



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**  
*Angela Boškin Faculty of Health Care*

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
**ZDRAVSTVENA NEGA**

**PRIMERI DOBRIH PRAKS NA PODROČJU  
PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELOVNEM  
MESTU**

**EXAMPLES OF GOOD PRACTICES FOR  
WORKPLACE HEALTH PROMOTION**

Mentorica: Mateja Bahun, pred.

Kandidatka: Tjaša Boštjančič

Jesenice, september, 2017

## **ZAHVALA**

Iskreno se zahvaljujem mentorici Mateji Bahun, pred., za vso pomoč, oporo in nasvete pri nastajanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi dr. Vesni Čuk, viš. pred., za recenzijo diplomskega dela in Ireni Žunko za lektoriranje in tehnični pregled.

Ob tej priložnosti bi se zahvalila tudi mami in babici za vso podporo, spodbude in potrpežljivost med leti študija ter vsem prijateljem, ki ste mi kakorkoli stali ob strani.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Koncept promocije zdravja je proces, ki pomaga krepiti zdravje posameznika, delovno mesto pa je za to idealno okolje, saj naenkrat doseže velik delež ljudi. Namen diplomskega dela je predstaviti promocijo zdravja in morebitne ovire pri le-tej, vlogo medicinske sestre ter dobre prakse promocije zdravja na delovnem mestu.

**Metoda:** Uporabljen je bil raziskovalni dizajn kvalitativne vsebinske analize (meta sinteza), viri, pridobljeni iz podatkovnih baz COBISS, PubMed, CINAHL, Google učenjak in Obzornik zdravstvene nege – arhiv, pregledane so bile tudi usmeritve ministrstev glede promocije zdravja na delovnem mestu. Ključne iskalne besedne zveze so bile: »health promotion«, »workplace«, »good practice«, »work« in v slovenskem jeziku: »promocija zdravja«, »delovno mesto«, »programi promocije zdravja«. Omejitveni kriteriji iskanja so bili: zadnjih 5 izjemoma 10 let, brezplačni dostop, celotno besedilo člankov in jezik angleščina. Na začetku je bilo dobljenih 388 zadetkov, izmed katerih je bilo na koncu izbranih 35.

**Rezultati:** V polnem besedilu je bilo pregledanih 88 zadetkov, glede na skladnost s ključnimi besedami in temo je bilo izključenih 53 virov, v obdelavo spoznanj pa je bilo vključenih 35 virov. Identificiranih je bilo 53 kod, ki so združene v 8 kategorij: model promocije zdravja; osnove zdravja in bolezni; orodja, metode in načini dela; programi promocije zdravja; priporočila za promocijo zdravja; vloga medicinske sestre; ovire v promociji zdravja; stres in poklicna tveganja.

**Razprava:** Promocija zdravja se trenutno večinoma izvaja v zavodih primarnega zdravstvenega varstva, kjer so izvajalke medicinske sestre, vendar se je zaradi velikih potreb premaknila tudi v delovna okolja. Veliki prihranki, ki spremljajo dobro promocijo zdravja in možnost izobraževanja, nakazujejo obetaven razvoj te discipline v znanstveno. To nam dokazujejo tako tuje kot tudi domače prakse.

**Ključne besede:** promocija zdravja, delovno mesto, programi, zdravje populacije, življenjski slog

## **ABSTRACT**

**Background:** The concept of health promotion is a process, which helps improve an individual's health making the workplace an ideal environment for it, since it reaches a large share of people at once. The aim of this thesis is to present the concept of health promotion, possible obstacles it can encounter, the role of a nurse and examples of good practices for health promotion in the workplace.

**Methods:** In this study we used the research design of qualitative content analysis (meta synthesis). Data were collected from various databases such as COBISS, PubMed, CINAHL, Google Scholar and Slovenian Nursing Review – archive. We also reviewed the ministries' guidelines of health promotion in the workplace. The keywords we used were: “health promotion”, “workplace», “good practice”, “work” and in Slovenian language: “promocija zdravja”, “delovno mesto”, “programi promocije zdravja”. Restrictive criteria were: published within the past 5 or, exceptionally, 10 years, free access, full text and availability in English. The initial result was 388 hits out of which 35 were selected.

**Results:** We reviewed the full text of the 88 results, out of which 53 did not match because of different keywords and topic. Finally, we selected 35 articles. 53 codes were identified and grouped into 8 content categories: model of health promotion; basics of sickness and health; tools, methods and ways of working; programs for health promotion; guidelines for health promotion; the role of nurse; obstacles to health promotion; stress and risk factors at work.

**Discussion:** Health promotion is at the moment mostly carried out in the primary healthcare institutions, performed by nurses; however, it is expected to move to workplaces in the future due to increased needs. Large savings that are a result of good health promotion and training opportunities indicate a promising development of this discipline into a science. This has been proven by foreign and also Slovenian practices of health promotion in the workplace.

**Keywords:** health promotion, workplace, programs, health of population, lifestyle

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>4</b>
	2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	4
	2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	4
	2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	4
	2.3.1 Metode pregleda literature .....	5
	2.3.2 Strategija pregleda zadetkov .....	5
	2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature.....	6
	2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature .....	6
	2.4 REZULTATI .....	7
	2.4.1 PRIZMA diagram.....	7
	2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.....	8
	2.4.3 Vloga medicinske sestre in poklicna tveganja .....	18
	2.4.4 Primeri dobrih praks in ovire promocije zdravja na delovnem mestu .....	22
	2.5 RAZPRAVA.....	33
<b>3</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>38</b>

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Hierarhija glede na raziskovalni dizajn v znanstveno-raziskovalnem delu .....	6
Slika 2: Prizma diagram .....	7
Slika 3: Beattiejev model strukturne analize pristopov v promociji zdravja.....	13

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	5
Tabela 2: Tabelarični prikaz glede na avtorja, leto objave, raziskovalni dizajn, vzorec in ključna spoznanja 1/2 .....	8
Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah 1/2.....	9
Tabela 4: Različne definicije kakovosti življenja 1/2.....	10

## **SEZNAM KRAJŠAV**

PZ

Promocija zdravja

PZDM

Promocija zdravja na delovnem mestu

## 1 UVOD

Promocija zdravja je v javnosti še dokaj nejasen proces, ki pa ga najlažje razložimo tako, da omogoča ljudem povečati nadzor nad lastnim zdravjem, ga ohranjati in krepiti. V skladu s prevzemanjem večje odgovornosti posameznikov za lastno zdravje in krepitvijo skupnosti, da bi zagotavljala pogoje za uveljavljanje bolj zdravega okolja, skuša promocija zdravja z usklajeno aktivnostjo usposabljanja, posredovanja in zagovarjanja za zdravje doseči izboljšanje sposobnosti ljudi za uresničevanje lastnih telesnih, duševnih in družbenih zmožnosti ter zagotoviti take naravne, delovne, bivalne in socialne razmere, ob katerih bo možna izbira zdravju naklonjene odločitve (Farkaš Lainščak, 2011). Kot navaja Peršolja Černe (2011), se termin promocija zdravja ne omejuje na posameznika, temveč zaobjema še okolje, organizacijo in interakcijo med njimi.

