

Izvirni znanstveni članek / Original article

MENEDŽMENT ZA ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG ZAPOSLENIH HEALTH PROMOTING MANAGERS AND THE WORKPLACE RESOURCES

Melita Peršolja Černe

Ključne besede: Promocija zdravja, menedžment, kakovost delovnega življenja

Key words: Health promotion, management, quality of working conditions

IZVLEČEK

Izhodišča: Cilj raziskave je bil ugotoviti povezanost med promocijo zdravja in podpornostjo delovnega okolja zdravemu življenjskemu slogu v treh skupinah delovnih organizacij.

Metode: 30 anketiranih menedžerjev je bilo v letu 2007 razporejenih v eksperimentalno in kontrolno skupino glede na aktivnost v programu promocije zdravja na delovnem mestu. Drugo kontrolno skupino so sestavljale organizacije Slovenske fundacije za poslovno odličnost. Podatki so bili statistično analizirani s testom ANOVA in t-testom, χ^2 in korelacijo po Pearsonu. Statistična značilnost je bila določena pri 5% ali nižjem tveganju.

Rezultati: Rezultati raziskave kažejo največjo skrb delovne organizacije za zdravje zaposlenih v skupini organizacij Slovenske fundacije za poslovno odličnost, kjer je zadovoljevanje potreb zaposlenih odlično in statistično boljše v primerjavi z eksperimentalno in kontrolno skupino. Statistično značilne razlike so bile ugotovljene v ponudbi zdravih živil, kolesarnic in prostora za rolerje ter programov promocije zdravja na delovnem mestu. Skupina organizacij Slovenske fundacije za poslovno odličnost je realizirala največji delež ukrepov ter načrtuje največ aktivnosti v skrbi za zdravje zaposlenih, istočasno pa izraža najmanj zanimanja za profesionalno vodene programe promocije zdravja. Na področju odgovornosti za zdravje največjo odgovornost za lastno zdravje po prepričanju menedžerjev vseh treh skupin nosi zaposleni sam. V razpoložljivosti virov za zdravje zaposlenih se je v primerjavi s kontrolno skupino bolje izkazala eksperimentalna skupina, najboljše izmed treh pa skupina organizacij Slovenske fundacije za poslovno odličnost.

Zaključek: Aktivnosti delovne organizacije v podpori zdravja zaposlenih verjetno niso posledica programa promocije zdravja, kakor je bilo predpostavljeno, temveč rezultat organizacijske kulture in odnosa menedžerjev do zdravja zaposlenih.

ABSTRACT

Introduction: The aim of the study was to identify the correlation between health promotion and the workplace resources in enhancing healthy lifestyle in the three groups of work organizations.

Methods: The study conducted in 2007 included 30 managers divided into the experimental and control group according to their activities within the health promotion programme at a workplace. A parallel control group was composed of the organizations of the Slovenian Foundation for Business Excellence. A questionnaire was used to collect data on the variables of working conditions, workplace health promotion, health responsibility and motivation for improved employee health. Pearson's chi-square and factorial ANOVA were used in the analysis of the data collected. Statistical significance was set at $p \leq 0,05$.

Results: According to the results of the comparative study, the Slovenian Foundation for Business Excellence group addresses and answers the health needs of their employees extremely well and also statistically better than the experimental and the control groups. Statistically significant differences were identified in availability of healthy food in automatic machines, safe bicycles and rollers storage and worksite health promotion programmes. The Slovenian Foundation for Business Excellence implemented the greatest number of health promotion measures along with the activities enhancing their employees' healthy lifestyle. However, it remains least interested in professionally run health promotion programmes. The respondents from all three groups believe that health is a personal responsibility. Workplace employees' health resources are best provided by Slovenian Foundation for Business Excellence group, followed by the experimental and control group.

Conclusion: The results of the study indicate that the most important factors influencing health promotion activities are the organizational culture and the overall attitude of managers towards the employees rather than the health promotion programmes as was initially hypothesized.

