3.1.3	Managerji -----	102
3.3.2	Načrt raziskave in opis uporabljenih metod -----	103
3.3.2.1	Neprofitni sektor -----	103
3.3.2.2	Profitni sektor -----	104
3.3.2.3	Managerji -----	104
3.3.3	Instrument-----	105
3.3.3.1	Vprašalnik za zaposlene-----	105
3.3.3.2	Vprašalnik za managerje -----	108
3.3.3.3	Poglobljeni intervju -----	109
3.3.3.4	Opazovanje z udeležbo -----	110
3.3.4	Analiza podatkov -----	110
3.4	<i>DEMOGRAFSKI PODATKI-----</i>	<i>112</i>
3.4.1	Zaposleni-----	112
3.4.2	Managerji-----	114
3.4.3	Ekspertna skupina -----	114

3.5	<i>ODNOS PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU IN KAKOVOSTI ŽIVLJENJA ZAPOSLENIH</i>	115
3.5.1	Subjektivna kakovost delovnega življenja	115
3.5.1.1	Primerjava subjektivne kakovosti delovnega življenja preizkusne in kontrolne skupine	115
3.5.1.2	Povezovanje subjektivne kakovosti delovnega življenja z demografskimi značilnostmi in s kazalci socialnega položaja	117
3.5.2	Proaktivnost za zdravje	118
3.5.2.1	Primerjava proaktivnosti za zdravje preizkusne in kontrolne skupine	118
3.5.2.2	Povezovanje proaktivnosti za zdravje z demografskimi značilnostmi in kazalci socialnega položaja	121
3.5.3	Življenjski slog	123
3.5.3.1	Primerjava življenjskega sloga zaposlenih preizkusne in kontrolne skupine	123
3.5.3.2	Povezovanje življenjskega sloga z demografskimi značilnostmi in socialnim položajem delavcev	126
3.5.4	Zdravstveni status	129
3.5.4.1	Primerjava zdravstvenega statusa zaposlenih preizkusne in kontrolne skupine	129
3.5.4.2	Povezovanje zdravstvenega statusa z demografskimi značilnostmi in socialnim položajem	131
3.5.5	Povezovanje promocije zdravja s subjektivno kakovostjo delovnega življenja, proaktivnostjo za zdravje, življenjskim slogom in zdravstvenim statusom	132
3.5.6	Odnos promocije zdravja na delovnem mestu s subjektivno kakovostjo delovnega življenja, povzetek	139
3.6	<i>ODGOVORNOST ZA ZDRAVJE DELAVCA</i>	141
3.6.1	Ocena odgovornosti delodajalca po mnenju delavcev	141
3.6.1.1	Primerjava ocene odgovornosti za zdravje delavca v preizkusni in kontrolni skupini	141
3.6.1.2	Povezovanje odgovornosti za zdravje z demografskimi značilnostmi in socialnim položajem	144
3.6.2	Ocena odgovornosti delodajalca po mnenju managerjev	145

3.6.3	Povezovanje promocije zdravja in subjektivne kakovosti delovnega življenja z odgovornostjo za zdravje -----	148
3.6.4	Odgovornost za zdravje delavca, povzetek poglavja -----	150
3.7	ODNOS PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU Z ZNAČILNOSTMI DELOVNEGA OKOLJA -----	151
3.7.1	Ocena odnosa delodajalca, vidik delavcev -----	151
3.7.1.1	Primerjanje ocene odnosa delodajalca do zdravja delavca v preizkusni in kontrolni skupini -----	151
3.7.1.2	Povezovanje ocene odnosa delodajalca do zdravja delavca z demografskimi značilnostmi in kazalci socialnega položaja -----	153
3.7.2	Ocena odnosa delodajalca, vidik managerjev -----	155
3.7.3	Povezovanje promocije zdravja in subjektivne kakovosti delovnega življenja z odnosom delodajalca do zdravja delavca -----	158
3.7.4	Odnos delodajalca do zdravja delavca, povzetek -----	160
3.7.5	Zdravju podporni ukrepi v delovnem okolju -----	160
3.7.5.1	Primerjava zdravju podpornih ukrepov v delovnem okolju preizkusne in kontrolne skupine -----	160
3.7.5.2	Primerjava motiviranosti managerjev za urejanje zdravju podpornega okolja v preizkusni in kontrolni skupini -----	167
3.7.6	Povezovanje promocije zdravja na delovnem mestu z značilnostmi delovnega okolja, povzetek -----	170
4	RAZPRAVA -----	172
4.1	<i>Povezovanje subjektivne kakovosti delovnega življenja s promocijo zdravja</i> 174	
4.2	<i>Povezovanje proaktivnosti za zdravje s promocijo zdravja, subjektivno kakovostjo delovnega življenja, z demografskimi značilnostmi in s socialnim položajem -----</i>	<i>177</i>
4.3	<i>Povezovanje življenjskega sloga s promocijo zdravja, subjektivno kakovostjo delovnega življenja, z demografskimi značilnostmi in s socialnim položajem -----</i>	<i>179</i>
4.4	<i>Povezovanje zdravstvenega statusa s promocijo zdravja, subjektivno kakovostjo delovnega življenja, z demografskimi značilnostmi in s socialnim položajem -----</i>	<i>182</i>

4.5	<i>Povezovanje odnosa managerjev do zdravja zaposlenih s promocijo zdravja in z značilnostmi delovnih organizacij</i>	183
4.6	<i>Povezovanje odgovornosti za zdravje s promocijo zdravja, subjektivno kakovostjo delovnega življenja, z demografskimi značilnostmi in s socialnim položajem</i>	185
4.7	<i>Povezovanje realizacije zdravju podpornih ukrepov v delovnem okolju s promocijo zdravja</i>	187
4.8	<i>Povezovanje motiviranosti managerjev za urejanje zdravju podpornega okolja s promocijo zdravja</i>	188
4.9	<i>Omejitve raziskave</i>	189
4.9.1	Načrt	189
4.9.2	Čas izvedbe	191
4.9.3	Instrument	192
4.9.4	Vzorec	196
4.10	<i>Priporočila za prakso</i>	198
4.10.1	Priporočila managerju programa promocije zdravja na delovnem mestu	198
4.10.1.1	Zaupanje	199
4.10.1.2	Prožnost	201
4.10.1.3	Odgovornost	203
4.10.2	Priporočila evalvatorju promocije zdravja na delovnem mestu	204
4.10.2.1	Kvantiteta	205
4.10.2.2	Kvaliteta	206
4.10.2.3	Viri	209
4.10.2.4	Izbira	212
5	SKLEP	214
6	LITERATURA	216

KAZALO SLIK

Slika 1.1: Predvidena povezanost raziskovanih področij-----	25
Slika 2.1: Zdravje kot kontinuum-----	27
Slika 2.2: Neprekinjeni proces doseganja čilosti preko točke nevtralnosti-----	31
Slika 2.3: Model celostnega zdravja človeka -----	32
Slika 2.4: Blagor kot razmerje med počutjem in zdravstvenim stanjem -----	33
Slika 2.5: Model zdravja po Downie, Fyfe in Tannanhill-----	34
Slika 2.6: Sistemi v ekološkem modelu zdravja -----	37
Slika 2.7: Vplivi na zdravje zaposlenih na delovnem mestu-----	41
Slika 2.8: Povprečno število dni odsotnosti od dela iz zdravstvenih razlogov na zaposlenega v nekaterih državah EU v letu 2008 -----	42
Slika 2.9: Zdravje in stroški zdravstvene oskrbe zaposlenih -----	45
Slika 2.10. Akterji v mreži promocije zdravja -----	54
Slika 2.11: Model promocije zdravja IHPI -----	62
Slika 2.12: Model promocije zdravja Precede-Proceed-----	64
Slika 2.13: Nekateri dejavniki, ki vplivajo na zdravje zaposlenega -----	65
Slika 2.14. Izidi v promociji zdravja -----	71
Slika 2.15. Nivoji evalvacije v promociji zdravja -----	76
Slika 2.16: Subjektivne značilnosti dela oseb iz eksperimentalne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi -----	87
Slika 2.17: Zadovoljevanje potreb zaposlenih iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi -----	88
Slika 2.18 Kazalci zdravega življenjskega sloga kumulativno, zaposleni iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi -----	93
Slika 2.19: Povprečne ocene pomembnosti zdravja, zaposleni iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi -----	95
Slika 2.20: Odgovornost za zdravje delavca povprečne ocene po akterjih, zaposleni iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi-----	96
Slika 2.21: Delež motiviranih za telesno dejavnost in udejstvovanje v programu promocije zdravja, preizkusna in kontrolna skupina programa promocije zdravja Prvi-----	97
Slika 3.1: Potek kvazi eksperimenta v programu promocije zdravja na delovnem mestu <i>Prvi</i> -----	103
Slika 3.2: Potek kvazi eksperimenta v programu promocije zdravja na delovnem mestu <i>Drugi</i> -----	104

Slika 3.3: Študija primera v programu promocije zdravja na delovnem mestu -----	104
Slika 3.4: Uporaba več metod v raziskovanju promocije zdravja-----	105
Slika 3.5: Demografski kazalci anketiranih delavcev -----	112
Slika 3.6: Pogoji za delo v preizkusni in kontrolni skupini-----	113
Slika 3.7: Razporejanje indeksa subjektivna kakovost delovnega življenja zaposlenih v preizkusni in kontrolni skupini-----	116
Slika 3.8. Značilnosti subjektivne kakovosti delovnega življenja v preizkusni in kontrolni skupini -----	117
Slika 3.9: Razporejanje indeksa proaktivnost za zdravje v preizkusni in kontrolni skupini -----	120
Slika 3.10: Razporejanje podkategorij indeksa proaktivnost za zdravje v preizkusni in kontrolni skupini -----	120
Slika 3.11. Razporejanje indeksa življenjski slog v preizkusni in kontrolni skupini ----	124
Slika 3.12: Razporejanje podkategorij indeksa življenjski slog v preizkusni in kontrolni skupini -----	125
Slika 3.13: Razporejanje deležev kategorij kakovosti zdravstvenega statusa v preizkusni in kontrolni skupini-----	130
Slika 3.14. Razporejanje (zelo) velike odgovornosti za zdravje delavcev po nosilcih v preizkusni in kontrolni skupini-----	143
Slika 3.15: Odgovornost delavcev, delodajalca in zdravstva za zdravje delavca po mnenju delavcev in managerjev -----	148
Slika 3.16 Razporejanje ocene odnosa delodajalca do zdravja delavca v preizkusni in kontrolni skupini -----	152
Slika 3.17. Razporejanje podkategorij odnosa delodajalca do zdravja delavca v preizkusni in kontrolni skupini-----	153
Slika 3.18: Razporejanje podkategorij odnos delodajalca do zdravja zaposlenega po oceni delavcev in managerjev preizkusne in kontrolne skupine -----	156
Slika 3.19: Število in vrsta realiziranih ukrepov v delovnem okolju preizkusne, kontrolne in SFPO skupine -----	162
Slika 3.20: Povprečno število realiziranih in načrtovanih ukrepov na področju zdravja v preizkusni, kontrolni in SFPO skupini-----	167
Slika 4.1: Pomembnost izbranih kazalcev v določanju uspešnosti programa promocije zdravja -----	208
Slika 4.2. Evalvacija kakovosti programa promocije zdravja z orodjem 4-I, primer program <i>Prvi</i> -----	213

KAZALO TABEL

Tabela 1.1: Kazalci življenjskih pogojev -----	22
Tabela 2.1: Poudarjena področja aktivnosti v odvisnosti od modela zdravja -----	36
Tabela 2.2: Definicije promocije zdravja po avtorju in času nastanka -----	49
Tabela 2.3: Kriteriji delodajalcev pri odločanju za program promocije zdravja -----	65
Tabela 2.4: Deset korakov za evalvacijo v promociji zdravja -----	69
Tabela 2.5: Vrednotenje promocije zdravja s kalkulacijami-----	72
Tabela 2.6: Faktorji, ki vplivajo na izbiro tipa evalvacije promocije zdravja-----	77
Tabela 2.7: Udejstvovanje zaposlenih v delavnicah programa promocije zdravja na delovnem mestu »Prvi« po delovnih organizacijah-----	82
Tabela 2.8. Poimenovanje raziskovanih skupin in čas raziskovanja glede na potek programa promocije zdravja na delovnem mestu -----	84
Tabela 2.9: Splošni demografski podatki oseb iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi -----	85
Tabela 2.10: Objektivne značilnosti dela oseb iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi -----	85
Tabela 2.11: Kazalci prekomerne prehranjenosti zaposlenih iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi -----	89
Tabela 2.12: Težave z zdravjem specifične, zaposleni iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi. -----	90
Tabela 2.13: Kazalci zdravega življenjskega sloga, zaposleni iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi -----	92
Tabela 2.14: Tvegana vedenja za zdravje, zaposleni iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi -----	94
Tabela 2.15. Uspešnost programa Prvi s programsko evalvacijo-----	98
Tabela 2.16: Značilnosti procesnega, programskega in znanstvenega nivoja evalvacije promocije zdravja -----	99
Tabela 3.1: Struktura vprašalnika za zaposlene v vzorcu raziskave promocije zdravja na delovnem mestu -----	106
Tabela 3.2: Populacija, vzorec in realiziran vzorec ter uporabljene raziskovalne metode pri delavcih-----	107
Tabela 3.3: Struktura vprašalnika za managerje vzorca v raziskavi promocije zdravja na delovnem mestu -----	108

Tabela 3.4 Populacija, vzorec in realiziran vzorec ter uporabljene raziskovalne metode pri managerjih-----	109
Tabela 3.5: Populacija, vzorec in odzivnost v raziskavi -----	112
Tabela 3.6: Opis indeksa subjektivna kakovost delovnega življenja -----	115
Tabela 3.7: Povezovanje subjektivne kakovosti delovnega življenja z demografskimi značilnostmi in kazalci socialnega položaja-----	118
Tabela 3.8: Opis ideksa proaktivnost za zdravje -----	119
Tabela 3.9 Povezovanje proaktivnosti za zdravje z demografskimi značilnostmi in kazalci socialnega položaja -----	122
Tabela 3.10: Opis indeksa življenjski slog -----	123
Tabela 3.11: Primerjava preizkusne in kontrolne skupine v pogostosti tveganega vedenja -----	125
Tabela 3.12: Povezovanje združene spremenljivke življenjski slog z demografskimi kazalci in kazalci socialnega položaja -----	126
Tabela 3.13: Življenjski slog v povezavi z demografskimi značilnostmi in socialnim položajem -----	128
Tabela 3.14: Opis indeksa zdravstveni status -----	129
Tabela 3.15: Povezanost samoocene zdravja z nekaterimi demografskimi kazalci in kazalci socialnega položaja. -----	131
Tabela 3.16. Povezovanje subjektivne kakovosti delovnega življenja s proaktivnostjo za zdravje, življenjskim slogom, zdravstvenim statusom in promocijo zdravja-----	133
Tabela 3.17. Povezovanje zdravstvenega statusa in proaktivnosti za zdravje -----	134
Tabela 3.18 . Povezovanje proaktivnosti za zdravje in zdravega življenjskega sloga	136
Tabela 3.19. Povezovanje zdravstvenega statusa in zdravega življenjskega sloga --	137
Tabela 3.20. Povezovanje zdravega življenjskega sloga s subjektivno kakovostjo delovnega življenja -----	138
Tabela 3.21: Nosilci odgovornosti za zdravje zaposlenih, delavci iz preizkusne in kontrolne skupine -----	141
Tabela 3.22. Trije nosilci odgovornosti za zdravje zaposlenih, delavci iz preizkusne in kontrolne skupine -----	142
Tabela 3.23: Povezovanje odgovornosti za zdravje delavca z nekaterimi demografskimi značilnostmi in kazalci socialnega položaja delavcev -----	144
Tabela 3.24: Vpliv vodstvene funkcije na razumevanje odgovornosti direktorja za zdravje delavca-----	145

Tabela 3.25. Povezovanje odgovornosti za zdravje zaposlenih z indeksi kakovosti življenja	149
Tabela 3.26 . Opis indeksa odnos delodajalca do zdravja delavca	152
Tabela 3.27: Povezovanje odnosa delodajalca do zdravja delavca s kazalci kakovosti življenja	159
Tabela 3.28: Razlika v realizaciji in načrtovanju zdravju podpornih ukrepov v preizkusni, kontrolni in SFPO skupini	166
Tabela 4.1. Uspešnost programa glede na udejstvovanje ciljne populacije v programu, program <i>Prvi</i> (prir. po Windsor in drugi 1984, 100)	206
Tabela 4.2. Zadovoljstvo udeležencev v programu promocije zdravja, primer program <i>Prvi</i>	207
Tabela 4.3: Model analize uspešnosti programa promocije zdravja	207
Tabela 4.4. Vsota kadrovske in materialne stroškov programa promocije zdravja po nosilcu, primer program <i>Prvi</i>	210
Tabela 4.5. Vrednotenje programa <i>Prvi</i> s kalkulacijami (prir. po Green, Kreuter 1999, 251)	211

KAZALO PRILOG

Priloga A. Letak programa promocije zdravja na delovnem mestu	251
Priloga B. Anketni vprašalnik za zaposlene	252
Priloga C. Anketni vprašalnik, smernice za delno strukturirani intervju za managerje	261
Priloga D. Obrazec neposrednega opazovanja	265
Priloga E. Formule statistične analize.....	266
Priloga F. Evalvacija zadovoljstva v programu, vprašalnik	268
Priloga G. Evalvacija uspeha v doseganju zdravja in zadovoljstva, vprašalnik	269
Priloga H. Podrobnosti kalkulacij programa prvi	270

1 UVOD

Kakovost življenja sestavljajo subjektivne in objektivne komponente, kjer prve pomenijo zadovoljstvo, druge pa realizacijo materialnih, osebnih, socialnih potreb ter potrebe po osebnotnem razvoju. Zadovoljstvo z življenjem v največji meri izhaja iz zdravja, urejenih odnosov v družini in iz dela (Svetlik 1996), realizacija potreb pa je pogojena z objektivnimi in subjektivnimi pogoji življenjskih razmer na treh področjih (glej Tabelo 1.1).

Tabela 1.1: Kazalci življenjskih pogojev

kazalec	potrebe	objektivni kazalci	subjektivni kazalci
»imeti«	materialne in osebne	življenjska raven in ekološke razmere	(ne)zadovoljstvo z življenjskimi pogoji
»ljubiti«	socialne	objektivne mere odnosov z drugimi ljudmi	(ne)sreča, občutki o socialnih odnosih
»biti«	osebnotni razvoj	odnos do družbe in narave	občutki o odtujenosti in osebnotnem razvoju

Vir: Allardt v Novak (1996, 19).

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) kakovost življenja definira kot splošni koncept, ki združuje človekovo fizično zdravje, psihološki status, nivo samostojnosti, socialne odnose, osebna prepričanja in značilnosti okolja. Področji zdravja in kakovosti življenja sta komplementarni in prekrivajoči (WHO 1998, 17). Aktivnosti na področju izboljševanja zdravja prevzema promocija zdravja. Le-ta temelji na kaosu definicij, modelov in razlag zdravja, ki odsevajo širino njenih delno prekrivajočih se naravoslovno-družboslovnih korenin, vendar ne dosegajo soglasja v opredelitvi optimalnega nivoja kakovosti življenja.

Termin promocije zdravja se usmerja na posameznika, okolje, organizacijo in na interakcijo med njimi (Verhoeven 1997, 7). Njene iniciative usposabljaajo prebivalce v samonadzoru in izboljševanju zdravja ter delujejo za spreminjanje socialnega, fizičnega in ekonomskega okolja (Ottawska listina 1986; WHO

1998). Čeprav strategije primarne preventive, zgodnjega odkrivanja bolezni (sekundarna preventiva) ter zdravljenja in rehabilitacije (terciarna preventiva) služijo doseganju boljšega zdravja delavcev, je cilj promocije zdravja pred temi aktivnostmi (Demmer v Teržan 2005, 153).

S skrbjo za zdravje zaposlenih organizacija pokaže, da je namen njene dejavnosti pozitiven za kogar koli v njenem ožjem in širšem okolju. V Sloveniji, kjer opažamo izrazito zaostajanje na področju promocije zdravja v delovnem okolju, verjetno še nismo razumeli pomena delovne sile za ekonomski razvoj, težava pa je tudi v pomanjkanju izobraževanja, finančnih virov in mnogo prešibki kadrovske strukturi na tem področju (Keber 2003, 224).

Delovna intenzivnost zadnja leta strmo narašča in po Svetliku (2004, 9) ovira razvoj naših organizacij in ima veliko škodljivih posledic za zdravje. Ljudem v delovnih organizacijah je posvečeno malo pozornosti tako s strani splošnega managementa kot maloštevilnih strokovnih delavcev, upravljanje človeških virov je šibko (Svetlik 2004, 8). Med delovno aktivno populacijo tako beležimo visoko odsotnost z dela kot posledico poškodb, bolezni, nege in drugih vzrokov (Keber 2003, 226). Le redke delovne organizacije so že izvajale lastne programe, ki bi jim lahko pripisali značilnosti promocije zdravja.

Programe promocije zdravja vodijo koordinatorji, ki se nenehno odločajo o poteku programa v smislu optimalne porabe časa in virov, doseganja potreb udeležencev, posodabljanja in prikazovanja učinkovitosti programa zainteresiranim (Van Marris in King 2006, 5). Poleg skrbi za kvaliteto storitve je potrebno še uskladitev ciljev sistema z materialnimi možnostmi družbe (Toth 2006).

Raziskovanje promocije zdravja se najpogosteje povezuje s spremembami življenjskega sloga (Hanlon in drugi 1998; Manios in drugi 1998; Titze in drugi 2001; Yajima in drugi 2001; McMahan in drugi 2002; Wilcox in drugi 2006) ali zdravstvenega statusa (Glasgow in drugi 1997; Verhoeven 1997; Deitz in drugi 2005). Zaradi interesa delodajalcev je na razpolago veliko podatkov o ekonomski učinkovitosti promocije zdravja, zelo malo pa o njeni uspešnosti (Glasgow in drugi 2003: 1264). V povezavi s kakovostjo delovnega življenja so

ugotovili pozitivno povezanost zdravja zaposlenih s promocijo zdravja na delovnem mestu in življenjskim slogom (Glasgow in drugi 1997; Verhoeven 1997; Reardon 1998; Sorensen in drugi 1998; Haynes in drugi 1999; Musich in drugi 2000; Titze in drugi 2001; Trudeau in drugi 2002; Chang 2003; De Greef in drugi 2004; Deitz in drugi 2005; Kelsey in drugi 2006).

Tujih (predvsem ameriških) smernic iz promocije zdravja v delovnem okolju ne moremo preprosto prenesti v prakso, temveč jih je potrebno raziskati tudi v Evropi (Griffin in drugi 2005, 129). Med objavljenimi viri pri nas še ni zaslediti raziskovalnih evalvacij promocije zdravja, saj se merjenje učinkovitosti in uspešnosti dela razlaga kot zahtevno, praviloma prospektivno, drago, obsežno in zamudno (Štern 2006, 34). Vendar vsi programi ne zahtevajo enake intenzivnosti evalvacije, nobena metoda ni »prava« za vse programe, priporočena pa je triangulacija s kombiniranjem metod ali z vključitvijo več raziskovalcev (Nutbeam 1998, 39-41).

Namen disertacije je ugotoviti odnos med promocijo zdravja in kakovostjo življenja zaposlenih ob predpostavki, da aktivnosti promocije zdravja v delovnem okolju posredno pozitivno vplivajo na kakovost življenja zaposlenih.

V raziskavi so bili uporabljeni trije viri informacij, in sicer zaposleni, managerji ter koordinator promocije zdravja, ki je bil hkrati tudi opazovalec.

V populaciji 2063 oseb smo kombinirali kvantitativne in kvalitativne metode raziskovanja. Kvazi eksperiment je v evalvaciji promocije zdravja metoda, ki jo raziskovalci veliko uporabljajo (Chenoweth 2002, 31; O'Donnell 2002, 127), saj so managerji (in ne raziskovalci) navadno tisti, ki določijo katera skupina zaposlenih bo vključena v program promocije zdravja, zaposleni sami pa se odločijo ali se bodo programu pridružili ali ne.

Opazovanje z udeležbo in poglobljeni intervjuji so omogočili bolj celostno razumevanje promocije zdravja, predvsem pa so osvetlili perspektivo vseh vključenih akterjev (glej Sliko 1.1, str. 25).

Slika 1.1: Predvidena povezanost raziskovanih področij



2 PREGLED LITERATURE

2.1 OPREDELITEV ZDRAVJA

Zdravje je del kakovostnega življenja in kot tako aspiracija večine. Opisujemo ga preko definicij¹ in modelov² na osnovi katerih izbiramo strategije za vplivanje na determinante³ zdravja in posredno večanje kakovosti življenja človeka. V oceni pomembnosti posamezne determinante ni doseženega strokovnega soglasja, saj tako genske predispozicije, kot zdravstvena oskrba, (socialno) okolje in življenjski slog pomembno vplivajo na zdravje. Opredeljevanje koliko moči ima posamezen parameter kakovosti življenja in zdravja, je prepuščena posamezniku, družini in skupnosti kot edini avtoriteti na tem področju (Arnold in Breen 2006, 3).

Nekoč ozko opisano kot ne-zdravje, je danes zdravje razumljeno kot izvir moči, ki ga omogočata samo-odločanje in samo-oskrba.

2.1.1 Zdravje je antiteza bolezni

Zdravje in bolezen lahko opišemo kot ne-uspešnost organizma v prilagajanju spremembam v okolju. Definicija temelji na biomedicinskem modelu zdravja in mehanicistični razlagi človeka, ki je obravnavan kot psiho-kemični sistem (Arnold in Breen 2006, 3).

Negativna dimenzija (*angl. ill-health*) zdravja, ne-zdravje, pomeni bolezen, poškodbo ali invalidnost in se meri preko morbiditete⁴ in mortalitete⁵, s simptomi in znaki, ki odstopajo od »normalnega«. Elementi negativnega zdravja se lahko pojavljajo posamično, v kombinacijah, v kratkem ali daljšem časovnem obdobju (Downie in drugi 1992, 10).

¹ Definicija je natančen opis pojma z navedbo vseh njegovih bistvenih znakov (SSKJ 2008, 8).

² SSKJ (2008, 128) model opredeljuje kot ustaljeno oblika česa, po kateri se kaj dela; vzorec, oblika.

³ Determinante zdravja Last in drugi (2001) opredeljuje kot dejavnik, dogodek, lastnost ali kakršnokoli drugo entiteto, ki lahko vodi v spremembo v zdravstvenem stanju ali pojavu, ki je z zdravjem povezan, kot so: dednost, življenjski slog, bivalne razmere, makroekonomski in drugi dejavniki.

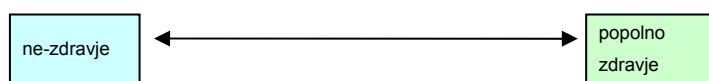
⁴ Število obolelih v populaciji v določenem obdobju (SSKJ 2008, 574).

⁵ Število umrlih na 1000 prebivalcev določenega območja v 1 letu (SSKJ 2008, 575).

V bipolarni definiciji je »normalno« popolno zdravje, sprejemljiva so nekatera odstopanja od popolnosti (npr. porodna bolečina). Sprejemanje suboptimalnosti v ozek krog normalnega vodi v višjo sprejemljivost povprečnosti in s tem zmanjševanje verjetnosti doseganja ideala popolnega zdravja.

Na negativnem konceptu temelji biomedicinski model zdravja, ki bolezen pojasnjuje z odklonskimi telesnimi procesi ter jih obravnava ločeno in neodvisno od psiholoških in socialnih (Taylor 1991 v Polič 1995, 20). Polič (1995, 20) model opisuje kot redukcionističen, enofaktorski in dualističen, saj bolezen omejuje na enostavne procese, jo razlaga le z biološko motnjo in ločuje telo od duše. Ozko opredeljeni družbeni standardi zdravja vodijo v stigmatizacijo bolnih, katerih ne-zdravje pomeni odstopanje od pričakovanega (Arnold in Breen 2006, 4). Ne-zdravje in zdravje povezujemo preko linearne premice z ekstremnim negativnim oz. pozitivnim zdravjem. Končna točka ne-zdravja je smrt, na najbolj želeni poziciji pa je popolno zdravje (Downie in drugi 1992, 20) (glej Sliko 2.1).

Slika 2.1: Zdravje kot kontinuum



Vir: Downie in drugi (1992, 20).

2.1.2 Zdravje je ravnotežje

Definiranje zdravja kot ravnotežja temelji na epidemiologiji, ki proučuje vzorce zdravja, bolezni, invalidnosti, smrti in druge značilnosti populacije (Arnold in Breen 2006, 5). Temeljni cilj epidemiologije je določiti v kateri skupini, subpopulaciji ali skupnosti grozijo dejavniki tveganja za zdravje in s presejanjem, zdravstveno vzgojo in drugimi aktivnostmi preprečevati pojav bolezni.

Prvotno opredelitev zdravja le z odsotnostjo bolezni je SZO (WHO, 1947) nadgradila z upoštevanjem vpliva številnih dejavnikov in opredelitvijo zdravja

kot ravnovesje »popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne le odsotnost bolezni.« Absolutnost koncepta naj bi vzpodbujala k doseganju splošnega, popolnega zdravja, čeprav je kot produkt treh opisanih elementov njegovo kvantificiranje nemogoče (Downie in drugi 1992, 24).

Pomembnost telesnega, duševnega in socialnega vidika zdravja je omogočila širše razumevanje polja zdravja, v katerega krog je vštela še preliminarno interakcijo med okoljem, povzročiteljem bolezni in genetskimi zapisi, poimenovano pre-patogeneza. Ohlapnost utopičnega konstrukta »popolnosti« predpostavlja nenehno potencialno bolno populacijo, ki popolnega blagostanja ne more doseči (Kamin 2004, 41).

Zdravje kot ravnovesje opredeljujejo orientalska medicina (npr. yin-yang harmonija, ayurveda) in nekateri modeli zdravja osnovani na teoriji sistemov. Trdijo, da je vse energija – mi in vse, kar nas obkroža. Ko je pretok energije v sistemu ali skozi sistem uravnotežen, se počutimo dobro, sicer se pojavi bolezen (Travis in Ryan 1991, 5).

Bolezen pomeni neravnotežje, zdravje pa ravnovesje številnih faktorjev, ki vplivajo na organizem. Cilj skrbi za zdravje tako ne more biti teženje k popolnosti, temveč spodbujanje (pozitivnega) zdravja v celoti, zmanjševanje nezdravja, ali oboje skupaj (Downie in drugi 1992, 24).

2.1.3 Zdravje je razvijanje

Zdravje kot napredovanje izhaja iz teorij razvojne psihologije (Erikson 1967; Piaget 1971), kjer pomeni uspešno realizacijo nalog v posameznem življenjskem obdobju. Koncept optimalne izpolnitve nalog je pogojen z razumskimi, telesnimi in psihološkimi kompetencami, doseganje cilja pa opredeljeno z vnaprej postavljenimi normami (Arnold in Breen 2006, 6).⁶

⁶ Kot je na primer standardiziran Denverjev test za ugotavljanje doseganja razvojnih mejnikov, ki se izvaja otrokom v predšolskem obdobju.

Primer je Eriksonova teorija psihosocialnega razvoja, ki zajema osem stopenj življenjskega ciklusa. Erikson (1967) poudarja delovanje socialnih dejavnikov na vsaki stopnji razvoja, ter posameznikov lastni način delovanja na socialno okolje. V vsakem obdobju se posameznik sooči z novim načinom interakcije med njim in okoljem, kar v njem oblikuje napetost in specifičen konflikt. Krizo je treba rešiti z uravnoteženjem pozitivne in pripadajoče negativne lastnosti (npr. zaupanje in nezaupanje).

Zdravje kot razvijanje je definirano kot neskončen proces izpolnjevanja nalog, ki so ga ljudje sposobni doseči sami z odločanjem in izbiranjem. Okolje jih pri tem lahko vzpodbuja in podpira, optimalno rast pa omogoča z intervencijami v kritičnih življenjskih obdobjih (Arnold in Breen 2006, 6).

2.1.4 Zdravje je sposobnost

Zdravje pomeni sposobnost izpolnitve temeljnih življenjskih aktivnosti, ki vplivajo na interakcijo človeka z okoljem, kot so odvajanje in izločanje, hranjenje, spanje in počitek, življenjske funkcije, vedenje, komunikacijo in čustvovanje. Dovršitev teh aktivnosti pomeni zdravje.

Podobno se razlaga zdravje družine in skupnosti, katerih temeljna naloga je nudenje fizičnih, čustvenih, edukacijskih in socializacijskih podpornih aktivnosti, ter materialnih virov. Spremembe v zdravju se odražajo z omejitvijo ali nezmožnostjo izpolnjevanja aktivnosti, kar zahteva specifično prilagoditev posameznika, skupine ali skupnosti okolju, istočasno pa tudi spremembo v okolju samem. Iz te perspektive je invalidnost sprejeta kot »drugačna« (čeprav ni ne-normalna), invalid je v zanj prilagojenem v okolju sposoben realizirati temeljne življenjske aktivnosti.

2.1.5 Zdravje je rezultat izbiranja

Med temeljne determinante zdravja poleg bioloških lastnosti človeka, okolja, in zdravstvene oskrbe prištevamo tudi življenjski slog (Lalonde 1974).

Z daljšanjem življenjske dobe človeka, večanjem pomena nenalezljivih bolezni in usmerjanjem pozornosti zdravstva na stroške, je posebno pozornost med relativno enakovrednimi determinantami zdravja pritegnil življenjski slog. Slednji pomeni izbiranje med danimi možnostmi in s tem vplivanje posameznika na interakcijo med faktorji zdravja.

Vendar zdravja ne moremo razlagati zgolj kot izid življenjskega sloga in ob pojavu bolezni prikazati posameznika kot edinega krivca. Zdravje je potrebno razumeti kot spojitev štirih determinant, med katerimi so tudi faktorji, ki jih ne moremo nadzirati (npr. genetski zapis) in taki, ki so sicer spremenljivi, vendar niso v dometu posameznika, družine ali skupnosti (npr. dostopnost zdravstva).

2.1.6 Zdravje je samoodgovornost

Cilj aktivnosti za zdravje je doseči največ kar lahko, ob upoštevanju omejitev in tem navkljub. Bistvo čilosti, oziroma *wellnessa*⁷, je maksimiranje potenciala, ki se začne z odločitvijo posameznika, da hoče več zdravja in boljše blagostanje ne glede na trenutni položaj, doseže pa ga lahko le z lastno (fizično) aktivnostjo.

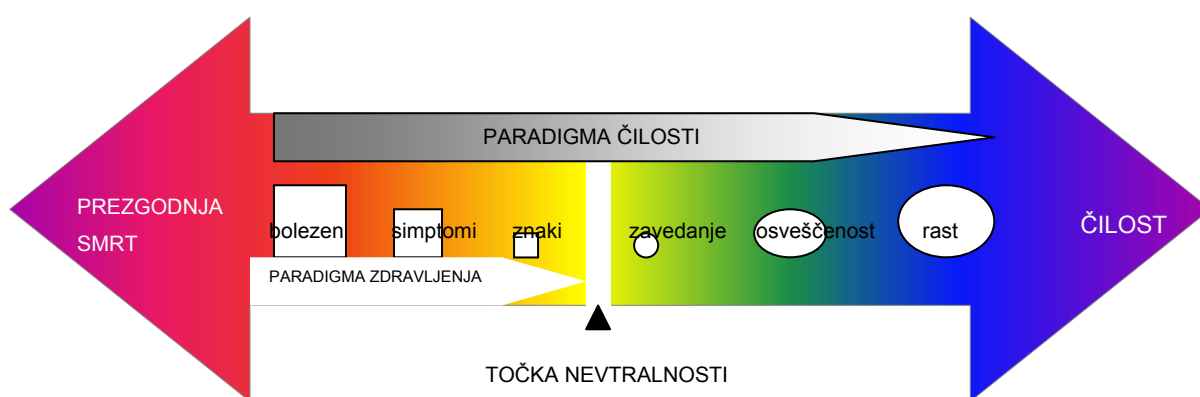
Model ne enači pričakovanj v splošna, za vse veljavna merila temveč trdi, da vsakdo lahko doseže celovito dobro počutje, če izpolnjuje tri pogoje:

- (1) zdravja si mora želei;
- (2) verjeti, da je lahko zdrav;
- (3) je sposoben in voljan izvesti spremembe v življenjskem slogu zaradi zdravja (Watts 1993, 6).

⁷ Pojem *wellness* je oblikoval Halbert Dunn leta 1961 z združitvijo besed *well-being* in *fitness* in ga opisal kot proces v doseganju optimalnega zdravja preko zavedanja, izobraževanja in osebne rasti (Travis in Ryan 1990, 16). V disertaciji ga v nadaljevanju prevajam kot čilost.

Odločitev kjer ni niti zdravja in ne bolezni se nahaja na nevtralni točki, ki naj bi jo posameznik presegel in v skladu s svojimi možnostmi sprejel odločitev o načinu življenja, ki mu bo omogočila višjo kakovost življenja. Zdravstvo lahko človeku pomaga le od ne-zdravja do nevtralne točke (dokler ne izginejo znaki, simptomi), kako in koliko bo napredoval v smeri čilosti, pa je od tu dalje odvisno od njega samega (Travis in Ryan 2001) (glej Sliko 2.2).

Slika 2.2: Neprekinjeni proces doseganja čilosti preko točke nevtralnosti



Vir: Travis in Ryan (2001, 14).

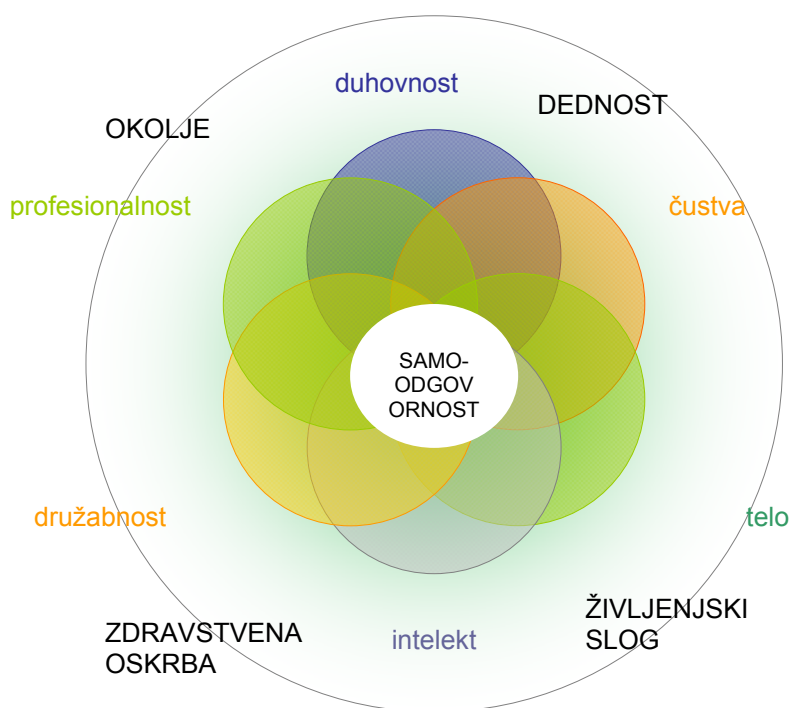
Model, ki za bolezen »krivi« človeka samega, zanemarija dejavnike okolja (McLeroy in drugi 1988, 352) in priučeno prevzemanje odgovornosti za svoje zdravje (McKenzie in Smeltzer 1997), ki so ključni v oblikovanju vedenja (Bronfenbrenner 1977).

Parsons je bolezen pojmoval kot biološki proces, ki posameznikom onemogoča opravljanje njegovih običajnih družbenih vlog. Del odgovornosti posameznika za zdravje in bolezen se nanaša predvsem na bolezni, ki se navezujejo na individualno vedenje (kajenje, prehrana, spolno obnašanje) (Pahor 1999, 1016).

Ker skoraj vsako vedenje človeka vpliva na njegovo zdravstveno stanje, lahko zdrav življenjski slog opredelimo kot vir kakovostnega življenja (Lynos in Langille 2000, 30).

Tudi Wattsova (1993, 6) v modelu celostnega zdravja človeka (*angl. Health for Human Wholeness Model*) poudarja življenjski slog, kjer je osrednji dejavnik doseganja optimalnega zdravja samo-odgovornost. Zdravje povezuje z čilostjo in ga opisuje s pomočjo šestih enakovrednih dimenzij zdravja (glej Sliko 2.3).

Slika 2.3: Model celostnega zdravja človeka



Vir: Watts (1993, 3).

2.1.7 Zdravje kot blagor

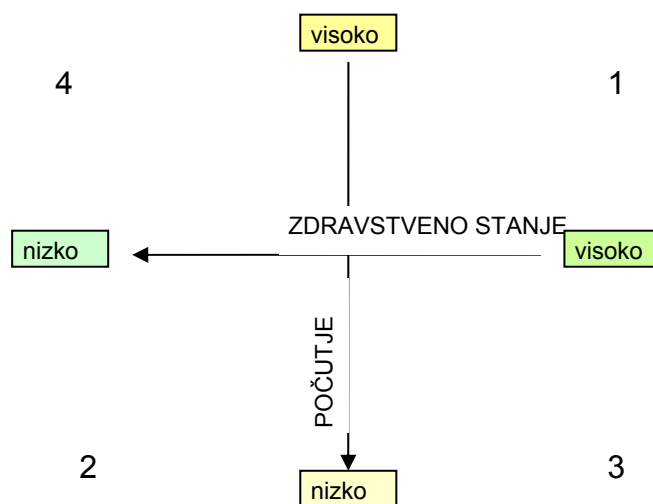
Blagor (*angl. well-being*) je subjektivna interpretacija osebnih meril iz katerih izhaja občutek, da je vse v redu. Čeprav struktura ni povsem jasna, k njej prispevajo: čustva, prepričanja, temperament, vedenje, situacija, izkušnje in zdravje (Wheller 1991).

Pojem blagostanja, ki ga vsak razume po svoje, sestavljajo tri komponente: zadovoljstvo z življenjem (ki je kognitivna komponenta), ter pozitivna in negativna naravnost, ki sta izkustveni komponenti. Blagostanje je pozitivna dimenzija zdravja, ki je v subjektivnem velikokrat razlagana kot nivo sreče oz.

srečnosti, kar postavlja posameznika za edino avtoriteto v njegovem vrednotenju. Če se »počuti odlično« ima visok nivo subjektivnega blagostanja ne glede na to, da je stanje kratkotrajno ali traja celo življenje (Downie in drugi 1992, 18).

Bolezen in zdravje nista nujno povezana počutjem, zato je smiselno ploščinski projekciji (ne)zdravja dodati novo dimenzijo. Počutje in ne-zdravje se predstavi s sekajočima puščicama, ki tako razmejujeta štiri polja namesto dveh (glej Sliko 2.4) (Downie in drugi 1992, 20).

Slika 2.4: Blagor kot razmerje med počutjem in zdravstvenim stanjem



Vir: Downie in drugi (1992, 20).

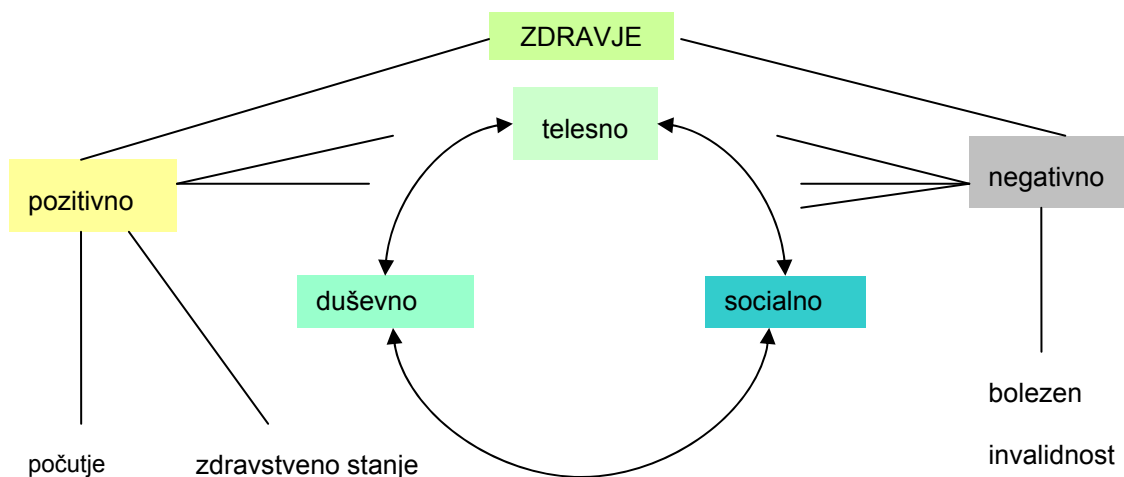
Odnos med počutjem in ne-zdravjem opisujejo štirje kvadranti (Downie in drugi 1992, 20): (a) prvi kvadrant: najbolj zaželeno stanje (odlično počutje in dobro telesno zdravje); (b) drugi kvadrant: najmanj zaželeno stanje (slabo telesno zdravje in slabo počutje); (c) tretji kvadrant: dobro telesno zdravje vendar slabo počutje; (d) četrti kvadrant: dobro počutje kljub slabemu telesnemu zdravju.

Najvišji nivo pozitivnega zdravja po tem modelu vključuje dve komponenti: odlično telesno zdravje in odlično počutje.

Objektivna odličnost počutja se odseva v kvaliteti opolnomočenja, oz. usposobljenosti, omogočajo pa jo samokontrola, avtonomija, svoboda odločanja

in samorealizacija. Subjektivno odlično počutje obstaja z ali brez objektivnega in je lahko spodbujeno tudi z zdravju škodljivimi viri (npr. drogami) (glej Sliko 2.5) (Downie in drugi 1992, 20-24).

Slika 2.5: Model zdravja po Downie, Fyfe in Tannanhil



Vir: prir. po Downie in drugi (1992, 24).

2.1.8 Zdravje kot transcendenca

Teorija zdravja kot transcendence razlaga rast in razvoj potenciala človeka kot neskončna. Vse omejitve so konstrukt človeka samega, zdravje je proces samoodkrivanja. Človek je v procesu življenja postavljen pred številne izbire in iz področja udobja – kjer se počuti varnega, potuje na neznana področja, se uči, spreminja in na novo postavlja meje z okoljem.

Zdravje je dinamično, spremenljivo, prostrano, je realizacija potenciala (Pender in drugi 2006).

2.1.9 Zdravje je usposobljenost

Vrednote⁸, navade⁹ in vedenje so temelji osebne opredelitve zdravja in bolezni. Zaradi medosebnih interakcij med ljudmi je bolezen družbeno dejstvo (Pahor 1999, 1025), zdravje univerzalna izkušnja in zato njegovo razumevanje na individualnem nivoju iluzija (Dossey in drugi 1988, 148).

Izkušnje in izbire v zdravju izhajajo iz kulture, nanje pomembno vpliva spol. Posameznik dosega zdravje s prevzemanjem vedenj, ki mu omogočajo razumevanje zdravja kot vira moči, bistvo sta samo-odločanje in samo-oskrba (Dossey in drugi 1988, 148).

2.1.10 Zdravje in celovitost

Razlaga zdravja kot celovitosti izhaja iz systemske teorije, kjer je vsak sistem istočasno podsistem in nadsistem. Sistem določajo meje, preko katerih poteka izmenjava virov s čemer je omogočeno vzdrževanje energije in rast sistema. Po tej teoriji je zdravje celovitost delovanja sistema, človek je celota, ki ga je nemogoče analizirati po delih, želeni cilj sistema človeka je celovita realizacija potenciala (Smith 2008).

Engel (v Browning in Thomas 2005, 8) je razvil bio-psiho-socialni model, ki na osnovi teorije sistemov opredeljuje zdravje kot rezultanto medsebojnega delovanja treh dejavnikov: (a) bioloških, kot so genetski material, virusi, bakterije, itd; (b) psiholoških, kot so vedenje, navade, prepričanja, itd; (c) socialnih, kot so izobrazba, družbeni sloj, delovno mesto, itd.

Zdravje je po tem modelu interdisciplinarno, poleg medicine so zanj odgovorne še sociologija, ekonomija in politika, saj za zdravje ni dovolj dober dedni zapis, temveč tudi zdrav življenjski slog in zdravo okolje (Zucconi in drugi 1999, 9) (glej Tabelo 2.1, stran 36).

⁸ Vrednote so izraz zavestne in deklarativne presoje posameznika o tem kaj se mu zdi prav in pomembno in za kar si velja prizadevati (Pogačnik 1987, 7).

⁹ Navade se razvijejo s ponavljanjem dejavnosti, omogočajo opravljanje dejavnosti skoraj brez zavestnega nadzora, pomenijo prihranek energije in časa, so stereotipne (Musek in Pečjak 1995).

Tabela 2.1: Poudarjena področja aktivnosti v odvisnosti od modela zdravja

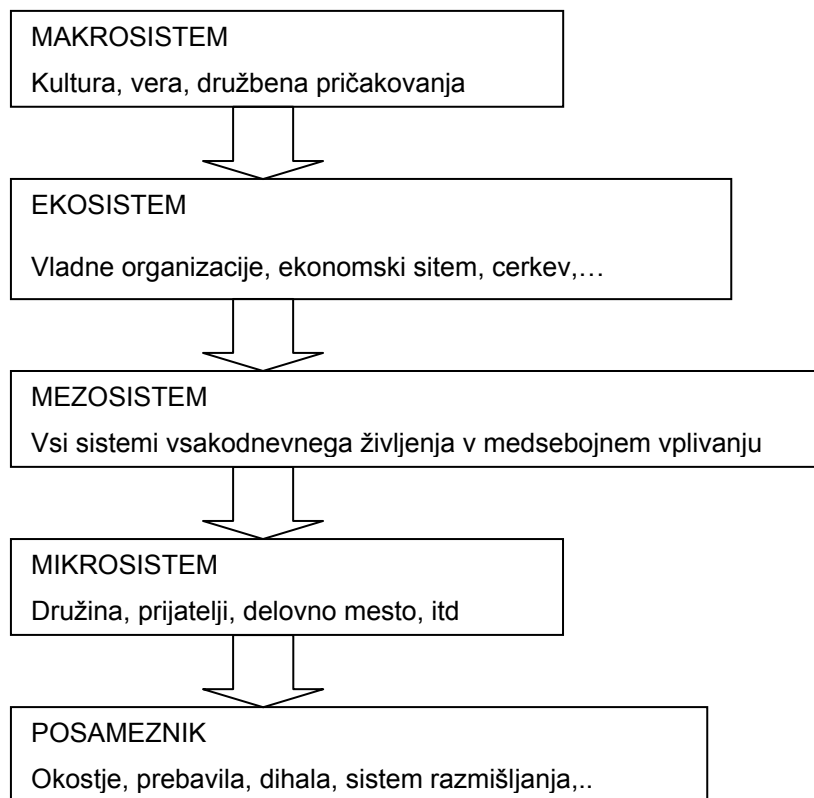
model	BIOPSIHOSOCIALNI MODEL		
	BIOMEDICINSKI	BEHAVIORISTIČNI	SOCIOLOŠKI
Poudarjena področja aktivnosti	- srčno-žilne bolezni	- kajenje	- materialno stanje
	- rak	- neustrezen način prehranjevanja	- brezposelnost
	- okužbe	- telesna nedejavnost	- nemoč, strah, stres
	- kap	- zloraba drog	- izolacija, osamljenost
	- diabetes	- neustrezno obvladovanje stresa	- onesnaženost okolja
	- debelost	- pomanjkanje sposobnosti, itd.	- pogoji dela in življenja
	- povišan krvni tlak, itd.		- sistem javnega zdravstva
			- dostopnost zdravstvenih storitev
		- način življenja in dela	

Vir: Zucconi in drugi (1999, 9).

Iz biopsihosocialne paradigme je operativno izpeljan ekološki model zdravja, ki bolezen razlaga v povezavi z neprekinjenim medsebojnim delovanjem številnih faktorjev različnega izvora. Delovanje enega elementa vpliva na sistem v celoti, že z malimi spremembami v okolju je pričakovati spremembe tudi pri posamezniku.

Ekološki model zdravja upošteva tako dejavnike posameznika kot tudi okolja. Zdravje kot več-sektorsko in več-disciplinarno določajo spremembe v kateremkoli delu sistema (človeka ali okolja) in dalje spremembe v celoti (človeka in okolja). Človek zavestno sprejema odločitve (spreminja sebe in okolje), ki niso vedno modre, vendar tudi z ne-odločanjem odraža svojo izbiro. Najvišji nivo zdravja ni popolno temveč *optimalno* zdravje, ki pomeni največ/najbolje kar lahko dosežemo glede na dane pogoje (Rogers 1983, 100-103; McLeroy in drugi 1988, 351) (glej Sliko 2.6, str. 37).

Slika 2.6: Sistemi v ekološkem modelu zdravja



Vir: Zucconi in drugi (1999, 13).

Novejše definicije zdravja poleg samo-odgovornosti, odločitve in ravnotežja med petimi dimenzijami zdravja, največji vpliv na oblikovanje trajnih sprememb v zdravju ljudi pripisujejo okolju (O'Donnell 2009, iv).

Na ne-zdravje tako vplivajo (Browning in Thomas 2005, 8): (a) biomedicinski dejavniki: genetika, fiziologija, simptomi; (b) vedenje: kajenje, zloraba drog, telesna dejavnost, zdrava prehrana; (c) psihološki dejavniki: mišljenje, stres, osebnost, motivacija; (d) socialni dejavniki: socialne mreže, podpora, odnosi v družini; (e) dejavniki zdravstva in družbe: zdravstvena politika, kultura, zaposlenost, socialno-ekonomski položaj; (f) fizično okolje (ekologija): urbanizem, klima, kakovost vode, zemlje.

Prispevek posameznega dejavnika k pojavu bolezni so ocenili na: 50% nezdravo vedenje, 20 % biomedicinski faktorji, 20 % okolje, 10 % zdravstvena oskrba (Browning in Thomas 2005, 9).

Delovanje organizma je določeno z interakcijo med njim in okoljem, kar pomeni, da okolje vedenje omejuje in vpliva na njegovo modifikacijo (Browning in Thomas 2005, 7). Iz sociološkega vidika je temeljni način doseganja zdravja družbe vplivanje na pogoje dela in življenja ljudi (Malnar 1992, 4), vpliv dejavnikov okolja na pojav bolezni je morda celo 80 odstoten (White 2002 v Malnar 1992, 26), saj je zdravje odraz razmerja med posameznikom in sistemi ekosistema (McLeroy in drugi 1988, 351; Bunton in MacDonald 1992; Green in Kreuter 1999, 22).

Po tej razlagi je temeljni pogoj zdravja ekosistem, ki nudi ustrezne ekonomske in družbene pogoje, informacije, usposablja za vzdrževanje zdravja, omogoča zdrave izbire in storitve za zdravje, nudi podporo v spreminjanju življenjskega sloga in zmanjševanju dejavnikov tveganja.

Tudi SZO ekonomske in družbene pogoje razlaga kot dejavnik, ki (posredno) spodbuja ali ovira zdravje posameznikov in skupnosti, vendar njegov vpliv ocenjuje za enakovrednega vplivu nezdravega vedenja (Wilkinson in Marmot 2003, 7).

2.2 KAKOVOST DELOVNEGA ŽIVLJENJA

Kakovost življenja se dopolnjuje in prekriva z zdravjem, saj združuje človekovo fizično zdravje, psihološki status, nivo samostojnosti, socialne odnose, osebna prepričanja in odnos z okoljem (SZO 1998, 17).

Zdravje ni cilj kakovostnega življenja temveč njegov vir (SZO 1998, 1) in ima za posameznika vsaj občasno centralni pomen (Malnar 2002, 4). Je obenem sredstvo za funkcioniranje posameznikov v okviru družbenih struktur (Pahor 1999, 1014-1026) in »med najprepričljivejšimi ter celostnimi kazalci rezultatov kakovostnega življenja« (Černigoj-Sadar 2002, 72).

Po Allardtu (1976) je nivo kakovosti življenja določen z deležem uresničenih materialnih in nematerialnih potreb, oziroma pričakovanj, ki na teh potrebah temeljijo. K materialnim potrebam je avtor prištel potrebo po varnosti, sledijo še potrebe po pripadnosti in socialnih stikih ter osebne potrebe. Veliko mero potreb zadovoljujemo s plačanim delom, ki zavzema večji del človekovega vsakdanjika ter predstavlja največji vpliv na oblikovanje osebne identitete in občutka lastne vrednosti (Bandura v MacPhee 1999, 38).

Pojem kakovost delovnega življenja se, tako kot pojem kakovost življenja, pojavlja v kontekstu objektivnih virov, ki kakovost omogočajo (Rus in drugi 1985, 33; Hood in Smith 1994; Novak 1995, 21; Knox in Irving 1997, 39; Dessler v Svetlik 1998) in kot odziv na pogoje v smislu osebnega zadovoljstva (Meeberg 1993, 32).

2.2.1 Objektivni pogoji dela

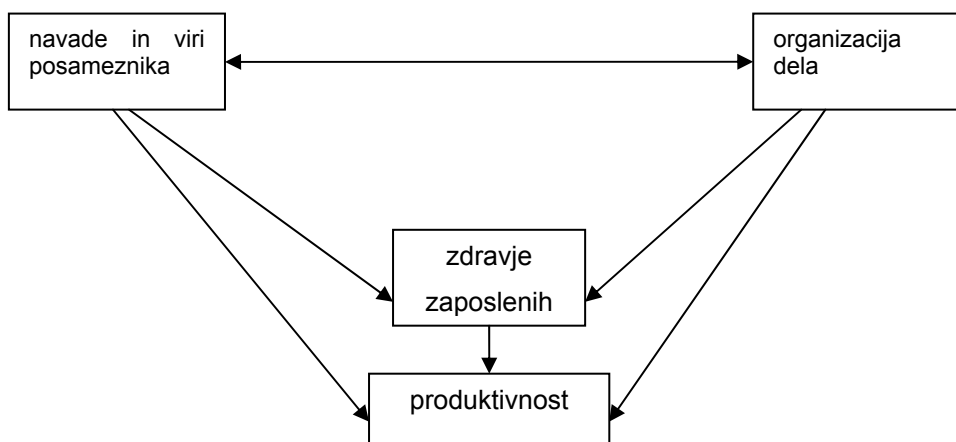
Delovno okolje vpliva na fizično, mentalno, ekonomsko in družbeno blagostanje zaposlenih, posledično pa tudi na zdravje njihovih družin, lokalne skupnosti in družbe nasploh (Chu in drugi 2000, 1). Kakšen bo vpliv dela na zdravje človeka je odvisno od »trajanja, usklajenosti z osebnimi lastnostmi, namerami posameznika in od socialnega okolja v katerem se odvija delovni proces« (Černigoj-Sadar 2002, 72-84).

Najpogostejši načini oblikovanja dela so alternativne razporeditve delovnega časa, gibljivi delovni čas, krajši delovni teden, krožki za kakovost, itd. (Svetlik 1998, 158). V zadnjih desetletjih se delovna sila stara, več je zaposlovanja žensk in nenavadnih oblik zaposlovanja: (a) večanje števila malih in srednje velikih podjetij, krčenje javnega sektorja in agrikulturne dejavnosti, spremembe v managementu, povečevanje storitvene dejavnosti, globalizacija trga; (b) povečana uporaba in odvisnost od računalnika in telekomunikacijske tehnologije, dela na daljavo, avtomatizacija procesov dela in povečana zahtevnost znanja na delovnem mestu, povečane intenzivnosti procesa dela, tempo in stresnost dela; (c) spremembe v razmišljanju o zdravju, ki so vodile v spoznanje o pomembnosti preventive, spremenjen pristop k varstvu pri delu, usmerjenost v splošno zdravje in blagostanje, povečanje stroškov zdravstvene oskrbe in visoki stroške invalidnosti; (d) razpoznava novih tveganj na delovnem mestu, usmerjenost od skrbi za varnost k zdravju, management absentizma (Wynne in Grundemann 1999, 7-8).

House (1980) je delo v izmenah in po pogodbi povezal z večjo potrošnjo alkohola in tobaka pri zaposlenih. Cassel (1976) je odkril, da stres v okolju vpliva na živčni sistem in na endokrine žleze tako, da poveča dovzetnost za fizične in psihične bolezni. S slabšanjem pogojev dela, kot npr. nevarno, monotono delo in prehitro tempo dela, narašča nesposobnost za delo. Čeprav pogoji dela ne pojasnjujejo odsotnosti in nesposobnosti za delo v celoti, so sorazmerno povezani s pojavom psihičnih težav (ali slabšanjem počutja) (Houtman in drugi 1994).

Posamezni vedenjski vzorci zaposlenega vplivajo na produktivnost direktno (npr. s pavzami za kajenje) in indirektno (z vplivom na zdravje in absentizem). Viri zaposlenega (učinkovitost, prilagodljivost, socialne mreže) so posredniki med njegovim življenjskim slogom in organizacijo življenja ter blažijo škodljivi učinek dela. Podobno organizacija dela z oblikovanjem sistemov, posredno pa preko oblike vodenja vpliva na produktivnost delavcev. Na zdravje na delovnem mestu tako vplivajo osebni viri, izkušnje v zdravju, prepričanja, nagnjenja, vrednote, genetski dejavniki zaposlenega in organizacija dela v fizičnem in psihosocialnem smislu (Shain in Kramer 2004) (glej Sliko 2.7, str. 41).

Slika 2.7: Vplivi na zdravje zaposlenih na delovnem mestu



Vir: Shain in Kramer (2004, 3).

V raziskavi Evropske fundacije med 16 tisoč zaposlenimi iz držav EU se kaže prepričanje anketiranih, da delo na njihovo zdravje ne vpliva pozitivno (Eurofound 2009).

V Sloveniji je največ primerov bolniške odsotnosti¹⁰ posledica bolezni dihal, največ izgubljenih dni pa poškodb in zastrupitev, ki v pretežni meri nastanejo izven dela. Na drugem mestu po številu izgubljenih dni zaradi nezmožnosti za delo je skupina bolezni mišično kostnega sistema. V mlajši starostnih skupinah kot vzrok odsotnosti pri moških prevladujejo poškodbe, pri ženskah je največ odsotnosti na račun nosečnosti. Po 45 letu starosti je za oba spola več kot četrtnina odsotnosti iz bolezni mišično-kostnega sistema (IVZ 2007, 3-5).

V zadnjih letih je bilo po enotni metodologiji na vzorcih aktivnega prebivalstva v evropskih državah izvedenih nekaj anketnih raziskav (Anketa o delovni sili in

¹⁰ Bolniško odsotnost definiramo kot povprečni odstotek začasne odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodb, nege in spremstva ter drugih vzrokov. Poškodba pri delu je posledica kratkotrajnega mehaničnega, fizikalnega ali kemičnega učinka, posledica hitre spremembe položaja telesa, nenadne obremenitve telesa ali drugih sprememb fiziološkega stanja organizma, če je takšna poškodba v zvezi z opravljanjem dela ali dejavnosti, na podlagi katere je posameznik zavarovan (Ur.list RS, št.26/03). Podatke o bolniški odsotnosti in poškodbah pri delu spremlja Inštitut za varovanje zdravja, podatke o poškodbah pri delu tudi Inšpektorat za delo RS.

Evropska raziskava o delovnih pogojih) o odsotnosti z dela zaradi bolezni, ki našo državo uvrščajo visoko na lestvici (glej Sliko 2.8).

Slika 2.8: Povprečno število dni odsotnosti od dela iz zdravstvenih razlogov na zaposlenega v nekaterih državah EU v letu 2008

država	Povprečno št. dni odsotnosti / delavca
Slovenija	8,7
Nizozemska	8,6
Norveška	7,1
Republika Češka	5,5
EU27	4,6
Italija	3,8
Španija	3,6

Vir: Vučković (2009, 10)

Zdravje povezujemo z osnovnimi (biološki, socio-ekonomski, geo-politični, kulturno-zgodovinski) in z vedenjskimi dejavniki (kajenje, telesna nedejavnost, nepravilna prehrana, prekomerno uživanje alkohola, stres in druga škodljiva vedenja). Prvi so nespremenljivi ali zelo težko spremenljivi in zahtevajo dolgoročni več-sektorski pristop (Zaletel-Kragelj 2003, 2-3).

Priložnosti v življenjskih razmerah omogočajo izbiranje, ki je oblikovano z družbenimi normami in sprejetimi pravili vedenja. Odločitev v smislu oblike vedenja je zato najprej odraz kulture okolja šele nato izbira posameznika (Lynos in Langille 2000, 9-11).

2.2.2 Življenjski slog zaposlenega

Pojem zdrav življenjski slog izhaja iz opredelitve vedenja kot zdravo ali nezdravo (tvegano) (Lyons in Langille 2000, 8) oz. normalno in deviantno (White v Malnar 2002, 8). Ekspertne skupine in zdravstvena politika spodbujajo zdravo ravnanje, uresničuje pa ga posameznik brez zunanje prisile (White v Malnar 2002, 8) iz prepričanja, da smrtnost in kakovost življenja v večini pogojujejo prav dejavniki življenjskega sloga (Neuser v Verhoeven 1997, 19).

SZO (1998, 16) zdrav življenjski slog opisuje kot: »Vsako aktivnost posameznika, z namenom spodbujanja, varovanja ali vzdrževanja zdravja, ne glede na aktualni zdravstveni status in učinkovitost te dejavnosti.« Zdrav slog je »uravnotežen«, oseba »zdravo izbira«.

Čeprav ne moremo opredeliti enega, splošnega zdravega življenjskega sloga, pa lahko opišemo veliko komponent, ki nanj vplivajo (nagnjenja, znanje, sposobnosti in dejavnost) (Lyons in Langille 2000, 11). Specifične oblike vedenja, ki so dokazano povezane s povečano pojavnostjo nekaterih obolenj in slabšim zdravjem SZO (1998, 18) definira kot tvegana vedenja.

Življenjski slog je produkt kombinacije izbire, priložnosti in razpoložljivih virov (znanja, sposobnosti, podpornega okolja) (Lyons in Langille 2000, 8-9) doma, na delovnem mestu, v lokalni skupnosti in širšem življenjskem prostoru človeka (SZO 1998, 20). Revna okolja zaradi omejenosti izbir lahko povzročijo poslabšanje zdravja (povečajo ranljivost za obolenja) in dobrega počutja, kar posledično vodi v pasivnost ali nesposobnost spremeniti nezaželeno situacijo (Blaxter 1983).

Pri posameznikovi motivaciji za določeno vedenje imajo po Bečaju (1997) velik pomen socialne norme¹¹, posameznikova pripravljenost za podrejanje pričakovanjem referenčnih socialnih skupin, demografske in osebne značilnosti, ter spremenljivke, ki zadevajo konkretno vedenje in situacijske

¹¹ Socialne norme so splošno sprejeti standardi socialnega vedenja, mišljenja in občutenja in so zelo povezane s stališči, vrednotami in prepričanji (Bečaj 1997).

spremenljivke. Moč motivacije je odvisna od privlačnosti cilja in pričakovanih rezultatov dejavnosti (Bandura 1997).

Po teoriji samoučinkovitosti¹² bo posameznik vložil več navora in truda v področje delovanja kjer se čuti uspešnega in učinkovitega, kot v tistega kjer o svoji učinkovitosti ni prepričan. Samoučinkovitost vpliva predvsem na motiviranost - vedenjsko namero, zaznana kontrola vedenja (zunanji dejavnik) pa vpliva na vedenje samo. Dejavniki ki vplivajo na vedenje so med seboj povezani, kateri bo imel večji pomen pa je odvisno od interpretacije situacije s strani posameznika (Radovan 2001a, 111).

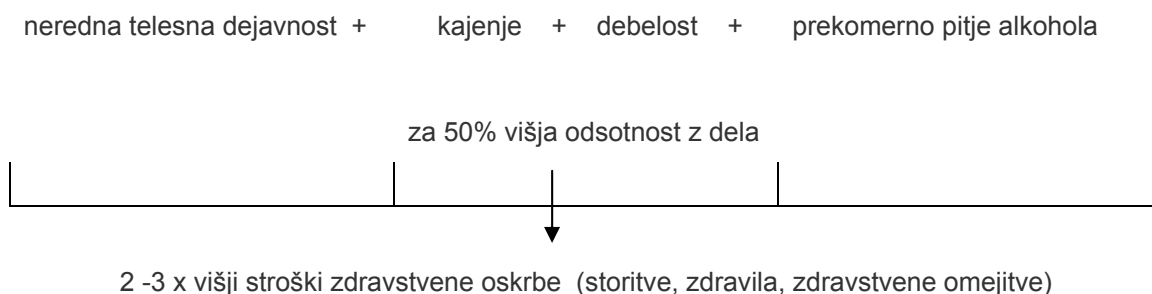
Življenjski slog ne vpliva le na obolevnost in umrljivost, temveč tudi na kakovost življenja, s katero je v pozitivnem ali negativnem odnosu ter se razlikuje glede na to ali ga razumemo kratko ali dolgoročno. Sprememba, npr. prenehanje kajenja, bo sprožila začasno poslabšanje v kakovosti življenja posameznika zaradi začasnega slabšega počutja (nižja kakovost življenja), ki nastane kljub temu, da se je posameznik odločil za bolj zdravo (in daljše) življenje. Zdravju podporno vedenje, izboljšanje kakovosti in trajanja življenja so velikokrat sorazmerni (če posameznik rad telovadi) lahko pa tudi v obratno-sorazmerni (če osebi gibalne aktivnosti niso všeč). Prav zato, ker razmerje med življenjskim slogom in dobrim počutjem ni vedno le pozitivno, je proces doseganja zdravja in spreminjanja vedenja posebej zahteven (Neuser v Verhoeven 1997, 19-20).

Čeprav koncept zdravega načina življenja (morda neupravičeno) izpostavlja individualno odgovornost za zdravje (Malnar 2002, 18) je dokazano, da so zaposleni s tremi ali več dejavniki tveganja za zdravje za 0,5-krat več odsotni z dela od delavcev, ki teh nimajo (Shain in Kramer 2004, 3). Tveganja in stroški se progresivno nanašajo drug na drugega: večje je tveganje, višji so stroški. To kažejo tudi podatki iz programa StayWell kjer je bil delež oseb, ki so bile odsotne z delovnega mesta zaradi bolezni šest ali več dni v letu pomembno

¹² Samoučinkovitost po Banduri (1963) posamezniku omogoča vzpostavljanje kontrole nad lastnim mišljenjem, čustvovanjem in aktivnostjo – to so prepričanja o lastni uspešnosti, ki pomenijo občutenje osebne kompetentnosti pri določenem opravilu.

večji pri zaposlenih z več dejavniki tveganja za zdravje (Naditch 1986) (glej Sliko 2.9).

Slika 2.9: Zdravje in stroški zdravstvene oskrbe zaposlenih



Vir: Shain in Kramer (2004, 3).