Preventivne dejavnosti so tiste, ki jih izvajamo z namenom izkoreninjenja, odstranitve ali vsaj zmanjšanja vpliva bolezni in njenih posledic. Poznamo štiri ravni preventive, in sicer: primarno-primarna ali primordialna (dejanska promocija zdravja), primarna (le preprečevanje nastanka bolezni), sekundarna (preprečevanje pojava izražene oblike bolezni) in terciarna raven (preprečevanje posledic že izražene bolezni). Končni cilj vseh preventivnih ukrepov je, da bi vzpostavili za zdravje ugodne razmere ali vsaj vrnili organizem v stanje, v kakršnem je bil prej pred pojavom bolezni (Bulc, 2006).

Delovno mesto je v Slovarju slovenskega knjižnega jezika definirano kot najmanjša enota v delovni organizaciji, v kateri je zaposlena ena oseba (Gliha Komac, 2016). Bilban (2012) trdi, da promocija zdravja sodi med najpomembnejše naloge s področja varnosti in zdravja pri delu. Ključni cilj promocije zdravja na delovnem mestu je, da se delavcem omogoči zdravo in varno delovno okolje, ohranja njihovo delovno sposobnost in zmanjša prezgodnje upokojevanje ter pretirano odsotnost z dela zaradi bolezni. Pomembno je tudi, da se preprečijo poklicne bolezni (to so bolezni, povzročene ali vplivane z delom, okoljem, življenjskim stilom ali socialnimi determinantami) in poškodbe pri delu ter omogoči optimalno ravnotežje med ekonomskim interesom na eni strani in delovno zmožnostjo na drugi strani za vse zaposlene. Predvsem pa je pomembna ohranitev splošnega življenjskega okolja in omogočena proizvodnja zdravih in okolju prijaznih



izdelkov za ljudi. Nadaljuje, da je izvajanje promocije zdravja na delovnem mestu v marsikaterem smislu preprostejše, saj imamo opravka s skupino prebivalcev, ki jo družijo veliko skupnega. Lažje je opredeliti ekonomski učinek promocije zdravja in oceno rentabilnosti vlaganja dodatnih sredstev v izboljšanje zdravja delavcev prek kazalnikov zdravstvenega stanja delavcev, ki so dobro definirani in jih v Sloveniji nekaj tudi zbiramo (npr. bolniški stalež). Promocija zdravja mora biti vedno usmerjena v potrebe skupine delavcev, ki jim je namenjena, vanjo pa morajo biti vključeni poleg vodstva še svet delavcev, sindikat in predvsem delavci sami. Pomembno je, da se delavci poistovetijo z načeli promocije zdravja in programov v njihovem podjetju ter da je ta temeljito izvedena, to pomeni, da poseže na vsa področja, ki se ob analizi pokažejo kot pomembna. Vanjo morajo biti vključeni različni (ne le zdravstveni) strokovnjaki. Biti mora ekonomsko koristna in učinkovita. Tudi Temeljotov Salaj, et al. (2012) se strinjajo, da imajo delo, delovno mesto in delovno okolje pomembne vplive na zdravje. V delovnem okolju se namreč prepletajo in v njem medsebojno delujejo okoljski, organizacijski in osebni dejavniki. Tako ima vsako delovno mesto in okolje svoja značilna tveganja, obremenitve in škodljivosti, za katere predpisi urejajo načine varovanja zdravja delavcev. Zato poudarjajo, da je skrb za zdravo in varno delovno okolje predvsem naloga delodajalcev, kot tudi države in samih zaposlenih ter, da to pomeni kontinuirano in dosledno izvajanje ukrepov in priporočil, predstavlja pa tudi priložnost za izboljšave in spremembe v korist zdravja zaposlenih.

Peršolja Černe (2009) v svoji raziskavi ugotavlja, da je Evropska unija že razvila mrežo agencij zdravstvenega varstva iz različnih držav, imenovano ENWHP (European Network for Workplace Health Promotion), razvija pa se tudi zakonodaja na nacionalnih ravneh. Promocija zdravja vstopa na delovna mesta, saj je sodelovanje med medicino dela in promocijo zdravja na delovnem mestu vse tesnejše. Glede na določene opravljene analize 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« (Peršolja Černe, 2009, p. 84). Že se je vzpostavila politika promocije zdravja, katere naloga je mobilizacija virov za zdravje in omogočanje večsektorske zdrave javne politike, ki je v službi strategije »zdravja za vse«. Od prvega pojava pojma promocije zdravja so se že razvili številni programi dela na tem področju, žal pa 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 v veliki meri pomanjkanje izobraževanja, pomanjkanje finančnih virov in mnogo prešibka kadrovska struktura. Ministrstvo za zdravje (2017) sicer opozarja, kako pomembna je promocija zdravja pri delu tako za zaposlene kot za delodajalce. O tem na svoji spletni strani tudi izpostavlja številne pozitivne vidike uvajanja promocije zdravja v podjetjih, ki so naslednji:

- zmanjševanje možnosti obolenj zaposlenih,
- večja pripadnost podjetju s strani zaposlenih, saj posameznik v urejenem in spodbudnem delovnem okolju ohranja in krepi svoje zdravje ter dosega boljše delovne rezultate, lažje napreduje, svoje delo lažje osmisli in se skozi njega razvija,
- sproščeno in stimulatивно delovno okolje za zaposlene,
- spodbujanje osebnega razvoja zaposlenih,
- varno delovno okolje,
- večja delovna produktivnost ter večje zadovoljstvo z delom in delovnim mestom,
- zmanjšana odsotnost z dela za od 12 do 36 %,
- z vsakim evrom, vloženim v zdravje zaposlenih, je mogoče prihraniti med 2,50 in 10,00 evrov. Prihranke je pričakovati tudi na državni oz. celotni družbeni ravni, saj se zmanjšajo potrebe po storitvah zdravstvenega sistema in izdatki za javno zdravstveno službo. Obremenitve zdravstvene blagajne se zmanjšajo tudi zaradi upada bolniških odsotnosti, znižajo se stroški zaradi bolezni, povezanih z delom, in poškodb pri delu,
- zdrav in zadovoljen delavec se lažje spopada z obremenitvami, ki jih prinašajo ostale življenjske vloge (starševstvo, prijateljstvo, delo v lokalni skupnosti itd.), in ohranja dobro zdravje tudi v tretjem življenjskem obdobju,
- dolgoročno lahko pričakujemo tudi podaljšanje časa delovno aktivnega življenja, kar je ob nujnem podaljševanju delovne dobe izrednega pomena.

## 2 EMPIRIČNI DEL

Za pisanje diplomskega dela, ki temelji na pregledu literature, smo uporabili raziskovalni dizajn kvalitativne vsebinske analize (meta sinteza).

### 2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je predstaviti promocijo zdravja in njene morebitne ovire, vlogo medicinske sestre ter dobre prakse promocije zdravja na delovnem mestu.

Cilj 1: Predstaviti koncept promocije zdravja.

Cilj 2: Prepoznati primere dobrih praks na področju promocije zdravja na delovnem mestu.

Cilj 3: Ugotoviti vlogo medicinske sestre pri promociji zdravja.

Cilj 4: Prepoznati morebitne probleme pri promociji zdravja na delovnem mestu.

### 2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- RV 1: Kakšni so primeri dobrih praks na področju promocije zdravja na delovnem mestu?
- RV 2: Kakšna je vloga medicinskih sester pri promociji zdravja?
- RV 3: Kateri so morebitni problemi pri promociji zdravja na delovnem mestu?

### 2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Literaturo smo iskali po različnih podatkovnih bazah in tako pregledali večjo količino angleške, nekaj pa tudi slovenske literature. Uporabili smo izvirna znanstvena dela in recenzirana strokovna dela. Izbrano literaturo smo nato prevedli in povzemali ter analizirali informacije. Podatke smo obdelali s pomočjo raziskovalnega dizajna kvalitativne vsebinske analize – meta sinteze.

### 2.3.1 Metode pregleda literature

Uporabili smo podatkovne baze COBISS, PubMed, CINAHL, Google učenjak, Obzornik zdravstvene nege – arhiv, pregledali smo tudi usmeritve ministrstev glede promocije zdravja na delovnem mestu. Ključne iskalne besedne zveze so bile: »health promotion«, »workplace«, »good practice«, »work« in v slovenskem jeziku: »promocija zdravja«, »delovno mesto«, »programi promocije zdravja«.

Kot omejitvene kriterije za iskanje literature smo uporabili objavljeno zadnjih 5 izjemoma 10 let, brezplačni dostop, celotno besedilo člankov in jezik angleščina.

Z namenom ožjenja zadetkov smo uporabili naslednje omejitvene kriterije: celotno besedilo kot pdf, »humans«, zbirka podatkov MEDLINE, subject: nursing, urejeno po ustreznosti.

### 2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

V pregledu literature za diplomsko delo smo najprej iskali vse zadetke v polnem besedilu in upoštevali vse vključitvene ter izključitvene kriterije. Dobili smo skupno 388 zadetkov. Najprej smo jih pregledali glede na skladnost naslova s ključnimi besedami in tako izbrali 88 zadetkov, nato pa izbranim pregledali še povzetke in se tako odločili, ali so primerni za obdelavo. Kriterij primernosti je bila skladnost povzetka z zastavljenimi cilji in raziskovalnimi vprašanji. Na koncu smo dobili 35 zadetkov. Rezultate pregleda literature smo vnesli v PRIZMA diagram in ga prikazali v poglavju rezultati.

**Tabela 1: Rezultati pregleda literature**

	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL	“health promotion at work”	118	8
PubMed	“programs for workplace health promotion”	171	5
Google scholar	“promocija zdravja na delovnem mestu”	41	3
COBISS	“promocija zdravja”	35	9

	Ključne besede	Število znakov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
COBISS	“health promotion”	3	1
Obzornik zdravstvene nege	“promocija zdravja”	10	2
Stran njiz.si	“promocija zdravja na delovnem mestu”	7	4
Spletni viri	“promocija zdravja na delovnem mestu”	3	3
SKUPAJ			35

### 2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Sintezo smo naredili s pomočjo analize strokovnih in znanstvenih vsebin. Povzeto po Vogrinc (2008) smo vsa primerna besedila obdelali s pomočjo kvalitativne vsebinske analize, in sicer: urejanje gradiva, določitev enot kodiranja, kodiranje, izbor in definiranje relevantnih pojmov, oblikovanje kategorij, definiranje kategorij ter na koncu oblikovanje teoretične formulacije. Uporabili smo induktivni pristop in si tako kode določali med analizo besedila. Definirali smo 53 kod in jih razporedili v 8 kategorij.

### 2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Kakovost pregleda literature smo zagotovili z iskanjem v bazah podatkov, ki so preverjene (imajo urejen recenzentski sistem), literaturo, pridobljeno v knjižnici, pa so napisali priznani strokovnjaki iz področja, ki nas zanima. Spodaj smo jo prikazali shematsko s pomočjo hierarhije glede na raziskovalni dizajn v znanstveno-raziskovalnem delu.