Uvod

Promocija zdravja je hibridni potomec, ki je nastal z združevanjem in prilagajanjem ved okolju, cilj česar je uspešnejši in učinkovitejši izid dejavnosti. Je veda, ki združuje znanja primarnih disciplin znanosti, kot so

psihologija, pedagogika, epidemiologija, sociologija, obsega znanja socialne psihologije, komunikologije, marketinga in ekonomije. Promocija zdravja v širšem pomenu vključuje toliko pomenov, da je že postala brez prave vsebine (Downie, Fyfe, Tannahill, 1990), saj jo

zaznamuje cel spekter multidisciplinarnih definicij. Velikokrat se jo napačno opredeljuje kot del zdravstvene vzgoje, zdravstvene nege, epidemiologije ali celo kot skupno poimenovanje za vse aktivnosti in programe pospeševanja zdravja ljudi. Promocija zdravja je v Ottawski listini (Ottawa; 1986) definirana kot »proces usposabljanja prebivalcev v samonadzoru in izboljševanju njihovega zdravja«. Definicija temelji na trditvi, da iniciative v promociji zdravja ne vodijo le v izboljševanje sposobnosti in veščin posameznikov, temveč se usmerjajo tudi k spreminjanju socialnega, fizičnega in ekonomskega okolja (Health, 1998). Po definiciji American Journal of Health Promotion (O'Donnell, 2006) se promocija zdravja pokriva z vsemi petimi komponentami zdravja (fizična, čustvena, socialna, duhovna, intelektualna) in skuša doseči njihovo optimalno raven.

Zgodovino programov promocije zdravja na delovnem mestu lahko opišemo v štirih generacijah (Goldbeck 1984 cit. po Verhoeven, 1997). Programi prve generacije so se začeli zaradi različnih razlogov, večina teh se ni nanašala na zdravje, saj pravila v zmanjševanju tveganja za zdravje niso bila uvedena zaradi izboljševanja zdravja, temveč zaradi varnosti in večje produktivnosti. V drugi generaciji promocije zdravja se je ugotavljanje dejavnikov tveganja in izvajanje intervencij pojavilo tudi na delovnem mestu. Ti programi so se usmerjali le na eno metodo sporočanja in le na eno obolenje. Tretja generacija programov promocije zdravja je s spektrom metod poskusila ponuditi široko paleto intervencij za različne dejavnike tveganja za vse zaposlene. Iz teh programov so običajno sledile intervencije, kot je npr. svetovanje zdravega vedenja z namenom zniževanja ugotovljenih dejavnikov tveganja (npr. kajenje, povišan krvni tlak). Center delovanja je še vedno ostal na dejavnih tveganja za zdravje in na preprečevanju nezgod na delovnem mestu. V četrti, sedanji generaciji programov je poudarek na promociji zdravja in dobrega počutja. Programi vključujejo vse aktivnosti, politiko in odločitve, ki vplivajo na zdravje in dobro počutje (vseh) zaposlenih.

Evropska unija je razvila mrežo agencij zdravstvenega varstva iz različnih držav, imenovano ENWHP (European Network for Workplace Health Promotion), razvija se zakonodaja na nacionalnih ravneh, med medicino dela in promocijo zdravja na delovnem mestu je vse tesnejše sodelovanje, promocija zdravja vstopa na delovna mesta (Wynne, Grundemann, 1999). Kamin (2004), ki je v Sloveniji analizirala multimedijske aktivnosti v promociji zdravja, trdi celo, 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 Klanjščeku (1995) mobilizacija virov za zdravje in omogočanje multisektorske zdrave javne politike, ki je v službi strategije »zdravja za vse«.

Od prvega pojava pojma promocije zdravja so se razvili številni programi dela na tem področju. Žal v teh programih Slovenija izrazito zaostaja, čeprav si je zdravje na delovnem mestu postavila kot prednostni cilj do leta 2008. Vzroki za takšno stanje so predvsem pomanjkanje izobraževanja, mnogo prešibka kadrovska struktura in pomanjkanje finančnih virov (Keber, 2003). Aktivno in organizirano se na državnem nivoju promocija zdravja na delovnem mestu uvaja šele od leta 2006, in sicer z dolgoročnim programom Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa, imenovanim Čili za delo, ter z vključitvijo v evropski projekt Premikamo Evropo.

V svetu je bilo izvedenih že več raziskav, ki so ugotovile pozitivno povezavo med zdravjem zaposlenih, promocijo zdravja na delovnem mestu in življenjskim slogom (Chang, 2003; De Geef, Van den Broek, 2004; Deitz, Cook, Hersch, 2005; Glasgow et al., 1997; Haynes, Dunnagan, Smith, 1999; Kelsey et al., 2006; Musich, Adams, Edington, 2000; Reardn, 1998; Sorensen et al., 1998; Titze et al., 2001; Trudeau, Deitz, Cook, 2002; Verhoeven, 1997).

