

Izvirni znanstveni članek / Original article

KAKOVOST PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU Z VIDIKA PROAKTIVNOSTI ZA ZDRAVJE

WORKPLACE HEALTH PROMOTION QUALITY RELATED TO PROACTIVITY FOR
HEALTH

Melita Peršolja Černe

Ključne besede: promocija zdravja, zdravstvo, menedžment

Key words: health promotion, health care, management

IZVLEČEK

Izhodišča: Promocija zdravja na delovnem mestu izvaja dejavnosti za izboljševanje zdravja in počutja zaposlenih prek urejanja medsebojnih odnosov, izboljšanja ugleda delovne organizacije, zadovoljstva pri delu, življenjskega sloga zaposlenih in drugih ukrepov. Za vrednotenje kompleksnih intervencij promocije zdravja so priporočljivi neekonomski kazalci, kot je programska evalvacija, s katero merimo nastale spremembe. Cilj izvedene raziskave je bil ugotoviti, ali se dejavnosti promocije zdravja na delovnem mestu povezujejo z osveščenostjo in motivacijo za zdravje zaposlenih.

Metode: V raziskavo smo vključili 910 zaposlenih, ki smo jih glede na aktivno vključenost delovne organizacije v program promocije zdravja razporedili v preizkusno in kontrolno skupino. Vsaj pol leta po začetku programa smo posnetek stanja med zaposlenimi izvedli z anketiranjem, na katerega se je odzvalo 328 oseb: 159 iz preizkusne in 169 iz kontrolne skupine. V programu SPSS 17.0 smo hipotezo preverjali s t-testom, testoma ANOVA in hi-kvadrat, korelacijsko analizo ter standardno regresijsko analizo. Izvedli smo še priložnostno neposredno terensko opazovanje z udeležbo.

Rezultati: Proaktivnost za zdravje se s promocijo zdravja ne povezuje statistično značilno. Osveščenost je 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.

Diskusija in zaključki: Zaradi obilice podatkov je splošna osveščenost ljudi visoka in morda zato zanimanje za poglobljeno znanje manjše. Rešitev je v nadgraditvi aktivnosti promocije zdravja na ozko definirane potrebe ciljne skupine ob upoštevanju aktualnih značilnosti družbe.

ABSTRACT

Introduction: Workplace health promotion (WHP) covers a range of out-come oriented activities and initiatives aimed at enhancing the health and well-being of employees through health education, positive lifestyle changes, interpersonal relationships, work satisfaction, organization's reputation and other measures. Non-economic indicators, such as the programme evaluation, are recommended to assess the outcomes of the complex workplace health promotion activities.

Aim: The primary objective of the study was to determine the correlation between workplace health promotion activities and the employees' health awareness and motivation for a healthy lifestyle.

Methods: The study population included 910 employees, divided into experimental or control groups according to their working organisations' involvement in health promotion. Six months after the introduction of the workplace health promotion programmes, the respondents were required to fill in a structured questionnaire. 328 questionnaires (159 from experimental and 169 from the control group) were completed and returned. The hypotheses were tested in SPSS 17.0 programme with t-test, test ANOVA, chi-square, Pearson correlation and standard regression analysis. Additional information was obtained through direct process observation.

Results: There is no statistically significant correlation between the index of proactivity for health and the workplace health promotion. The experimental group exhibits higher levels of health awareness, but its motivational levels for a healthy lifestyle are lower than in the control group. Health awareness increases with age, and actual health problems act as a strong motivator in adopting healthier lifestyle.

Discussion and conclusions: The abundance of available information adds to a high, though superficial knowledge on health risks and recommended healthy life patterns. Therefore, the health promotion programmes and activities should be tailored according to the needs of target audiences in specific working environments.

viš. pred. dr. Melita Peršolja Černe, prof. zdr. vzg., Visoka šola za zdravstvo Izola, Univerza na Primorskem,
e-naslov: melita@persolja.com

Prispevek temelji na doktorski disertaciji z naslovom Evalvacija promocije zdravja na delovnem mestu kot dejavnika kakovosti življenja, ki jo je leta 2010 na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani avtorica zagovarjala pod mentorstvom prof. dr. Nevenke Černigoj Sadar in somentorstvom prof. dr. Marjana Bilbana.

Uvod

Termin promocija zdravja se ne omejuje na posameznika, temveč zaobjema še okolje, organizacijo in interakcijo med njimi (Verhoeven, 1997). Bunton in MacDonald (1992) jo opisujeta kot multidisciplinarno prizadevanje, ki temelji na primarnih disciplinah znanosti in pomeni obširen socialni in politični proces spreminjanja socialnih, okoljskih in ekonomskih pogojev z namenom, da se poveča njihov pozitiven vpliv na zdravje (Health, 1998). Želeni izid te dejavnosti je »empowerment«*» posameznikov ali skupnosti (Nutbeam, 1998), ki ga Kamin (2004) sloveni 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 ipd.«*

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

V drugi generaciji promocije zdravja so tudi na delovnem mestu pričeli določati dejavnike tveganja, medicina dela in varstvo pri delu sta se usmerjali na prvo pomoč in zdravstveno oskrbo ter na ukrepe v delovnem okolju s področja varnosti in preprečevanja nezgod. Ta oblika promocije zdravja je zanemarjala determinante zdravja, ki izhajajo iz okolja, družbe ali organizacije, njene intervencije so se omejevale na eno bolezen, en dejavnik tveganja in eno metodo dela v izbranem delu populacije (Chu et al., 2000).

Tretja generacija programov promocije zdravja v spektru različnih metod ponuja široko paleto intervencij za različne dejavnike tveganja in vključuje vse zaposlene. 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 socialnoekonomske, organizacijske in okoljske problematike (Chu et al., 2000).

V četrti generaciji programov je poudarek na aktivnostih, politiki in odločitvah, ki v širšem smislu vplivajo na zdravje in dobro počutje vseh zaposlenih. Pristop temelji na razumevanju zdravja delavca kot posledice številnih determinant. Promocija zdravja na delovnem mestu je postala celovitejša in integrativna, saj obravnava tako dejavnike tveganja pri posamezniku kot tudi ovire okolja in organizacije, vključuje celoten kolektiv in si zato prizadeva oblikovati zdravju spodbudno delovno okolje (Maes et al., 1998).