2.2.3 Subjektivni pogoji dela

Naujni sestavini kakovosti življenja sta subjektivno doživljanje sreče (Diener in drugi v Musek 2002, 43) in občutek smiselnosti življenja (Frankl v Musek in Avsec 2002, 44). Subjektivni blagor pomeni posameznikovo (subjektivno) vrednotenje lastnega življenja, oceno tega, kako pozitivno oziroma negativno doživlja lastno življenje (Diener v Musek in Avsec 2002, 46), kar ustreza poljudnemu izrazu »sreča« in prepričanju, da je življenje polno, smiselno in prijetno (Myers v Musek in Avsec 2002, 46).

Zadovoljstvo z življenjem obsega kognitivno komponento, kjer posameznik ovrednoti pomembne aspekte svojega življenja glede na standarde, ki si jih je postavil sam (Musek in Avsec 2002, 47).

Drugi faktor subjektivnega blagostanja je emocionalni, ki je sestavljen iz pozitivnih emocij in razpoloženj in odsotnosti le-teh. Četudi ne uživamo v trdem delu, občutje da delujemo v skladu z vrednotami in dosegamo zastavljene cilje pozitivno vpliva na subjektivni blagor. Ta je višji pri osebah ki se usmerjajo na visoke a dosegljive cilje, kot pri osebah, ki so usmerjene k zelo težavnim ciljem (Emmons v Musek in Avsec 2002, 53).

Po Museku (2002) demografske spremenljivke k pojasnjevanju subjektivnega blagra prispevajo največ 20 odstotkov, zato so psihološki vidiki kakovosti življenja pomembnejši od materialnih in socioloških. Subjektivni blagor avtor povezuje s prilagojenostjo, uspešnostjo in psihičnim zdravjem, povezave s telesnim zdravjem niso izrazite. Zadovoljitev temeljnih potreb je nujni, vendar ne zadostni pogoj za srečo, o psihičnem zdravju ne moremo govoriti brez dobrega počutja in zadovoljstva z življenjem (Musek in Avsec 2002, 44-54).

Delovna organizacija je pomemben vir in prenosnik družbenih norm, vrednot, ekonomskih in socialnih virov (McLeroy in drugi 1988), vendar le šibko vpliva na subjektivni kazalec kakovosti življenja. K zadovoljstvu z delom pripomorejo vsebina dela, samostojnost pri delu, plača, dodatki in ugodnosti, vodenje in organizacija, delovne razmere ter odnosi pri delu (Svetlik 1996, 341-349).

Kolektivno percepcijo delovnega okolja imenujemo organizacijska klima, sklop specifičnih internih značilnosti organizacije. Nanjo vplivajo fizično okolje, centraliziranost in formaliziranost v organizaciji, formalni in neformalni odnosi, člani oziroma osebnosti v delovni organizaciji in stil vodenja, delovna klima organizacije v kombinaciji z motivacijo in usposobljenostjo delavca vpliva na njegovo vedenje (Basen-Enquist in drugi 1998, 112).

V oblikovanju organizacijske klime ima posebno velik vpliv občutena podpora managementa, saj vodje določajo pravila, cilje, prioritete in vire (DeJoy 2009, 13).

Okolje naj bi vzbujalo občutek pripadnosti in pomembnosti, zniževalo stres, podpiralo samonadzor, preprečevalo socialno izolacijo in z višanjem zadovoljstva pri delu nižalo absentizem, fluktuacijo in podpiralo psiho-fizično zdravje (Ho 1997, 187-188; Lyons in Langille 2000, 9-11).

2.3 PROMOCIJA ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Promocija zdravja v širšem pomenu besede vključuje toliko pomenov, da je že brez prave vsebine, saj jo zaznamuje cel spekter multidisciplinarnih definicij. Velikokrat se kot osrednjo dejavnost promocije zdravja razume zdravstveno vzgojo, preventivo ali se promocijo zdravja predstavlja kot »dežnik« pod katerim se skrivajo vse aktivnosti in programi, ki podpirajo zdravja ljudi (Downie in drugi 1992, 57).

»*Promotion*« pomeni proces napredovanja oz. aktivnosti, ki pomagajo ali podpirajo k napredku ali uspešnosti. Za SZO je proces promocije zdravja enakovreden konceptu »*empowerment*«, ki ga Kaminova (2004) prevaja kot opolnomočenje. Avtorica meni, da: »Gre v sistemu promocije zdravja za pooblastitev, ne le krepitev moči državljanov; posamezniki morajo skrbeti za svoje zdravje, morajo se privezati v avtu itd. (Kamin 2004, 49).«

Definicijo promocije zdravja najpogosteje povzemamo po Ottawski listini iz leta 1986, kjer je bila na mednarodni konferenci opredeljena kot: »proces usposabljanja prebivalstva v povečevanju nadzora in izboljševanju lastnega zdravja (WHO 1998, 1).« Cilj je doseganje popolnega zdravja, del odgovornosti zanj se z zdravstva prenese na posameznika.¹³

Termin promocija zdravja se zato ne omejuje na posameznika, temveč zaobjema še okolje, organizacijo in interakcijo med njimi (Verhoeven 1997, 7). Bunton in MacDonald (1992, 1) jo opisujeta kot multidisciplinarno prizadevanje, ki temelji na primarnih disciplinah znanosti kot so psihologija, pedagogika, epidemiologija in sociologija, opira pa se tudi na socialno psihologijo, teorije komunikacije, marketing, ekonomijo in filozofijo (glej tudi Tabelo 2.2, str. 49).

¹³ Za doseganje stanja popolnega fizičnega, duševnega in socialnega blagostanja, morata biti posameznik ali skupina sposobna prepoznati in uresničiti pričakovanja, zadovoljiti potrebe ter se prilagoditi ali obvladati okolje. Zdravje tako postane pogoj za vsakodnevno življenje in ni le njegova posledica. Je pozitiven koncept, ki obsega družbene in osebne danosti, ter fizične sposobnosti. Zato promocija zdravja ni le odgovornost zdravstvenega sektorja, temveč vodi preko zdravega načina življenja do doseganja blagostanja« (WHO 1998, 1-2).

Želeni izid te dejavnosti je opolnomočenje posameznikov ali skupnosti (Nutbeam 1998, 28) in pomeni obširen socialni in politični proces spreminjanja socialnih, okoljskih in ekonomskih pogojev, ki so v prid zdravju posameznika in skupnosti (WHO 1998, 1).

Ottawsko listino, temeljni dokument v promociji zdravja, je oblikovalo komaj 38 držav sveta in je pretežno usmerjena na potrebe industrijskih dežel. Opredeljuje pet področij za aktivnosti promocije zdravja: graditi zdravo javno politiko, ustvariti podpirajoče okolje, utrditi družbene akcije, razvijati osebno usposobljenost, preoblikovati zdravstvene službe. Akcije so medsebojno odvisne, vendar je zdrava javna politika tista, ki omogoča ostale štiri (Nutbeam 2005, 1-3).

V Adelaidi si je leta 1988, dvesto dvajset udeležencev iz 42 držav izmenjalo izkušnje iz oblikovanja javne politike zdravja. Sledilo je več konferenc promocije zdravja, na katerih so ponovno so potrdili vrednote iz četrto stoletja stare Ottawske listine, kot so družbena pravičnost in enakost, spoštovanje različnosti, ponosa in človekovih pravic ter zmanjševanje neenakosti v zdravju (O'Neill 2005, 2).

Promocija zdravja dosega cilje preko komplementarnih strategij (OHPRS 2005): (a) komunikacija v zdravju: uporaba komunikacijskih tehnik in pristopov, ki vzpodbujajo zdravje posameznikov, populacije ali organizacije; (b) zdravstvena vzgoja: povečevanje zdravstvene osveščenosti, znanja in razvijanje sposobnosti ki vodijo v zdravje posameznika in družbe; (c) samopomoč, medsebojna pomoč; (d) organizacijske spremembe: oblikovanje podpornega okolja, ki vzpodbuja zdrave izbire; (e) mobilizacija in razvoj družbe v smeri povečevanja nadzora nad determinantami zdravja; (f) zagovorništvo: dejavnosti, ki so namenjene podpiranju ciljev na področju zdravja; (g) politični razvoj: razvijanje pravil in meril, ki varujejo zdravje družbe in posameznikom olajšujejo zdrave izbire.

Tabela 2.2: Definicije promocije zdravja po avtorju in času nastanka

Vir, čas	PROMOCIJA ZDRAVJA JE...
Lalonde, 1974	...strategija s ciljem informirati, vplivati na posameznike in organizacije ter jih podpirati k sprejemanju večje odgovornosti in k povečanju aktivnosti za izboljšanje duševnega in fizičnega zdravja.
US Department of Health, Education and Welfare, 1979	...kombinacija zdravstvene vzgoje, organizacijskih, političnih in ekonomskih programov, ki v vedenju in okolju podpirajo spremembe, ki izboljšujejo zdravje.
Green, 1980	...kakršnakoli kombinacija zdravstvene vzgoje, organizacijskih, političnih in ekonomskih intervencij oblikovanih za podpiranje zdravju podpornih vedenjskih sprememb in sprememb v okolju.
Green in Iverson, 1982	... kakršnakoli kombinacija zdravstvene vzgoje, organizacijske, ekonomske podpore in podpore okolja vedenju, ki vodi k zdravju.
Perry in Jessor, 1985	... izvedba uspešnih dejavnosti za utrjevanje izboljšane zdravja in dobrega počutja na vseh štirih domenah zdravja (fizično, socialno, psihološko, osebnostno)
Nutbeam, 1985	... proces usposabljanja ljudi k povečanju samokontrole nad determinantami zdravja za izboljšanje zdravja.
WHO, 1984, 1986	...proces usposabljanja ljudi k povečanju samokontrole in izboljšanju zdravja
Goodstadt et al., 1987	...vzdrževanje in izboljševanje obstoječega zdravja preko izvedbe učinkovitih programov, storitev in politike.
Kar, 1989	...povečanje dobrega počutja in izogibanje dejavnikom tveganja s sprejemanjem optimalnih vedenjskih, družbenih, okoljskih in biomedicinskih determinant zdravja.
O'Donnell, 1989	...znanost in umetnost pomoči pri izbiri življenjskega sloga s ciljem doseganja optimalnega zdravja.
Downie, Fyfe, Tannanhill 1990	... obsežne aktivnosti v podpiranju pozitivnega zdravja in preprečevanju bolezni, s pomočjo kombinacije aktivnosti zdravstvene vzgoje, preventive in varovanja zdravja.
Labonte in Little, 1992	...vsakršna aktivnost ali program namenjen izboljšanju družbenih ali okoljskih življenjskih pogojev s ciljem izboljšanja dobrega počutja ljudi.
Catford, 1993	... vzpodbuda in podpora družbe, ki usposablja posameznike in skupnosti v prevzemanju nadzora nad lastnim zdravjem.
Health Promotion Agency, England	... proces usposabljanja ljudi za akcijo. Cilj dejavnosti je izboljšanje sposobnosti in veščin posameznikov za akcijo in sposobnost skupin oz. družbe, da delujejo kolektivno s ciljem povečanja kontrole nad determinantami zdravja in doseganjem izboljšanja

Vir: Rootman in Goodstadt (2001, 10).

2.3.1 Opredelitev promocije zdravja na delovnem mestu

Evropska mreža za promocijo zdravja na delovnem mestu je postavila definicijo, ki so jo v letu 1997 vključili v Luksemburško deklaracijo in dvakrat posodobili.

Promocija zdravja na delovnem mestu obsega kombinacijo aktivnosti zaposlenih, delodajalcev in celotne družbe katerih namen je izboljševanje zdravja in počutja zaposlenih na delovnem mestu. Cilj je mogoče doseči s kombinacijo:

- 1) izboljševanja organizacije dela in delovnega okolja;
- 2) spodbujanjem aktivnega sodelovanja;
- 3) spodbujanjem osebnostnega razvoja.

Promocija zdravja na delovnem mestu, ki temelji na medsektorskem in multidisciplinarnem sodelovanju je lahko uspešna le, če so ji vsi ključni elementi naklonjeni (Luksemburška deklaracija 2007, 4).

Na Finskem Inštitutu za varstvo pri delu promocijo zdravja na delovnem mestu opisujejo kot variabilen proces pomoči zaposlenim in organizacijam v prilagajanju na spremembe delovnega življenja. Njen cilj je podpora blagostanja in funkcionalne sposobnosti ter produktivnosti zaposlenih na delovnem mestu. Delovno okolje razumejo kot prioriteto okolje za izvajanje promocije zdravja, saj je pomembno za fizično, duševno, ekonomsko in socialno blagostanje zaposlenih, posledično pa tudi njihovih družin, skupnosti in družbe nasploh (Chu in drugi 2000, 155).

Wynne in Grundemann (1999, 18) namesto razvijanja tesnejšega odnosa promocije zdravja z medicino dela, predlagata njeno integracijo v obstoječe organizacijske sisteme kot so sistem zdravja, varnosti in varovanja zdravja pri delu, managementa kakovosti in človeških virov.

2.3.2 Razvoj promocije zdravja na delovnem mestu

Zgodovino programov promocije zdravja na delovnem mestu opisujemo v štirih generacijah. Večina programov *prve generacije* se ni nanašala na zdravje, pravila v zmanjševanju tveganja niso bila uvedena z namenom izboljševanja zdravja temveč predvsem zaradi varnosti in večje produktivnosti (Verhoeven 1997, 10).

V *drugi generaciji* promocije zdravja so tudi na delovnem mestu pričeli določati dejavnike tveganja in izvajati intervencije, ki so se omejevale na eno bolezen, en dejavnik tveganja, eno metodo dela in izbrani del populacije. Medicina dela in varstvo pri delu sta se usmerjali na prvo pomoč in zdravstveno oskrbo, na ukrepe povečevanja varnosti in preprečevanja nezgod, obenem pa zanemarila determinante zdravja, ki izhajajo iz neposrednega in širšega okolja (Chu in drugi 2000, 1).

Tretja generacija programov promocije zdravja v spektru različnih metod ponuja široko paleto intervencij za različne dejavnike tveganja pri vseh zaposlenih. Usmerjenost delovanja tudi v tej generaciji promocije zdravja ostaja na dejavnikih tveganja za zdravje in preprečevanju nezgod na delovnem mestu, tudi ti programi ne obravnavajo širše socialno ekonomske, organizacijske in okoljske problematike (Chu in drugi 2000, 2).

V *četrti generaciji* programov promocije zdravja je poudarek na aktivnostih, politiki in odločitvah, ki vplivajo na zdravje in dobro počutje vseh zaposlenih. Pristop temelji na razumevanju zdravja delavca kot posledice številnih determinant, s čemer promocija zdravja na delovnem mestu postane celovitejša in integrativna, saj obravnava dejavnike tveganja pri posamezniku, ovire okolja in organizacije, vključuje celoten kolektiv in si prizadeva oblikovati zdravju spodbudno delovno okolje (Karasek in Theorell 1990; Maes in drugi 1998).

Kljub temu, da je potreba po celovitem pristopu vse večja, marsikje promocija zdravja na delovnem mestu ostaja zgolj strategija zmanjševanja tveganega vedenja. Zaradi nejasnega koncepta stroke se že pojavljajo novi termini, ki natančneje razlagajo njeno vsebino, kot je npr. management zdravja na delovnem mestu (Chu in drugi 2000,10).

2.3.3 Promocija zdravja na delovnem mestu v Evropi

V Evropi so se že v 70. letih nekatera podjetja navduševala nad spodbujanjem zdravja pri delu, vendar so prizadevanja kmalu opustila, ker skrb za zdravje delavcev ni bila v skladu z interesi organizacije.

Leta 1992 je Evropska fundacija za izboljšanje delovnih in življenjskih pogojev objavila raziskavo, kjer sta Wynne in Clarkin razlagala pomen promocije zdravja na delovnem mestu in jo povezovala z zdravjem in blagostanjem zaposlenih (Griffiths 2005, 1).

V letu 1996 je bila ustanovljena mreža European Network for Work Health Promotion (ENWHP), ki neformalno združuje agencije zdravstvenega varstva na nivoju držav EU. ENWHP je izvedla analizo primerov dobre prakse, sledili sta raziskava primerov v malih in srednje velikih podjetjih ter posnetek stanja v javnem sektorju. Sestavili so še nabor programov, projektov in instrumentov, analizirali promocijo zdravja na delovnem mestu v zasebnem sektorju ter razvili nacionalne forume.

ENWHP je oblikovala dva pomembna dokumenta, ki služita kot vodilo 18 članic združenja. Luksemburška deklaracija, ratificirana je bila v letu 1997, definira promocijo zdravja na delovnem mestu ter opredeljuje njen koncept. Leto kasneje potrjen Cardiff Memorandum določa promocijo zdravja v majhnih in srednje velikih podjetjih.

Preko združenja ENWHP želi EU vzpodbuditi obravnavanje promocije zdravja kot prioritete, ter upoštevanje zdravja ob sprejemanju strateških odločitev znotraj delovnih organizacij, saj meni, da je zdravje na delovnem mestu rezultat številnih dejavnikov, med katerimi so posebej pomembni (ENWHP 2005): (a) vrednote in politika v delovni organizaciji in izven nje; (b) kultura sodelovanja v delovni organizaciji in izven nje; (c) oblika vodenja in izkušnje managementa; (č) koncept produktivnosti in principi vsakodnevne organizacije; (d) varnost pri delu; (e) kakovost delovnega okolja; (f) navade in življenjski slog zaposlenih.

V Ameriki večina delodajalcev ponuja najmanj eno obliko programa promocije zdravja predvsem z namenom zmanjševanja stroškov. Ameriški model se

usmerja na tvegana vedenja, na izbrana obolenja in metode spreminjanja vedenja kombinira z zdravstveno vzgojo (Wynne in Grundemann 1999, 58).

V Evropi so delovne organizacije promocijo zdravja uvajale predvsem zaradi pritiskov zakonodaje, zahtev delavcev in njihovih težav z zdravjem, ter zato, da bi dvignili ugled organizacije. Evropski model je v primerjavi z ameriškim manj razširjen in manj jasen: obravnava posameznika in njegovo okolje, vključuje široko paleto metod dela in se poskuša integrirati v obstoječe strukture organizacije. Evropa se zato nekoliko manj usmerja na dejavnike tveganja pri posamezniku in bolj na kakovost delovnega življenja in delovno okolje (O'Donnell 2002, 555).

V ospredju promocije zdravja na delovnem mestu v Evropi so Nizozemska, Finska, Švedska in Nemčija. *Nizozemska* vlada je podprla številne aktivnosti delodajalcev v raziskovanju, informiranju, pilotnih raziskavah in evalvaciji, ki so se usmerjale predvsem na zmanjševanje stresa na delovnem mestu.

Finska se je uveljavila predvsem s programom vzdrževanja delovne sposobnosti, s katerim so želeli starejšim delavcem omogočiti čim daljšo aktivno zaposlitev.

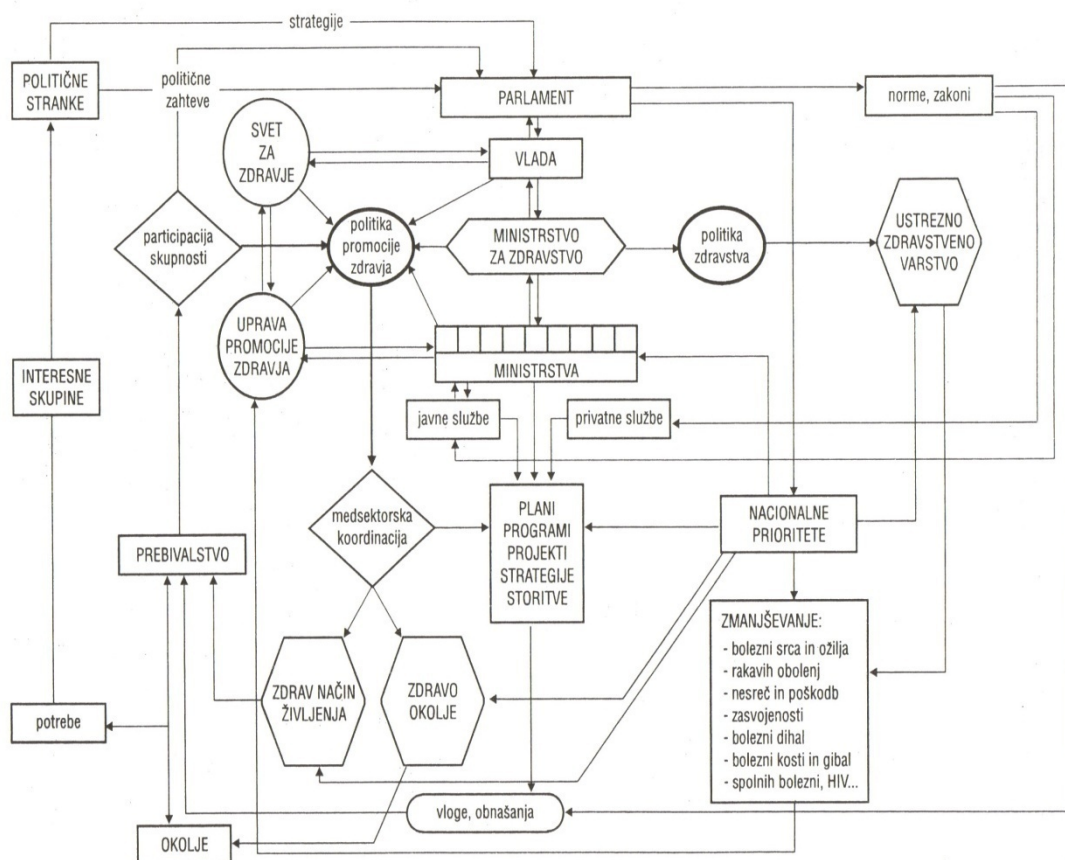
Švedska prelaga odgovornost za zdravje zaposlenih pretežno na delodajalca, ki mora vsako leto izvesti interno kontrolo in izboljšati delovno okolje, nuditi načrt rehabilitacije in kriti njene stroške ter stroške prvih dveh tednov odsotnosti z dela zaradi bolezni. Predmet promocije zdravja na delovnem mestu sta predvsem psiho-socialno okolje in vpliv managementa ter organizacije na zdravje zaposlenih.

Tudi v *Nemčiji* sta prioriteti v promociji zdravja na delovnem mestu reorganizacija dela in preoblikovanje pogojev dela, medtem ko je vplivanje na specifično vedenje vključeno zgolj v kontekst. Kot zanimivo obliko promocije zdravja na delovnem mestu, so Nemci uvedli krožke za zdravje (nekoliko spominjajo na krožke za kakovost) kjer je temeljnega pomena sodelovanje vseh ključnih oseb organizacije (Kirsten v O'Donnell 2002, 556-557).

2.3.4 Organizacija promocije zdravja v Sloveniji

Evropska unija je razvila mrežo agencij zdravstvenega varstva iz različnih držav, razvija se zakonodaja na nacionalni ravni, promocija zdravja vstopa na delovna mesta (Wynne in Grundemann 1999, 17). Kaminova (2004, 164), ki je analizirala multimedijske aktivnosti v promociji zdravja trdi, da »ni niti enega področja vsakdanjega življenja, ki bi bil svoboden od zdravja«, saj se »zdravstvenemu sistemu omogoča širjenje na vsa področja družbenega delovanja«. Vzpostavila se je politika promocije zdravja katere naloga je po Klanjščku (1995, 74) mobilizacija resursov za zdravje in omogočanje multisektorske zdrave javne politike, ki je v službi strategije »zdravja za vse« (glej Sliko 2.10).

Slika 2.10. Akterji v mreži promocije zdravja



Vir: Klanjšček (1995, 80).

Kompleksen sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji določata Zakon o zdravstvenem varstvu (Ur.l.RS, št.9/1992) in Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur.l.RS, št.36/2004) ter vse direktive in priporočila Sveta Evrope. Vlada z resornim ministrstvom nekatere aktivnosti izvaja samostojno, ostale pa preko agencij, inštitutov in javnih zavodov z javnimi pooblastili.

Največjo moč na področju preprečevanja bolezni in vzpodbujanja zdravja ima Inštitut za varovanje zdravja in področni zavodi za zdravstveno varstvo, ter javni zavod za zdravstveno zavarovanje. Občine, mesta in lokalne skupnosti določajo mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni, ki uresničuje naloge zdravstvenega varstva zaposlenih z oblikovanjem in izvajanjem programov za krepitev zdravja prebivalstva, izvajanjem higiensko epidemiološke, zdravstveno-statistične in socialno-medicinske dejavnosti za svoje območje.

Zdravstveno dejavnost opravljajo zdravstveni zavodi ter druge osebe na podlagi koncesije. V Sloveniji imamo široko razpredeno mrežo zdravstvenih ustanov na primarni ravni, dobro dostopnost do zdravstvenih storitev, univerzalno zdravstveno zavarovanje in soliden razvoj medicinske stroke (Kersnik 1998, 308).

Eno od meril učinkovitosti sistema zdravstvene dejavnosti je delež bruto domačega proizvoda, ki je usklajen z zmožnostmi družbeno-ekonomskega sistema v državi. Uspešnost sistema zdravstvenega varstva ocenjujemo z razmerjem med doseženimi in možnimi rezultati ob upoštevanju razpoložljivih virov (Kersnik 1998, 28-31).

V Sloveniji se izdatki za zdravstvo gibljejo okrog 8 odstotkov BDP (ZZZS 2006), ocena izrabe kaže na neracionalno potrošnjo, ki ob racionalizaciji sredstev zahteva posodobitev obstoječih programov za zagotavljanje celovite kakovosti (Kersnik 1998).

2.3.5 Koristi promocije zdravja na delovnem mestu

Zdrava delovna sila je življenjskega pomena za ekonomski razvoj in promocija zdravja lahko pripomore k doseganju tega cilja (Griffiths 2005, 2). V primerjavi s splošno promocijo zdravja, aktivnosti v delovnem okolju lažje dosežejo ljudi, ti za zdravje lažje najdejo čas. Ker je skupina vključenih oseb relativno stabilna, je mogoče sledenje skozi daljše časovno obdobje. Promocija zdravja na delovnem mestu za svojo dejavnost koristi obstoječi management in organizacijsko strukturo in s tem olajša strukturalne intervencije in kontinuiteto. V delovnem okolju lahko veliko intervencij izvajamo istočasno in jih kombiniramo s spremembami v okolju, kar s podporo socialne mreže ustvarja zdravju podporno kulturo (Verhoeven 1997, 8).

Kot izhaja iz raziskav, so potencialne koristi promocije zdravja na delovnem mestu številne (Matteson in Ivancevich 1988; Warner in drugi 1988; Pelletier 1997; Ho 1997; Terborg v Verhoeven 1997; Sorensen in drugi 1998; Musich in drugi 2000; McMahon in drugi 2002; Agustin in drugi 2008): (a) izboljšano zadovoljstvo z delom, vzdušje, povečana lojalnost, povezanost zaposlenih, izboljšani medsebojni odnosi pri delu; (b) boljša samopodoba, večja energičnost, ustvarjalnost, produktivnost zaposlenih; (c) izboljšan ugled delovne organizacije, manjša fluktuacija, lažje pridobivanje novih kadrov; (d) izboljšano zdravje zaposlenih, zmanjšani absentizem, zamujanje, poškodbe pri in ob delu, manjša poraba zdravstvenih storitev, zmanjšani stroški zdravljenja in nadomeščanja zaposlenih.

Izboljšan oz. *zdrav* življenjski slog je pogost cilj promocije zdravja. Sorensen (1998) je v dvoletnem programu promocije zdravja raziskoval spremembo življenjskih navad 2386 zaposlenih. Z vprašalnikom je ugotovil značilno razliko med poskusno in kontrolno skupino v količini zaužitih maščob, povečanju obrokov sadja in zelenjave ter zaužitih vlakninah. Razlike so bile skromne, vendar bi se po mnenju avtorjev na populacijskem nivoju lahko izkazale z učinkom na rakava obolenja in bolezni srca in ožilja.

Titzejeva (2001) je opazovala učinkovitost spodbujanja 338 zaposlenih v javni upravi, k hoji po stopnicah. V štirimesečnem programu so s privlačnimi »pull«

tehniki poskusili spodbuditi zaposlene k uporabi stopnic: na stopnišču so ponujali jabolka ali drugo sadje, dvigalo pa za en dan simbolično zaprli. Uporaba stopnišča se je povečala v vseh pisarnah, vendar zgolj v eni statistično značilno.

Na Škotskem so v tovarni z 2600 zaposlenimi ugotavljali v kolikšni meri kontrola zdravstvenega stanja in zdravstvena vzgoja vplivata na spremembe v življenjskem slogu. Šest mesecev po pregledu zdravstvenega stanja je kar 47 odstotkov oseb navedlo, da so v skladu s strokovnim nasvetom spremenili eno ali več navad. Po dvanajstih mesecih se je delež povečal na 56 odstotkov, tretjina vprašanih pa je spremembo nameravala šele uvesti (Hanlon in drugi 1998).

Na vprašanje povezave stroškov zdravstvene oskrbe in promocije zdravja tudi iz raziskav ni najti jasnega odgovora. V triletni raziskavi, ki je zajela skoraj 2 tisoč oseb Haynes s kolegi (1999) ugotavlja, da so stroški zdravstvenega varstva višji za sodelujoče v programu promocije zdravja in da je pri njih pomembno več težav z duševnim zdravjem, več obolenj spolovil, sečil in kože. Avtorji zato trdijo, da se za prostovoljno udeležbo v programih promocije zdravja odločajo predvsem zaposleni z aktualnimi zdravstvenimi težavami.

Nasprotno pa je Musicheva (2000) po šestletni raziskavi med variablama ugotovila nasprotno povezanost. Avtorica zatrjuje, da promocija zdravja na delovnem mestu zmanjšuje tveganja za zdravje in s tem niža stroške zdravljenja.

Bertera (1990) je med več kot 43 tisoč proizvodnimi delavci s pre-post testom s kontrolo meril učinek dveletnega programa promocije zdravja in poskusil zvezo prikazati preko števila dni odsotnosti z dela. Avtor ugotavlja, da se je že prvo leto po uvedbi programa v preizkusni skupini povprečno število dni odsotnosti z dela znižalo za 10,5 odstotka in zatrjuje, da za vsak vložen dolar v promocijo zdravja delodajalec prihrani od 1,45 do 2,87 dolarja. Znižanje stroškov naj bi izhajalo iz boljšega zdravja, ki je posledica zdravih navad.

Nizozemski projekt *Barbantia* v tovarni z gospodinjskimi pripomočki je bil namenjen spreminjanju življenjskega sloga in pogojev dela za 500 zaposlenih.

Iz podatkov pridobljenih z vprašalnikom, intervjuji in biomedicinskimi meritvami so avtorji dokazali, da triletni program ni imel značilnega učinka na življenjski slog in ne na obvladovanje stresa, izmerili pa so zmanjšanje dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni, ugotovili pozitivne spremembe v delovnem okolju in znižanje absentizma za 8,1 odstotkov (Maes in drugi 1998).

Pozitivne učinke obveznega programa za učitelje je dokazal tudi Green (2001) v izboljšavah krvnega tlaka, znižanju holesterola in deležu maščob v telesu.

Peters in Carlson (1999) pa že po treh mesecih aktivnosti ugotavljata značilno znižanje telesne teže, krvnega tlaka in večjo frekvenco zdravih življenjskih navad.

Tudi Chang (2003) je že po osem tedenskem programu telesne dejavnosti izmerila značilno izboljšanje v ravnotežju, koordinaciji, moči in gibljivosti preiskovancev.

Nasprotno, pa številni avtorji niso potrdili sprememb, ki bi izhajale iz dejavnosti promocije zdravja. Ashley in drugi (2001) so kot posledico programa za spodbujanje telesne dejavnosti ugotovili neznačilno izboljšanje v kakovosti življenja.

Chen (1999) je ugotovila značilno izboljšanje v življenjskem slogu preizkusne skupine, ki je bila deležna skromni šest ur svetovanja v času šestih mesecev, vendar objektivni podatki zdravstvenega statusa navedb zaposlenih niso potrdili.

Programu promocije zdravja tudi Ho (1997) ni dokazala povezanosti s stresom, zadovoljstvom s pogoji dela, odnosi s sodelavci, samorealizacijo in stopnjo absentizma. Ugotovila pa je, da so tisti zaposleni, ki so bili vključeni v promocijo zdravja izrazili večjo naklonjenost delovni organizaciji in večje zadovoljstvo z delom in delovnim mestom.

Podobno, so med skoraj sedem tisoč zaposlenimi merili učinek 3-letnega programa promocije zdravja na oblikovanje podporne organizacijske klime. Raziskovalci so odkrili, da je program sicer značilno pozitivno vplival na klimo,

vendar se ta sploh ni odražala v spremembah življenjskega sloga zaposlenih (Basen-Enquist in drugi 1998).

2.3.6 Omejitve promocije zdravja na delovnem mestu

Nekatere velike delovne organizacije so promocijo zdravja sprejele kot del organizacijske kulture in strukture, njihovi interni programi so zelo raznoliki - potekajo v delovnem okolju ali izven njega, med delovnim ali prostim časom, so vsebinsko specifični ali splošni, brezplačni ali plačljivi, občasni ali kontinuirani, včasih zajemajo tudi družinske člane zaposlenega, udejstvovanje je v celoti prostovoljno ali spodbujeno z nagrajevanjem (Bulaclac 1996; Conrad 2005, 540).

V promociji zdravja ne poznamo programa, ki bi bil na splošno priporočljiv in njegova učinkovitost vnaprej zagotovljena, kar od koordinatorjev programov zahteva širok spekter znanj in nenehno prilagajanje. Ti najpogosteje poskusijo prepričati delodajalce za uvedbo programa promocije zdravja tako, da jim podajajo podatke iz zdravstvene statistike (Muto in drugi 1997), vendar s tem premalo upoštevajo specifične potrebe ciljne populacije, oz. zaposlenih iz konkretne delovne organizacije (Neiger in drugi 2003).

Zaposleni napačno menijo, da delodajalci uvajajo promocijo zdravja predvsem iz treh razlogov: zaskrbljenosti za njihovo zdravje, zahtev, ki so jih delavci postavili in želje po zniževanju stroškov (Breckon in drugi 1985; Fielding in Piserchia 1989). Vendar je v nasprotju z mnenjem delavcev glavni razlog delodajalca dobiček. Večina vodilnih zato ne želi vlagati v intervencije, ki (kratkoročno) znižujejo učinkovitost delovne organizacije, kljub temu, da s tem uresničujejo cilje javnega zdravja (Donaldson 1995; Donaldson in Blanchard 1995). Vlaganje v zdravje zaposlenih je morda le usluga njegovim prihodnjim delodajalcem, saj večina delavcev ne ostane celotno delovno dobo v eni organizaciji. Poleg tega povezava med življenjskim slogom zaposlenih in izidi organizacije ni popolnoma jasna (Glasgow in drugi 1997; Donaldson in drugi 1999; Fine in drugi 2004), zato za delodajalce ekonomski argument o dolgoročnih pozitivnih izidih ni povsem prepričljiv (Warner 1987).

Pogoji, ki omogočajo uspešnost promocije zdravja na delovnem mestu navaja Chu (2000): (a) udejstvovanje zaposlenih v vseh fazah procesa programa; (b) management projekta, meritve in programi so usmerjeni k reševanju konkretnih težav; (c) integracija - programi morajo postati del obstoječe organizacijske prakse in usklajeni z vizijo organizacije; (d) program mora delovati na nivoju posameznika in tudi njegovega okolja.

Dejavniki delovne organizacije lahko tudi ovirajo programe promocije zdravja z omejevanjem udejstvovanja zaposlenih (Yen in drugi 2006), preko stila vodenja (Witte 1993), tipa proizvodnje (Hollander in Lengerman 1988; Glasgow in drugi 1990), nivojev organizacije (Hollander in Lengerman 1988), velikosti delovne organizacije (Glasgow in drugi 1990; Glasgow in drugi 1992), organizacijske strukture (Gottlieb in McLeroy 1994), pomanjkljive podpore top managementa (Glasgow in drugi 1990; DeJoy in drugi 2009), odločitev, ki omejujejo zdrav življenjski slog (Emont in Cummings 1990; Allen 2002), avtonomije in nadzora na delovnem mestu (Terborg 1988).

Pogosta težava v programih promocije zdravja na delovnem mestu je pomanjkljiva podpora in (ne)sodelovanje zaposlenih, ki je kljub motiviranju, multidisciplinarnim akcijam in prilagajanju nemalokrat porazno nizko – celo 1,6 odstotno (Fielding 1990; Griffiths 1996; Griffin in drugi 2005, 131).

Vzrokov je verjetno več. Dobbins (1998) zatrjuje, da na vključevanje zaposlenih v programe promocije zdravja podpora organizacije kot jo zaznava delavec, sploh nima vpliva. Kaže pa, da je na področju zdravja zaposlenih močan dejavnik zaupanje (Laschinger in drugi 2000), ki ga omogočajo diskretnost, razpoložljivost, pristojnost, konsistentnost, poštenost, integriteta, lojalnost, odprtost, vsesplošno zaupanje, izpolnjevanje obljub in dovezetnost za potrebe drugih (Butler 1991).

Meritve dejavnikov tveganja za zdravje privabljajo predvsem posameznike z relativno nizkim tveganjem, t.i. »*worried-well*«, katerih anksioznost se zaradi kontrol še dodatno zvišuje (Hanlon in drugi 1998; Musich in drugi 2000). Tipični udeleženeec programov je ženska srednjih let (Dobbins in drugi 1998; Peltomäki in drugi 2003).

Kritiki spodbujanje specifičnega, vnaprej določenega življenjskega sloga razlagajo kot obliko nadzora nad posamezniki (Watson in drugi 1996), interne aktivnosti delovne organizacije na tem področju pa kot vrsto avto-selekcije (Glasgow in drugi 1993) in izraz *verovanja* zaposlenih (Cox in drugi 1988).

Promocija zdravja se poleg tega velikokrat poslužuje oblik dela (posterji, brošure, knjižice) na katere je pozorna zgolj tretjina populacije (Yoshita in drugi 2004), s čimer večja številčnost neuspešnih programov (Shephard in drugi 1982; Bly in drugi 1986; Pelletier in drugi 1997; Stuijbergen in drugi 2000; Okamura in drugi 2004; Proper in drugi 2004; Merrill in drugi 2008 itd.).

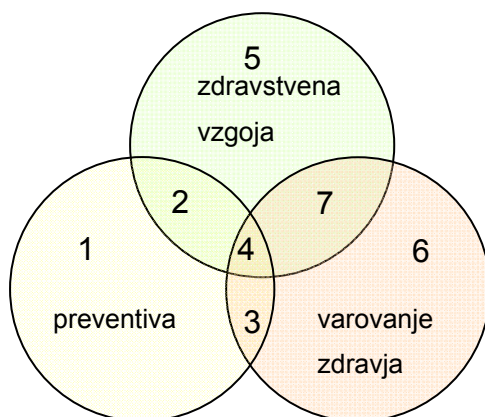
Grant in Brisbin (1992) poudarjata, da je v promociji zdravja na delovnem mestu mogoče pričakovati zgolj 20-30 odstotno odzivnost populacije (običajno tistih, ki so že dobro osveščeni o zdravju), 70-80 odstotkov populacije z dejavniki tveganja pa se takih aktivnosti izogiba zaradi strahu, sramu in nerazumevanja.

Če predpostavljamo, da intervencije dosežejo tretjino ciljne populacije, da 85 odstotkov prejemnikov sporočilo razume, tretjina od teh informacijam verjame v tolikšni meri da načrtujejo spremembo, vendar le 40 odstotkov teh živi in dela v okolju, kjer spremembo lahko realizirajo. Pričakovani rezultat je (če smo zelo optimistični) sprememba življenjskega sloga pri treh odstotkih ciljne populacije izobraževalnega programa promocije zdravja (MacDonald in drugi 1996).

2.3.7 Model promocije zdravja IHPI

Mednarodni inštitut promocije zdravja (IHPI) pod pojem promocije zdravja všteva zdravstveno vzgojo, preventivo in varovanje zdravja. Cilj zdravstvene vzgoje je v podpiranju vzorcev vedenja in pomoči posameznikom, skupinam oz. celotni družbi v doseganju blagostanja. Preventiva se izvaja preko storitev varovanja pred boleznimi, kot je kontrola krvnega tlaka. Varovanje zdravja se nanaša na zakonodajo in politiko, kot je zakon o omejevanju kajenja (glej Sliko 2.11).

Slika 2.11: Model promocije zdravja IHPI



Vir: Downie in drugi (1992, 58).

Promocija zdravja mora biti usmerjena k preprečevanju ne-zdravja in istočasno spodbujati harmonično izboljševanje fizičnega, mentalnega in socialnega zdravja na sedmih poljih (Downie in drugi 1992, 25; Downie 1993, 58):

(1) *preventiva*: npr. imunizacija, presejalni testi, kontrolne meritve krvnega tlaka...;

(2) *preventivna zdravstvena vzgoja*: vzgoja zdravih za zdrav način življenja, spodbujanje za vključevanje v preventivne dejavnosti. Komunikacijski kanal mora potekati dvosmerno, kar zagotavlja izvajanje potrebnih in želenih preventivnih dejavnosti;

(3) *preventivno varovanje zdravja*: zmanjšuje možnost, da bi se posamezniki srečali s tveganji v okolju in bi z lastnim vedenjem ogrožali svoje zdravje. Preventivno varovanje zdravja olajša zdrave izbire. npr. fluoriranje vode,

obvezna uporaba varnostnega pasu, omejevanje pitja alkohola, varnost in zdravje pri delu;

(4) *zdravstvena vzgoja za preventivno varovanje zdravja*: stimulira družbo k preventivnem varovanju zdravja, npr. spodbujanje k uporabi varnostnega pasu v avtu;

(5) *pozitivna zdravstvena vzgoja*: njen cilj je vplivati na zdrav način življenja s pozitivnim pristopom (npr. spodbujanje k rekreaciji) ali pomoč posameznikom, skupinam in celotni družbi, v razvijanju sposobnosti in samospoštovanja, ki pogojujeta doseganje čilosti;

(6) *pozitivno varovanje zdravja*: kontrole, pravila in zakoni, ki podpirajo zdravje in preprečujejo obolenja, npr. prepoved kajenja;

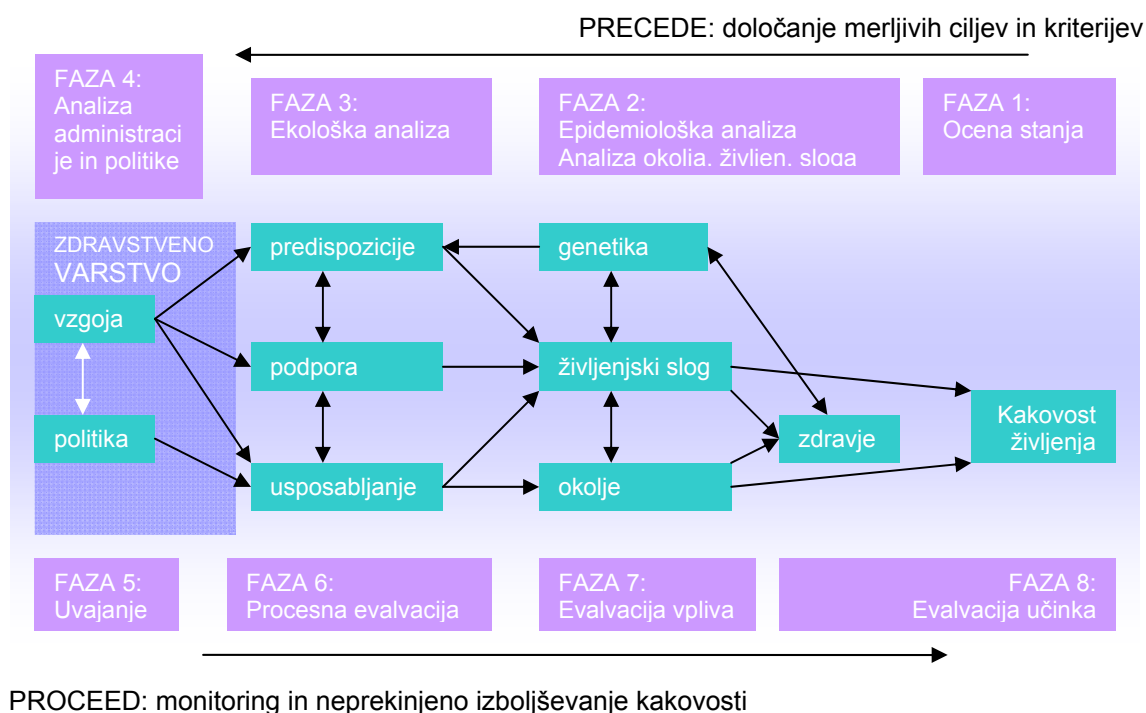
(7) *zdravstvena vzgoja za pozitivno varovanje zdravja*: višanje zavedanja, utrjevanje podpore in meritve za pozitivno varovanje zdravja.

Posameznih sfer promocije zdravja ne smemo razumeti kot ostro ločena polja, saj se preventivni in pozitivno usmerjeni cilji običajno kombinirajo. Z informiranjem, podporo v razvijanju sposobnosti, preventivo in zdravim okoljem posamezniki razvijejo samozaupanje, da lahko sami uravnavajo svoje počutje in niso le žrtve zunanjih dejavnikov.

2.3.8 Model promocije zdravja PRECEDE-PROCEED

Zelo priljubljen model za izvajanje promocije zdravja je model Precede–Proceed, ki vključuje predispozicije, opolnomočenje in usposabljanje, pred izvajanjem intervencij zahteva predvidevanje učinka, obravnava pa tudi politiko, pravne akte, organizacijo in razvijanje okolja. Uporabnost modela je v sistemskem in proaktivnem delovanju promocije zdravja, kjer udeleženci aktivno opredelijo svoje probleme, ugotovijo rešitve zanje in si postavijo cilje (glej Sliko 2.12).

Slika 2.12: Model promocije zdravja Precede-Proceed



Vir: Green in Ottoson (2006, 6).

Ocena stanja in predvidevanje koristi programa

Če so kakovost življenja, sreča in veselje cilj ljudi, je profit oziroma produktivnost cilj delovnih organizacij. Promocijo zdravja na delovnem mestu bodo delodajalci podprli le v primeru, ko bodo vedeli čemu so aktivnosti namenjene oziroma kakšne so njene koristi za organizacijo. Za slednjo je posameznik pomemben toliko, kolikor prispeva skupnosti oziroma koliko k

dobičku delovne organizacije. Pri odločanju delodajalcev za izvajanje aktivnosti na področju promocije zdravja sta pomembni razširjenost obravnavane problematike in pričakovana učinkovitost intervencij. Na osnovi kriterijev (glej Tabelo 2.3) se delodajalec odloči za (ali proti) aktivnostim, z določanjem prioritete pa izbere kakšna bo njihova vsebina (Green in Kreuter 1999, 346).

Tabela 2.3: Kriteriji delodajalcev pri odločanju za program promocije zdravja

Kriteriji
<ul style="list-style-type: none"> • predvidene koristi glede na stroške (cost-benefit analiza); • koristi v primerljivem delovnem okolju; • časovni termin realizacije koristi; • vpliv na znižanje stroškov delovne organizacije; • prepričanje o pomenu za zmanjšanje fluktuacije zaposlenih in pridobivanje novih kadrov; • predvidene negativne posledice: odsotnost z dela, odgovornost delavca za svoje zdravje.

Vir: Green in Kreuter (1999, 346).

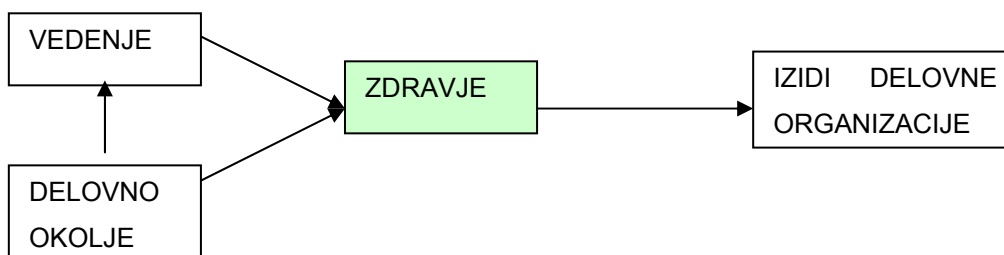
Epidemiološka analiza

V epidemiološki analizi gre za določitev epidemiološke vrednosti problema, kjer se ugotavljajo najpogostejše težave, bolezni ter poškodbe, ki vodijo v odsotnosti z dela in večajo tveganja na delovnem mestu.

Analiza delovnega okolja in življenjskega sloga zaposlenih

Sledi identifikacija faktorjev, ki vplivajo na zdravstveni status in zdravje delavca nasploh in ugotavljanje možnosti vplivanja nanje (glej Sliko 2.13).

Slika 2.13: Nekateri dejavniki, ki vplivajo na zdravje zaposlenega



Vir: Green in Kreuter (1999, 351).

Ekološka analiza

Z ekološko analizo določamo relativno pomembnost in spremenljivost faktorjev na katere bo cilj program promocije zdravja. Analizirati je potrebno celotno polje potencialnih faktorjev vpliva in realno oceniti možnost vplivanja nanje, za vsak objektivno in merljivo postavljen cilj programa posebej.

Bistvenega pomena v organizaciji promocije zdravja sta dostopnost in udobnost: bližina programa delovnemu mestu, urnik izvajanja aktivnosti, stroški oziroma cena le-tega.

Poleg izbire prioritete na osnovi epidemioloških podatkov, interesa in motivacije delodajalca, je potrebno upoštevati še motivacijo delavca, njegovo osveščenost, izpostavljenost stresu na delovnem mestu in zadovoljstvo z že izvedenimi programi v preteklosti. Motivacija je nujna determinanta udejstvovanja, čeprav sama po sebi ne zadostuje. Za vzdrževanje zanimanja je potrebno zadovoljstvo zaposlenega, ki se povečuje z aktivno udeležbo v načrtovanju, s toplim in skrbnim odnosom izvajalcev programa, obsegom kontaktnega časa in številom stikov s koordinatorji. Ključni podporni dejavniki udejstvovanja zaposlenih so naklonjenost managerjev aktivnostim programa, zaupnost, zabavnost in raznolikost programa, včasih pa pozitivno deluje tudi spodbujanje tekmovalnosti (Green in Kreuter 1999).

Analiza administracije in politike

Poleg individualnih dejavnikov in vpliva delovnega okolja, je v fazi načrtovanja programa potrebno upoštevati še organizacijske, administrativne in politične dejavnike, ter ugotoviti izkušnje delodajalca z odzivnostjo, njegovo zadovoljstvo z že izvedenimi programi promocije zdravja in z doseženimi spremembami (Green in Kreuter 1999; Green in Ottoson 2006).

Izkušnje in odnos delodajalca do promocije zdravja gradijo politiko, razpoložljive resurse in organizacijsko podporo programov. Organizator kot predviden strošek programa upošteva tudi prostor in čas, saj je vključevanje zaposlenih

vanj lahko preprečeno že samo zaradi stroška odsotnosti z dela (Green in Kreuter 1999; Green in Ottoson 2006).

Implementacija in evalvacija

V fazi implementacije projekta se najpogosteje pojavijo težave s pomanjkanjem virov. Kljub temu, mora biti prva evalvacija programa izvedena zgodaj, kar omogoča prilagoditev in spremembe v programu (Green in Kreuter 1999; Green in Ottoson 2006).

2.4 EVALVACIJA PROMOCIJE ZDRAVJA

Evalvacija pogosto sproža nelagodje, saj omogoča odkrivanje neuspešnosti, ne glede na kompleksnost kazalcev uspešnosti. Še težje je oceno izvedbe sprejeti, če je evalvator zunanji. Kot najboljši antidot proti »evalvacijski nervozni«, kot jo hudomušno poimenujeta Green in Kreuter (1999, 230), je v promociji zdravja na delovnem mestu dober načrt aktivnosti in uspešna integracija projekta v delovno okolje. Evalvacije zato ne smemo načrtovati preveč široko s ciljem oblikovati popoln program, temveč jo je bolje usmeriti ozko v ugotavljanje prispevka enega, aktualnega programa. Enotne metodologije, ki bi delovala v vseh situacijah (še) ni (Springett 2001, 148).

Merjenje intervencij promocije zdravja je kompleksno, saj njene učinke zabriše veliko nespremenljivih dejavnikov na katere ne moremo vplivati (Verhoeven 1997, 14). Celo na nivoju delovne organizacije je težko izmeriti in ugotoviti učinek vlaganja v zdravje zaposlenih, zato je veliko bolj realno, da ne iščemo vzročne zveze (kaj je program povzročil) temveč prispevek programa in izvajamo raziskave v obliki (kvazi) eksperimenta (Verhoeven 1997, 14; Griffiths 2005, 2; Van Marris in King 2006, 40). Za uspešno doseganje zastavljenih ciljev se morajo promotorji zdravja nenehno odločati o poteku programa v smislu optimalne porabe časa in virov, doseganja potreb udeležencev, posodabljanja programa in prikazovanja njegove učinkovitosti, zato je velikokrat priporočeno akcijsko raziskovanje (Springett 2001; Whitehead in drugi 2003; Van Marris in King 2006, 5).

Čeprav popolnoma vsak program zahteva vsaj minimalno evalvacijo, se programi promocije zdravja velikokrat izvedejo brez nje (Green in Kreuter 1999, 219).

Evalvacija je nujna, saj omogoča (Van Marris in King 2006, 6): (a) pregled uspešnosti programa; (b) posredovanje podatkov o uspešnosti plačnikom, klientom, prostovoljcem, zaposlenim; (c) izboljšanje programa; (č) medsebojno primerjavo programov; (d) potrjevanje upravičenosti programa; (e) testiranje raziskovalnihi hipotez.

S pomočjo vrednotenja programa je potrebno doseči zgolj en cilj - ugotoviti kaj deluje in kaj ne (Van Marris in King 2006, 40) (glej Tabelo 2.4).

Tabela 2.4: Deset korakov za evalvacijo v promociji zdravja

korak	cilji	vsebina
načrtuj	<ul style="list-style-type: none"> - opredeli cilje programa, ciljno populacijo in želene učinke - opredeli aktivnosti programa in izide - oblikuj merljive kazalce - zagotovi pogoje za izvedbo evalvacije 	Opredeli namen, poslanstvo, smernice. Značilnosti ciljne populacije: starost, spol, kje živijo, najboljši način komuniciranja z njimi. Določi specifične, merljive, dosegljive, relevantne in časovno opredeljene cilje. Opiši kaj nameravaš izvesti, kaj pomeni uspeh.
vkluči zainteresirane	<ul style="list-style-type: none"> - ugotovi interese in pričakovanja vključenih - pridobi njihovo sodelovanje - razvij raziskovalna vprašanja 	Opredeli kdo vse je vključen v program, ugotovi kaj pričakujejo od evalvacije, daj jim možnost odločanja.
zagotovi vire	<ul style="list-style-type: none"> - ugotovi razpoložljive kadre in druge vire - določi potreben obseg finančnih sredstev 	
oblikuj evalvacijo	<ul style="list-style-type: none"> - izberi tip evalvacije - določi okvir - upoštevaj etiko in varovanje podatkov 	Upoštevaj razvojno stopnjo programa, trajanje programa, interese vključenih in razpoložljive vire.
izberi metodo merjenja	<ul style="list-style-type: none"> - oblikuj instrument evalvacije - izberi kvalitativno ali kvantitativno metodo - določi način vzorčenja 	
razvij delovni načrt, budget in časovni načrt		
zberi podatke	<ul style="list-style-type: none"> - pilotno testiranje - uporabi različne tehnike zbiranja podatkov - upoštevaj nasvete 	
uredi in analiziraj podatke		
interpretiraj in predstavi rezultate		
ukrepaj		

Vir: prir.po Van Marris in King (2006).

2.4.1 Merila kakovosti

Promocija zdravja je na področju evalvacije zelo ambiciozna in pretirano analizira izide ter kvantitativne podatke (MacDonald in Davies 1998). Ob tem zapostavlja vpliv odločanja in izbire storitev pri potencialnih uporabnikih, na katere vplivajo osebna zaznava kakovosti, izvedbe in vrednosti storitve (Kotler 1998).

Promocija zdravja je uspešna, ko (pri vse bolj zahtevnih uporabnikih) sproži občutek *zadovoljstva* (Jouttimaki 2005). Ko uporabniki izbirajo izvajalca storitve upoštevajo vse predvidene koristi in stroške oz. trud, ki je potreben za doseganje cilja. Uporabnik je lahko nezadovoljen (rezultat ne dosega pričakovanj), zadovoljen (rezultat dosega pričakovanja) ali izredno zadovoljen oz. navdušen, ko rezultat presega pričakovanja. Ta so posledica preteklih izkušenj, informacij prijateljev, znancev, ponudnikov. Če ponudniki dvignejo pričakovanja uporabnikov previsoko je zelo verjetno, da bo uporabnik razočaran (Kotler 1998, 37-8).

Kot bistveni element vrednotenja promocije zdravja SZO (1998, 12) namesto zadovoljstva predlaga *usposobljenost* v skrbi za zdravje, ki jo določajo spremembe v značilnostih, spretnostih posameznika, družbenih normah in dejavnostih, organizacijski dejavnosti in politiki javnega zdravja. Tudi Nutbeam (1998, 31) pričakuje predvsem izboljšano zdravstveno osveščenost, družbeno mobilizacijo in javno politiko (glej Sliko 2.14, str. 71).

Raznolikost in fleksibilnost sta v evalvaciji promocije zdravja nepogrešljivi, zato te ni priporočljivo izvajati po vnaprej oblikovanih modelih in instrumentih. Glede na čas izvajanja vrednotenja in tip informacij ločimo (Van Marris in King 2006): (a) programsko evalvacijo; (b) procesno evalvacijo; (c) zaključno evalvacijo, kjer ocenimo vpliv programa in doseganje zastavljenih ciljev.

Smernice za višanje zadovoljstva uporabnikov so v promociji zdravja splošne: izboljšanje kakovosti storitev, vlaganje v raziskave, razvoj in spremembe, večja dostopnost in številčnost ponudbe (Ho 1997, 188). Prav ohlapne smernice za spremljanje kakovosti v promociji zdravja pa povzročajo veliko zmede (Billings 2000, 472). Namesto specifičnega vrednotenja se management kakovosti

omejuje na pričakovanja, želje in potrebe uporabnikov, poudarja proces pred izidi, ugotavlja dolgoročnost aktivnosti, možnosti oblikovanja standardov in naklonjenost top managementa (Breucker in drugi 1996).

Najpogosteje so kot kriteriji evalvacije promocije zdravja uporabljeni (Marwick in drugi v Verhoeven 1997, 14): (a) število sodelujočih (udejstovovanje); (b) zadovoljstvo zaposlenih in managementa s programom; (c) produktivnost; (d) zdravstveno stanje; (e) stroški programa in zdravstvenega varstva; (f) samopodoba in vzdušje zaposlenih, zadovoljstvo z delovnim mestom, lojalnost delovni organizaciji, ugled organizacije v okolju.

Slika 2.14. Izidi v promociji zdravja



Vir: Nutbeam (1998, 30).

Finski inštitut zdravja pri delu evalvacije izvaja preko matrice subjektivnih podatkov, ki jih podajo izvajalci programa. Taka evalvacija je uporabna le kot osnova za diskusijo, vendar zahteva zelo malo finančnih virov in analiz (Jouttimaki 2005). Ader s kolegi (2001) podobno kot mreža ENWHP namesto evalvacije priporoča kontinuirano zagotavljanje kakovosti preko triade struktura-proces-izid.

Multidisciplinarnost promocije zdravja se mora odsevati tudi v njeni evalvaciji (Learmonth in Mackie 2000, 267). Zaradi njene verodostojnosti je potrebno zadovoljiti pričakovanja javnega zdravja, ki poleg mnenj o zdravju in vedenjih povezanih z zdravjem išče še informacije o razsežnostih zdravstvenih stanj (Zaletel-Kragelj 2003, 61). Zato je v vrednotenju promocije zdravja dobro kombinirati kazalce objektivnega in subjektivnega zdravja.

2.4.2 Numerična evalvacija

Omejenost virov zahteva pregled nad izidi in ekonomsko koristjo tudi v promociji zdravja, zato so kalkulacije nujne, čeprav niso vedno primerna oblika evalvacije. V kalkulacijskem vrednotenju promocije zdravja je predlaganih sedemnajst konceptov (Green, Marcus in Lewis v Green in Kreuter 1999, 248-250) (glej Tabelo 2.5).

Tabela 2.5: Vrednotenje promocije zdravja s kalkulacijami

znak	koncept	angl.	vrednost
A	potreba	<i>need</i>	število oseb
B	izpostavljenost	<i>reach</i>	število oseb
C	pokritost	<i>coverage</i>	$(B/A) \times 100$
D	vpliv	<i>impact</i>	frekvenca pojava
E	učinek	<i>efficacy</i>	$(D/B) \times 100$
F	učinkovitost	<i>effectiveness</i>	$(D/A) \times 100$
G	stroški	<i>costs</i>	denarna enota
H	gospodarnost	<i>efficiency</i>	(G/B)
I	učinkovitost	<i>cost-effectiveness</i>	(G/D)
J	koristi	<i>benefits</i>	$(D \times \text{vrednost})$
K	upravičenost	<i>cost - benefit</i>	(J/G)
L	prihodki	<i>income</i>	denarna enota

znak	koncept	angl.	vrednost
M	neto dobiček ali izguba	<i>net gain or loss</i>	(L – G)
N	stroški uvajanja	<i>start – up costs</i>	denarna enota
O	operativni stroški	<i>operating cost</i>	(G – L – N)
P	cena učinkovitosti	<i>operating cost- effectiveness</i>	(O/D)
Q	cena koristi	<i>operating cost - benefit</i>	(J/D)

Vir: Green in Kreuter (1999, 251).

2.4.2.1 Kazalci populacije

A. Potreba; se nanaša na populacijo, ki je predvidena za vključitev v program. Ocena potrebe populacije običajno izhaja iz epidemioloških podatkov na lokalnem, regionalnem in nacionalnem nivoju, vključevati pa mora tudi kriterije, s katerimi izberemo ciljno populacijo programa.

B. Izpostavljenost; je določena s številom oseb, ki bodo izpostavljene aktivnostim programa. Domet programa je velikokrat določen na osnovi izkušenj, pravilnikov ali raziskav. Če se analiza izvaja potem, ko je program že bil uveden, je izpostavljenost vrednotena s številom oseb, ki so dejansko sodelovale v programu v določenem časovnem obdobju (mesecu, letu, itd.). Izpostavljenost je zelo težko določiti v primerih, ko se promocija zdravja izvaja preko masovnih medijev.

C. Pokritost; prikazuje delež ciljne populacije, ki jo je program dejansko dosegel. Pokritost je prikazana z absolutnim številom oseb iz ciljne populacije, ki je bila v program vključena in omogoča primerljivost med programi.

D. Vpliv; pomeni takojšen, kratkoročni ali vmesni efekt, ki je posledica aktivnosti. Evalvacija vpliva je pogosto uporabljena predvsem zaradi praktičnosti in hitre dostopnosti podatkov. Podatki o spremembah v življenjskem slogu so prepričljivejši od informacij o predispozicijah, možnostih in podpornih kazalcih.

E. Učinek; merimo pri osebah, ki so aktivno sodelovale v programu oziroma so program aktivno prejele. Podatek o učinku dobimo z delitvijo vpliva s številom doseženih oseb in pomnožimo s sto, da dobimo odstotek.

F. Učinkovitost; predstavlja delež ciljne populacije, pri kateri je bila dosežena pričakovana sprememba. V promociji zdravja se kot ciljno populacijo šteje ljudi, ki jim je bil program ponujen in je večja od pokritosti programa.

2.4.2.2 Ekonomski kazalci

G. Stroški; pomenijo vsoto porabljenih sredstev v programu, vendar ne vključujejo stroškov zbiranja podatkov in drugih stroškov evalvacije. Ocena porabljenih virov programa je posebej pomembna ob izbiranju med programi primerljive učinkovitosti.

H. Gospodarnost porabe; je razmerje med stroški programa in njegovim dometom, oziroma cena programa na vsakega udeleženca programa.

I. Učinkovitost porabe; pomeni ceno opazovane enote, pri kateri je bila dosežena sprememba oziroma rezultat. Meritev omogoča standardizacijo stroškov glede na dosežen rezultat, ki je prikazan v denarnih enotah.

J. Korist; je končni dobiček družbe, organizacije ali kogarkoli, ki je posledica aktivnosti promocije zdravja. Plačniki programov niso zadovoljni le s podatki o učinkovitosti in stroških, temveč jih zanima predvsem kolikšen je prispevek programa k višji kakovosti življenja populacije. Težava je v opredelitvi koristi, saj različne stroke, ki so vključene težko dosežejo dogovor na tem področju.

K. Upravičenost; je razmerje med stroški in koristjo programa, s katerim računamo nivo koristi na eno enoto stroška.

L. Prihodki; pomenijo vhodni finančni potencial programa. Vpogled v obseg prihodkov je nujen v fazi načrtovanja, saj je od razpoložljivih virov odvisno v kolikšni meri in če sploh bo mogoče program izpeljati. V prihodke se vštevajo darila, donacije, usluge, plačila izvedenih storitev. Za izvajalca je pomemben podatek o razmerju med odhodki in prihodki programa.

M. Neto dobiček oz. izguba; je razlika med prihodki in odhodki programa in ne vključuje splošnih dobičkov, kot jih obsega analiza upravičenosti. Vse prihodke (tudi če gre za obračunavanje znižanja stroškov bolniških) je potrebno všteti med neto dobiček.

2.4.2.3 Prenesena vrednost

N. Začetni stroški; so vložki izvajalca, ki nastanejo le ob začetku programa in se ne ponavljajo. To so stroški načrtovanja, razvoja računalniške opreme, programski materiali in drugo.

O. Operativni stroški; se ponavljajo in omogočajo nadaljevanje ter vzdrževanje programa. Pogosto so prav ti stroški tisti, ki odločajo o prihodnosti programa. Med operativne stroške ne štejemo začetnih stroškov. Izračunamo jih tako, da osnovni ceni (G) programa odbijemo začetne stroške (N) in neto izgubo oziroma dobiček (L in M).

P. Cena učinkovitosti; je razmerje med operativnimi stroški in vplivom. Ker slednji vključuje tudi začetne stroške, ti presegajo operativne stroške.

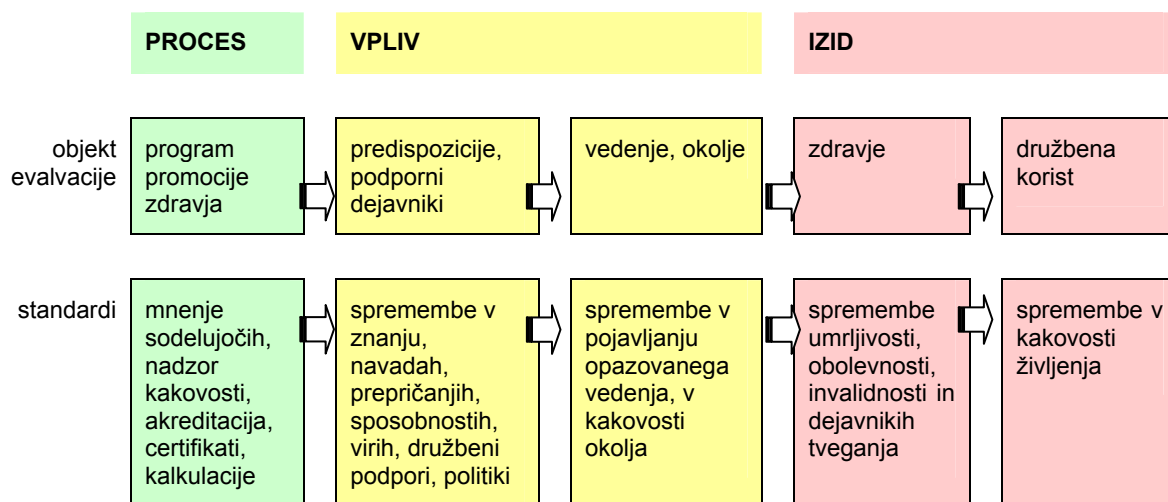
Q. Cena koristi; se izraža v denarni enoti in pomeni obseg pridobljenih sredstev (denarja) na eno enoto porabe v določenem času (Green, Marcus in Lewis v Green in Kreuter 1999, 248-250)

2.4.3 Deskriptivna evalvacija

Vrednotenje promocije zdravja je lahko izvedeno na nivoju procesa, vpliva (*angl. impact*) in izida (*angl. outcome*) (Green in Kreuter 1999, 231) (glej Sliko 2.15). Medtem ko sta za politiko in strateško planiranje najbolj cenjeni zadnji dve, je za praktike pomembnejša analiza procesa, ki omogoča vpogled v dogajanje pod »vrhom ledene gore« (Wimbush in Watson 2000, 301).

V fazi razvoja programov se izvaja formativna evalvacija, ki obsega ugotavljanje potreb in značilnosti populacije, preverljivost kazalcev uspešnosti, testiranje promocijskih materialov in način uvajanja programa (Van Marris in King 2006).

Slika 2.15. Nivoji evalvacije v promociji zdravja



Vir: Green in Kreuter (1999, 232).

Ob uvajanju programa se odnosi in organizacija šele vzpostavljajo, izvajalci iščejo najučinkovitejši način uvajanja in višanja kakovosti programa. Program potrebuje kar nekaj časa, da se razvije do stopnje, ko je mogoče realno pričakovati učinek. Zaradi razvojnega procesa je evalvacija v začetnih fazah programa predvsem orodje za višanje kakovosti in izboljševanje pogojev za doseganje ciljev, kasneje pa je pomembno razjasniti procese zakaj in v kolikšni meri so/niso bili želeni izidi doseženi (Van Marris in King 2006) (glej Tabela 2.6, str. 77).

Tabela 2.6: Faktorji, ki vplivajo na izbiro tipa evalvacije promocije zdravja

trajanje programa	stopnja razvitosti	tipi evalvacij	viri	interes
	nastajanje	<ul style="list-style-type: none"> - formativna - analiza potreb - oblikovanje modela - testiranje materialov - analiza značilnosti populacije 	<ul style="list-style-type: none"> - pregled literature - intervjuji - forumi - mnenja strokovnjakov - fokusne skupine - pregled potreb skupnosti 	<ul style="list-style-type: none"> - informacije - uvajanje programa
manj kot 1 leto	uvajanje	začetna evalvacija		lobiranje
1 – 2 leti	aktivnost			možnosti širitve programa
3 – 5 let	umirjanje aktivnosti	evalvacija procesa	<ul style="list-style-type: none"> - seznam aktivnosti - dnevnik - zabeleške - mnenje managerja - zunanja revizija 	<ul style="list-style-type: none"> - cena programa - odločanje o zaključku programa
nad 5 let	zaključek	<ul style="list-style-type: none"> - programska evalvacija - kratkoročni izidi - opis - pre/post test - primerjava skupin 	<ul style="list-style-type: none"> - opis izidov (kaj je bilo doseženo) - analiza znanja, namer, prepričanj, vedenja - pre/post meritve vedenja in zdravstvenega stanja 	dokazovanje učinkovitosti programa
	ponovitev	<ul style="list-style-type: none"> - dolgoročni izidi - opis - pre/post test - primerjava skupin - upravičenost programa - vpliv 	<ul style="list-style-type: none"> - opis izidov (spremembe v odvisnosti od časa) - raziskava javnega mnenja (vedenje) - primerjave skupin - pre/post test meritve vedenja in zdravstvenega stanja 	

Vir: Van Marris in King (2006, 38-9).