Vloga menedžmenta

Zdrava in »fit« delovna sila je življenjskega pomena za ekonomski razvoj (Griffiths, 2005), izziv menedžmenta pa je promocijo zdravja uspešno aplicirati v prakso. Družbeno odgovorne organizacije namreč skrbijo morebitni negativni učinki njene dejavnosti na kogar koli v njenem ožjem in širšem okolju: na člane organizacije, njene uporabnike, naravno in širše družbeno okolje (Workplace, 2006). Skrb za varnost in zdravje pri delu je v uspešnih podjetjih eno od prvih načel politike vodenja podjetja. Vrhunski menedžerji vedo, da kultura varnosti in zdravja v delovni organizaciji presega ekonomski vidik, saj podpira filozofijo splošne kakovosti poslovanja podjetja (Bilban, 2006).

Uravnoteženje ciljev promocije zdravja in potreb menedžmenta v delovnih organizacijah je velik izziv za izvajalce promocije zdravja, saj je pri tem potrebno uskladiti proračunske omejitve z uspešnostjo in učinkovitostjo programa. Hiller s sodelavci (2005) je med štirimi najpomembnejšimi dejavniki uspešnosti programov promocije zdravja navedel usklajenost programa s cilji delovne organizacije, vzpodbudnost programa, podporno kulturo in podporo top menedžmenta. Nasprotno je Baluclac (1996) v raziskavi programa promocije zdravja, ki je vključeval 233 zaposlenih, ugotovila, da so le-ti kot največji motivator za vključitev v program izbrali pričakovane ugodnosti za zdravje (48,2 %), le 1 % vprašanih se je za sodelovanje v promociji zdravja odločil zaradi vzpodbude s strani menedžerja.

Če upoštevamo, da je večini delodajalcev primarni cilj profit oz. ustvarjanje kapitala, in ne skrb za zdravje zaposlenih, je razumljivo, da uvajanje programov v delovno organizacijo sploh ni lahka naloga (Muto et

al., 1997). V raziskavi Združenja za promocijo zdravja na delovnem mestu (Association for Worksite Health Promotion – AWHP) zdravje zaposlenih navajajo kot prvo prioriteto le 4 % menedžerjev, 35 % jih je zdravje zaposlenih zapisalo na drugo mesto. Programi promocije zdravja morajo biti zato močno vezani na »top priority« – tj. na prvo prioriteto menedžmenta (O'Donnell, 2002), da jo le-ti sploh sprejmejo.

Fielding in Piserchia (1989, cit. po Verhoeven, 1995) sta zbirala mnenja zaposlenih o razlogih menedžmenta za uvajanje programov promocije zdravja v organizaciji. Zaposleni so bili prepričani, da je vodstvo uvedlo promocijo zdravja na delovnem mestu zaradi skrbi za zdravje zaposlenih, kot odgovor na zahteve zaposlenih ali z namenom zniževanja stroškov zdravstvene oskrbe. Rezultat kaže, da je večina zaposlenih cenila trud delovne organizacije za varovanje in izboljševanje njihovega zdravja in da niso prepoznali finančnih prednosti za delovno organizacijo kot vodilnega argumenta uvajanja promocije zdravja na delovnem mestu.

Metode

Cilj raziskave je ugotoviti povezanost med promocijo zdravja in podpornostjo delovnega okolja zdravemu življenjskemu slogu. Preiskovano populacijo sestavljajo menedžerji sedmih delovnih organizacij, v katerih je potekal program promocije zdravja »Postanimo zdravi«, in menedžerji primerljivih kontrolnih delovnih organizacij, ki niso sodelovale ali izvajale promocije zdravja na delovnem mestu. Kot dodatna kontrola so bile v raziskavo vključene vse (22) organizacije ustanoviteljice Slovenske fundacije za poslovno odličnost (SFPO) zaradi posebnega poudarka, ki ga namenjajo kakovostnim kadrom.