V Ameriki večina delodajalcev ponuja najmanj eno obliko programa promocije zdravja. Ameriški model se usmerja na tvegana vedenja, na posamezna obolenja in metode spreminjanja vedenja kombinira z zdravstveno vzgojo, običajno in predvsem z namenom zmanjševanja

stroškov zdravstvene oskrbe (Wynne, Grundemann, 1999).

Tudi v Evropi so se že v 70. letih prejšnjega stoletja nekatera podjetja navduševala nad spodbujanjem zdravja pri delu, vendar so prizadevanja kmalu opustila zaradi neskladnosti skrbi za zdravje delavcev z interesi organizacije. Leta 1992 je Evropska fundacija za izboljšanje delovnih in življenjskih pogojev objavila raziskavo, kjer je razlagala pomen promocije zdravja na delovnem mestu in jo povezovala z zdravjem in blagostanjem zaposlenih (Griffiths, 2005). Šele leta 1996 je bila ustanovljena mreža European Network for Work Health Promotion (ENWHP), ki neformalno združuje agencije zdravstvenega varstva na nivoju držav Evropske unije.

Evropski model promocije zdravja na delovnem mestu je manj razširjen in manj jasen od ameriškega, saj obravnava posameznika skupaj z njegovim okoljem, vključuje široko paleto metod dela in se poskuša integrirati v že obstoječe strukture organizacije. S promocijo zdravja delovne organizacije predvsem reagirajo na pritiske zakonodaje, zdravstvene težave in zahteve delavcev ter želijo povečati ugled organizacije. Evropska promocija zdravja se zato usmerja na kakovost delovnega življenja in delovno okolje, nekoliko manj na dejavnike tveganja pri posamezniku (Kirsten, 2002).

Prednosti promocije zdravja na delovnem mestu

V primerjavi s splošno promocijo zdravja aktivnosti v delovnem okolju lažje dosežejo ljudi. Ker je skupina vključenih oseb relativno stabilna, je mogoče sledenje skozi daljše časovno obdobje. Promocija zdravja na delovnem mestu za svojo dejavnost uporablja obstoječi menedžment in organizacijsko strukturo, kar olajša strukturalne intervencije in kontinuiteto. V delovnem okolju lahko veliko intervencij izvajamo istočasno in jih združujemo s spremembami v okolju, kar s podporo socialne mreže ustvarja zdravju podporno kulturo (Verhoeven, 1997).

Kot izhaja iz raziskav, so potencialne koristi promocije zdravja na delovnem mestu številne (Warner et al., 1988; Ho, 1997; Pelletier et al., 1997; Sorensen et al., 1998; Musich, Adams, Edington, 2000; McMahan et al., 2002; Lara et al., 2008): (a) izboljšano zadovoljstvo z delom, izboljšano vzdušje, povečana lojalnost, povečana 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; (č) izboljšano zdravje zaposlenih, zmanjšan absentizem, zamujanje, poškodbe pri in ob delu, manjša poraba zdravstvenih storitev, zmanjšani stroški zdravljenja in nadomeščanja zaposlenih.

Izboljššan oz. zdrav življenjski slog je pogost cilj promocije zdravja. Sorensen et al. (1998) je v dvoletnem programu promocije zdravja raziskoval spremembo življenjskih navad 2386 proizvodnih delavcev v Massachusettsu. Z vprašalnikom je ugotovil značilno razliko med poskusno in kontrolno skupino v količini zaužitih maščob, sadja in zelenjave ter vlaknin. Razlike so bile skromne, vendar bi se po mnenju avtorjev na populacijskem nivoju lahko izkazale s pomembnim učinkom na rakava obolenja in bolezni srca in ožilja.

Titze s sodelavci (2001) je opazovala učinkovitost spodbujanja zaposlenih k hoji po stopnicah pri 338 zaposlenih švicarske javne uprave. V štirimesečnem programu so s privlačnimi tehnikami »pull« poskusili zaposlene spodbuditi k uporabi stopnic: na stopnišču so ponujali jabolka ali drugo sadje, dvigalo za en dan simbolično zaprli. Uporaba stopnišča se je povečala v vseh pisarnah, vendar le 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 življenjskega sloga. Šest mesecev po pregledu zdravstvenega stanja je kar 47 % oseb navedlo, da so v skladu s strokovnim nasvetom spremenili eno ali več navad. Po dvanajstih mesecih se je delež povečal na 56 %, tretjina vprašanih pa je spremembo nameravala šele uvesti (Hanlon et al., 1998).

Na vprašanje povezave stroškov zdravstvene oskrbe in promocije zdravja tudi iz raziskav ni najti jasnega odgovora. V triletni raziskavi, ki je zajela skoraj dva tisoč zaposlenih na Montana State University, so Haynes, Dunnagan in Smith (1999) ugotovili, da so stroški zdravstvenega varstva višji za zaposlene, ki sodelujejo v programu, in da je pri njih pomembno več težav z duševnim zdravjem, več obolenj spolovil, sečil in kože. Avtorji trdijo, da se za prostovoljno udeležbo v programih promocije zdravja odločajo predvsem zaposleni, ki že imajo težave z zdravjem.

Nasprotno Musich, Adams in Edington (2000) po šestletni raziskavi med zaposlenimi v Clevelandski zavarovalnici zatrjujejo, 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 testom pre-post s kontrolo meril učinek dvoletnega programa promocije zdravja in poskusil zvezo prikazati prek 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 %, in zatrjuje, da za vsak dolar vložen v promocijo zdravja na delovnem mestu delodajalec prihrani od 1,45 do 2,87 dolarja. Znižanje stroškov naj bi izhajalo iz boljšega zdravja kot posledice 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 niti 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 % (Maes et al., 1998).