2.4.3.1 Evalvacija procesa (formativna evalvacija)

Procesna evalvacija se izvaja z opazovanjem in ocenjevanjem kakovosti izvedenih aktivnosti preko analize situacij, dogodkov, problemov, ljudi, interakcij med samim uvajanjem in celotnim potekom programa. Je vrednotenje programa med njegovim potekom, ki omogoča zgodnje odkrivanje problemov in hitro reševanje težav. Procesna evalvacija je uporabna ob eksperimentiranju z metodami dela, pilotnemu izvajanju programov, ob raziskovanju razumljivosti, občutljivosti in sprejemljivosti programa (Green in Kreuter 1999, 233).

Kakovost procesa lahko merimo kvantitativno (periodične analize, revizija, število ponujenih aktivnosti) in kvalitativno (nadzor nad internim knjigovodstvom, pogodbami, osebjem, opazovanje, pridobivanje akreditacij, certifikatov, izjave strank). Produkt procesne evalvacije je jasna, opisna slika kakovosti vključenih elementov in dogajanja med programom. S pridobljenimi podatki je mogoče izboljšati strukturo in izvedbo programa ter pridobiti odgovor na vprašanje: »Katere storitve ponujamo? Komu?« (Windsor in drugi 1984, 10-11; Green in Kreuter 1999, 234; Van Marris in King 2006, 7).

Vrednotenje procesa obsega analizo virov programa, aktivnosti uvajanja programa in odzivov vključenih. Med *vire* upoštevamo politiko, teoretične osnove programa, verodostojnost, specifičnost vsebin in ciljev programa, dejansko in predvideno porabljene vire (finančni, prostor, človeški). *Aktivnosti uvajanja* programa obsegajo predstavitev izvajalcev programa, izbiro metod za zbiranje podatkov, usklajevanje in koordinacijo aktivnosti, medijske aktivnosti, pripravo materialov, dogodkov, itd. V *odzive* vključimo mnenje vodstva delovne organizacije, odzive ciljne populacije na pripravljene materiale, participacijo in mnenje sodelujočih delovnih organizacij (Green in Kreuter 1999, 233).

Zaradi zahtevnosti kalkulacij je v evalvaciji promocije zdravja pogosto kot merilo kakovosti programa uporabljeno število udeležencev (udejstovanje), s katerim ugotavljamo kolikšen delež ciljnih oseb se je v program vključil.

V nadaljevanju predstavljamo primer procesne evalvacije programa promocije zdravja imenovanega »Prvi«, ki ga v naslednjem poglavju prikazujemo tudi s

programsko evalvacijo, kvalitativne in del kvantitativnih podatkov pa v sklopu preizkusne skupine analiziramo v empiričnem delu (glej Tabelo 3.2 na str.107).

Pri procesni evalvaciji kot kazalci uspešnosti zadostujejo število izvajanj, število udeležencev in splošna ocena programa.

Primer 1. Procesna evalvacija programa »Prvi«

Ozadje projekta

Program Prvi je bil v načrtu ocenjen z vrednostjo 17.842,00 EUR in v triletnem obdobju predvideval aktivnosti v javnih zavodih in neprofitnih organizacijah v dvanajstih občinah. Izvajalci programa bi izvajali predavanja, določali dejavnike tveganja za zdravje z meritvami, testirali telesno zmogljivost, vodili skupine za opuščanje kajenja, organizirali redno telesno vadbo, svetovali, izvajali analize bolniškega staleža v delovni organizaciji, pisali tematske prispevke za različne publikacije, izvedli anketo med udeleženci programa.

Prvotno postavljena merila uspešnosti so obsegala:

(a) znižanje deleža zaposlenih s čezmerno telesno težo za 15% v treh letih; (b) znižanje krvnega tlaka za 10 mmHg; (c) zvečanje števila ljudi z zdravo prehrano za 30%; (d) zvečanje deleža telesno aktivnih za 20%; (e) znižanje odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža za 10% v 3 letih; (f) stroški za zdravstveno varstvo zaposlenih bodo nižji za 5% v 1 letu.

Po delnem uspehu na razpisu je koordinatorka programa zadržala prvotno postavljene cilje, predvidene aktivnosti in kazalnike uspešnosti pa prilagodila razpoložljivim virom v višini 1.562,00 EUR (glej Cilje projekta in Merila uspešnosti programa).

Utemeljitev projekta

Najpogostejši vzroki umrljivosti in obolevnosti prebivalstva so tudi v opazovani regiji bolezen srca in ožilja ter rak, katere je mogoče z ustreznim življenjskim slogom in ugodnim socialno-ekonomskim okoljem preprečiti ali vsaj odložiti. Raziskave so pokazale, da se v regiji nezdravo prehranjuje 40 odstotkov

odraslih, polovica jih ima prekomerno telesno težo, enak delež je premalo telesno dejavnih, sedemnajst odstotkov jih prekomerno uživa alkohol, petina pa ima povišan krvni tlak. Odstotek bolniškega staleža v opazovani regiji je zaradi bolezni v predhodnem letu (za polni delovni čas) znašal več kot 2%, kar letno pomeni dva tedna odsotnosti na delavca. Na sto zaposlenih je bilo zaradi bolezni 89 primerov odsotnosti. Izvajanje javno-zdravstvenih preventivnih programov za odrasle prebivalce je utemeljeno z naraščajočim trendom pojavljanja dejavnikov tveganja za zdravje in z visokim indeksom frekvence bolniškega staleža v regiji. Z informacijami, sporočili, svetovanjem in podporo ti programi želijo ljudi doseči tam, kjer živijo in delajo, ter s tem dosegati integracijo aktivnosti za zdravje v njihov vsakdan in življenjski slog. Projekt Prvi je bil pripravljen na vzoru uspešno implementiranih projektov iz tujine.

Ciljna skupina

Ciljno skupino projekta so sestavljali zaposleni v javnih zavodih: osnovnih šolah, vzgojno-varstvenih ustanovah in delavci občinskih uprav treh občin, ki so projekt sofinancirale.

Cilji projekta

Dolgoročni cilji: (a) zmanjšanje deleža aktivnega prebivalstva z dejavniki tveganja; (b) povečanje števila prebivalcev z zdravim življenjskim slogom: zdrava prehrana, redna telesna dejavnost, normalna telesna teža, netvegano pitje alkoholnih pijač, obvladovanje stresa; (c) ciljne vrednosti krvnega pritiska, krvnega sladkorja in maščob; (č) zmanjšanje obolevnosti, invalidnosti, prezgodnje upokojitve, prezgodnje umrljivosti zaradi kroničnih bolezni; (d) zmanjšanje bolniškega staleža; (e) izboljšano zdravstveno stanje delavcev: boljše splošno zdravstveno stanje, odpravljanje zdravju škodljivih navad, zasvojenosti, manj stresnih stanj; (f) boljši delovni učinek zaposlenih: manj odsotnosti z dela, večja učinkovitost, večja zavzetost za delo.

Kratkoročni cilji: (a) povečanje zdravstvene osveščenosti, znanja in veščin ter spodbujanje ljudi za zdrav življenjski slog; (b) spoznavanje in določanje dejavnikov tveganja in njihovega vpliva na zdravje; (c) povečanje deleža ljudi z zdravim življenjskim slogom.

Aktivnosti programa

(a) Dogovori in koordinacija z managerji v delovni organizaciji; (b) informiranje zaposlenih o programu; (c) zdrav kotiček: vključenim v projekt se 1x mesečno in po potrebi pošiljajo in razdeljujejo zdravstveno-vzgojna gradiva (zloženke, plakati, letaki, vabila), materiale se postavi na eno mesto v delovni organizaciji (po predhodnem dogovoru), pripravi se prispevek za morebitno interno glasilo; (č) udeleženci programa lahko preko interneta zastavijo vprašanja o težavah v prehrani in telesni dejavnosti; (d) meritve dejavnikov tveganja za zdravje; (e) test hoje na 2 km, na osnovi ugotovljene telesne zmogljivosti se svetuje ustrezno telesno dejavnost in športno vadbo; (f) anketiranje z namenom ugotavljanja sprememb v življenjskem slogu udeležencev; (g) zdravstveno vzgojne delavnice (glej Prilogo A) .

Merila uspešnosti

(a) število izvajanj; (b) število udeležencev v programu; (c) procesna evalvacija z dokumentiranjem odziva in mnenja udeležencev.

Realizacija

Sporočilo o zagotovitvi dela sredstev v prijavi programa smo v zavod prejeli aprila, program naj bi zaključili do konca leta. Glede na dinamiko dela v delovnih organizacijah (predvideni dopusti, šolske počitnice), smo morali s programom začeti najkasneje v maju. V aprilu je bil oblikovan program delavnic, usklajen z izvajalci in pridobljeni sponzorji. Potencialni uporabniki so bili povabljeni k sodelovanju v načrtu. Doseženo je bilo soglasje z vodstvom vseh 7 vključenih delovnih organizacij o izvedbi

programa med delovnim časom. Delavnice smo v šolah načrtovali po 12. uri, v občinskih upravah pa na neuradni dan od 13. do 15. ure. Pred pričetkom programa smo z namenom motiviranja in vpogleda v zanimanje za program, po delovnih organizacijah razdelili ti. »Pogodbo s seboj«. Prejetih 12 prijavnic je nakazovalo neuspeh, zato smo ponudili posamezne delavnice in ne programa v celoti. Aktivnosti promocije zdravja so potekale na sedmih lokacijah preko palete metod dela. Tiskana gradiva so se spreminjala glede na sezonske potrebe, ponujeno je bilo tudi on-line individualno svetovanje, ki ga je v 6. mesečnem času projekta koristila le ena oseba. V vsaki delovni organizaciji smo program pričeli in zaključili z meritvami dejavnikov tveganja za zdravje in individualnim svetovanjem. Želeli smo testirati tudi aerobno sposobnost ob začetku in zaključku projekta, vendar sta se ga prvič udeležili le dve osebi, zato zaradi visokih stroškov ob koncu projekta ni bil več izveden (glej Tabelo 2.7). Na delavnicah v delovnih organizacijah smo obravnavali tri temeljne vsebine zdravega življenjskega sloga: telesna dejavnost, zdrava prehrana in obvladovanje stresa. Udeleženci so bili s celotnim programom v splošnem zadovoljni, na 5-stopenjski lestvici so ga ocenili s 3,6 (iz poročila managerke programa).

Tabela 2.7: Udejstvovanje zaposlenih v delavnicah programa promocije zdravja na delovnem mestu »Prvi« po delovnih organizacijah

delavnica	število udeležencev iz delovne organizacije							Σ
	DO1	DO2	DO3	DO4	DO5	DO6	DO7	
Dejavniki tveganja 1	12	14	9	7	15	5	30	92
Gibanje	0	1	1	8	0	0	6	16
Stres	8	0	0	5	0	0	6	19
Zdrava prehrana	7	0	2	5	0	0	11	25
Test hoje na 2 km	0	0	0	0	0	0	2	2
Dejavniki tveganja 2	14	53	0	27	21	12	60	187
Σ	41	68	12	52	36	17	115	341

Legenda: DO = delovna organizacija

2.4.3.2 Evalvacija vpliva (evalvacija programa)

Programska evalvacija se nanaša na takojšnji učinek dela ali celotnega programa na ciljna vedenja in dejavnike, ki so z njim povezani (Green in Kreuter 1999, 234). Ugotavlja razmerje med postavljenimi in realiziranimi cilji v specifičnem okolju in izbrani populaciji, ter poskuša opredeliti vzrok izida. Pri tej obliki evalvacije, ki običajno analizira aktualni program in se sproti prilagaja njegovim spremembam, je otežena naključna izbira opazovanih subjektov, poleg tega je zelo težko sestaviti kontrolno oziroma primerjalno skupino (Windsor in drugi 1984, 11-12).

S programsko evalvacijo naj bi ugotovili vsaj minimalno spremembo v vedenju, vendar nekatere oblike promocije zdravja ne omogočajo merjenja edinstvenosti njenega vpliva (npr. vpliv masovnega medija) saj je potencialnih dejavnikov vpliva veliko (Green in Kreuter 1999, 234).

Programska evalvacija se primarno, čeprav ne ekskluzivno, nanaša na interno vrednost izidov programa. Ali je program deloval v tem okolju? So bile pričakovane spremembe dosežene? Osveščenost in vedenje, ki ju primerjamo z jasno, specifično in merljivo postavljenimi cilji, najpogosteje opazujemo preko pre-post testa ene skupine, pre-post testa s kontrolo, presečne študije, multiple presečne študija in naključnega pre-post testa s kontrolo (Windsor in drugi 1984, 11-2).

V nadaljevanju predstavljamo evalvacijo programa »Prvi«, ki je tokrat programska. Razlike v raziskovanih vrednostih med časovnimi točkami t_1 , t_2 in t_3 v preizkusni skupini, ter med preizkusno in kontrolno skupino, naj bi pokazale na kakovost izvedenega programa promocije zdravja z vidika vpliva oz. doseženih sprememb. V prikazani evalvaciji je bil izveden posnetek stanja pred, med in po zaključku programa zgolj v preizkusni skupini, brez posnetka v času t_1 kontrolne skupine zaradi težav v organizaciji oz. »ad-hoc« izvedbe programa.

Primer 2. Programska evalvacija programa »Prvi«¹⁴

Populacijo projekta Prvi so sestavljali zaposleni v javni upravi in šolah treh občin. Po načelu preprostega naključnega vzorčenja so bili v preizkusno skupino (EXP) zajeti vsi (n = 279) zaposleni v 7 delovnih organizacijah izbrane populacije, v treh časovnih obdobjih. Na osnovi preteklih izkušenj v promociji zdravja smo pričakovali prostovoljno udeležbo v programu najmanj 20 % zaposlenih v preizkusni skupini.

V kontrolni skupini (CTR), ki jo je sestavljalo 6 delovnih organizacij niso bile izvedene nobene aktivnosti promocije zdravja na delovnem mestu, temveč le dvakratna analiza stanja med 255 zaposlenimi (glej Tabelo 2.8). Ob analizi je bilo naključno izločenih 20 (od 64) izpolnjenih anketnih vprašalnikov kontrolne skupine (CTR3) zaradi boljše primerljivosti rezultatov s preizkusno skupino.

Tabela 2.8. Poimenovanje raziskovanih skupin in čas raziskovanja glede na potek programa promocije zdravja na delovnem mestu

Skupina / čas		čas glede na program promocije zdravja		
		pred (maj 2006)	6 mesecev po uvedbi (december 2006)	1 leto po zaključku (december 2007)
skupina	preizkusna (EXP)	EXP1	EXP2	EXP3
	kontrolna (CTR)	-	CTR2	CTR3

Demografski podatki

Populacijo so sestavljale pretežno ženske (79,7 % do 90,9 %), stare v večini 40 let, poročene (75 % do 89,7 %). Brez otrok je približno petina vprašanih, ostali imajo 1 do 2 otroka, kjer je najmlajši adolescent. Vsi vprašani so dokončali najmanj osnovno šolo, večina pa jih je dosegla višje oz. visokošolsko izobrazbo (glej Tabelo 2.9, str. 85).

¹⁴ Zaradi obsežnosti dokumenta programske evalvacije, v disertaciji navajam le izbrane vsebine.

Tabela 2.9: Splošni demografski podatki oseb iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi

Skupina/kazalec	preizkusna			kontrolna	
	EXP1 (n=37)	EXP2 (n=41)	EXP3 (n=43)	CTR2 (n=44)	CTR3 (n=44)
Spol, % žensk	89,2	80,5	90,7	90,9	81,8
Starost, povprečje, sd	40±8,4	42,1±9,56	41,2±9,39	39,52±9,6	40,6±8,77
Status, % poročenih in v izvenzakonski skupnosti	80,6	78	86	88,6	79,6
Izobrazba, % srednješolsko ali manj	33,4	31,7	37,2	36,4	25,1
Število otrok, povprečje, sd	-	1,58 ± 0,97	1,46 ± 0,9	1,61±0,86	1,58±1,77
Starost najmlajšega, povprečje, sd	-	14,8±8,75	14,58±9,17	13,5±9,6	15,73 ± 9,58

Legenda: sd = standardni odklon

Značilnosti dela

Za opazovane osebe v vzorcu je značilen ugoden delovni čas (pretežno dopoldne), povprečje delovnih ur od 39,4 do 41,1 tedensko in nevodilna vloga na delovnem mestu.

Anketiranci so svoje delo opisali kot fizično nezahtevno. Razlika v možnosti odhajanja z delovnega mesta brez informiranja nadrejenega je statistično značilna na račun pozitivnega odgovora večine v EXP2 (56,4%), večina v vseh skupinah lahko samostojno uravnava tempo dela (glej Tabelo 2.10).

Tabela 2.10: Objektivne značilnosti dela oseb iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi

Skupina/kazalec	preizkusna			kontrolna	
	EXP1 (n=37)	EXP2 (n=41)	EXP3 (n=43)	CTR2 (n=44)	CTR3 (n=43)
Delovni čas ugoden, %	-	97,5	97,6	95,5	95,5
Delovne ure, povprečje, sd	-	40,5±6,4	39,4±4,6	40,1±4,6	41,48±5,7
Nadure ne, %	-	67,6	67,6	68,3	52,5

Skupina/kazalec	preizkusna			kontrolna	
	EXP1 (n=37)	EXP2 (n=41)	EXP3 (n=43)	CTR2 (n=44)	CTR3 (n=43)
Nima podrejenih, %	-	73,0	78,0	87,5	82,9
Gibljev delovni čas da, %	22,9	24,3	11,6	38,6	43,2
Lahko zapusti delovno mesto, %	-	56,4	16,3	29,5	25,6
Sam uravnava tempo dela, %	-	65,8	62,8	67,4	50
Delo fizično zahtevno, %	0	15,8	14,0	19,0	16,7
Se oznoji pri delu, %	0	10,3	9,3	16,7	2,3

Legenda: sd = standardni odklon

Zadovoljstvo z delom in delovnim mestom

V preizkusni skupini se je povprečna ocena zadovoljstva na delovnem mestu od t1 do t2 povečala za 0,1, od t2 do t3 pa še za 0,1 in na 5-stopenjski lestvici dosegla nivo »zadovoljen«, delež zadovoljnih in zelo zadovoljnih se je povečal za 19,3 %.

V kontrolni skupini se je zadovoljstvo od t2 do t3 v povprečju povečalo za 0,04 ocene, delež zadovoljnih in zelo zadovoljnih se je znižal za 4,7 %.

Razlika v zadovoljstvu na delovnem mestu med preizkusno in kontrolno skupino je 1 leto po uvedbi programa statistično značilna ($t = 2,71^{**}$), v prid eksperimentalne skupine.¹⁵

Psihični napor pri delu

Delež oseb, ki so prepričane da je njihovo delo psihično naporno, se v preizkusni skupini skoraj ni spremenil, v kontroli se je v istem času povečal za 11,2 %. Na delu se večkrat razburi in razjezi več kot polovica vprašanih. V preizkusni skupini se je od t1 do t3 značilno zmanjšalo število oseb, ki se

¹⁵ t=vrednost t-testa; Stopnje stat.značilnosti so označene z zvezdico, *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

razburjajo in jezijo na delovnem mestu ($t = 3,6^{***}$), preizkusna in kontrolna skupina se v t3 značilno razlikujeta ($t = 2,98^*$).¹⁶

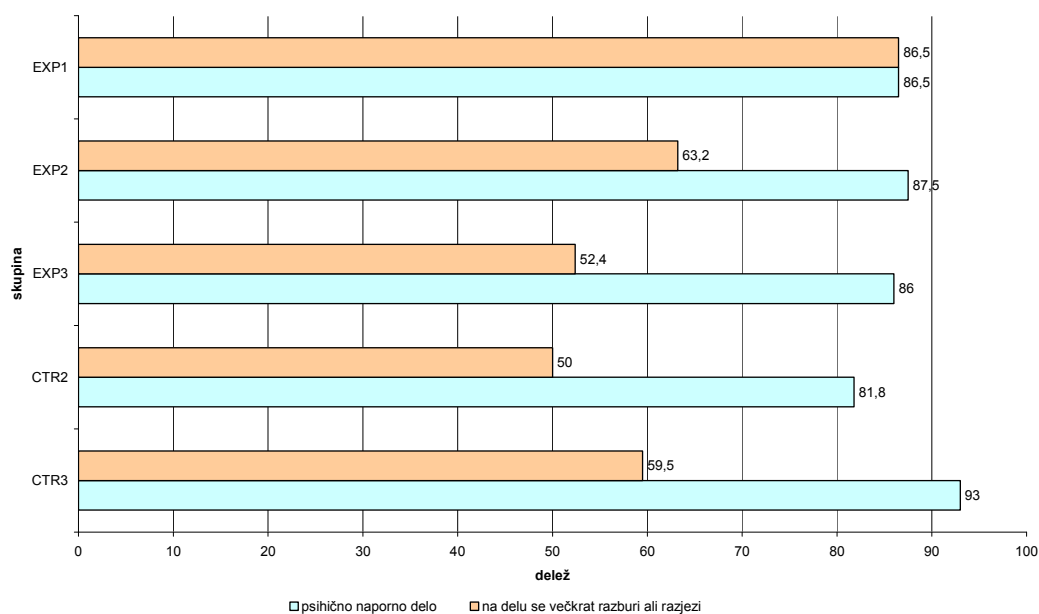
Medsebojni odnosi

Delež oseb, ki so navedle, da so medsebojni odnosi na delovnem mestu slabi, se je v EXP skupini sprva znižal za 0,2 %, nato pa se povečal za 2,1 %. Osmina iz EXP je v času obeh anketiranj odnose opisala kot zelo dobre, nihče ni stike s sodelavci opisal kot zelo slabe. S povprečno oceno 3,9 bi medsebojne odnose v EXP skupini lahko opredelili kot »dobre«.

V CTR2 skupini je medsebojne odnose opredelilo kot slabe 6,8 % oseb, v CTR3 se je delež teh povečal še za 4,3 %, 4,8 % vprašanih pa je menilo, da so odnosi zelo slabi. Za 11,9 % se je zmanjšal tudi delež tistih, ki so sprva navajali zelo dobre odnose. S povprečno oceno 3,5 bi odnose v CTR skupini lahko opisali kot »niti dobre, niti slabe«, z značilno negativno tendenco ($t = 2,2^{***}$).¹⁶

Razlika med preizkusno in kontrolno skupino eno leto po zaključku programa ni statistično značilna ($t = -1,1^*$) (glej Sliko 2.16).¹⁶

Slika 2.16: Subjektivne značilnosti dela oseb iz eksperimentalne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi



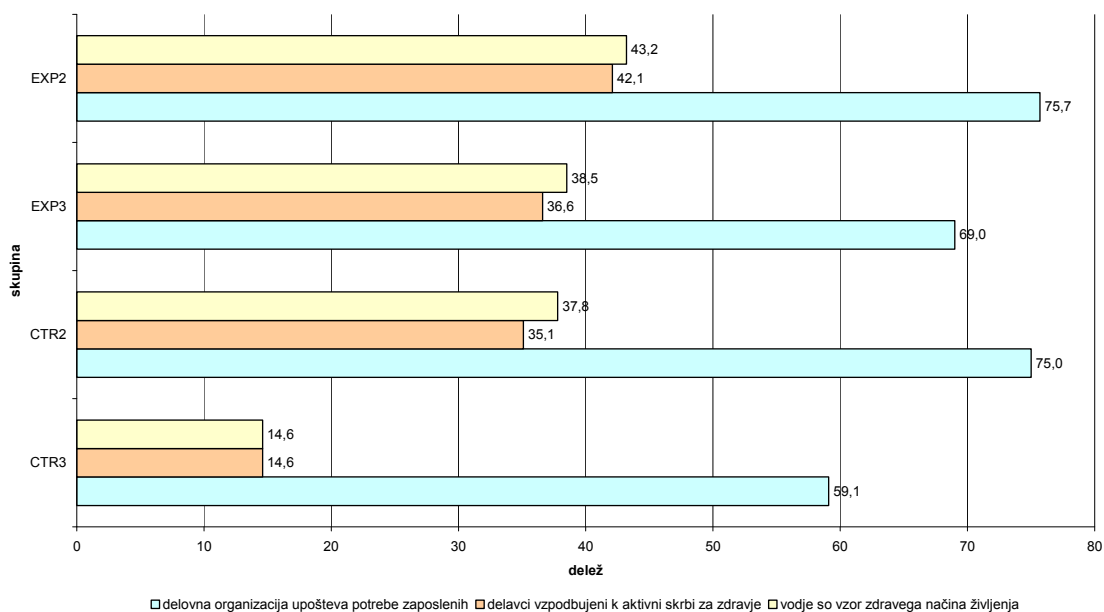
¹⁶ t=vrednost t-testa; Stopnje stat.značilnosti so označene z zvezdico, *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Zadovoljevanje potreb zaposlenih

Večina vprašanih meni, da delovna organizacija na splošno upošteva njihove potrebe. Tretjina anketiranih v preizkusni skupini je prepričanih da jih delodajalec vzpodbuja k aktivni skrbi za zdravje, dobrih 40 odstotkov pa vodje ocenjuje kot vzor zdravega načina.

V vseh treh kazalcih zadovoljevanja potreb zaposlenih so deleži pozitivnih odgovorov v kontrolni skupini nižji v primerjavi z deležem v preizkusni skupini, v času t3 je razlika med skupinama značilna v spodbujanju delavcev k aktivni skrbi za zdravje ($t = 2,32^*$) in vzornemu življenjskem slogu vodij ($t = 2,46^*$) (glej Sliko 2.17).¹⁷

Slika 2.17: Zadovoljevanje potreb zaposlenih iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi



Zdravstveni status

Povprečen ITM v preizkusni in kontrolni skupini se s časom povečuje. Povprečna telesna teža se je v prvi skupini povečala za 0,5 kg (EXP1-EXP3)

¹⁷ t=vrednost t-testa; Stopnje stat.značilnosti so označene z zvezdico, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

oz. za 0,4 kg (EXP2-EXP3), v kontrolni pa za 2,1 kg (CTR2-CTR3). Delež oseb z ITM nad priporočljivo vrednostjo 25 kg/m², se je v EXP skupini od t2 do t3 povečal za 5,4 %, v CTR pa za 3,1 %.

Povprečna vrednost obsega trebuha se je v preizkusni skupini zmanjšala za 3,9 cm, v kontroli pa povečala za 4,6 cm.

Najmanjši delež visceralno debelih žensk (debelih moških je bilo v vzorcu premalo, da bi lahko rezultate po kategorizaciji posplošili na skupino) smo ugotovili v preizkusni skupini 6 mesecev po uvedbi programa (15,5 %) (glej Tabela 2.11).

Tabela 2.11: Kazalci prekomerne prehranjenosti zaposlenih iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi

Skupina / kazalec	preizkusna			kontrolna	
	Exp1 (n=37)	Exp2 (n=41)	Exp3 (n=43)	Ctr2 (n=44)	Ctr3 (n=43)
Telesna teža, \bar{X} , sd	65,9 ± 13,2	66,9 ± 12,5	66,5 ± 11,1	65,5 ± 9,9	66,7 ± 11,9
ITM, \bar{X} , sd	23,3 ± 3,6	23,4 ± 2,6	23,7 ± 2,9	23,6 ± 3,5	23,6 ± 3,4
ITM % 25 in več	25,0	26,3	31,7	33,4	36,5
Obseg trebuha, \bar{X} , sd	82,6 ± 9,5	84,5 ± 11,2	80,6 ± 12,5	82 ± 10	85,7 ± 12,8
Obseg trebuha, % nad priporočili*	21,9	15,5	18,8	28,6	48,0

Legenda: sd = standardni odklon; * ženske

Samoocena zdravja

Večina anketiranih ocenjuje svoje zdravje v splošnem kot »dobro«. Povprečna samoocena zdravja se je od t1 do t3 v preizkusni skupini značilno znižala s 4,0 na 3,8 ($t = 2,2^*$).¹⁸ Povprečna ocena lastnega zdravja je ob obeh meritvah v kontrolni skupini 3,7, skoraj »dobro«.

¹⁸ t=vrednost t-testa; Stopnje stat.značilnosti so označene z zvezdico, *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Absentizem

Povprečno število dni odsotnosti se je od t2 do t3 zmanjšalo tako v preizkusni (za 1,5 dni) kot v kontrolni (za 1,6 dni) skupini.

Težave z zdravjem

Težave z zdravjem na splošno navaja velika večina (med 85,5 in 100%) anketiranih v vseh skupinah. Zniževanje deleža oseb z zdravstvenimi težavami v preizkusni skupini je značilno negativno tako od časa t1 do t2 ($t = 2,2^*$) kot od t1 do t3 ($t = 2,97^{***}$).¹⁹ Trend je v času t2 do t3 v kontroli nekoliko negativen (-0,4 %).

Po navedbah v vprašalnikih imajo zaposleni težave predvsem z glavoboli, bolečinami v vratu in v križu. Šest mesecev po uvedbi programa so zaposleni preizkusne skupine navajali značilno manj bolečin v križu ($t = -3,1^{***}$) in vratu ($t = -2,0^*$) v primerjavi z zaposlenimi v kontroli (glej Tabelo 2.12).

Tabela 2.12: Težave z zdravjem specifične, zaposleni iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi.

Skupina / kazalec	preizkusna			kontrolna		vzorec <i>n</i> =196
	Exp1 (<i>n</i> =37)	Exp2 (<i>n</i> =41)	Exp3 (<i>n</i> =43)	Ctr2 (<i>n</i> =44)	Ctr3 (<i>n</i> =43)	
bolečine v prsih	3,4	5,0	7,1	9,3	9,5	7,1
bolečine v križu	37,9	25,0	28,6	57,1	40,5	37,9
bolečine v vratu	37,9	27,5	33,3	48,8	33,3	36,2
bolečine v sklepih	6,9	17,5	19,0	18,6	14,3	15,2
otekanje nog	6,9	2,5	11,9	4,7	9,5	7,1
% zaprtje	10,3	10,0	4,8	16,3	14,3	11,2
glavobol	55,2	47,5	42,9	39,5	33,3	42,9
nespečnost	20,7	17,5	16,7	25,6	31,0	22,4
depresija	6,9	5,0	9,5	9,3	14,3	9,2
težave z zdravjem, splošno	100,0	85,0	76,2	81,4	81,0	83,7

¹⁹ *t*-vrednost *t*-testa; Stopnje stat.značilnosti so označene z zvezdico, **p*<0,05; ***p*<0,01; ****p*<0,001

Življenjski slog in lastna skrb za zdravje

Le manjši delež vprašanih uspešno obvladuje stres (EXP1: 11,1%; EXP2: 0%; EXP3: 14%; CTR2: 23,3%; CTR3: 15,9%), večina vprašanih stres obvladuje z nekaj truda (EXP1: 69,4%, EXP2: 85%, EXP3: 69,8%, CTR2: 65,1%, CTR3: 63,6%).

Povprečna ocena lastne skrbi za zdravje delavcev iz preizkusne skupine se je znižala, od 3,4 na 3,3, vzrok je povečanje ocene slabo in zelo slabo od t1 do t2 (+6,8%), nato pa še zmanjšanje ocene dobro in zelo dobro od t2 do t3 (-11,9%). V kontrolni skupini je večina prepričana, da za svoje zdravje skrbi dobro, s povprečno oceno 3,6.

V preizkusni skupini se je delež rednih rekreativcev z uvedbo programa z 51,4% zmanjšal za 7,5% in se v t3 obdržal na isti vrednosti (43,9%). Pogostost vsaj 20-minutne tedenske aktivnosti je s povprečne vrednosti 4,2 v t1 padla na 3,8 v t2, leto kasneje še nižje na 3,3, največji delež športno neaktivnih smo v preizkusni skupini ugotovili šest mesecev po uvedbi programa (19,5%). V kontrolni skupini se je povprečna frekvenca tedenske športne aktivnosti znižala s 4,4 na 4,2, športno neaktivnih je približno desetina, redno telesno dejavnih več kot polovica anketiranih, trend je pozitiven.

V preizkusni skupini se je z uvedbo programa značilno povečala pogostost razgibavanja na delovnem mestu ($t=-2,3^{***}$) iz 8% v t1 na 28% v t2, vendar se je v t3 ponovno znižala na 20,9%.²⁰ V kontrolni skupini je v t2 izvajalo gibalne vaje na delovnem mestu 18,6%, v t3 pa desetina vprašanih.

Delež oseb, ki na dan zaužijejo vsaj tri obroke hrane se je v preizkusni skupini nekoliko zmanjšal, povečal se je delež zaposlenih, ki med delom pojedjo malico, vendar jih večina zaužije premalo tekočin. V kontrolni skupini premalo tekočine na delu spiše slaba polovica zaposlenih, delež tistih, ki na delovnem mestu zaužejo vsaj en obrok je manjši za 5,8%. (glej Tabela 2.13, str.92).

²⁰ t=vrednost t-testa; Stopnje stat.značilnosti so označene z zvezdico, *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tabela 2.13: Kazalci zdravega življenjskega sloga, zaposleni iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi

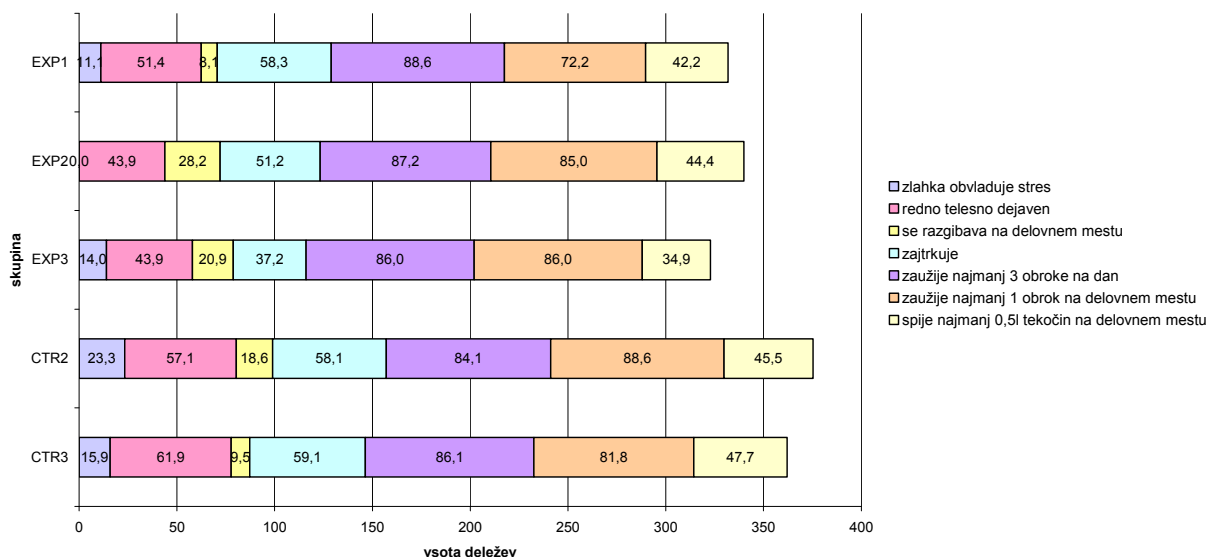
Skupina/ variabla	preizkusna			kontrolna	
	EXP1 (n=37)	EXP2 (n=41)	EXP3 (n=43)	CTR2 (n=44)	CTR3 (n=43)
Obvladuje stres na delovnem mestu, zlahka + z nekaj truda, %	80,5	85,0	83,8	88,4	79,5
Skrbi za zdravje dobro + zelo dobro, %	37,8	53,6	39,5	56,8	56,9
Na delo gre s kolesom ali peš, %	11,4	12,2	18,6	27,3	28,1
Redno telesno dejaven, %	51,4	43,9	43,9	57,1	59,7
∞ Se razgibava na delovnem mestu, %	8,1	28,2	20,9	18,6	9,5
Najmanj 3 obroki na dan, %	88,6	87,2	86	84,1	85,9
Najmanj 1 obrok na delovnem mestu, %	72,2	85	86	88,6	82,8
Zajtrkuje, %	58,3	51,2	37,2	58,1	59,1
Tekočine na delovnem mestu, spije 0,5 l ali več, %	38,9	40,0	34,9	45,5	51,6

V preizkusni skupini so spremembe v življenjskem slogu pol leta po uvedbi programa anketiranci navedli na področju prehrane (58,5%) in telesne dejavnosti (9,8%). Leto kasneje so ob spremembah v prehrani (19,5%), opisali tudi nadzorovanje telesne teže (22%), povečanje telesne dejavnosti (20,5%) in spremembe v obvladovanju stresa (15%). Tudi v kontrolni skupini so v času t2 anketiranci navedli spremembo v prehranjevalni navadah (72,7%), v t3 pa poleg spremembe v prehrani (11,1%) še nadzor nad telesno težo (15,9%), večjo telesno dejavnost (19%) in lažje obvladovanje stresa (14,5%).

Ugotavljamo, da je bil (v primerjavi s stanjem pred uvedbo programa) pol leta po začetku programa promocije zdravja na delovnem mestu skupni odstotek oseb z zdravimi življenjskimi navadami v preizkusni skupini višji za 8%, vendar se je pogostost zdravih navad po enem letu znižala za 17% in segla pod začetni

nivo. V kontrolni skupini se vsota odstotkov oseb z zdravimi življenjskimi navadami od t2 do t3 skoraj ni spremenila (glej Sliko 2.18).

Slika 2.18 Kazalci zdravega življenjskega sloga kumulativno, zaposleni iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi



Tvegana vedenja

Od začetka spremljanja stanja se je celokupni delež nezdravih navad v preizkusni skupini povečal na račun večjega napora pri obvladovanju stresa, deleža telesno nedejavnih, tistih, ki ne zajtrkujejo in zaužijejo manj kot 3 obroke na dan, večjega deleža kadilcev in čezmernih pivcev alkoholnih pijač. Ob tretjem posnetku stanja, se je delež oseb, ki sploh niso bile telesno dejavne nekoliko zmanjšal (glej Tabelo 2.14, str. 94).

Tabela 2.14: Tvegana vedenja za zdravje, zaposleni iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi

skupina / kazalec	preizkusna			kontrolna	
	EXP1 (n=37)	EXP2 (n=41)	EXP3 (n=43)	CTR2 (n=44)	CTR3 (n=43)
obvladovanje stresa na delovnem mestu, s hudimi težavami, ne obvlada, %	2,8	2,5	4,7	2,3	4,5
ni telesno dejaven, %	10,8	19,5	14,6	9,5	7,1
število obrokov na dan, manj kot 3, %	11,4	12,9	14,0	15,9	18,2
obroki na delovnem mestu, nič, %	27,8	15,0	14,0	11,4	20,5
tekočine na delovnem mestu, manj kot 0,5 l %	11,1	10,0	4,7	4,5	11,4

Odnos do zdravja

V splošnem so anketirani zdravju pripisali največji pomen za lastno uspešnost v življenju, nato pa zadovoljstvu strank in kakovosti storitev delovne organizacije. Kontrolna skupina je na 5-stopenjski lestvici zdravju podala nekoliko višjo skupno povprečno oceno od preizkusne skupine.

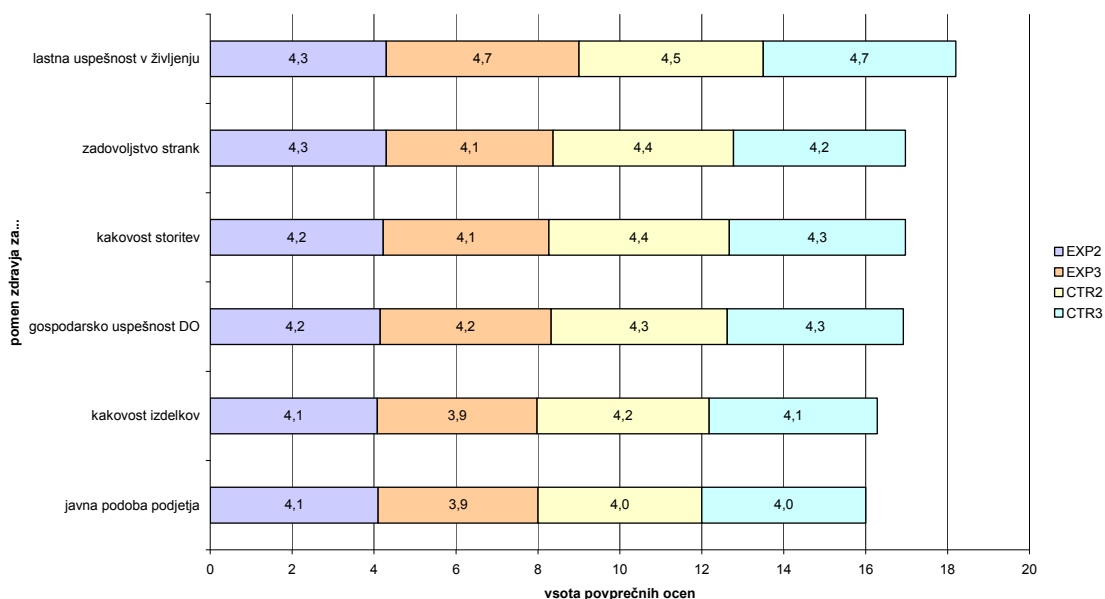
Pomen zdravja za lastno uspešnost v življenju se je od t2 do t3 v preizkusni skupini povečal ($t=-2,9^{***}$).²¹

Gospodarska uspešnost delovne organizacije je za večino vprašanih v veliki in zelo veliki meri odvisna od zdravja delavcev. Zelo malo (2-5 %) pa jih je prepričanih da zdravje zaposlenih na ta kazalec vpliva le v manjši meri oz. sploh ne vpliva.

Anketiranci ocenjujejo, da se zdravje zaposlenih (med ponujenimi kazalci) najmanj odraža na javni podobi delovne organizacije, čeprav povprečna ocena najmanj 3,9 (EXP3) in največ 4,1 (EXP2) nakazuje, da je pomen zdravja zaposlenih tudi v tej podkategoriji velik (glej Sliko 2.19, str. 95).

²¹ t=vrednost t-testa; Stopnje stat.značilnosti so označene z zvezdico, *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Slika 2.19: Povprečne ocene pomembnosti zdravja, zaposleni iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi



Odgovornost za zdravje

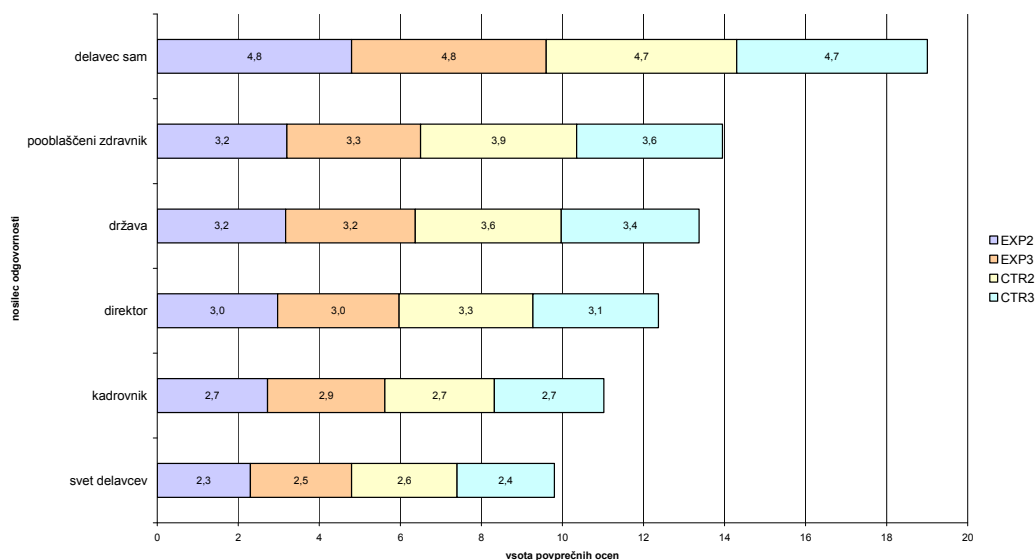
Anketirani so največjo odgovornost za zdravje zaposlenih pripisali delavcem, nekoliko manjšo pooblaščenemu zdravniku, državi in kadroviku, najmanjšo pa svetu delavcev v delovni organizaciji.

Delavec je v veliki in zelo veliki meri sam odgovoren za svoje zdravje je ocenilo dobrih 80 odstotkov vprašanih v vzorcu. Povprečna ocena odgovornosti delavca je v preizkusni in kontrolni skupini od t2 do t3 ostala nespremenjena.

Delež anketiranih, ki so menili, da je država za zdravje delavcev odgovorna le v majhni meri in sploh ne se je v preizkusni skupini od 25,7% povečal na 29,4%, v kontrolni pa se povečal za 6,3% na 25,8%.

Na spodnji liniji odgovornosti je v obeh skupinah in časovnih točkah svet delavcev, za katerega anketirani menijo, da le v manjši meri nosi odgovornost za zdravje zaposlenih (glej Sliko 2.20, str. 96).

Slika 2.20: Odgovornost za zdravje delavca povprečne ocene po akterjih, zaposleni iz preizkusne in kontrolne skupine programa promocije zdravja Prvi



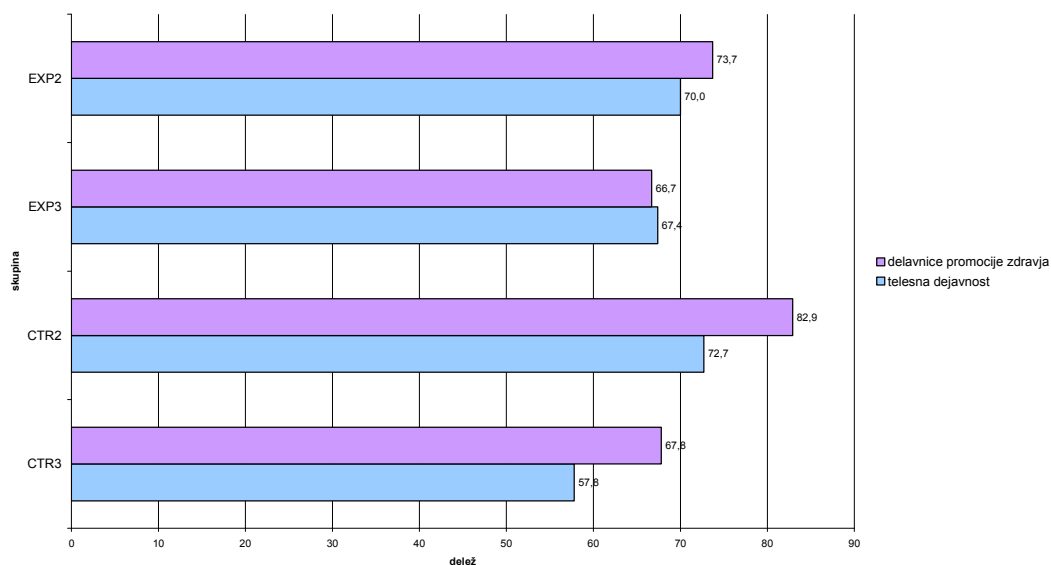
Osvešččenost za zdravje

V preizkusni skupini se je eno leto po zaključku programa osvešččenost o ITM znižala ($t=4,32^{***}$), hkrati z informiranostjo o obsegu trebuha ($t=2,3^*$), krvnem tlaku in priporočljivi frekvenci intenzivne telesne dejavnosti. Preizkusna skupina je kljub temu v primerjavi s kontrolo prikazala značilno višjo osvešččenost o vrednosti lastnega ITM v času t2 ($t=4,74^{***}$).²² V kontrolni skupini ni bilo zaznati pomembnih sprememb v osvešččenosti.

V obdobju 1 leta se je v preizkusni in v kontrolni skupini motivacija za telesno dejavnost in udeležbo na delavnicah promocije zdravja nekoliko znižala (glej Sliko 2.21, str. 97).

²² t =vrednost t -testa; Stopnje stat.značilnosti so označene z zvezdico, * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Slika 2.21: Delež motiviranih za telesno dejavnost in udeleževanje v programu promocije zdravja, preizkusna in kontrolna skupina programa promocije zdravja Prvi



Splošna ocena

Preizkusna skupina je na 5-stopenjski lestvici ocenila zadovoljstvo z izvedenim programom s povprečno oceno 3,6 kar se nagiba k diskretni vrednosti 4 – zelo zadovoljen. Skupaj je oseb, ki so program ocenile s 4 ali več, 69,3%.

Ugotovili smo, da se je v času od začetka programa promocije zdravja do leto po njegovem zaključku izboljšalo zadovoljstvo z delom in delovnim mestom, izboljšali so se medsebojni odnosi in zmanjšal psihični napor pri delu. Značilno se je zmanjšala pogostost razburjanja in jeze delavcev na delovnem mestu, povečalo število teh, ki so se na delovnem mestu razgibavali in zmanjšal delež tistih, ki so navajali težave z zdravjem.

Vse zgoraj omenjene pozitivne spremembe so bile najbolj izrazite pol leta po uvedbi programa. Padajoča samoocena zdravja ob naraščajoči oceni pomena zdravja na lastno uspešnost v življenju kažeta na večjo kritičnost in vrednotenje zdravja (glej Tabelo 2.15, str. 98).

Tabela 2.15. Uspešnost programa Prvi s programsko evalvacijo

		Exp1	Exp2	Exp2- Exp1	Exp3	Exp3- Exp2	Index Exp
zadovoljstvo na delovnem mestu	zadovoljen+zelo, %	62,1	83	+20,9	81,4	-1,6	+11,35
	povprečje	3,78	3,85	+0,07	4,0	+0,15	+0,11
	t			0,35		0,95	1,13
	(df)			(76)		(82)	(78)
	p			,72		,35	,26
medsebojni odnosi na delovnem mestu	dobri, zelo dobri, %	-	78,1	-	79,0	+9	+9
	povprečje	-	3,85	-	3,86	+0,1	+0,1
	t			-		-0,05	-0,05
	(df)					(82)	(82)
	p					,96	,96
delo psihično naporno	da, %	86,5	87,5	+1,0	86,0	-1,5	-0,25
	t			,13		,19	0,06
	(df)			(75)		(81)	(78)
	p			,89		,85	,95
se večkrat razburi, razjezi	da, %	86,5	63,2	-23,2	52,4	-10,8	-17,0
	t			2,38		0,97	3,58
	(df)			(73)		(78)	(77)
	p			,02*		,34	,00**
samoocena zdravja	povprečje	4,0	3,9	-0,1	3,8	-0,1	-0,2
	t			1,2		,78	2,2
	(df)			(76)		(82)	(78)
	p			,23		,44	,03*
težave z zdravjem	da, %	100	85	-15	76,2	-8,8	-11,9
	t			2,23		1,0	2,97
	(df)			(67)		(80)	(69)
	p			,03*		,32	,00**
razgibavanje na delovnem mestu	da, %	8,1	28,2	+20,1	20,9	-7,3	+6,4
	t			-2,31		0,76	-1,66
	(df)			(74)		(80)	(78)
	p			,02*		,45	0,11
ocena vpliva zdravja na lastno uspešnost v življenju	povprečje	-	4,3	-	4,7	+0,4	-
						-2,94 (75) ,00**	

Legenda: p=stopnja stat.značilnosti, *p<0,05; **p<0,01, *p<0,05; **p<0,01; df= stopinje prostosti; t=vrednost t-testa

2.4.3.3 Evalvacija izida (evalvacijska raziskava)

Programska evalvacija in evalvacijska raziskava se razlikujeta v tem, da prva poskuša posnemati resnični svet, slednja pa predvsem prispevati k razvoju teorije promocije zdravja, zahteva precej sredstev in znanja, zato jo najpogosteje izvajajo raziskovalne institucije. Cilj je ocenitev vpliva inovacije na skupino oziroma posameznika, ki bi ga bilo mogoče posplošiti na skupine v primerljivem okolju (glej Tabela 2.16).

Vrednotenje izida je omogočeno z meritvami kazalcev zdravstvenega stanja in kakovosti življenja. Kazalci so na osnovi raziskav in izkušenj zastavljeni kot standardi, ki določajo, kdaj in kaj bo doseženo. Občutljivost kazalcev za izide programa je močno odvisna od specifičnosti standardov, natančnosti meritve, jakosti učinka ter obsega obravnavane populacije ali raziskovanega vzorca. Izide običajno vrednotimo s kazalci umrljivosti, obolevnosti in stopnje invalidnosti specifične populacije (Green in Kreuter 1999).

Evalvacijska raziskava je odličen način za preverjanje »starih modrosti«, pa tudi »modnih muh«, saj je osnovni način za analizo teorij, potrjevanje hipotez in dokazovanje vzročno–posledične zveze med promocijo zdravja in izidi (Windsor in drugi 1984, 12-14). Predstavljamo jo v empiričnem delu naloge.

Tabela 2.16: Značilnosti procesnega, programskega in znanstvenega nivoja evalvacije promocije zdravja

nivo	procesni	programski	znanstveni
temeljne značilnosti	- ne-eksperimentalna oblika	- obsega kvazi–eksperimente in eksperimente	- eksperimentalna oblika
	- analizira program v času izvajanja	- ocenjuje vpliv na vedenje	- uporablja naključno izbiro in kontrolo
	- analizira strukturo in proces	- uporablja ne/naključno izbiro	- testira hipoteze o spremembah v vedenju
	- vključuje opazovanje	- predvsem interna vrednost	- uporablja multivariantne analize
	- spremlja napor izvedenih aktivnosti	- uporablja osnovno analizo in primerjave	- bogati bazo znanja
	- pregled zbranih podatkov in posnetkov	- izvaja predhodno testirane intervencije	- temelji na teoriji
	- metode formativne evalvacije	- metode formativne in sumativne evalvacije	- interna in eksterna vrednost

Vir: Windsor in drugi (1984, 10).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 OPREDELITEV PROBLEMA

S ciljem raziskati kakovost programa promocije zdravja z evalvacijsko raziskavo smo si zastavili raziskovalno vprašanje, in sicer:

Ali promocija zdravja na delovnem mestu prispeva k ugodnejšim izidom zdravja in tako vpliva na kakovost življenja zaposlenih?

Iz osnovnega znanstvenega vprašanja sledijo podvprašanja:

Ali promociji zdravja lahko pripišemo povezavo z:

(a) zdravstvenim statusom; (b) zdravstveno osveščenostjo; (c) motivacijo za sodelovanje v programih promocije zdravja; (d) odnosom do zdravja; (e) zdravim življenjskim slogom; (f) zdravju podpornim delovnim okoljem; (g) kakovostjo delovnega življenja?

3.2 HIPOTEZE

H1: promocija zdravja na delovnem mestu prispeva k ugodnejšim izidom zdravja in tako vpliva na kakovost življenja zaposlenih.

Izvedene hipoteze

H.1.1: zdravstvena osveščenost je povezana z demografskimi značilnostmi in socialnim položajem posameznikov.

H.1.2: življenjski slog je povezan z demografskimi značilnostmi in socialnim položajem posameznikov.

H.1.3: zdravstveni status je povezan z demografskimi značilnostmi in socialnim položajem posameznikov.

H.1.4: prevzemanje odgovornosti za zdravje je povezano z demografskimi značilnostmi in socialnim položajem posameznikov.

H.1.5: zadovoljstvo z delom je povezano z demografskimi značilnostmi in socialnim položajem posameznikov.

H.1.6. zdravstvena osveščenost, življenjski slog, zdravstveni status in kazalci kakovosti življenja so povezani.

H2: promocija zdravja na delovnem mestu spodbuja oblikovanje zdravju podpornega delovnega okolja.

Izvedene hipoteze

H.2.1: zdravju podporni ukrepi v delovnem okolju in značilnosti delovnih organizacij so povezani.

H.2.2: motiviranost managerjev za urejanje zdravju podpornega okolja in značilnosti delovnih organizacij so povezani.

H.2.3: skrb managerjev za zdravje zaposlenih in značilnosti delovnih organizacij so povezani.

H.2.4: prevzemanje odgovornosti managerjev za zdravje zaposlenih in značilnosti delovnih organizacij so povezani.

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Populacija in vzorec

3.3.1.1 Neprofitni sektor

Za vključitev v programe promocije zdravja na delovnem mestu, ki so bili v regiji ponujeni z razpisom, so se odzvale štiri občine na območju katerih sta bila v obdobju dveh let izvedena dva vsebinsko in organizacijsko primerljiva programa, ki ju bomo imenovali *Prvi* in *Drugi*. Zaposleni vključenih delovnih organizacij v šolstvu in javni upravi so bili povabljeni k sodelovanju v programu promocije zdravja in k raziskavi ter so sestavljali preizkusno skupino.

V kontrolni skupini niso bile izvedene nobene aktivnosti promocije zdravja na delovnem mestu, temveč le posnetek stanja. Vzorec kontrolne skupine je bil izbran glede na število in osnovne demografske značilnosti oseb iz preizkusne skupine (sektor in dejavnost delovne organizacije, spol anketiranca).

3.3.1.2 Profitni sektor

V raziskavo je bilo povabljeno podjetje, ki je v viziji navajalo skrb za vzpodbujanje zdravja zaposlenih na delovnem mestu in izvajalo program z vsebinami promocije zdravja.

Za kontrolo smo izbrali podjetje, ki v svoji viziji ni omenjalo družbene odgovornosti organizacije, ni izražalo skrbi za vzpodbujanje zdravja zaposlenih in ni izvajalo programov promocije zdravja. Vzorec kontrolne skupine je bil izbran glede na število in osnovne demografske značilnosti oseb iz preizkusne skupine (sektor, dejavnost delovne organizacije, spol).

3.3.1.3 Managerji

Iz vseh delovnih organizacij so bili (v soglasju z vodstvom) v raziskavo vključeni delavci v upravi, vrhnji manager in sindikalni zaupnik.

Vzorec prve kontrolne skupine je bil izbran glede na število in osnovne demografske značilnosti oseb iz preizkusnih skupin (sektor, dejavnost delovne

organizacije, spol), v drugo kontrolo pa smo vključili vse delovne organizacije iz skupine Slovenska fundacija za poslovno odličnost (SFPO) (glej Tabelo 3.4, str. 109).

3.3.2 Načrt raziskave in opis uporabljenih metod

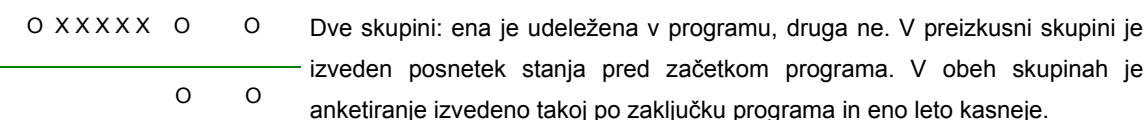
3.3.2.1 Neprofitni sektor

Analitična metoda obsega primerjavo med skupinami s specifičnim namenom sistematičnega ugotavljanja učinka programa na vključeno skupino. Edini dejavnik, na katerega smo vplivali, sta dva programa izvedena v preizkusnih skupinah neprofitnega sektorja. Uporabljen je bil »kvazi-eksperiment«, kjer smo določili kdo bodo osebe, ki bodo vključene v meritve, kdaj se bodo meritve izvajale, nismo pa mogli udeležencev izbrati naključno. Odsotnost naključne izbire udeležencev poveča možnost, da razlike med skupinami niso posledica programa, ki ga raziskujemo, vendar so kvazi eksperimenti lažje izvedljivi in cenejši od pravih eksperimentov. Najbolje vzročnost sicer dokazujemo s pravim eksperimentom, vendar je prav v promociji zdravja vprašljiva ustreznost posploševanja pridobljenih podatkov na skupine, ki niso bile izpostavljene umetnim pogojem (Van Marris in King 2006, 40).

Razlike v raziskovanih vrednostih naj bi pokazale na kakovost izvedenega programa promocije zdravja na delovnem mestu.

V evalvaciji programa *Prvi* smo uporabili metodo s posnetkom stanja pred in po zaključku programa v preizkusni skupini, vendar brez posnetka stanja v času t_1 v kontrolni skupini zaradi težav v organizaciji (glej Sliko 3.1).

Slika 3.1: Potek kvazi eksperimenta v programu promocije zdravja na delovnem mestu *Prvi*



Legenda: X = aktivnost promocije zdravja (intervencija); O = zbiranje podatkov

Posnetek stanja smo v programu *Drugi* izvedli pred in po zaključku programa s primerjavo v kontrolni skupini, ki omogoča primerjave znotraj skupine pred in po izvedbi programa promocije zdravja ter pomaga pri ugotavljanju tega, ali sta preizkusna in kontrolna skupina primerljivi (glej Sliko 3.2).

Slika 3.2: Potek kvazi eksperimenta v programu promocije zdravja na delovnem mestu *Drugi*

O X X X X X O Dve skupini: ena je udeležena v programu, druga ne. V obeh skupinah je anketiranje
 _____ izvedeno pred in po zaključku programa.
 O O

Legenda: X = aktivnost promocije zdravja (intervencija); O = zbiranje podatkov

3.3.2.2 Profitni sektor

Primerjave dveh pridobitnih organizacij smo izvedli z enkratnim posnetkom stanja z namenom širšega razumevanja učinkov internega programa promocije zdravja in kulture delovne organizacije (glej Sliko 3.3).

Slika 3.3: Študija primera v programu promocije zdravja na delovnem mestu

X O X Dve skupini: ena izraža skrb za vzpodbujanje zdravja zaposlenih, druga ne. V obeh
 _____ primerih je posnetek stanja izveden v eni časovni točki.
 O

Legenda: X = aktivnost promocije zdravja (intervencija); O = zbiranje podatkov

3.3.2.3 Managerji

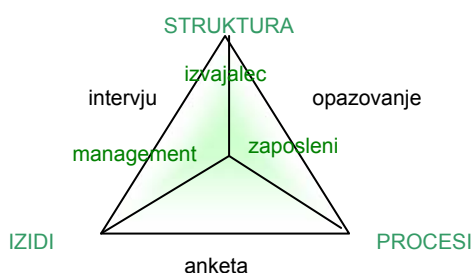
Z namenom širšega in globljega razumevanja dinamike promocije zdravja v delovnem okolju smo v raziskavo vključili še managerje večine raziskovanih delovnih organizacij ter koordinatorico oz. managerko programa *Prvi*.

Po zaključku kvantitativne analize podatkov smo pri treh izbranih zdravstvenih avtoritetah retrogradno iskali razlage rezultatov.

3.3.3 Instrument

Raziskavo smo izvedli z uporabo več metod, vendar ne vseh pri vseh opazovanih skupinah: anketiranje, priložnostno opazovanje in poglobljeni intervju (glej Sliko 3.4 in Priloge B–D).

Slika 3.4: Uporaba več metod v raziskovanju promocije zdravja



3.3.3.1 Vprašalnik za zaposlene

Strukturiran vprašalnik vključuje vprašanja z zaprtimi in odprtimi odgovori ter se nanaša na naslednje varibale: demografski podatki, zdravstveni status, delo in delovno okolje, promocija zdravja na delovnem mestu. Instrument je oblikovan z namenom kvantitativnega zbiranja podatkov, ki omogoča pridobivanje strukturiranih podatkov večjega števila oseb.

Vprašalnik vključuje še osnovne kazalce zdravja in zdravega življenjskega sloga, kot jih je v raziskavi o življenjskem slogu Slovencev uporabil Cindi Slovenije, ter nekatera vprašanja iz raziskave o Kvaliteti življenja v Sloveniji (1994), Inštituta za družbene vede – Center za raziskovanje družbene blaginje.

Tudi kazalci v kategoriji »delo in delovno okolje« temeljijo na vprašanjih, kot jih je v raziskavi o Kvaliteti življenja v Sloveniji (1994) uporabila zgoraj navedena skupina raziskovalcev in raziskovalk. Vprašanje o odgovornosti za zdravje je povzeto po vprašalniku Inštituta za medicino dela v raziskavi Čili za delo, ki so jo izvedli med managerji (Strgar in Urdih–Lazar 2005a). Vprašanje o zdravju prijaznem okolju in o pomembnosti teh ukrepov za zaposlene pa po vprašalniku Tri fit (Tri Fit Inc 1998) (glej Tabelo 3.1, str. 106 in Prilogo B).

Tabela 3.1: Struktura vprašalnika za zaposlene v vzorcu raziskave promocije zdravja na delovnem mestu

področja raziskave	kazalci	število kazalcev
demografski podatki in socialnega položaja	spol, leto rojstva, zakonski stan, stopnja izobrazbe, število otrok, starost najmlajšega otroka	7
pogoji dela in delovno okolje	sektor zaposlitve, dejavnost, vključenost delovne organizacije v program promocije zdravja, delovni čas, fizična zahtevnost dela, gibljivost delovnega časa, avtonomija pri uravnavanju tempa dela, kontrola vodij pri zapuščanju delovnega mesta, število podrejenih, število ur dela na teden, število nadur na teden	12
izidi zdravja	zdravstvena osveščenost: podatek o krvnem tlaku, ITM, obseg trebuha, poznavanje priporočil za telesno dejavnost, zdravo prehrano, motivacija za telesno dejavnost in aktivnosti promocije zdravja življenjski slog: telesna dejavnost na teden, zajtrk, število obrokov na dan in na delovnem mestu, pitje tekočin na delovnem mestu, obvladovanje stresa, transport na delovno mesto, razgibavanje med delom, ocena skrbi za zdravje, tvegana vedenja (kajenje, pitje alkohola) zdravstveni status: ITM, krvni tlak, obseg trebuha, težave z zdravjem, absentizem, subjektivna ocena zdravja	24
odgovornost za zdravje	odgovornost zaposlenega, sveta delavcev, direktorja, kadrovika, pooblaščenega zdravnika, države	6
subjektivna kakovost delovnega življenja	psihični napor pri delu, ocena medosebnih odnosov, zadovoljstvo z delom in delovnim mestom, odnos vodstva do zdravja zaposlenih (potrebe, skrb, vzor)	6
promocija zdravja na delovnem mestu	ocena programa	1
		Σ 56

Tabela 3.2: Populacija, vzorec in realiziran vzorec ter uporabljene raziskovalne metode pri delavcih

PROGRAM	POPULACIJA n		VZOREC n (% populacije)		METODA	Realizacija vzorca n (% vzorca)				
						čas glede na začetek programa				
						pred	6 mes. po	1 leto po		
PRVI program promocije zdravja, 2005-06	534	EXP	279	171 (32%)	87 (31,2%)	priložnostno opazovanje + anketiranje	144	EXP1	EXP2	EXP3
		CTR	255					84 (32,9%)	37 (42,5%)	41 (47,1%)
DRUGI program promocije zdravja, 2006-07	194	EXP	86	194 (100%)	86 (100%)	anketiranje	105 +	EXP4	EXP5	-
		CTR	108					108 (100%)	44 (51,2%)	31 (36%)
INTERNI program promocije zdravja, 2007	1299	EXP	894	545 (41,9%)	140 (15,7%)	anketiranje	175	-	EXP6	-
		CTR	405					405 (100%)	61 (56,5%)	37 (34,3%)
								-	87 (62,1%)	-
								-	88 (21,7%)	-
Σ	2027			910				328		
	100%			44,9%				36%		
								16,2% populacije		

Legenda:

EXP – preizkusna skupina

CTR – kontrolna skupina

■ skupina vključena v evalvacijsko raziskavo

■ skupina vključena le v programsko evalvacijo izvajalca

3.3.3.2 Vprašalnik za managerje

Vprašalnik namenjen managerjem, se deloma prekriva z anketo zaposlenih, vendar se usmerja predvsem na delovno okolje in na odnos managementa do zdravja zaposlenih na sploh (glej Tabelo 3.3 in Prilogo C).

Tabela 3.3: Struktura vprašalnika za managerje vzorca v raziskavi promocije zdravja na delovnem mestu

področja raziskave	kazalci	število kazalcev
demografski podatki	sektor, dejavnost, tip delovne organizacije, vključenost v program promocije zdravja ali SFPO, število zaposlenih, funkcija anketiranca	6
delovno okolje	skrb za zdravje, realizacija potreb zaposlenih, spodbujanje k aktivni skrbi za zdravje, vodje kot vzor	4
zdravju podporni resursi, realizirani	skupina zaposlenih zadolžena za aktivnosti skrbi za zdravje, pripomočki za raztezanje, kolesarnica in prostor za rolerje, organizirana rekreacija, subvencioniranje telesne dejavnosti, organizirane pavze z raztezanjem, ergonomsko urejeno delovno mesto, možnost tuširanja, spodbujanje nekajenja, kadilnica, pitna voda, možnost izbire zdravih jedi, avtomati z zdravimi živili, informacijska točka z gradivom o zdravju, zdravstveno-vzgojne aktivnosti, individualno svetovanje	16
zdravju podporni resursi, načrtovani	skupina zaposlenih zadolžena za aktivnosti skrbi za zdravje, pripomočki za raztezanje, kolesarnica in prostor za rolerje, organizirana rekreacija, subvencioniranje telesne dejavnosti, organizirane pavze z raztezanjem, ergonomsko urejeno delovno mesto, možnost tuširanja, spodbujanje nekajenja, kadilnica, pitna voda, možnost izbire zdravih jedi, avtomati z zdravimi živili, informacijska točka z gradivom o zdravju, zdravstveno-vzgojne aktivnosti, individualno svetovanje	16
odgovornost za zdravje	odgovornost zaposlenega, sveta delavcev, direktorja, kadrovnika, pooblaščenega zdravnika, države	6

Σ 48

3.3.3.3 Poglobljeni intervju

Poglobljene intervjuje z managerji izbranih delovnih organizacij smo izvedli osebno s pomočjo delno strukturiranega vprašalnika z odprtimi odgovori. Tematsko so bila izhodiščna vprašanja razvrščena v dva sklopa: (a) zdravju podporni ukrepi v delovnem okolju; (b) motiviranost, skrb in odgovornost managerjev za zdravje zaposlenih. Okvirna vprašanja smo povzeli po vprašalniku Inštituta za medicino dela v raziskavi Čili za delo (Strgar in Urdih–Lazar 2005a) (glej Tabelo 3.4 in Prilogo C).

Odprti odgovori so omogočili kvalitativno evalvacijo programov promocije zdravja, osvetlili razumevanje družbene odgovornosti podjetij, vloge managerjev v odnosu do ostalih akterjev v okviru promocije zdravja in primerjavo naklonjenosti oz. sprejemljivost za programe promocije zdravja na delovnem mestu z vidika organizacijskega konteksta.

Tabela 3.4 Populacija, vzorec in realiziran vzorec ter uporabljene raziskovalne metode pri managerjih

	POPULACIJA			VZOREC		METODA	Realizacija vzorca			
	n			n (% populacije)			n (% vzorca)			
							pred	6 mesecev po	1 leto po	
MANAGERJI	36	EXP	7	36 (100%)	7 (100%)	delno strukturirani intervju + anketiranje	21	-	6 (85,7%)	-
		CTR	7		7 (100%)			-	3 + 3 (85,7%)	-
		SFPO	22		22 (100%)			-	4 + 5 (40,9%)	-
Σ	36 (100%)			36 (100%)				21 (58,3%)		

Legenda:

EXP – preizkusna skupina

CTR – kontrolna skupina

SFPO – članica Slovenske fundacije za poslovno odličnost

■ skupina vključena v evalvacijsko raziskavo

■ skupina vključena le v programsko evalvacijo izvajalca

3.3.3.4 Opazovanje z udeležbo

Poleg nekaterih možnih negativnih učinkov ima vloga neposredne udeležbe raziskovalca prednost v večjem vpogledu v dinamiko procesov (Flere 2000, 89), razumevanje namer udeležencev in opisovanje celotnega poteka dogajanja.