Raziskava je potekala v letih 2006 in 2007. Zaposleni na vodilnih položajih v raziskavo vključenih delovnih organizacij so izpolnili strukturiran vprašalnik, ki vključuje vprašanja z odprtimi in zaprtimi odgovori za naslednje spremenljivke: demografski podatki delovne organizacije, demografski podatki zaposlenega, delo in delovno okolje, promocija zdravja na delovnem mestu, odgovornost za zdravje zaposlenih, motivacija za uvajanje programov promocije zdravja na delovnem mestu. Vprašanja o odgovornosti za zdravje zaposlenih, pomenu zdravja zaposlenih, skrbi za zdravje zaposlenih in upoštevanju potreb delavcev so povzeta po vprašalniku Inštituta za medicino dela, prometa in športa, ki je bil uporabljen že v raziskavi projekta Čili za delo (Stergar, Urdih Lazar, 2005); vprašanje o zdravju prijaznem okolju je prevzeto iz Tri fit Organizational Health Audit (Tri, 1998).

Deskriptivna analiza je bila izvedena za vse spremenljivke. Razlika med skupinami je bila merjena s testom ANOVA in χ^2 . Odnosi med spremenljivkami so bili analizirani s korelacijskim koeficientom po Pearsonu. Statistična značilnost je bila določena pri stopnji

tveganja enaki ali manjši od 5 % ($p < 0,05$). Statistična analiza podatkov je bila izvedena s programom SPSS za Windows, verzija 15.0.

Hipoteza

Promocija zdravja in viri za zdrav življenjski slog na delovnem mestu so povezani.

Rezultati

Demografski podatki

Izmed 36 menedžerjev delovnih organizacij, ki so bile povabljene k sodelovanju v raziskavi, se je odzvalo 58,3 % oz. 21 menedžerjev: 6 iz eksperimentalne skupine, 6 iz kontrolne skupine in 9 iz SFPO. 52,4 % delovnih organizacij je neprofitnih, 81 % jih izvaja storitveno dejavnost, 61,9 % je javnih institucij. Na vprašanja je v skoraj dveh tretjinah primerov odgovarjal član vršnega menedžmenta (član uprave ali direktor), več (57,1 %) je bilo moških.

Skupine se statistično pomembno razlikujejo glede dejavnosti ($\chi^2 = 8,048$, $p = 0,00$): vse delovne organizacije kontrolne skupine izvajajo storitve, v eksperimentalni skupini je takih 83,3 %, v SFPO 66,7 %. Ugotovljena je statistično pomembna razlika med skupinami glede funkcije intervjuvanca ($\chi^2 = 3,857$, $p = 0,05$): v eksperimentalni in kontrolni skupini je večina oz. vsi vprašani iz top menedžmenta, v SFPO je na vprašalnik odgovarjalo več nosilcev kadrovske službe.

Skrb za zdravje in zadovoljevanje potreb zaposlenih

Menedžerji so bili vprašani o skrbi delovne organizacije za zdravje zaposlenih ter o zadovoljevanju njihovih potreb na splošno (Razpr. 1). V skrbi za zdravje zaposlenih so se kot najskromnejše izkazale delovne organizacije kontrolne skupine, saj je tu polovica menedžerjev aktivnosti delodajalca ocenila kot slabe ali zelo slabe, najnižja je tudi podana povprečna ocena (2,83; SD = 1,3). Razlika med skupinami ni statistično značilna ($F = 1,30$, $p = 0,29$). Upoštevanje potreb zaposlenih se med skupinami statistično značilno razlikuje ($\chi^2 = 12,8$; $p = 0,00$), prepričanje o upoštevanju potreb zaposlenih je najvišje v skupini SFPO, skoraj 17 % nižji je delež pozitivnih odgovorov v eksperimentalni skupini in še nekoliko nižji v kontrolni skupini.

Podatki kažejo pozitivno povezanost skrbi za zdravje zaposlenih s številom zaposlenih v delovni organizaciji, kar je lahko odraz večjega števila virov (kadrovskih, materialnih) in po drugi strani večjega obsega stroškov v primeru nezdravja v večjih delovnih organizacijah. Skrb za zdravje zaposlenih se značilno pozitivno povezuje z odgovornostjo, pripisano strokovnjaku za kadre in zdravniku (Razpr. 2). Morda se v tem kaže tudi, da

Razpr. 1. *Upoštevanje potreb in skrb za zdravje zaposlenih.*Table 1. *Care and health demands realization.*