Green s sodelavci (2001) je dokazal pozitivne učinke obveznega programa za učitelje, in sicer izboljšave krvnega tlaka, znižanje holesterola in deleža maščob v telesu. Peters in Carlson (1999) sta že po treh mesecih aktivnosti pri udeležencih ugotovila značilno znižanje telesne teže, krvnega tlaka in večjo pogostost zdravih življenjskih navad. Tudi Chang (2003) je že po osemtedenskem programu telesne dejavnosti izmerila značilno izboljšanje v ravnotežju, koordinaciji, moči in gibljivosti preiskovancev.

Nasprotno številni avtorji niso potrdili sprememb, ki bi izhajale iz dejavnosti promocije zdravja. Ashley in sodelavci (2001) so kot posledico programa za spodbujanje telesne dejavnosti ugotovili zgolj neznačilno izboljšanje kakovosti življenja. Chen (1999) navaja značilno izboljšanje v življenjskem slogu preizkusne skupine, ki je bila deležna šestih ur svetovanja v pol leta, vendar objektivni podatki zdravstvenega statusa navedb zaposlenih niso potrdili. Podobno tudi Ho (1997) ni dokazala povezanosti programa promocije zdravja s stresom, zadovoljstvom pri delu, 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.

Basen-Enquist s sodelavci (1998) je med skoraj sedem tisoč zaposlenimi merila učinek triletnega programa promocije zdravja na oblikovanje podperne organizacijske klime. Odkrila je, da je program sicer značilno pozitivno vplival na klimo, vendar se ta sploh ni odražala v življenjskem slogu zaposlenih.

Kaže torej, da se najpomembnejši procesi programa promocije zdravja na delovnem mestu ne omejujejo na zdravje v ožjem smislu, temveč posegajo v splošno počutje udeležencev, avtonomijo, socialne interakcije, zabavnost in prilagodljivost delovnega okolja (Buijs et al., 2003).

Omejitve promocije zdravja na delovnem mestu

V promociji zdravja ne poznamo programa, ki bi bil splošno priporočljiv in njegova učinkovitost vnaprej zagotovljena. Od koordinatorjev programov se zahteva širok spekter znanj in nenehno prilagajanje, zato le-ti najpogosteje utemeljujejo potrebo po uvedbi programa promocije zdravja s podatki iz zdravstvene statistike (Muto et al., 1997), vendar s tem premalo upoštevajo specifične potrebe ciljne populacije oz. zaposlenih iz konkretne delovne organizacije (Neiger et al., 2003).

Zaposleni menijo, da delodajalci uvajajo promocijo zdravja iz treh razlogov: zaskrbljenosti za njihovo zdravje, zahtev, ki so jih delavci postavili, in želje po zniževanju stroškov (Breckon, Harvey, Lancaster, 1985; Fielding, Piserchia, 1989). Glavni razlog je zgolj dobiček, zato večina delodajalcev ne želi vlagati v intervencije, ki znižujejo učinkovitost delovne organizacije, čeprav s tem uresničujejo cilje javnega zdravja (Donaldson, Blanchard, 1995). Vlaganje v zdravje zaposlenih je morda le usluga njihovim 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 et al., 1997; Donaldson et al., 1999; Fine et al., 2004), zato za delodajalce ekonomski argument o dolgoročnih pozitivnih izidih ni povsem prepričljiv (Warner, 1987).

Pogoji, ki omogočajo uspešnost promocije zdravja na delovnem mestu, so (Chu et al., 2000): (a) udejstvovanje zaposlenih v vseh fazah procesa programa; (b) usmerjenost menedžmenta projekta, meritev in programov k reševanju konkretnih težav; (c) integracija programov v obstoječo organizacijsko prakso in njihova usklajenost z vizijo organizacije; (č) delovanje programa na nivoju posameznika in tudi njegovega okolja.

Dejavniki delovne organizacije lahko tudi ovirajo programe promocije zdravja z omejevanjem udejstvovanja zaposlenih (Yen et al., 2006), in sicer prek stila vodenja (Witte, 1993), tipa proizvodnje (Glasgow, Sorensen, Corbett, 1992), nivojev organizacije (Hollander, Lengerman, 1988), velikosti delovne organizacije (Glasgow et al., 1990; Glasgow, Sorensen, Corbett, 1992), organizacijske strukture (Gottlieb, McLeroy, 1994), pomanjkljive podpore vrhnjega menedžmenta (Glasgow et al., 1990; DeJoy et al., 2009), prek odločitev, ki omejujejo zdrav življenjski slog (Emont, Cummings, 1990), prek 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 dejavnosti željam nemalokrat porazno nizko (Fielding, 1990; Griffiths, 1996; Griffin, Hall, Watson, 2005). Vzrokov je verjetno več, kaže pa, da je na področju zdravja zaposlenih močan dejavnik zaupanje (Laschinger et al., 2000).

Meritve dejavnikov tveganja za zdravje privabljajo predvsem posameznike z relativno nizkim tveganjem, t. i. worried well, katerih zaskrbljenost se zaradi kontrol še dodatno zvišuje (Hanlon et al., 1998; Musich, Adams, Edington, 2000). Tipični udeleženec programov promocije zdravja je ženska srednjih let (Peltomäki et al., 2003).

Kritiki spodbujanje specifičnega vnaprej določenega življenjskega sloga razlagajo kot obliko nadzora nad posamezniki (Watson et al., 1996), interne aktivnosti delovne organizacije na tem področju pa kot vrsto av-

toselekcije (Glasgow, McCaul, Fisher, 1993) in izraz verovanja zaposlenih (Cox et al., 1988). Promocija zdravja se poleg tega velikokrat poslužuje oblik dela (posterji, brošure, knjižice), na katere je pozorna zgolj tretjina populacije (Yoshita et al., 2004), s čimer se večja številčnost neuspešnih programov (Shephard et al., 1982; Bly, Jones, Richardson, 1986; Pelletier et al., 1997; Stuijbergen, Seraphine, Roberts, 2000; Okamura et al., 2004; Merrill et al., 2008).

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

Če torej intervencije dosežejo tretjino ciljne populacije, 85% prejemnikov sporočilo razume, tretjina od teh informacijam verjame v tolikšni meri, da načrtujejo spremembo, vendar le 40% teh živi in dela v okolju, kjer spremembo lahko realizirajo, je sprememba življenjskega sloga kot pričakovani rezultat (če smo zelo optimistični) izvedena le pri 3% ciljne populacije izobraževalnega programa promocije zdravja (MacDonald, Veen, Tones, 1996).