Izvedli smo priložnostno neposredno terensko opazovanje neformalnih skupin z udeležbo opazovalca kot člana skupine v programu *Prvi*. Udeleženci so bili seznanjeni z vlogo raziskovalke, ki je kot managerka programa namerno posegala v dogajanje in na obrazec neposrednega opazovanja po dogodku beležila podatke (glej Prilogo D).

3.3.4 Analiza podatkov

Statistična analiza podatkov je bila izvedena v programu SPSS za Windows, verzija 17.0.²³

Opis porazdelitve vrednosti posamezne spremenljivke je: (a) pri numeričnih spremenljivkah prikazan kot mere centralne tendence (aritmetična sredina (\bar{x}), mediana, modus) in mere razpršenosti podatkov (min., maks., standardna deviacija (sd)), prikaz s histogramom in paličnim grafikonom; (b) pri opisnih spremenljivkah so prikazane frekvenčne porazdelitve slikovno s histogramom.

Za primerjave med skupinami so bile uporabljene naslednje statistične metode: (a) pri numeričnih spremenljivkah in opisnih spremenljivkah ordinalnega tipa smo uporabili t-test za dva neodvisna vzorca (t) in test ANOVA (F), ob statistično značilnem Levenovem F testu za enakost varianc smo upoštevali predpostavko t-testa za neenakost varianc; (b) pri spremenljivkah nominalnega

²³ Programsko evalvacijo promocije zdravja na delovnem mestu smo uporabili le na nivoju izvajalca, v disertaciji pa predstavljamo primerljive podatke vzorca v času t_2 , šest mesecev po implementaciji projekta v preizkusni skupini (glej Tabelo 3.2, str.11). Nekatero ugotovitve iz programske evalvacije so vključene v poglavju Deskriptivna evalvacija, Primer 2.

tipa smo uporabili test hi-kvadrat (χ^2) za testiranje razlik med opazovanimi in pričakovanimi frekvenca (glej Prilogo E).

Indekse smo sestavili iz vseh kazalcev (izvedenih spremenljivk), ki so predstavljeni v tabelah z naslovom »Opis indeksa...«. Znotraj raziskave so bile lestvice različnih stopenj in smeri. Z rekodiranjem smo jih rekategorizirali in jim določili novo vrednost na petstopenjski lestvici (min = 1; max = 5) kjer pet pomeni boljšo oceno, višjo vrednost v smislu zdravja. Indekse smo oblikovali s podprogramom *Compute* tako, da smo sešteli vrednosti kazalcev, izmerili Cronbachov alfa (α) in vpliv dejavnikov (β), jih razdelili na pet kategorij, ki se začnejo z vrednostjo 1.

Za ugotavljanje zveze in za njeno moč povezave med spremenljivkami smo izvedli korelacijsko analizo po Pearsonu (r), obliko njenega razporejanja smo preverili z vrednostjo Skewness ter Kurtosis.

Povezane variable smo analizirali še s standardno regresijsko analizo, z metodo Enter. Delež variance odvisne spremenljivke, ki je določena z neodvisno, smo ob značilni vrednosti F in t prikazali z RSquare (R^2).

Podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo intervjujev, naključnih opazovanj in pogovorov s strokovnjaki iz zdravstva smo uporabili le kot pripomoček v interpretaciji podatkov ter jih nismo statistično analizirali.

Od zaposlenih smo pridobili 337 izpolnjenih anketnih vprašalnikov, in sicer 159 iz preizkusne ter 178 iz kontrolne skupine. Devet anket iz kontrolne skupine je bilo neveljavnih, zato je končno število vključenih v raziskavo iz te skupine 169. Skupno smo torej v analizo vključili 328 vprašalnikov, ki so jih izpolnili zaposleni (glej Tabelo 3.5., str. 112).

3.4 DEMOGRAFSKI PODATKI

3.4.1 Zaposleni

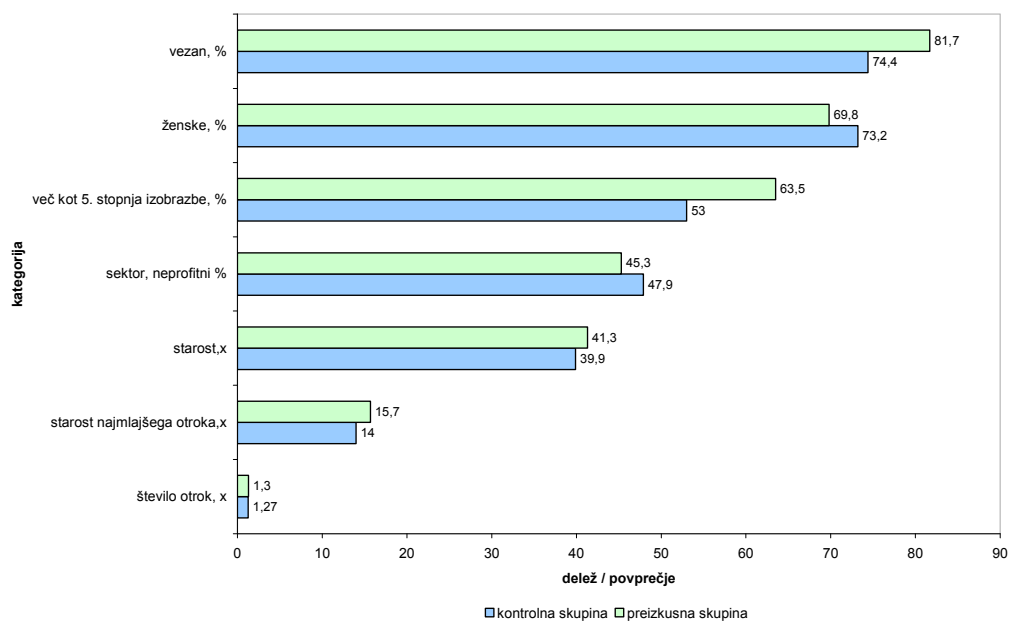
V raziskovani populaciji 2027 zaposlenih smo v vzorcu 910-ih (44,9 %) delavcev v enem časovnem preseku (šest mesecev po implementaciji projekta oz. med internim programom v podjetju) pridobili 328 veljavnih vprašalnikov, in sicer 159 iz preizkusne ter 169 iz kontrolne skupine (glej Tabela 3.5).

Tabela 3.5: Populacija, vzorec in odzivnost v raziskavi

skupina	populacija (N)	vzorec (n)	%	odzivnost (n)	%	Σ
preizkusna	1259	313	24,8	159	50,8	48,5%
kontrolna	768	597	77,7	169	28,3	51,5%
Σ	2027	910	44,9	328	36	100%

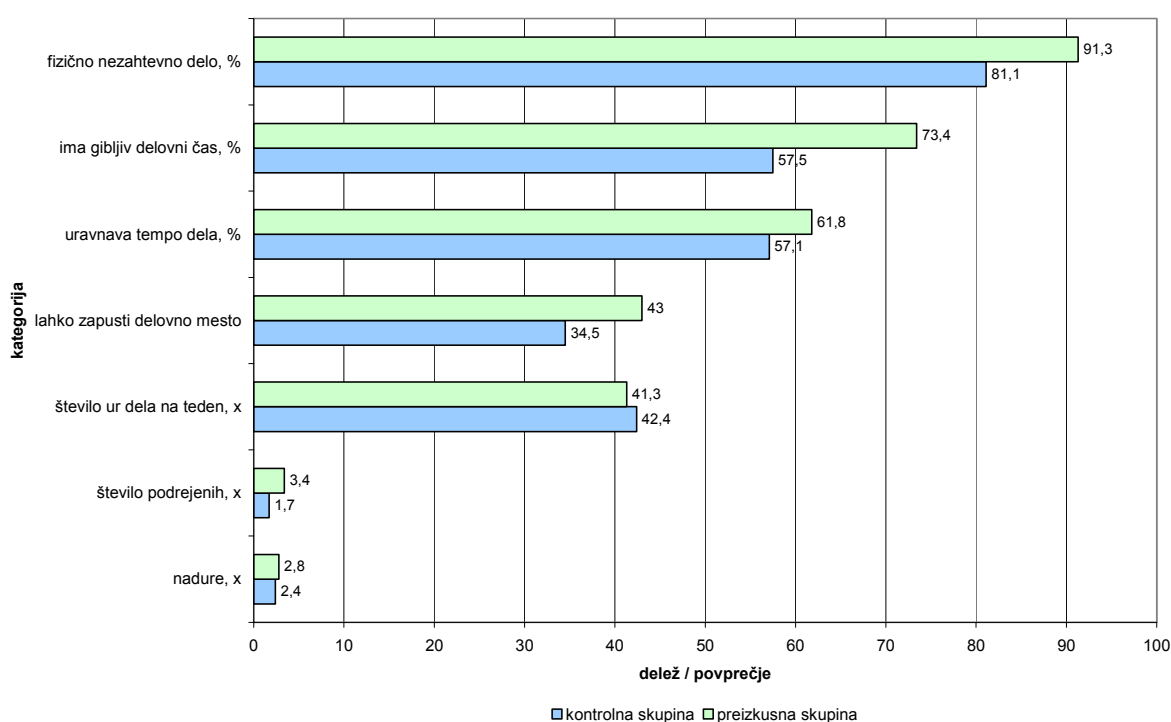
Raziskovani vzorec v večji meri sestavljajo ženske (71,6 %) v zgodnjih štiridesetih letih, poročene ali iz izvenzakonske skupnosti (77,9 %), z visoko stopnjo izobrazbe in matere dveh otrok (44,8 %); njihov najmlajši otrok je mladostnik (glej Slika 3.5).

Slika 3.5: Demografski kazalci anketiranih delavcev



S kazalniki objektivne kakovosti delovnega življenja smo v vzorcu ugotovili ugodne pogoje dela, saj večina (86 %) vprašanih izvaja fizično nezahtevno delo, z gibljivim delovnim časom (65,1 %) in samostojnostjo pri uravnavanju tempa dela (59,4 %), dobra tretjina (38,6 %) anketiranih pa lahko zapusti delovno mesto zaradi osebnih opravkov, ne da bi o tem obvestila svojega nadrejenega. Anketiranci, ki so v povprečju nadrejeni dvema zaposlenima ($\bar{x} = 2,5$; $sd = 11,7$) delajo po 41,9 ur ($sd = 6,1$)²⁴ tedensko (glej Slika 3.6).

Slika 3.6: Pogoji za delo v preizkusni in kontrolni skupini



Preizkusna in kontrolna skupina se statistično značilno razlikujeta v fizični zahtevnosti dela ($\chi^2 = 6,8^{**}$) in gibljivosti delovnega časa ($\chi^2 = 8,9^{**}$), kjer so ugodnejši pogoji dela značilni predvsem za preizkusno skupino. Gibljiv delovni čas je bolj značilen za moške ($r = 0,15^{**}$), z višjo stopnjo izobrazbe ($r = 0,18^{**}$). Fizično zahtevno delo se negativno povezuje s stopnjo izobrazbe ($r = -0,27^{**}$), gibljivim delovnim časom ($r = -0,28^{**}$), avtonomijo pri delu ($r = -0,16^{**}$) in s

²⁴ Eurostat (2009) kaže, da je povprečno število delovnih ur na teden v EU 38,5 ure, več za moške (41,7) v primerjavi z ženskami (34,3), povprečje delovnih ur na teden za ženske v Sloveniji znaša 39,5 ure.

samostojnostjo pri uravnavanju tempa dela ($r=-0,12^*$).²⁵

3.4.2 Managerji

Preiskovano populacijo sestavlja 36 managerjev iz sedmih delovnih organizacij, v katerih je potekal program promocije zdravja in managerji primerljivih kontrolnih delovnih organizacij, ki niso izvajale promocije zdravja na delovnem mestu. Kot dodatna kontrola so v raziskavo vključene vse (22) ustanoviteljice Slovenske fundacije za poslovno odličnost (SFPO). Vabilu za sodelovanje v raziskavi se je odzvalo 21 managerjev: šest iz preizkusne (EXP), šest iz kontrolne skupine (CTR) ter devet iz SFPO. Trinajst managerjev je omogočilo izvedbo delno strukturiranega intervjuja, preostalih osem je izpolnilo anketni vprašalnik. Med sodelujočimi managerji je petnajst članov uprave in polovica (54 %) moških. Polovica (54 %) obravnavanih delovnih organizacij je neprofitnih, večina (82 %) izvaja storitveno dejavnost, 64 odstotkov je javnih institucij. Skupine managerjev se v opazovanih demografskih značilnostih ne razlikujejo statistično značilno.

3.4.3 Ekspertna skupina

V interdisciplinarno ekspertno skupino smo po zaključeni analizi podatkov in interpretaciji rezultatov povabili avtoritete na področju zdravstva v Sloveniji. Odzvali so se: *Manica Remec*, Master in promozione della salute ed educazione sanitaria, European Master in Health Promotion, koordinatorka promocije zdravja ZZV Koper; *prof.dr. Andrej Cör*, dr. med., spec. patolog, prodekan in predstojnik katedre za medicinske in naravoslovne predmete, FVZ UP; *prim. prof. dr. Janko Kersnik*, dr. med., OZG OE ZD Jesenice, ZP Kranjska Gora, strokovni vodja OZG, predsednik Združenja zdravnikov družinske medicine, predstojnik katedre za družinsko medicino MF Maribor, vodja raziskovalne skupine katedre za družinsko medicino MF Ljubljana.

Komentarji ekspertne skupine, ki jih vključujemo v disertacijo, so nastali na osnovi posredovanih povzetkov poglavij empiričnega dela naloge.

²⁵ Legenda: r =Pearsonov koeficient korelacije; sd =standardna deviacija; χ^2 = vrednost hi kvadrat; stopnje stat. značilnosti so označene z zvezdico: * $p<0,05$; ** $p<0,01$ **

3.5 ODNOS PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU IN KAKOVOSTI ŽIVLJENJA ZAPOSLENIH

3.5.1 Subjektivna kakovost delovnega življenja

3.5.1.1 Primerjava subjektivne kakovosti delovnega življenja preizkusne in kontrolne skupine

Kazalce subjektivne kakovosti delovnega življenja zaposlenih smo ugotavljali preko vprašanj o zadovoljstvu z delom in delovnim mestom, oceni medosebnih odnosov in psihičnem naporu na delovnem mestu, kjer je višja vrednost kazalca pomenila večje zadovoljstvo, boljše oceno odnosov oziroma manjši psihični napor na delovnem mestu (glej Tabelo 3.6).

Ugotavljamo, da povezanost opazovanih spremenljivk z vključenostjo v promocijo zdravja ni značilna, preizkusna in kontrolna skupina se v subjektivni kakovosti delovnega življenja ne razlikujeta statistično značilno. V preizkusni skupini zaposlenih je v primerjavi s kontrolno nekoliko manj nezadovoljnih z delom in delovnim mestom ter manj jih medsebojne odnose na delovnem mestu ocenjuje kot (zelo) slabe (glej Tabelo 3.6).

Tabela 3.6: Opis indeksa subjektivna kakovost delovnega življenja

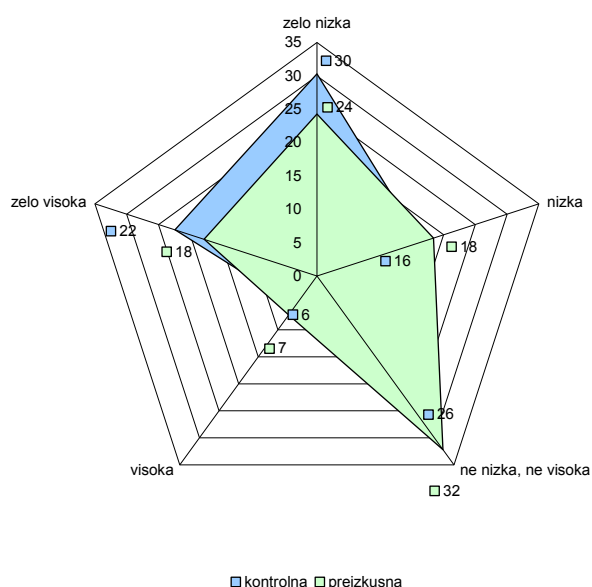
indeks	kazalec kakovosti	izvedene spremenljivke	n			\bar{X}		χ^2	β	R^2	cronbach α	skewness	kurtosis
			preizkusna	kontrolna	vzorec	preizkusna	kontrolna						
SUBJEKTIVNA KAKOVOST DELOVNEGA ŽIVLJENJA		indeks	152	165	317	2,76	2,73	2,74	3,73	-			
		psihični napor pri delu	153	166	319	1,76	1,91	1,84	,74	,705**			,69
	min	medsebojni odnosi	158	168	326	3,42	3,39	3,4	4,34	,397**	,89		,31
	max	zadovoljstvo pri delu	159	167	326	3,65	3,56	3,61	7,16	,344**			-1,15

Legenda: n= število enot; \bar{X} = povprečna vrednost; sd= standardni odklon; β = beta; χ^2 =vrednost hi-kvadrat;

R^2 =RSquare; stopnje stat.značilnosti so označene z zvezdicami, *p<0,05; **p<0,01.

Največji delež subjektivne kakovosti delovnega življenja zavzema kategorija z vrednostjo tri, ne nizka, niti visoka kakovost (28,7 %), skoraj polovica (44,8 %) zaposlenih ima nizko in zelo nizko subjektivno kakovost delovnega življenja, le dobra četrtnina (26,5 %) visoko in zelo visoko. Statistična razlika v subjektivni kakovosti delovnega življenja zaposlenih preizkusne in kontrolne skupine ni značilna ($\chi^2 = 3,73$)²⁶ (glej Sliko 3.7).

Slika 3.7: Razporejanje indeksa subjektivna kakovost delovnega življenja zaposlenih v preizkusni in kontrolni skupini



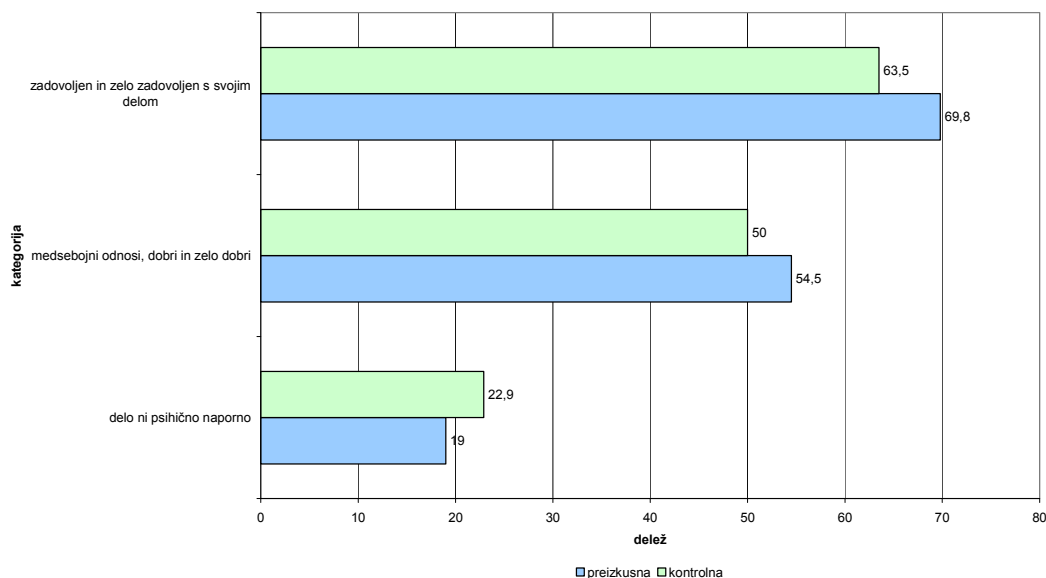
V podkategorijah vidimo, da večina anketiranih (59,5 %) zadovoljstvo z delom in delovnim mestom ocenjuje s štiri, zadovoljen, manj kot desetina (9,5 %) je nezadovoljnih in zelo nezadovoljnih, sedem odstotkov je zelo zadovoljnih. V kontrolni skupini ugotavljamo nekoliko (5 %) več zaposlenih, ki so s svojim delom in delovnim mestom nezadovoljni in zelo nezadovoljni.

Dobrih 15 odstotkov delavcev medsebojne odnose pri delu ocenjuje kot slabe in zelo slabe, pogosteje v kontrolni skupini. Polovica (52,2 %) anketiranih je odnose s sodelavci opisala kot dobre in zelo dobre, takih je več v preizkusni

²⁶ χ^2 =vrednost hi-kvadrat; stopnja stat.značilnosti =,44

skupini. Večina (79 %) anketiranih obeh skupin svoje delo opisuje kot psihično naporno (glej Sliko 3.8).

Slika 3.8. Značilnosti subjektivne kakovosti delovnega življenja v preizkusni in kontrolni skupini



3.5.1.2 Povezovanje subjektivne kakovosti delovnega življenja z demografskimi značilnostmi in s kazalci socialnega položaja

Subjektivna kakovost delovnega življenja se pomembno negativno povezuje s stopnjo izobrazbe in kaže na večji psihični napor intelektualnega dela. Nasprotno se kazalec subjektivne kakovosti delovnega življenja povezuje tudi s številom tedenskih nadur in gibljivim delovnim časom, s katerim se znižujeta zadovoljstvo z delom na splošno in ocena medsebojnih odnosov (glej Tabelo 3.7, str. 118).

Iz podatkov in iz pripomb zaposlenih ugotavljamo, da je velik problem krčenje prostega časa kot posledice nejasne razmejitve med delovnim in prostim časom ter povečevanja intenzivnosti dela.

!!! VEDNO VEČ! IN TUDI OD NAS ZAHTEVAJO VEDNO VEČ!!! Vedno nam poleg službe nalagajo različne sestanke, izobraževanja, da smo jih že naveličani, ker nimamo prostega časa zase! Zato smo napeti in si želimo iti čimprej domov iz

službe! Nimam prostega časa, ter sem utrujena od službe! (ženska, 29 let, pripis k anketi 108/C3 iz kontrolne skupine, neprofitni sektor)

Tabela 3.7: Povezovanje subjektivne kakovosti delovnega življenja z demografskimi značilnostmi in kazalci socialnega položaja

korelacija	kazalec	stopnja izobrazbe	št. nadur na teden	gibljev delovni čas
SUBJEKTIVNA KAKOVOST DELOVNEGA ŽIVLJENJA	r	-,17**	-,15**	-,16**
	p	,00	,01	,01
	n	316	302	313
zadovoljstvo pri delu	r	,03	-,06	-,12*
	p	,61	,29	,03
	n	325	310	320
ocena medosebnih odnosov na delu	r	,01	-,08	-,15**
	p	,82	,13	,01
	n	325	310	320
psihični napor pri delu (min =1; max=5)	r	,23**	,09	,07
	p	,00	,13	,23
	n	318	304	315

Legenda: r= Pearsonov koeficient korelacije; p= stopnja stat.značilnosti, stopnje stat.značilnosti so označene z zvezdicami: ** p< ,01; * p< ,05; n= število enot

3.5.2 Proaktivnost za zdravje

3.5.2.1 Primerjava proaktivnosti za zdravje preizkusne in kontrolne skupine

Zdravstveno osveščenost smo ugotavljali preko znanja anketirancev o priporočljivi frekvenci telesne dejavnosti na teden in obrokov na dan, njihove seznanjenosti o lastnih vrednostih krvnega tlaka, obsega trebuha in vrednosti ITM, ter jo združili z motivacijo za vključitev v programe promocije zdravja in povečanje telesne dejavnosti v spremenljivko *proaktivnost za zdravje*.

Preizkusna in kontrolna skupina se v proaktivnosti za zdravje značilno razlikujeta v poznavanju podatka o ITM in v motivaciji za vključitev v program promocije zdravja, vendar v združeni spremenljivki med skupinama ni značilne

razlike. Ugotavljamo, da je preizkusna skupina boljše informirana vendar manj motivirana od kontrolne (glej Tabela 3.8), proaktivnost za zdravje se s promocijo zdravja na delovnem mestu ne povezuje.

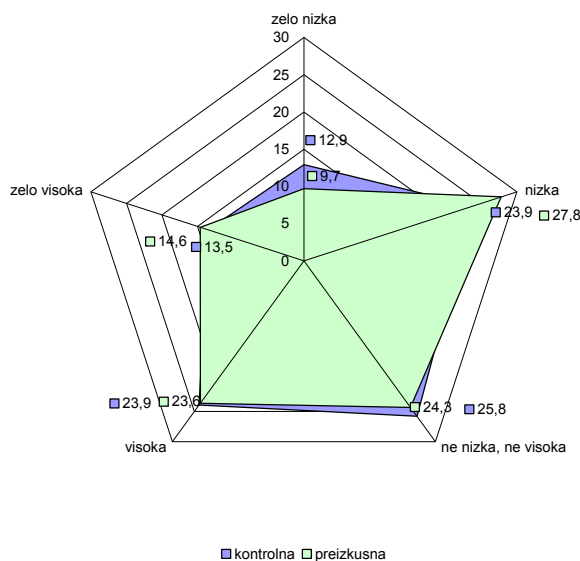
Tabela 3.8: Opis ideksa proaktivnost za zdravje

indeks	kazalec kakovosti	izvedene spremenljivke	n			\bar{X}			χ^2	β	R^2	α	skewness	kurtosis
			preizkusna	kontrolna	vzorec	preizkusna	kontrolna	vzorec						
PROAKTIVNOST ZA ZDRAVJE		Indeks max.5	-	-	299	-	-	3,03	1,23	-				
	min	pozna vrednost obsega trebuha	159	169	328	1,47	1,48	1,48	,06	,39**				
		motiviran za večjo telesno dejavnost	157	168	325	1,69	1,67	1,68	,09	,35**				
	max.	pozna vrednost krvnega tlaka	159	169	328	1,71	1,69	1,7	,13	,34**			0,66	
		motiviran za udeležbo v promociji zdravja	153	163	316	1,67	1,77	1,72	3,9*	,33**	,97		0,02	-1,0
		pozna priporočila za prehrano	159	163	322	1,27	1,23	1,25	,59	,32**				
		pozna vrednost ITM	155	167	322	1,25	1,16	1,2	4,59*	,28**				
		pozna priporočila za tel. dejavnost	153	167	320	1,97	1,99	1,98	1,6	,05**				

Legenda: n= število enot; \bar{X} = povprečna vrednost; sd= standardni odklon; χ^2 =vrednost hi-kvadrat; β = beta; R^2 =RSquare; p= stopnja stat.značilnosti, stopnje stat.značilnosti so označene z zvezdicami: *p<0,05; **p<0,01.

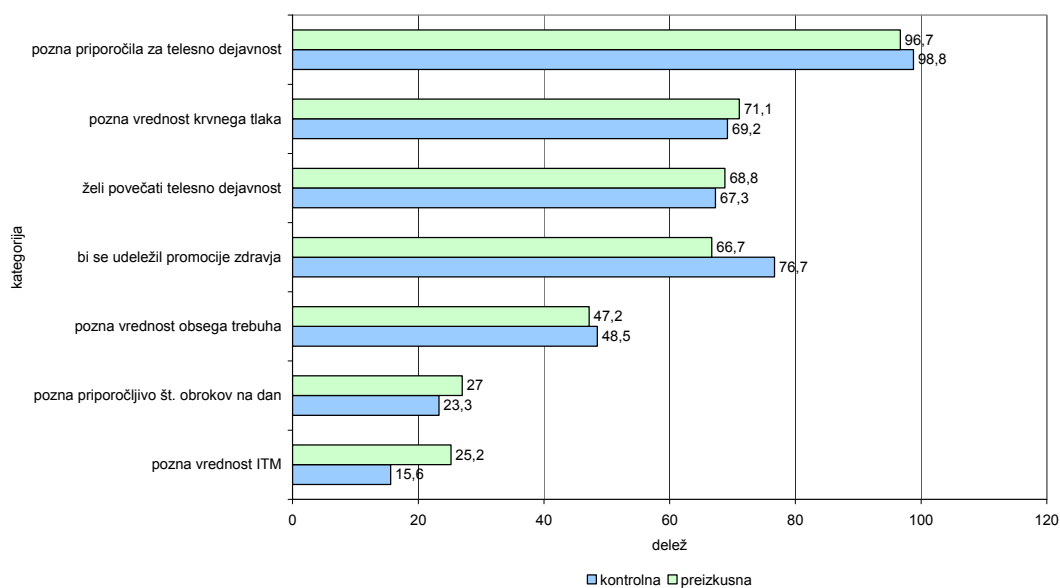
V združeni spremenljivki proaktivnost za zdravje zavzema največji delež nizka proaktivnost (25,8 %), desetina je oseb z zelo nizko, slabih 40 odstotkov pa tistih z visoko in zelo visoko proaktivnostjo za zdravje (glej Sliko 3.9, str. 120).

Slika 3.9: Razporejanje indeksa proaktivnost za zdravje v preizkusni in kontrolni skupini



Anketirani dobro poznajo priporočila frekvence telesne dejavnosti (97,8 %), večina se jih želi vključiti v program promocije zdravja na delovnem mestu (71,8 %), poznajo vrednosti svojega krvnega tlaka (70,1 %) in želijo povečati telesno dejavnost (68 %). Nekoliko slabša je osveščenost na področju prehranjevanja: manj kot polovica vprašanih (47,9 %) pozna obseg svojega trebuha, dobra četrtnina priporočljivost petih obrokov na dan (25,2 %), 20 odstotkov anketiranih v obeh skupinah je navedlo vrednost ITM (glej Sliko 3.10).

Slika 3.10: Razporejanje podkategorij indeksa proaktivnost za zdravje v preizkusni in kontrolni skupini



Izkušnje z aktivnostmi promocije zdravja je navedla tretjina oseb iz kontrolne skupine in zgolj tri četrtine iz preizkusne, kar kaže, da program niti znotraj delovnih organizacij ni dosegel ciljne skupine v celoti.

Zaposleni so nakazali pomembnost lokacije izvajanja programa in izbor vsebin ter izvajalcev, ki sprožajo pozitivna čustva pri udeležencih.

O, škoda ker ni več... tiste meritve bi lahko večkrat ponovili. Smo si divertirli (zabavali, op.a). To, da pridete sm, dosti pomeni. Če bi bilo zunaj, ne bi šli. Radi te reči poslušamo. Želeli smo konkretno videti situacijo. Je bil interes. Včeraj so nas klical, da bi imeli neki o zavarovanju, pa smo bli vsi takoj proti. Vaše smo bili pa kar za. (zaposlena A ob anketiranju v preizkusni skupini, neprofitni sektor)

Vendar lahko vsebine iz promocije zdravja vzbujajo tudi negativna čustva, med temi predvsem strah in sram, ki znižujeta odzivnost delavcev na programe znotraj delovne organizacije: »Kaj? Ma, kaj ti je? A ne vidiš, kakšni smo zdaj, ko je konec zime? Vsi zarejeni, debeli. Ni govora, da bi se prišli merit,« (zaposlena C ob anketiranju v preizkusni skupini, neprofitni sektor). - »So mi rekle druge, ma kaj se boš hodila merit in vagat, ko ja veš, da ti bojo rekli, da bi mogla shujšat in se več gibat,« (zaposlena D ob anketiranju iz preizkusne skupine, neprofitni sektor).

3.5.2.2 Povezovanje proaktivnosti za zdravje z demografskimi značilnostmi in s kazalci socialnega položaja

Proaktivnost za zdravje se večja s starostjo, številom otrok, ter z večjo avtonomijo in možnostjo uravnavanja tempa dela na delovnem mestu, saj je verjetno odraz staranja in posledičnih zdravstvenih težav, zanimanja za zdravje in senioritetnega napredovanja v službi.

Za starejše je značilna boljša informiranost o zdravju (glej Tabela 3.9, str. 122), sprejemljivost za zdravstveno vzgojne aktivnosti pa za zaposlene z aktualnimi zdravstvenimi težavami (glej Tabelo 3.17, str. 134).

Težave z zdravjem in starost opisujeta dobre štiri odstotke proaktivnosti za zdravje ($R^2 = ,04$) kar kaže, da aktivno zanimanje za zdravje izhaja predvsem iz (aktualnih) potreb, ki niso nujno neposredno povezane z zdravjem: »Na meritve smo prišli, za drugo pa bomo videli sproti,...« (zaposlena I ob anketiranju v preizkusni

skupini, neprofitni sektor). - »Ja, sm jih malo posekirala. Veš, moj sin bi rad delal v zdravstvu, lahko te bo še kdaj rabu,« (zaposlena B ob anketiranju v preizkusni skupini, neprofitni sektor).

Tabela 3.9 Povezovanje proaktivnosti za zdravje z demografskimi značilnostmi in kazalci socialnega položaja

korelacija		starost	število otrok	avtonomija pri delu	samostojno uravnavanje tempa dela
kazalec					
PROAKTIVNOST ZA ZDRAVJE	r	,1**	,14*	,13*	,13*
	p	,01	,01	,03	,03
	n	297	298	290	289
pozna priporočila za telesno dejavnost	r	-,06	,00	,05	-,00
	p	,26	,94	,39	,97
	n	316	318	310	308
pozna vrednost krvnega tlaka	r	,24**	,18**	,04	,08
	p	,00	,00	,46	,16
	n	324	326	316	315
želi povečati telesno dejavnost	r	,06	,16**	,11*	,12*
	p	,27	,00	,04	,03
	n	321	323	316	314
udeležil bi se programa promocije zdravja	r	-,02	-,05	-,05	,00
	p	,69	,40	,37	,98
	n	312	315	306	305
pozna vrednost obsega trebuha	r	,12*	,03	,02	-,02
	p	,03	,53	,76	,71
	n	324	326	316	315
pozna priporočljivo št obrokov na dan	r	,03	,00	,13*	,06
	p	,64	,95	,03	,27
	n	318	320	311	311
pozna vrednost ITM	r	-,07	,02	,05	,06
	p	,23	,73	,35	,32
	n	320	320	310	309

Legenda: r= Pearsonov koeficient korelacije; p= stopnja stat.značilnosti, *p<0,05; **p<0,01; n= število enot

3.5.3 Življenjski slog

3.5.3.1 Primerjava življenjskega sloga zaposlenih preizkusne in kontrolne skupine

Izboljšanje življenjskega sloga zaposlenih je cilj, ki naj bi v promociji zdravja sledil povečani osveščenosti. Življenjski slog zaposlenih smo ugotavljali preko devetih pozitivnih spremenljivk (s področja navad prehranjevanja, telesne dejavnosti, obvladovanja stresa, subjektivne ocene lastne skrbi za zdravje), ki smo jih združili v spremenljivko *zdrav življenjski slog*.

Povezava med promocijo zdravja na delovnem mestu in zdravim življenjskim slogom zaposlenih ni značilna in je nekoliko negativna ($r = -,07$). Razlika v življenjskem slogu delavcev preizkusne in kontrolne skupine na splošno ni značilna (glej Tabela 3.10).

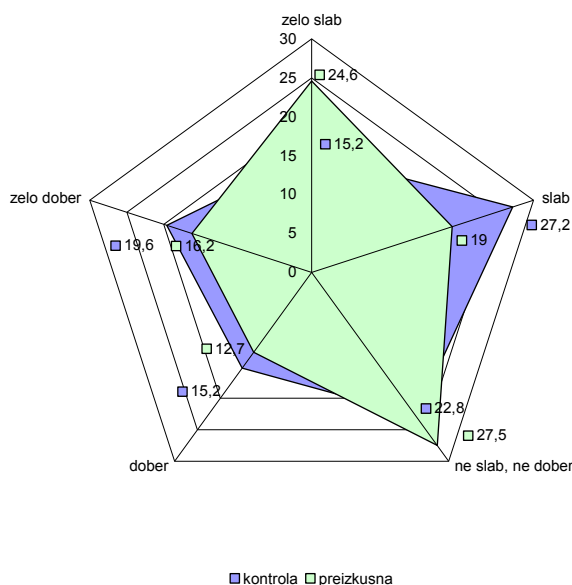
Tabela 3.10: Opis indeksa življenjski slog

indeks	kazalec kakovosti	izvedene spremenljivke	n			\bar{X}			χ^2	β	R ²	Cronbach α Skewness Kurtosis
			preizkusna	kontrolna	vzorec	preizkusna	kontrolna	vzorec				
ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG		indeks	-	-	300	-	-	2,87	7,0	-		
		zajtrk	158	167	325	3,18	2,99	3,08	,73	,42**		
		pitje tekočin na del. mestu	153	168	321	2,99	3,43	3,22	3,95*	,34**		
	min 1,	transport na delo	156	166	322	1,72	1,94	1,83	1,5	,25**		,63
	max. 5	telesna dejavnost	154	165	319	3,36	3,52	3,44	3,07	,23**	0,91	,19
		razgibavanje med delom	154	167	321	1,65	1,55	1,59	,38	,23**		-1,1
		obroki na dan	159	169	328	4,24	4,1	4,17	,65	,21**		
		obroki na del. mestu	157	167	324	4,54	4,67	4,6	,86	,17**		
		skrb za zdravje	159	168	327	3,4	3,49	3,45	1,84	,12**		
		obvladovanje stresa	158	166	324	3,85	3,92	3,88	15,4 ^a	,10**		

Legenda: n= število enot; \bar{X} = povprečna vrednost; χ^2 =vrednost hi-kvadrat; β = beta; R²= RSquare; p= stopnja stat.značilnosti, *p<0,05; **p<0,01; ^a vrednost ni zanesljiva.

V vzorcu dobra tretjina (32 %) anketiranih svoj življenjski slog opisuje kot (zelo) zdrav, 43 odstotkov kot (zelo) nezdrav, četrtnina je izbrala odgovor »ne dober, ne slab«. V preizkusni skupini so anketirani manj pogosto od kontrolne skupine izbrali visoko oceno življenjskega sloga (glej Sliko 3.11).

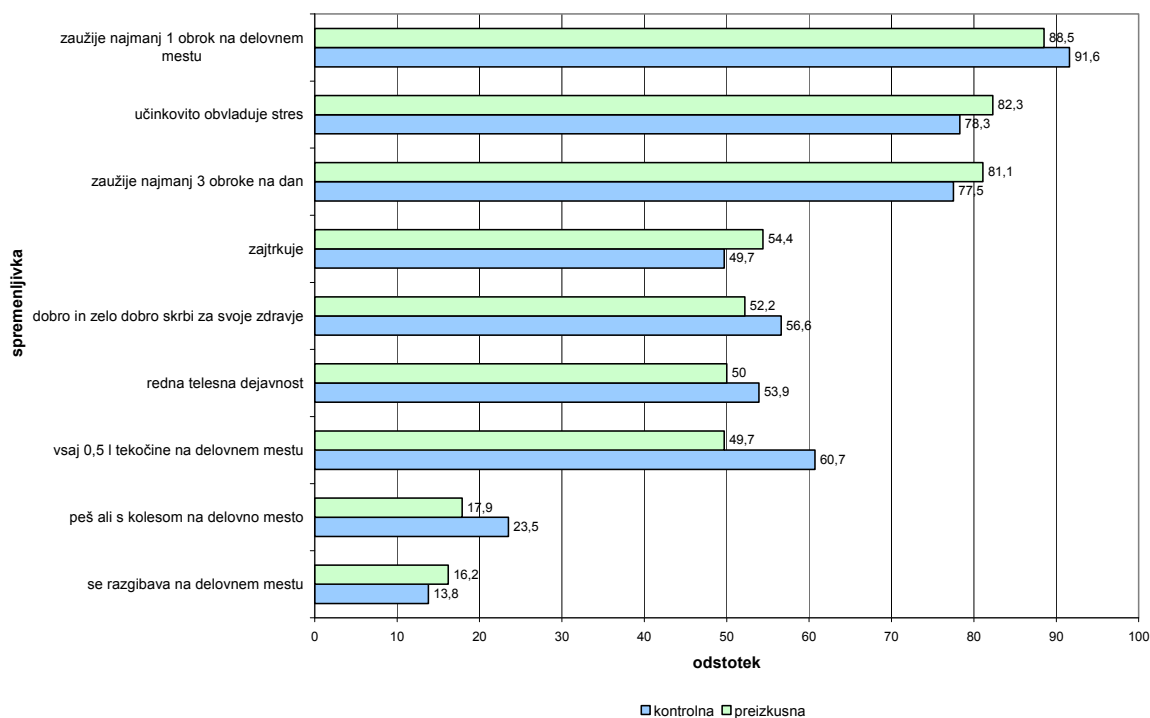
Slika 3.11. Razporejanje indeksa življenjski slog v preizkusni in kontrolni skupini



Večina zaposlenih ima ustrezen režim prehranjevanja: zajtrkuje, zaužije najmanj tri obroke dnevno, vsaj enega na delovnem mestu. Delavci v splošnem navajajo učinkovito obvladovanje stresa in zadovoljstvo v skrbi za lastno zdravje, kot najbolj problematično pa se kaže področje telesne dejavnosti – tako aktivnega prihoda na delovno mesto, razgibavanja med delom kot tudi redne telesne dejavnosti (glej Slika 3.12, str. 125).

V primerjavi življenjskega sloga preizkusne in kontrolne skupine ugotavljamo značilno razliko zgolj v pitju tekočine na delovnem mestu, kjer vsaj pol litra tekočine med delom popije večina zaposlenih kontrolne in manj kot pol delavcev iz preizkusne skupine.

Slika 3.12: Razporejanje podkategorij indeksa življenjski slog v preizkusni in kontrolni skupini



Preizkusno in kontrolno skupino smo primerjali še v pogostosti tveganih vedenj za zdravje. Ugotavljamo, da se skupini ne razlikujeta značilno, vendar je v preizkusni skupini manj oseb, ki s težavami obvladujejo stres, manj jih pretirava v pogostosti ali količini pitja alkohola, manj jih na dan pojé premalo obrokov, obenem jih manj redno telovadi (glej Tabelo 3.11).

Tabela 3.11: Primerjava preizkusne in kontrolne skupine v pogostosti tveganega vedenja

tvegana vedenja ²⁷	%		χ^2	p
	preizkusna	kontrolna		
neredno telesno dejaven	50	46,1	3,1	,55
kadi	33,3	33,8	,01	,9
neustrezno število obrokov na dan	18,9	22,5	,6	,42
neučinkovito obvladuje stres	17,7	21,7	,71	,4
uživa alkohol preveč ali prepogosto	16,4	21,1	1,0	,31

Legenda: χ^2 =vrednost hi-kvadrat; p=stopnja stat.značilnosti, *p<0,05; **p<0,01

²⁷ Prikazani so deleži anketirancev, ki so telesno dejavni manj kot 4-krat tedensko; kadijo; pijejo alkohol 3 in večkrat na teden ali se opijajo; menijo, da so preobremenjeni; jedo manj kot 3-krat dnevno.

Zaposleni iz preizkusne skupine so opozorili na pomembnost ureditve delovnega okolja, aktivne skrbi za lastno zdravje in navedli nekatere pozitivne spremembe, ki bi lahko bile posledica programa promocije zdravja.

Uvedli smo balon z vodo. Menimo se za izlet. Nismo bolj zahtevni. Za prehrano smo točni, se zmenimo kaj bomo jedli. Smo bolj na lahki hrani. Uvedli smo dežurno osebo, ki za vse pripravi malico po receptu in nasvetih programa. Veliko smo se pogovarjali o tem, da bi si nabavili avtomat za vodo in res smo si ga priskrbeli že v enem mesecu. (zaposlena A iz preizkusne skupine, iz dnevnika koordinatorke)

Vendar obenem izjave zaposlenih sprožajo dvom v skladnost povedanega z resničnim, saj velikokrat merila o tem katero vedenje in pod katerimi pogoji lahko odraža ugodne posledice na zdravju niso povsem jasna. »Ne, saj ne sedim tolko. Jaz se dosti gibam. Vsak dan grem dvakrat po kavo eno nadstropje nižje,« (zaposleni B iz preizkusne skupine, iz dnevnika managerke programa).

3.5.3.2 Povezovanje življenjskega sloga z demografskimi značilnostmi in s socialnim položajem delavcev

Zdrav življenjski slog je manj značilen za starejše, živeče v zakonski zvezi in zaposlene z večjim številom otrok in se ne povezuje s spolom in niti s stopnjo izobrazbe (glej Tabelo 3.12). Nakazuje se negativna zveza zdravega življenjskega sloga s številom ur dela na teden.

Tabela 3.12: Povezovanje združene spremenljivke življenjski slog z demografskimi kazalci in kazalci socialnega položaja

korelacija / kazalec	spol	starost	zakonski stan	stopnja izobrazbe	število otrok	število delovnih ur	nadure	nima vodstvene funkcije	
ZDRAV	r	-,00	-,16**	,14*	,05	-,18**	-,10	-,08	,04
ŽIVLJENJSKI	p	,97	,00	,01	,39	,00	,08	,17	,51
SLOG	n	299	296	300	299	298	292	288	287

Legenda: r= Pearsonov koeficient korelacije; p= stopnja stat. značilnosti, *p<0,05; **p<0,01; n= število enot

Zaposleni, ki živijo v partnerski zvezi, pogosteje navajajo da za svoje zdravje ne skrbijo dovolj ($r = ,17^{**}$), so neredno telesno dejavni ($r = ,12^*$), slabše zadovoljujejo potrebe telesa po vodi ($r = ,15^{**}$) in pogosteje izbirajo pasivne oblike transporta na delo ($r = ,13^*$). »Na žalost pridem iz službe zelo utrujena, da bi po vseh opravkih doma – kuhanje, pospravljanje,... se še aktivno telesno udeleževala,« (ženska 38 let, pripis k anketi 70/E6 iz preizkusne skupine, profitni sektor).

Ker se partnerstvo tesno povezuje s številom otrok ($r = ,39^{**}$), izbira transporta pa ni povezana s številom otrok temveč s starostjo najmlajšega ($r = ,13^*$) bi lahko rekli, da je ugotovljen življenjski slog vezanih oseb v veliki meri odraz reševanja potreb družine. To kažejo tudi s številom otrok značilno negativno povezana skrb za zdravje ($r = -,20^{**}$), telesna dejavnost ($r = -,19^{**}$) in uživanje tekočin na delovnem mestu ($r = -,15^{**}$).²⁸

Starejši zaposleni sicer pogosteje izbirajo aktivne oblike transporta na delovno mesto ($r = ,1^{**}$), vendar med delom ne zaužijejo dovolj tekočin ($r = -,2^{**}$) in niti dovolj obrokov ($r = -,1^*$), ter (zato?) slabše obvladujejo stres ($r = -,2^*$). Del napora je odraz intenzivnosti in zahtevnosti in organizacije dela, ki po navedbah anketiranih vsaj deloma vplivata na skrb za zdravje na delovnem mestu.²⁹ »Nam ne dovolijo delovne razmere. Je treba delat in samo delat. To so besede nadrejenega,« (ženska 50 let, pripis na anketi 21/C6 iz kontrolne skupine, profitni sektor).

Kajenje ugotavljamo pri vsakem tretjem moškem in tretji ženski, pogosteje pri vodilinih, na kar kažeta povezavi kajenja s samostojnostjo pri uravnavanju tempa dela in s številom podrejenih.

Pomanjkljivo število obrokov na dan zaužije vsak peti anketiranec, zanj sta značilni nižja stopnja izobrazbe in večje število delovnih ur na teden.

Neugodne posledice stresa na delovnem mestu je izrazila skoraj petina vprašanih, pogosteje so se razburjali in počutili napete starejši, starši, zaposleni z večjo avtonomijo na delovnem mestu in gibljivim delovnim časom. Gibljivost

²⁸ Legenda: r =Pearsonov koeficient korelacije; p = stopnja stat.značilnosti, $** p < ,01$; $* p < ,05$

²⁹ idem

delovnega časa samostojno določa pet odstotkov stresa na delovnem mestu ($R^2 = ,05$) (glej Tabela 3.13).

Tabela 3.13: Življenjski slog v povezavi z demografskimi značilnostmi in socialnim položajem

korelacije		spol ^a	starost	zakonski stan ^b	stopnja izobrazbe	število otrok	število delovnih ur	število podrejenih	gibljiv delovni čas	lahko zapusti delovno mesto	sam uravnava tempo dela
kazalci											
ZDRAV ZIVLJENJSKI SLOG	r	-,00	-,16**	,14*	,05	-,18**	-,10	,04	-,03	-,09	,02
	p	,97	,00	,01	,39	,00	,08	,51	,59	,13	,73
	n	299	296	300	299	298	292	287	295	291	290
vsaj 1 obrok na delovnem mestu	r	,05	-,11*	-,05	-,05	,00	,01	,03	,00	-,02	,03
	p	,41	,04	,41	,32	,97	,86	,61	,93	,70	,58
	n	323	320	324	323	322	313	307	319	315	313
učinkovito obvladuje stres	r	,03	-,16**	,07	-,08	-,13*	-,07	-,07	-,21**	-,13*	,05
	p	,65	,00	,18	,14	,02	,19	,20	,00	,02	,33
	n	323	320	324	323	322	313	308	319	314	313
vsaj 3 obroki na dan	r	-,02	-,07	,01	,16**	-,02	-,14*	-,04	-,00	,04	,07
	p	,68	,21	,89	,00	,77	,01	,45	,91	,53	,22
	n	327	324	327	327	326	316	309	321	316	315
zajtrkuje	r	-,10	-,11*	,03	,16**	-,10	-,05	,02	,00	-,02	,01
	p	,07	,05	,55	,00	,06	,37	,75	,92	,69	,76
	n	324	321	325	324	323	313	307	319	315	313
skrb za zdravje	r	-,03	-,09	,16**	,03	-,20**	-,12*	,01	-,02	,09	,04
	p	,64	,09	,00	,60	,00	,03	,92	,73	,11	,41
	n	326	323	327	326	325	315	309	321	316	315
redno telesno dejaven	r	-,05	-,11*	,12*	,05	-,19**	-,01	,02	,05	,01	-,01
	p	,37	,05	,03	,37	,00	,84	,71	,37	,87	,80
	n	318	315	319	318	317	307	301	313	309	308
vsaj 0,5 l tekočin na del mestu	r	,11*	-,16**	,15**	-,20**	-,15**	-,04	-,09	-,06	-,08	-,10
	p	,04	,00	,01	,00	,01	,46	,08	,27	,15	,07
	n	320	317	321	320	319	310	306	316	312	310
peš ali s kolesom na delo	r	,04	,14*	,13*	-,02	,06	,06	-,06	-,03	,02	-,01
	p	,41	,01	,02	,76	,24	,25	,28	,64	,79	,87
	n	321	318	322	321	320	311	304	316	311	310
se razgibava med delom	r	,06	-,08	,06	,08	-,08	-,10	,02	-,06	-,01	,10
	p	,26	,14	,25	,13	,13	,07	,74	,30	,83	,07
	n	320	317	321	320	319	311	304	315	311	309

Legenda: r= Pearsonov koeficient korelacije; p= stopnje stat. značilnosti, *p<0,05; **p<0,01; n= število enot;

^a spol smo označili z: 1-moški, 2-ženska; ^b zakonski stan smo označili z: 1, 2- v partnerski zvezi; 3,4 –samski

3.5.4 Zdravstveni status

3.5.4.1 Primerjava zdravstvenega statusa zaposlenih preizkusne in kontrolne skupine

Zdravje je biološka potreba, ki se kaže v družbeni dejavnosti posameznika in pomeni hkrati biti zdrav in počutiti se zdravega. Zdravstveni status preiskovancev smo ugotavljali preko vrednosti ITM, krvnega tlaka, obsega trebuha, absentizma v dnevih, samoocene zdravja in težav z zdravjem.

Zdravstveni status se po opisu delavcev s promocijo zdravja na delovnem mestu ne povezuje statistično značilno ($r = ,10$), razlika med skupinama ni značilna (glej Tabela 3.14).³⁰

Tabela 3.14: Opis indeksa zdravstveni status

indeks	kazalec kakovosti	izvedene spremenljivke	n			\bar{X}			χ^2	β	R ²	Cronbach α Skewness Kurtosis	
			preizkusna	kontrolna	vzorec	preizkusna	kontrolna	vzorec					
ZDRAVSTVENI STATUS		indeks	-	-	126	-	-	3,50	5,73	-			
	min 1	obseg trebuha	75	82	157	3,52	3,82	3,67	5,21	,39**			
		ni težav z zdravjem	z	157	163	320	1,84	1,51	1,68	3,77 ⁺	,38**		0,61
	max. 5	krvni tlak		113	117	230	4,36	4,32	4,34	,06	,35**	0,88	-0,35
		absentizem		157	165	322	4,75	4,76	4,75	,01	,29**		
		samoocena zdravja		159	168	327	3,81	3,67	3,74	9,37 ⁺	,28**		-1,0
		ITM		159	169	328	4,35	4,41	4,38	1,0	,22**		

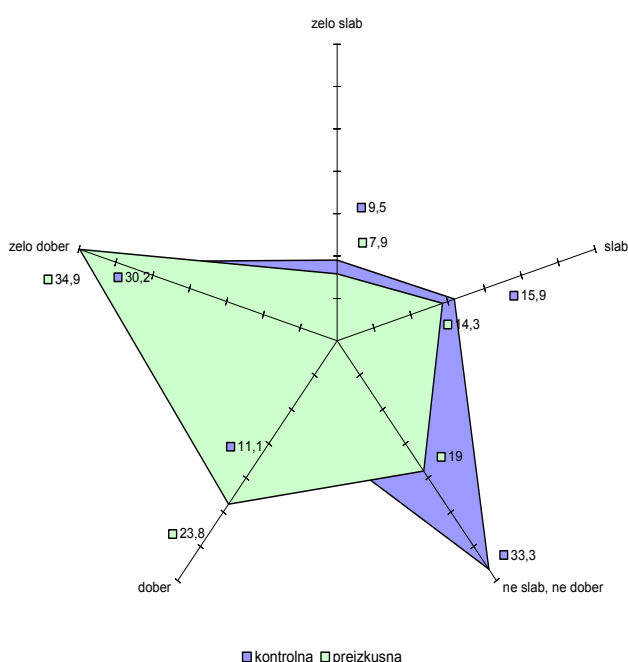
Legenda: n= število enot; \bar{X} = povprečna vrednost; sd= standardni odklon; β = beta; χ^2 =vrednost hi-kvadrat; R²=RSquare; p= stopnje stat. značilnosti, ⁺p=0,052; *p<0,05; **p<0,01

V vzorcu se je polovica (50 %) zaposlenih opisala kot zdrav in zelo zdrav, skoraj četrtina (23,8 %) kot nezdrav in zelo nezdrav. Največ zaposlenih obeh skupin svoje zdravje opisuje kot »dobro«.

³⁰ r= Pearsonov koeficient korelacije; stopnja stat.značilnosti je označena z zvezdico: *p<0,05; **p<0,01

Delež pozitivnih odgovorov se v preizkusni skupini nagiba v smer pozitivnega ((zelo) dober), v kontroli pa negativnega zdravja ((zelo) slab), skupini se (neznačilno) razlikujeta v pojavljanju težav z zdravjem na splošno in v samooceni zdravja. V preizkusni skupini zaposleni opisujejo manj težav z zdravjem in v povprečju višje ocenjujejo svoje zdravje (glej Tabela 3.14 in Slika 3.13).

Slika 3.13: Razporejanje deležev kategorij kakovosti zdravstvenega statusa v preizkusni in kontrolni skupini



Težave z zdravjem določajo 16 odstotkov združene variable zdravstveni status ($R^2 = ,16$), navaja jih 87 % delavcev iz kontrolne in 79 % iz preizkusne skupine.

Svoje zdravje kot slabo in zelo slabo ocenjuje slaba desetina (7,8 %) zaposlenih kontrolne in štirje odstotki zaposlenih preizkusne skupine. Večina (78,6 %) delavcev preizkusne in 66 odstotkov iz kontrolne skupine zdravje ocenjuje kot (zelo) dobro.

Dobra četrtnina zaposlenih ima previsoko telesno težo, 73 odstotkov povečan obseg trebuha, slaba petina povišan krvni tlak. Podobno kot pri opisu življenjskega sloga, tudi pri zdravstvenem statusu nismo uspeli prikazati značilne razlike med skupinama.

Zaposleni iz preizkusne skupine pa so kljub temu navajali izboljšanje počutja. »Seveda! Deluje (program, op.a.)! Avtomatsko začneš živet drugače. To ostane. Vpliva. Na zdravje pa sploh,« (zaposlena A iz preizkusne skupine, iz dnevnika koordinatorke programa).

3.5.4.2 Povezovanje zdravstvenega statusa z demografskimi značilnostmi in s socialnim položajem

Boljši zdravstveni status se pozitivno povezuje s stopnjo izobrazbe. Samoocena zdravja, ki samostojno pojasnjuje več kot tretjino indeksa zdravstveni status ($R^2 = ,34$), je višja pri mlajših, samskih, visoko izobraženih, moških, pri tistih z manj otroki in nižjim številom delovnih ur na teden.

Ženske pogosteje navajajo težave z zdravjem kot moški in nižje ocenjujejo svoje zdravje, medtem ko imajo moški več težav z visceralno debelostjo ($R^2 = ,28$). Na obseg trebuha poleg spola značilno vpliva starost ($R^2 = ,07$), s staranjem se večja ITM, pogostejše so težave s povišanim krvnim tlakom.

Ugotavljamo še, da se težave s povišano telesno težo pogosteje pojavljajo z višjim številom ur dela na teden, ni pa opaziti povezanosti trajanja delovnega časa s težavami z zdravjem in absentizmom (glej Tabelo 3.15).

Tabela 3.15: Povezanost samoocene zdravja z nekaterimi demografskimi kazalci in kazalci socialnega položaja.

korelacija	kazalec	kazalec					
		spol ^a	starost	zakonski stan ^b	stopnja izobrazbe	število otrok	število delovnih ur na teden
ZDRAVSTVENI STATUS	r	,13	-,15	,14	,28**	-,15	-,11
	p	,14	,10	,13	,00	,11	,26
	n	126	125	126	126	124	119
samoocena zdravja	r	-,14*	-,13*	,12*	,14*	-,11*	-,15**
	p	,01	,02	,03	,01	,04	,00
	n	326	323	327	326	325	315
obseg trebuha	r	-,53**	,27**	-,13	-,10	,17*	,18*
	p	,00	,00	,09	,20	,03	,03
	n	157	156	156	157	155	150
ITM	r	-,09	,12*	-,08	-,10	,07	,13*

korelacija	kazalec	spol ^a	starost	zakonski stan ^b	stopnja izobrazbe	število otrok	število delovnih ur na teden
	p	,11	,04	,11	,06	,22	,03
	n	327	324	327	327	326	316
krvni tlak	r	-,04	,16*	-,09	-,09	,06	,03
	p	,49	,01	,17	,14	,36	,71
	n	229	229	230	230	228	220
absentizem	r	,02	-,03	,02	-,13*	,04	-,02
	p	,78	,56	,79	,02	,46	,78
	n	321	318	322	322	320	311
težave z zdravjem	r	,27**	-,03	,06	-,09	,01	-,02
	p	,00	,64	,33	,12	,87	,35
	n	319	316	320	319	318	309

Legenda: r= Pearsonov koeficient korelacije; p= stopnja stat.značilnosti, *p<0,05; **p<0,01; n= število enot;
^a spol smo označili z: 1-moški, 2-ženska; ^bzakonski stan smo označili z: 1, 2- v partnerski zvezi; 3,4 –samski

Za grobo oceno zdravstvenega statusa zadostujejo podatki o težavah z zdravjem, samoocena zdravja, obseg trebuha in krvni tlak, ki skupno določajo slabih 80 odstotkov spremenljivke zdravja ($R^2 = ,79$).

3.5.5 Povezovanje promocije zdravja s subjektivno kakovostjo delovnega življenja, proaktivnostjo za zdravje, z življenjskim slogom in zdravstvenim statusom

Indeks subjektivne kakovosti delovnega življenja ni značilno povezan z indeksi proaktivnost za zdravje, življenjski slog in zdravstveni status, ter ni v značilni zvezi s promocijo zdravja.

Iz prikazanih podatkov ne moremo trditi, da bi proaktivnost oz. osveščenost ali motivacija za priporočene zdrave navade, ki sta pogosta cilja v promociji zdravja, značilno vplivala na življenjski slog zaposlenega in dalje na njegov zdravstveni status (glej Tabelo 3.16, str. 133).

Tabela 3.16. Povezovanje subjektivne kakovosti delovnega življenja s proaktivnostjo za zdravje, življenjskim slogom, zdravstvenim statusom in promocijo zdravja

korelacija	indeksi	SUBJEKTIVNA KAKOVOST DELOVNEGA ŽIVLJENJA	PROAKTI- VNOST ZA ZDRAVJE	ZIVLJENJSKI SLOG	ZDRAV- STVENI STATUS	PROMOCIJA ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU
SUBJEKTIVNA KAKOVOST DELOVNEGA ŽIVLJENJA	r	1	-,07	,05	,03	,01
	p		,25	,42	,75	,88
	n	317	292	293	124	317
PROAKTIVNOST ZA ZDRAVJE	r	-,07	1	-,01	-,04	,02
	p	,25		,93	,63	,76
	n	292	299	279	120	299
ZIVLJENJSKI SLOG	r	,05	-,01	1	,09	-,07
	p	,42	,93		,33	,21
	n	293	279	300	113	300
ZDRAVSTVENI STATUS	r	,03	-,04	,09	1	,10
	p	,75	,63	,33		,25
	n	124	120	113	126	126
PROMOCIJA ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU	r	,01	,012	-,07	,10	1
	p	,88	,76	,20	,25	
	n	317	299	300	126	328

Legenda: r= Pearsonov koeficient korelacije; p= stopnja stat.značilnosti, *p<0,05; **p<0,01; n=število enot

V razmerju med podkategorijami vidimo, da se težave z zdravjem pozitivno povezujejo s proaktivnostjo za zdravje ($r = ,13^*$), kar lahko pomeni, da interes za vsebine o zdravju izhaja predvsem iz potreb.

Podobno ugotovimo iz negativne zveze med dobrim zdravstvenim statusom in motivacijo za telesno dejavnost ($r = -,18^*$), ki kaže, da se z izboljšanjem zdravja želja po rekreativni dejavnosti zniža, oziroma je ob telesni dejavnosti zdravje boljše (glej Tabelo 3.17, str. 134).³¹

³¹ r= Pearsonov koeficient korelacije; stopnja stat. značilnosti je označena z zvezdico: *p<,05; **p<,01

Tabela 3.17. Povezovanje zdravstvenega statusa in proaktivnosti za zdravje

korelacija		kazalec	PROAKTIVNOST ZA ZDRAVJE	pozna priporočila za tel. dejavnost	motiviran za promocijo zdravja	pozna vrednost krvnega tlaka	pozna vrednost obsega trebuha	pozna vrednost ITM	pozna priporočila za prehrano	motiviran za večjo telesno dejavnost
r	p									
ZDRAV- STVENI STATUS	r		-,04	-,10	-,01 ^a	^a		,15	,03	-,18*
	p		,63	,25	,92	,00	,00	,09	,74	,04
	n		120	125	123	126	126	126	124	126
samooce na zdravja	r		-,07	-,11	-,09	,00	-,02	,05	,00	-,06
	p		,23	,05	,09	,94	,77	,34	,95	,26
	n		299	320	316	327	327	321	322	325
obseg trebuha	r		,06	-,01	,26**	,00 ^a		,07	-,04	-,18*
	p		,46	,91	,00	,97	,00	,41	,59	,02
	n		144	153	151	157	157	156	153	156
ITM	r		,07	,04	,07	,08	,12*	,02	,04	-,06
	p		,21	,53	,22	,13	,03	,70	,44	,26
	n		299	320	316	328	328	322	322	325
krvni tlak	r		,03	-,05	-,08 ^a		,11	,08	,05	-,04
	p		,71	,44	,22	,00	,11	,23	,43	,49
	n		212	224	221	230	230	229	227	229
absentize m	r		-,05	-,04	-,10	,00	,01	,06	-,01	-,04
	p		,41	,49	,07	,96	,79	,28	,91	,50
	n		296	315	313	322	322	316	317	321
težave z zdravjem	r		,13*	,06	,25**	-,05	-,01	-,01	,05	,14*
	p		,02	,29	,00	,35	,92	,89	,35	,01
	n		294	314	310	320	320	314	315	319

Legenda: ^a. korelacije ne moremo izračunati, ker je ena izmed variabel konstanta; r = Pearsonov koeficient korelacije; p = stopnja stat. značilnosti; n = število enot

Izvajalci promocije zdravja se zavedajo šibkega pomena informiranosti v spreminjanju vedenja, obenem pa večanje osveščenosti razumejo kot podlago na kateri je mogoče graditi zdrav življenjski slog.

Kakorkoli, rezultati kažejo, da je v preizkusni skupini osveščenost boljša kot v kontrolni (to je rezultat, ki kaže v prid promociji zdravja) saj vemo, da znanje in informiranost sicer nista dovolj za to, da smo za določeno aktivnost motivirani in

da jo tudi v vsakodnevnem življenju izvajamo, je pa to zagotovo osnova, na kateri tudi pri promociji zdravja na delovnem mestu lahko gradimo še na konativnem in psihomotoričnem področju. Rezultati vezani na motivacijo oz. prisotnosti le te glede na starost in zdravstvene težave zaposlenih pa kažejo na dejstvo, da je potrebna "kolektiva - družbena" sprememba v samem dojetanju zdravja in predvsem skrbi za zdravje. O zdravju ne smemo razmišljati in zanj skrbeti šele ko nastopijo težave oz. ko imamo določeno starost, pri kateri je verjetno zdravstvenih težav večja. V zdravje (tudi tisto neposredno vezano na delovno mesto oz. delovno okolje) moramo vlagati oz. ga ohranjati in krepiti ko smo zdravi. (Manica Remec, Master in promozione della salute ed educazione sanitaria, European Master in Health Promotion)

Z večanjem proaktivnosti za zdravje naj bi zaposleni izboljšali življenjski slog v smeri priporočenega, vendar statistične povezave kažejo precej skromno povezavo med informiranostjo, motivacijo in realizacijo zdravih navad. Večja osveščenost na področju zdravja se še najbolj odraža v režimu prehranjevanja (glej Tabelo 3.18, str.136).

Sprememba navad, predvsem pa njihovo vzdrževanje, od posameznika zahtevata vsaj nekaj truda, zato ni dovolj informiranost temveč je potreben zadosten motiv.

Promocija zdravja sicer daje podlago in omogoča informiranost, vendar pa je za spremembo življenjskega stila potrebno precej več. Kot pri mnogih drugih stvareh v življenju, ni enotnega ključa, s katerim bi pri ljudeh dosegli spremembo življenjskega stila. Za vsakega je motiv za spremembo nekje drugje. Promocija zdravja je tak motiv le pri manjši skupini ljudi. Drugi potrebujejo precej hujši »poriv« ali prelomnico, da spremenijo življenjski stil. Na žalost je taka prelomnica zelo pogosto ravno izguba zdravja posameznika ali katerega od ožjih družinskih članov. Vendar pa je v tem primeru pogosto sama sprememba življenjskega stila že prepozna. Žal je tudi pri nezdravem življenjskem stilu enako kot pri drugih stvareh. Večina ljudi si misli, »res ne živim zdravo, vendar so drugi še slabši od mene in se bo izguba zdravja zgodila njim, meni že ne«. Take miselnosti pa še tako dobra promocija zdravja ne more spremeniti. (prof.dr. Andrej Cör, dr.med., spec. patolog)

Tabela 3.18 . Povezovanje proaktivnosti za zdravje in zdravega življenjskega sloga

korelacija		kazalec	ZDRAV ZIVLJENJSKI SLOG	telesna dejavnost	frekvenca telesne dejavnosti	obroki na dan	obroki med delom	tekočine med delom	zajtrk	razgibavanje med delom	transport peš, kolo	obvladuje stres
PROAKTIVN OST ZA ZDRAVJE	r		-,00	,06	,02	,13*	,13*	-,04	-,08	,01	-,08	-,03
	p		,93	,29	,73	,03	,02	,52	,15	,85	,16	,56
	n		279	295	295	299	298	295	298	295	294	298
pozna vrednost obsega trebuha	r		-,03	,03	,03	,05	,06	-,06	-,04	,00	-,04	-,01
	p		,60	,53	,48	,33	,21	,24	,42	,97	,40	,81
	n		300	319	319	328	324	321	325	321	322	324
pozna vrednost ITM	r		-,07	-,02	-,00	,06	-,09	-,00	-,06	-,01	-,11*	-,02
	p		,17	,73	,98	,25	,11	,99	,26	,83	,04	,75
	n		294	313	313	322	318	315	319	315	316	318
motiviran za večjo kardialno dejavnost	r		-,04	-,07	-,19**	,08	,03	-,11*	,01	-,07	-,01	-,04
	p		,47	,21	,00	,13	,49	,04	,77	,17	,85	,50
	n		300	318	318	325	324	321	324	320	320	323
pozna vrednost krvnega tlaka	r		,06	,02	,03	,08	,03	,00	,01	,04	-,00	,01
	p		,24	,73	,51	,16	,53	,95	,91	,45	,94	,85
	n		300	319	319	328	324	321	325	321	322	324
motiviran za udeležbo v promociji zdravja	r		,09	,14*	,12*	,12*	,21**	,07	,01	,08	-,15**	-,00
	p		,11	,01	,03	,03	,00	,16	,87	,18	,00	,90
	n		290	308	308	316	314	311	314	310	311	314
pozna priporočila za prehrano	r		-,02	,00	,00	-,02	,05	-,09	-,05	,00	,10	-,03
	p		,66	,99	,95	,65	,36	,08	,33	,97	,07	,57
	n		296	314	314	322	319	316	320	316	317	320
pozna priporočila za tel dejavnost	r		,04	,19**	,16**	-,02	,16**	,03	-,01	-,05	-,02	,00
	p		,39	,00	,00	,65	,00	,51	,74	,30	,61	,91
	n		298	316	316	320	318	315	319	316	315	317

Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije; p= stopnja stat. značilnosti, *p<,05; **p<,01; ***p<,00; n= število enot

Redna telesna dejavnost določa štiri odstotke zdravja ($R^2 = ,04$), saj se povezuje z nižjim ITM in višjo samooceno zdravja. Ob učinkovitem obvladovanju stresa se viša samoocena zdravja in manjša število težav z zdravjem (glej Tabelo 3.19, str. 137).