Upoštevanje potreb in skrb delovne organizacije Care and health demands realization	EKSP EXP	KONTR CTR	SFPO SFBE	VZOREC SAMPLE	χ^2
Upoštevanje potreb zaposlenih, % (n) Health demands realization, % (n)	83,3 (5)	80,0 (4)	100,0 (9)	90,0	12,8; p = 0,00
Skrb za zdravje zaposlenih, dobro + zelo dobro, % (n) Care for employee health, good + very good, % (n)	16,7 (1)	50,0 (3)	66,7 (8)	47,6	–
Skrb za zdravje zaposlenih, slabo + zelo slabo, % (n) Care for employee health, bad + very bad, % (n)	16,7 (1)	50,0 (3)	11,1 (1)	23,8	–
Skrb za zdravje zaposlenih, povprečje Care for employee health, mean	3,0	2,83	3,56	3,19	8,14; p = 0,04

* EKSP = eksperimentalna skupina; KONTR = kontrolna skupina; SFPO = skupina podjetij Slovenske fundacije za poslovno odličnost

* EKSP = experimental group; KONTR = control group; SFPO = Slovenian Foundation for Business Excellence

skrbne delovne organizacije poudarjajo odgovornost kadrovske službe in zdravnikov za zdravje zaposlenih zaradi nezaupanja v široko paleto metod dela promocije zdravja.

Razpr. 2. *Statistično značilne* linearne povezave raziskovanih spremenljivk s skrbjo delovne organizacije za zdravje zaposlenih.*

Table 2. *Correlational table for significant relationship between care for employee health and other observed variables.*

Druge raziskovane spremenljivke Other observed variables	Skrb delovne organizacije za zdravje zaposlenih Organizational care for employee health	
	C	p
Upoštevanje potreb zaposlenih Employee health demands realization	0,47	0,037
Število zaposlenih Employee number	0,52	0,015
Ergonomska ureditev delovnega mesta Ergonomically designed work stations	0,48	0,04
Možnost izbire zdravih jedi Healthy eating support	0,60	0,01
Odgovornost kadrovika za zdravje Staff manager's responsibility for employee health	0,63	0,00
Odgovornost zdravnika Doctor's responsibility for employee health	0,44	0,047

*p < 0,05

Rezultati kažejo na pomembno medsebojno povezanost upoštevanja potreb zaposlenih in skrbi delovne organizacije za zdravje zaposlenih (C = 0,47; p = 0,037), vendar korelacija obeh spremenljivk s skupino ni značilna.

Zdravju podporni viri v delovnem okolju

Skupine so značilno povezane z nekaterimi ukrepi na delovnem mestu, ki vzpodbujajo in omogočajo zdrave izbire (Razpr. 3).

Razpr. 3. *Povezave med skupino in nekaterimi ukrepi za vzpodbujanje zdravega življenjskega sloga.*

Table 3. *Correlational table for significant relationship between group and organizational health resources.*

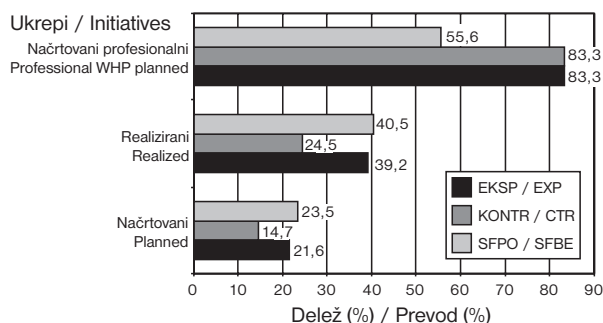
Viri v delovnem okolju Organizational resources	Skupina Group	
	C	p
Kolesarnica, prostor za rolerje Bicycle, roller storage area	0,519	0,019
Avtomati s ponudbo zdrave hrane Vending machines with healthy food choices	0,702	0,001
Delavnice o zdravem načinu življenja Healthy life style education	0,491	0,033
Individualno svetovanje o življenjskem slogu, zdravju Individual counselling for healthy life style	0,75	0,000

Kontrolna skupina pomembno izstopa s ponudbo kolesarnic in prostora za rolerje (F = 3,88; p = 0,04), SFPO pogosteje omogoča zdravo izbiro na avtomatih (F = 8,55; p = 0,00), eksperimentalna skupina pa delavnice o zdravem življenjskem slogu (F = 7,69; p = 0,00) in individualno svetovanje o zdravem življenjskem slogu (F = 21,38; p = 0,00). S 40,5% realizacijo 17 predlaganih ukrepov za vzpodbujanje zdravega življenjskega sloga zaposlenih največ ponuja SFPO.