Cilj in namen raziskave

Ob priznavanju pomena promocije zdravja v delovnem okolju tujih (predvsem ameriških) smernic ne moremo zgolj povzeti in prenesti v prakso, temveč jih moramo raziskati tudi pri nas. Z namenom sistematičnega ugotavljanja učinka zdravstvene storitve ter s ciljem pospešiti razvoj in kakovost promocije zdravja smo izvedli primerjavo med preizkusno in kontrolno skupino zaposlenih v upravi. Edini dejavnik, na katerega smo vplivali, je program promocije zdravja, izveden v preizkusni skupini.

Hipotezi

Hipoteza 1

Zdravstvena osveščenost je povezana z dejavnostmi promocije zdravja na delovnem mestu.

Hipoteza 2

Motivacija za sodelovanje v programih promocije zdravja je v zvezi z dejavnostmi promocije zdravja na delovnem mestu.

Populacija in vzorec

V raziskovani populaciji 2027 zaposlenih v upravi v štirinajstih delovnih organizacijah smo med 910 (44,9%) delavci v enem časovnem preseku (šest me-

secev po implementaciji projekta oz. med internim programom) v končnem vzorcu pridobili 328 veljavnih anketnih vprašalnikov, in sicer 159 iz preizkusne ter 169 iz kontrolne skupine. Zaposleni 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.

Raziskovani vzorec sestavljajo v pretežni meri ženske (71,6 %) v zgodnjih štiridesetih letih, poročene ali v izvenzakonski skupnosti (77,9 %), z visoko stopnjo izobrazbe in matere dveh otrok (44,8 %), kjer je njihov najmlajši otrok mladostnik.

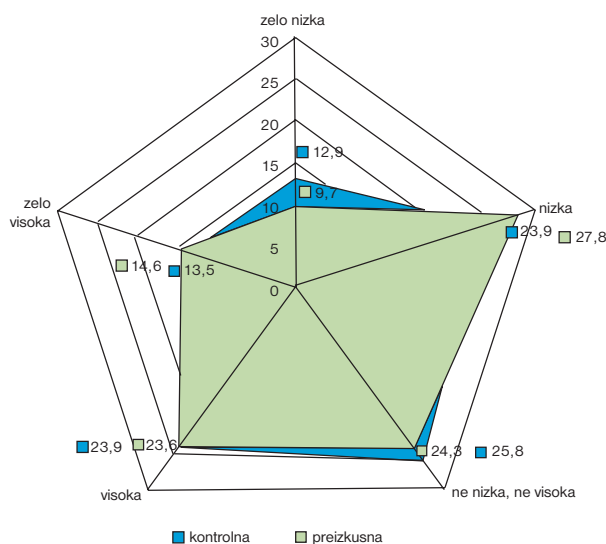
Metode

Uporabili smo strukturiran vprašalnik, ki vključuje vprašanja zaprtega in odprtega tipa, ki se nanašajo na sledeče spremenljivke: demografski podatki, zdravstveni status, delo in delovno okolje, promocija zdravja na delovnem mestu. Zdravstveno osveščenost smo ugotavljali prek znanja anketirancev o priporočljivi pogostosti telesne dejavnosti na teden in priporočljivem številu obrokov na dan, njihove seznanjenosti o lastnih vrednostih krvnega tlaka, obsega trebuha in indeksa telesne mase (ITM). Instrument je oblikovan z namenom kvantitativnega zbiranja podatkov in vključuje osnovne kazalce zdravja in zdravega življenjskega sloga, kot jih je v raziskavi o življenjskem slogu Slovencev uporabil CINDI Slovenija (Hlaskan Ribič et al., 2010), ter nekatere vprašanja iz raziskave kakovosti življenja v Sloveniji (Rus, 1984). Statistična analiza podatkov je bila izvedena v programu SPSS za Windows, verzija 17.0.

Rezultati

Kazalce osveščenosti v zdravju smo združili z motivacijo za vključitev v programe promocije zdravja in povečanje telesne dejavnosti v indeks proaktivnosti za zdravje (Razpredelnica 1).

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 vrednosti indeksa ni značilne statistične razlike med skupinama. Ugotavljamo, da je preizkusna skupina boljše informirana, vendar manj motivirana od



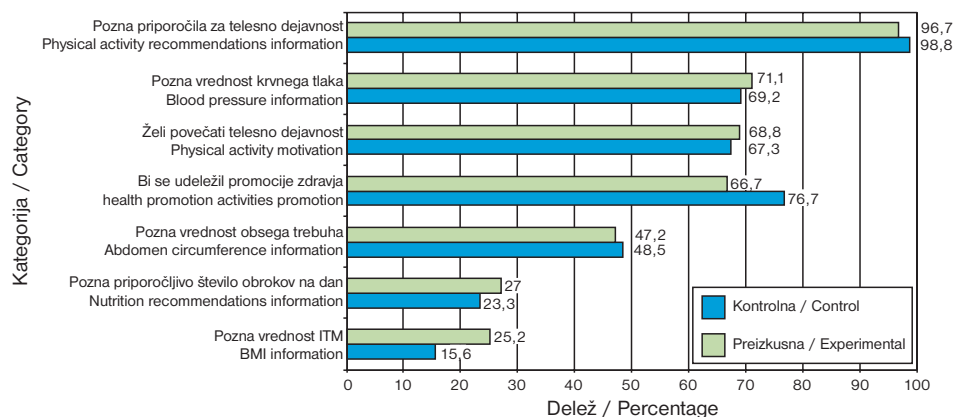
Slika 1. Razporejanje indeksa proaktivnost za zdravje v preizkusni in kontrolni skupini.

Figure 1. Proactivity for health index distribution in experimental and control group.

kontrolne, proaktivnost za zdravje se s promocijo zdravja na delovnem mestu ne povezuje.

V združenih spremenljivki proaktivnost za zdravje zavzema največji delež nizka proaktivnost (25,8 %), desetina je oseb z zelo nizko, slabih 40 % pa tistih z visoko in zelo visoko proaktivnostjo za zdravje (Slika 1).