Tabela 3.19. Povezovanje zdravstvenega statusa in zdravega življenjskega sloga

korelacija		ZDRAV ZIVLJENJSKI SLOG	telesna dejavnost	frekvenca telesne dejavnosti	obroki na dan	obroki med delom	tekočine med delom	zajtrk	razgibanje med delom	transport peš, kolo	obvladuje stres
kazalec											
ZDRAV- STVENI STATUS	r	,09	,21*	,26**	-,01	-,03	,04	-,05	,03	-,09	,15
	p	,33	,01	,00	,93	,76	,68	,61	,70	,29	,09
	n	113	125	125	126	125	122	125	124	124	124
samooceena zdravja	r	,14*	,09	,12*	,07	-,05	,01	,03	,07	-,03	,31**
	p	,01	,10	,04	,20	,41	,82	,59	,18	,63	,00
	n	300	319	319	327	324	321	325	321	322	324
bolniška v dnevih	r	,02	,06	,06	,13*	,08	,12*	-,02	-,03	-,08	-,10
	p	,70	,31	,26	,03	,16	,03	,71	,55	,15	,07
	n	296	314	314	322	320	317	320	316	317	320
ITM	r	-,19**	-,18**	-,17**	-,11	-,04	-,11	-,08	-,19**	-,03	-,01
	p	,00	,00	,00	,05	,45	,06	,15	,00	,65	,83
	n	289	307	307	316	313	310	313	309	310	313
krvni tlak	r	,05	,11	,11	-,03	-,02	,07	-,00	,09	-,01	-,00
	p	,44	,11	,08	,62	,76	,27	,95	,14	,88	,96
	n	211	225	225	230	228	225	228	226	227	228
težave z zdravjem	r	,03	-,03	-,03	-,03	,03	,07	,00	,08	,04	-,15**
	p	,63	,64	,60	,63	,61	,19	,99	,12	,43	,00
	n	294	312	312	320	318	315	318	314	315	318

Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije; p= stopnja stat. značilnosti: *p<,05; **p<,01; ***p<,00; n= število enot

Uspešno obvladovanje stresa omogoča večje zadovoljstvo, boljše medosebne odnose in nižji psihični napor pri delu. Korelacijska analiza kaže, da zaposleni ki nižje ocenjujejo medsebojne odnose, med delovnim časom zaužijejo več tekočin (glej Tabelo 3.20, str. 138). V okviru opravljene raziskave te povezave ne moremo razložiti, saj ni jasno katere brezalkoholne pijače so anketiranci navajali. Povezava bi bila pričakovana, v kolikor gre za zvezo med uživanjem napitkov s kofeinom in posledično razdražljivostjo.

Tabela 3.20. Povezovanje zdravega življenjskega sloga s subjektivno kakovostjo delovnega življenja

korelacija												
kazalec		ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG	telesna dejavnost	frekvenca telesne	obroki na dan	obroki med delom	tekočine med delom	zajtrk	razgibavanje med delom	transport peš, kolo	obvladuje stres	
SUBJEKTIVNA KAKOVOST DELOVNEGA ŽIVLJENJA	r	,05	-,01	-,01	-,08	,03	,02	-,02	-,02	-,04	,36**	
	p	,41	,86	,86	,14	,49	,65	,66	,77	,47	,00	
	n	293	310	310	317	315	312	315	312	312	315	
zadovoljstvo z delom	r	-,00	-,03	-,01	-,05	,07	,02	-,02	,04	-,10	,24**	
	p	,94	,58	,79	,36	,22	,76	,68	,44	,07	,00	
	n	299	318	318	326	323	320	324	320	321	323	
ocena medosebnih odnosov	r	,02	-,00	-,00	,01	,02	-,13*	,02	,04	-,06	,35**	
	p	,78	,89	,94	,82	,65	,02	,66	,48	,23	,00	
	n	300	318	318	326	323	320	324	321	321	323	
psihični napor pri delu	r	-,03	,00	,01	,05	-,04	-,08	,04	,05	-,00	-,24**	
	p	,50	,99	,82	,36	,47	,13	,43	,43	,96	,00	
	n	294	312	312	319	317	314	317	313	314	317	

Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije; p= stopnja stat. značilnosti: *p<,05; **p<,01; ***p<,00; n= število enot

Izvajalci promocije zdravja so opozorili na previdnost pri interpretaciji rezultatov raziskav, saj je v promociji zdravja veliko dejavnikov, ki vplivajo na program in na njegov učinek. Posebej so bili izpostavljeni: vsebina programa, trajanje, način izvedbe in lastnosti izvajalcev samih.

Rezultati kažejo, da značilne povezave med promocijo zdravja in subjektivnimi kazalci kakovosti življenja, življenjskim slogom in zdravstvenim statusom ni. Vsekakor je to v danem primeru možno, vendar so ti rezultati (lahko) neposredno odvisni tudi od:

- samih oblik in vsebin programov oz. ukrepov promocije zdravja. Raziskave kažejo, da ne moremo pričakovati npr. enakih rezultatov pri ukrepih za zmanjševanje stresa na delovnem mestu kot pri programih spodbujanja telesne aktivnosti ali opuščanja neke razvade;

- trajanja določenega programa. Rezultati merjeni prezgodaj so lahko lažno "negativni" oz. evalviranje po programu, ki ni časovno ustrezno načrtovan glede na vsebine, oblike dela in samo delovno organizacijo lahko kaže negativne rezultate) predvsem pa je pomembno trajanje programa v odvisnosti od vsebine oz. problematike ki jo obravnava;

- izvajalcev. V nekaterih primerih izvajajo promocijo zdravja tudi osebe, ki za to niso kompetentne. Največkrat gre za interne oz. tudi v primeru zunanjih strokovnjakov, ki ne poznajo dinamike podjetja in s podjetjem "ne dihajo" se lahko v določenih primerih pojavijo negativni rezultati oz. neuspehi. (Manica Remec, Master in promozione della salute ed educazione sanitaria, European Master in Health Promotion)

3.5.6 Odnos promocije zdravja na delovnem mestu s subjektivno kakovostjo delovnega življenja, povzetek

Značilne povezave promocije zdravja s subjektivnimi kazalci kakovosti življenja nismo potrdili. Povezava zadovoljstva z delom in delovnim mestom s promocijo zdravja ni značilna. Za večino anketiranih velja, da so na delovnem mestu zadovoljni. V primerjavi s preizkusno, je v kontrolni skupini nekoliko več zaposlenih, ki so (zelo)nezadovoljni in medsebojne odnose ocenjujejo kot (zelo)slabe.

Poskusili smo še s posrednimi odnosi, v katerih smo želeli prikazati zvezo promocije zdravja s proaktivnostjo za zdravje, z življenjskim slogom in zdravstvenim statusom.

Ugotavljamo, da je v vsebinah, povezanih z zdravjem, preizkusna skupina bolje osveščena od kontrolne, kontrolno pa bolj zanimajo aktivnosti v programih na področju zdravja. Motivacija za sodelovanje v programu promocije zdravja se sicer veča s pogostostjo zdravstvenih težav, nasprotno pa se povezuje s številom otrok. Aktivno zanimanje za meritve dejavnikov tveganja (predvsem krvnega tlaka) se povečuje s staranjem.

Povezanost *življenjskega sloga* in promocije zdravja ni značilna, zdrav življenjski slog je bolj značilen za mlajše, samske in starše z manj otroki. V

analizi podkategorij se stopnja izobrazbe pozitivno povezuje s številom obrokov na dan, samostojno uravnavanje tempa dela je v zvezi s kajenjem, daljši delovni časi nižajo število obrokov na dan, preveč ali prevečkrat glede na priporočila uživajo alkohol predvsem moški delavci z gibljivim delovnim časom. Podobno se tudi možnost avtonomnega zapuščanja delovnega mesta povezuje z višjim stresom in s prekomernim uživanjem alkohola.

Povezanost *zdravstvenega statusa* in promocije zdravja ni značilna. V preizkusni skupini imajo delavci nekoliko manj težav z zdravjem, se v primerjavi s kontrolo v večjem odstotku opisujejo kot (zelo)zdrav in višje ocenjujejo svoje zdravje.

Zdravstveni status se pozitivno povezuje s stopnjo izobrazbe. Dobro tretjino zdravja opisuje samoocena, ki je višja pri mlajših, moških in manj obremenjenih z urami dela; nasprotno se kazalec povezuje s številom dni odsotnosti z dela zaradi bolezni. Težave z zdravjem so bolj značilne za ženske.

Ob uspešno doseženih ciljih naj bi promocija zdravja učinkovito posegla na subjektivno kakovost delovnega življenja preko višanja osveščenosti, motivacije in uresničevanja zdravega življenjskega sloga, vendar neznačilne povezave med indeksi porajajo dvom v njeno potencialno moč na tem področju.

3.6 ODGOVORNOST ZA ZDRAVJE DELAVCA

3.6.1 Ocena odgovornosti delodajalca po mnenju delavcev

3.6.1.1 Primerjava ocene odgovornosti za zdravje delavca v preizkusni in kontrolni skupini

V formulaciji promocije zdravja niso najpomembnejši pogoji v organizaciji, temveč kompetence, ki omogočajo vzorce vedenja s pozitivnim izidom za zdravje. Anketiranci so na petstopenjski lestvici ocenjevali, v kolikšni meri je za zdravje zaposlenega odgovoren on sam, koliko je odgovoren svet delavcev, direktor, kadrovik, pooblaščen zdravnik in koliko država.

Ugotavljamo, da se promocija zdravja negativno povezuje z oceno odgovornosti vseh akterjev, nivo odgovornosti sveta delavcev je v preizkusni skupini značilno nižji v primerjavi s kontrolno (glej Tabela 3.21).

Tabela 3.21: Nosilci odgovornosti za zdravje zaposlenih, delavci iz preizkusne in kontrolne skupine

kazalec ^a		n			\bar{X}			%						χ^2
								sploh ni + v majhni meri odgovoren			v veliki + zelo veliki meri odgovoren			
		preizkusna	kontrolna	vzorec	preizkusna	kontrolna	vzorec	preizkusna	kontrolna	vzorec	preizkusna	kontrolna	vzorec	
skupina		preizkusna	kontrolna	vzorec	preizkusna	kontrolna	vzorec	preizkusna	kontrolna	vzorec	preizkusna	kontrolna	vzorec	
nosilec ODGOVORNOSTI	delavec	157	162	319	4,66	4,73	4,69	1,9	3,1	2,5	92,3	93,3	92,8	6
	pooblaščen zdravnik	145	156	301	3,51	3,58	3,55	22	17,3	19,6	51	53,9	52,5	1,78
	država	144	154	298	3,25	3,33	3,29	25	27,9	26,5	43,1	48	45,6	3,6
	kadrovik	140	153	293	2,97	2,97	2,97	35	37,9	36,5	32,9	34,6	33,8	3,17
	direktor	145	153	298	2,84	3,0	2,92	38	34,6	36,2	23,5	31,4	27,5	6
	svet delavcev	135	148	283	2,35	2,76	2,56	57,8	47,3	52,3	15,6	31,1	23,7	12**

Legenda: ^avrednost kazalca: min 1, max 5 ; n= število enot; \bar{X} = povprečna vrednost; χ^2 =vrednost hi-kvadrat; p=stopnja stat. značilnosti: *p<,05; **p<,01; ***p<,00

Za svoje zdravje so v zelo veliki meri odgovorni sami - tako meni 80,3 odstotka vprašanih delavcev. Najvišjo oceno odgovornosti je zdravniku in državi določila približno četrtnina (26,6 %; 20,8 %; kot si sledita), dobra desetina (12,6 %) pa kadroviku, direktorju (10,7 %) in nazadnje svetu delavcev (9,2 %).

Delavci so določali še kdo *ni* odgovoren za njihovo zdravje. Za četrtnino (24 %) delavcev, za njihovo zdravje sploh ni odgovoren svet delavcev, za desetino kadrovik (12,6%) in za 10,7 % država. Med vsemi anketiranimi sta dva (0,6 %) zaposlena iz kontrolne skupine navedla, da delavec sam sploh ni odgovoren za svoje zdravje.

Prvotnih šest nosilcev odgovornosti smo združili v pare glede na realno povezovanje v skrbi za zdravje zaposlenih in tako na novo oblikovali tri kategorije: (a) delavci: delavec in svet delavcev; (b) zdravstvo: odgovorni zdravnik in država; (c) delodajalec kot neposredni skrbnik delovne sile: kadrovik in direktor (glej Tabela 3.22).

Tabela 3.22. Trije nosilci odgovornosti za zdravje zaposlenih, delavci iz preizkusne in kontrolne skupine

kazalec ^a		n			\bar{X}			%						t
		skupina			preizkusna	kontrolna	vzorec	sploh ni + v majhni meri odgovoren			v veliki + zelo veliki meri odgovoren			
		preizkusna	kontrolna	vzorec				preizkusna	kontrolna	vzorec	preizkusna	kontrolna	vzorec	
nosilec odgovornosti	zdravstvo	141	152	293	2,83	2,87	2,85	41,8	44,1	43	39	43,4	41,3	,23
	delodajalec	139	150	289	2,72	2,78	2,75	40,3	42,7	41,5	30,2	39,3	35	,38
	delavci	135	148	283	2,11	2,44	2,28	64,4	51,3	57,7	12,6	23	17,1	2,53**

Legenda: ^avrednost kazalca: min 1, max 5 ; n= število enot; \bar{X} = povprečna vrednost; t=vrednost t-testa; p=stopnja stat. značilnosti, *p<,05; **p<,01; ***p<,00

Ob upoštevanju novo zastavljenih (treh) kategorij, se preizkusna in kontrolna skupina se v oceni odgovornosti delavcev značilno razlikujeta. V preizkusni

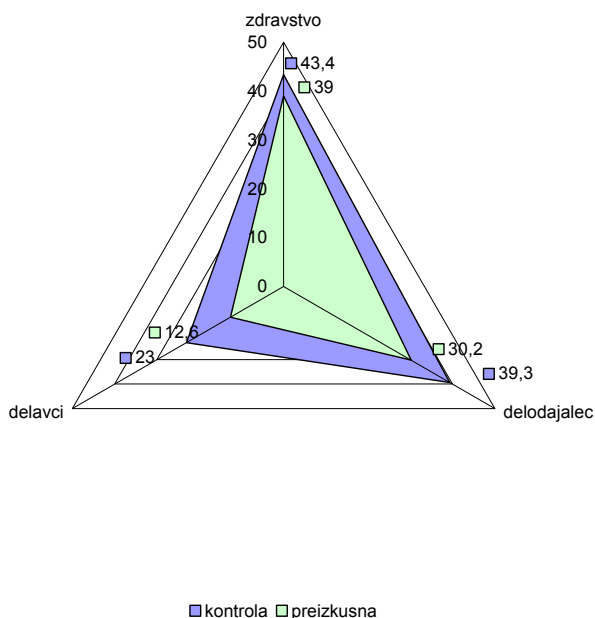
skupini je tistih, ki odgovornost delavcev (torej sebe kot posameznika in sbe ter sodelavce kot skupino) uvrščajo v najvišji dve kategoriji 12,6 odstotkov, v kontrolni pa skoraj četrtina (23 %).

Več kot tretjina vseh zaposlenih (32,3 %) odgovornost *delavcev*, individualno in kolektivno skupaj, uvršča v najnižjo kategorijo (sploh ni odgovoren), četrtina (25,4 %) jih meni, da so za svoje zdravje odgovorni le v manjši meri.

Za dobro četrtino (25,9 %) zaposlenih *zdravstvo*, torej država in pooblaščeni zdravnik skupaj, sploh ni odgovorno za njihovo zdravje, za slabo petino (17,1%) je odgovorno zgolj v manjši meri. Preizkusna in kontrolna skupina se v oceni odgovornosti zdravstva ne razlikujeta značilno.

Podobno tudi v odgovornosti *delodajalca* (direktorja in kadrovika skupaj) oceni skupin nista značilno različni. Največ (41,5 %) delavcev trdi, da delodajalec sploh ni oz. je le v manjši meri odgovoren za zdravje delavca, za dobro tretjino (35 %) pa je delodajalčeva odgovornost visoka in zelo visoka (glej Sliko 3.14).

Slika 3.14. Razporejanje (zelo) velike odgovornosti za zdravje delavcev po nosilcih v preizkusni in kontrolni skupini



3.6.1.2 Povezovanje odgovornosti za zdravje z demografskimi značilnostmi in socialnim položajem

Odgovornost delavcev (individualna in kolektivna) za zdravje se negativno povezuje s starševstvom, saj večina (61,1 %) zaposlenih staršev pravi, da so za svoje zdravje odgovorni le v manjši meri, med zaposlenimi brez otrok pa jih tako meni manj kot polovica (48,8 %). Nižji nivo odgovornosti delavcev za zdravje se povezuje s promocijo zdravja v delovnem okolju.

Zdravstvo ima po mnenju skoraj polovice žensk (45,6 %) in zgolj tretjine moških (31,8 %) veliko in zelo veliko odgovornost za zdravje zaposlenih, razlika v oceni odgovornosti zdravstva za zdravje delavca glede na spol je značilna ($\chi^2 = 3,86^*$).³²

Med oceno odgovornosti zdravstva, torej zdravnika in države, smo ugotovili nasprotno povezavo s številom podrejenih. To pomeni, da se s prevzemanjem funkcij neposrednega vodenja, delavci vse manj zanašajo na mrežo javnega zdravstva. Oceno odgovornosti delodajalca nismo povezali z nobeno izmed raziskovanih demografskih značilnosti in kazalcev socialnega položaja, nakazuje se zgolj pozitivna zveza z ženskim spolom (glej Tabela 3.23).

Tabela 3.23: Povezovanje odgovornosti za zdravje delavca z nekaterimi demografskimi značilnostmi in kazalci socialnega položaja delavcev

korelacija		promocija zdravja na delovnem mestu	spol	število otrok	število podrejenih	
kazalec						
nosilec odgovornosti	zdravstvo	r	-,01	,12*	-,03	-,15*
		p	,82	,04	,55	,01
		n	293	292	293	276
	delavci	r	-,15*	,09	-,12*	-,08
		p	,01	,12	,04	,19
		n	283	282	283	268
	delodajalec	r	-,02	,11	,03	,02
		p	,71	,06	,58	,75
		n	289	288	289	273

Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije; p= stopnja stat. značilnosti, *p<,05; **p<,01; ***p<,00; n= število enot

³² χ^2 =vrednost hi-kvadrat; stopnja stat. značilnosti je označena z zvezdico: *p<,05

3.6.2 Ocena odgovornosti delodajalca po mnenju managerjev

Odgovore zaposlenih smo v nadaljevanju primerjali z odgovori njihovih managerjev. Ugotavljamo, da managerji preizkusne skupine značilno višje ocenjujejo odgovornost direktorja v primerjavi z delavci (glej Tabela 3.24).

Tabela 3.24: Vpliv vodstvene funkcije na razumevanje odgovornosti direktorja za zdravje delavca

Model	koeficienti			t	p
	nestandardizirani B	standardizirani Std. Error Beta			
(konstanta)	3,89	,48		8,18	,00
funkcija zaposlenega	-,49	,24	-,11	-1,98	,048

Odvisna variabla: odgovornost direktorja; t= vrednost t-testa; p= stopnja stat. Značilnosti: *p<0,05; **p<0,01

Po mnenju managerjev največjo odgovornost za lastno zdravje nosi zaposleni sam. Direktor, kadrovik in zdravnik imata podoben delež odgovornosti, najnižjo odgovornost pa vodje pripisujejo svetu delavcev in državi. »Za svoje zdravje pa si lahko najprej odgovoren le sam. Tekst zakona se namreč lahko različno bere,« (manager G iz kontrolne skupine, profitni sektor). - »Ne verjamem, da bi lahko imel svet delavcev oziroma sindikalist kakšen vpliv na zdravje delavcev,«(manager H iz kontrolne skupine, profitni sektor).

Managerji so prepričani, da se odgovornost delavca za svoje zdravje prične že z izbiro primerne delovnega mesta, z razumevanjem in s sprejemanjem lastnih omejitev, nadaljuje pa se v dajanju pobud, zahtev in kolektivni podpori spremembam. »Delavca bi postavil visoko, ker če sam zase ne nič naredim... tudi v vlogi sindikata. Ta odgovornost je tudi to, da izberem ustrezno delo in sprejem svoje omejitve,« (manager D iz preizkusne skupine, profitni sektor). – »Vsak je odgovoren za svoje zdravje, mora prisluhniti svojemu telesu. Direktor in svet delavcev morajo zagotavljati pogoje na deklaracijski ravni, direktor da potrdi pobude iz vrst delavcev. Strokovni delavec mora skrbeti za izvedbo,« (manager F iz kontrolne skupine, profitni sektor).

Na prvem mestu je odgovoren posameznik sam. To je daleč spredaj. Tudi pravice lahko uveljavi le, če jih zahteva sam. Kdor zahteva, se mu tudi prizna... Svet

delavcev naj bi bdel nad službo zavoda za varstvo pri delu. Nimamo delavskega direktorja. Morda bo tudi to. Mislim, da ima svet vseeno to moč. Če bi sprejel (promocijo zdravja, op.a.) sindikat, svet delavcev, bi se firma vključila gotovo. Če ne sprejmejo oni, ni nič....morda smo malo čudni. (manager E iz preizkusne skupine, profitni sektor)

Zaposleni preizkusne in kontrolne skupine so odgovornost (sveta) delavcev ocenili značilno različno, med managerji pa razlika ni značilna ($t = ,82$).³³ V pogovoru so izpostavili predvsem pomembnost organiziranosti in medsebojne povezanosti delavcev. »Ni sindikalnega zaupnika, v sindikatu ni nihče. Posamično pridejo delavci k meni, sicer pa so neorganizirani. Podpiram dobre ideje. Nihče ni vprašal. Če bi vprašali, bi že kaj izposlovali,« (manager I iz preizkusne skupine, neprofitni sektor). - »Potrebna bi bila pobuda od ljudi. To bi bilo tudi za firmo dobro. Če bi prišlo od ljudi, bi se dalo,« (manager E iz preizkusne skupine, profitni sektor). - »Marsikaj gre na slabše. Stiskati se je začelo. V primerjavi z drugimi smo kar dobri, vendar bi bilo lahko bolje. Delavci imajo močan sindikat. Nismo slabi,« (manager D iz preizkusne skupine, profitni sektor).

V skrbi za preživetje si verjetno mnogo zaposlenih ne upa podati idej in zahtev za spremembe v delovnem okolju. Oviro v komunikacijskem kanalu med delodajalcem in delavcem bi lahko rešila iniciativa s strani močnejšega - delodajalca.

Z mojega stališča je človek lahko nemočen, vendar odloča sam kaj bo v določeni situaciji počel. Samo-odgovoren. Danes. Jutri, pa je (zanj, op.a.) že preveč. Dejansko bi moral biti večji delež odgovornosti na državi in delodajalcu. Človek je svobodno bitje, vendar je to po mojem preko njegove meje. To je splošen problem. Državi bi dal največjo vlogo, ker mora peljati politiko, ker postavi okvire znotraj katerih vsi vedo, kaj bodo delali. Danes se širi nek duh, ki ni OK. Tudi vidik dolgoročnosti je pomemben. Prvo kar je važno, je postavitve programa, ki kaže človeka kot posameznika. Ne zaukazano: morate sami skrbeti za vse. Vsa današnja politika je ujetnik kapitala... Skrbi se. Mi zagotavljamo pogoje za delo, preglede, vendar skozi medicino dela ne pridemo. Pooblaščen zdravnik naj bi

³³ t = vrednost t-testa; stopnja stat.značilnosti je večja od 0,05.

imel pogled nad vsem. So nezmožnosti celotnega sistema, da bi stvar delovala.
(manager D iz preizkusne skupine, profitni sektor)

Delodajalci morajo zadostiti nacionalnim predpisom vendar kaže, da so ti tako ohlapni in splošni, da delavcu ne nudijo dovolj opore obenem pa pri delodajalcih podpirajo nekritično samozadostnost in zanikanje potreb delavcev. »Mislim, da je naša firma izrazito socialna. Ne poznam firme, ki bi toliko dajala svojim zaposlenim, kot ta daje. Percepcija zaposlenih pa ni taka,« (manager H iz kontrolne skupine, profitni sektor).

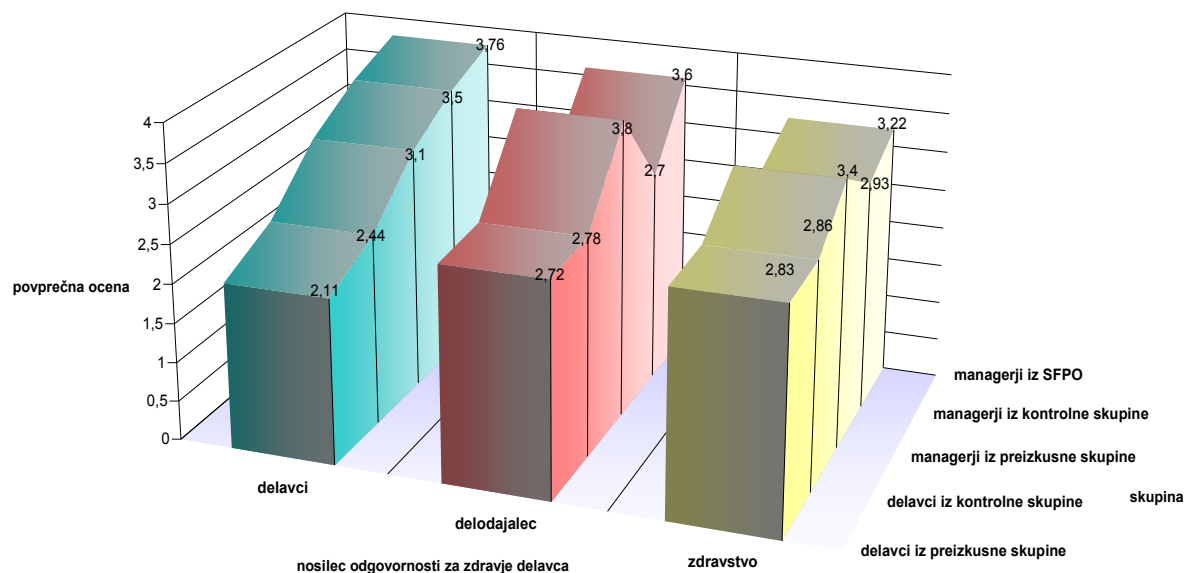
Delodajalec mora zadostiti zakonodaji. Vendar to ne bo nikoli dovolj. Kar je v zvezi z zdravjem mi spoštujemo vse predpise. Včasih pa tudi to komu ni dovolj. Ne bi rekel, da je naša skrb super, vendar je v mejah normale. Nimamo delavskega direktorja, ki bi bdel nad tem. Morda bo tudi to. (manager E iz preizkusne skupine, profitni sektor)

Država in v njej zdravstveni sistem postavljata minimalne pogoje za varnost in ohranitev zdravja zaposlenih na delovnem mestu ter z neposrednimi aktivnostmi spremljata in poskušata delovati na zdravje zaposlenih. Iz odgovorov managerjev je razbrati nezadovoljstvo z zdravstvom znotraj katerega je odgovornost zdravnika višja od odgovornosti sistema (oz.države). »Državi ne bi dal bistvenega pomena (v odgovornosti za zdravje, op.a.). Bogi je tisti, za katerega država skrbi,« (manager H iz kontrolne skupine, profitni sektor).

V slovenski ekipi poslovne odličnosti za razliko managerjev kontrolne, predvsem pa preizkusne skupine, odgovornosti sveta delavcev zaupajo značilno več odgovornosti za zdravje zaposlenih v primerjavi s preizkusno in kontrolno skupino ($F = 3,68^*$) (glej Sliko 3.15, str. 148).³⁴

³⁴ F=vrednost testa ANOVA; stopnja stat. značilnosti je označena z zvezdico, * $p < 0,05$.

Slika 3.15: Odgovornost delavcev, delodajalca in zdravstva za zdravje delavca po mnenju delavcev in managerjev



3.6.3 Povezovanje promocije zdravja in subjektivne kakovosti delovnega življenja z odgovornostjo za zdravje

Ob občutku slabše kakovosti delovnega življenja, posebej ob slabih medsebojnih odnosih in nezadovoljstvu z delom in delovnim mestom, delavci višje ocenjujejo odgovornost delodajalca in zdravstva za njihovo zdravje.

Individualna odgovornost delavca za zdravje se pozitivno povezuje z zdravim življenjskim slogom, vez pa se nakazuje tudi z boljšim zdravjem. Delavci, ki prevzemajo višjo odgovornost za zdravje so bolj zadovoljni z delom in medsebojnimi odnosi.

Toda: z indeksom subjektivne kakovosti delovnega življenja nismo neposredno povezali odgovornosti delavcev, temveč odgovornost (oz. »krivdo«) delodajalca. Ugotovili smo, da delavci v primeru nezadovoljstva z delom, delovnim mestom, z medsebojnimi odnosi ali z odnosom delodajalca, odgovornost za zdravje prenesejo na direktorja, kadrovika in državo (glej Tabelo 3.25, str. 149).

Tabela 3.25. Povezovanje odgovornosti za zdravje zaposlenih z indeksi kakovosti življenja

korelacija	kazalec	nosilec odgovornosti za zdravje delavca					
		delavec	direktor	kadrovik	zdravnik	svet delavcev	država
SUBJEKTIVNA KAKOVOST DELOVNEGA ŽIVLJENJA	r	,03	-,15*	-,10	-,09	-,03	-,07
	p	,52	,01	,08	,09	,53	,21
	n	309	288	283	293	275	290
zadovoljstvo z delom	r	,12*	-,13*	-,14*	-,09	-,07	-,15*
	p	,02	,02	,01	,10	,19	,01
	n	318	297	292	300	282	297
ocena medosebnih odnosov	r	,17**	-,15*	-,15**	-,07	-,06	-,20**
	p	,00	,01	,00	,18	,28	,00
	n	318	297	292	300	282	297
psihični napor	r	,05	,03	,00	,00	-,03	-,09
	p	,33	,54	,94	,95	,51	,10
	n	311	290	285	295	277	292
ZDRAVSTVENI STATUS	r	,16	-,10	-,11	,01	,02	,00
	p	,07	,27	,24	,85	,79	,92
	n	124	116	115	118	110	118
ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG	r	,11*	,03	-,05	,01	,02	,03
	p	,04	,56	,39	,79	,75	,57
	n	293	273	269	277	259	274
PROAKTIVNOST ZA ZDRAVJE	r	,06	,06	,08	,04	,02	,03
	p	,33	,29	,15	,45	,65	,51
	n	293	274	269	278	262	275
ODNOS DELODAJALCA	r	,06	-,14*	-,01	,04	-,02	-,07
	p	,24	,02	,81	,50	,68	,20
	n	288	270	270	273	262	273

Legenda: r=Pearsonov koeficient korelacije; p= stopnja stat. Značilnosti: *p<0,05; **p<0,01; n= število enot

Povezava med življenjskim slogom in prevzeto odgovornostjo za lastno zdravje je značilna, individualna odgovornost se kaže v vedenju.

Odgovornost za naše zdravje pogosto radi valimo na drugega in jo sami nočemo prevzeti. Zanimivo je, da tako odgovornost na državo, zdravnike, delodajalce... prevzamejo najpogosteje tisti, ki se do svojega zdravja najmanj odgovorno obnašajo. Vendar noben zdravstveni sistem, še manj pa osebni zdravnik, ne more nadomestiti lastne skrbi za zdravje. (prof.dr. Andrej Cör, dr.med., spec. patolog)

Najvišjo povprečno oceno odgovornosti za njihovo zdravje, so delavci naslovili na zdravstvo, od katerega predvsem ženske pričakujejo »rešitev«. Vendar za zdravstvene delavce rešitev ni zgolj (ali predvsem) v sistemu, temveč najprej v posamezniku.

Vsak posameznik oz. v našem primeru delavec, mora razviti in nositi odgovornost do lastnega zdravja v prvi vrsti sam in ne ohranjati pasiven odnos oz. pričakovati, da bo zdravstvo vse rešilo. Jaz imenujem ta odnos "avtomehanični odnos". Kot pokvarjen avto, ki ga pripelješ k avtomehaniku in on - strokovnjak za to področje - naj stvar reši in ti se "rešen" odpelješ domov. Večina ljudi pričakuje tak odnos tudi v zdravstvu: vi ste strokovnjaki, vi "rešite", predpišite kar je treba in to je to. (Manica Remec, Master in promozione della salute ed educazione sanitaria, European Master in Health Promotion)

Javno zdravje se ne konča na hodnikih zdravstvenih ustanov, ampak je naloga vseh segmentov družbe. Slovenija ima dolgo tradicijo skrbi za zaposlene delavce preko obveznega zdravstvenega zavarovanja, skrbi za varnost pri delu in izvajanja različnih obdobjnih pregledov. (prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.)

3.6.4 Odgovornost za zdravje delavca, povzetek poglavja

Čeprav naj bi bilo večanje individualne odgovornosti zaposlenih (prikriti) cilj promocije zdravja na delovnem mestu, se ocena delavčeve osebne odgovornosti za zdravje v naši raziskavi ne povezuje s promocijo zdravja. Osebna odgovornost za zdravje se veča na račun odgovornosti drugih nosilcev: višja je pri delavcih, ki so pri delu zadovoljni in višje ocenjujejo medsebojne odnose. Delavci, ki prevzemajo višjo odgovornost za zdravje, živijo bolj zdrav življenjski slog in so nekoliko boljšega zdravja.

Značilna razlika med preizkusno in kontrolno skupino v kolektivni odgovornosti za zdravje delavcev izhaja iz nižje odgovornosti sveta delavcev v prvi skupini.

Managerji vseh treh skupin, preizkusne, kontrolne in SFPO, razumejo nivo odgovornosti delodajalca za zdravje delavca podobno ter (ne glede na aktivnosti promocije zdravja) najvišjo odgovornost pripisujejo delavcu.

Največ razlik se v povprečnih ocenah odgovornosti pokaže z združevanjem nosilcev odgovornosti v pare. Medtem ko delavci menijo, da je zanje najbolj odgovorno zdravstvo in najmanj sami, je mnenje managerjev prav nasprotno: za managerje preizkusne in kontrolne skupine je največja odgovornost prav na delavcih in najnižja na zdravstvu.

Tudi po mnenju managerjev iz skupine za poslovno odličnost so za svoje zdravje najbolj odgovorni delavci sami, vendar delodajalec ni zadnji v seznamu odgovornosti, temveč se tam nahaja zdravstvo.

3.7 ODNOS PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU Z ZNAČILNOSTMI DELOVNEGA OKOLJA

3.7.1 Ocena odnosa delodajalca, vidik delavcev

3.7.1.1 Primerjanje ocene odnosa delodajalca do zdravja delavca v preizkusni in kontrolni skupini

Odnos delodajalca do zdravja delavca smo ugotavljali z indeksom v katerem smo skrb delodajalca za zdravje delavca povezali s kazalci upoštevanja potreb zaposlenih, spodbujanja delavcev k aktivni skrbi za svoje zdravje in vzorom vodij v smislu zdravega življenjskega sloga.

Med preizkusno in kontrolno skupino nismo ugotovili značilnih razlik, odnos delodajalca do zaposlenega se s promocijo zdravja ne povezuje niti preko podkategorij upoštevanja potreb in skrbi za zdravje zaposlenih, spodbujanja k zdravemu življenjskemu slogu nasploh in ne z vzorom vodij ($r = ,01$; $r = ,01$; $r = ,01$; $r = ,02$; kot si sledijo) (glej Tabela 3.26, str. 152).³⁵

³⁵ r =Pearsonov koeficient korelacije; stopnje stat. značilnosti so večje od 0,05.

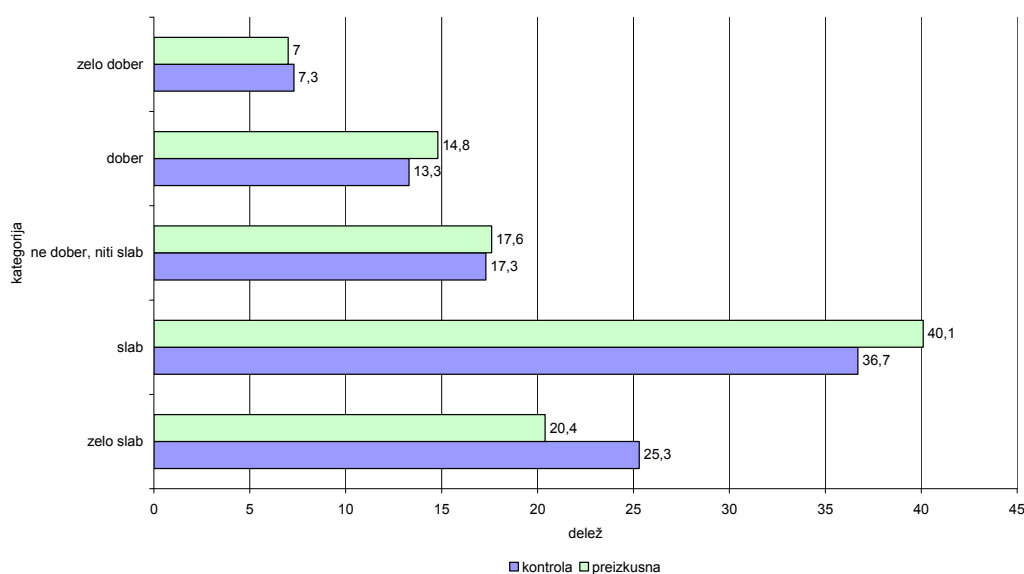
Tabela 3.26 . Opis indeksa odnos delodajalca do zdravja delavca

indeks	kazalec kakovosti	izvedene spremenljivke	n			\bar{X}			χ^2	β	R ²	α Cronbach Skewness Kurtosis
			preizkusna	kontrolna	vzorec	preizkusna	kontrolna	vzorec				
ODNOS DELODAJALCA		(konstanta) odnos delodajalca	150	142	292	2,48	2,41	2,44	1,12	-		
	min1	skrb za delavca	155	167	322	2,89	2,75	2,82	5,11	,55**		
	max5	spodbujanje k skrbi za zdravje	152	159	311	2,07	2,1	2,09	,02	,35**		,73
		vzor vodij	150	155	305	2,06	2,08	2,07	,01	,28**	,94	,62
		upoštevanje potreb	152	162	314	3,74	3,49	3,59	1,0	,19**		-,54

Legenda: n= število enot; \bar{X} = povprečna vrednost; χ^2 =vrednost hi-kvadrat; β = beta; R²= RSquare; p= stopnja stat.značilnosti, *p<0,05; **p<0,01

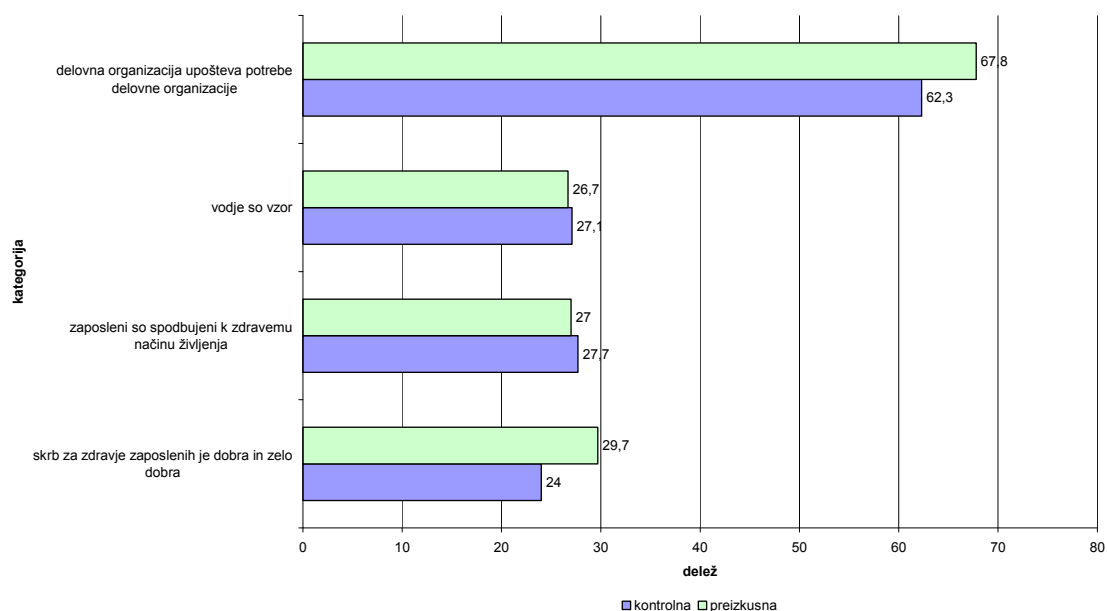
Odnos delodajalca do zdravja zaposlenih manj kot četrtnina delavcev, ocenjuje kot dober in zelo dober. Večina – več kot 60 odstotkov zaposlenih namreč navaja slab ali zelo slab odnos delovne organizacije do njihovega zdravja (glej Sliko 3.16).

Slika 3.16 Razporejanje ocene odnosa delodajalca do zdravja delavca v preizkusni in kontrolni skupini



Kljub neznačilni razliki med opazovanima skupinama delavcev, le-ti v preizkusni skupini pogosteje potrjujejo upoštevanje potreb in skrb za njihovo zdravje s strani delodajalca (glej Sliko 3.17). Nekoliko manj pogosto pa način življenja vodij opisujejo kot vzoren in manj opažajo spodbujanje k zdravemu življenjskemu slogu. »Ma kje pa! Prej bi rekla, da so naši vodje vzor nezdravega načina življenja,« (ženska 50 let, pripis k anketi 21/C6 iz kontrolne skupine, profitni sektor).

Slika 3.17. Razporejanje podkategorij odnosa delodajalca do zdravlja delavca v preizkusni in kontrolni skupini



3.7.1.2 Povezovanje ocene odnosa delodajalca do zdravja delavca z demografskimi značilnostmi in s kazalci socialnega položaja

Opazili smo, da so do odnosa delodajalca bolj kritične ženske v primerjavi z moškimi ($t = 2,82^{***}$), bolje pa razmerje z delovno organizacijo ocenjujejo delavci z več svobode pri delu, ki lahko samostojno uravnavajo tempo dela ($t = -2,02^*$).

Spol in tempo dela vplivata na štiri odstotke ocene odnosa delodajalca tako, da je močnejši faktor spol ($\beta = -,16$; $\beta = ,11$; kot si sledita).³⁶

Spremembe v objektivnih pogojih dela za delavca ne pomenijo zgolj dodatnega bremena, temveč nakazujejo tudi na spreminjanje odnosa delodajalca do delavca. »Preveč je statistike, premalo aktivnega in pozitivnega odnosa do ljudi, dela in družbe,« (ženska 55 let, pripis h anketi 61/C6 iz kontrolne skupine, profitni sektor).

Opažam, da je v zadnjih letih zelo upadla morala delavcem, delovna zavest, pripadnost delovni organizaciji, zavlada je nezaupanje, zakon močnejšega, pritiski, skratka, kar je nekoč krasilo delovno organizacijo je uničil pohlep po oblasti in kapitalu... (moški 46 let, pripis k anketi 15/E6 iz preizkusne skupine, profitni sektor)

Ugotavljamo še, da odnos delodajalca do delavca nekoliko bolje ocenjujejo delavci profitnega sektorja ($t = -2,06^*$), v neprofitnem se je kot velika ovira izkazalo nezaupanje v delodajalca in visoka občutljivost področja, s katerim se promovira zdravja ukvarja. Pogovori, ki so na pobudo zaposlenih nastali med snemanjem stanja v preizkusni skupini nakazujejo, da brez zaupanja ni pričakovati uspeha na področju organizacijskih sprememb za zdravje.²⁷ »Kam gredo vsi ti podatki?« (zaposlena F ob anketiranju, preizkusna skupina, neprofitni sektor). – »Kdo vse bo izvedel, kako je z mojim zdravjem?« (zaposlena G ob anketiranju, preizkusna skupina, neprofitni sektor). – »...bali, bali smo se, da bo ravnateljica pobirala podatke... da bo vedela, kdo je kdo. In nismo želeli sodelovati,« (zaposlena H ob anketiranju, preizkusna skupina, neprofitni sektor). – »Saj veste, kako je to... tu je letnica rojstva, spol,... lahko se vse ugotovi,« (zaposlena I ob anketiranju, preizkusna skupina, neprofitni sektor). – »Saj sem vedela, da bo tako... Da ne bo nobenega. Zato sem prišla. Ker me je sram zaradi sodelavcev.... Ti ne veš, kako smo tukaj ustrahovani. Kot da smo najslabši učitelji. Na nas se samo kriči. Tu se vsi strašno bojijo... in so zapeti,« (zaposlena E ob anketiranju, preizkusna skupina, neprofitni sektor).

³⁶ t =vrednost t -testa; stopnje stat.značilnosti so označene z zvezdico, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; β =Beta

3.7.2 Ocena odnosa delodajalca, vidik managerjev

Oceno odnosa managementa do zdravja delavcev, ki so jo podali zaposleni, smo v nadaljevanju primerjali z mnenjem managerjev.

Managerji in zaposleni aktivno spodbujanje zaposlenih k zdravemu načinu življenja in vzor vodij opisujejo zelo podobno ($\chi^2 = ,31$; $\chi^2 = ,00$; kot si sledijo), odločitev za zdrave navade je v večji meri na strani delavca.³⁷

»Ne moreš nobenega prisilit, da bo živel zdravo. Naša naloga je, da si ljudje tu ne kvarijo zdravja, za ostalo pa morajo poskrbeti sami,« (manager D iz preizkusne skupine, profitni sektor).

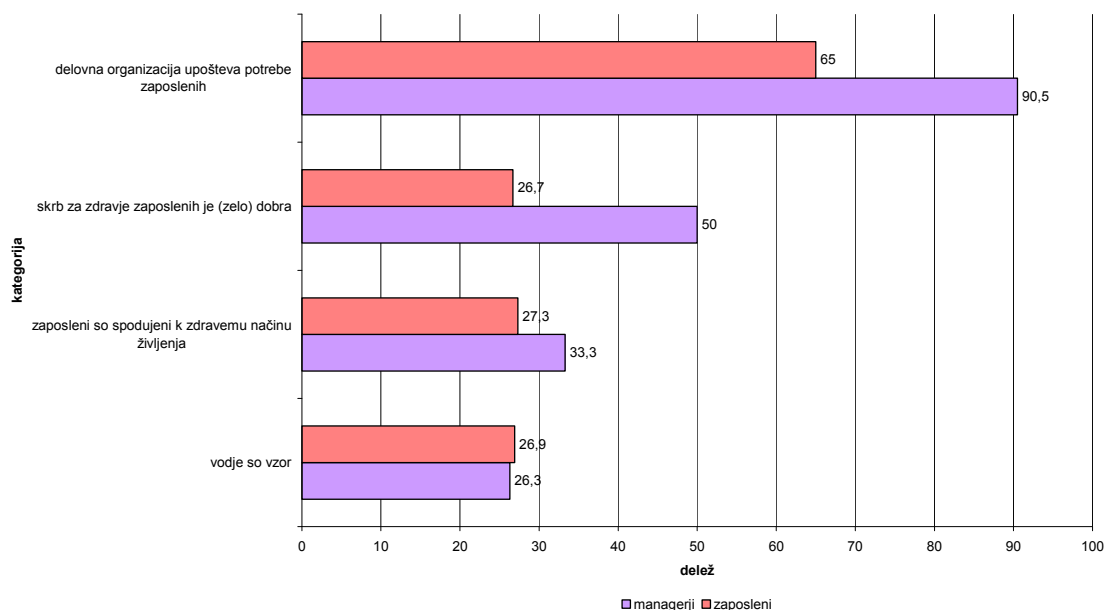
Nekoliko večje razhajanje je mogoče ugotoviti v prepričanju koliko delodajalec skrbi za zdravje delavca ($\chi^2 = 3,2$), statistično značilna pa je razlika med mnenjem zaposlenih in vodij glede upoštevanja potreb delavcev na splošno ($\chi^2 = 5,8^*$) (glej Sliko 3.18, str. 156).

Večina managerjev meni, da njihova delovna organizacija upošteva potrebe zaposlenih in dobro skrbi za zdravje zaposlenih. Neposredni vodja je tisti, ki naj bi prvi prepoznal specifična pričakovanja in situacijo delavca.²⁸

»Večina ljudi še vedno pričakuje, da bodo tudi drugi tako kot on... Odvisno kakšen stil ima vodja, v taki luči vidi tudi potrebe drugih,« (manager D iz preizkusne skupine, profitni sektor), – »V današnjih časih je tekma za denar, neposredni vodje so zelo obremenjeni. Vodje so malo kje... tu je na tesno s časom. Morda bi morali več časa posvetiti ljudem, manj proizvodnji. Mlajši so bolj fleksibilni v tem,« (manager E iz preizkusne skupine, profitni sektor).

³⁷ χ^2 = vrednost hi-kvadrat; stopnje stat.značilnosti so označene z zvezdico, * $p < 0,05$.

Slika 3.18: Razporejanje podkategorij odnos delodajalca do zdravja zaposlenega po oceni delavcev in managerjev preizkusne in kontrolne skupine



Med managerji najvišjo skrb za zdravje in upoštevanje potreb zaposlenih izražajo managerji iz sistema poslovne odličnosti, nekoliko nižjo v organizacijah, ki izvajajo programe promocije zdravja. Polovica managerjev kontrolne skupine skrb delodajalca za zdravje delavca ocenjuje kot slabo ali zelo slabo. Ugotavljamo še, da imajo več možnosti skrbi za delavce v velikih delovnih organizacijah, skrb za delavce se večja z njihovim številom ($r = ,52^{**}$).³⁸

Aktivnosti v skrbi za zdravje lahko pri delavcih sprožijo odpor, saj podvomijo v iskrenost in dobrohotnost (nenavadne) namere delodajalca. »Kar damo med delovni čas je »mus« in je takoj odpor že zaradi tega,« (manager C iz preizkusne skupine, profitni sektor). – »To težko komentiram. Če bi zaposleni čutili to kot ponudbo v pozitivnem. Če bi čutili, da je to finta za doseganje postranskih ciljev zanesljivo ne,« (managerka A iz preizkusne skupine, neprofitni sektor). – »Odziv (na promocijo zdravja, op.a.) bi bil verjetno zelo skromen. Kar je organizirano znotraj hiše, se ne jemlje kot dobrohotno. Kaj imajo pa zdaj za bregom?« (manager H iz kontrolne skupine, profitni sektor).

³⁸ r =Pearsonov koeficient korelacije; stopnje stat.značilnosti so označene z zvezdico, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Morda je odgovor v načinu uvajanja aktivnosti oz. sprememb. Če pridejo pobude s strani sindikata, oz. organizirane skupine delavcev je verjetnost, da jih bodo zaposleni sprejeli večja.

»Potrebna bi bila pobuda od ljudi. To bi bilo tudi za firmo dobro. Če bi prišlo od ljudi, bi se dalo,« (manager E iz preizkusne skupine, profitni sektor).

Vodje razumejo odgovornost v organizacijskem smislu zelo široko, saj se zavedajo, da vsaj v določeni meri njihov način dela, življenja in odločanja lahko vpliva tudi na življenjski slog in zdravje delavcev. V intervjujih so izpostavili predvsem mehke strukture organiziranja dela: odnos v splošnem, način delegiranja, medsebojno komunikacijo, vzdušje v timu.

Vodja predvsem s svojim odnosom vpliva na to ali ima delavec občutek, da je bolan ali ne. Predvsem je tu pomembno stresno komuniciranje, način odrejanja. Zato merimo absentizem, kot kazalnik vzdušja. Človek skrbi zase in se prilagaja. Če ni na svoj račun ni težko, oziroma je udobno. Zdravje je naložba za jutri – včasih pomeni veliko že to, da nisi ves čas na delovnem mestu. (manager D iz preizkusne skupine, profitni sektor)

Toda intervjuji kažejo potrebo po večjem poenotenju razumevanja pojma zdrav življenjski slog med stroko in ciljno populacijo.

Za svoje zdravje ne skrbim niti dobro, niti slabo. Letos sem šel dvakrat tečt. Ko delam fizično, hitim. Skrbim za svoje zdravje tako, da jem zajtrk, iz kleti pridem vedno peš. Če je le mogoče se sprehodim. Se pa dostikrat zgodi, da od jutra ne jem nič dokler ne pridem domov. Poskusim... sigurno ni to- to. (manager F iz kontrolne skupine, profitni sektor)

Pogosto v organizaciji niti vrednost zdravja zaposlenih ni jasna in razhajanja v njegovem razumevanju lahko sprožijo ovire v odnosu med organizacijo in zaposlenim, med managerjem in delavcem.

»Tu je konflikt interesov: če si dober vodja večino časa delaš in se ne raztezaš. Na nek način je to izguba časa,« (manager F iz kontrolne skupine, profitni sektor) – »Glede na zakon, meni ni treba delat tle, ker je zame škodljivo. Klima mi piha točno za vrat. A, zavrneš delo, potem te bodo pa počasi vrgli iz službe. Če greš na bolovanje, izgubiš 120 evrov. Če zmanjkaš en dan, izgubiš dodatek za šest mesecev,« (manager G iz kontrolne skupine, profitni sektor).

Podobno kot četrtina delavcev, tudi 26 odstotkov managerjev meni, da so vodje vzor zdravega načina življenja. Razlika med njihovim prepričanjem se pokaže v pogovoru, kjer si nekateri managerji pripisujejo večjo moč kot so jim to v anketah izrazili delavci.

»Stil življenja vodje lahko vpliva. Ker je cela mentaliteta drugačna. Npr. omejujem reklamiranje. Če ima take vrednote posredno širi to svojo filozofijo tudi na sodelavce,« (manager I iz preizkusne skupine, neprofitni sektor). – »Ja, od njegovega načina vodenja je v veliki meri odvisna klima in kultura. In če on blagohotno ustvarja ugodno klimo, so jasne vrednote. In ima veliko sledilcev. Mislim, da ima vzgled vodje izredno vlogo. Je svetilnik. Verjetno tako ureja tudi delovno okolje,« (manager H iz kontrolne skupine, profitni sektor). – »Ne, ne vpliva (vodja, op.a.). Ker na primer zdaj živim slabše od njih, pa oni živijo enako,« (manager G iz kontrolne skupine, profitni sektor).

3.7.3 Povezovanje promocije zdravja in subjektivne kakovosti delovnega življenja z odnosom delodajalca do zdravja delavca

Odnos delodajalca do zdravja delavca smo povezali s subjektivnim delom kakovosti življenja zaposlenih, ki se po zaznavah slednjih neznačilno (vendar negativno) povezuje z absentizmom, značilno pozitivno pa vpliva na uspešno obvladovanje stresa na delovnem mestu, oceno medosebnih odnosov ter zadovoljstvo z delom nasploh (glej Tabela 3.27, str. 159). Odnos delodajalca do zaposlenega se ne povezuje s promocijo zdravja.

Uspešno obvladovanje stresnih situacij pri delu je olajšano s kvalitetnim odnosom delodajalca, ki izraža skrb za delavca in njegove potrebe, ter mu nudi vzor v življenjskem slogu.

Med štirimi nevadenimi kvalitetami največ pozornosti velja upoštevanju potreb delavca, saj je ta kazalec v značilni pozitivni zvezi z zadovoljstvom pri delu, oceno medosebnih odnosov in stresom. Občutek delavca, da delodajalec upošteva njegove potrebe se značilno odraža tudi na nižji odsotnosti z dela zaradi bolezni ali poškodb.

Tabela 3.27: Povezovanje odnosa delodajalca do zdravja delavca s kazalci kakovosti življenja

korelacija / kazalec		SUBJEKTIVNA KAKOVOST DELOVNEGA ŽIVLJENJA	zadovoljstvo z delom	ocena medosebnih odnosov	absentizem	obvladovanje stresa
ODNOS DELODAJALCA	r	,24**	,23**	,32**	-,08	,16**
	p	,00	,00	,00	,19	,01
	n	283	291	291	288	291
	R ²	,06	,05	,1	-	,03
skrb za delavca	r	,18**	,26**	,26**	-,06	,14*
	p	,00	,00	,00	,29	,01
	n	313	321	321	318	321
spodbujanje k zdravemu načinu življenja	r	,16**	,10	,17**	-,04	,09
	p	,00	,07	,00	,44	,11
	n	301	310	310	306	309
vodje so vzor	r	,17**	-,02	,21**	-,01	,16**
	p	,00	,75	,00	,79	,00
	n	295	304	304	300	303
upošteva potrebe delavca	r	,37**	,32**	,36**	-,14*	,19**
	p	,00	,00	,00	,01	,00
	n	304	313	313	309	312

Legenda: r= Pearsonov koeficient korelacije; R²=RSquare; p= stopnja stat.značilnosti: *p<0,05; **p<0,01; n= število enot

Potrebe, tudi v smislu zdravja in zdravega življenjskega sloga, so povsem individualne, velikokrat pa se povezujejo tudi s kulturo, stereotipi in ne zgolj s poslušom delodajalca.

Kar nekajkrat je ugotovljeno, da poročeni z otroki manj skrbijo za svoje zdravje, se manj gibljejo... Pri tem seveda ves čas krivijo pomanjkanje časa in preveliko skrb za otroke. Načeloma pa bi morali starši še večjo skrb nameniti svojemu zdravju, saj je njihova odgovornost večja, ker morajo poskrbeti za otroke, na drugi strani pa bi naj bili dober zgled zanje. Postal je kar nekakšen stereotip, da ko se poročiš in imaš otroke, ti ni potrebno več skrbeti za svoje zdravje. Kar običajno se nam zdi, da se moški po poroki počteno zredi in da se s športnimi aktivnostmi ne ukvarja več, ter da se ženska ko ima otroke zanemari in ne skrbi več za svoje zdravje. (prof.dr. Andrej Cör, dr.med., spec. patolog)

3.7.4 Odnos delodajalca do zdravja delavca, povzetek

Med promocijo zdravja in odnosom delodajalca do zdravja zaposlenega nismo ugotovili značilne zveze. Odnos delodajalca do zdravja delavca smo povezali s subjektivno kakovostjo delovnega življenja zaposlenih, ki pozitivno vpliva na obvladovanje stresa, oceno medosebnih odnosov ter zadovoljstvo z delom nasploh.

Večina zaposlenih v vzorcu preizkusne in kontrolne skupine odnos delodajalca do njihovega zdravja ocenjuje kot slab ali zelo slab, delavci v preizkusni skupini v nekoliko večjem deležu potrjujejo upoštevanje njihovih potreb in skrb za njihovo zdravje s strani delodajalca.

Ocena odnosa delodajalca se povezuje s spolom delavca in njegovo svobodo pri tempu dela. Nezaupljivost delavcev do namer delodajalca ugotavljamo predvsem v neprofitnem sektorju, kar lahko vodi v upiranje dejavnostim promocije zdravja, ki so nastale po iniciativi delodajalca.

Kaže, da skrb za delavce lahko bolje uresničujejo v velikih delovnih organizacijah, izpostavlja se pomembnost vodje tima, hkrati pa je razumevanje skrbi za zdravje delavcev omejeno predvsem na vodenje, organiziranje v splošnem in manj na neposredne iniciative na področju zdravja.

V oceni upoštevanja potreb delavcev na splošno je razlika med managerji in zaposlenimi značilna, saj managerji v očitno večjem deležu kot zaposleni menijo, da njihova delovna organizacija upošteva potrebe zaposlenih.

3.7.5 Zdravju podporni ukrepi v delovnem okolju

3.7.5.1 Primerjava zdravju podpornih ukrepov v delovnem okolju preizkusne in kontrolne skupine

Urejanje delovnega okolja je domena delodajalca, ki ga zavezuje zakon o varnosti in zdravju pri delu. Promocija zdravja na tem področju nima izvajalske moči zato prevzema zgolj vlogo podpornega in posvetovalnega organa.

Managerje delovnih organizacij iz preizkusne, kontrolne skupine smo povprašali o že uvedenih ukrepih v delovni organizaciji, ki podpirajo zdravje delavcev z vidika ergonomске urejenosti delovnega mesta, omejevanja kajenja, možnosti izbire zdravih živil, pitja zadostne količine tekočine, osveščanja o zdravju, svetovanja in spodbujanja v smeri telesne dejavnosti, zdravega režima prehranjevanja in skrbi za zdravje tudi med delovnim časom. Podatke obeh skupin smo primerjali še s skupino poslovne odličnosti (SFPO).

Ugotavljamo, da se opazovane skupine (po navedbah managerjev) značilno razlikujejo v realizaciji štirih ukrepov in sicer: razpoložljivosti pripomočkov za raztezanje in informacijskih gradiv o zdravju na delovnem mestu, delavnic in individualnega svetovanja o zdravem načinu življenja (glej Tabela 3.28, str. 166).

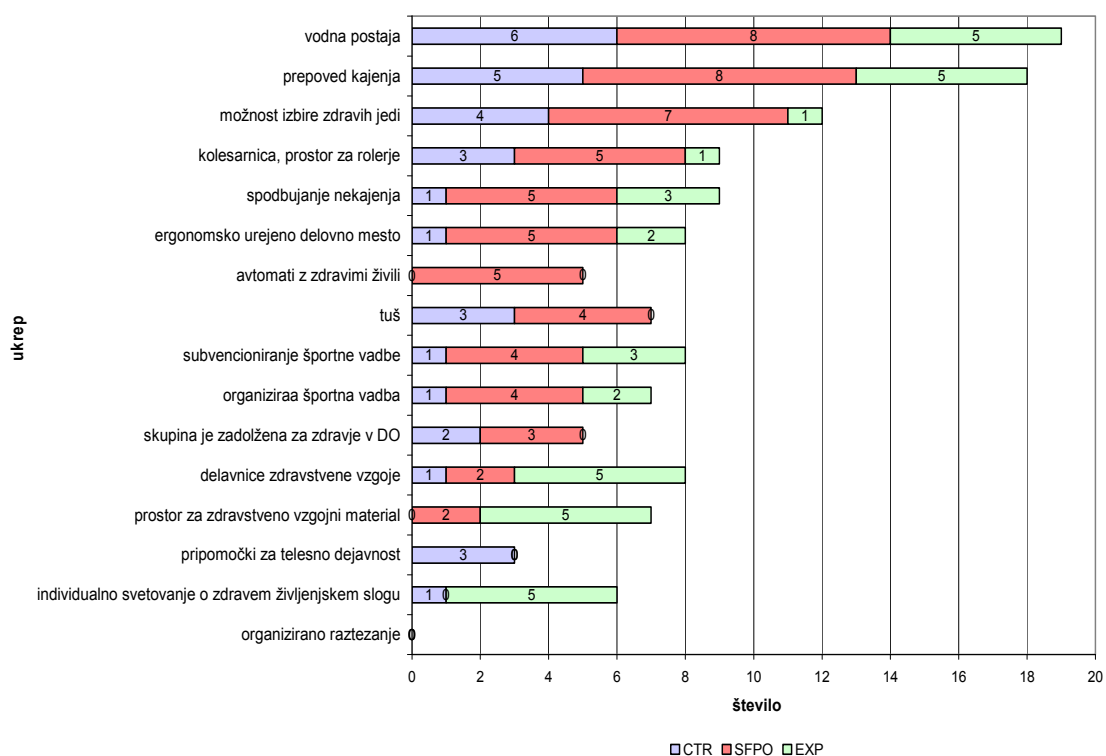
V preizkusni skupini skoraj vsi delodajalci prepovedujejo kajenje, zagotavljajo delavnice o zdravju, zaposlene informirajo preko zdravstveno vzgojnih materialov in nudijo individualno svetovanje, najmanj polovica jih subvencionira rekreativno dejavnost in spodbuja nekajenje. Nobena izmed delovnih organizacij kjer je potekala promocija zdravja nima skupine zaposlenih, ki bi bdeli nad dejavnostmi na področju zdravja znotraj organizacije, ne orodja za raztezanje, nimajo vodenih pavz med delom in avtomati z živili ne omogočajo zdravih izbir.

Kontrolna skupina s številom uresničenih aktivnosti v smeri podpiranja telesne dejavnosti delavcev pozitivno preseneča, saj edini razpolagajo s pripomočki za raztezanje, imajo tudi prostor za rolerje in kolesa, omogočajo tuširanje, vsi njihovi delavci imajo vedno na razpolago pitno vodo. Dve delovni organizaciji kontrolne skupine sta zadolžili skupino zaposlenih za aktivnosti za zdravje delavcev.

Skupina SFPO svojim delavcem ureja okolje tudi z ukrepi, ki ob uvedbi zahtevajo veliko virov in zagotavljajo časovno odložen vendar dolgoročen učinek, kot so: skupina delavcev skrbi za dejavnosti za zdravje, ergonomsko urejanje delovnega mesta, omejitev kajenja in podpora nekajenju, ter zagotovitev pogojev za zdravo prehrano – neomejen dostop do pitne vode,

interni živilski obrati, kjer je mogoče izbirati zdrave jedi in nadzor nad ponudbo živil v avtomatih. Izmed ukrepov, ki so že uvedeni najmanj delovnih organizacij zagotavlja organizirane aktivne pavze med delom in nadzor nad ponudbo v avtomatih z živili (glej Slika 3.19).

Slika 3.19: Število in vrsta realiziranih ukrepov v delovnem okolju preizkusne, kontrolne in SFPO skupine



Lahko bi rekli, da se delovne organizacije delijo na dve večji skupini: (a) organizacije, ki v zdravje delavcev vlagajo predvsem čas; (b) organizacije, ki v zdravje delavcev vlagajo predvsem sredstva.

Prve aktivnosti usmerjajo v spodbujanje zdravega načina življenja tako, da bolj ali manj pasivno sprejemajo aktivnosti javne preventive, podpirajo spremembo in računajo na izboljšanje življenjskega sloga zaposlenih kot posledico njegove osveščenosti. Iz izjav, ki so jih podali managerji, se odraža težava v opredelitvi promocije zdravja, omejenost vpogleda v potrebe delavcev in nizka seznanjenost z možnostmi delodajalca na področju skrbi za zdravje delovne sile.

»Niti nimam predlogov... nisem razmišljal...Ne bom ukrepal v tej smeri. Idej nimam. Zmanjka časa za vse. Se mi zdi, da v tem delovnem okolju ni škodljivih vplivov, posledic. Tako da ne vem, kaj bi... Se posipam s pepelom!« (manager I iz preizkusne skupine, neprofitni sektor).

Tudi vzori, vizija niso dovolj v kolikor ostajajo na deklarativni ravni. Veliko delodajalcev izbere lagodno pasivnost in čaka na zahteve države ali pritiske delavcev, saj je njihova prva skrb uspešnost poslovanja.

»Lepo bi bilo, da bi jih imeli (programe promocije zdravja, op.a.), vendar,... potrebno bo uresničiti tudi to. Naš vzor so skandinavci, ne Američani. Ti namreč živijo zato da delajo in ne obratno,« (manager E iz preizkusne skupine, profitni sektor). – »Bom pošten. Programom spodbujanja zdravja zaposlenih namenjam zanemarljiv obseg sredstev. Ni omembe vredno. Ne gre za procente, temveč za promile prihodkov,« (manager F iz kontrolne skupine, profitni sektor). – »Za zdrav način življenja zaposlenih ne namenjam nič sredstev in ne izvajamo nobenih programov s tega področja,« (manager M iz SFPO, profitni sektor).

Odkrili pa smo tudi delovne organizacije, ki se sicer trudijo na področju zdravja zaposlenih, vendar se v navedbah managerjev kaže potreba po sistematičnosti, specifičnim ciljnim delovanjem in strokovnimi usmeritvami nasploh, saj se v aktivnostih omejujejo na kontroliranje zdravstvenega stanja in plitke »moderne« alternativne vsebine. »Izvajamo vsakoletne preventivne zdravstvene preglede, čemur namenjam vsako leto približno 7000 EUR,« (manager J iz SFPO, profitni sektor).

Merimo organizacijsko klimo in v okviru tega tudi zadovoljstvo delavcev z delovnimi pogoji. Vsako leto organiziramo enega ali dva seminarja iz promocije zdravja, npr. čustvena inteligenca, zdrav način življenja, moč pozitivnih misli. Povabljeni so vsi zaposleni, plačnik pa delovna organizacija. (managerka K iz SFPO, profitni sektor)

Pristopi v skrbi za zdravje delavca niso vedno uspešni, saj so pogosto naravnani individualistično, očitno pa je tudi na področju zdravja včasih preveč vsiljivosti, nadzora, opozarjanja in zbiranja podatkov, četudi zgolj z (nedolžno) anketo.

Imamo novo upravo, tako da imajo zdaj še veliko dela sami s seboj in je bolj malo aktivnosti na tem področju. Smo avdio in video nadzorovani, dali so nam popust

za fitnes, psihiatra, kupili kosmodiske, dobili smo bone za masažo, vendar zadeva ne laufa. Kadilce opozarjamo s tablicami, sindikat je izvedel eno anketo na temo zdravja. (manager G iz kontrolne skupine, profitni sektor)

Dober primer delovanja delovne organizacije na področju skrbi za zdravje zaposlenih je prikazan v naslednjem odstavku, kjer je managerka izpostavila spodbujanje, osveščanje v kratkih programih in specifično vsebinsko delovanje, ki je v interesu delodajalca.

Spodbujanju zdravega življenjskega sloga namenjamo 0,5 % bruto prihodka s ciljem osveščati delavce v skrbi za lastno zdravje. Spodbujamo udeležbo na športnih aktivnostih, predavanja o zdravem načinu življenja, boleznih, njihovem razvoju in preprečevanju, prehrani. Merimo udeležbo na športnih aktivnostih, pogostost zdravniških pregledov, obisk predavanj, število naročenih malic in kosil, itd. Udeležba na predavanjih se pričakuje in je upravičena le zaradi odsotnosti. Predavanja trajajo od ene do treh ur, izvajajo pa jih strokovnjaki s področja športa, zdravstva, prehrane, itd. Plačnik je v celoti zavod. (managerka L iz SFPO, neprofitni sektor)

Managerji, ki so že vpeljali promocijo zdravja navajajo, da je na delovnem mestu lahko koristna predvsem zaradi načina dela, ki temelji na skupinskih aktivnostih in druženju zaposlenih. »Mogoče je program povod za začetek pogovora (o okolju, op.a.), nikakor pa ni razlog za spremembe. Zahteve, zahteve sigurno sledijo,« (managerka A iz preizkusne skupine, neprofitni sektor). - »Program je bil odličen. Dobra izvedba, prijetni odnosi, komunikacija izvajalcev. Ali je bil učinkovit ne vem,« (managerka B iz preizkusne skupine, neprofitni sektor).