Motivacija menedžerjev

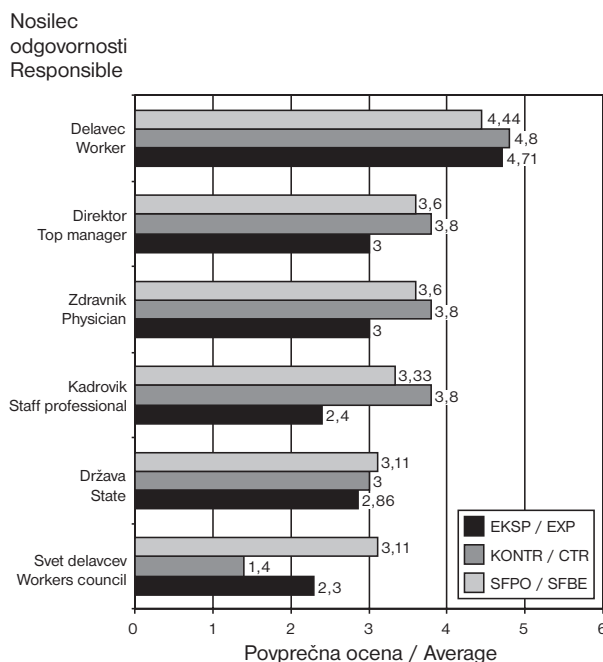
Menedžerji so bili vprašani o nameri uvajanja ukrepov promocije zdravja v delovni organizaciji v prihodnjih treh do petih letih, kjer so izbirali v naboru 17

predlogov (Sl. 1). Linearna povezava motivacije za uvajanje ukrepov promocije zdravja v delovni organizaciji s pripadnostjo skupini ni statistično značilna ($C = -0,27$; $p = 0,23$). Delež načrtovanih ukrepov je glede na predloge najvišji v SFPO, nasprotno pa je prav v tej skupini motivacija za vključevanje delovne organizacije v projekt promocije zdravja najmanjša, kar nakazuje naklonjenost samostojnim akcijam brez organizirane profesionalne podpore. Po testu ANOVA razlike med skupinami niso statistično pomembne ($F = 0,918$; $p = 0,42$).



Sl. 1. Ukrepi za vzpodbujanje zdravega življenjskega sloga na delovnem mestu, realizirani in načrtovani.

Fig. 1. Workplace health promotion realization and planning.



Sl. 2. Mnenje menedžerjev o nosilcih odgovornosti za zdravje zaposlenih.

Fig. 2. Responsibility for employee health, manager's view.

Odgovornost za zdravje zaposlenih

Delavec je tisti, ki po mnenju vseh anketiranih menedžerjev nosi najvišjo odgovornost za svoje zdravje ($\bar{x} = 4,67$; $SD = 0,57$) (Sl. 2). Odgovornost za zdravje zaposlenih, ki jo menedžerji pripisujejo svetu delavcev, se med skupinami statistično značilno razlikuje ($F = 6,35$; $p = 0,01$), in sicer predvsem zaradi večje odgovornosti, ki jo temu organu pripisujejo v SFPO.

Ugotovitve kažejo na linearni odnos med funkcijo intervjuvanca in odgovornostjo delavca za lastno zdravje ($C = -0,56$; $p = 0,01$), delavcu namreč višjo odgovornost pripisujejo menedžerji na najvišjih položajih. Odgovornost delavca je značilno povezana z individualnim svetovanjem ($C = 0,49$; $p = 0,03$), ki je del promocije zdravja. Večja odgovornost svetu delavcev se povezuje z nekaterimi ukrepi na delovnem mestu v smislu materialne in prostorske ureditve: razpoložljivost kolesarnice, prostora za rolerje ($C = 0,65$; $p = 0,00$), tuširnice ($C = 0,49$; $p = 0,03$), možnost izbire zdravih živil na avtomatih ($C = 0,56$; $p = 0,04$), kar nakazuje aktivnosti vodstva v smeri zadovoljevanja zahtev delavcev.