Anketirani dobro poznajo priporočila glede pogostosti telesne dejavnosti (97,8 %), večina se 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 pozna vrednost obsega trebuha (47,9 %), dobra četrtina priporočljivost petih obrokov



Slika 2. Razporejanje podkategorij indeksa proaktivnost za zdravje v preizkusni in kontrolni skupini.

Figure 2. Proactivity for health subcategories distribution in experimental and control group.

Razpredelnica 1. Opis indeksa proaktivnost za zdravje.

Table 1. Index proactivity for health.

Indeks Index	Kazalec kakovosti Quality indicator	Izvedene spremenljivke Variables	n		Vzorec Sample	\bar{X}		Vzorec Sample	χ^2	β	R ²	Cronbach α Skewness kurtosis
			preiz- kusna experi- ment	kontrol- na control		preiz- kusna experi- ment	kontrol- na control					
Proaktivnost za zdravje – Proactivity for health	min 1, max 5	indeks index	–	–	299	–	–	3,03	1,23	–	,97	0,66 0,02 –1,0
		pozna vrednost obsega trebuha abdomen circumference information	159	169	328	1,47	1,48	1,48	,06	,39**		
		motiviran/a za več telesne dejavnosti physical activity motivation	157	168	325	1,69	1,67	1,68	,09	,35**		
		pozna vrednost krvnega tlaka blood preassure information	159	169	328	1,71	1,69	1,7	,13	,34**		
		motiviran za udeležbo v promociji zdravja health promotion activities motivation	153	163	316	1,67	1,77	1,72	3,9*	,33**		
		pozna priporočila za prehrano nutrition reccomenda- tions information	159	163	322	1,27	1,23	1,25	,59	,32**		
		pozna vrednost ITM BMI information	155	167	322	1,25	1,16	1,2	4,59*	,28**		
		pozna priporočila za telesno dejavnost physical activity reccomendations information	153	167	320	1,97	1,99	1,98	1,6	,05**		

Legenda: *p < 0,05; **p < 0,01; n = število enot; = povprečna vrednost; sd = standardni odklon; β = beta; χ^2 = vrednost hi-kvadrat; R² = RSquare.

Legend: *p < 0,05; **p < 0,01; n = subjects number; = average; sd = standard deviation; β = beta; χ^2 = hi-square; R² = RSquare.

Razpredelnica 2. Povezovanje proaktivnosti za zdravje z demografskimi značilnostmi in kazalci socialnega položaja.

Table 2. Correlating health proactivity with demographic variables.

Korelacija Correlation	Kazalec Variable	Starost Age	Število otrok No. of children	Avtonomija pri delu Work autonomy	Samostojno uravnavanje tempa dela Working speed control
Proaktivnost za zdravje Proactivity for health (index)	r	,1**	,14*	,13*	,13*
	p	,01	,01	,03	,03
	n	297	298	290	289
Pozna priporočila za telesno dejavnost Physical activity reccomendations information	r	–,06	,00	,05	–,00
	p	,26	,94	,39	,97
	n	316	318	310	308
Pozna vrednost krvnega tlaka Blood preassure information	r	,24**	,18**	,04	,08
	p	,00	,00	,46	,16
	n	324	326	316	315

Korelacija	Kazalec	Starost	Število otrok	Avtonomija pri delu	Samostojno uravnavanje tempa dela
Correlation	Variable	Age	No. of children	Work autonomy	Working speed control
Želi povečati telesno dejavnost Physical activity motivation	r p n	,06 ,27 321	,16** ,00 323	,11* ,04 316	,12* ,03 314
Udeležil/a bi se programa promocije zdravja Health promotion activities motivation	r p n	-,02 ,69 312	-,05 ,40 315	-,05 ,37 306	,00 ,98 305
Pozna vrednost obsega trebuha Abdomen circumference information	r p n	,12* ,03 324	,03 ,53 326	,02 ,76 316	-,02 ,71 315
Pozna priporočljivo število obrokov na dan Nutrition recommendations information	r p n	,03 ,64 318	,00 ,95 320	,13* ,03 311	,06 ,27 311
Pozna vrednost ITM BMI information	r p n	-,07 ,23 320	,02 ,73 320	,05 ,35 310	,06 ,32 309

Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije; *p < 0,05; **p < 0,01; n = število enot
Legend: r = Pearson correlation coefficient; *p < 0,05; **p < 0,01; n = subject number

na dan (25,2%), 20 % anketiranih v obeh skupinah je navedlo vrednost ITM (Slika 2).

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. Pogosto dejavnosti promocije zdravja vzbujajo tudi negativna čustva, predvsem strah in sram, kar znižuje odzivnost delavcev na programe, ki potekajo znotraj delovne organizacije.

Za starejše je značilna boljša informiranost o lastnem zdravju, sprejemljivost za zdravstveno vzgojo pa za zaposlene z aktualnimi zdravstvenimi težavami. Težave z zdravjem in starost opisujeta dobre 4 % proaktivnosti za zdravje ($R^2 = ,04$), kar kaže, da aktivno zanimanje za zdravje izhaja predvsem iz (aktualnih) potreb (Razpredelnica 2).

Razprava

Iz podatkov raziskave ugotavljamo, da je v vsebinah, povezanih z zdravjem, preizkusna skupina bolj osveščena od kontrolne, kontrolno pa aktivnosti na področju zdravja bolj zanimajo. Motivacija za sodelovanje v programu promocije zdravja je večja ob zdravstvenih težavah, zanimanje za vrednosti meritev dejavnikov tveganja narašča s staranjem.

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

kot posledico potreb so ugotavljali tudi v drugih raziskavah promocije zdravja (Stoate, 1989; Waller et al., 1990; Haynes, Dunnagan, Smith, 1999; Musich, Adams, Edington, 2000), saj je zveza med sedanji ravnanji in bodočim nezdravjem pogosto zamaknjena (Toš, Malnar, 2002). Upoštevati velja tudi značilnosti udeležencev programa – delavnic promocije zdravja naj bi se najpogosteje udeleževale dobro osveščene osebe z nizkim tveganjem za zdravje in relativno nezdravi, ki pogosto uporabljajo zdravstvene storitve (Hanlon et al., 1998; Haynes, Dunnagan, Smith, 1999).