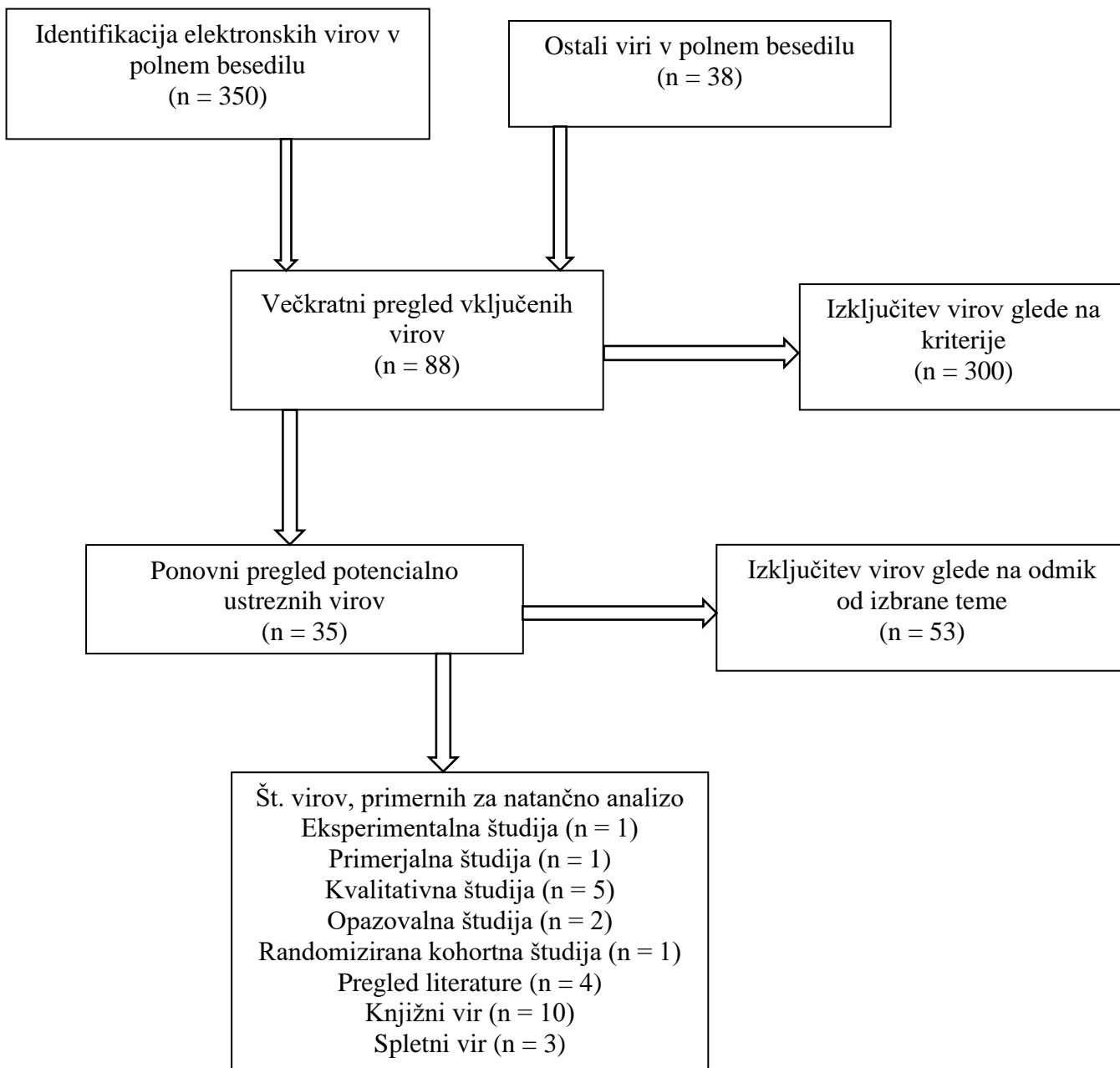
Raven 1 – sistematični pregled ne/randomiziranih študij (n = 5)
Nivo 2 – posamezne ne/randomizirane študije (n = 1)
Nivo 3 – sistematični pregled opazovalnih študij (n = 1)
Nivo 4 – posamezne korelacijske/opazovalne študije (n = 3)
Nivo 5 – sistematični pregled kvalitativnih študij (n = 2)
Nivo 6 – Posamične kvalitativne študije (n = 5)
Nivo 7 – mnenja avtorjev/ekspertnih komisij (n = 2)

### Slika 1: Hierarhija glede na raziskovalni dizajn v znanstveno-raziskovalnem delu

## 2.4 REZULTATI

Potek pridobitve končnega števila zadetkov smo prikazali spodaj, povzeto po Emeđi in Skela-Savič, (2015).

### 2.4.1 PRIZMA diagram



**Slika 2: Prizma diagram**

## 2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

**Tabela 2: Tabela prikaz glede na avtorja, leto objave, raziskovalni dizajn, vzorec in ključna spoznanja ½**

<b>Avtor</b>	<b>Leto objave</b>	<b>Raziskovalni dizajn</b>	<b>Vzorec (velikost in država)</b>	<b>Ključna spoznanja</b>
Allen, J.C., et al.	2012	Primerjalna študija, ki je temeljila na intervenciji.	60 delavcev v podjetju, ZDA	Pomen tehnologije in videokonferenc pri PZ.
Allweiss, P., et al.	2014	Pregled literature.	/ ZDA	Dejavniki, na katere se je treba osredotočiti pri preprečevanju raka na delovnem mestu.
Ames, G.M. & Bennett, J.B.	2011	Pregled literature.	/ ZDA	Kratke intervencije preventive alkoholizma na delovnem mestu.
Bajt, M., et al.	2015	Pregled literature.	/ Slovenija	Stres na delovnem mestu, ravni preventive in še primer.
Brobeck, E. et al.	2013	Deskriptivni dizajn, kvalitativna študija.	48 udeležencev, Švedska	Promocija zdravja na Švedskem, usposabljanje o njej.
Carnethon, M., et al.	2009	Pregled literature.	/ ZDA	Komponente programa promocije kardiovaskularnega zdravja na delovnem mestu.
Chiou, S.T., et al.	2014	Transverzalna opazovalna študija.	59.396 zdravstvenih strokovnjakov iz 100 bolnišnic, Tajvan	Pomen vključitve PZ v delo medicinske sestre.
Edelman C. L. et al.	2010	/ Knjižni vir.	/	Poklicna tveganja in stresorji.
Green, J. & Tones, K.	2010	/ Knjižni vir.	/	Transteoretični model; zagotavljanje kakovosti PZ in karakteristike dobre prakse.
Healey, B.J. & Zimmerman R.S.	2010	/ Knjižni vir.	/	Faze marketinškega procesa v promociji zdravja.
Jarman, L. et al.	2015	Transverzalna opazovalna študija.	28.000 zaposlenih, Avstralija	Predstavitev študije PZ iz Avstralije, razlike me Ž/M.
Kamin, T.	2006	Knjižni vir	/	Zdravje, preventiva in kurativa.
Leddy S. K.	2006	Knjižni vir.	/	Razlika med PZ in preventivo.
Maville, J.A. & Huerta, C.G.	2008	/ Knjižni vir.	/	Vloga MS pri razvoju programov v skupnosti.
Mayo Clinic	2017	Spletni vir.	/ ZDA	Primeri večje fizične aktivnosti na delovnem mestu.
Mrak Saša	2016	Eksperimentalna študija.	2300 delavcev, Slovenija	Primer dobre prakse PZ s podjetja Kolektor.
Naidoo, J. & Wills, J.	2012	/ Knjižni vir.	/	Beattiejev model analize prakse PZ.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Percival, J.	2014	Kvalitativna študija – izvedba delavnice.	40 medicinskih sester, Anglija	Ovire pri doseganju spremembe posameznika, učinkovite strategije komuniciranja in njihova uporaba.
Persson, R.	2013	Kvalitativna študija.	15.248 povabljenih, 25 intervjuvanih, Danska	Razlogi za ne/udeležbo v programu PZ, ovire.
Podjed, K. et al.	2016	/ Priročnik.	/ Slovenija	Učinkoviti načini motiviranja za udeležbo v programu PZ.
Raphael, D.	2010	/ Knjižni vir.	/	Različne definicije kakovosti življenja; promocija zdravja na Švedskem.
Sorensen, G.	2011	Kvalitativna študija	/ ZDA	PZ na delovnem mestu – osnovni elementi, ovire.
Taylor, A.W. et al.	2016	Randomizirana kohortna študija.	218 podjetij, Avstralija	Predstavitev študije – ovire, razlika PZ v večjih in manjših podjetjih.
van Berkel, J., et al.	2014	Kvalitativna študija	8 skupin po 4-12 udeleženi, ZDA	Ovire pri PZ – etični vidik.
Wills, J.	2007	/ Knjižni vir.	/	Vloga ms pri promociji zdravja – način učenja in pristop; pristop PZ – kaj pomeni; Tanhillov model PZ.

Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah ½

Kategorija	Kode	Avtorji
Model promocije zdravja	Pozitivno zdravje – slabo zdravje – pristop – intervencija – znanje – kakovost.	Wills, 2007; Naidoo & Wills, 2012; Green & Tones, 2010.
Osnove zdravja in bolezni	Preventiva – kvaliteta – pristop – področja.	Leddy, 2006; Raphael, 2010; Kamin, 2006.
Orodja, metode in načini dela	Načrtovanje – komponente – cilji – usposabljanje – kazalci zdravja – organizacijska kultura – obveščanje – analiza – proces.	Brobeck, 2013; Raphael, 2010; Allen, 2012; Healey & Zimmerman, 2010; Podjed et al., 2016.
Programi promocije zdravja	Telesna teža – družbena odgovornost – motivacija – svetovanje – povezanost – skupnost – sodelovanje – komunikacija.	Allweiss, 2014; Ames, 2011; Carnethon, 2009; Mrak, 2016; Thordnike et al., 2011.
Priporočila za promocijo zdravja	Dejavniki tveganja – fizična aktivnost – izobraževanje – rutina.	Mayo klinika, 2017; Allweiss, 2014.
Vloga medicinske sestre	Praksa – skupnost – nadaljnje raziskave – pristop – preventiva – razvoj programov – stališča.	Wills, 2007; Chiou, 2014; Maville & Huerta, 2008.
Ovire v promociji zdravja	Preprečevanje bolezni – znanje – interes – komunikacija – cilji – motivacija – stroški – udeležba.	Percival, 2014; Persson, 2013; Sorensen, 2011; Taylor et al., 2016; van Berkel et al., 2014; Jarman, 2015.
Stres in poklicna tveganja	Psihosocialni dejavniki – sprostitvene tehnike – varnost pri delu – izobraževanje – odnosi.	Edelman et al., 2010; Bajt et al., 2015; Sorensen et al., 2011.



Zdravje je najpomembnejša vrednota posameznika in družbe, zato je zdravje cilj, ki opravičuje vsa sredstva. Je pa res, da je preventiva cenejša od kurative in zvišuje splošno raven zdravja v družbi, saj lahko veliko zdravstvenih (ekonomskih in/ali političnih) problemov rešimo na ravni posameznika oz. njegovega življenjskega stila (Kamin, 2006). Leddy (2006) nam razloži, da se preventiva bolezni in promocija zdravja razlikujeta v tem, ali je glaven poudarek upiranje premikanju proti negativnemu (motnja, invalidnost), ali pa premikanju proti pozitivnemu (dobro počutje).

Da pa bi dodobra razumeli promocijo zdravja, se moramo najprej osredotočiti na osnove. V spodnji tabeli smo po Raphaelu (2010) prikazali različne definicije kakovosti življenja glede na ciljno populacijo in posameznim pristopom, ki ga ta zavzema.

**Tabela 4: Različne definicije kakovosti življenja ½**

<b>PRISTOP</b>	<b>POUDAREK</b>	<b>DEFINICIJA</b>
Medicinski	Ljudje z boleznimi	Kakovost življenja predstavlja funkcionalni učinek bolezni in posledično terapijo pacienta, kot to dojema pacient.
Zdravstveni	Ljudje z zdravstvenimi stanji in omejitvami	Kakovost življenja je razumljena kot koncept, ki predstavlja individualne odzive na fizične, mentalne in socialne učinke zdravstvenega stanja v vsakdanu, ki vplivajo na mero osebnega zadovoljstva, doseženega z življenjskimi okoliščinami.
Socialne diagnoze	Ljudje v skupnosti	... prilagoditev in življenjsko zadovoljstvo članov skupnosti.
Razvojne nepravilnosti	Ljudje z razvojnimi nepravilnostmi	Kakovost življenja je rezultat posameznikove zadovoljitve osnovnih potreb in izpolnjevanje osnovnih obveznosti v skupnosti (družina, prosti čas, šola, delo).
Staranje	Ljudje stari 55+	Kakovost življenja je multidimenzionalna ocena, po medosebnim in socialno-normativnem kriteriju posameznika – okolje posameznika v preteklosti, sedanjosti in prihodnosti.
Socialni kazalci	Družba in skupnost	Statistika direktnega normativnega interesa, ki ga obsegajo objekti, celovite in uravnotežene sodbe o pogojih v več pogledih družbe.