Prvo kar je važno je postavitve programa, ki kaže na to, da delodajalec ne zahteva od delavca, da mora poskrbeti za vse sam. Mislim da bolezni izvirajo iz odnosa, delavnice promocije zdravja, kjer gre za druženje zato gotovo izboljšujejo medsebojne odnose in znižujejo stres. (manager D iz preizkusne skupine, profitni sektor)

Veliko smo se pogovarjali... vzdušje, povezovanje je izjemnega pomena. Notranji tim je bil pozitiven. Tu bi bila ocena (programa, op.a.) zanesljivo visoka. Zadovoljstvo z delom tudi, zelo visoko, posledično. Opazila sem izboljšano vzdušje zaposlenih, njihovo boljšo medsebojno povezanost, boljši so delovni odnosi in tudi zdravje zaposlenih. (managerka A iz preizkusne skupine, neprofitni sektor)

Vendar... ne morem reči, da je bilo naše delo na splošno uspešno. Vem, da so bili managerji, zelo zadovoljni z nami. Želeli so še, naročili več, pokrili stroške. Tudi tisti, ki so prišli, so nas bili veseli, pohvalili, povedali kaj vse so spremenili. Moram več pit, ne smem toliko kafeta, grem na malico,... ko telefoniram se pretegujem, pogledam skoz okno in spočijem oči,... Na pisalni mizi je namesto čokolatinov suho sadje. Drobne spremembe. A kdo jih je opazil razen posameznika? In kdo je za nas pomembnejši: on sam ali le vsi skupaj? Če pogledam tako, na povšal, smo delali brez veze...(iz dnevnika managerke programa)

Tabela 3.28: Razlika v realizaciji in načrtovanju zdravju podpornih ukrepov v preizkusni, kontrolni in SFPO skupini

izvedba / vrednost ukrep	skupina						skupina					
	preizkusna		kontrolna		SFPO		preizkusna		kontrolna		SFPO	
	ukrep realiziran						ukrep načrtovan					
	število	%	število	%	število	%	število	%	število	%	število	%
skupina zadolžena za aktivnosti	0	0	2	33,3	3	33,3	3	50	1	16,7	3	33,3
pripomočki za raztezanje	0	0	3	50	0	0	1	16,7	0	0	2	22,2
kolesarnica, roler prostor	1	16,7	3	50	5	55,6	0	0	1	16,7	2	22,2
organizirana rekreacija	2	33,3	1	16,7	4	44	2	33,3	3	50	2	22,2
subvencionirana rekreacija	3	50	1	16,7	4	44	0	0	2	33,3	1	11,1
pavze z vajami	0	0	0	0	0	0	2	33,3	1	16,7	3	33,3
ergonomska ureditev	2	33,3	1	16,7	5	55,6	2	33,3	1	16,7	3	33,3
mogoče tuširanje	0	0	3	50	4	44,4	0	0	1	16,7	1	11,1
spodbuja nekajenje	3	50	1	16,7	5	55,6	0	0	1	16,7	3	33,3
kajenje je prepovedano	5	83,3	5	83,3	8	88,9	0	0	0	0	1	11,1
pitna voda	5	83,3	6	100	8	88,9	0	0	0	0	1	11,1
interni obrat z zdravo hrano	1	16,7	4	80	7	77,8	1	16,7	0	0	1	11,1
avtomati z zdravimi živili	0	0	0	0	5	55,6	1	16,7	2	33,3	3	33,3
prostor za zv material	5	83,3	0	0	2	22,2	0	0	2	33,3	4	44,4
delavnice o zdravju	5	83,3	1	16,7	2	22,2	0	0	1	16,7	3	33,3
individualno svetovanje	5	83,3	1	16,7	0	0	0	0	1	16,7	3	33,3
\bar{x}	6,17		5,33		6,9		2		2,8		4	

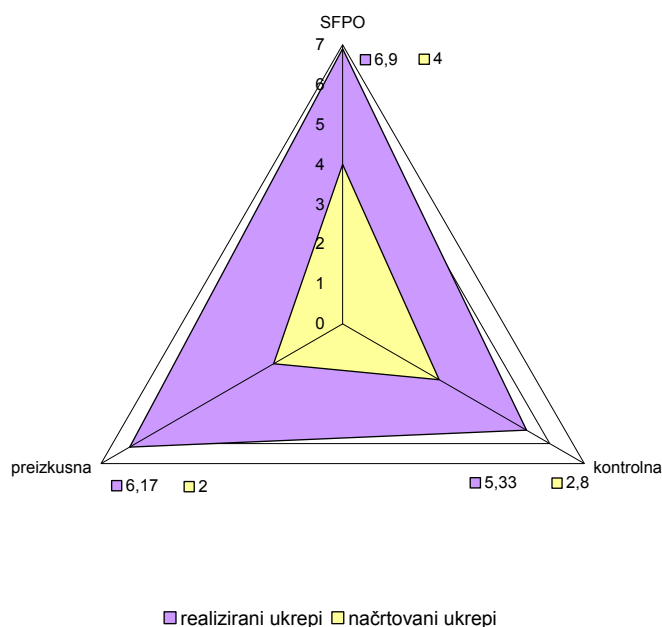
Legenda: N=21 (n_{preizkusna}=6; n_{kontrola}=6; n_{SFPO}=9)

3.7.5.2 Primerjava motiviranosti managerjev za urejanje zdravju podpornega okolja v preizkusni in kontrolni skupini

Managerje delovnih organizacij iz preizkusne, kontrolne in SFPO skupine smo povprašali o srednjeročno (5 letih) načrtovanih ukrepih v delovni organizaciji, ki bi delavcem olajšali odločitve v korist zdravju ter ugotavljali povezavo med načrtovanim urejanjem okolja in dejavnostjo promocije zdravja. V naboru šestnajstih ukrepov smo predlagali ergonomsko urejenost delovnega mesta, omejevanje kajenja, možnost izbire zdravih živil, zagotovitev pitne vode, pristope osveščanja o zdravju, svetovanja in spodbujanja k telesni dejavnosti in zdravemu režimu prehranjevanja tudi med delovnim časom. Podatke preizkusne in kontrolne skupine smo primerjali še s skupino poslovne odličnosti, SFPO.

Motiviranost managerjev na področju zdravja v delovni organizaciji smo ugotavljali s seštevki že uresničenih in zgolj načrtovanih ukrepov, ki ni prikazala značilnih razlik med preizkusno, kontrolno in SFPO skupino (glej Tabela 3.28, str. 166 in Sliko 3.20).

Slika 3.20: Povprečno število realiziranih in načrtovanih ukrepov na področju zdravja v preizkusni, kontrolni in SFPO skupini



V primerjavi s kontrolno, predvsem pa SFPO skupino, so managerji preizkusne skupine najmanj motivirani za uvajanje sprememb v delovnem okolju, kar je vsaj deloma odraz števila že realiziranih ukrepov. Kot kažejo intervjuji je največja zavora v preurejanju notranjega okolja slaba odzivnost zaposlenih in odpor. Oboje bi lahko bilo posledica visoke intenzivnosti dela, neprilagojenosti programa potrebam delavcev ter njihovih ustaljenih navad, po drugi strani pa so morda pričakovanja izvajalcev aktivnosti previsoka.

»S telovadbo med delovnim časom se je poskusilo, vendar akterji nimajo volje,...vse je bilo zelo težko. Imaš zadržek,« (manager D iz preizkusne skupine, profitni sektor). - »Imamo občasno delavnice, vendar kakšnega odziva ni. Zaposleni so vabljeni, so se samostojno odločili za to,« (manager C iz preizkusne skupine, profitni sektor) - »Ko smo se končno zmenili kje in kolikokrat bomo delali, se je prijavila le peščica delavcev,« (iz dnevnika managerke programa). - »So že bili na teh vaših delavnicah. Že vejo kako je. Brez veze, da hodimo eni in isti,« (managerka B iz preizkusne skupine, neprofitni sektor). - »Pri nas se je veliko reči izboljšalo. A ... smo imeli velike težave, odpore, pa smo veliko prepričevali, utemeljevali in večina se jih je vračala z izobraževanj zadovoljna. In so rešili veliko problemov tudi doma. Imamo kratke programe, po dve uri, ker dolgi ne grejo. Človek gleda, da gre domov,« (manager D iz preizkusne skupine, profitni sektor). - »Za prehrano skrbimo, da je naša, čim bližja naravni. Imamo menzo. Še zmeraj pa je največ ljudi na malici, ko je dunajski zrezek,« (manager C iz preizkusne skupine, profitni sektor). - »Zmeraj imajo silo (učitelji, op.a.). Ne vem, ali so vsi usmerjeni na uro 12, saj potem izginejo vsi. Za nič ni časa, ne le za zdravje. Morda je bilo vedno tako in si samo mi mislimo da bi moglo bit zdaj kaj drugače,« (managerka B iz preizkusne skupine, neprofitni sektor).

V preizkusni skupini želijo zadolžiti skupino zaposlenih za aktivnosti na področju zdravega delovnega okolja, pripomočke za raztezanje, organizirano rekreativno vadbo, aktivne pavze med delovnim časom, ergonomsko ureditev delovnih mest ter povečati možnosti zdravega prehranjevanja v službi. Težišče načrtov organizacij, ki so bile vključene v promocijo zdravja je tako telesna dejavnost, v povprečju delovne organizacije načrtujejo uvedbo dveh ukrepov.

Kratkoročno se je o delavnicah veliko govorilo, o dolgoročnih posledicah pa težko govorim. Znotraj kolektiva skušamo ohraniti vsaj telesno dejavnost. To je stvar, ki izvira od tu. Gremo ven iz tega ožjega in širšega prostora. Takrat si vzamemo čas

zase. Zbežimo. Tedaj nas je približno dvajset. To res delamo. Težko se uskladimo. Mislim, da je to tisto, kar ste želeli doseči. (managerka A iz preizkusne skupine, neprofitni sektor)

Delovne organizacije kontrolne in SFPO skupine v splošnem načrtujejo 3-4 ukrepe, predvsem namestitve avtomatov z zdravimi živili, zagotovitev prostora za informacijska gradiva o zdravju, delavnice v podporo zdravemu slogu in uvedbo individualnega svetovanja.

Kot kaže seznam načrtovanih ukrepov, managerji niso preveč naklonjeni aktivnostim, ki jih običajno ponuja javna služba promocije zdravja. Ovir je verjetno več, saj gre za zunanje izvajalce, ozko vsebinsko obravnavo in običajno izvedbo v obliki delavnic, meritev ali predavanj.

»Kaj mi hoče predavanje, ko pa že dve leti prosim za nov stol, pa mi ga ne zamenjajo. Kaj mi bojo oni solili pamet !?« (manager G iz kontrolne skupine, profitni sektor). - »Ljudje so motivirani, če v nekaj verjamejo. Tisti, ki bo mislil, da je koristno bo prišel, drugi se pridejo dolgočasit in od tega nč ne odnesejo. Tisti, ki bojo prišli, so že ozaveščeni,« (manager C iz preizkusne skupine, profitni sektor).

Na področju prehrane se managerji v največji meri odločajo za postavitev avtomatov, ki vključuje zdrava živila in kotiček z zdravstveno vzgojnim materialom. Po izkušnjah managerjev preizkusne skupine, dejavnosti na področju prehrane zaposleni nekoliko lažje sprejmejo v primerjavi z aktivnostmi za spodbujanje telesne dejavnosti.

»Nekatere delavnice, kot tista o prehrani, ko smo imeli še kuharja, so bile dobro sprejete. Ko je bilo treba telovaditi, se ni dalo nobenemu,« (iz dnevnika managerke programa). - »Ja, je bilo dosti aktivnosti, predvsem v povezavi s kuhinjo, pa predstavitve, panoji, oglasna deska za Dan zdravja, Dan hrane,...vključeni so bili kuharji, pomočniki, jaz. Pri gibanju in športu smo tam, kjer smo bili. Nič ni bilo narejeno. Jaz bi mogel vzeti eno »žvajglo« in vse po vrsti prisilit!« (managerka B iz preizkusne skupine, neprofitni sektor).

O sprejemljivosti in uspešnosti predvidenih aktivnosti tako managerji, kot izvajalci močno dvomijo.

»Odziv (na promocijo zdravja, op.a.) bi bil verjetno zelo skromen. Kar je organizirano znotraj hiše, se ne jemlje kot dobrohotno,« (manager H iz kontrolne skupine, profitni

sektor). - »Teško bi bilo ljudem dopovedat, da je treba. Sodelovanje zaposlenih je vprašljivo,« (manager G iz kontrolne skupine, profitni sektor).

Nasploh menim, da je promocija zdravja danes modni hit in se ji daje prevelik poudarek. Učinek, kar se tiče spremembe življenjskega stila posameznikov, ki so take promocije zdravja deležni, je zelo majhen. Po mojem mnenju je promociji zdravja tako poudarjena tudi zaradi tega, ker je relativno poceni in zato lahko izvedljiva. Vse druge aktivnosti in programi, ki bi jih morali tako zdravstveni delavci kot država prevzeti za izboljšanje zdravja ljudi, bi zahtevali bistveno večji angažma in veliko več sredstev. Ker ne izpeljemo nič drugega, se pač zadovoljimo s promocijo zdravja in jo zato poudarjamo. (prof.dr. Andrej Cör, dr.med., spec. patolog)

Zgolj z izsledki prepričljivih evalvacijskih raziskav bo mogoče odkriti uspešne programe in tako z argumenti prepričati delodajalce, da je vlagati v zdravje zaposlenih posel, ki učinkuje pozitivno in »se splača«.

Za podporo uvajanju specifičnih programov pospeševanja zdravja za preprečevanja razvoja nenalezljivih kroničnih bolezni potrebujemo trdne dokaze, da imajo le-ti ugoden učinek na zdravstveno stanje, zadovoljstvo zaposlenih ali celo na boljše poslovne rezultate. Raziskovanje javnozdravstvenih ukrepov je zahtevno in zahteva velike vzorce preiskovancev, da uspemo pokazati statistično značilne razlike. (prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.)

3.7.6 Povezovanje promocije zdravja na delovnem mestu z značilnostmi delovnega okolja, povzetek

Povprečno število realiziranih zdravju podpornih ukrepov v delovni organizaciji je najvišje v SFPO skupini in najnižje v kontrolni skupini. Delovne organizacije preizkusne skupine ponujajo več zdravstveno-vzgojnih delavnic, svetovanja za zdravje, zdravstveno-vzgojnega gradiva in v promociji zdravja vidijo prednost predvsem v druženju, boljši komunikaciji, povezanosti zaposlenih. Ekipe poslovne odličnosti edina razpolaga z avtomati, v katerih je mogoče kupiti zdrava živila.

Povezava motivacije za uvajanje ukrepov v okviru promocije zdravja na delovnem mestu z raziskovano skupino ni značilna, saj največ aktivnosti načrtujejo managerji iz skupine SFPO.

Managerji preizkusne skupine v povprečju načrtujejo uvedbo dveh ukrepov na delovno organizacijo, predvsem na področju spodbujanja telesne dejavnosti zaposlenih. V kontrolni in SFPO skupini bi managerji uvedli v povprečju 3-4 spremembe, med katerimi najdemo podporo zdravemu življenjskemu slogu na splošno in zdravi prehrani, ki med zaposlenimi veljata za lažje sprejemljive vsebine.

4 RAZPRAVA

Promocija zdravja je integracija različnih ved, posebej medicine in sociologije. Medtem ko nosilce preventivne medicine zanimajo predvsem spreminjanje vedenja, individualne determinante zdravja, dejavniki tveganja in zdrav življenjski slog, se promocija zdravja po zgledu sociologije usmerja tudi na vlogo družbenega, ekonomskega, kulturnega in okoljskega vpliva na nezdravje (Browning in Thomas 2005, 7). Kompleksnost obravnavanega subjekta povečujejo še interakcije med človekom in prostorom ter človekove aktivnosti v kreiranju lastnega polja in reorganiziranju okolja v skladu z njegovimi željami (Rogers 1983, 64–71).

Razhajanja v izhodiščih disciplin se odsevajo v nekonsistentnem razlaganju temeljnih pojmov v promociji zdravja: zdravje, blagostanje in čilost. Kirsten in Van der Walt in Viljoen (2009) opažajo, da se ti enaki pojmi izmenično uporabljajo za prikaz povezanosti različnih vidikov človekovega obstoja, interakcije znotraj njega in z okoljem, zato je pravi pomen besede potrebno poiskati v kontekstu.

Blagostanje (*angl. well-being*) se nanaša na *specifični* vidik (domeno) zdravja, kot je fizični, psihični in družbeni (Hermon in Hazler 1999; Wissing 2000). Domene blagostanja so pogosto obravnavane kot neobjektivne v sklopu celovitega zdravja in čilosti (Parmer in Rogers 1997; Hermon in Hazler 1999; Wissing 2000) in vključujejo telo, misel, duha, čustva, vedenje, samozavest, medsebojne odnose in povezanost med posameznikom in okoljem (Schaffer 1996, 33; Kirsten in drugi 2009, 5).

Optimalni blagor vseh domen zdravja imenujemo čilost (*angl. wellness*), ki je definirana kot harmonija in uravnoveženost *vseh* elementov blagostanja, je odnos do celovitega življenja in vključuje misel, telo in duha ter naravno, družbeno in kulturno okolje (Kirsten in drugi 2009, 5).

Najvišji nivo, zdravje (*angl. health*), je subjektivna izkušnja, ki jo vsak opisuje drugače in je ni niti v strokovnih in ne v akademskih razlagah mogoče v celoti opisati (Blanc 2004, 571; Kirsten in drugi 2009). Zdravje pomeni optimalno

delovanje posameznika, občutek uravnoteženosti in zadovoljstva ob visoki kakovosti življenja (Kirsten in drugi 2009). Laični pogled na zdravje poudarja njegove subjektivne komponente, profesionalci pa se pogosteje usmerjajo na njegove merljive, objektivne kazalce (Green in Kreuter 1999, 57) in ga zato razumejo kot aktivni odgovor telesa, uspešno dinamično prilagajanje s ciljem readaptacije na rušilne sile (Bilban 1999, 21).

Nekoč najpomembnejši cilj varovanja zdravja delavcev se je razširil z zahtevo po ohranitvi neokrnjene delavčeve zmožnosti med celo delovno dobo in zagotavljanjem zdravja tudi v kasnejših letih življenja (Bilban 1999, 15). Promocija zdravja deluje na temeljih dveh razlag. Prva razume zdravje predvsem kot produkt vedenja in odgovornosti posameznika, zato se prvenstveno usmerja na vedenje posameznika in delovno mesto obravnava kot prostor za izvajanje programov. Po drugi razlagi je zdravje posledica različnih sil, večina teh je izven kontrole posameznika. Ta filozofija postavlja vlogo okolja pred vlogo posameznika, usmerja se na organiziranost dela v fizični in psiho-socialni dimenziji (Shain in Kramer 2004).

Zdravje kaže pretekla in sedanja dogajanja, učinke naravnih in družbenih dejavnikov okolja, obnašanje ter razvade človeka. Pogojeno je s številnimi odvisnostmi in medsebojnimi vplivi, v njem se zrcali ves družbeni in kulturni sistem in je zato neločljivo povezano s kakovostjo življenja (Bilban 1999, 22). Promocija zdravja naj bi zato iz socialno-ekološkega okvira izvajala multikomponentne intervencije (Howze in drugi 2004, 436), pozitivno delovala na človeka in okolje ki ga obkroža, s tem pa izboljševala zdravje in hkrati kakovost življenja. Za merjenje učinka dejavnosti SZO (1998, 12) priporoča meritve s specifičnimi neekonomskimi kazalci, saj je klasična analiza učinka v programih promocije zdravja uporabna le pri dolgoročnih aktivnostih (O'Donnell 2002, 121).

V raziskavi med zaposlenimi v štirinajstih delovnih organizacijah smo predpostavljali pozitiven prispevek promocije zdravja k dvigu kakovosti življenja zaposlenih preko njenih pozitivnih izidov zdravja.

4.1 Povezovanje subjektivne kakovosti delovnega življenja s promocijo zdravja

Značilne povezave promocije zdravja s subjektivnimi kazalci kakovosti življenja, proaktivnostjo za zdravje, življenjskim slogom in zdravstvenim statusom nismo potrdili. V preizkusni skupini je (glede na kontrolno) nekoliko manj zaposlenih, ki so zelo/nezadovoljni in medsebojne odnose ocenjujejo kot slabe ter zelo slabe.

Subjektivna kakovost delovnega življenja se negativno povezuje s stopnjo izobrazbe, številom tedenskih nadur in z gibljivim delovnim časom; izboljša se ob skrbnem delodajalcu, ki upošteva potrebe zaposlenega in ga spodbuja k skrbi za zdravje. Manjše zadovoljstvo z delom in medosebnimi odnosi pri delu veljata za zaposlene s prožnim delovnim časom, večji psihični napor pa za visoko izobražene.

Da ima v Sloveniji večina zaposlenih psihično naporno delo, je zapisal že Svetlik (1996a, 170), ki je izpostavil dva vzroka: konfliktnost in slabo organizacijo dela, verjetno pa se jima pridružuje tudi pasivna izraba prostega časa. Podobno kot v naši raziskavi sta tudi Peters in Carlson (1999) promocijo zdravja povezala s pozitivnimi čustvi, z boljšo socialno podporo in optimizmom, nista pa statistično dokazala vpliva na zadovoljstvo z delom. Hojevi (1997) ni uspelo prikazati značilne povezanosti promocije zdravja s stresom, z zadovoljstvom pri delu, odnosi s sodelavci, s samorealizacijo in stopnjo absentizma, avtorica pa je kljub temu ugotovila, da so zaposleni, ki so sodelovali v promociji zdravja, izrazili večjo naklonjenost delovni organizaciji in večje zadovoljstvo z delom ter delovnim mestom.

Peters in Carlson (1999), ki sta merila uspešnost programa promocije zdravja v delovni organizaciji, pišeta o številnih koristnih spremembah v življenjskem slogu zaposlenih, manjši depresivnosti, večji radovednosti, boljših medosebnih odnosih, vendar tudi njima ni uspelo dokazati vpliva na zadovoljstvo na delovnem mestu. Nasprotno je Buijsevi (2003) s kvalitativno raziskavo uspelo potrditi izboljšano kakovost življenja udeležencev programa promocije zdravja, Peltomäki (2003, 116) pa zatrjuje, da je mogoče s promocijo zdravja pozitivno delovati tudi na motivacijo in zaupanje med zaposlenimi.

Kot navaja Buijs (2003, 93), so zabava, pričakovane koristi, spodbuda sodelavcev in pozitivno vzdušje bistveni procesi, ki poganjajo program. Zaradi posredne povezanosti promocije zdravja s subjektivno kakovostjo življenja bi bilo zato morda bolj smiselno raziskovati njen direktni učinek na komunikacijo in socialne mreže. Po promociji zdravja, ki deluje preko sodelovanja, spodbujanja neformalnih stikov, topline in prijateljskih odnosov bi bilo mogoče spremembe zaznati v smeri in pretoku informacij, zaupanju, širini, diferenciranosti in moči vezi v socialni mreži zaposlenega.

Omenjeni socialni kapital zaposlenega naj bi vključeval vodjo, ki z dodatki, ugodnostmi, vključevanjem zaposlenih v odločanje, možnostjo učenja in strokovne rasti, oblikovanjem dobrega delovnega vzdušja, skupinskega duha in sproščene komunikacije prispeva k zadovoljstvu z delom (Svetlik 1998).

Med povečevanjem osveščenosti, spodbujanjem sprememb v vedenju in oblikovanju podpornega okolja, ima prav zadnji ukrep promocije zdravja največji učinek na trajne spremembe (O'Donnell 1989, 5). Vsako okolje namreč zahteva vsaj delno usklajenost vedenja, prevzemanje običajev in medosebnih odnosov, ob sočasnih poskusih delovanja v skladu s svojimi potrebami in vrednotami (Biloslavo 2006, 167).

Freire (Freire in Paolo v Green in Kreuter 1999, 56), ki opisuje dva kontrastna načina uvajanja sprememb v skupnosti, prvo imenuje »invazija kulture«, drugo »sinteza kulture«. V prvi akterji sami zarišejo načrtovane aktivnosti na osnovi lastnih vrednot in ideologije ter vdrejo v drugi svet. Ob invaziji ljudje redko sprejmejo modele, ki so jim bili ponujeni jih ne vzamejo za svoje. V sintezi kulture akterji »iz drugega sveta« niso napadalci, ne pridejo poučevati ali česar koli predati, temveč se pridejo učiti o novem svetu in ljudeh v njem. Pri sintezi ni vsiljenih prioritet, managerji skupaj z zaposlenimi določijo prioritete in oblikujejo aktivnosti.

V organizacijah, kjer vlada vzajemno spoštovanje, traja zelo dolgo, preden se odločitev sprejme, ker jo ljudje sprejemajo skupaj. Toda udeležanje poteka hitro in gladko. Ljudje drug drugemu zaupajo, da bodo opravili potrebne naloge. Ne poskušajo drug drugemu soliti pameti. V slabo vodenih organizacijah, kjer ni spoštovanja in zaupanja, ljudje zelo hitro sprejemajo odločitve, ker jih sprejemajo

individualno. Toda udejanjanje se vleče v neskončnost, ker si ljudje nenehno gledajo pod prste... (Adizes 1996, 194)

Programi promocije zdravja računajo na dopuščanje in podpiranje sprememb v vedenju zaposlenih s strani delovne organizacije (Hanlon in drugi 1998, 138), nekaj podpore skupnosti je pogoj za preizkušanje novih oblik vedenja. Spremembe so hitrejše v močni skupnosti, kjer sodelavci nudijo emocionalno in instrumentalno podporo, se spoznavajo v vlogah izven delovnega okolja, z zavedanjem skrbi drug za drugega razvijajo občutek pripadnosti, dobronamernosti in medsebojnega zaupanja (Allen v O'Donnell 2002, 206). Osebno prepričanje o lastnih možnostih, sposobnostih je mogoče z ustrezno socialno podporo, usmerjanjem in s korekcijskimi povratnimi informacijami tudi na področju skrbi za zdravje (Bandura 1997).

Zdravje je ujeta v koncept fizičnega zdravja in bi po Bowlingu (1991) moralo vključevati pozitivne kazalce, kot so učinkovito obvladovanje stresa, dobra volja in zadovoljstvo z življenjem, dobra fizična kondicija in počutje. Ker je kakovost življenja subjektivni konstrukt, na katerega vpliva veliko dejavnikov, ni razloga za predpostavko, da se bo kakovost življenja izboljšala zaradi zdravega življenjskega sloga (Ashley in drugi 2001, 676). V določenem obdobju je namreč lahko prav ta vzrok za nižjo kakovost življenja, izboljšanja pa (naša in tudi druge) študije ne odkrijejo, ker ga tudi v resnici ni in je promocija zdravja na delovnem mestu res le »bolje kot nič« (Verhoeven 1997, 174).

Morda pa gre (zgolj) za problem neustrezne evalvacije, ki promocijo zdravja obravnava kot »terapevtsko dozo« in išče dokaze o učinku po zgledu kliničnih raziskav (Springett 2001, 139). Pri promociji zdravja gre za proces, ki ga ne gradi le ena dejavnost ali ukrep in mu ne sledi jasen in predvidljiv izid (Nutbeam 1998). Opazujemo kompleksne fenomene, ki istočasno delujejo na posameznika, okolje, odnose med njima in zahtevajo kompleksne intervencije (Pelletier in drugi 1997; Springett 2001). Njihova dolgoročna uspešnost pomeni, da morajo sedanje odločitve zadovoljiti prihodnje potrebe, organizacija mora biti v naprej pripravljena in proaktivna (Adizes 1996, 51), evalvacija celostna.

4.2 Povezovanje proaktivnosti za zdravje s promocijo zdravja, subjektivno kakovostjo delovnega življenja, z demografskimi značilnostmi in s socialnim položajem

Proaktivnost za zdravje se s promocijo zdravja ne povezuje značilno. Raziskovana preizkusna skupina je bolj osveščena, kontrolna bolj motivirana. Motivacija za sodelovanje v programu promocije zdravja je večja ob zdravstvenih težavah, zanimanje za vrednosti meritev dejavnikov tveganja narašča s staranjem.

Motivacijo kot posledico potreb so ugotavljali tudi v drugih raziskavah promocije zdravja (npr. Stoate 1989; Waller in drugi 1990; Haynes in drugi 1999; Musich in drugi 2000), saj je zveza med sedanjimi ravnanji in bodočim nezdravjem pogosto zamaknjena (Toš in Malnar 2002a, 95). Dobbins in drugi (1998), nasprotno, povezave med motivacijo zaposlenih za promocijo zdravja in zdravjem na splošno ni potrdil.

Kaže, da že definicija zdravja ne dovoljuje kvantitativnih meritev. Upoštevati pa je potrebno tudi značilnosti udeležencev programa – delavnic promocije zdravja naj bi se najpogosteje udeleževali »*Worried-well*«, dobro osveščene osebe z nizkim tveganjem za zdravje, po drugi strani pa relativno *nezdravi*, za katere velja pogosto koriščenje zdravstvenih storitev (Hanlon in drugi 1998; Haynes in drugi 1999).

V praksi promocije zdravja velja, da se vsebino, oblike in intenzivnost dela prilagaja ciljem programa (Verhoeven 1997), saj nobena metoda dela ne velja za najboljšo (Grant in Brisbin 1992; MacDonald in drugi 1996; Hanlon in drugi 1998; Neiger in drugi 2003; Yoshita in drugi 2004). Naši podatki so v nasprotju s trditvami Strgarjeve in Urdih-Lazarjeve (2005b), ki sta v populaciji managerjev ugotovili, da bi se dve tretjini anketiranih vključilo v program promocije zdravja če bi obstajal, pogosteje tisti, ki so v podobnem programu že sodelovali.

Vzrok za nižji interes – sicer bolj informirane preizkusne skupine – morda izhaja iz neprilagojenosti programa ciljni populaciji. Tudi v storitvah promocije zdravja bi se bilo potrebno odzvati na, če priredimo po Svetliku (2004, 6),

postopno povečevanje izbirčnosti in zahtevnosti uporabnikov, ki zahtevajo storitve visoke kakovosti, prilagojene njihovim osebnim željam.

Odprta ostaja tudi dilema o smiselnosti merjenja napredka v znanju kot kazalca uspešnosti, saj večanje znanja sploh ni cilj promocije zdravja, čeprav drži, da spremembe v vedenju pogojuje (Fielding 1984, 237). Učinkovitost osveščanja je potrjena na področju nadzorovanja povišanega krvnega tlaka in opuščanja kajenja, v drugih vsebinah življenjskega sloga pa ostaja na stopnji poskusa (Bertera 1990, 1101; Dobbins in drugi 1998, 323).

Povečanje znanja in informiranosti za zdravje je najhitreje dosegljiv ter najlažje merljiv cilj v promociji zdravja. Veliko zahtevnejše je vzbujanje zanimanja in aktivnosti. Svoj del odgovornosti na tem področju ima gotovo tudi zloraba zdravja kot medijsko atraktivne vsebine, preko katere je z »osveščanjem« mogoče prodati marsikaj. Zaradi obilice podatkov je splošna osveščenost ljudi visoka in morda je prav zaradi tega zanimanje za poglobljeno znanje nižje. Naključne vsebine o zdravju so dodatna vzpodbuda dojemljivim in verjetno ne dovolj močan motivator za spremembe.

Rešitev je v preoblikovanju aktivnosti promocije zdravja od nizkofrekvenčnih povšalnih vsebin skromne intenzivnosti, uporabe pretežno tradicionalnih metod poučevanja na ozko definirane potrebe ciljne skupine ob upoštevanju aktualnih značilnosti družbe. Koordinacija v promociji zdravja zato zahteva integracijo naravoslovnih in družboslovnih znanj, izvajanje pa specialiste obravnavane problematike in ne kvazistrokovnjake katerihkoli z zdravjem povezanih področij.

4.3 Povezovanje življenjskega sloga s promocijo zdravja, subjektivno kakovostjo delovnega življenja, z demografskimi značilnostmi in s socialnim položajem

Povezanost življenjskega sloga in promocije zdravja ni značilna. V preizkusni skupini je večji delež oseb, ki na delu ne zaužijejo dovolj tekočine. Zdrav življenjski slog je bolj značilen za mlajše, samske in osebe z manj otroki oziroma brez otrok.

Merjenje sprememb in značilnosti življenjskega sloga je dober pristop v raziskovanju uspešnosti promocije zdravja (Hanlon in drugi 1998, 137) kljub temu, da je sprememba v navadah proces, v katerem poleg znanja odločajo tudi želje in priložnosti (Verhoeven 1997, 22–24). Življenjski slog je odraz psiho-socialnih pogojev in kakovosti delovnega življenja, obenem pa napoveduje blagostanje zaposlenih, uporabo zdravstvenih storitev, pripadnost delovni organizaciji, absentizem in s tem tudi produktivnost (Green in Kreuter 1999; Shain in Kramer 2004).

Učinke dejavnosti promocije zdravja na delovnem mestu je mogoče pričakovati v bolj zdravem načinu prehranjevanja pri zaposlenih, večji telesni dejavnosti, zmanjšanju težav s povišanim krvnim tlakom, holesterolom, debelostjo itd. (Fielding 1984; Sorensen in drugi 1998; Green in drugi 2001). Toda kot opozarja Hanlon (1998), udeleženci programa pogosto trdijo, da so izboljšali življenjski slog medtem ko objektivne meritve spremembe ne potrdijo; poleg tega imata na delovno organizacijo večji vpliv socialno in fizično okolje, kot nezdrav življenjski slog posameznega delavca (Holdsworth in drugi 2004).

V drugih raziskavah (Černigoj-Sadar 1996, 189–190; Toš 1996, 182) povezujejo življenjski slog z izobrazbo in spolom. V našem vzorcu so bili izključno zaposleni, v pretežni meri visoko izobražene ženske, kar je verjetno vzrok, da indeksa življenjskega sloga nismo povezali z izobrazbo, s spolom in niti ne s številom delovnih ur na teden.

V podrobnejši analizi se stopnja izobrazbe pozitivno povezuje s številom obrokov na dan, daljši delavniki nižajo število obrokov na dan, preveč ali

prevečkrat glede na priporočila uživajo alkohol moški delavci z gibljivim delovnim časom. Samostojno uravnavanje tempa dela se povezuje s kajenjem, možnost zapuščanja delovnega mesta z višjim stresom.

Kot ugotavlja tudi Svetlik (1991, 26–28), bolj avtonomni delavci manj pijejo in več kadijo, manjše omejitve fizičnega delovnega okolja pomenijo lažje zadovoljevanje societalnih in personalnih potreb, obenem jih lahko povežemo s konfliktnostjo odnosov in stresom. Ob visokem stresu na delovnem mestu se pri delavcih kažejo simptomi depresije, večja je uporaba zdravil, obiskov pri zdravniku, višji absentizem, pogostejša so kardiovaskularna in mišično-sklepnimi obolenja ter znižana imunska odpornost, čeprav ni popolnoma jasno zakaj te zveze obstajajo (Houtman in drugi 1994). Rosengren in drugi (1991) zatrjujejo, da je v longitudinalnih raziskavah mogoče z oceno doživljanja stresa napovedati tudi umrljivost.

V bolj stresnih poklicih, pri katerih se ljudje ukvarjajo s pomočjo drugim ljudem (Zaletel-Kragelj in drugi 2004, 112) in imajo višjo avtonomijo na delovnem mestu je potreba po počitku verjetno večja, zato so ti delavci v prostem času bolj pasivni (Svetlik 1991, 28).

V izbiri prostočasnih aktivnosti je pomembno tudi število ur formalnega dela, moč socialno-ekonomskih dejavnikov je manjša pri utrjenih vzorcih vedenja (Černigoj-Sadar 1996, 210). Na težave v realizaciji prostega časa v družinah anketiranih v našem vzorcu kažeta povezavi redne telesne dejavnosti s samskim stanom in obratna povezava vadbe s številom otrok. Da velja za tiste, ki imajo otroke, slabši položaj v realizaciji prostočasnih dejavnosti, je zapisala Černigoj-Sadarjeva (1991, 61), ki je med kazalci družinske situacije izpostavila prav število otrok.

Vpliv življenjskega sloga na obolevnost je velik: kajenje, pretirano pitje alkohola, nezdrava prehrana, premalo gibanja in stres vodijo v številne bolezni. Dokazano je, da imajo na produktivnost še posebej negativen vpliv kajenje, visok indeks telesne mase in stres (Teržan 2005, 152). Ker je nezdrav življenjski slog poglaviti vzrok za nastanek nenalezljivih bolezni, postaja ugotavljanje stanja, spreminjanje in spremljanje sprememb v času eno od pomembnih orodij

javnega zdravstva (Zaletel-Kragelj 2005, 60). Obenem pa velja razmisliti o kritikah individualističnega modela zdravja in opredeljevanju splošno veljavnega *zdravega* življenjskega sloga, ki se opira na kontrolo in nadzor. Kontrole kazalcev zdravstvenega stanja povzročajo anksioznost in telesne lastnosti tlačijo v enotne okvire. Če že zanemarimo bioritem in fiziološke spremembe pri človeku kot posledico staranja, življenjskega obdobja, značilnosti dela, življenjskega okolja in drugih zunanjih dejavnikov bi morali pri *meritvah dejavnikov tveganja* upoštevati vsaj minimalne standarde in namesto stanja skupine spremljati posameznika ali kohortne podatke prikazati ločeno po spolu in starostnih skupinah.³⁹

Za promocijo zdravja ni ključen izvor zapostavljanja osebnih (telesnih) potreb za ceno (urejenega) družinskega življenja. Pomembno je, da globlje spoznamo, razumemo in spremljamo *odnos* ljudi do zdravja, posledice reorganiziranja dela in razjasnimo merila o tem kaj je zdravo ter kaj zdravju koristi. Napaka je tu gotovo v rigidnosti medicinskih priporočil, ki so predstavljena kot vsesplošni smerokaz k blagostanju ob zanemarjanju specifičnosti posameznika in njegove življenjske situacije. Na realna tla je potrebno postaviti tudi cilje na področju sprememb v življenjskem slogu, ki ne morejo izhajati že iz kratkoročnih (včasih celo enodnevnih) programov promocije zdravja. Taki načrti so preambiciozni in vodijo v frustracije izvajalcev ter udeležencev, ki so pričakovali prehitro preveč.

Na osnovi podanih spodbud naj bi bili zaposleni sposobni ustreznih izbir. Verhoeven (1997, 22–26) ugotavlja, da je pravi čas za učinkovito informiranje in motiviranje takrat, ko je zaposleni *sam* prepričan, da je sposoben željeni življenjski slog vzdržati. Vedeti *kako*, je prav tako pomembno kot vedeti *katere* vedenje je potrebno spremeniti, zato morajo biti podane vsebine jasne, koherentne, razumljive in specifične, navodila pa morajo poleg dejstev obsegati tudi alternative.

³⁹ Npr. klasične meritve ITM niso realne za otroke, mladino, profesionalne športnike, nosečnice itd. Podobna je kredibilnost naključnih meritev krvnega tlaka, ki bi se morala izvajati glede na počitek, prehranjevanje, čas v dnevu.

4.4 Povezovanje zdravstvenega statusa s promocijo zdravja, subjektivno kakovostjo delovnega življenja, z demografskimi značilnostmi in s socialnim položajem

Povezanost zdravstvenega statusa in promocije zdravja ni značilna. V preizkusni skupini se anketirani v večjem odstotku opisujejo kot zelo zdrav in nekoliko višje ocenjujejo svoje zdravje. Da imajo težave z zdravjem, je navedla večina zaposlenih. Teh je bilo več v kontrolni skupini.

Podobno tudi drugi avtorji kot najpogostejši učinek programa promocije zdravja navajajo zgolj »boljše počutje« udeležencev (Buijs in drugi 2003, 93); nekateri s kazalci, kot so uporaba zdravstvenih storitev, krvni tlak, telesna dejavnost itd. objektivno ugotavljajo izboljšanje zdravja (Bulaclac 1996); tretji niso uspeli dokazati ne prvega, ne drugega (Proper in drugi 2004).

Dobro tretjino zdravja opisuje samoocena, ki je višja pri mlajših, moških in manj obremenjenih z urami dela, nasprotno se kazalec povezuje s številom dni odsotnosti z dela zaradi bolezni. Ženske navajajo več težav z zdravjem in nižje ocenjujejo svoje zdravje, vendar na splošno njihov zdravstveni status v primerjavi z moškimi ni slabši.

Zdravstveni status se pozitivno povezuje s stopnjo izobrazbe. Iz izobrazbe lahko sklepamo o vplivu vrste dela, delovnega okolja na počutje posameznika (Toš 2002, 186), na dostopnost virov ter način zadovoljevanja potreb (Černigoj-Sadar in Brešar 1996, 184). Izobrazba prispeva k dobremu zdravju in prosperiteti nasploh (Zaletel-Kragelj in drugi 2007, 71), kar dokazujejo tudi naši podatki.

Preobremenitev z urami dela je pri obeh spolih značilna za višje stopnje izobrazbe, delo v upravi, pri moških pa se povezuje tudi s starostjo 25 do 44 let in (zanimivo) s starševstvom malim otrokom (Shields 1999, 44). Večja obremenitev z urami dela zahteva spremembe v ciklusu delo-prehranjevanje-spanje in se odraža v kajenju, debelosti, prekomernem uživanju alkohola ter pogostejši depresivnosti (Shields 1999, 44; Harrington 2001, 69) in drugih težavah z zdravjem (Houtman in drugi 1994, 141). Podobne povezave

ugotavljajo tudi drugi avtorji (npr. Maes in drugi 2000; Toš 2002; Atkinson 2004; Kelsey in drugi 2006).

Večje navajanje težav z zdravjem pri ženskah je deloma odraz kulture, stereotipov in večje obremenjenosti z neformalnim delom v primerjavi z moškimi (Černigoj-Sadar in Brešar 1996, 191; Maes in drugi 2000, 33; Toš in Malnar 2002a, 97). Poleg tega manj žensk redno telovadi (Toš in Malnar 2002a, 91,98) in se s tem odpuveduje neposrednim koristim gibanja na počutje in zdravstveno stanje kot so: krepitev psihofizične sposobnosti telesa, zmanjševanje nevarnosti nastanka in preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni, stresa, anksioznosti in depresije, povečevanje samozaupanja, samospoštovanja, samozavesti, lažje vzpostavljanje socialnih interakcij (Zaletel-Kragelj in Fras 2004, 427) in občutku dobrega zdravja nasploh (Houtman in drugi 1994, 141).

4.5 Povezovanje odnosa managerjev do zdravja zaposlenih s promocijo zdravja in z značilnostmi delovnih organizacij

Odnos managerjev do zdravja zaposlenih se ne povezuje s promocijo zdravja. Kvaliteten odnos delodajalca do zdravja delavca je v pozitivni zvezi z obvladovanjem stresa, oceno medosebnih odnosov, zadovoljstvom z delom in s subjektivno kakovostjo delovnega življenja zaposlenih.

Višjo skrbnost za zdravje in boljše upoštevanje potreb navajajo zaposleni v večjih organizacijah, odnos delodajalca bolje ocenjujejo moški in delavci, ki lahko samostojno uravnavajo tempo dela.

Svetlik (1996b, 345) ugotavlja, da je zadovoljstvo zaposlenih mogoče povečati z izboljševanjem možnosti za zadovoljevanje socialnih potreb, ki jih je mogoče realizirati preko formalnih in neformalnih komunikacijskih poti. Ob pomanjkanju neposredne komunikacije je sodelovanje med zaposlenimi šibko, odnosi med predstavniki delavcev in vodstvom so konfliktni, manjka bistveni element – zaupanje (Kanter 1993; Svetlik 2004, 8).

V organizacijah, kjer ni zaupanja, ugotavljajo visok absentizem, podaljšane odmore, nizko odgovornost in ustvarjalnost ter manjšo medsebojno pomoč (Cangemi in drugi 1989; Larson in LaFasto 1989). Psihosocialni pogoji v delovnem okolju močno vplivajo na počutje zaposlenega in po Donaldsonu (1999) določajo 11 odstotkov variance bolniške odsotnosti z dela ter tako pogojujejo uspeh delovne organizacije. Z drugimi besedami: »*Uspeh pride od znotraj*,« iz notranjega okolja organizacije, od ljudi (Adizes 1996).

Dejavnosti iz skrbi za zdravje zaposlenih so pogostejše v velikih delovnih organizacijah (Docherty in drugi 1999, 567), ki razpolagajo z več viri, kar olajša realizacijo aktivnosti na področju zdravja. Poleg tega se v manjših sistemih pogosteje zanemarija kulturne, geografske in demografske značilnosti, s čimer se zmanjšuje predvidena uspešnost izvedenih aktivnosti (Green in Kreuter 1999, 23).

Težave s specifičnostjo vsebin in omejenostjo virov v promociji zdravja je mogoče preseči s sistemsko načrtovanimi modularnimi programi, ki bi omogočili prilagodljivost, znižanje stroškov načrtovanja, organizacije in izvedbe, olajšali evalvacijo ter primerljivost programov. Verjetnost pridobitve zunanjih virov za promocijo zdravja delavcev delovnih organizacij je zelo majhna, zato velja razmisliti o združitvi prilivov in dejavnosti zdravstvene vzgoje, preventive ter nacionalnih programov na tem področju v enotne centre.

Vodilni imajo na izbiro veliko dejavnikov za povečanje zadovoljstva svojih delavcev. Svetlik (1997; 1998a) našteva večje vključevanje zaposlenih v odločanje, rahljanje tesne kontrole, povečevanje samostojnosti in omogočanje strokovne rasti. Avtor poudarja, da so omenjeni ukrepi bolj odvisni od spretnosti in znanja managementa kot od razpoložljivih materialnih sredstev.

4.6 Povezovanje odgovornosti za zdravje s promocijo zdravja, subjektivno kakovostjo delovnega življenja, z demografskimi značilnostmi in s socialnim položajem

Ocena osebne odgovornosti delavca za zdravje se ne povezuje s promocijo zdravja. Razlika med skupinama je opazna pri kolektivni odgovornosti delavcev za zdravje, kjer je v preizkusni skupini njen nivo nižji kot v kontrolni. Zdravstvu večjo odgovornost pripisujejo ženske in nevodilni delavci, ugotavljamo precejšnjo negotovost v opredelitvi nosilca odgovornosti.

Iz definicije zdravja in dejavnikov, ki ga opredeljujejo, lahko trdimo, da ni zdravja, ki ga ne bi bilo mogoče še izboljšati (Toth 2003, 66). Promocija zdravja poudarja samoodgovornost za zdravje posameznika, saj si človek v določeni meri sam izbira in spreminja delovni (življenjski) prostor. Zakonodaja (Ur.l.RS, št.56/99) odgovornost za varnost in zdravje pri delu nalaga predvsem delodajalcu, delavcu pa dolžnost in pravico, da poskrbi za varnost ter zdravje sebe kot posameznika in kot del skupine.

V varnem delovnem okolju, ki ga zagotavlja delodajalec, je število izbir pogojeno s socialno-ekonomskim položajem, odgovornost zaposlenega pa so odločitve in aktivnosti v prid zdravju, zato je potrebno partnersko prevzemanje (in razumevanje) odgovornosti za zdravje. Kot ugotavlja Adizes (1996, 137), je višja stopnja prekrivajoče odgovornosti lahko oblikovana le z dobrim timskim delom in jasnim dogovorom, v katerem ne sme biti prostora za vprašanja o tem, »kdo je krivec« (McKenzie in Smeltzer 1997, 7). Možnosti vplivanja na dejavnike povezane z zdravjem, se povezujejo z močjo in s pristojnostjo sprejemati odločitve (Toth 2003, 67). Delodajalec mora upoštevati, da ima v višjih plasteh organizacije sicer več avtoritete, vendar je *surova* moč, brez avtoritete v rokah zaposlenih. Z močjo raste odgovornost – delavca, kot posameznika, in sveta delavcev, kot skupine; zato je sodelovanje delodajalca z njima, ob upoštevanju njune moči nujno (Adizes 1996, 137).

V organizacijah, kjer je delavcem omogočeno individualno svetovanje za zdravje, izražajo nižjo odgovornost sveta delavcev. Morda gre za manjšo vlogo

formalnih mrež, prosto oblikovanje medsebojnih interakcij, neposredno komunikacijo in večjo podporo v socialni mreži.

Naraščajoči trend individualne odgovornosti zaposlenih v preizkusni skupini ni ugotovljen, čeprav naj bi bil prav to (prikriti) cilj promocije zdravja. Osebna odgovornost za zdravje je v nasprotni povezavi z odgovornostjo drugih nosilcev, kar nakazuje možnost, da bi pri dolgoročnem programu ugotovili značilne spremembe tudi na individualnem nivoju.

Toth (2003, 67–68) odgovornost za zdravje razlaga kot formalno in neformalno, kjer se v verigo povezujejo posameznik – družina – delodajalec – zdravstvena služba – skupnost – država – mednarodne organizacije. Vsi naštetih so v medsebojni dvosmerni navezi in *drug drugemu odgovorni* za zdravje. Vsak posameznik ima svoj življenjski slog, ki si ga oblikuje sam in je zanj odgovoren sam, obenem pa zanj *ni kriv*, saj je način življenja odvisen tudi od razpoložljivih možnosti.

Delodajalec ima možnost urejanja delovnih razmer. Od njegovih odločitev v proizvodni tehnologiji, drugih delovnih razmerah in oblikovanja vzdušja v kolektivu je odvisno zdravje zaposlenih. Vendar so za zagotovitev zdravju prijaznega delovnega okolja poleg znanja in predpisov, potrebna tudi finančna sredstva, zato delodajalec običajno tehta, če se mu takšna vlaganja splačajo (Toth 2003, 73).

Toth (2003, 73–74) trdi, da je za varovanje zdravja najpomembnejša država. V kolikor država ne uresničuje svoje vloge, tudi napori posameznikov, delodajalca in drugih ne morejo dati pričakovanih rezultatov. Avtor ukrepe države deli na organizacijo zdravstvene dejavnosti in zdravstvenega zavarovanja ter na ukrepe izven zdravstvenega sektorja, ki vplivajo na zdravje posredno.

Managerji preizkusne in kontrolne skupine razumejo odgovornost delodajalca za zdravje delavca podobno, ne glede na aktivnosti promocije zdravja. Za zdravje zaposlenih so najbolj odgovorni delavci in najmanj delodajalec, želijo si večjo mobilizacijo države.

V primerjavi z managerji preizkusne in kontrolne skupine, vodilni iz sistema poslovne odličnosti samoodgovornost delavca ocenjujejo nekoliko nižje, sveta

delavcev pa višje, odgovornost delodajalca je zanje večja od odgovornosti zdravstva.

4.7 Povezovanje realizacije zdravju podpornih ukrepov v delovnem okolju s promocijo zdravja

Povprečno število realiziranih ukrepov je višje v preizkusni skupini, v primerjavi s kontrolo, vendar najvišje v SFPO skupini. Delovne organizacije preizkusne skupine ponujajo več zdravstveno-vzgojnih delavnic, svetovanja za zdravje, zdravstveno-vzgojnega gradiva.

Po Bilbanu (1999, 51) je lahko vpliv delovnega okolja na delavce ugoden, naporen ali škodljiv. Različne kombinacije dejavnikov, ki vplivajo na zdravje ljudi so brezštevne. Vsakdo ima prav posebno okolje in edinstvene osebne lastnosti, posledice na zdravju se zato ob enaki izpostavljenosti dejavniku okolja od osebe do osebe razlikujejo (Eržen 2005, 105).

Neustrezno okolje negativno deluje na zdravje neposredno, kumulativno vodi v večjo dojemljivost za obolenja, slabše zdravje nasploh in posledično v pasivnost oz. nesposobnost prilagajanja na spremembe v okolju (Verhoeven 1997, 22). S spreminjanjem dejavnikov okolja je mogoče zmanjšati nekatere zdravstvene probleme (Eržen 2005, 104).

Managerji raje izbirajo pasivne kot aktivne intervencije, predvsem sodelovanje pri načrtovanju programa, zagotavljanju, urejanju okolja in časa delavcev ter kritje stroškov strokovnjakov (Peltomäki in drugi 2003, 115) in si v večini ne morejo privoščiti izvajanja ciljev javnega zdravja za ceno profita (Donaldson in drugi 1999, 587). Naklonjenost urejanju okolja pred aktivnim spodbujanjem zdravja omenja tudi Peltomäki (2003), saj že zdravo okolje spodbuja produktivnost, pozitivne spremembe v načinu življenja (Bulaclac 1996, 21; Verhoeven 1997, 22; Titze in drugi 2001, 13) in posledično zdravje (Golaszewski in drugi 2003). Za Druckerja (1990, 147) organizacija nima prav veliko izbire; vsaka razvija zaposlene. Razlika je le v tem, ali jih »*formira*« ali »*deformira*«.

4.8 Povezovanje motiviranosti managerjev za urejanje zdravju podpornega okolja s promocijo zdravja

Povezava motivacije za uvajanje ukrepov v okviru promocije zdravja na delovnem mestu z raziskovano skupino ni značilna. Največ aktivnosti načrtujejo managerji iz skupine SFPO. Managerji preizkusne skupine so v intervjujih kot največjo zavoro spremembam v skrbi za zdravje zaposlenih izpostavili problem (ne)zaupanja v delovni organizaciji.

Promotorji zdravja najpogosteje poskušajo motivirati s pomočjo epidemioloških podatkov s katerimi ugotavljamo potrebe ljudi na splošno, ničesar pa ne izvemo o njihovih pričakovanjih, željah in specifičnih potrebah. Mogoča so še neskladja v razumevanju pojma »obolevnost« in o podatku, ki dopušča *presentizem* (manj učinkovito delo obolelega delavca) in s tem manj uporabne podatke za promocijo zdravja.

K aktivnostim bi lahko s programi promocije zdravja management motivirali pozitivno (kultura, osveščenost, ugled itd.) ali negativno (zakonske zahteve, absentizem, nizka produktivnost, pritisk zaposlenih itd.). Moč motivacije je namreč odvisna od privlačnosti cilja in pričakovanih rezultatov določene dejavnosti oz. pričakovane verjetnosti doseganja tega cilja (Vroom v Bandura 1997). Whitehead (2006) kot najboljši motivator managementa priporoča merljive kratkoročne izide dejavnosti promocije zdravja, čeprav priznava, da morajo vsaj malo verjeti, da z načrtovanim lahko kaj dosežemo.

Varstvo pri delu spada med *drugo* zdravstveno dejavnost, ki jo slovenski delodajalci *lahko* izvajajo. Tretjina slovenskih direktorjev *razmišlja* o zdravju delavcev, večina od teh *bi* uvedla promocijo zdravja v podjetju (Strgar in Urdih-Lazar 2005b), kjer bi se bilo potrebno usmeriti predvsem v delovno okolje in zmanjševanje stresa na delovnem mestu (Zaletel-Kragelj in drugi 2004, 141).

Bilban (1999, 51) predlaga uporabo predpisov in izvajanje nadzora, ekonomske spodbude ter poglobljanje znanja managerjev na področju zdravja pri delu. Kombinacijo teh pristopov bi bilo potrebno nadgraditi z ekonomskimi dejstvi o promociji zdravja, o konkretnem programu in o zaposlenih.

Kolikšen del delodajalcev (ne glede na zapise v omenjeni anketi) namerava zares, na lasten strošek, izvajati promocijo zdravja, je druga zgodba, ki morda niti ni pomembna. Po Fiedingu (1984, 264) niti načrtovane aktivnosti oziroma motivacija za promocijo zdravja niso ustrezni kazalci uspešnosti.

4.9 Omejitve raziskave

4.9.1 Načrt

Posnetek stanja smo načrtovali kot post-test s kontrolo, ki smo ga izvedli neposredno po zaključku dveh šestmesečnih programov in med kontinuiranim internim programom promocije zdravja v preizkusni skupini. S ciljem izboljšati življenjski slog zaposlenih, so dejavnosti promocije zdravja v ciljni skupini temeljile na treh vsebinah, in sicer: zdrava prehrana/gibanje/obvladovanje stresa (podrobnejši opis programa v prilogi A).

V pričujoči raziskavi smo poskusili ugotoviti učinek dejavnosti promocije zdravja na osveščenost o zdravju, motivacijo za zdrav življenjski slog, življenjski slog, zdravje in povezanost teh pričakovanih izidov s kakovostjo življenja zaposlenih. Zanimalo nas je še, če in kako izvedene aktivnosti lahko povežemo s prilagajanjem delovnega okolja. Procesna evalvacija enega programa je prikazana v poglavju 2.4.3.1. (glej Primer 1), specifične spremembe, ki bi jih lahko pripisali programu pa v poglavju 2.4.3.2. (glej Primer 2).

Intervencije, ki smo jih izvedli v preizkusni skupini, so obsegale zdravstveno-vzgojne delavnice, aktivne delavnice z usposabljanjem (telesna dejavnost, vaje za sproščanje), distribucijo gradiv, individualno »face-to-face« svetovanje, kontrolo dejavnikov tveganja z meritvami telesne teže, ITM, obsegom trebuha, on-line svetovanje strokovnjaka, distribucijo motivacijskih kartic idr. glej Prilogo A). Pričakovano je bilo, da bodo vključitev zdravstvenih vsebin in kontinuirani stiki promotorjev zdravja z zaposlenimi ter vodstvom sprožili nekatere spremembe znotraj delovne organizacije, ki bi zaposlenim olajšale izbiro za zdrav življenjski slog.

V pripravi raziskave smo oblikovali raziskovalno orodje in izdelali dva vprašalnika, namenjena zaposlenim ter managerjem, obrazec za priložnostno opazovanje in določili tematska izhodišča za intervju z managerji.

Vprašalnika sta bila oblikovana na podlagi kazalcev raziskav Zdrav življenjski slog Slovencev (Cindi 2006), Kvaliteta življenja v Sloveniji (Inštitut za družbene vede 1994), Tri fit vprašalnik (Tri Fit Inc 1998) in Čili za delo (Strgar in Urdih Lazar 2005a).

V intervjujih z managerji smo poskusili poglobiti razumevanje problematike uvajanja ukrepov, motivacije, skrbi in odgovornosti za zdravje zaposlenih.

Raziskovalka je bila obenem managerka programa promocije zdravja in v okviru svojih nalog (glej Primer 1) je namerno posegala v dogajanje ter je hkrati izvajala naključno neposredno terensko opazovanje z udeležbo, v katerem se je posebej usmerila na spremljanje pripomb udeležencev in lastna razmišljanja ob posameznih dejavnostih.

V raziskovani vzorec smo zajeli slabih petindvajset odstotkov oseb iz ciljne populacije programa promocije zdravja, ki so sestavljali preizkusno skupino. Odzivnost te skupine je bila 50,8 odstotna. Na podlagi števila oseb preizkusne skupine in temeljnih demografskih značilnosti (sektor, dejavnost delovne organizacije, spol) smo določili še kontrolno skupino, kjer je odzivnost znašala 28,3 odstotka. Za preizkusno skupino sta bila, v primerjavi s kontrolno, značilnejša fizično nezahtevno delo in gibljiv delovni čas. Predpostavljali smo, da so enaki pogoji dela veljali tudi pred začetkom programa promocije zdravja in nanje program ni imel vpliva.

Vključili smo 2027 zaposlenih iz raziskovane populacije in v vzorcu 910 zaposlenih (44,9 %) v enem časovnem preseku pridobili 328 (36 %) veljavnih vprašalnikov, ki so jih izpolnili zaposleni (glej Tabelo 3.5. str. 112).

Med vodilnimi smo podatke pridobili od šestih managerjev iz preizkusne in šestih iz kontrolne skupine; dodatno smo k raziskavi povabili še dvaindvajset managerjev skupine SFPO, med katerimi se jih je odzvalo devet. Z managerji preizkusne, kontrolne in SFPO skupine smo skupno izvedli trinajst intervjujev.

Sledil je vnos numeričnih podatkov v zbirnike, rekodiranje, rekategoriziranje, oblikovanje indeksov, analiza v SPSS 17.0 in tolmačenje rezultatov s pomočjo preglednic, grafov in opisa. Izhodišče za potrditev ali zanikanje postavljenih hipotez so bili kvantitativni podatki iz anket, vendar so nam bili pri interpretaciji rezultatov v pomoč tudi zapisi naključnih opazovanj in intervjujev z managerji. Povzetke raziskovanih vsebin smo posredovali še trem strokovnjakom različnih področij v zdravstvu, ki so komentirali dobljene izsledke.

4.9.2 Čas izvedbe

Evalvacija se lahko izvaja pred, med in po dogajanju, izbrani čas je v pretežni meri odvisen od izbrane vrste evalvacije, od opazovane dejavnosti, upoštevati pa je potrebno še posebnosti letnega urnika delovne organizacije, delovni teden, počitnice, sezonska nihanja ipd. *Post-test only design* oz. presečna študija je ena najboljših načinov raziskovanja v promociji zdravja, saj je poceni in preprosta za izvedbo, z njo se obenem izognemo težavam zaradi zmanjševanja števila udeležencev od začetka do konca programa. Post-test je potrebno izvesti takoj po zaključku programa ali takoj, ko menimo, da je dosegel želeni cilj. Z daljšim časom se namreč večja verjetnost izpostavljenosti posameznika dejavnikom okolja in osebnim spremembam, ki bi nanj vplivale bolj kot program (Chenoweth 2002, 30). Kasl in Serxner (1992) trdita, da je obdobje krajše od 12 mesecev, prekratko, da bi sploh opazili spremembe, Verhoeven (1997, 37) pa dodaja, da hitre spremembe ne zagotavljajo dolgoročnih.

Literatura torej ne daje jasnega odgovora o trajnosti nastalih sprememb, kaže pa na to, da učinek intervencij v promociji zdravja s časom slabi. Če je učinek 25 tednov po programu zmeren, je med 26. in 52. tednom majhen (Verhoeven 1997, 63). Verodostojne podatke bi dosegli šele z zajemanjem obdobja treh let pred in tri leta po programu promocije zdravja. Poleg stroškov programa bi bilo tako potrebno upoštevati še stroške raziskave, obenem pa program strukturirati tako, da zadosti metodološkim zahtevam raziskave. Oboje ni v neposrednem interesu delovne organizacije, saj je zanje dovolj programska evalvacija, kjer konkretno prikažemo pozitivne izide (O'Donnell 2002).

V naši raziskavi smo izvedli enkratno posnetko stanja. Presečna študija je bila v konkretnem primeru zaradi kadrovskih, finančnih in časovnih omejitev edina mogoča izbira ob zavedanju, da bi (v idealnih pogojih) večjo kredibilnost rezultatov dosegli s posnetkom stanja pred začetkom programa v preizkusni in kontrolni skupini ter ponovno po zaključku programa. S šifriranjem anket bi bilo omogočeno spremljanje sprememb pri posameznikih in olajšano dokazovanje vzročno-posledične zveze, vendar je pri takem načinu dela potrebna vsaj določena mera zaupanja izvajalcem in managementu. Iz komentarjev zaposlenih lahko rečemo, da pogoj zaupanja zaposlenih do managementa delovne organizacije in niti do managementa programa ni bil izpolnjen.

4.9.3 Instrument

Merjenje kakovosti življenja z vidika zdravja omogoča identifikacijo potreb ciljne populacije in predstavlja osnovo za evalvacijo učinkovitosti ter koristi programa promocije zdravja (Hennessy in drugi 1994, 666). Pričakovane povezave med promocijo zdravja in kakovostjo delovnega življenja so v naši raziskavi nespecifične, kar je vsaj deloma posledica uporabljene metodologije.

Subjektivne *variable* nimajo univerzalne veljavnosti, saj jih definira posameznik sam, ko izraža svoje mnenje, občutke. Objektivne *variable*, meritve je veliko lažje definirati, kvantificirati, merimo jih z univerzalnimi metodami in omogočajo pridobivanje univerzalno sprejetih rezultatov (Chenoweth 2002, 16).

Najpogostejša metoda zbiranja podatkov v raziskovanju je anketiranje, čeprav ji vse stroke ne priznavajo posebno velike vrednosti. V literaturi promocije zdravja ni najti priporočil uporabe enih ali drugih variabel, saj se zdravje ne omejuje na fizična, objektivna dejstva, temveč zajema tudi občutke in ponotranjene vrednote (Verhoeven 1997, 38). Če torej zdravje razumemo kot kompleksno dimenzijo prekrivajočih se sfer, moramo tudi v raziskovanju objektivno združiti s subjektivnim.

V našem vprašalniku smo sicer kombinirali preproste (npr. podatek o telesni teži, ITM, številu dni odsotnosti) in kompleksne *variable* (npr. samoocena zdravja, zadovoljstvo z življenjem, ocena odgovornosti), vendar so bile vse

podane zgolj s strani anketiranca. Uporabljeni instrument za zaposlene je obsegal šest strani vprašanj.

Hennesy in drugi (1994, 669) zagovarjajo anketiranje s *kratkim* vprašalnikom, ki obsega zgolj štiri vprašanja, kjer je prvo samoocena zdravja. Tudi v našem instrumentu smo se poslužili samoocene zdravja, saj se močno povezuje s fizičnim in psihičnim stanjem ter je z njo mogoče napovedati celo umrljivost (DeForge in drugi 1989; Kivelä in Pahkala 1989; Idler in Angel 1990). Vendar Hennesy in drugi (1994) v tandemu postavljajo še ločeni vprašanja o telesnem in duševnem zdravju ter omejitve v običajnih aktivnostih. Zadnja tri vprašanja se nanašajo na preteklih 30 dni, kar avtorji opisujejo kot dovolj dolg čas, da ujamemo variabilnost zdravstvenega stanja, ki je obenem dovolj blizu, da se ga anketiranec dobro spominja. Namesto dolgih in kompleksnih vprašalnikov avtorji svetujejo longitudinalni monitoring z vprašalnikom, ki obsega osnovna vprašanja in spremenljivi del, ki se s specifičnimi vprašanji prilagaja situaciji oz. interesu raziskovalcev (DeForge in drugi 1989; Kivelä in Pahkala 1989; Idler in Angel 1990).

Zgoraj omenjeni vprašalnik se v primerjavi z našim zdi izjemno primerno in praktično orodje, s katerim lahko povsem zadostimo želji po merjenju uspešnosti programa – namesto meritev posameznih variabel ugotavljamo zgolj predvideno posledico, torej vpliv promocije zdravja na štiri osnovne dimenzije zdravja (Hennesy in drugi 1994). Preizkus navedenega instrumenta ostaja izziv za prihodnost.

Tretja metodološka ovira je zmerna *zanesljivost* uporabljenega instrumenta. Iz teoretične perspektive bi bilo zanimivo odstranjevanje nekaterih kazalcev, ki so se v oblikovanih indeksih slabše povezovali, vendar bi se s tem odpovedali delu variabel, ki so pomembne za interpretacijo in veljavnost ugotovitev v praksi.

Neposredno opazovanje je v evalvaciji pogosto orodje, saj z njim pridobimo podatke o vedenju posameznikov. Metoda zahteva veliko časa, izdelan protokol opazovanja, s katerim se zniža subjektivnost opazovanja in usposobljenega opazovalca. Poleg tega prisotnost opazovalca lahko *vpliva na vedenje ljudi*, ki jih opazuje, kot so učinek opazovanosti in usklajevanje delovanja s pričakovanji

izvajalca, ter selekcijo opazovanih enot s strani opazovalca zaradi časovne obsežnosti programa (Verhoeven 1997; Chenoweth 2002; O'Donnell 2002). Naša *opazovalka, managerka programa* je bila v enem programu promocije zdravja na delovnem mestu aktivno udeležena v zbiranje sredstev, sponzorjev, načrtovanje, izvajanje in iskanje izvajalcev, dogovarjanje z delodajalci, pripravo promocijskih materialov, delavnic, logistiko itd. Večjo objektivnost bi dosegli, če bi dogajanje opazovalo več opazovalcev, primerjalo dobljene podatke, če bi dogodke posneli s kamero, če opazovalka ne bi posegala v dogajanje in preiskovanci ne bi poznali njene vloge.

Podobno so tudi intervjuji z managerji zelo zanimivi in podajajo veliko neposrednih odgovorov. V sedanji *obliki zapisi* opazovanj in intervjujev raziskave nimajo velike empirične vrednosti, vendar omogočajo vpogled v dogajanje, razmišljanja udeleženi in bi jih bilo mogoče kvalitativno analizirati. Čeprav obe metodi, opazovanje in intervju, zahtevata veliko časa, smo z njima predčasno dosegli nekatere resnice, ki smo jih kasneje potrdili tudi s kvantitativnimi podatki. Prav hitra dostopnost teh podatkov bi bila v primeru nadaljevanja programa njenim izvajalcem v veliko pomoč.

Mnenje ekspertov o podatkih empirične raziskave je splošno, kar je v določeni meri posledica omejenih podatkov, ki so jim bili na voljo. Kljub temu, da je pogled magistric promocije zdravja, zdravnika javnega zdravja in patologa na zdravje uokvirjen v koncept stanja popolnosti, kot ga razlaga SZO, se v njem odražajo vplivi področja, v katerem specialist deluje.

Razsežnosti zdravja se v komentarjih prepletajo s splošno veljavnimi modrostmi in z modnimi smernicami, zdravje je za ljudi vrednota zgolj deklarativno. Predvsem ženske, poročeni in starši malih otrok so v razmišljanjih treh sogovornikov navedeni kot tisti, ki iščejo izgovore za zdrav življenjski slog, za aktivno skrb zase. Te skupine lahko razumemo kot tiste, ki prevzemajo manj odgovornosti za svoje zdravje (kar potrjujejo tudi kvantitativni podatki empirične analize), temveč si ga prej razlagajo kot pravico. Ne pravico do zagotavljanja pogojev, ki bi jim omogočali oz. olajšali vzdrževanje zdravja, temveč pravico prejeti storitev, pomoč in zdravljenje, ko zdravja ni več.

V empiričnem delu naloge smo ugotovili, da se motivacija za promocijo zdravja povečuje šele z večanjem težav z zdravjem. Brez raziskave so prej omenjeno trditev navedli tudi strokovnjaki, ki bolezen oz. odsotnost zdravja imenujejo kot edini zares delujoči motivator v skrbi za zdravje. Spodbude javne zdravstvene mreže lahko sicer pripomorejo k odločitvi, vendar je za spremembo temeljni vzvod na individualni ravni. Le-ta ni nujno bolezen, temveč je lahko izkušnja, čustvo, kar osebe ne pusti ravnodušne in jo motivira do mere, ko je pripravljena potruditi se, žrtvovati zato, da bi dosegla več zdravja. Prav zato je v zdravstvu promocija zdravja s svojimi aktivnostmi sprejeta medlo, kot skromna neškodljiva nekoristna dejavnost. Promocija zdravja lahko koristi in, če ne upoštevamo ekonomskih kazalcev, niti ne škodi. Po empirični analizi in kalkulacijah lahko takemu mnenju ekspertov zgolj pritrdimo. Ugled stroke lahko izboljšajo šele raziskave, ki so sicer (v tujini) številne, vendar slabe kakovosti in redko omogočajo verodostojne zaključke (O'Donnell 2002, 38).

Aldana našteva najpogostejše metodološke težave v raziskovanju promocije zdravja: (a) malo raziskav z naključno izbiro v kontrolni skupini; (b) majhni vzorci; (c) študije trajajo premalo časa; (d) pomanjkanje verodostojnih merilnih instrumentov; (e) neustrezna analiza. Ne glede na našteve ovire je mogoče izsledke mnogih raziskav v promociji zdravja praktično uporabiti, raziskovalci pa morajo vztrajati vsaj v uporabi verodostojnih instrumentov in izvesti kvalitetno analizo glede na to, da je odprava prvih treh težav malo verjetna (Aldana v O'Donnell 2002, 40).

Izbira in naključno sestavljanje kontrolne skupine velikokrat niso mogoče, saj programi promocije zdravja običajno zajemajo celotno delovno organizacijo. Če bi torej želeli uresničiti to zahtevo, bi jo lahko zgolj v delovnih organizacijah z več prostorsko ločenimi enotami. Podobno, primerno velikost vzorca in trajanje raziskave dosežemo le v velikih delovnih organizacijah, kjer lahko vključimo vsaj deset tisoč oseb (O'Donnell 2002).

Komentarji naših treh strokovnjakov kažejo na to, da je interdisciplinarnost v promociji zdravja nujna in jo kaže upoštevati pri načrtovanju, evalvaciji, predvsem pa pri izvajanju programov. Čeprav strokovnjaki, ki smo jim

prisluhnilo, vedo, da je osvešččenost zgolj podlaga motivaciji, da sta intenzivnost in dolgoročnost programov pomembna, da je uspeh odvisen tudi od izbranih izvajalcev, nihče izmed njih nima dovolj moči, da bi povedano v praksi tudi uresničil. Vključevanje psihologov, sociologov, zdravstvenih delavcev, komunikologov, ekonomistov, oblikovalcev in še koga je nuja, vendar obenem ovira, saj ni stroke, ki bi bila v celoti predana promociji zdravja in bi jo kot tako raziskovala ter razvijala.