V praksi promocije zdravja velja, da se vsebina, oblike in intenzivnost dela prilagajajo ciljem programa (Verhoeven, 1997), saj nobena metoda dela ne velja za najboljšo (Grant, Brisbin, 1992; MacDonald, Veen, Tones, 1996; Hanlon et al., 1998; Neiger et al., 2003; Yoshita et al., 2004). Naši podatki so v nasprotju s trditvami Stergar in Urdih - Lazar (2005), ki sta v populaciji menedžerjev ugotovili, da bi se dve tretjini anketiranih vključili v program promocije zdravja, če bi le-ta obstajal, in sicer pogosteje tisti, ki so v podoben program že bili vključeni.

Še vedno ostaja dilema o smiselnosti merjenja znanja kot kazalca uspešnosti, saj večanje znanja sploh ni cilj promocije zdravja, čeprav spremembe v vedenju pogojuje (Fielding, 1984). Svoj del odgovornosti na tem področju ima gotovo tudi zloraba zdravja kot medijsko atraktivne vsebine. Zaradi obilice podatkov je splošna osveščenost ljudi visoka in morda prav zato zanimanje za poglobljeno znanje nižje. Naključne vsebine o zdravju so dodatna spodbuda dojemljivim in verjetno ne dovolj močan motivator za spremembe v vedenju.

Ugotovili smo, da je prednost promocije zdravja na delovnem mestu predvsem v obliki dela, ki temelji na skupinskih aktivnostih, druženju in medsebojnem

komuniciranju zaposlenih. Pomanjkljivost promocije zdravja se kaže v uporabi pretežno tradicionalnih metod dela, kot so: predavanja, oglasi, brošure, plakati, avdio- in videopredstavitve, individualno svetovanje iz oči v oči. Velikokrat se splošne vsebine ponavljajo in so zaradi lahke dostopnosti v poljudnih virih predvidljive.

Naslednja težava 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 t. i. črna pega, pri čemer se zmanjšata osredotočenost in motivacija udeležencev za prakticiranje zdravega življenjskega sloga (Chapman, 2002). Tudi v naši raziskavi so, morda zaradi napačnega načina informiranja, udeleženci programa lastno zdravstveno stanje ali življenjski slog ocenjevali nerealno in selektivno ter bili posledično (v primerjavi s kontrolno skupino) manj zainteresirani za nadaljevanje programa.

Zaključek

Koordinacija v promociji zdravja zahteva integracijo naravoslovnih in družboslovnih znanj, izvajanje pa specialiste obravnavane problematike in ne kvazistrokovnjake katerih koli z zdravjem povezanih področij. Tudi v storitvah promocije zdravja bi se bilo potrebno odzvati na, če priredimo po Svetliku (2004), postopno povečevanje izbirčnosti in zahtevnosti uporabnikov, ki zahtevajo storitve visoke kakovosti, prilagojene njihovim osebnim željam.

Rešitev je morda v preoblikovanju aktivnosti promocije zdravja iz nepogostih vsebin skromne intenzivnosti, uporabe pretežno tradicionalnih metod poučevanja v ozko definirane potrebe ciljne skupine ob upoštevanju aktualnih značilnosti družbe. Chapman (2002) 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 e-pošti, telefonski odzivnik, proaktivni telefonski stik s specialistom, multimedijske predstavitve, informiranje posameznika o temah, ki ga zanimajo (t. i. informacijski kioski s tiskanimi ali elektronskimi viri), spletne strani z nasveti, forumi, novičarstvom, virtualne aplikacije (igre).

Izziv promocije zdravja je tako predvsem v pridobitvi mlajših delavcev, pri katerih zaradi dejavnikov tveganja pričakujemo težave z zdravjem v prihodnosti in ki se na uporabljene metode promocije zdravja slabo odzivajo. Sodobne metode dela v promociji zdravja je veliko lažje integrirati v obstoječi ritem dela v primerjavi s tradicionalnimi in so obenem za mlajše uporabnike bolj zanimive.

Literatura

1. Ashley A, Lloyd A, Lamb S, Bartlett H. Is health-related quality of life a suitable outcome measure for evaluating health promotion programmes? *Nurs Times Res.* 2001;6(3):671–8. doi:10.1177/136140960100600305
2. Basen-Enquist K, Hudmon KS, Tripp M, Chamberlain R. Worksite health and safety climate: scale development and effects of a health promotion intervention. *Prev Med.* 1998;27(1):111–9. doi:10.1006/pmed.1997.0253 PMID:9465361
3. Bertera RL. The effects of workplace health promotion on absenteeism and employment costs in a large industrial population. *Am J Public Health.* 1990;80(9):1101–5. doi:10.2105/AJPH.80.9.1101 PMID:2382748 PMCID:1404872
4. Bly JL, Jones RC, Richardson JE. Impact of worksite health promotion on health care costs and utilisation. Evaluation of Johnson & Johnson's Live for Life program. *JAMA.* 1986;256(23):3235–40. doi:10.1001/jama.256.23.3235 PMID:3783867
5. Breckon DJ, Harvey JR, Lancaster RB. Worksite health promotion programs. In: Breckon DJ, Harvey JR, Lancaster RB, eds. *Community health education: settings, roles and skills.* Aspen: Aspen Publications; 1985: 61–5.
6. Buijs R, Ross-Kerr J, Cousins SO, Wilson D. Promoting participation: evaluation of a health promotion program for low income seniors. *J Community Health Nurs.* 2003;20(2):93–107. PMID:12738576
7. Bunton R, MacDonald G. *Health promotion disciplines and diversity.* London, New York: Routledge; 1992: 1. doi:10.4324/9780203412848
8. Chang SF. Worksite health promotion: the effects of an employee fitness program. *J Nurs Res.* 2003;11(3):227–30. PMID:14579200
9. Chapman L. Awareness strategies. In: O'Donnell MP, ed. *Health promotion in the workplace.* 3rd ed. Albany: Delmar Thomson Learning; 2002: 166–81.
10. Chen MY. The effectiveness of health promotion counselling to family caregivers. *Public Health Nurs.* 1999;16(2):125–32. doi:10.1046/j.1525-1446.1999.00125.x PMID:10319663
11. Chu C, Breucker G, Neil Harris N, Stitzel A, Gan X, Gu X, et al. Health promoting workplaces – international settings development. *Health Promot Int.* 2000;15(2):155–67. doi:10.1093/heapro/15.2.155
12. Cox T, Gotts G, Boot N, Kerr JH. Physical exercise, employee fitness and the management of health at work. *Work Stress.* 1988;2(1): 71–7. doi:10.1080/02678378808259148
13. DeJoy DM, Bowen HM, Baker KM, Bynum BH, Wilson MG, Goetzel RZ, et al. Management support and worksite health promotion program effectiveness. *Lect Notes Comput Sci.* 2009;5624:13–22. doi:10.1007/978-3-642-02731-4_2
14. Donaldson SI, Blanchard LA. The seven health practices, well-being, and performance at work: evidence for the value of reaching small and underserved worksites. *Prev Med.* 1995;24(3):270–7. doi:10.1006/pmed.1995.1044 PMID:7644450
15. Donaldson SI, Sussman S, Dent CW, Severson HH, Stoddard JL. Health behavior, quality of work life, and organizational effectiveness in Lumber industry. *Health Educ Behav.* 1999;26(4):579–91. doi:10.1177/109019819902600413
16. Emont SL, Cummings KM. Organizational factors affecting participation in a smoking cessation program and abstinence among 68 auto dealerships. *Am J Health Promot.* 1990;5:107–14.
17. Fielding JE. Health promotion and disease prevention at the worksite. *Annu Rev Publ Health.* 1984;5:237–65. doi:10.1146/annurev.pu.05.050184.001321 PMID:6426488