Praksa promocije zdravja je prioriteta v globalni zdravstveni oskrbi, zato je pomembno, da zanjo razvijemo orodja in metode dela, kot tudi razširimo in izvajamo to delo v zdravstveni organizaciji. Na Švedskem je cilj zdravstvenega varstva prav promocija

zdravja in preventiva bolezni, in sicer kot naravni del vseh zdravstvenih storitev in zdravljenja. Ta študija (Brobeck, et al., 2013) ima svoj izvor v pobudi za usposabljanje, usmerjeno v vse zdravstvene strokovnjake v regiji Švedske. Usposabljanje zdravstvenih strokovnjakov vključuje uvod v promocijo zdravja, osnovna dejstva o uporabi alkohola, tobaka, zdravega prehranjevanja, debelosti, telesni dejavnosti in metodi pogovora imenovani »motivacijski intervju«. Tudi Raphael (2010) se strinja, da si Švedska že veliko let prizadeva k enakosti orientirani zdravstveni in socialni politiki, aktivnemu delovnemu trgu in družinam naklonjeni politiki, kar se kaže v višjih prisotnostih na delovnem mestu, manj razlikah v dohodku, nižjem pragu revščine in manjših socialno-ekonomskih neenakostih glede porazdeljenosti revščine kot v večini ostalih držav. Pričakovano je rezultat tega, da ima Švedska v primerjavi z ostalimi državami nižjo stopnjo umrljivosti, višjo pričakovano življenjsko dobo in ugodnejše kazalce zdravja v vseh socialno-ekonomskih skupinah. Zdravje populacije lahko promoviramo in socialno izključenost zmanjšamo tako, da:

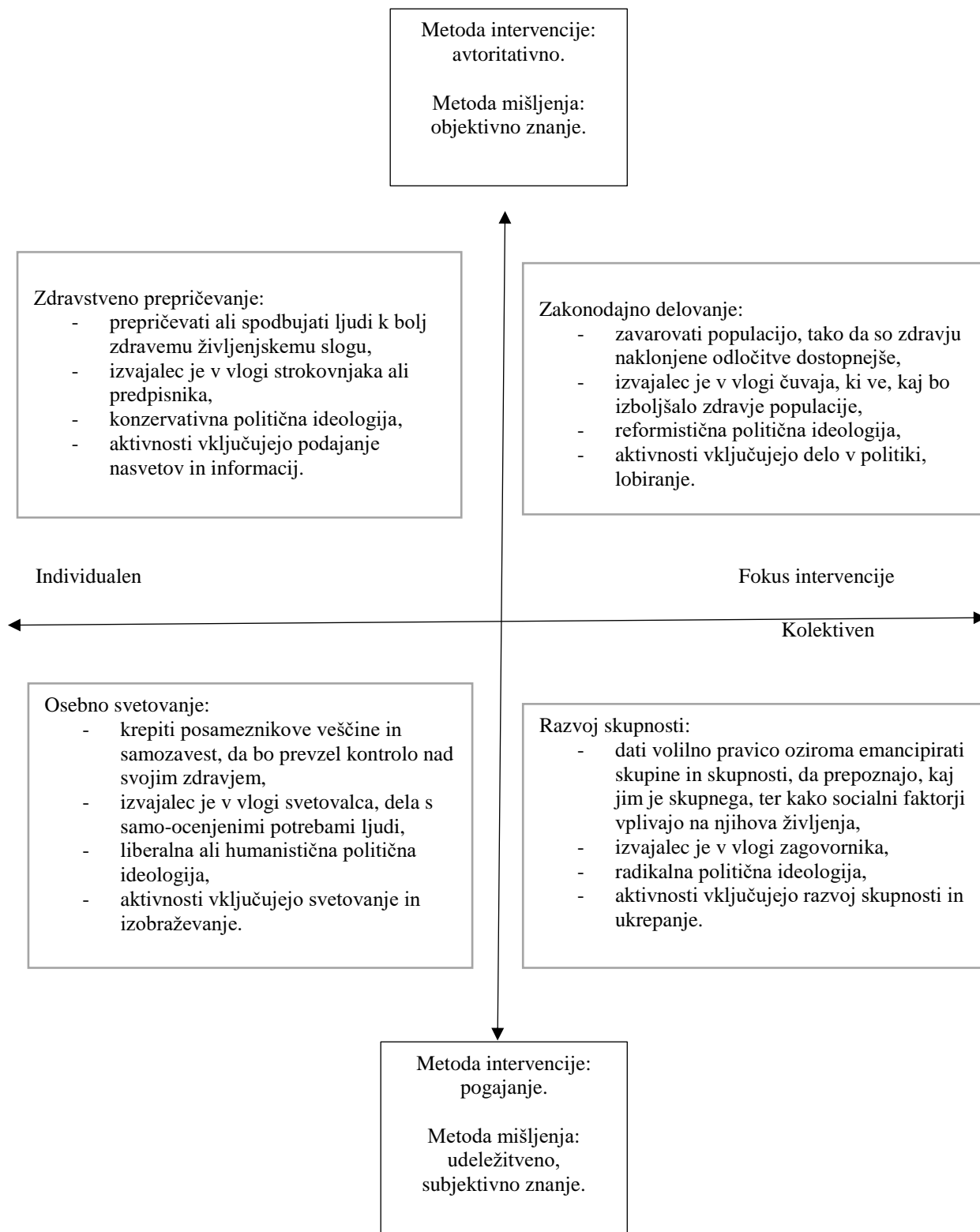
- izboljšamo učinkovitost in sodelovanje med primarnimi, specializiranimi in delovnimi zdravstvenimi organizacijami,
- zagotovimo podporo splošni funkcionalni sposobnosti ljudem različnih starosti,
- promoviramo vseživljenjsko učenje,
- promoviramo dobro počutje v službi,
- povečamo enakost med spoloma in socialno varnost, kar zagotavlja spodbudo k delu,
- dajemo prioriteto preventivni politiki, zgodnjemu posredovanju in akcijam za prekinitev dolgoročne nezaposlenosti,
- zmanjšamo regionalne razlike socialnih podpor,
- promoviramo multikulturalnost,
- kontroliramo zlorabo substanc,
- promoviramo aktivno sodelovanje v oblikovanju mednarodne politike,
- zagotavljamo ustrezno finančno varnost, kar je ključ do stopnjevanja socialne povezanosti.