4.9.4 Vzorec

Nizozemski psiholog Verhoeven (1997, 41) je izvedel meta analizo, v katero je zajel objavljene raziskave iz evalvacij promocije zdravja v Evropi. Avtor ugotavlja, da raziskave z naključnim vzorčenjem v populaciji običajno prikažejo manjši učinek programov ali pa sprememb sploh ne uspejo potrditi.

V idealnih okoliščinah bi preiskovance znotraj delovne organizacije naključno razdelili v preizkusno in kontrolno skupino ter ju med potekom programa povsem ločili, da bi preprečili prenos informacij. V promociji zdravja bi to pomenilo, da raziskovalec sam odloča o tem, kdo bo izpostavljen programu promocije zdravja in kdo ne. Teoretično bi na ta način dobili dobro primerljivi skupini in izločili veliko zunanjih dejavnikov, ki lahko vpivajo na zdravje oz. kakovost življenja zaposlenega, vendar tak način raziskovanja ni vedno mogoč in je etično vprašljiv. Rešitev bi bila v tem, da bi kontrolni skupini program ponudili kasneje, ko bi bil v preizkusni skupini že zaključen.

V raziskovanju promocije zdravja so zato priporočljive rigorozne metode, ki naj bi prikazale dejanski rezultat in preprečile lažno pripisovanje sprememb programu zaradi (Conrad in drugi 1991, 120): (a) razlik med preizkusno in kontrolno, ki so obstajale že pred pričetkom programa; (b) problem zmanjševanja števila udeležencev v programu (*angl. drop-out*) lahko vodi v velike razlike, saj ni enakomeren v obeh skupinah; (c) odraščanje, staranje, izkušnje in nihanja v motivaciji, ki so pri ljudeh običajni del sprememb v življenju; (d) dejavniki, vplivi izven delovne organizacije (npr. aktivnosti na nacionalnem nivoju); (e) prekalibriranje instrumenta med *pre* in *post* testom; (f)

zvestoba raziskovalca ali izvajalca programa stroki, kjer dejavnost traja dokler ne prikaže zelenega rezultata; (g) stiki med preizkusno in kontrolno skupino, prihaja do prenosa informacij (oz. koristi) iz preizkusne na kontrolno; (h) rivalstvo med preizkusno in kontrolno skupino; (i) kontrolna skupina je demoralizirana, prestrašena, ker ni obravnavana; (j) kompenzatorno uravnoteženje (oz. prilagajanje) podatkov s strani administracije.

Zaradi redkosti programov promocije zdravja v delovnih organizacijah pri nas je priložnosti za raziskovanje izjemno malo. V našo raziskavo smo vključili vse programe v delovnih organizacijah, pri katerih je sodelovala enota za promocijo zdravja pristojnega regionalnega zavoda v izbranem časovnem obdobju dveh let. Realizirani vzorci anketirancev predstavljajo majhen delež ciljne populacije programa promocije zdravja, kar bi lahko pomenilo pristranskost rezultatov zaradi neodgovarjanja dela vzorca. Podatkov opravljene raziskave zato ne moremo posploševati niti na izbrano populacijo, saj je bila odzivnost nizka.

Upoštevati je potrebno še samoselekcijo zaposlenih v program (in hkrati v preizkusno skupino), ki je po trditvah Pechterjeve (1986) manj značilna prav za osebe, ki živijo za zdravje najbolj tvegano. Po Fieldingu (1984) pa na vključevanje v programe promocije zdravja najbolj vplivajo dejavniki izven vpliva programa, kot so socio-ekonomski status, starost, spol in transportno sredstvo za prihod na delovno mesto.

Na pojav slučajnih napak v vprašalnikih lahko vplivajo še različne demografske lastnosti naših preiskovancev, njihova motiviranost za sodelovanje, površnost pri izpolnjevanju vprašalnikov, nejevoljnost zaradi obsežnosti vprašalnika, mogoče je navajanje neresnic, neposredno vplivanje raziskovalca in napačno razumevanje vprašanj.

4.10 Priporočila za prakso

Prepričanje, da dobra dela rodijo dobre rezultate, ni dovolj, uspeh ali neuspeh je potrebno kot izkušnjo upoštevati v prihodnjih načrtih. Doslej so bile evalvacije v promociji zdravja pri nas usmerjene v številčnost in lastnosti ciljne populacije, niso pa vrednotile učinkovitosti, uspešnosti po v naprej določeni metodologiji, ki bi omogočala prehod od kvantitete h kvaliteti.

V naši raziskavi smo analizirali izbrane programe promocije zdravja in poskusili na različne načine iz različnih perspektiv ugotoviti kako, zakaj in v kolikšni meri obstoječa praksa promocije zdravja (ne) deluje.

Po smernicah več avtorjev (Chenoweth 2002; O'Donnell 2002; Van Marris in King 2006) smo kombinirali kvalitativno in kvantitativno metodo raziskovanja, preko kvazi eksperimenta, opazovanja z udeležbo, anketiranja in intervjuvanja. Pravi eksperimenti so težje izvedljivi in dražji od kvazi eksperimentov, poleg tega pa je njihova vrednost prav v promociji zdravja vprašljiva zaradi umetnih pogojev v katerih opazujemo preiskovance (Van Marris in King 2006, 40).

Izbira med kvazi ali pravim eksperimentom zato ni bila težka. Za poglobljeno razumevanje pojava z vidika vključenih akterjev je bilo izvedeno naključno opazovanje z udeležbo in poglobljeni intervjuji z managerji delovnih organizacij ter s tem pridobljen dober vpogled v dinamiko dejavnosti.

4.10.1 Priporočila managerju programa promocije zdravja na delovnem mestu

Koncept promocije zdravja še ni popolnoma jasen, vendar lahko po Wynnu (1997) povzamemo minimalne predpogoje, ki so potrebni za uvajanje programa promocije zdravja na delovnem mestu: a) starejši managerji so motivirani za uvajanje dejavnosti promocije zdravja na delovnem mestu; b) organizacija sodeluje, je sistematično in multidisciplinarno vključena v dogajanje; c) organizacija dejavnosti podpira; d) pristop je sistematičen, praktičen in problemsko usmerjen; e) obstoj nekaterih nezdravih točk v delovnem okolju je dejstvo.

Ugotavljamo, da programa promocije zdravja, ki smo ju kot javna institucija uvedli v delovnih organizacijah, nista izpolnjevala opisanih minimalnih pogojev, ki bi uspešnost programa sploh omogočili. Čeprav so bili managerji delovne organizacije dovolj motivirani, da so program »sprejeli«, omogočili (vsaj deloma) njegov potek med delovnim časom in dejavnosti državne mreže promocije zdravja moralno podprli, pristop managementa programa ni bil dovolj problemsko usmerjen, specifičen ter naravnan na posebnosti in potrebe ciljne skupine. Tretji, interni program promocije zdravja, je delovna organizacija vodila sama s pomočjo uslužbencev kadrovskega oddelka. Te aktivnosti so managerji organizacije podprli tudi z vlaganjem virov. Pristop je bil praktičen in problemsko usmerjen, obenem pa nesistematičen, neintenziven in selektiven v upoštevanju potreb zaposlenih.

V nadaljevanju kratko opisujemo bistvene prvine promocije zdravja na delovnem mestu, ki naj bi pripomogle k večji uspešnosti programov.

4.10.1.1 Zaupanje

Delavci, ki bolje ocenjujejo odnos delodajalca, uspešneje obvladujejo stres, višje ocenjujejo medosebne odnose, so bolj zadovoljni z delom in delovnim mestom, imajo višjo subjektivno kakovost delovnega življenja. In nenazadnje: občutek delavca, da delodajalec upošteva njegove potrebe, se značilno odraža na nižji odsotnosti z dela.

V prid promociji zdravja ugotavljamo, da preiskovanci preizkusne skupine izražajo manj nezadovoljstva pri delu in manj težav z zdravjem, obenem višje ocenjujejo svoje zdravje in uspešneje obvladujejo stres. Delavci iz preizkusne skupine so bolj zadovoljni z upoštevanjem potreb in s skrbjo delodajalca za njihovo zdravje v primerjavi z zaposlenimi iz kontrolne skupine. Za večino anketiranih iz obeh skupin pa velja prepričanje, da je odnos delodajalca do njihovega zdravja slab.

Čeprav je percepcija prejemnika v storitveni dejavnosti najpomembnejši kazalec kakovosti, je posebej v času razvijanja novih storitev pomembno upoštevati tudi vidik drugih udeležencev: delodajalca, države in izvajalca programa, katerih interesi niso povsem enotni.

V ameriški raziskavi je slaba polovica (45 %) tistih, ki so svoje zdravje ocenili kot odlično ali zelo dobro navedla enega ali več dni bolniške odsotnosti zaradi bolezni v minulem mesecu. Nasprotno pa četrtnina anketirancev, ki so svoje zdravje ocenili kot slabo, v enakem časovnem obdobju sploh ni bila na bolniški (Hennessy in drugi 1994, 670). Za zdravje tako ni dovolj izogibanje dejavnikom tveganja, temveč je potrebno tudi sledenje potrebam organizma – počitek in dovoj dolga rehabilitacija v primeru bolezni ali poškodbe. Slednje ni v skladu s (pomembnejšim) ciljem delodajalca – z učinkovitostjo. To velikokrat zaposlene vodi v *presentizem*, zatajevanje lastnih potreb in delo z nižjimi sposobnostmi od običajnih (Kessler in drugi 2004), kar je dolgoročno slabše za delavca in tudi za delodajalca. Tretji akter, država, si zastavlja cilje SZO »Zdravje za vse«, se hkrati omejuje na preprečevanje poškodb in poklicnih obolenj ter dolgoročne skrbi za zdravje delovne sile ne zahteva, temveč jo priporoča.

V delovnih organizacijah, kjer programe promocije zdravja vodijo strokovnjaki »od zunaj«, brez poznavanja (in upoštevanja) specifične situacije delovne organizacije, zaposlenih in njihovih medsebojnih odnosov, zato niso vedno koristne. Pri zaposlenih lahko sprožijo občutek vsiljivosti, nadzora, podrejenosti in selekcioniranja. Še posebej zbiranje podatkov o zdravstvenem stanju (t.i. meritve dejavnikov tveganja) lahko zaposleni razumejo kot neprimerno in, zaradi potencialnega informiranja delodajalca, celo nevarno. Posledično slabe izkušnje s sodelovanjem zaposlenih v programih promocije zdravja na delovnem mestu zmanjšujejo interes managementa za uvajanje ali nadaljevanje programa.

Uspešnost programa znotraj delovne organizacije je tako odvisna tudi od organiziranosti, formalne in neformalne mreže komuniciranja, medsebojne povezanosti delavcev ter zaupanja vodstvu in izvajalcu programa. Za uspešnost programa je v delovni organizaciji potrebna najprej podpora seniorjev in delavskega organa, saj delavci na ta način spremembo lažje sprejmejo. Čeprav tak način uvajanja sprememb terja veliko časa, zagotavlja sintezo v skupnosti (Adizes 1996, 194). Komuniciranje managerja programa s predstavniki delavcev, kadrovske službe in vodstva znotraj delovne organizacije mora biti

odkrito, neposredno in z zavestnim varovanjem podatkov ter s strogim upoštevanjem poklicnih vrednot.

4.10.1.2 Prožnost

Ob načrtovanju in izvajanju promocije zdravja je potrebno upoštevati značilnosti delovne organizacije, naravo in pogoje dela zaposlenih ter slediti dinamiki sprememb. Ugotovili smo, da večje število tedenskih nadur niža subjektivno kakovost delovnega življenja, gibljiv delovni čas se odraža v nižjem zadovoljstvu z delom in slabših medsebojnih odnosih, z večanjem števila ur dela se niža število obrokov na dan in pogosteje se pojavljajo težave s povišano telesno težo. Stopnja izobrazbe se pozitivno povezuje s številom obrokov na dan, tudi večja zdravstvena osveščenost se kaže predvsem v urejenem režimu prehranjevanja, vendar višja izobrazbena stopnja obenem pomeni večji psihični napor pri delu in občutek pomanjkanja prostega časa. Conrad (1987) meni, da delavci ne pustijo vedno službe na delovnem mestu, temveč jo odnesejo s sabo domov. Tako dom in služba tako nista več ločena, temveč medsebojno vplivata drug na drugega.

Po mnenju managementa je skrb delodajalca za zdravje zaposlenih predvsem v kakovosti odnosa podrejeni-nadrejeni, načinu delegiranja, medsebojni komunikaciji in oblikovanju vzdušja v timu, kjer ima posebno vlogo v prepoznavanju specifičnih pričakovanj in potreb delavca neposredni vodja.

Več možnosti za dobro skrb za zdravje zaposlenih imajo velike delovne organizacije, saj razpolagajo z več viri. Vendar, čeprav je virov v srednjih in malih organizacijah manj, na uvajanje sprememb pomembno vpliva prepoznavanje možnih ukrepov za podporo zdravju s strani managerjev. Paleta sprememb obsega organiziranje dejavnosti, skupin zaposlenih, subvencije, članarine, dodatne ugodnosti, nagrajevanje, razpoložljive pripomočke za telesno dejavnost, sproščanje, osebno higieno ipd. na delovnem mestu. Delodajalce zanimajo predvsem programi promocije zdravja z delavnicami na lokaciji delovne organizacije, ki trajajo največ dve uri, saj je njihova umestitev v delovni čas lahko v konfliktu s poslovnimi interesi. Izmed ukrepov v podporo zdravemu življenjskemu slogu ugotavljamo, da najmanj delovnih organizacij

zagotavlja aktivne pavze z razgibavanjem med delom, zaposleni pa najtežje uresničujejo prav priporočila za telesno dejavnost kot so aktivni prihod na delovno mesto, razgibavanje med delom in redna telesna dejavnost. Vsaj deloma je rekreativna dejavnost odraz razpoložljivega prostega časa.

Delovne organizacije s programi promocije zdravja pogosteje realizirajo ukrepe v delovnem okolju, ki podpirajo zdrav življenjski slog, težišče načrtov pa naslanjajo na vsebine, ki so sicer pri ciljni skupini težje sprejemljive (kot je telesna dejavnost). Glede na hitro opazne pozitivne učinke telesne dejavnosti na počutje, naraščajočo intenzivnost dela in občuteno pomanjkanje prostega časa, je spodbujanje gibanja med delovnim časom še toliko pomembnejše.

Osebna motiviranost zaposlenih za sodelovanje v programu promocije zdravja se namreč viša šele s pojavom zdravstvenih težav, informiranost o dejavnikih tveganja narašča s starostjo. Izziv promocije zdravja je tako predvsem v pridobitvi mlajših delavcev, pri katerih zaradi dejavnikov tveganja (npr. prekomerne telesne teže) pričakujemo težave z zdravjem v prihodnosti in se na uporabljene metode promocije zdravja slabo odzivajo.

Ugotovili smo, da je prednost promocije zdravja na delovnem mestu predvsem v njenem obliki dela, ki temelji na skupinskih aktivnostih, druženju in medsebojnem komuniciranju zaposlenih. Čeprav boljše osveščeni, so bili zaposleni iz preizkusne skupine manj motivirani za dejavnosti promocije zdravja v prihodnosti. Morda imamo odgovor: metoda dela in predoziranje informacij.

Pomanjkljivost promocije zdravja se kaže v uporabi pretežno tradicionalnih metod dela, kot so: predavanja, oglasi, brošure, plakati, avdio in video prezentacije, individualno svetovanje *iz oči v oči*. Velikokrat splošne vsebine se ponavljajo in so zaradi lahke dostopnosti v poljudnih virih predvidljive.

Naslednji izziv izvajalcev programov je tendenca k *predoziranju* količine informacij ali podajanje informacij na prejemniku nerazumljiv način. V takih primerih se zgostijo neformalna sporočila med zaposlenimi, ki vodijo v izogibanje, nesodelovanje in manjše zadovoljstvo pri izpostavljenih. Še en fenomen je ti. *črna pega*, kjer udeleženci promocije zdravja zaradi napačnega načina informiranja lastno zdravstveno stanje ali življenjski slog vidijo nerealno

in selektivno, s čemer se zmanjšata njihova osredotočenost in motivacija za prakticiranje zdravega življenjskega sloga (Chapman 2003, 174).

Chapman (2003) v promociji zdravja priporoča netradicionalne metode in opiranje na novo tehnologijo: informativne puzzle, nalepke, akrostihe, šaljive pesmice, kvize, ponudbo vzgojnih gradiv na dom po predhodnem vsebinsko opredeljenem naročilu, kartončke z izzivi v zdravem življenjskem slogu, obveščanje po elektronski pošti, telefonski odzivnik, proaktivni telefonski stik s specialistom, multimedijske prezentacije, informiranje posameznika glede na teme, ki ga zanimajo (t.i. informacijski kioski s tiskanimi ali elektronskimi viri), spletne strani z nasveti, forumi, novičarstvom, virtualne aplikacije (igre). Sodobne metode dela v promociji zdravja je veliko lažje integrirati v obstoječi ritem dela v primerjavi s tradicionalnimi in so hkrati za mlajše uporabnike bolj zanimive.

4.10.1.3 Odgovornost

Individualna odgovornost delavca za zdravje se povezuje z zdravim življenjskim slogom, višjim zadovoljstvom pri delu in z medsebojnimi odnosi. Delavci pogosteje prenašajo odgovornost za lastno zdravje na delodajalca ali zdravstvo tedaj, ko so nezadovoljni z delom, delovnim mestom ali medsebojnimi odnosi. Managerji trdijo, da je človek povsem svoboden, samoodgovoren in edini, ki odloča, odgovornost delodajalca za zdravje delavca je nižja od odgovornosti zaposlenih in tudi nižja od odgovornosti zdravstva. Tudi delavci menijo, da je za njihovo zdravje najbolj odgovorno zdravstvo in najmanj sami (kot kolektiv in posamezniki), petina delavcev meni, da sploh niso odgovorni za svoje zdravje. Na mrežo javnega zdravstva se manj zanašajo vodje v primerjavi s podrejenimi in moški v primerjavi z ženskami.

Področje promocije zdravja na delovnem mestu pokriva nekatere interese delavca, delodajalca in države, ki si z nedogovorjenim razmerjem delijo odgovornost za zdravje delavca. Medtem ko zaposleni prevzema večji del osebne odgovornosti za lastno zdravje, je kolektivna odgovornost nizka in delavci od delodajalca pričakujejo najmanj zagotavljanje pogojev dela, v katerih lahko ohranijo zdravje, odnos v katerem se upoštevajo njihove potrebe, od

države pa socialno varnost in kvalitetno obravnavo v primeru bolezni ter poškodb. Prva skrb delodajalca je uspešnost poslovanja, v skrbi za zdravje zaposlenih se zato lahko znajde v konfliktu interesov.

Promocija zdravja nima značilnega vpliva na odgovornost, vendar se negativno povezuje z oceno odgovornosti vseh akterjev, posebej z odgovornostjo sveta delavcev. Kaj je vzrok temu, presega cilje in možnosti pričujoče raziskave, pogovori z managerji pa kažejo na to, da je morda krivda v neenotnem razumevanju vloge akterjev v skrbi za zdravje zaposlenih.

4.10.2 Priporočila evalvatorju promocije zdravja na delovnem mestu

Čeprav mora temeljni cilj raziskovanja v promociji zdravja (p)ostati promocija zdravja sama (Kasl in Sarxner 1992, 111), lahko z evalvacijo produktivnosti, absentizma in drugih kazalcev učinka spodbudimo managerje delovnih organizacij k uvajanju promocije zdravja (Verhoeven 1997, 188).

Glavna skrb izvajalcev zdravstvenih storitev je kakovost storitve po znanstveno-tehnični plati, poglobljena skrb uporabnikov pa je kakovost življenja in s tega stališča uporabniki ocenjujejo vsako storitev. Eksperti storitev primerjajo s profesionalnimi standardi, uporabniki ocenjujejo korist (Macur 2000, 51).

Kjer ni objektivnih meril, ki bi temeljila na standardih, je uspešnost težko opredeliti. Če želimo ugotoviti kaj deluje in kaj ne, v promociji zdravja ni dovolj, če se meritve omejujejo na objektivne ali subjektivne kazalce, temveč morajo obsegati oboje in upoštevati različne vidike zdravja. Promocije zdravja tudi ne moremo analizirati kot enkratni dogodek, ki mu sledi izid, temveč jo moramo obravnavati kot proces, ki traja. V evalvaciji promocije zdravja se avtorji najpogosteje poslužijo meritev števila sodelujočih, zadovoljstva s programom, produktivnosti, zdravstvenega stanja, stroškov programa in zdravstvenih storitev ter vzdušja, zadovoljstva zaposlenih ipd. (Verhoeven 1997, 14).

4.10.2.1 Kvantiteta

V promociji zdravja se pogosto dogaja, da so zbrane informacije tako slabe kakovosti ali nepopolne, da so praktično neuporabne. Čeprav je težko, je zbiranje podatkov ob uvajanju programov nujno (Windsor in drugi 1984, 99).

V evalvaciji procesa smo avtorji programa *Prvi* za merila uspešnosti izbrali število izvedenih delavnic, število udeležencev v celotnem programu in mnenja udeležencev. Iz poročila je razvidna relativno nizka udeležba v programu, vendar so ga udeleženci ocenili kot »zelo dober« (glej Primer 1). V procesni evalvaciji, ki smo jo navedli kot primer, se podatki o številu udeležencev sicer zberejo, vendar se ne analizirajo glede na pričakovanja.

Uporabnejši rezultat, ki bi omogočal primerjavo med programi z vidika kvantitete bi dosegli, če bi poudarili število zaposlenih, ki smo jih želeli vključiti v program, število izvedenih delavnic, število oseb, ki so bile povabljene oz. pričakovane, število oseb, ki so se delavnic udeležile oz. izpostavljeni in delež udeležencev glede na izpostavljene (glej Tabelo 4.1, str. 206).

Za izvedbo takšne evalvacije so potrebni standardi, s katerimi lahko primerjamo dosežek. V našem primeru smo upoštevali cilje programa in želeno vsaj 30 % udejstvovanje. Standard je v primerjavi s tujimi zelo nizek, saj avtorji podobnih programov navadno pričakujejo od 80 do 90 % udeležbo zaposlenih (Windsor in drugi 1984, 100).

Dosežen je *index udejstvovanja* v višini 0,68. Nanaša se na 20,4 % ciljne populacije, ki se je priključila k programu, delež je nižji od pričakovanega.

Tabela 4.1. Uspešnost programa glede na udejstvovanje ciljne populacije v programu, program *Prvi* (prir. po Windsor in drugi 1984, 100)

dejavnost kriterij	Št. potencialnih udeležencev (A)	Št. izvedb dogodka (B)	Št. Izpostavljenih (C=AxB)	Realizirano število izpostavljenih (D)	Realiziran delež izpostavljenih E=Dx100/C	Standard udejstvovanja v programu	Index udejstvovanja (D=E/30)
Dejavniki tveganja 1			279	92	32,9		1,1
Gibanje			279	16	5,7		0,2
Stres	279	1	279	19	6,8	30 %	0,23
Zdrava prehrana			279	25	8,9		0,3
Test hoje na 2 km			279	2	0,7		0,02
Dejavniki tveganja 2			279	187	67,0		2,23
skupaj	279	6	1674	341	20,4		0,68

4.10.2.2 Kvaliteta

Stew Leonard zatrjuje, da na trgu veljata le dve pravili: 1) Kupec ima vedno prav; 2) če kupec nima prav, velja prvo pravilo (Kotler 1998, 53). Velika pomanjkljivost izvajalcev promocije zdravja je lastno prepričanje o pomembnosti, uspešnosti in učinkovitosti promocije zdravja. Danes so uporabniki zahtevni, saj je informacij v poljudni literaturi, revijah, letakih farmacevtskih in kozmetičnih mrežah veliko. Prav zaradi široke ponudbe se je občutljivost uporabnikov znižala, pričakovanja pa se zvišala.

Če prisluhnemo mojstrom marketinga, je maksimizacijo zadovoljstva v promociji zdravja mogoče doseči z (prir. po Kotler 1998, 39): a) izboljševanjem kakovosti storitev; (b) vlaganjem v raziskave, razvoj in spremembe; (c) lažjo dostopnostjo storitve; (d) večjo frekvenco ponudbe. V rokah stroke sta predvsem prvi dve točki, kjer storitev lahko opišemo kot kakovostno šele takrat, ko zadosti pričakovanjem. Akterji katerih subjektivne ocene zanimajo evalvatorja so najmanj trije: zaposleni, managerji delovne organizacije in manager programa promocije zdravja. S ciljem enotnega vrednotenja zadovoljstva vseh zainteresiranih predlagamo oblikovanje indeksa, v katerem bi upoštevali oceno

zaposlenih, managerjev delovne organizacije in managerja programa (glej Tabela 4.2). Zaposleni in manager delovne organizacije bi se opredelila do priprave programa, realizacije potreb in izrazila (ne)zadovoljstvo s programom. Manager programa oceni še prispevek programa na osnovi programske evalvacije (glej Prilogo F). Poskusili smo s podatki programa *Prvi* (glej Primer 1), kjer so bili zaposleni in managerji v delovni organizaciji sicer zadovoljni s programom, vendar je bil nezadovoljen manager programa. Indeks *zadovoljstva* je tako manjši od ena.

Tabela 4.2. Zadovoljstvo udeležencev v programu promocije zdravja, primer program *Prvi*

udeleženec kazalec zadovoljstva	ocena (A)	standard (B)	index (C=A/B)
zaposleni, povprečje	3	4	1,33
manager delovne organizacije, povprečje	3	4	1,33
manager programa	0,26	4	0,06
Σ	6,26	12	0,52

Opomba: Anketa je v prilogi F. Izpolnjena je hipotetično s podatki, ki so na voljo iz anketnih vprašalnikov za zaposlene, intervjujev z managerji, ter procesno in programsko evalvacijo Programa Prvi (str. 79).

Poleg zadovoljstva udeležencev je za prakso promocije zdravja bistvena analiza doseganja zastavljenih ciljev programa. Ker je praksa zelo omejena s kadrovskimi in drugimi viri, mora biti instrument preprost za izpolnjevanje in analizo. Izmed vseh kazalcev, uporabljenih v empiričnem delu, lahko zgolj z devetimi razložimo 84 % variance uspešnosti programa v katerem se temeljna cilja nanašata na zdravstveni status in na subjektivno kakovost delovnega življenja (glej Tabela 4.3).

Tabela 4.3: Model analize uspešnosti programa promocije zdravja

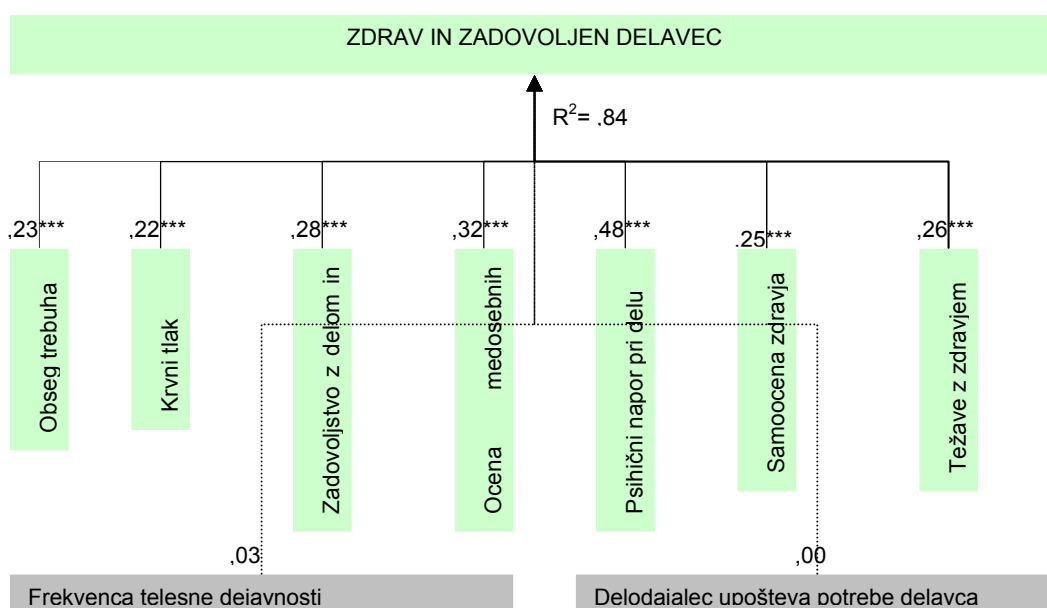
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,917	,841	,828	,440

a. Predictors: (Constant), delodajalec upošteva potrebe delavcev, frekvenca telesne dejavnosti, samoocena zdravja, krvni tlak, težave z zdravjem, obseg trebuha, psihični napor pri delu, zadovoljstvo z delom in delovnim mestom, ocena medosebnih odnosov na delovnem mestu

Osveščенost o lastnem zdravju, vzdrževanju zdravja, skrbi za telo in motivacija zanje so podlaga priporočenemu življenjskemu slogu, ne pa osrednji cilj promocije zdravja. Končni cilj naj bi bil zdrav delavec z visoko (vsaj) subjektivno kakovostjo delovnega življenja, zato smo nov indeks *uspeh* sestavili iz kazalcev, ki se nanašajo na zdravje, zadovoljstvo, življenjski slog in odnos delodajalca do zdravja delavca. Indeks smo rekategorizirali iz petih na dva nivoja (1–3,0= neuspeh; 3,1–5=uspeh), Cronbachov Alfa indeksa je z vrednostjo 0,63 skromne, vendar zadovoljive zanesljivosti.

Z evalvacijo programa z vidika doseganja sprememb na področju subjektivne kakovosti delovnega življenja in zdravja smo s predlaganim kratkim vprašalnikom pridobili praktično in preprosto orodje za merjenje kakovosti storitev (glej Prilogo G).

Slika 4.1: Pomembnost izbranih kazalcev v določanju uspešnosti programa promocije zdravja



Legenda: R²= RSquare; ob kazalcih so navedene vrednosti Beta; stopnje stat.značilnosti so označene z zvezdicami: ***p< ,00; ** p< ,01; * p< ,05.

Novo oblikovani indeks uspešnosti smo praktično preizkusili s podatki anketiranja zaposlenih preizkusne in kontrolne skupine v času t3 iz programa promocije zdravja *Prvi* (glej poglavje 2.4.3).

Tudi indeks *uspeh* ni pokazal značilnih razlik med preizkusno in kontrolno skupino ($\chi^2 = ,50$)⁴⁰, izstopil pa je problem majhnega vzorca. Kljub temu, da je število primerov, pri katerih je mogoče sestaviti indeks v celoti zelo nizko, smo podatek poskusno uporabili in ugotovili, da je delež oseb preizkusne skupine, pri katerih bi po tem modelu prikazali subjektivno kakovost delovnega življenja in zdravje 56,5 % (glej tabelo v Prilogi G).

Delež uspešnosti doseganja ciljev v preizkusni skupini smo delili s pričakovanim 80 % uspehom pri aktivnih udeležencih v programih promocije zdravja na delovnem mestu in tako dobili vrednost indeksa *uspeh*, 0,71.

4.10.2.3 Viri

Čeprav kalkuliranje ni domena in ne cilj zdravstvene stroke, je približevanje načrta realnemu obsegu sredstev nujno. V nadaljevanju je prikazan poskus izračuna materialnih vložkov konkretnega programa (Program Prvi) ki kažejo na to, da je izvajalec prejel zgolj 8,75 % načrtovanih sredstev, nato pa program okrnil tako, da je izvedbo popolnoma priredil razpoložljivim finančnim virom.

Človeški viri so bili v pretežni meri strošek izvajalca, sredstva so bila v celoti porabljena za kritje materialnih stroškov. Posamezna delovna organizacija je prispevala slabih 7 % stroškov celotnega programa (glej Tabela 4.4, str. 210 in podrobnejše izračune v Prilogi H).

⁴⁰ Legenda: χ^2 =vrednost Hi kvadrat; stopnja stat.značilnosti=,48.

Tabela 4.4. Vsota kadrovskih in materialnih stroškov programa promocije zdravja po nosilcu, primer program *Prvi*

plačnik	strošek	vrsta stroška*		Σ	%
		kadri	material		
DO		180	4.320	4.500	41,35
ZZV		4.800	1.584	6.384	58,65
Σ		4.980	5.904	10.884	
%		45,76	54,24		100

Legenda: * stroški so prikazani v vrednosti EUR v času izvajanja programa; DO = vseh šest delovnih organizacij vključenih v program, sedme v stroškovniku nismo upoštevali, ker se je tam izvedla zgolj ena delavnica; do = posamezna delovna organizacija (DO/6)

Vendar zadovoljstvo uporabnikov, število izvajanj, udeležencev, celo cilji programa ali obseg porabljenih sredstev za managerje delovnih organizacij niso dovolj tehten argument za uvajanje promocije zdravja. Z namenom dobiti močan argument smo zato poskusili še s kalkulacijami po Greenu in Kreuterju (1999), s katerimi dobimo podatek o upravičenosti programa, operativnih stroških in dejanski ceni na vloženo enoto.

V numerični evalvaciji programa *Prvi* izračuni sicer odražajo popolno pokritost ciljne populacije in visoko predvideno učinkovitost, vendar je moč (vpliv) programa nizka, upravičenost nižja od 1, visoki so stroški uvajanja programa in cena učinkovitosti (glej Tabelo 4.5, str. 211). Numerična evalvacija kaže, da smo za vsako vloženo enoto pridobili zgolj 0,7 enote.

Tabela 4.5. Vrednotenje programa *Prvi* s kalkulacijami (prir. po Green, Kreuter 1999, 251)

znak	koncept	vrednost	Program promocije zdravja	
			ProgramX ⁴¹	Prvi
A	potreba	število oseb v ciljni skupini	10000	279
B	izpostavljenost	število oseb, ki so bile vključene v program	1000	279
C	pokritost	(B/A) x 100	10 %	100 %
D	vpliv	frekvenca pojava (A/B)	100	57 ⁴²
E	učinek	(D/B) x 100	10 %	20,4 %
F	učinkovitost	(D/A) x 100	1 %	20,4 %
G	stroški	enota	10.000,0 \$	10.884,0 EUR
H	gospodarnost	(G/B)	10 \$/ udeleženca	39 EUR /udeleženca
I	učinkovitost	(G/D)	100 \$/vpliv	190,95 EUR/vpliv
J	koristi	(D x vrednost)	100.000 \$	6092,7 EUR ⁴³
K	upravičenost (cost-benefit)	(J/G)	10/1	0,56 / 1
L	prihodki	denarna enota	6.000 \$	10.862,0 EUR
M	neto dobiček ali izguba	(L – G)	- 4.000 \$	- 22,0 EUR
N	stroški uvajanja	denarna enota	1.000,0 \$	1.600,0 EUR ⁴⁴
O	operativni stroški	(G - M - N)	3.000,0 \$	9.262,0 EUR
P	cena učinkovitosti	(O/D)	30 \$/učinek	162,5 EUR/ učinek
Q	cena koristi	J/O	33\$/ 1\$	0,7 EUR/ 1 EUR

⁴¹ Vir: Green in Kreuter (1999, 251).

⁴² Izračun izhaja iz 20,4 % deleža realizacije izpostavljenosti (glej Tabelo 4.1), ker je 20,4 % od 279 izpostavljenih oseb, realno število udeležencev 57;

⁴³ Vrednost smo izračunali ob upoštevanju vseh stroškov programa, ki smo jih delili s številom oseb ciljne skupine. Razpoložljivi znesek po osebi smo dalje množili z realnim številom udeležencev v programu. Za vsak vloženi EURO smo predvideli korist v razmerju 1:2,74, kot literatura navaja povračilo enote stroška kombiniranih programov promocije zdravja na delovnem mestu (Michigan Dept.of Health v Green in Kreuter 1999, 124). Izračun: 10.884 EUR/279 oseb=39 EUR/osebo; 39 EUR/osebo x 2,74= 106,9 EUR koristi/osebo x 57 realno izpostavljenih oseb = 6092,7 EUR koristi;

⁴⁴ Predvidevali smo mesec dela managerja programa s približkom bruto cene ure njegovega dela, N= 160 ur x 10 EUR.

4.10.2.4 Izbira

Izbira programa temelji na evalvaciji, evalvacija na ciljih. Ob določanju evalvacijskih ciljev ni nujno da so kombinacija več meril, temveč se lahko omejijo zgolj na eno ob upoštevanju pričakovanj managementa in vizije delovne organizacije (Goetzel in Ozminkowski 2002, 160).

Ali bo torej evalvator izbral kot najpomembnejše merilo udejstvovanje ali zadovoljstvo prejemnikov, izvajalcev programa, doseganje zastavljenih ciljev programa ali zgolj kalkulacije in razmerje koristi in stroškov, je odvisno od dogovora s financerjem programa.

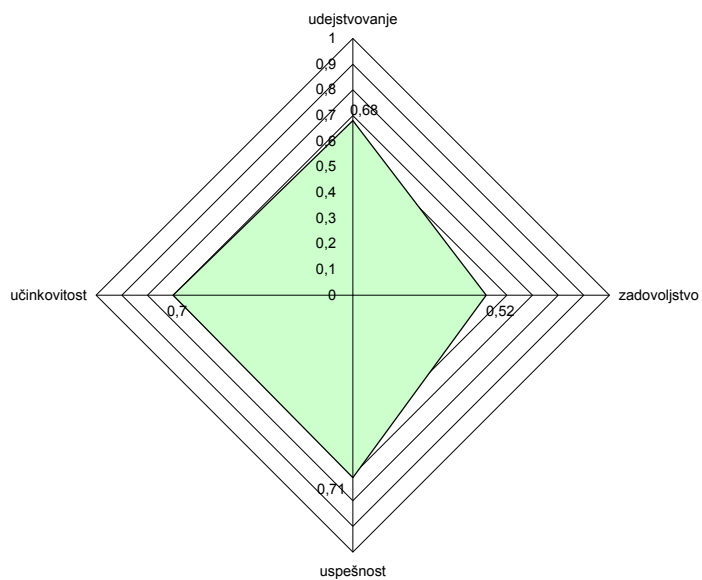
Čeprav bi že ena oblika evalvacije lahko zadovoljila pričakovanja managementa, smo se v našem primeru odločili za kombinacijo indeksov, s katerimi lahko oblikujemo novo orodje za merjenje kakovosti programa promocije zdravja. Orodje smo poimenovali merilo štirih indeksov ali kratko 4-I.

Vključili smo indeks udejstvovanja zaposlenih v programu (glej Tabelo 4.1), indeks zadovoljstva zaposlenih, delodajalcev in managerja programa s programom promocije zdravja (glej Tabela 4.2), indeks uspešnosti doseganja ciljev programa (glej str. 209) ter razmerje med stroški in koristjo programa izračunane s kalkulacijami (glej Tabelo 4.5). Z novim diagramom je evalvacija kakovosti programa promocije zdravja relativno preprosta in z vrednostmi indeksov olajša primerjavo med programi.

V spodnjem grafu predstavljamo primer evalvacije kakovosti programa promocije zdravja *Prvi* s pomočjo 4-I (glej Sliko 4.2, str. 213). Program *Prvi* lahko na kratko opišemo kot neuspešen v doseganju ciljev, s stroški, večjimi od koristi, s komaj zadovoljnimi akterji in z udejstvom, ki ni doseglo nizko postavljenega standarda.

Program bi lahko poimenovali kar »*slamnata*« promocija zdravja, ki daje prednost kvantiteti pred kvaliteto, je obsežna in dobro pokrije ciljno skupino, vendar obenem plitka, razpršena, slabo kongruentna in šibke kakovosti.

Slika 4.2. Evalvacija kakovosti programa promocije zdravja z orodjem 4-I, primer program *Prvi*



5 SKLEP

Promocijo zdravja, ki jo poznamo že najmanj četrto stoletja, še vedno razlagamo kot inovativni pristop. Njene aktivnosti se znotraj delovnih organizacij usmerjajo v pred-določen zdrav življenjski slog, manj v celovitost kakovosti dela in delovnega okolja. Po modelu celostnega zdravja človeka je cilj promocije zdravja doseči največ, kar lahko: fizično, intelektualno, čustveno, družbeno, spiritualno in profesionalno ob upoštevanju ter navkljub omejitvam. Vsakdo lahko doseže optimalno zdravje, vendar: (a) si mora zdravja *želeti*; (b) *verjeti*, da je lahko zdrav; (c) biti *sposoben* in *voljan* izvesti spremembe ter odpovedovanja za namen boljšega zdravja (Watts 1993).

V predstavljeni raziskavi razkrivamo promocijo zdravja na delovnem mestu »izza fasade«, kjer je že v njenem načrtovanju komaj mogoče zaslediti, da živimo v informacijski dobi, kjer obstaja tudi virtualni prostor. Zaradi lahke dostopnosti informacij brezmejnega obsega zgolj višanje osveščenosti populacije ne more biti več prioriteten (ali celo edini) cilj promocije zdravja. Dogajanje od promocije zdravja zahteva nenehno prilagajanje okolju in ljudem v njem, noben projekt ni povsem enak prejšnjemu, potrebna je visoka mera izvirnosti, predvidevanje, odzivnost na potrebe »*sedentarne*«, »*domocentrične*«, »*face-book*« družbe, ki (za ceno pokritosti čim širše populacije) presegajo ponudbo *vse-v-prek* izobraževanj s predvidljivimi splošnimi vsebinami za »*worried-well*«, ki jih je dosegla »*password campaign*« in »*soljenje pameti*« na bazi evro-kanadskih vrednot iz 80-ih let sprejemajo v slogu »*saj ne more škoditi*«, izvajalci pa evalvacijo po reku »*my-apple-is-just-fine-thank-you*«.

Promocija zdravja izvaja kompleksne programe, zastavlja si številne cilje. Usmerja se na izboljševanje možnosti za zdrav življenjski slog ali poskuša delovati na odločitve in želje po spremembah, vendar je njen uspeh nemogoče v celoti predvideti, saj so končne odločitve, izbire in spremembe v rokah prejemnika. Zaposleni potrebujejo stike z ljudmi in doživljanje, kar pomeni da zanje dejavnosti tradicionalnega instrumentalnega informiranja niso posebej privlačne. V promociji zdravja na delovnem mestu bi uspešnost povečale dolgoročne, neprekinjene dejavnosti, ozko usmerjene na (aktualne) specifične potrebe in probleme, dovolj poglobljene, da vzbujajo zanimanje, in proaktivne v

smislu predvidevanja sprememb ter podpiranja sodobnega življenjskega sloga ob upoštevanju razpoložljivih možnosti.

Z evalvacijo želimo ugotoviti kaj deluje, zakaj in koliko deluje. Uspešnost promocije zdravja pogosto merimo z udeležbo in oceno vključenih. Tak rezultat ne kaže spremembe, temveč število in mnenje izpostavljenih, zato je primeren ob poskusnem uvajanju novih programov, kot ocena kakovosti programa pa ne zadostuje. Meritve sprememb lahko izvedemo s programsko evalvacijo, v kateri doseženo primerjamo z željenim, omogočena je primerjava med programi, meritve vmesnih rezultatov projekta in ugotavljanje odzivnosti različnih ciljnih skupin. Celovit vpliv inovacije, ki bi ga bilo mogoče tudi posplošiti, omogoča evalvacijska raziskava.

Študija, ki smo jo izvedli na področju kakovosti življenja, sicer pripomore k razumevanju družbeno specifične situacije uvajanja in poteka promocije zdravja, vendar dobljeni rezultati zaradi nereprezentativnosti vzorca ne omogočajo posploševanja. V študijo smo vključili zaposlene, managerje in izvajalca storitve. Uporabili smo metodologijo, ki je odsev vsebine in ciljev programa promocije zdravja – prvina obeh je širina, manj poglobljenost.

Promocija zdravja se (v naši raziskavi) s subjektivno kakovostjo življenja ne povezuje statistično značilno, čeprav si kot cilj pogosto zastavlja prav višjo kakovost življenja ciljne populacije. Kaže, da v tem ni posebej uspešna, saj so spodbujanje medosebnih stikov, druženja, kakovosten odnos delodajalca do delavca, zaupanje, upoštevanje potreb in proaktivno urejanje delovnega okolja lahko veliko močnejši dejavnik višanja subjektivne kakovosti delovnega življenja v primerjavi s konvencionalnimi pristopi promocije zdravja.

Za upravičenost dejavnosti njen dober namen ne zadostuje, pozitiven mora biti izid, učinek ali uspeh, stvari je treba delati *prav*, ne le delati *prave* stvari (Adizes 1996). Promocija zdravja, kot jo izvajamo pri nas, je koristna in daje v večini neznačilne pozitivne izide, ki se v večji meri ne nanašajo na zastavljene cilje. V promociji zdravja se je zato potrebno odločiti – ali bomo spremenili cilje ali pa način dela.

6 LITERATURA

About Work Health Promotion, The case of Work Health promotion. 2006. Dostopno prek: [http:// www.enwhp.org](http://www.enwhp.org) (8. avgust 2006).

Ader, Maj, Karin Berensson, Peringe Carlsson, Marianne Granath in Urwitz Viveca. 2001. Quality indicators for health promotion programmes. *Health Promotion International* 16 (2): 187-194.

Adizes, Ichak. 1996. *Obvladovanje sprememb: moč vzajemnega zaupanja in spoštovanja v osebni in družinski življenju, poslovanju in družbi.* Ljubljana: Gospodarski vestnik.

Agustin, Lara, Antronette K. Yancey, Roberto Tapia-Conyer, Yvonne Flores, Pablo Kuri-Morales, Rites Mistry, Elena Subirats in William J. McCarthy. 2008. Pausa para tu Salud: Reduction of weight and waistlines by integrating exercise breaks into workplace organizational routine. *Preventing chronic disease* 5 (1): A12.

Allardt, Erik. 1993. Having, loving, being: An alternative to the swedish model of welfare research. V *The Quality of Life*, ur. Martha Nussbaum in Sen Amarytya, 88-94. Oxford: Clarendon Press.

Allen, Robert J. 2002. Building supportive cultural environments. V *Health promotion in the workplace*, ur. Michael P. O'Donnell, 202-218. USA: Delmar Thomson Learning.

Angle, Harold in James L. Perry. 1986. An empirical assesment of organizational commitment and organizational effectiveness. *Administrative Science Quarterly* 26: 1-14.

Arnold, Joan in Laurel J. Breen. 2006. Images of health. V *Health promotion in practice*, ur. Sherri S. Gorin in Joan Arnold, 3-18. San Francisco: Wiley Imprint, Josse-Bass.

Ashley, Andrew, Andrew Lloyd, Sarah Lamb in Helen Bartlett. 2001. Is health-related quality of life a suitable outcome measure for evaluating health promotion programmes? *Nursing Times Research* 6 (3): 671-678.

Atkinson, J. Mark, Paul M. Wishart, Bushra I. Wasil in John W. Robinson. 2004. The self – perception and relationships tool: a novel approach to the measurement of subjective health – related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2.

Avguštin, Darinka. 2003. *Skrb za zdravje na delovnem mestu*. Maribor: Zveza svobodnih sindikatov Slovenije, Območna organizacija Podravja.

Bandura, Albert. 1997. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman.

Basen-Enquist, Karen, Karen Suchanek Hudmon, Mary Tripp in Robert Chamberlain. 1998. Worksite health and safety climate: scale development and effects of a health promotion intervention. *Preventive Medicine* 27: 111-119.

Bečaj, Janez. 1997. *Temelji socialnega vplivanja*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani.

Belović, Branka, Ana Fujs, Ema Mesarič, Zdenka Verban Buzetti in Gordana Toth. 2006. Projekt »Živimo zdravo«. V *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja. Zbornik prispevkov*, ur. Lijana Zaletel Kragelj, 142–147. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Berry, Tanya R., Ronald C. Plotnikoff, Kim Raine, Donna Anderson, PJ Naylor. 2007. An examination of the stages of change construct for health promotion within organizations. *Journal of Health Organization and Management* 21 (2): 121-135.

Bertera, L. Robert. 1990. The effects of workplace health promotion on absenteeism and employment costs in a large industrial population. *American Journal of Public Health* 80 (9): 1101-1105.

Bilban, Marjan. 1999. *Medicina dela*. Ljubljana: ZVD – Zavod za varstvo pri delu.

- Bilban, Marjan. 2006. Promocija zdravja v delovnem okolju. Uvodni prispevek. V *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja. Zbornik prispevkov*, ur. Lijana Zaletel-Kragelj, 1-5. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.
- Billings, Jennifer R. 2000. Community development: a critical review of approaches to evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 31 (2): 472-480.
- Biloslavo, Roberto. 2006. *Strateški management in management spreminjanja*. Koper: Fakulteta za management.
- Binder, C. Tuth in Jane W. Ball. 2007. The Binder-Ball healthcare model: a new paradigm for health promotion. *Pediatric Nursing* 33 (2): 121-126.
- Blanc, Paul D. 2004. Why quality of life should matter to occupational health researchers. *Occupational and Environmental Medicine* 61 (7): 571.
- Blaxter, Mildred. 1983. The causes of disease: women talking. *Social Science and Medicine* 17 (15): 59-69.
- Bly, Janet L, Jones Robert C. in Jean E. Richardson. 1986. Impact of worksite health promotion on health care costs and utilisation: evaluation of Johnson & Johnson's Live for Life program. *Journal of American Medical Association* 256: 3235-3240.
- Bowling, Ann. 1991. *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Bowling, Ann. 2001. *Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Breckon, DJ, JR Harvey in RB Lancaster. 1985. Worksite health promotion programs. V *Community health education, settings, roles and skills*, ur. DJ Breckon, JR Harvey in RB Lancaster, 61 – 65. Aspen: Aspen Publications.
- Breucker, Gregor, Rob Anderson in Karl Kuhn. 1996. Quality management in workplace health promotion. *Conference report. Berlin, Erkner, 27.-29.nov.*
- Brofenbrenner, Urie. 1977. Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist* (July): 513-531.

- Browning, Colette in Shane A. Thomas. 2005. Models of behavior change and health promotion. V *Behavioural change: an evidence-based handbook for social and public health*, ur. Browning, J. Colette in Shane A. Thomas, 7-15. Edinburgh, London, New York: Elsevier Churchill Livingstone.
- Brucken, Gregor. 1999. *Quality Criteria of Workplace Health Promotion*. Dostopno prek: [http:// www.enwhp.org](http://www.enwhp.org) (8. avgust 2006).
- Buijs, Rosanne, Janet Ross-Kerr, Sandra Cousins O'Brein in Wilson Douglas. 2003. Promoting Participation: Evaluation of a Health Promotion Program for Low income seniors. *Journal of Community Health Nursing* 20 (2): 93 – 107.
- Bulaclac, Marie Celine. 1996. A worksite wellness program. *Nursing Management* 27 (12): 19-21.
- Bunton, Robin in Gordon MacDonald. 1992. *Health promotion disciplines and diversity*. London, New York: Routledge.
- Butler, John K. 1991. Towards understanding and measuring conditions of trust: Evolution of a conditions of trust inventory. *Journal of Management* 17 (3): 643-663.
- Canadian Evaluation Society. 2008. *The program evaluation standards. Summary of the standards*. Ottawa: Canadian Evaluation Society.
- Cangemi, Joseph P, J Rice in CJ Kowalski. 1989. The development, decline and renewal of trust in an organization: some observations. *Organization Development Journal* 7(4): 2-9.
- Cassel, John. 1976. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology* 104 (2): 107-123.
- Center for Health Promotion. 2005. *Evaluating Comprehensive Workplace Health Promotion. Info-pack*. Toronto: University of Toronto, Centre for Health Promotion, The Health Communication Unit.
- Chang, Shu-Fang. 2003. Worksite health promotion. The effects of an employee fitness program. *Journal of Nursing Research* 11 (3): 227-229.

Chapman, Larry. 2003. Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies. *American Journal of Health Promotion* 17 (3): A1-A10.

Chen, Mei-Yen. 1999. The effectiveness of health promotion counselling to family caregivers. *Public Health Nursing* 16 (2): 125-132.

Chenoweth, David H. 2002. *Evaluating worksite health promotion*. USA: Human Kinetics.

Chu, Cordia, Gregor Breucker, Neil Harris, Andrea Stitzel, Xingfa Gan, Xueqi Gu in Sophie Dwyer. 2000. Health promoting workplaces – international settings development. *Health Promotion International* 15 (2): 155–167.

Cindi Slovenija. 2006. *Prva groba analiza odgovorov na vprašanja o prehranskih navadah iz vprašalnika »Z zdravjem povezan življenjski slog«*.

Cindi Slovenija. Splošni podatki o odzivnosti. Dostopno prek:

<http://www.cindi-slovenija.net/raziskave> (8. avgust 2006).

Comprehensive Workplace Health promotion: Recommended and Promising Practices for Situational Assesment Tools (2006) Dostopno prek:

<http://www.thcu.ca> (8. avgust 2006)

Connelly, Luke B. 2004. Economics and health promotion. *European Journal of Health Economics* 9 (5): 236-242.

Conrad, Peter. 1987. Wellness in the workplace: potentials and pitfalls of worksite health promotion. *The Milbank Quarterly* 65 (2): 255-275.

Conrad, Karen M, KJ Conrad in J. Walcot-McQuigg. 1991. Threats to internal validity in worksite health promotion programs research: Common problems and possible solutions. *American Journal of Health Promotion* 6(2): 120.

Conrad, Peter. 2005. *The sociology of health & illness: critical perspectives*. New York: Worth Publishers.

Cox, Tom, Gordon Gotts, Neil Boot in John H. Kerr. 1988. Physical exercise, employee fitness and the management of health at work. *Work and stress* 2 (1): 71-77.

Černigoj-Sadar, Nevenka. 1991. Socialni položaj, materialni standard in način preživljanja prostega časa. *Družboslovne razprave* 8 (12): 52-65.

Černigoj-Sadar, Nevenka. 1996. Prosti čas. V *Kakovost življenja v Sloveniji*, ur. Ivan Svetlik, 197-213. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Černigoj-Sadar, Nevenka in Alenka Brešar. 1996. Vpliv socialnega položaja na zdravstveno stanje. V *Kakovost življenja v Sloveniji*, ur. Ivan Svetlik, 183-197. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Černigoj-Sadar, Nevenka. 2002. Kakovost različnih področij življenja in zdravje. V *Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*, ur. Niko Toš in Brina Malnar, 71-87. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Danna, Karen in Ricky W. Griffin. 1999. Health and well-being in the workplace: a review and syntesis of the literature. *Journal of Management* 25 (3): 357-384.

DeForge, Bruce R, Jeffery Sobal in John P. Krick. 1989. Relation of percieved health with psychosocial variables in elderly osteoarthritis patients. *Psychological reports* 64(1): 147-156.

De Greef, Marc in Karla Van den Broek. 2004. *Report. Making the case for work health promotion. Analysis of the effects of work health promotion*. Belgium: Healthy employees in healthy organisations, ENWHP.

Definition of Health Promotion. 1989. Dostopno prek:
<http://www.healthpromotionjournal.com> (1. avgust 2006)

Deitz, Diane, Royer Cook in Rebekah Hersch. 2005. Workplace health promotion and utilisation of health services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 32 (3): 306–319.

DeJoy, M. David, Heather M. Bowen, Kristin M. Baker, Bethany H. Bynum, Mark G. Wilson, Ron Z. Goetzel in Rod K. Dishman. 2009. Management support and worksite health promotion program effectiveness. *Lecture Notes in Computer Science* 5624: 13-22.

Della, J. Lindsay, David M. DeJoy, Ron Z. Goetzel, Ronald J. Ozminkowski in Mark G. Wilson. 2008. Assessing management support for worksite health promotion: psychometric analysis of the leading by example (LBE) instrument. *American Journal of Health Promotion* 22 (5): 359-367.

Dobbins, A. Timothy, Judy M. Simpson, Brian Oldenburg, Neville Owen in David Harris. 1998. Who comes to a workplace health risk assessment? *International Journal of Behavioral Medicine* 5 (4): 323-334.

Docherty, G, Fraser E, Hardin J. 1999. Health promotion in the Scottish workplace: a case for moving the goalposts. *Health Education Research* 14 (4): 565-573.

Donaldson, Stewart I. 1995. Worksite health promotion: a theory driven, empirically based perspective. V *Job stress interventions*, ur. Murphy LR, Hurrell JJ, Sauter SL, Keita GP, 73-90. Washington DC: American Psychological association.

Donaldson, Stewart I. in Anita L. Blanchard. 1995. The seven health practices, well-being, and performance at work: evidence for the value of reaching small and underserved worksites. *Preventive Medicine* 24 (3): 270-277.

Donaldson, Stewart I., Laura E. Gooler in Rachel Weisz. 1998. promoting health and well-being through work. Science and practice. V *Addressing community problems: Psychological research*, ur. Ximena B. Arriaga in Stuart Oskamp, 160-195. Thousand Oaks, CA: Sage.

Donaldson, Stewart I., Steve Sussman, Clyde W.Dent, Herbert H. Severson in Jacqueline L. Stoddard. 1999. Health behavior, quality of work life, and organizational effectiveness in Lumber industry. *Health Education & Behavior* 26 (4): 579-591.

Dossey, Barbara Montgomery, Lynn Keegan, Cathie Guzzetta in Leslie Gooding Kolkmeier. 1988. *Holistic nursing: a handbook for practice*. Maryland: Aspen.

Downie, Robert S., Carol Fyfe in Andrew Tannahill. 1992. *Health Promotion Models and Values*. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press.

Drucker, F. Peter. 1990. *Managing the non-profit organization: practices and principles*. New York: HarperCollins Publishers.

Duaso, Maria Jose in Philip Cheung. 2002. Health promotion and lifestyle advice in a general practice: what do patients think? *Journal of Advanced Nursing* 39 (5): 472-479.

Emont, SL in KM Cummings. 1990. Organizational factors affecting participation in a smoking cessation program and abstinence among 68 auto dealerships. *American Journal of Health Promotion* 5: 107-114.

Erikson, H. Erik. 1967. *Childhood and society*. Middlesex: Penguin.

Eržen, Ivan. 2005. Epidemiologija okolja. V *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2005. Zbornik prispevkov*, ur. Marjan Bilban, 103-111. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

European Foundation for the improvement of living and working Conditions (EUROFOUND). 2009. *European Working Conditions Survey. Raziskava o pogojih pri delu*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities. Dostopno prek:

<http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/tn0908040s/tn0908040s.pdf> (14.julij 2009)

European Network For Workplace Health Promotion. 1999. *Quality criteria of workplace health promotion*. Essen: Healthy Employees In Healthy Organisations, European Network For Workplace Health Promotion.

European Network for Worksite Health Promotion. 2004. *Report. Making the case for Work Health Promotion. Analysis of the effects of Work Health Promotion*. Belgium: Healthy Employees in Healthy Organisations, European Network for Worksite Health Promotion.

European Network for Worksite Health Promotion. Dostopno prek: <http://www.enwhp.org/workplace-health-promotion.html> (12.januar 2005)

European Network of Worksite Health Promotion. 2007. *Luxenburg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union*. Dostopno prek: http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf

(16.avgust 2009)

Feeley, Hugh Thomas, Timothy J. Servoss in Chester H. Fox. 2004. The effects of an outpatient wellness program on subjective quality of life in people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27 (3): 275-278.

Fielding, E. Jonathan. 1984. Health promotion and disease prevention at the worksite. *Annual Review of Public Health* 5: 237-265.

Fielding, E. Jonathan in Philip V. Piserchia. 1989. Frequency of worksite health promotion activities. *American Journal of Public Health* 79 (1): 16-20.

Fielding, E. Jonathan. 1990. Worksite health promotion programs in the United states: progress, lessons and challenges. *Health Promotion International* 5 (1): 75-84.

Fikfak, Dodič, Metoda. 2002. Promocija zdravja na delovnem mestu – profit delavca in delodajalca. *Kadri* (marec): 36-41.

Fine, Ava, Malcom Ward, Michael Burr, Chris Tudor-Smith in Anne Kingdon. 2004. Health promotion in small workplaces – a feasibility study. *Health Education Journal* 63: 334-46.

Frankl, Viktor. 1962. Man's search for meaning. V *Pozitivna psihologija: Subjektivni (emocionalni) blagor in zadovoljstvo z življenjem*, Janek Musek in Andreja Avsec, 44. *Anthropos* 1 (3): 41-68.

Giaccone, Mario in Elanor Colleoni. Annual review of working conditions in the EU 2008 – 2009. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dostopno prek:

<http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0908040s/tn0908040s.htm>(18.maj2009)

Gillen, Marion, Davis Baltz, Margy Gassel, Luz Kirsch in Diane Vaccaro. 2002. Percieved safety climate, job demands, and coworker support among union and nonunion injured construction workers. *Journal of Safety Research* 33: 33-51.

Glasgow, Russel E., Jack F. Hollis, Dennis V. Ary in Harry A. Lando. 1990. Employee and organizationsl factors associated with participation in an

incentive-based worksite smoking cessation program. *Journal of Behavioral Medicine* 13 (4): 403-418.

Glasgow, Russel E., G. Sorensen in K. Corbett. 1992. Worksite smoking control activities: prevalence and related worksite characteristics from the COMMIT study, 1990. *Journal of Preventive Medicine* 21 (6): 688-700.

Glasgow, Russel E., Kevin D. McCaul in John K. Fisher. 1993. Participation in worksite health promotion: A critique of the literature and recommendations for future practice. *Health Education and Behavior* 20 (3): 391-408.

Glasgow, Russel E., Terborg R. James, Strycker A. Lisa, Boles M. Shawn in Jack F. Hollis. 1997. Take heart II: replication of a worksite health promotion trial. *Journal of Behavioral Medicine* 20 (2): 143-161.

Goetzel, Ron Z. in Roland J. Ozminkowski. 2002. Program evaluation. V *Health promotion in the workplace*, ur. Michael P. O'Donnel, 116-165. Delmar: Thomson Learning, Inc.

Goetzel, Ron Z. in Nicholas P. Pronk. 2010. Worksite health promotion. How much do we really know about what works? *American Journal of Preventive Medicine* 38 (2S): S223-S225.

Golaszewski, Thomas, Donald Barr in Nico Pronk. 2003. Development of Assessment tools to Measure Organizational Support for Employee Health. *American Journal of Health Behavior* 27 (1): 43-54.

Gottlieb, Nell H. in Kenneth R. McLeroy. 1994. Reflections on certification. *American Journal of Health Promotion* 9 (1): 17-18.

Grant, B. Carol in Robert E. Brisbin. 1992. *Workplace wellness: the key to higher productivity and lower health costs*. New York: Van Nostrand Reinhold.

Green, Lawrence W. in Judith M. Ottoson. 2006. A framework for planning and evaluation: PRECEDE-PROCEED evolution and application of the model. 10es ans Journees de Sante Publique. Montreal, Quebec. Dostopno prek: <http://www.inspq.qc.ca/asp/docs/jasp/presentations/2006/JASP2006-Ottawa-Green-Ottoson14-1.PDF> (5. april 2010).

Green, Lawrence W. in Marshall W. Kreuter. 1999. *Health promotion planning: an educational and ecological approach*. New York: McGraw-Hill Higher Education.

Green, Rod, Susan Malcom, Ken Greenwood in Gregory Murphy. 2001. Impact of health promotion program on the health in primary school principals. *The International Journal of Educational Management* 15 (1): 31-38.

Griffin, Barbara L., Nicky Hall, Nigel Watson. 2005. Health at work in small and medium enterprises. Issues of engagement. *Health Education* 105 (2): 126-141.

Griffiths, Amanda. 1996. The benefits of employee exercise programmes: a review. *Work & Stress* 10 (1): 5-3.

Griffiths, John. 2005. Workplace Health Promotion – a ten year perspective! *ENWHP Online Journal* 10: 1-2. Dostopno prek

<http://www.enwhp.org/news/newsletter/10> (1. avgust 2005)

Hanlon, Phil, L. Carey L, C Tannanhill, Michael Kelly, H Gilmour, Andrew Tannanhill in J. McEven. 1998. Behavior change following a workplace health check: how much change occurs and who changes? *Health Promotion International* 13 (2): 131-139.

Harrington, JM. 2001. Health effects of shift work and extended hours of work. *Occupational and Environmental Medicine* 58 (1): 68-72.

Haynes, George, Tim Dunnagan in Vince Smith. 1999. Do employees participating in voluntary health promotion programs incur lower health care costs? *Health Promotion International* 14 (1): 43-51.

Health Promotion can produce economic savings (1987). Lansing: Center for Health promotion, Michigan Dept of Health: 9.

Hennesy, Hagan Catherine, David G. Moriarty, Zack M. Matthew, Paul A. Scherr in Robert Brackbill. 1994. Measuring health-related quality of life for public health surveillance. *Public Health Reports* 109 (5): 665-672.

Hermon, David A. in Richard J. Hazler. 1999. Adherence to a wellness model and perceptions of psychological well-being. *Journal of counselling & development* 77 (3): 339-343.

Ho, Janice TS. 1997. Corporate wellness programmes in Singapore: effect on stress, satisfaction and absenteeism. *Journal of Managerial Psychology* 12 (3): 177-189.

Holdsworth, M, NT Raymond in C Haslam. 2004. Does the heartbeat award scheme in England result in change in dietary behaviour in the workplace? *Health Promotion International* 19 (2): 197-204.

Hollander, RB in JJ. Lengerman. 1988. Corporate characteristics and worksite health promotion programs: survey findings from Fortune 500 companies. *Social Science and Medicine* 26: 491-501.

Hood, Jacqueline N. in Howard L. Smith. 1994. Quality of work life in home care: the contribution of leader's personal concern to staff. *The Journal of Nursing Administration* 24 (1): 40-47.

House, James S. 1980. *Occupational stress and the mental and physical health of factory workers*. Ann Arbor: University of Michigan, Institute of Social Research.

Houtman, Irene LD, Paulien M. Bongers, Peter GW. Smulders in Michiel AJ. Kompier. 1994. Psychosocial stressors at work and musculoskeletal problems. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 20: 139-145.

Howze, Elizabeth H., Grant T. Bladwin and Michelle Crozier Kegler. 2004. Environmental health promotion: Bridging traditional environmental health in health promotion. *Health Education Behavior* 31: 429-440.

Idler, EL in RJ Angel. 1990. Self-rated health and mortality in the NHANES-I epidemiologic follow-up study. *American Journal of Public Health* 80(4): 446-452.

Inštitut za družbene vede. 1994. *Kakovost življenja v Sloveniji*. Vprašalnik. Ljubljana: Inštitut za družbene vede, Center za raziskovanje družbene blaginje.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ). 2007. Odsotnost z dela zaradi zdravstveno opravičenih razlogov. Dostopno prek http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/1492-odsotnost....pdf (18. maj 2010)

Isshiki, Yuriko in Kanehisa Morimoto. 2004. Lifestyles and psychosomatic symptoms among elementary school students and junior high school students. *Environmental Health and Preventive Medicine* 9: 95-102.

Ivančič, Angelca. 1996. Vseživljenjsko izobraževanje in socialna neenakost. V *Kakovost življenja v Sloveniji*, ur. Ivan Svetlik, 45-80. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Jouttimaki, Liisa. 2005. *WHP-STEPS. Brief in English*. Finnish institute of occupational health, Department of Research and Development of OHS.

Kahan, Barbara in Michael Goodstadt. 2001. The interactive domain model of best practices in health promotion: developing and implementing a best practices approach to health promotion. *Health Promotion Practice* 2 (1): 43-67.

Kamin, Tanja. 2004. *Promocija zdravja in mit opolnomočnega državljanca. Doktorska disertacija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kanter, RM. 1993. *Men and women in the corporation*. New York: Basic books.

Karasek, Robert in Tores Theorell. 1990. *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Kasl, Stanislav V. in Seth Serxner. 1992. Health promotion at the worksite. V *International review of health psychology*, ur. Stan Maes, Howard Leventhal in Marie Johnston, 111-142. Chichester: John Wiley & Sons.

Kay, Eleonor J in David Locker. 1996. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 24: 231-235.

Keber, Dušan, Albreht Tit, Polona Bracar, Silva Pečar-Čad, Irena Kirar-Fazarinc, Mladen Markota, Dorjan Marušič, Sonja Grobovšek-Opara, Radivoje Pribaković Brinovec, Andrej Robida, Mateja Rok-Simon, Jožica Šelb-Šemerl, Janja Šešok, Nevenka Kelšin, Alenka Kraigher, Daša Moravec Berger, Danica Rotar-Pavlič,

Marija Seljak, Polonca Truden-Dobrin, Maks Tajnikar, Andrej Kovačič, Petra Došenović Bonča, Jože Arzenšek in Julijana Bizjak-Mlakar. 2003. *Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost: osnutek*. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje.

Kelsey, Kristine Susan, Brenda DeVellis McEvoy, Munni Begum, Leigh Belton, Elisabeth Ooten Gerken in Marci Campbell Kramish. 2006. Positive Affect, Exercise and Self-Reported Health in Blue-collar Women. *American Journal of Health Behavior* 30 (2): 199-207.

Kersnik, Janko. 1998. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicini SZD.

Kessler, Ronald C., Catherine Barber, Beck Arne, Patricia Berglund, Paul D. Cleary, David McKenas, Nico Pronk, Simon Gregory, Paul Stang, T. Bedirhan Ustun in Phillip Wang. 2003. The World health organization health and work performance questionnaire (HPQ). *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 45 (2): 156-174.

Kirsten, Tiaan GJC., Haanes JL. Van der Valt in Charles T. Viljoen. 2009. Health, well-being and wellness: An anthropological eco-systemic approach. *Health SA Gesondheid* 14 (1): 1-7.

Kirsten, Wolf. 2002. Global perspectives in workplace health promotion. V *Health promotion in the workplace*, ur. Michael P. O'Donnel, 541-574. Delmar: Thomson Learning, Inc.

Kivelä, Sirkka-Liisa in Kimmo Pahkala. 1989. The prognosis of depression in old age. *International Psychogeriatrics* 1: 119-133.

Klanjšček, Ciril. 1995. Identifikacija ovir v promociji zdravja skozi samorefleksijo lastnega delovanja. V *Nacionalna konferenca o promociji zdravja, Ljubljana, Cankarjev dom 29. in 30. marec 1995. Zbornik prispevkov*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Knox, Sally in Jo Annalee Irving. 1997. An interactive quality of work life applied to organizational transition. *The Journal of nursing Administration* 27 (1): 39-47.