18. Fielding J, Piserchia PV. Frequency of worksite health promotion activities. *Am J Public Health*. 1989;79(1):16–20.
doi:10.2105/AJPH.79.1.16
PMid:2909175 PMCID:1349460
19. Fielding J. Worksite health promotion programs in the United States: progress, lessons and challenges. *Health Promot Int*. 1990;5(1):75–84.
doi:10.1093/heapro/5.1.75
20. Fine A, Ward M, Burr M, Tudor-Smith C, Kingdon A. Health promotion in small workplaces – a feasibility study. *Health Educ J*. 2004;63(4):334–46.
doi:10.1177/001789690406300405
21. Glasgow RE, Hollis JF, Ary DV, Lando HA. Employee and organizational factors associated with participation in an incentive-based worksite smoking cessation program. *J Behav Med*. 1990;13(4):403–18.
doi:10.1007/BF00844887
PMid:2246786
22. Glasgow RE, Sorensen G, Corbett K. Worksite smoking control activities: prevalence and related worksite characteristics from the COMMIT study, 1990. *Prev Med*. 1992;21(6):688–700.
doi:10.1016/0091-7435(92)90076-T
23. Glasgow RE, McCaul KD, Fisher JK. Participation in worksite health promotion: a critique of the literature and recommendations for future practice. *Health Educ Q*. 1993;20(3):391–408.
PMid:8307762
24. Glasgow RE, Terborg RJ, Strycker AL, Boles MS, Hollis JF. Take heart II: replication of a worksite health promotion trial. *J Behav Med*. 1997;20(2):143–61.
doi:10.1023/A:1025578627362
PMid:9144037
25. Gottlieb NH, McLeroy KR. Reflections on certification. *Am J Health Promot*. 1994;9(1):17–8.
PMid:10147490
26. Grant CB, Brisbin RE. Workplace wellness: the key to higher productivity and lower health costs. New York: Van Nostrand Reinhold; 1992: 106.
27. Green R, Malcom S, Greenwood K, Murphy G. Impact of health promotion program on the health in primary school principals. *Int J Educ Manag*. 2001;15(1):31–8.
doi:10.1108/09513540110366132
28. Griffin BL, Hall N, Watson N. Health at work in small and medium enterprises. Issues of engagement. *Health Educ*. 2005;105(2):126–41.
doi:10.1108/09654280510584571
29. Griffiths A. The benefits of employee exercise programmes: a review. *Work Stress*. 1996;10(1):5–23.
doi:10.1080/02678379608256781
30. Griffiths J. Workplace health promotion – a ten year perspective! *ENWHP*. 2005;10:1–2. Dostopno na: <http://www.enwhp.org/news/ newsletter/10> (1. 8. 2005).
31. Hanlon P, Carey L, Tannanhill C, Kelly M, Gilmour H, Tannanhill A, et al. Behavior change following a workplace health check: how much change occurs and who changes? *Health Promot Int*. 1998;13(2):131–9.
doi:10.1093/heapro/13.2.131
32. 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.
doi:10.1093/heapro/14.1.43
33. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998: 1–2. Dostopno na: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf (5. 2. 2011).
34. Hlastan Ribič C, Djomba JK, Zaletel - Kragelj L, Maučec Zakotnik J, Fras Z. 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. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2010: 197–211.
35. Ho J. Corporate wellness programmes in Singapore: effect on stress, satisfaction and absenteeism. *J Manag Psychol*. 1997;12(3):177–89.
doi:10.1108/02683949710174801
36. Hollander RB, Lengerman JJ. Corporate characteristics and worksite health promotion programs: survey findings from Fortune 500 companies. *Soc Sci Med*. 1988;26(5):491–501.
doi:10.1016/0277-9536(88)90382-6
37. Kamin T. Promocija zdravja in mit opolnomočenega državljanja [doktorska disertacija]. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2004: 40–50.
38. Kirsten W. Global perspectives in workplace health promotion. In: O'Donnell MP. ed. *Health promotion in the workplace*. 3rd ed. Albany: Delmar Thomson Learning; 2002: 541–71.
39. Lara A, Yancey AK, Tapia-Conye R, Flores Y, Kuri-Morales P, Mistry R, et al. Pausa para tu salud: reduction of weight and waistlines by integrating exercise breaks into workplace organizational routine. *Prev Chronic Dis*. 2008;5(1):A12.
40. Laschinger HK, Finegan J, Shamian J, Casier J. Organizational trust and empowerment in restructured healthcare settings. *J Nurs Adm*. 2000;30(9):413–25.
doi:10.1097/00005110-200009000-00008
41. MacDonald G, Veen C, Tones K. Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. *Health Educ Res*. 1996;11(3):367–76.
doi:10.1093/her/11.3.367
PMid:10163567
42. Maes S, Verhoeven C, Kittel F, Scholten H. Effects of a Dutch worksite wellness-health program: the Barbantia project. *Am J Public Health*. 1998;88(7):1037–41.
doi:10.2105/AJPH.88.7.1037
PMid:9663150
PMCID:1508259
43. McMahon A, Kelleher CC, Helly G, Duffy E. Evaluation of a workplace cardiovascular health promotion programme in the Republic of Ireland. *Health Promot Int*. 2002;17(4):297–308.
doi:10.1093/heapro/17.4.297
PMid:12406918
44. Merrill RM, Aldana SG, Greenlaw RL, Salberg A, Diehl HA, Englert H. Can newly acquired healthy behaviors persist? An analysis of health behavior decay. *Prev Chronic Dis*. 2008;5(1):A13.1–17.
45. 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.
doi:10.1093/heapro/15.1.5
46. 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(4):210–6.
doi:10.1093/occmed/47.4.210
PMid:9231494
47. Neiger BL, Thackeray R, Barnes ML, McKenzie JF. Positioning social marketing as a planning process for health education. *Am J Health Stud*. 2003;18(2/3):75–80.
48. Nutbeam D. Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. *Health Promot Int*. 1998;13(1):27–44.
doi:10.1093/heapro/13.1.27
49. Okamura T, Tanaka T, Takebayashi T, Nakagawa H, Yamato H, Yoshita K, et al. 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. *Environ Health Prev Med*. 2004;9(4):137–43.
doi:10.1007/BF02898092
PMCID:2723569
50. Pelletier J, Moisan J, Roussel R, Gilbert M. Heart health promotion: a community development experiment in a rural area of Quebec, Canada. *Health Promot Int*. 1997;12(4):291–8.
doi:10.1093/heapro/12.4.291
51. Peltomäki P, Johansson M, Ahrens W, Sala M, Wesseling C, Brenes F, et al. Social context for workplace health promotion: feasibility considerations in Costa Rica, Finland, Germany, Spain and Sweden. *Health Promot Int*. 2003;18(2):115–26.
doi:10.1093/heapro/18.2.115
PMid:12746383
52. Peters KK, Carlson JK. Worksite stress management with high-risk maintenance workers: a controlled study. *Int J Stress Manage*. 1999;6(1):21–44.
doi:10.1023/A:1021958219737