Po Tannahillovem modelu promocije zdravja, kot ga opisuje Wills (2007), promocijo zdravja sestavljajo tri prekrivajoča se področja: zdravstvena vzgoja, varovanje zdravja in preventiva:

- zdravstveno vzgojo definiramo kot delo promocije pozitivnega zdravja in dobrega počutja ter preventive oziroma zmanjšanja slabega zdravja skozi vpliv prepričanj, odnosa in obnašanja,
- varovanje zdravja vključuje nadzorovano delo skozi zakonodajne in politične intervencije, namenjene varovanju zdravja in dobrega počutja posameznika, skupnosti in prebivalstva,
- preventiva pa se široko gledano nanaša na delo s storitvami, ki zmanjšajo pojavnost slabega zdravja.

Značilnost tega modela je, da popolnoma razlikuje krepitev pozitivnega zdravja in preventivo slabega zdravja in vidi promocijo zdravja kot lotevanje obeh problemov.

Avtorja Naidoo in Wills (2012) v svojem delu predstavita tudi Beattiejev model, ki je ključen za razumevanje strukturne analize pristopov v promociji zdravja. Zanj predlaga štiri paradigme. Te so tvorjene iz dimenzije metode intervencije, kar obsega od avtoritativne (od zgoraj navzdol, vodeno s strani strokovnjaka) do pogajajoče (od spodaj navzgor, cenimo posameznikovo avtonomijo). Ogromno dela v promociji zdravja zajema podajanje nasvetov in informacij, kar določijo in vodijo izvajalci. Delo v politiki je prav tako lahko vodeno s strani strokovnjakov, čeprav so prioritete določene s pomočjo epidemioloških podatkov. Druga dimenzija pa se nanaša na intervencije, ki se osredotočajo na posameznika (ta je sam odgovoren za svoje zdravje) in na kolektivno ter s tem izvor slabega zdravja. Model smo prikazali na naslednji strani.



**Slika 3: Beattiejev model strukturne analize pristopov v promociji zdravja**

Promocija zdravja je kompleksna disciplina, za katero moramo črpati znanje iz različnih disciplin – sociologije, psihologije, pedagogike in marketinga, če jih naštejemo samo nekaj (Wills, 2007).

V nadaljevanju so opisane faze marketinškega procesa, povzete po Healey in Zimmerman (2010), ki so osnova za izdelavo dobrega programa promocije zdravja.

Načrtovanje:

- 1. korak: Analiziraj situacijo:
  - identificiraj problem in prizadeto populacijo,
  - analiziraj trenutne in možne nadomestne vedenjske vzorce,
  - povzemi vse komponente rešitve (izobraževanje, pravo, marketing),
  - ovrednoti okolje, kjer se bo sprememba zgodila.
- 2. korak: izberi pristope in določi vlogo marketinga.
- 3. korak: postavi cilje: specificiraj vedenjske vzorce, pogoje ali politiko, ki jo je treba spremeniti.
- 4. korak: razdeli in izberi tarčno populacijo:
  - določi tarčno populacijo za vsako želeno spremembo in znotraj vsake populacije segmente, na katere se osredotočiti,
  - identificiraj trenutne in konkurenčne vedenjske vzorce ter kako ti zadovoljijo potrebe, želje in vrednote,
  - identificiraj ovire javno-zdravstvenega obnašanja.
- 5. korak: oblikuj ponudbo(e) javnega zdravja:
  - izdelek: identificiraj in oblikuj snop prednosti, ki jih lahko ponudiš in se razlikujejo od želenega vedenja s strani konkurentov. Razvij potrebne podporne proizvode in storitve,
  - cena: določi ceno, primerno za člane tarčne populacije,
  - prostor: določi, kako dostopati do kanalov, ki ponudijo produkt, da bo tarčni populaciji lažje postaviti ceno (finančno, časovno, psihično, socialno itd.), ki so jo pripravljene plačati,

- promocija: razvij komunikacijsko strategijo, ki predstavi ponudbo javnega zdravja kot nekakšno usklajenost z osnovnimi vrednotami populacije, ki prinesejo ključne koristi.
- 6. korak: načrtuj ovrednotenje.

#### Razvoj:

- razvij finančni načrt in razširitvene ter promocijske načrte,
- razvij prototipe produktov, storitev in/ali komunikacijskih materialov,
- testiraj na posameznikih tarčne populacij,
- po potrebi dodelaj,
- vgradi proces ovrednotenja v ukrepe.

#### Izvajanje:

- izdelaj ponudbe in materiale,
- koordiniraj s partnerji,
- izvajaj intervencije,
- uporabi proces evaluacije pri nadzoru izvajanja,
- po potrebi dodelaj ponudbe, promocije in distribucije programov.

#### Ocenjevanje:

- vodi evalvacijo rezultatov,
- po potrebi dodelaj intervencije.

Green in Tones (2010) podarjata, da je zagotavljanje kakovosti v promociji zdravja proces ocenjevanja programa ali intervencije z namenom zagotavljanja učinkovitosti dela po dorečenih standardih, ki so subjekt neprestanega izboljševanja in so postavljeni po okvirju in načelih, zapisanih v Ottavski listini. Glavna skrb pri zagotavljanju kakovosti je torej to, s čim jo doseči in ali se to sklada z dorečenimi standardi prakse, kar je bolj pomembno kot to, kaj bomo dosegli – še boljše rečeno: »Delati prave stvari ni dovolj, če prave stvari niso narejene pravilno.« Osredotočamo se torej bolj na *prispevke* kot na *izide*. Je pa res, da med njima obstaja neizogiben recipročni odnos – kakovostna promocija zdravja naj bi temeljila na dokazih učinkovitosti in vedno večji učinkovitosti. Utemeljitev, ki je

razvidna v knjigi avtorjev Green in Tones (2010), je, da naj bi bila promocija zdravja dobro načrtovana in da naj to načrtovanje v vseh fazah temelji na zanesljivih dokazih ter na načelih dobre prakse. Karakteristike dobre prakse so naslednje:

- skupna filozofija,
- jasen pogled na pojem »zdravje«,
- odločitve temeljijo na potrebah,
- načrtovan pristop,
- delo v timu in sodelovanje,
- strateško vodenje,
- realni cilji in trditve,
- uporaba učinkovitih metod,
- vključevanje potrošnika,
- razširitev rezultatov,
- refleksija,
- motivirani in večji zaposleni.