- Kočevar, Helena B. 2000. *Kakovost delovnega življenja v javni upravi. Magistrsko delo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Kotler, Philip. 1998. *Marketing management – Trženjsko upravljanje, analiza, načrtovanje, izvajanje in kontrola*. Ljubljana: Slovenska knjiga.
- Kvaliteta življenja v Sloveniji. Retrospektivna študija 1974-1994. Primarni vprašalnik*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Inštitut za družbene vede – Center za raziskovanje družbene blaginje.
- Labonte, Ron. 2001. Health promotion evaluation. Editorial. *Critical Public Health* 11 (1): 1-2.
- Lalonde, Marc. 1974. *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- Larsson, Gerry in Sven Setterlind. 1990. Work load/work control and health: moderating effects of heredity, self-image, coping, and health behaviour. *International Journal of Health Sciences* 1-2: 79-88.
- Larson, E.Carl in Frank MJ. LaFasto. 1989. *Teamwork. What must go right/what can go wrong*. Newbury Park: Sage Publications, Inc.
- Laschinger, Heather K. Spence, Joan Finegan, Judith Shamian in Shelley Casier. 2000. Organizational trust and empowerment in restructured healthcare settings. *Journal of Nursing Administration* 30 (9): 413-425.
- Last, John M., Robert A. Spasoff in Susan S. Harris, eds. 2001. *A dictionary of epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Learmonth, Alyson in Phil Mackie. 2000. Evaluating effectiveness in health promotion: a case of re-inventing the millstone? *Health Education Journal* 59 (3): 267-280.
- Lin, Vivian in Sally Fawkes. 2005. Achieving effectiveness in health promotion programs: evidence, infrastructure and action. V *Behavioural change. An evidence-based handbook for social and public health*, ur. Colette J. Browning in Shane A. Thomas, 17–43. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.

Linnan, Laura A., Joseph L. Fava, Beti Thompson, Karen Emmons, Karen Basen-Engquist, Claudia Probart, Mary Kay Hunt in Jerianne Heimendinger. 1999. Measuring participatory strategies: instrument development for worksite populations. *Health Education Research* 14 (3): 371–386.

Losito, Joanna M., Susan O. Murphy in Mary L. Thomas. 2006. The effects of group exercise on fatigue and quality of life during cancer treatment. *Oncology Nursing Forum* 33 (4): 821–825.

Lyons, Renee, Lynn MA. Langille. 2000. *Healthy lifestyle: strenghtening the effectiveness of lifestyle approaches to improve health*. Canada: Dalhause University, Health Canada, Health Promotion and Program Branch.

MacDonald, Gordon in John K. Davies. 1998. Reflection and vision. Proving and improving the promotion of health. V *Quality, Evidence and effectiveness in health promotion. Striving for certainties*, ur. John K. Davies in Gordon MacDonald. USA, Canada: Routledge.

MacDonald, Gordon, C. Veen in Keith Tones. 1996. Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. *Health Education Research* 11 (3): 367-376.

Macur, Mirna. 2000. *Vpliv privatizacije na kvaliteto zdravstvenih storitev – evalvacija z vidika uporabnika. Doktorska disertacija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani.

Maes, Stan, Chris Verhoeven, France Kittel in Hetty Scholten. 1998. Effects of a Dutch work-site wellness-health program: The Barbantia Project. *American Journal of Public Health* 88 (7): 1037-1041.

Maes, Stan, Chris Verhoeven in Margot Van der Doef. 2000. *Job conditions and wellness/health outcomes: a cross-cultural study*. Tokyo: Asian Conference of Health Psychology and Culture.

Malnar, Brina. 2002. Sociološki vidiki zdravja. V *Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*, ur. Niko Toš in Brina Malnar, 3-32. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

- Manios, Yannis, Anthony Kafatos in George Mamalakis. 1998. The effects of a health education intervention initiated at first grade over a 3 year period: physical activity and fitness indices. *Health education research* 13 (4): 593 – 606.
- Marks, David F. in Catherine M. Sykes. 2002. Evaluation of the European Union Programme of Community Action on Health Promotion, Information, Education and Training 1996-2000. *Health promotion International* 17 (2): 105-118.
- Marolt, Janez in Gomišček Boštjan. 2005. *Management kakovosti*. Kranj: Moderna organizacija.
- Matteson, Michael T. in John M. Ivancevich. 1988. Health promotion at work. V *International review of industrial and organizational psychology*, ur. CL. Cooper in I. Robertson, 279-306. Hichester, England: Wiley.
- McElligott, Deborah, Kathleen L. Capitulo, Diana L. Morris in Elizabeth R. Click. 2010. The effect of a holistic program on health-promoting behaviors in hospital registered nurses. *Journal of holistic Nursing* 20 (10):1-9.
- McGillivray, David. 2002. Health promotion in the workplace: a missed opportunity? *Health Education* 102 (2): 60-67.
- McKenzie, James in Jan L. Smeltzer. 1997. *Planning, implementing and evaluating health promotion programs: a primer*. Boston, London: Allyn&Bacon.
- McLeroy, Kenneth R., Nell H. Gottlieb in Catherine A. Heaney. 2002. Social health in the workplace. V *Health promotion in the workplace*, ur. Michael P. O'Donnel, 459-492. Delmar: Thomson Learning, Inc.
- McLeroy, R. Kenneth, Daniel Bibeau, Allan Steckler in Karen Glanz. 1988. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly* 15 (4): 351-377.
- McMahon, Ann, Cecily C. Kelleher, Geraldine Helly in Elaine Duffy. 2002. Evaluation of a workplace cardiovascular health promotion programme in the Republic of Ireland. *Health Promotion international* 17 (4): 297 – 308.

- McNeese, Smith K. Donna. 1997. The influence of manager behavior on nurses job satisfaction, productivity, and commitment. *Journal of Nursing Administration* 27 (9): 47-55.
- Meeberg, Glenda A. 1993. Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced nursing* 18 (1): 32-38.
- Merrill, Ray M., Steven G. Aldana, Roger L. Greenlaw, Hans A. Diehl, Audrey Salberg in Heike Engelrt. 2008. Can newly acquired healthy behaviors persist. An analysis of health behavior decay. *Preventing Chronic Disease* 5 (1): 1-17.
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
- Mowday, Richard T., Lyman W. Porter, Richard Steers. 1982. *Organizational linkages: the psychology of commitment absenteeism and turnover*. New York Academic Press.
- Musek, Janek in Andreja Avsec. 2002. Pozitivna psihologija: Subjektivni (emocionalni) blagor in zadovoljstvo z življenjem. *Anthropos* 1 (3): 41-68.
- Musek, Janek in Vid Pečjak. 1995. *Psihologija*. Ljubljana: Educy.
- Musich, Shirley A., Laura Adams in Dee W. Edington. 2000. Effectiveness of health promotion programs in moderating medical costs in the USA. *Health Promotion International* 15 (1): 5–15.
- Muto, Takashi, M Tomita, S Kikuchi in T Watanabe. 1997. Methods to persuade higher management to invest in health promotion programmes in the workplace. *Occupation Medicine* 47 (4): 210–216.
- Naditch, MP. 1986. Staywell: evolution of a behavioral medicine program in industry. V *Health and industry: A behavioral medicine perspective*, ur. MF Cataldo in TJ Coates, 323 – 337. New York: John Wiley & Sons.
- Neiger, Brad L., Rosemary Thackeray, Michael D. Barnes in James F. McKenzie. 2003. Positioning social marketing as a planning process for health education. *American Journal of Health Studies* 18 (2/3): 75-80.

Novak, Mojca. 1995. Konceptualna vprašanja proučevanja kakovosti življenja. V *Kakovost življenja v Sloveniji*, ur. Ivan Svetlik, 7-43. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Nutbeam, Don. 1998. Evaluating Health Promotion—progress, problems and solutions. *Health Promotion International* 13 (1): 27–44.

Nutbeam, Don. 2005. What would the Ottawa Charter look like if it were written today? Reviews of health promotion and education online. Dostopno prek:

<http://www.rhpeo.org/reviews/2005/19/index.htm> (12.8.2005).

O'Donnell, Michael P. 1989. Definition of health promotion: part III. Stressing the impact of culture. *American Journal of Health Promotion* 3 (3): 5.

O'Donnell, Michael P. ur. 2002. *Health Promotion in the Workplace*. USA: Delmar Thomson Learning.

O'Donnell, Michael P. 2009. Definition of health promotion 2.0: embracing passion, enhancing motivation, recognizing dynamic balance, and creating opportunities. *American Journal of Health Promotion* 24 (1): iv.

Okamura, Tomonori, Taichiro Tanaka, Toru Takebayashi, Hideaki Nakagawa, Hiroshi Yamato, Katsushi Yoshita, Takashi Kadawaki, Akira Okayama in Hirotsugu Ueshima. 2004. Methodological Issues for Large-Scale Intervention Trial of Lifestyle Modification: Interim Assessment of High-Risk and Population Strategy of Occupational Health Promotion (HIPOP-OHP) Study. *Environmental Health and Preventive Medicine* 9 (julij): 137–143.

Ontario Health Promotion Research System (OHPRS). Dostopno prek: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/determinants/> (12. januar 2005)

Pahor, Majda. 1999. Zdravstvena sociologija. *Teorija in praksa* 36 (6): 1014-1026.

Parmer, Twinet in Tecora Rogers. 1997. Religion and health: holistic wellness from the perspective of two African American church denominations. *Counselling and Values* 42 (1): 55-67.

Pavliha, Milan. 2009. Sveti delavec in problematika stresa na delovnem mestu. *Varnost in zdravje pri delu*. Dostopno prek:

<http://www.delavska-participacija.com/clanki/ID040817.doc> (19. avgust 2010)

Pechter, Kerry. 1986. Corporate fitness and blue-collar fears. *Across the Board* 23(10): 14-21.

Pelletier, Jocelyne, Jocelyne Moisan, Renee Roussel in Martine Gilbert. 1997. Heart health promotion: a community development experiment in a rural area of Quibec, Canada. *Health Promotion International* 12 (4): 291-298.

Peltomäki, Päivi, Mauri Johansson, Wolfgang Ahrens, Maria Sala, Catharina Wesseling, Freddy Brenes, Carme Front, Kaj Husman, Gemma Janer, Tarja Kallas-Tarpila, Manolis Kogevinas, Minna Loponen, Maria Dolors Sole, Jürgen Tempel, Kaisa Vasama-Neuvonen in Timo Partanen. 2003. Social context for workplace health promotion: feasibility considerations in Costa Rica, Finland, Germany, Spain and Sweden. *Health Promotion International* 18 (2): 115–126.

Pender, Nola J., Carolyn L. Murdaugh in Mary P. Ann. 2006. *Health promotion in nursing practice*. Upper Saddle River, New York: Prentice Hall.

Peters, Kathleen K. in John G. Carlson. 1999. Worksite stress management with high-risk maintenance workers: a controlled study. *International Journal of Stress Management* 6 (1): 21-44.

Phillips, Ceri, Colin Palfrey in Paul Thomas. 1994. *Evaluating health and social care*. Haundmills, Basingstoke, Hampsire: The Macmillan Press.

Piaget, Jean. 1971. *Biology and knowledge*. Chichago: University of Chicago.

Pieper, Carl, Andrea Z. LaCroix in Robert A. Karasek. 1989. The relation of psychosocial dimensions of work with coronary heart disease risk factors: a meta-analysis of five US data bases. *American Journal of Epidemiology* 129: 483-494.

Podnar, Klemen in Urška Golob. 2009. Notranja dimenzija družbene odgovornosti podjetij. Dostopno prek:

<http://www.delavska-participacija.com/clanki/ID030207.doc> (19. avgust 2010)

Pogačnik, Vid. 1987. LV, lestvica individualnih vrednot: priročnik. Ljubljana, Zavod SR Slovenije za produktivnost dela, Center za psihodiagnostična sredstva.

Porta, Miquel. 2008. *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press, International Epidemiological Association.

Proper, Karin I., Allard J. van Der Beek, Vincent H. Hildebrandt, Jos WR. Twisk in Willem van Mechelen. 2004. Worksite health promotion using individual counselling and the effectiveness on sick leave; results of a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine* 61 (3): 275 – 279.

Radovan, Marko. 2001a. Kaj določa naše vedenje. *Psihološka obzorja* 10 (2): 101-112.

Radovan, Marko. 2001b. *Motivacija odraslih za izobraževanje: vrednotni, kognitivni in socialno-kulturni vidiki motivacije brezposelnih za izobraževanje. Raziskovalno poročilo*. Ljubljana: Andragoški center Slovenije.

Rauter, Martina. 2005. *Športna dejavnost v prostem času kot dejavnik kakovosti življenja. Doktorska disertacija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani.

Reardon, Jennifer. 1998. The History and Impact of Worksite Wellness. *Nursing Economics* 16 (3): 117-121.

Rogers, Martha. 1983. *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. Philadelphia: F. A. Davis: 100-103

Rootman, Irving, Michael Goodstadt, Brian Hyndman, David V. McQueen, Luise Potvin, Jane Springett in Erio Ziglio. 2001. *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. Denmark: WHO Regional Publications, European Series, No. 92.

Rosengren, Annika, Gösta Tibblin in Lars Wilhemsen. 1991. Self-percieved psychological stress and incidence of coronary artery disease in middle-aged men. *The American journal of Cardiology* 68 (11): 1171-1175.

Rus, Veljko, Vojko Antončič, Katja Boh, Nevenka Černigoj-Sadar, Sonja Drobnič, Mišo Jezernik, Žiga Knap, Bogdan Lipovšek, Srna Mandič, Mojca Novak, Stane Saksida, Andreja Tauber, Gregor Tomc in Barbara Verlič Christensen. 1985. *Kvaliteta življenja v Sloveniji. Fazno poročilo 1984*. Ljubljana: RSS.

Schaffer, Walt. 1996. *Stress management for wellness*. Florida: Harcourt Brace.

Shain, Martin in David M. Kramer. 2004. Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence. *Occupational and Environmental Medicine* 61 (7): 643-648.

Shephard, Roy J., Paul Corey, P. Renzland in Momodou Cox. 1982. The influence of an employee fitness and lifestyle modification upon medical care costs. *Canadian Journal of public health*, 73: 259-263.

Shields, Margot. 1999. Long working hours and health. *Health reports* 11(2): 34-49.

Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ). 1994. Ljubljana: DZS, Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša.

Smith, Marlaine C. 2008. Disciplinary perspectives linked to Middle range theory. V *Middle range theory for nursing*, ur. Mary J. Smith in Patricia R. Liehr, 1-13. USA: Bang printing.

Sorensen, Glorian, Anne M. Stoddard, Mary K. Hunt, James R. Herb, Judith K. Ockene, Jill S. Avrunin, Jay Himmlestein in Katharine S. Hammond. 1998. The effects of a health promotion – health protection intervention on behavioral change: The WellWorks study. *American Journal of Public Health* 88 (11): 1685-1690.

Springett, Jane. 2001. Appropriate approaches to the evaluation of health promotion. *Critical Public Health* 11 (2): 139-151.

Starkey, Fanella in Judy Orme. 2001. Evaluation of a primary school drug drama project. Methodological issues and key findings. *Health Education Research* 16 (5): 609–622.

Stoate, Howard G. 1989. Can health screening damage your health? *Journal of the Royal College of general practitioners* 39: 193-195.

Strgar, Eva in Tanja Urdih Lazar. 2005a. *Čili za delo. Program promocije zdravja na delovnem mestu. Vprašalnik za direktorje in direktorice*. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.

Strgar, Eva in Tanja Urdih Lazar. 2005b. Pripravljenost delodajalcev na izvajanje programov promocije zdravja in njihov odnos do zdravja. *Sanitas et labor* 4(1): 135-167.

Stuifbergen, Alexa K., Anne Seraphine in Greg Roberts. 2000. An explanatory model of Health Promotion and Quality of life in Chronic Disabling Conditions. *Nursing Research* 49 (3): 122-129.

Svetlik, Ivan. 1991. Delo in kakovost življenja. *Družboslovne razprave* 8 (12): 19-34.

Svetlik, Ivan. 1996a. Kakovost delovnega življenja. V *Kakovost življenja v Sloveniji*, ur. Ivan, Svetlik, 162-182. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Svetlik, Ivan. 1996b. Zadovoljstvo z življenjem in delom. V *Kakovost življenja v Sloveniji*, ur. Ivan, Svetlik, 337-351. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Svetlik, Ivan. 1997. Kakovost delovnega življenja. Dostopno prek: <http://www.delavska-participacija.com/clanki/ID970403.doc> (14. julij, 2010)

Svetlik, Ivan. 1998a. Kakovost delovnega življenja skozi dobre medosebne odnose v organizaciji. Socialna vključitev delavcev v organizacijo. Dostopno prek: <http://www.delavska-participacija.com/clanki/ID980902.doc> (14. julij, 2010)

Svetlik, Ivan. 1998b. Oblikovanje dela in kakovost delovnega življenja. V *Management kadrovskih virov*, ur. Stane Možina, 147-174. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Svetlik, Ivan. 2002. Evropski modeli upravljanja človeških virov. V *Slovensko sociološko srečanje 2002, Portorož, 10. do 12. oktober*, ur. Stane Možina, 379 – 401. Ljubljana: Slovenija 2002, Sociološki pregled stanja in sprememb.

Svetlik, Ivan. 2004. Kadrovska dejavnost pred novimi izzivi. *Kadri* 10 (13), 5-9.

SZO (glej WHO, World Health Organization)

Štern, Bojanka. 2006. Evalvacija v promociji zdravja – primer programa Cindi Slovenija. V *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja. Zbornik prispevkov*, ur. Lijana Zaletel Kragelj, 24-36. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Takano, Miyuki, Makoto Matsukura, Koichi Harada, Ching-nian Wei, Shoko Ohmori, Takashi Miyakita, Teruhisa Miike in Atsushi Ueda. 2005. Behavior and Lifestyle Factors Related to Quality of life in Junior High School Students. *Environmental Health and Preventive Medicine* 10 (marec): 94-102.

Terborg, James R. 1988. The organization as a context for health promotion. V *The social psychology of health*, ur. S. Spacapan in S. Oskamp, 129-174. Newbury Park: Sage Publications.

Teržan, Metka. 2005. Promocija zdravja na delovnem mestu. V *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2005. Zbornik prispevkov*, ur. Marjan Bilban, 151-163. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Thompson, Janet. 1997. Employee health programmes: a model designed for local company. *Journal of Workplace Learning* 9 (2): 83-87.

Thurston, E. Wilfreda, Ardene R. Vollman, Douglas R. Wilson, Gail MacKean, Roxanne Felix in Mary-Frances Wright. 2003. Development and testing of a framework for assessing the effectiveness of health promotion. *Soz.–Präventivmed* 48: 301-316.

Titze, Sylvia, Martin W. Brian, Seiler Roland in Bernard Marti. 2001. A worksite intervention module encouraging the use of stairs: results and evaluation issues. *Soz.–Präventivmed* 46:13–19.

Toš, Niko. 1996. *Slovensko javno mnenje: zaključno poročilo o rezultatih opravljenega raziskovalnega dela na področju temeljnega raziskovanja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Inštitut za družbene vede, enter za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij, 182.

Toš, Niko. 2002. Socialne determinante zdravega vedenja: pogled nazaj: iz raziskave SJM 1982. V *Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosa*

do zdravja in zdravstva, ur. Niko Toš in Brina Malnar, 163 - 232. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Toš, Niko in Brina Malnar. 2002a. Stališča o zdravju in zdravstvu. V *Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*, ur. Niko Toš in Brina Malnar, 87-162. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Toš, Niko in Brina Malnar, ur. 2002b. *Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Toth, Martin. 2006. Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva. *Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu* 22 (2): 40-47.

Travis, W. John in Regina S. Ryan. 2001. *Simply well. Choices for a healthy life*. Berkeley: Ten Speed Press.

Tri Fit Inc. 1998. Organizational Health Audit. A collaborative tool developed by Tri Fit Inc. Dostopno prek <http://www.trifit.com> (8.avgust 2006)

Trudeau, James V., Diane K. Deitz in Royer F. Cook. 2002. Utilization and cost of behavioral health services: employee characteristics and workplace health promotion. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 29 (1): 61-74.

Vaandrager, Lenneke, Tamara Raaijmakers in Christel van Capelleveen. 2004. *ENWHP toolbox. A European collection of methods and practices for promoting health at the workplace*. Netherlands: Healthy employees in Healthy organisations, European Network for Workplace Health Promotion.

Van Marris, Barb in Braz King. 2006. *Evaluating Health Promotion Programs*. Ontario: University of Toronto.

Verhoeven, Chris JM. 1997. *Wellness effects of a worksite health promotion program*. Leiden: Leiden University, Health Psychology Series.

Verhoeven, Chris, Stan Maes, Vivian Kraaij in Katherine Joeekes. 2003. The job demand-control-social support model and wellness/health outcomes: a european study. *Psychology and Health* 18 (4): 421-440.

Vogel, Laurent. 2005. *Zdravje pri delu. Osem prednostnih področij za politiko skupnosti*. Dostopno prek <http://www.bestpractices-healthpromotion.com> (1.julij 2006)

Vučković, Rade. 2009. *Primerjalna analiza normativne ureditve in gibanje zdravstvenega absentizma v Sloveniji in drugih državah EU*. Problemska konferenca – zdravstveni absentizem v Sloveniji – začasna zadržanost od dela iz zdravstvenih razlogov. 19.5.2009. Dostopno prek:

http://www.google.si/search?hl=sl&rlz=1G1GGLQ_SLSI377&q=vu%20C4%20Dkovi%20C4%208D+rade+primerjalna+analiza+zdravstvenega+absentizma&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=&gs_upl=12719%2C625%2C26%2C13%2C191%2C250%2C2%3A21 (2. julij 2010)

Waller, Deborah, Martyn Agass, David Mant, Angela Coulter, Alice Fuller in Lesley Jones. 1990. Health checks in general practice: another example of inverse care? *British Medical Journal* 300 (28): 1115-1118.

Warner, Kenneth E., Thomas M. Wickizer, Richard A. Wolfe, Joan E. Schildroth in Michael H. Samuelson. 1988. Economic implications of workplace health promotion programs: a review of the literature. *Journal of Occupational Medicine* 30 (2): 106-112.

Warner, Kenneth E.. 1987. Selling health promotion to corporate American: uses and abuses of the economic argument. *Health Education Quarterly* 14 (1): 39-55.

Watson, Jonathan, Sarah Cunningham Burley, Nick Watson in Kathryn Milburn. 1996. Lay theorizing about »the body« and implications for health promotion. *Health Education Research* 11 (2): 161-172.

Watts, Parris. 1993. Fitness and wellness concepts. V *Fitness and health promotion*, ur. Tom R. Thomas, 2-15. Dubuque: Eddie Bowers Publishing, inc.

- Wheller, Robert J. 1991. The theoretical and empirical structure of general well-being. *Social indicators research* 24(1): 71-79.
- Whitehead, Dean, Ann Taket in Pam Smith. 2003. Action research in health promotion. *Health Education Journal* 62 (1): 5-22.
- Whitehead, Dean. 2006. Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers. *Journal of nursing Management* 14: 59-68.
- Wilcox, Sara, Marsha Dowda, Sarah F. Griffin, Carol Rheaume, Marcia G. Ory, Laura Levinton, Abby C. King, Andrea Dunn, David M. Buchner, Terry Bazzarre, Paul A. Estabrooks, Kimberly Campbell-Voytal, Jenny Bartlett-Prescott, Diane Dowdy, Cinthia M. Castro, Ruth Ann Carpenter, David A. Dzewaltowski in Robin Mockenhaupt. 2006. Results of the first year of active for life: translation of 3 evidence – based physical activity programs for older adults into community settings. *American Journal of Public Health* 96 (7): 1201–1209.
- Wilkinson, Carol. 1999. Management, the workplace and health promotion: fantasy or reality? *Health Education Journal* 58 (1): 56-65.
- Wilkinson, Richard in Michael Marmot. 2003. *Social determinants of health*. Denmark: World Health Organization.
- Wimbush, Erica in Jonatan Watson. 2000. An evaluation framework for health promotion: theory, quality and effectiveness. *Evaluation* 6 (3): 301-321.
- Windsor, Richard A., Thomas Baranowski, Noreen Clark in Gary Cutter. 1984. *Evaluation of Health Promotion and Education Programs*. Palo Alto, California: Mayfield Publishing Company.
- Wissing, Marie P. 2000. *Wellness: Construct clarification and framework for future research and practice*. Paper presentation, May 2-5. Port Elizabeth: First South African National Wellness Conference.
- Witte, Kim. 1993. Managerial style and health promotion programs. *Social Science and Medicine* 36 (3): 227–235.

World Health Organization. 1986. *Ottawa charter for health promotion*. Ottawa: World Health Organization, Health And Welfare Canada, Canadian Public Health Association.

World Health Organization. 1998a. *Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers. Report of the WHO European Working Group On Health Promotion Evaluation*. Denmark: World Health Organization, Regional Office For Europe

World Health Organization. 1998b. *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.

Wynne, Richard in Robert Grundemann. 1999. *New Approaches to improve the health of a changing workforce*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Wynne, Richard. 1997. *Workplace health promotion in Europe. Programme summary*. Ireland: European Foundation for the improvement of living and Working Conditions.

Yajima, Shinko, Takehito Takano, Keiko Nakamura in Masafumi Watanabe. 2001. Effectiveness of a community leaders programme to promote healthy lifestyles in Tokyo, Japan. *Health Promotion International*, 16 (39): 235–243.

Yen, Louis, Alyssa Schulz, Timothy McDonald, Laura Champagne in Dee W. Edington. 2006. Participation in employer-sponsored wellness programs before and after retirement. *American Journal of Health Behavior* 30 (1): 27-38.

Yoshita, Katsushi, Taichiro Tanaka, Yuriko Kikuchi, Toru Takebayashi, Nagako Chiba, Junko Tamaki, Katsuyuki Miura, Takashi Kadowaki, Tomonori Okamura in Hirotsugu Ueshima. 2004. The evaluation of materials to provide health-related information as a population strategy in the worksite: the high-risk and population strategy for occupational health promotion (HIPOP-OHP) study. *Environmental health and Preventive Medicine* 9 (July): 144 –151.

Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD). Uradni list RS 56/99 (13. julij 1999).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). Uradni list RS 9/92 (21.februar 1992).

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). Ur.l. RS 9/92 (21. februar 1992).

Zaletel-Kragelj, Lijana in Vojko Fras. 2004. Ne zadostna telesna dejavnost. V *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije: rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (z zdravjem povezan vedenjski slog*, ur. Lijana Zaletel-Kragelj, Zlatko Fras in Jožica Maučec Zakotnik, 427-474. Ljubljana: CINDI Slovenija.

Zaletel-Kragelj, Lijana, Ivan Eržen, Marjan Premik in Majda Pahor. 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Zaletel-Kragelj, Lijana, Majda Pahor in Marjan Bilban. 2004. Tvegano stresno vedenje. V *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije: rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (z zdravjem povezan vedenjski slog*, ur. Lijana Zaletel-Kragelj, Zlatko Fras in Jožica Maučec Zakotnik, 107-148. Ljubljana: CINDI Slovenija.

Zaletel-Kragelj, Lijana, ur. 2006. *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2006. Zbornik prispevkov*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Zaletel-Kragelj, Lijana. 2003. *Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije. Metode dela pri regionalnih analizah*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Zaletel-Kragelj, Lijana. 2005. *Spremljanje življenjskega sloga odraslih prebivalcev Slovenije. V Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2005. Zbornik prispevkov*, ur. Marjan Bilban, 59-70. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2006. Poslovno poročilo.

Dostopno prek:

[http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/a1042239c318a6ecc1257177004c91e1/\\$FILE/poslovno%20poro%C4%8Dilo%202005_april%202006.pdf](http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/a1042239c318a6ecc1257177004c91e1/$FILE/poslovno%20poro%C4%8Dilo%202005_april%202006.pdf) (31.3.2010)

Zucconi, Alberto, Sergio Perticaroli in Fiorella Chierichetti. 1999. *La promozione della salute nei luoghi di lavoro*. Roma: Network Europeo per la Promozione della salute nei luoghi di lavoro, Istituto Dell Approccio centrato sulla Persona.

STVARNO IN IMENSKO KAZALO

- absentizem, 40, 46, 56, 106, 129, 132, 134, 157, 159, 179, 180, 184, 241, Glejte bolniška odsotnost
- Bandura, 39, 44, 176, 188, 217
- Bilban, 7, 173, 187, 188, 217, 218, 223, 239, 244
- blagor, 32, 45, 46, 172, 224, 233; subjektivni, 45
- blagostanje. *Glejte* blagor
- bolezen, 23, 26, 27, 28, 30, 31, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 44, 49, 53, 55, 56, 58, 65, 79, 80, 140, 158, 164, 170, 180, 182, 183, 200, 204, 244, 254
- bolniška odsotnost, 41, 184, 200
- Černigoj Sadar, 6, 9, 39
- Černigoj,, 221
- čilost, 30, 172; neprekinjeni proces doseganja, 31
- delovno okolje. *Glejte* objektivni pogoji dela
- Downie, Fyfe in Tannanhill, 33
- Downie, Fyfe in Tannanhill, 6, 33
- ekspertna skupina, 114
- empirični del, 25
- ENWHP, 52, 71, 221, 226, 240, *Glejte* promocija zdravja na delovnem mestu: evropski model
- evalvacija, 6, 68, 69, 70, 79, 83, 107, 109, 110, 184, 192, 204, 207, 214, 215
- evalvacija deskriptivna, 76; izida, 99; primer, 79, 84; procesna, 78, 189; programska, 83; tipi, 77; značilnosti, 99
- evalvacija numerična: cena koristi, 75; cena učinkovitosti, 75; dobiček oz. izguba, 75; gospodarnost porabe, 74; izpostavljenost, 73; korist, 74; operativni stroški, 75; pokritost, 73; potreba, 73; prihodki, 74; stroški, 74; učinek, 74; učinkovitost, 74; učinkovitost porabe, 74; upravičenost, 74; vpliv, 73; začetni stroški, 75
- evalvacija promocije zdravja, 68; izidi, 71; kakovost, 70; numerična, 72; po Van Marris in King, 69; pomen, 68; uspešnost, 70
- Fikfak, 224
- gibanje, 44, 125, 180, 183, 202
- Green, 6, 9, 38, 49, 58, 64, 65, 66, 67, 68, 72, 73, 75, 76, 78, 83, 99, 173, 175, 179, 184, 211, 225, 226
- hipoteze, 100, 101
- IHPI, 62
- indeks, 111, 116, 119, 120, 124, 125, 131, 132, 152, 179, 206
- indeks *uspeh*, 208
- indeksi: medsebojne zveze, 133, 136, 137, 138
- index udejstvovanja*, 205
- invazija kulture, 175
- IVZ, 41, 228
- izidi, 6, 59, 71, 72, 76, 77, 99, 106
- izjave zaposlenih, 121, 122, 154
- kakovost, 6, 7, 22, 26, 39, 44, 45, 46, 50, 55, 58, 64, 70, 71, 74, 76, 78, 94, 99,

101, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 123, 129, 130, 132, 133, 138, 148, 149, 152, 159, 173, 174, 178, 179, 192, 195, 199, 201, 205, 206, 213, 214, 215, 232, 233, 234, 236

kakovost delovnega življenja, 7, 39, 53, 106, 115, 116, 140, 148, 199, 201, 238, 268; oblikovanje dela, 40; opredelitev, 39; subjektivna, 46; življenjski slog, 43

kakovost življenja, 6, 22, 26, 39, 44, 45, 46, 58, 74, 76, 99, 101, 138, 149, 159, 173, 174, 176, 192, 215, 234, 236; kazalci življenjskih pogojev, 22; subjektivna, 45

kalkulacije. *Glejte* evalvacija numerična

Kamin, 28, 47, 228

Kersnik, 55, 114, 150, 170, 229

Kotler, 70, 206, 230

kvazi-eksperiment, 103, 104, 198

Malnar, 6, 9, 38, 39, 43, 44, 177, 183, 221, 231, 240

managerji: splošni opis vzorca, 114

Marris: Van Marris in King, 6, 9, 23, 68, 69, 70, 76, 77, 78, 103, 240

McKenzie, 31, 185, 232, 233

medsebojni odnosi, 56, 87, 97, 98, 115

merilo 4-I, 212

meritve, 60, 62, 77, 81, 99, 103, 121, 139, 173, 179, 181, 192, 200, 204, 215, 259, 263

mnenje eksperta: magistrica promocije zdravja, 134, 138, 150; managerka programa, 126, 131, 165, 168, 169; zdravnik javnega zdravja, 114, 150, 170, 229; zdravnik patolog, 114, 135, 149, 159, 170

mnenje managerja, 145, 146, 147, 155, 156, 157, 158, 163, 164, 168, 169, 170

model zdravja: biomedicinski, 26; biopsihosocialni, 36; ekološki, 36; po Downie, Fyfe in Tannanhill, 33

O'Donnell, 6, 24, 37, 49, 53, 173, 175, 191, 195, 198, 216, 234

objektivni pogoji dela: delovno okolje, 39; oblikovanje dela, 40

odgovornost, 142; delavcev, 142; delodajalca, 142; zdravstva, 142

odgovornost za zdravje zaposlenih: delavcev, 148; delodajalca, 145, 148; hipoteza, 101; nosilci, 142; povezovanje, 144; povezovanje s promocijo zdravja, 148; povzetek, 150; primerjava skupin, 141, 143; zdravstva, 148

odgovornosti za zdravje zaposlenih: hipoteza, 100

odnos delodajalca, 7, 66, 151, 152, 154, 183, 199, 215; hipoteza, 101; opis indeksa, 152; povezovanje, 153; primerjava skupin, 151

odnos delodajalca do zdravja delavca, 156, 160; mnenje managerjev, 155; povezovanje s promocijo zdravja, 158; povezovanje s subjektivno kakovostjo življenja, 158; povzetek, 160

odzivnost, 61, 112, 121, 168, 190, 197, 214

omejitve raziskave: anketiranje, 192; čas, 191; čas evalviranja, 191; intervju, 194; lažna uspešnost, 196; *mnenje eksperta*,

194; načrt, 189; neizkušenosť, 197; opazovanje, 193; vzorec, 196

organizacijska klima, 46

osveščenost, 66, 70, 71, 96, 100, 101, 106, 118, 120, 132, 134, 135, 178, 188, 189, 196, 201, 268

Ottawska listina, 47

Pahor, 31, 35, 39, 234, 244

povzetek, 150, 160, 170

pozitivna zdravstvena vzgoja, 63

pozitivno varovanje zdravja, 63

prehrana, 182

presentizem, 188, 200

preventiva, 23, 62

preventivna zdravstvena vzgoja, 62

preventivno varovanje zdravja, 62

pripis k anketi, 118, 127, 153, 154

priporočila za prakso: interes managerjev, 201; kalkulacije, 210; minimalni predpogoji, 198; motivacija zaposlenih, 202; način informiranja, 202; netradicionalne metode dela, 202, 203; numerična evalvacija, 211; odgovornost, 203; podpora, 200; procesna evalvacija, 205; ukrepi, 201; zadovoljstvo udeležencev, 206; zbiranje informacij, 205; zbiranje podatkov, 200; značilnosti delovne organizacije, 201

Priporočila za prakso, 198

proaktivnost za zdravje, 118; hipoteza, 100; opis ideksa, 119; povezovanje, 121; povezovanje s promocijo zdravja, 132; povezovanje s subjektivno kakovostjo delovnega življenja, 132; primerjava skupin, 120

procesna evalvacija, 6

produktivnost, 40, 50, 51, 52, 56, 64, 71, 179, 180, 187, 188, 204, 236

program Prvi: intervencije, 189

promocija zdravja, 47; cilji, 48; definicije, po avtorju, 49; kompleksnost, 63, 172, 176; model IHPI, 62; model PRECEDE-PROCEED, 64; opredelitev, 47; Ottawska listina, 48; povezovanje s proaktivnostjo za zdravje, razprava, 177; povezovanje s subjektivno kakovostjo delovnega življenja, 132; povezovanje s subjektivno kakovostjo življenja, razprava, 174; povezovanje z motivacijo za urejanje okolja, razprava, 188; povezovanje z odgovornostjo za zdravje zaposlenih, razprava, 185; povezovanje z odnosom delodajalca do zdravja delavca, 158; povezovanje z odnosom managerjev do zdravja zaposlenih, razprava, 183; povezovanje z urejanjem delovnega okolja, razprava, 187; povezovanje z zdravstvenim statusom, razprava, 182; povezovanje z življenjskim slogom, razprava, 179; prvine, 199

promocija zdravja na delovnem mestu: ameriški model, 52; evropski model, 52, 53; omejitve, 59; opredelitev, 50; pogoji, 60; povezovanje s subjektivno kakovostjo delovnega življenja, povzetek ugotovitev, 139; prednosti, 56, 64; razvoj, 51; Slovenija, 55

raziskava: instrument, 105; intervju, 109; načrt, 103; opazovanje, 110; populacija,

vzorec in realiziran vzorec, managerji, 109; populacija, vzorec in realiziran vzorec, zaposleni, 107; statistična analiza podatkov, 110; struktura vprašalnika za managerje, 108; struktura vprašalnika za zaposlene, 106

raziskovalno vprašanje, 100

samoocena zdravja, 7, 89, 97, 98, 129, 131, 132, 134, 136, 137, 192, 193

samoučinkovitost, 44

SFPO, 103, 108, 109, 114, 150, 161, 162, 163, 164, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 187, 188, 190

sinteza kulture, 175

sistem zdravstvene dejavnosti, 55; učinkovitost, 55

sistem zdravstvenega varstva, 55

Slovenija, 42, 150, 220, 238, 239, 244

stres, 7, 36, 37, 40, 42, 46, 53, 58, 80, 82, 91, 92, 93, 94, 106, 123, 124, 125, 127, 128, 136, 137, 138, 158, 159, 160, 164, 176, 180, 183, 188, 189, 199, 235, 263

strošek, 66, 189, 209, 210

stroški, 40, 44, 45, 52, 56, 57, 59, 65, 66, 71, 72, 73, 74, 75, 79, 82, 184, 187, 191, 204, 209, 210, 211, 212, 270

subjektivna kakovost delovnega življenja: hipoteza, 101; opis indeksa, 115; povezovanje, 117; povezovanje s promocijo zdravja, povzetek ugotovitev, 139; povezovanje s promocijo zdravja, razprava, 174; povezovanje z odnosom do zdravja delavca, 158; povezovanje z življenjskim slogom, 138; primerjava skupin, 115

subjektivni pogoji dela, 45

Svetlik, 6, 9, 22, 23, 39, 40, 46, 174, 175, 180, 183, 184, 221, 228, 234, 238

SZO, 6, 22, 27, 38, 39, 43, 47, 173, 194, 239

Travis in Ryan, 6, 9, 28, 31

tvegana vedenja, 125; kajenje, 31, 36, 37, 40, 42, 45; neobvladovanje stresa. *Glej* stres; nepravilna prehrana, 42; prekomerno uživanje alkohola, 42; primerjava skupin, 125; telesna nedejavnost, 36, 42

učinek, 40, 57, 58, 68, 72, 76, 80, 83, 138, 161, 170, 175, 182, 189, 191, 193, 196, 211, 215, 260, 268

učinkovitost, 40, 43, 56, 59, 65, 72, 80, 210, 211, 263

udejstovovanje, 71

udejstovovanje zaposlenih, 60, 66

ukrepi zdravju podporni, 186; motiviranost managerjev, 167; povzetek, 170; primerjava skupin, 160, 166; število in vrsta, 162

urejanje delovnega okolja: hipoteza, 101

urepi zdravju podporni, 175

uspešnost, 23, 24, 26, 44, 47, 60, 76, 79, 81, 94, 97, 98, 163, 169, 174, 176, 178, 179, 184, 189, 193, 198, 200, 204, 205, 206, 214, 259, 262

Van Marris in King, 198

varovanje zdravja, 49, 50, 173

Verhoeven, 6, 9, 22, 23, 43, 44, 47, 51, 56, 68, 71, 176, 177, 179, 181, 187, 191, 192, 196, 204, 231, 240, 241

vzorec, 112; demografski kazalci, 112; pogoji dela, 113

Watts, 6, 9, 30, 32, 214, 241

well-being, 32, 172

wellness, 30, 172

worried-well, 60, 177

zadovoljstvo, 7, 22, 32, 56, 58, 66, 71, 86, 97, 98, 106, 115, 116, 117, 118, 124, 137, 138, 149, 158, 159, 160, 163, 170, 174, 176, 183, 192, 202, 207, 210, 224, 233, 259, 262

zaupanje, 60, 154, 175, 176, 184, 188, 192, 200, 216

zdravje, 26; antiteza bolezni, 26; biomedicinski model, 27; blagor, 32; celovitost, 35; izbiranje, 30; kontinuum, 27; model celostnega zdravja, 32; model po Downie, Fyfe in Tannanhil, 34; napredovanje, 28; odločitev, 30; opredelitev, 172; popolno, 27; ravnotežje, 27; samo-odločanje, 35; sposobnost, 29; stroški, 45; transcendenca, 34; vplivi v delovnem okolju, 65

zdravje za vse, 54

zdravstvena vzgoja za pozitivno varovanje zdravja, 63

zdravstvena vzgoja za preventivno varovanje zdravja, 63

zdravstveni status, 129; hipoteza, 100; opis indeksa, 129; povezovanje, 131; povezovanje s proaktivnostjo za zdravje, 134; povezovanje s promocijo zdravja, 132; povezovanje s subjektivno kakovostjo delovnega življenja, 132; povezovanje z življenjskim slogom, 137; primerjava skupin, 130

življenjski slog, 6, 7, 24, 40, 44, 56, 57, 59, 79, 80, 81, 100, 123, 133, 138, 139, 148, 149, 174, 203, 268; hipoteza, 100; opis indeksa, 123; opredelitev, 43; pomen, 44; povezovanje, 126, 128; povezovanje s proaktivnostjo za zdravje, 136; povezovanje s promocijo zdravja, 132; povezovanje s subjektivno kakovostjo delovnega življenja, 132, 138; povezovanje z zdravstvenim statusom, 137; primerjava skupin, 124; zdrav, 43

Priloga A. Letak programa promocije zdravja na delovnem mestu

Zavod za zdravstveno varstvo XXX - Enota za promocijo zdravja

► ČASOVNI RAZPORED:

vsebina	Kraj X	Kraj XX	Kraj XXX
Meritve DT in gibljivosti + nasvet	Sreda 4.5.2005 DO 1 (14h), DO 2 (13h), DO 3 (12h)	Četrtek 5.5.2005 DO 4 (14h) DO 5 (13h)	Petek 6.5.2005 DO 6 (14h) DO 7 (13h)
Z gibanjem do zdravja – aktivna delavnica	Torek 10.5.2005 DO 1 (14h), DO 2 (13h), DO 3 (12h)	Četrtek 12.5.2005 DO 4 (14h) DO 5 (13h)	Petek 13.5.2005 DO 6 (14h) DO 7 (13h)
Obvladajmo stres	Torek 17.5.2005 DO 1 (14h), DO 2 (13h), DO 3 (12h)	Četrtek 19.5.2005 DO 4 (14h) DO 5 (13h)	Petek 27.5.2005 DO 6 (14h) DO 7 (13h)
Zdrava prehrana + demonstracija	Torek 24.5.05 DO 1 (14h), DO 2 (13h), DO 3 (12h)	Četrtek 26.5.05 DO 4 (14h) DO 5 (13h)	Petek 20.5.05 DO 6 (14h) DO 7 (13h)
Test hoje na 2 km	Kraj IV, sobota 21.5.2005 od 9 do 11		
MERITVE DT in gibljivosti + nasvet +TEST HOJE	Četrtek 20.10.05 DO 1 (14h), DO 2 (13h), DO 3 (12h)	Četrtek 6.10.05 DO 4 (14h), DO 5 (13h)	Sobota 15.10.05 DO 6 (14h) DO 7 (13h)

Iz objektivnih razlogov lahko pride do spremembe zastavljenega programa.

Program izvajajo: Teja Štrukelj Berginc, dipl. fizioterapevtka; Mirjam Dovečar, univ.dipl.psih.; Dantes Štor, kuhar; ZZV XX.

Koordinatorica programa: mag. Melita Peršolja, prof. zdr. vzgoje, tel: 330 86 00, melita.persolja@zo.si

Nosilec programa je Zavod za zdravstveno varstvo XX

Program je sofinanciran iz programa RRA XX.

© VESELIMO SE SREČANJA Z VAMI! ©



PROGRAM

(P)OSTANIMO ZDRAVI
(P)OSTANIMO ZDRAVI

PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU



ZZV XX

Zavod za zdravstveno varstvo XXX - Enota za promocijo zdravja

PROGRAM PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

- Čas izvedbe:** maj 2005 – december 2005
- Kraj:** X, XX, XX
- Populacija:** zaposleni v javni upravi in izobraževanju.
- Cilji:**
 - določiti dejavnike tveganja za kronične nenalezljive bolezni,
 - povečati zdravstveno osveščenost, znanje in veščine,
 - povečati delež ljudi z zdravim življenjskim slogom.
- Potek programa:**
 - **INFORMIRANJE ZAPOSLENIH O PROGRAMU:** 26.4.2005.
 - **SPREJEMANJE PRIJAV:** Prijavnice dobite na delavnici meritve dejavnikov tveganja. Prijavite se lahko od 4.5.2005 do 6.5.2005.
 - **ZDRAV KOTIČEK:** vključenim v projekt se od 4.5.05 do izvedbe ankete 1x mesečno in po potrebi pošiljajo in razdeljujejo zdravstveno-vzgojna gradiva (zloženke, plakati, letaki, vabila), materiale se postavi na eno mesto v delovni organizaciji (po predhodnem dogovoru), pripravi se prispevek za morebitno interno glasilo.
 - **NA VEZI:** udeleženci programa lahko preko interneta zastavijo vprašanja o težavah v prehrani in telesni dejavnosti. E-mail naslov, kjer se bodo vprašanja zbirala in pošiljala naprej strokovnjakom, bo dostopen po prijavi v program.
 - **MERITVE DEJAVNIKOV TVEGANJA (DT):** Z neinvazivnimi metodami bomo merili krvni tlak, določali indeks telesne mase (ITM), delež maščob v telesu in obseg pasu. Meritve se izvede dvakrat (4.-6.5.05 in novembra 05).
 - **TEST HOJE:** aerobno sposobnost se ugotovi s čim hitrejšo hojo na ravni površini v razdalji 2 km. Ob prihodu na cilj izmerimo pulz in s pomočjo računalniškega programa ugotovimo telesno zmogljivost (upoštevamo spol, starost, telesno težo, višino, čas hoje in srčni utrip). Na osnovi ugotovljene telesne zmogljivosti svetujemo ustrežno telesno dejavnost in športno vadbo, ki bo izboljšala vaše zdravje in

dobro počutje. Prvič bo test hoje na 2 km v XX 21.5.2005, drugič pa XX 6.10., v XX 15.10. in XX 20.10. S ponovitvijo testa v večmesečnem časovnem presledku lahko ugotovite vaš napredek.

- **ANKETA:** se bo izvajala dvakrat z namenom ugotavljanja sprememb v življenjskem slogu udeležencev. Podatki bodo šifrirani in anonimni.

- **DELAVNICE:**

delavnica	vsebina	obseg
Z GIBANJEM DO ZDRAVJA	- Pilates, body balance, - vaje za zdravo hrbtenico in izboljšanje psihofizičnega počutja, - mimogrede vaje na delovnem mestu (sede, stoje) in v avtu.	1 ura
ZDRAVA PREHRANA	- Prehrana kot dejavnik tveganja za zdravje, - piramida zdrave prehrane, zdrav krožnik, - zdravo hušanje.	1 ura
	Demonstracija priprave zdravih prigrizkov/napitkov na delovnem mestu	1 ura
OBVLADAJMO STRES	- stres na delovnem mestu (prijetna in neprijetna čustva), - preventiva, - samopomoč.	2 uri

* obseg delavnic je predstavljen v šolskih urah (1 ura = 45 minut)

Priloga B. Anketni vprašalnik za zaposlene

Podatki ostanejo anonimni in bodo uporabljeni zgolj v študijske namene. Prosim, izpolnjen vprašalnik v zaprti kuverti oddajte še DANES. Hvala za sodelovanje!

Prosim obkrožite ustrezní odgovor ali vpišite manjkajoče podatke!

1. **Spol:** 1 moški 2 ženski

2. **Leto rojstva:** 19_____

3. **telesna teža:**_____; **telesna višina:**_____; **ITM (BMI):**_____

4. **Obseg trebuha:**_____ cm

5. **Krvni tlak ob zadnji meritvi:**____/____ mmHg

6. **Ali ste sedaj:**

- 1 poročeni
- 2 živite v izvenzakonski skupnosti
- 3 samski
- 4 ločeni
- 5 ovdoveli

7. **Katero stopnjo izobrazbe imate?** Štejte šolo z najvišjo stopnjo, ki ste jo dejansko zaključili.

- 1 manj kot osem let osnovne šole
- 2 osem let osnovne šole
- 3 enoletna ali dvoletna srednja šola (skrajšan program)
- 4 dvoletna ali triletna srednja šola
- 5 štiriletna ali petletna srednja šola
- 6 višja šola
- 7 visoka šola
- 8 magisterij, doktorat

8. Koliko otrok imate oziroma ste imeli? **Mislímo na otroke, ki jih štejete za člane vaše družine.** _____ število otrok

9. Koliko je star najmlajši? _____ LET

10. **Kakšen je vaš običajni delovni čas? Kdaj običajno delate?**

- 1 podnevi

- 2 zvečer ali ponoči
- 3 v dveh izmenah
- 4 v treh izmenah
- 5 nereden dnevni ali tedenski raspored, poseben delovni plan ali sistem rotacije
- 6 sam si svobodno oblikujem delovni čas

11. Koliko ur običajno delate na teden? _____ ur

12. Ali so bile v vaš delovni čas prejšnji teden vključene tudi nadure in koliko? _____ skupno tedensko število nadur

13. Koliko oseb vam je podrejenih ? _____ število podrejenih

14. Kako ste, v celoti, zadovoljni s svojim sedanjim delom?

- 1 zelo nezadovoljen
- 2 nezadovoljen
- 3 niti zadovoljen, niti nezadovoljen
- 4 zadovoljen (na)
- 5 zelo zadovoljen

15. Kako ocenjujete medosebne odnose v vaši delovni organizaciji:

- 1 zelo slabi
- 2 slabi
- 3 niti slabi niti dobri
- 4 dobri
- 5 zelo dobri

16. Še nekaj vprašanj o vašem delovnem mestu: (obkrožite veljavno številko pred vsako trditvijo)

NE DA

- 1 2 Ali imate gibljiv delovni čas in lahko v določenih mejah sami odločate o prihodu in odhodu z dela?
- 1 2 Ali lahko, če imate kake zasebne opravke, zapustite svoje delovno mesto – recimo za pol ure – ne da bi morali o tem obvestiti svojega nadrejenega?
- 1 2 Ali lahko sami uravnavate tempo svojega dela?

NE DA

- 1 2 Ali je vaše delo fizično zahtevno?
- 1 2 Ali je vaše delo tako, da se vsak dan oznojite zaradi fizičnega napora?
- 1 2 Ali je vaše delo psihično naporno?
- 1 2 Ali je vaše delo tako, da se večkrat razburite ali razjezite?

17. Kako obvladujete napetosti, strese in pritiske, ki jih doživljate na delovnem mestu?

- 1 zlahka jih obvladujem
- 2 z nekaj truda jih obvladujem
- 3 z večjim naporom jih obvladujem
- 4 s hudimi težavami jih še obvladujem
- 5 ne obvladujem jih, življenje je skoraj neznosno

18. Kako skrbite za svoje zdravje?

- 1 zelo slabo
- 2 slabo
- 3 niti dobro niti slabo
- 4 dobro
- 5 zelo dobro

19. Kako ocenjujete svoje trenutno zdravstveno stanje?

- 1 zelo slabo
- 2 slabo
- 3 niti dobro niti slabo
- 4 dobro
- 5 zelo dobro

20. Koliko dni ste bili v zadnjih 12 mesecih zaradi bolezni ali poškodbe odsotni z dela ali nezmožni opravljati običajne delovne obveznosti? (ne upoštevajte odsotnosti z dela zaradi nosečnosti, porodniškega dopusta, nege ali spremstva otroka ali drugega družinskega člana) _____ dni

21. Ali ste v zadnjem mesecu imeli katere od naštetih težav z zdravjem? Obkrožite vse odgovore, ki se nanašajo na vas.

- a. bolečine v prsih med telesno dejavnostjo
- b. bolečine v križu
- c. bolečine v vratu, ramenih
- d. bolečine v drugih sklepih
- e. vztrajne napade kašlja z izkašljevanjem sluzi
- f. otekanje nog
- g. alergijo
- h. zaprtje
- i. glavobol
- j. nespečnost
- k. depresijo
- l. nič od tega

22. Ali sedaj kadite (cigarete, cigare ali pipe tobaka)?

- 1 ne kadim in nikoli nisem kadil
- 2 sedaj ne kadim, a prej sem kadil
- 3 sedaj kadim

23. Ali vas skrbijo škodljive posledice kajenja in izpostavljenosti tobačnemu dimu za vaše zdravje?

- 1 sploh ne
- 2 nekoliko
- 3 niti ne niti da
- 4 precej
- 5 zelo

24. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili alkoholne pijače?

- 1 nikoli
- 2 nekajkrat na leto
- 3 1-krat na mesec
- 4 2-3 krat na mesec...(se nadaljuje)
- 5 1-2 krat na teden
- 6 3-6 krat na teden
- 7 vsak dan

25. Ali takrat ko pijete, popijete več kot 3 dl vina, 1,5 pive ali 0,9 dl žganja (ženske) ali 4 dl vina, 2 pivi ali 1,2 žganja (moški)?

- 1 ne
- 2 da

26. V službo se običajno vozite/hodite:

- 1 z avtom ali avtobusom, vlakom
- 2 s kolesom
- 3 hodim peš
- 4 drugače: _____

27. Kolikokrat ste se v preteklem tednu izven službenega časa ukvarjali z intenzivno telesno dejavnostjo (do take mere, da ste se zelo zadihali in se oznojili) najmanj 20 minut vsakokrat. Npr. tek, hitro plavanje, aerobika, tenis, nogomet, hitro kolesarjenje,...Obkrožite kolikokrat v tednu:

- 0 1 2 3 4 5 6 7 ali več krat

28. Kaj menite, kolikokrat v tednu bi bilo za vas priporočljivo izvajati intenzivno telesno dejavnost? Obkrožite kolikokrat v tednu:

- 0 1 2 3 4 5 6 7 ali več krat

29. Kolikokrat v preteklem tednu ste se izven delovnega časa ukvarjali z zmerno telesno dejavnostjo, najmanj 30 minut vsakokrat (do take mere, da ste nekoliko pospešeno dihali in se ogreli). Npr. hitra hoja, lahkotno kolesarjenje, ples, ribanje tal, počasno plavanje.. Obkrožite kolikokrat v tednu:

- 0 1 2 3 4 5 6 7 ali več krat

30. Kaj menite, kolikokrat v tednu bi bilo za vas priporočljivo izvajati zmerno telesno dejavnost? Obkrožite kolikokrat v tednu:

- 0 1 2 3 4 5 6 7 ali več krat

31. Ali izvajate vaje za razgibavanje med delom?

- 1 ne, ker _____
- 2 da

32. Ali ste razmišljali, da bi povečali svojo telesno dejavnost?

- 1 ne
- 2 da
- 3 sem že poskusil, pa nisem uspel
- 4 sem dovolj telesno dejaven

33. Kakšen je vaš odnos do lastne telesne teže?

- 1 vseeno mi je
- 2 zadovoljen sem s svojo telesno težo
- 3 rad bi bil bolj suh
- 4 rad bi se zredil

34. Ali zjutraj (PREDEN GRESTE OD DOMA) zajtrkujete?

- 1 ne
- 2 da

35. Koliko obrokov običajno pojedete na dan (npr. zajtrk, dopoldanska, popoldanska malica, kosilo, večerja)?

- 1 2 3 4 5 6 7 ali več obrokov

36. Koliko obrokov običajno pojedete na DELOVNEM MESTU? _____

37. Koliko tekočine običajno zaužijete na delovnem mestu? Upoštevajte vodo, sokove, čaje in druge brezalkoholne pijače.

- 1 v službi ne pijem
- 2 manj kot 0,5 litra
- 3 0,5 litra ali več

38. Ali morda veste, koliko obrokov na dan priporoča Svetovna zdravstvena organizacija?

- 1 3 glavne obroke
- 2 3 glavne obroke in 2 malici

- 3 4 večje obroke
- 4 5 manjših obrokov

39. Ali menite, da vaša delovna organizacija na splošno upošteva potrebe zaposlenih?

- 1 ne
- 2 da

40. Ocenite, koliko vaš delodajalec skrbi za vaše zdravje: upoštevajte pobude za rekreacijo, zdravo prehrano, ..

- 1 zelo slabo
- 2 slabo
- 3 niti dobro niti slabo
- 4 dobro
- 5 zelo dobro

41. Ali ste zaposleni v vaši delovni organizaciji vzpodbujeni k aktivni skrbi za svoje zdravje?

- 1 ne
- 2 da

42. Ali bi lahko rekli, da so vaši vodje vzor zdravega načina življenja?

- 1 ne
- 2 da

43. Prosim da za vsakega naštetega označite, v kolikšni meri je po vašem mnenju ODGOVOREN za zdravje delavcev.

Sploh ne	V majhni meri	V znatni meri	V veliki meri	V zelo veliki meri	
1	2	3	4	5	Delavec sam
1	2	3	4	5	Direktor
1	2	3	4	5	Strokovni delavec
1	2	3	4	5	Pooblaščen zdravnik
1	2	3	4	5	Svet delavcev/delavski zaupnik
1	2	3	4	5	Vsi naštet
1	2	3	4	5	država

44. V kolikšni meri po vašem mnenju zdravje zaposlenih vpliva na:

Sploh ne	V majhni meri	V znatni meri	V veliki meri	V zelo veliki meri	
1	2	3	4	5	gospodarsko uspešnost podjetja
1	2	3	4	5	kakovost izdelkov
1	2	3	4	5	kakovost storitev
1	2	3	4	5	javno podobo podjetja
1	2	3	4	5	zadovoljstvo strank
1	2	3	4	5	lastno uspešnost v življenju

45. Ali ste se v preteklosti že udeležili katere izmed delavnic promocije zdravja? Npr. meritve dejavnikov tveganja, predavanja, test hoje...

- 1 ne
2 da

46. Ali bi se udeležili programa promocije zdravja, če bi v prihodnjih mesecih potekal v vaši delovni organizaciji?

- 1 ne
2 da

47. Katere so OVIRE, ki vam onemogočajo sodelovanje v programih promocije zdravja? Označite vse odgovore, ki se nanašajo na vas

- 1 s programi nisem seznanjen
- 2 programi promocije zdravja me ne zanimajo
- 3 delavnice so običajno ob neustreznem času
- 4 nimam časa
- 5 imam težave s prevozom
- 6 drugo. _____

49. Kakšen učinek bi lahko imel program promocije zdravja na delovnem mestu na..... ob vsaki trditvi obkrožite ustrezno številko

	Zelo negativen učinek	Negativen učinek	Brez učinka	Pozitiven učinek	Zelo pozitiven učinek
Produktivnost	1	2	3	4	5
Medsebojne odnose	1	2	3	4	5
Zadovoljstvo z delodajalcem	1	2	3	4	5
Znanje o zdravju, zdravem načinu življenja	1	2	3	4	5
Življenjski slog (prehrana, telesna dejavnost..)	1	2	3	4	5
Zdravje (splošno počutje, telesno težo,..)	1	2	3	4	5

Prostor za komentar:

Priloga C. Anketni vprašalnik, smernice za delno strukturirani intervju za managerje

(Uvodni tekst....)

Obkrožite ustrežni odgovor.

1. Tip delovne organizacije:

- 1 profitna
- 2 neprofitna

2. Sektor:

- 1 javni
- 2 zasebni

3. Dejavnost:

- 1 storitve
- 2 proizvodnja

4. Število zaposlenih:

- 1 do 50
- 2 51 do 250
- 3 251 in več

5. Ali menite, da vaša delovna organizacija na splošno upošteva potrebe zaposlenih?

- 1 ne
- 2 da

6. Ocenite koliko vaša delovna organizacija skrbi za zdravje zaposlenih: upoštevajte pobude za rekreacijo, zdravo prehrano, informiranost o zdravju,..

1	2	3	4	5
zelo slabo	slabo	niti dobro niti slabo	dobro	zelo dobro

7. Za vsakega naštetega označite, v kolikšni meri je po vašem mnenju odgovoren za zdravje delavcev.

Sploh ne	V majhni meri	V znatni meri	V veliki meri	V zelo veliki meri	
1	2	3	4	5	Delavec sam
1	2	3	4	5	Direktor
1	2	3	4	5	Strokovni delavec
1	2	3	4	5	Pooblaščen zdravnik
1	2	3	4	5	Svet delavcev/delavski zaupnik
1	2	3	4	5	Vsi naštetih skupaj
1	2	3	4	5	država

8. V kolikšni meri po vašem mnenju zdravje zaposlenih vpliva na:

Sploh ne	V majhni meri	V znatni meri	V veliki meri	V zelo veliki meri	
1	2	3	4	5	gospodarsko uspešnost podjetja
1	2	3	4	5	kakovost izdelkov
1	2	3	4	5	kakovost storitev
1	2	3	4	5	javno podobo podjetja
1	2	3	4	5	zadovoljstvo strank

9. Katere ukrepe izmed naštetih ste že uvedli v vaši delovni organizaciji, oz. to načrtujete v naslednjih 5 letih? Obkrožite številko pod ustreznim odgovorom za vsako trditev posebej.

NE, ukrep ne bo uveden	DA, ukrep BO uveden	ukrep JE že realiziran	
1	2	3	Skupina zaposlenih je zadolžena za aktivnosti skrbi za zdravje znotraj delovne organizacije
1	2	3	Na delovnem mestu imamo na razpolago pripomočke za raztezanje in/ali telovadbo
1	2	3	V delovni organizaciji imamo zaposleni na voljo kolesarnico, prostor za odložitev rolerjev
1	2	3	Delovna organizacija poskrbi za programe organizirane rekreacije (aerobika, fitness, bazen..)
1	2	3	Delovna organizacija poskrbi za subvencioniranje

NE, ukrep ne bo uveden	DA, ukrep BO uveden	ukrep JE že realiziran	
			programov organizirane rekreacije
1	2	3	Organizirane so vsakodnevne pavze z vajami raztezanja
1	2	3	Moje delovno mesto je urejeno po ergonomskih načelih
1	2	3	Na delovnem mestu se lahko stuširam
1	2	3	Znotraj delovne organizacije je poskrbljeno za vzpodbujanje nekajenja
1	2	3	Na delovnem mestu je kajenje prepovedano – kadilci imajo na razpolago poseben prostor
1	2	3	Vedno med delom si lahko natočim pitno vodo
1	2	3	V našem internem obratu prehrane lahko izbiram zdrave jedi
1	2	3	Imamo avtomate, ki mi omogočajo izbiro zdravih živil in pijač
1	2	3	V službi imamo prostor, kjer so na razpolago letaki, gradiva, knjige, brošure in časopisi o zdravem življenjskem slogu
1	2	3	V delovni organizaciji potekajo delavnice, predavanja o zdravju, zdravem načinu življenja
1	2	3	V delovni organizaciji je poskrbljeno za individualno svetovanje o zdravem življenjskem slogu (prehrana, gibanje, stres,..)
1	2	3	Vodje so vzor zdravega načina življenja
1	2	3	Zaposleni smo vzpodbujeni k aktivni skrbi za lastno zdravje
1	2	3	učinkovitost dejavnosti promocije zdravja je sistematično merjena

11. Kolikšen obseg sredstev letno namenite programom vzpodbujanja zdravega načina življenja zaposlenih?

12. Ali izvajate sistematične meritve učinkovitosti programov promocije zdravja?

1 ne

2 da

13. Na kakšen način in kaj merite?

14. V kolikor v vaši delovni organizaciji izvajate, oz. ste izvajali programe promocije zdravja, vas prosim za: kratek opis ciljev, vsebine programov, način vključevanja udeležencev, časovni potek programa, zanima me kdo je bil izvajalec, kdo plačnik.

Letaki, vabila, brošure, plakati,... uporabljeni v programih promocije zdravja na delovnem mestu so zelo dobrodošli!

Priloga D. Obrazec neposrednega opazovanja

kategorija	Opis
Kraj	
Čas izvedbe, trajanje	
Vsebina	
Izvajalec	
Število udeležencev	
Aktivno sodelovanje	
Komentarji udeležencev	
Splošna ocena dogodka	

Priloga E. Formule statistične analize

Enačba 1. Aritmetična sredina

$$\bar{x} = Y' / n$$

\bar{x} = aritmetična sredina; Y' = vsota vrednosti spremenljivke Y ; n = število opazovanih enot

Enačba 2. Varianca

$$\sigma^2 = \sum_{i=1}^N (Y_i - \bar{x})^2 / n$$

σ^2 = varianca

Enačba 3. Standardni odklon

$$SE_{\bar{x}} = s / \sqrt{n}$$

$SE_{\bar{x}}$ = standardna napaka ocene aritmetične sredine; s = standardni odklon vzorca; n = število enot v vzorcu

Enačba 4. t-test

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{SE_{1-2}}$$

SE = standardni odklon aritmetične sredine; \bar{x} = aritmetična sredina

Enačba 5: Test ANOVA

$$F = V_i / V_u$$

F = vrednost testa; V_i = varianca med skupinami; V_u = varianca znotraj skupin

Enačba 6. Test Hi-kvadrat

$$\chi^2 = \sum (f_o - f_p)^2 / f_p$$

χ^2 = vrednost testa; f_o = opazovana frekvenca; f_p = pričakovana frekvenca

Enačba 7: Korelacijski koeficient

Izračun delnih vsot:
$$S_{xy} = \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y}) = \sum_{i=1}^n x_i y_i - n\bar{x}\bar{y}$$

$$r = \frac{S_{xy}}{\sqrt{S_{yy} S_{xx}}}$$

r = vrednost testa;

Priloga F. Evalvacija zadovoljstva v programu, vprašalnik

ZAPOSLENI	NE	DA
Menite, da je bila priprava pred uvedbo programa v delovni organizaciji uspešna: sprejemljivost vodstva, zaposlenih, zagotavljanja resursov, sodelovanja v pripravi programa, itd.?	0	
Ste z izvedenimi aktivnostmi dobili kar ste želeli, so bile zadoščene vaše potrebe?		1
Ste bili na splošno zadovoljni s programom?		1
Bi enak program priporočili tudi drugim delovnim organizacijam, ki so po strukturi, organizaciji, dejavnosti in potrebah zaposlenih podobne vaši?		1
MANAGER V DELOVNI ORGANIZACIJI	NE	DA
Menite, da je bila priprava pred uvedbo programa v delovni organizaciji uspešna: sprejemljivost vodstva, zaposlenih, zagotavljanja resursov, sodelovanja v pripravi programa, itd.?	0	
Ste z izvedenimi aktivnostmi dobili kar ste želeli, so bile zadoščene potrebe zaposlenih?		1
Ste bili na splošno zadovoljni s programom?		1
Bi enak program priporočili tudi drugim delovnim organizacijam, ki so po strukturi, organizaciji, dejavnosti in potrebah zaposlenih podobne vaši?		1
MANAGER PROGRAMA	NE	DA
Menite, da je bila priprava pred uvedbo programa v delovni organizaciji uspešna: sprejemljivost vodstva, zaposlenih, zagotavljanja resursov, sodelovanja v pripravi programa, itd.?	0	
Se je v program vključilo (vsaj v eno aktivnost) vsaj 30 % oseb ciljne populacije?	0	
Ste realizirali najmanj polovico zastavljenih ciljev?	0	
Uspešnost programa: (vsota vseh = 1)		
<i>Večja osveščenost in motivacija za zdrav življenjski slog</i>	0	
<i>Večji delež zaposlenih z zdravim življenjskim slogom</i>	0	
<i>Večja individualna odgovornost za zdravje zaposlenih</i>	0	
<i>Višja kakovost delovnega življenja zaposlenih</i>	0	
<i>Več ukrepov v delovnem okolju, ki olajšajo zdrave izbire</i>		0,13 ⁴⁵
<i>Večja skrb managerjev za zdravje zaposlenih in zadovoljevanje njihovih potreb</i>	0	
<i>Zmanjšanje bolniškega staleža</i>	0	
<i>Boljši delovni učinek zaposlenih</i>		0,13 ⁴⁶

⁴⁵ Več podatkov je v empiričnem delu naloge.

⁴⁶ O večji učinkovitosti sklepamo iz zmanjšanja težav z zdravjem in manj pogostem razburjanju in jezi na delovnem mestu (glej Tabelo 2.15).

Priloga G. Evalvacija uspeha v doseganju zdravja in zadovoljstva, vprašalnik

ZAPOSLENI

Kako ste, v celoti, zadovoljni s svojim delom?	1	2	3	4	5
	Zelo nezadovoljen	nezadovoljen	Niti zadovoljen, niti nezadovoljen	zadovoljen	Zelo zadovoljen
Kako ocenjujete medosebne odnose v vaši delovni organizaciji?	1	2	3	4	5
	Zelo slabi	slabi	Niti slabi niti dobri	dobri	Zelo dobri
Ali je vaše delo psihično naporno?	1	2			
	da	ne			
Kako ocenjujete svoje trenutno zdravstveno stanje?	1	2	3	4	5
	Zelo slabo	slabo	Niti slabo niti dobro	dobro	Zelo dobro
Ali ste v zadnjem mesecu imeli težave z zdravjem, ki so vas ovirale pri vaših vsakdanjih dejavnostih?					ne da
Navedite vrednost vašega krvnega tlaka ob zadnji meritvi. (navedite število)	_____ mmHg				
Navedite obseg vašega trebuha v centimetrih, izmerjen v višini popka. (navedite število)	_____ cm				
Kako pogosto ste v prejšnjem tednu izvajali telesno dejavnost? (navedite število)	_____ krat				
Ali menite, da vaša delovna organizacija na splošno upošteva potrebe zaposlenih?	ne				da

Priloga H. Podrobnosti kalkulacij programa prvi

<i>Ime vključenih delovnih organizacij (DO)</i>	<i>Zaupen podatek, vključenih šest⁴⁷ DO</i>
Nosilec programa	ZZV
Ime programa	Postanimo zdravi
Manager programa	Zaupen podatek
Trajanje programa od - do	3.5.2005 – 6.12.2005
Datum evalvacije	Zaposleni: 3.12.2005, marec 2006, december 2006 Manager delovne organizacije: marec 2006 Manager programa: procesna evalvacija, marec 2006

vložek enota		Št.oseb (A)	Št ur/ Osebo (B)	Bruto cena ure dela (C)	plačnik	Skupaj AxBxC
KADRI	Manager programa	1	300	12	ZZV	3600
	Izvajalci dejavnosti	4	9	30	ZZV	1080
	Interni koordinator v delovni organizaciji	6	5	6	DO	180
	Administrator	1	20	6	ZZV	120
	Drugi					
	Stroški kadrov					4980
vložek enota		Št. (A)	Št.dni/DO (B)	Cena/dan (C)	plačnik	Skupaj AxBxC
MATERIAL	prenosni računalnik	3	6	20	DO	360
	projektor	3	6	20	DO	360
	projekcijsko platno	3	6	20	DO	360
	tehnica osebna za ITM	1	6	30	ZZV	180
	Sejna soba, predavalnica	18	6	30	DO	3240
	Material za delavnice (živila)	-	3	200	ZZV	600
	Gradiva	150 kd	-	1,13 – 3,55	ZZV	380
	fotokopiranje			180	ZZV	180
	potni stroški	40 km	21	,29	ZZV	244
	Materialni stroški					5904

⁴⁷ V evalvaciji stroškov nismo upoštevali ene delovne organizacije v kateri se je prve delavnice udeležilo pet zaposlenih, v naslednjih pa nihče ni več sodeloval in smo delavnice tam prekinili.