Razprava

Raziskovanje promocije zdravja se najpogosteje povezuje s spremembami življenjskega sloga (Manios, Kafatos, Mamalakis, 1998; Yajima et al., 2001; Wilcox et al., 2006) ali zdravstvenega statusa (Deitz, Cook, Hersch, 2005; Glasgow et al., 1997; Verhoeven, 1997). V promociji zdravja na delovnem mestu je nasprotno zaradi interesa delodajalcev na razpolago veliko podatkov o njeni ekonomski učinkovitosti in zelo malo o njeni uspešnosti (Glasgow et al., 2003).

Študija, v katero so bile vključene tri skupine delovnih organizacij: eksperimentalna, kontrolna in SFPO, je bila izvedena z namenom ugotoviti odnos menedžerjev do promocije zdravja in vire, ki podpirajo zdrav življenjski slog v delovnem okolju. S hipotezo je bil predviden vzpodbuden učinek programa promocije zdravja na delovnem mestu na podporo zdravja zaposlenih. Rezultati raziskave kažejo največjo skrb delovnih organizacij za zdravje zaposlenih v SFPO, kjer je zadovoljevanje potreb zaposlenih odlično in statistično boljše v primerjavi z eksperimentalno in kontrolno skupino. Statistično značilne razlike so bile ugotovljene tudi v ponudbi zdravih živil, kolesarnic in prostora za rolerje ter programov promocije zdravja na delovnem mestu. Razlika v motivaciji menedžerjev za uvajanje programov promocije zdravja na delovnem mestu med skupinami ni statistično značilna.

Najzanimivejša je SFPO z največjim deležem realiziranih ukrepov in načrtovanih aktivnosti v skrbi za zdravje zaposlenih ter istočasno najbolj skromnim zanimanjem za profesionalno vodene programe promocije zdravja. Podatki kažejo na visoko motiviranost menedžerjev v SFPO za aktivnosti v promociji zdravja

ob koriščenju lastnih razpoložljivih virov. Sodelovanje s strokovnjaki iz promocije zdravja bi zato zanje bilo velik izziv, ki bi lahko povečal učinkovitost izvedenih aktivnosti.

Na področju odgovornosti za zdravje ni nobenih dvomov – največjo odgovornost za lastno zdravje nosi zaposleni sam. Direktor, kadrovik in zdravnik imajo primerljiv delež odgovornosti, najnižjo odgovornost pa menedžerji pripisujejo državi. Skupine se statistično značilno razlikujejo v odgovornosti sveta delavcev, ki nosi največjo odgovornost za zdravje zaposlenih v SFPO. Glede na značilen odnos med odgovornostjo in nekaterimi značilnostmi delovnega okolja je mogoče predpostavljati, da so uvedeni ukrepi v delovni organizaciji posledica zahtev sveta delavcev in odnosa menedžmenta do zdravja zaposlenih.

Zaključek

Houtman je ugotovil, da so delovno okolje, zdravje in dobro počutje povezani (Verhoeven, 1997). Ni presenečenje, da sta se eksperimentalna skupina in SFPO v razpoložljivosti virov za zdravje zaposlenih izkazali boljše v primerjavi s kontrolno skupino. Pozitivno pa preseneča SFPO, ki se je ne glede na njeno neizkušenost s profesionalno izvedeno promocijo zdravja v vzpodbujanju zdravja zaposlenih izkazala kot najboljša. Program promocije zdravja ni tisti, ki bi značilno vzpodbujal aktivnosti delovne organizacije za zdravje zaposlenih, temveč je to verjetno uspeh organizacijske kulture in podpornega odnosa menedžerjev.