53. Rus V. Kvaliteta življenja v Sloveniji: vprašalnik 1984. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Arhiv družboslovnih podatkov; 2001:14, 19–35.
54. Shephard RJ, Corey P, Renzland P, Cox M. The influence of an employee fitness and lifestyle modification upon medical care costs. *J Can Public Health*. 1982;73(4):259–63.
55. 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 Public Health*. 1998;88(11):1685–90.
doi:10.2105/AJPH.88.11.1685
PMid:9807537 PMCID:1508574
56. Stoate HG. Can health screening damage your health? *J R Coll Gen Pract*. 1989;39(322):193–5.
PMid:2560003 PMCID:1712014
57. Stergar E, Urdih - Lazar T. Pripravljenost delodajalcev na izvajanje programov promocije zdravja in njihov odnos do zdravja. *Sanitas et labor*. 2005;4(1):135–67.
58. Stuijbergen AK, Seraphine A, Roberts G. An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nurs Res*. 2000;49(3):122–9.
doi:10.1097/00006199-200005000-00002
PMid:10882316
59. Svetlik I. Kadrovska dejavnost pred novimi izzivi. *Kadri*. 2004;10(13):5–9.
60. Terborg JR. The organization as a context for health promotion. In: Spacapan S, Oskamp S, eds. *The social psychology of health*. Newbury Park: Sage Publications; 1988; 129–74.
61. Titze S, Brian MW, Roland S, Marti B. A worksite intervention module encouraging the use of stairs: results and evaluation issues. *Soz Praventivmed*. 2001;46(1):13–9.
doi:10.1007/BF01318794
62. Toš N, Malnar B. Stališča o zdravju in zdravstvu: analiza rezultatov raziskav iz obdobja 1994–2001. In: Toš N, Malnar B, eds. *Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij; 2002: 87–161.
63. Verhoeven C. Wellness effects of a worksite health promotion program. Leiden: Leiden University, Health Psychology Series; 1997: 7–31, 173–91.
64. Waller D, Agass M, Mant D, Coulter A, Fuller A, Jones L. Health checks in general practice: another example of inverse care? *BMJ*. 1990;300(6723):1115–8.
doi:10.1136/bmj.300.6732.1115
PMid:2344539; PMCID:1662817
65. Warner KE, Wickizer TM, Wolfe RA, Schildroth JE, Samuelson MH. Economic implications of workplace health promotion programs: a review of the literature. *J Occup Med*. 1988;30(2):106–12.
PMid:3127557
66. Warner KE. Selling health promotion to corporate American: uses and abuses of the economic argument. *Health Educ Q*. 1987;14(1):39–55.
PMid:3104236
67. Watson J, Cunningham Burley S, Watson N, Milburn K. Lay theorizing about »the body« and implications for health promotion. *Health Educ Res*. 1996;11(2):161–72.
doi:10.1093/her/11.2.161
68. Witte K. Managerial style and health promotion programs. *Soc Sci Med*. 1993;36(3):227–35.
doi:10.1016/0277-9536(93)90006-P
69. 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: 58.
70. Yen L, Schulz A, McDonald T, Champagne L, Edington DW. Participation in employer-sponsored wellness programs before and after retirement. *Am J Health Behav*. 2006;30(1):27–38.
PMid:16430318
71. Yoshita K, Tanaka T, Kikuchi Y, Takebayashi T, Chiba N, Tamaki J, et al. 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. *Environ Health Prev Med*. 2004;9(4):144–51.
doi:10.1007/BF02898093
PMCID:2723570