Literatura

- Bilban M. Promocija zdravja v delovnem okolju. In: Zaletel Kragelj L, ed. Zbornik prispevkov: Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2006. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje; 2006 1–5.
- Baluclac MC. A work site wellness program. *Nurs Manage*. 1996; 27(12):19–21.
- Chang SF. Worksite health promotion on the effects of an employee fitness program. *J Nurs Res*. 2003;11(3):227–9.
- De Greef M, Van den Broek K. Report. Making the case for work health promotion. Analysis of the effects of WHP. Brussels: Institute for occupational safety and health; 2004.
- Deitz D, Cook R, Hersch R. Workplace health promotion and utilization of health services: follow up data findings. *J Behav Health Serv Res*. 2005;32(3):306–19.
- Downie RS, Fyfe C, Tannahill A. Health promotion models and values. Oxford: Oxford University Press; 1990.
- Glasgow RE, Terborg JR, Strycker LA, Boles SM, Hollis JF. Take heart II: replication of a worksite health promotion trial. *J Behav Med*. 1997;20(2):143–61.
- Griffiths J. Workplace health promotion – a ten year perspective! ENWHP Newsletter. 2005; 1–2. Dostopno na: <http://www.enwhp.org/news/newsletter/10> (1. 8. 2005).
- Haynes G, Dunnagan T, Smith V. Do employees participating in voluntary health promotion programs incur lower health care costs? *Health Promot Int*. 1999;14 (1):43–51.
- Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; 1998.
- Hillier D, Fewell F, Cann W, Shephard V. Wellness at work: enhancing the quality of the working lives. *Int Rev Psychiatry*. 2005;17(5): 419–31.
- Kamin T. Promocija zdravja kot mit opolnomočenega državljana [doktorska disertacija]. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2004.
- Keber D. Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje; 2003.
- Kelsey KS, DeVellis BM, Begum M, Belton L, Hooten EG, Campbell MK. Positive affect, exercise and self-reported health in blue-collar women. *Am J Health Behav*. 2006;30(2):199–207.
- Klanjšček C. Identifikacija ovir v promociji zdravja skozi samorefleksijo lastnega delovanja. In: Nacionalna konferenca o promociji zdravja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 1995.
- Manios Y, Kafatos A, Mamalakis G. The effects of a health education intervention initiated at first grade over a 3 year period: physical activity and fitness indices. *Health Educ Res*. 1998;13(4):593–606.
- Musich SA, Adams L, Edington DW. Effectiveness of health promotion programs in moderating medical costs in the USA. *Health Promot Int*. 2000;15(1):5–15.
- Muto T, Tomita M, Kikuchi S, Watanabe T. Methods to persuade higher management to invest in health promotion programmes in the workplace. *Occup Med*. 1997;47(49):210–6.
- O'Donnell MP ed. Health promotion in the workplace. Albany: Delmar Thomson Learning; 2002.
- O'Donnell MP. Definition of health promotion. 2.0: embracing passion, enhancing motivation, recognizing dynamic balance, and creating opportunities. *Am J Health Promot*. 2009;24(1):iv. Dostopno na: <http://www.healthpromotionjournal.com> (1. 8. 2009).
- Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: WHO, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association; 1986.
- Reardon J. The history and impact of worksite wellness. *Nurs Econ*. 1998;16(3),117–21.
- Sorensen G, Stoddard A, Hunt MK, Hebert JR, Ockene JK, Avrunin JS, et al. The effects of a health promotion – health protection intervention on behavioral change: the WellWorks study. *Am J Pub Health*. 1998;88(11):1685–90.
- Stregar E, Urdih Lazar T. 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; 2005.
- Titze S, Martin BW, Seiler R, Marti B. A worksite intervention module encouraging the use of stairs: results and evaluation issues. *Soz Präventivmed*. 2001;46:13–9.
- Tri Fit organizational health audit. A collaborative tool developed by Tri Fit; 1998. Dostopno na: <http://www.trifit.com/pdfs/CHWW%20Health%20Audit%20-final.pdf> (8. 8. 2006).
- Trudeau JV, Deitz DK, Cook RF. Utilization and cost of behavioral health services: employee characteristics and workplace health promotion. *J Behav Health Serv Res*. 2002;29(1):61–74.
- Verhoeven CJM. Wellness effects of a worksite health promotion program. Leiden: Leiden University; 1997.
- Wicos S, Dowda M, Griffin SF, Rheume C, Ory MG, Leviton L, et al. Results of the first year of active for life: translation of 2 evidence-based physical activity programs for older adults into community settings. *Am J Public Health*. 2006;96(7):1201–9.
- Workplace health promotion: the case of work health promotion; 2006. Dostopno na: <http://www.enwhp.org/good-whp-practice/about-whp/the-case-for-whp.html> (8. 8. 2006).
- Wynne R, Grundemann R. New approaches to improve the health of a changing workforce. Dublin: European foundation for the improvement of living and working conditions; 1999.
- Yajima S, Takano T, Nakamura K, Watanabe M. Effectiveness of a community leaders programme to promote healthy lifestyles in Tokyo, Japan. *Health Promot Int*. 2001;16(3):235–43.