S promocijo zdravja vedno želimo doseči neko spremembo vedenja, kar pa pri posamezniku ni tako preprosto. Percival (2014) razlaga o učinkovitih strategijah komuniciranja za doseganje spremembe vedenja, in sicer po utemeljitelju Carlu Rogersu. Ta opisuje, da je osnovni princip terapije, osredotočene na posameznika, ta, da terapevt omogoči posameznikom najti svojo rešitev za probleme, ki jih imajo, kot pa da jim vsiljuje rešitve. Za uspešno terapijo je treba ustvariti primerno okolje, vzpostaviti zaupanje in integriteto, terapevt pa mora izražati skladnost (biti odprt, iskren in zmožen deliti svoje misli in občutke), brezpogojno pozitivno upoštevanje in empatijo. Model faz spreminjanja, ki sta ga oblikovala Prochaska in DiClementine, pa se pogosto uporablja pri opustitvi kajenja, alkohola in prepovedanih drog. Model je isti, kot sta ga v svojem delu opisala avtorja Green in Tones (2010), le da sta ga poimenovala transteoretični model (TTM). Ta model se nanaša na katerokoli obnašanje, najpogosteje pa se uporablja pri tistih zdravstvenih ravnanjih, ki vključujejo žrtvovanje zadovoljstva in izkušnjo nelagodja, kar ustvari posledično verjetnost relapsa oziroma ponovitve ravnanja. Kajenje, alkohol in zloraba substanc, težave s prehranjevanjem in debelost imajo pomembno vlogo pri uporabi modela v promociji zdravja.

Transteoretični model – faze spreminjanja:

1. faza pred razmišljanja – na spremembo sploh ne pomislimo,
  2. faza razmišljanja – razmišljamo o tem, da bi naredili določeno spremembo obnašanja,
  3. faza priprave – resna predanost in priprava na spremembo,
  4. faza ukrepanja – sprožitev spremembe,
  5. faza vzdrževanja – vzdrževanje spremembe
- ali
- relaps oz. ponovitev.

Motivacijski intervju – Percival (2014) nadaljuje, da z njim želimo doseči spremembe vedenja tako, da pomagamo ljudem raziskati in razrešiti njihovo ambivalenco do spremembe. Nagovarjati posameznike, kaj naj naredijo, jih prepričevati z logiko, prepirati se, pridigati, dajati nasvete ali predlagati rešitve so vse konceptualna nasprotja motivacijskega intervjuja. V primerjavi z Rogersovim indirektnim pristopom je ta bolj osredotočen in usmerjen k cilju. Ne pozabimo pa, da so to metodo dela omenili tudi že Brobeck, et al. (2013) kot del usposabljanja v promociji zdravja na Švedskem. Poznamo pet glavnih načel motivacijskega intervjuja: reflektivno poslušanje; sprejemanje in podpora; krepitev samo-motivacijskih izjav; spremljanje posameznikove pripravljenosti za spremembo in še svobodo osebne izbire.

Glavna sporočila, izvzeta iz vseh treh metod, so (Percival, 2014):

- kako nekaj povemo je enako pomembno kot to, kaj povemo,
- biti poslušan in razumljen je pomemben del procesa spreminjanja,
- ljudje so odgovorni za svoje odločitve in svoja dejanja,
- oseba, ki ima problem, je tudi oseba, ki ga lahko reši,
- ljudje spremenijo svoje vedenje šele takrat, ko so pripravljeni to storiti,
- rešitve, ki jih najdejo ljudje sami, so najbolj vzdržljive in učinkovite.



### 2.4.3 Vloga medicinske sestre in poklicna tveganja

Dobra in učinkovita komunikacija je sestavni del vsakega delovnega mesta v zdravstveni negi. Naloga medicinskih sester je tudi sodelovanje pri aktivnostih javnega zdravja. Zaželeno je, da vsak stik s pacientom vidimo kot priložnost za promocijo zdravja in preprečevanje bolezni (Percival, 2014). Chiou, et al. (2014) trdijo, da si v zadnjih desetletjih različne poklicne skupine zdravstvenih delavcev vse bolj prizadevamo k več zdravstvenim storitvam promocije zdravja v klinični praksi. Študije poročajo podporo za preusmeritev zdravstvenih storitev k večji vključitvi promocije zdravja. Kljub temu je manj verjetno, da se v prakse promocije zdravja vključijo zdravstveni delavci iz večjih bolnišnic ali urgenc, kot pa tisti iz primarnega zdravstvenega varstva. Pri tem pa opazimo še en problem, in sicer če bi se osebje, zaposleno v bolnišnicah, tudi samo ravnalo po smernicah promocije zdravja, bi bili lahko ne le kot vzor, pač pa bi svoja stališča, znanje in spretnosti uporabili pri promociji zdravja in s tem pacientom zagotavljali kakovostne storitve promocije zdravja.

Chiou, et al. (2014) nadaljuje, da lahko ima mobilizacija promocije zdravja med medicinskimi sestrami velik vpliv na zdravje prebivalstva, saj te predstavljajo največji delež zdravstvenih strokovnjakov. Študije poročajo o pomanjkanju razumevanja narave in prakse promocije zdravja med medicinskimi sestrami v bolnišnicah, s čimer se strinja tudi Wills (2007), ki pravi, da nastane problem, če ni nekega samostojnega vira znanja o javnem zdravju in promociji zdravja, kjer se lahko učimo, kar za medicinsko sestro lahko predstavlja vir frustracije. Mnoge medicinske sestre opredeljujejo in izvajajo promocijo zdravja v ožjem smislu zdravstvene vzgoje, ta pa predstavlja le podajanje informacij in aktivnosti preventive bolezni. Menimo, da bi lahko medicinske sestre spodbudili in pooblastili, da razmišljajo o lastni praksi zdravstvenega vedenja kot posamezniki in profesionalna skupina ter da vključijo te sisteme razmišljanja in socialno-ekološke modele promocije zdravja v svojo prakso zdravstvene nege. So pa na tem področju potrebne nadaljnje raziskave za razvoj in ovrednotenje inovativnih programov (Chiou, et al., 2014).

Wills (2007) poudarja, da moramo medicinske sestre gledati preko tradicionalnih stališč: biomedicinski mehanski pogled na zdravje, pri katerem pacienti predstavijo svoj problem, ki potrebuje zdravljenje in strokoven pristop do zdravstvene nege, kjer se paciente spodbuja, da upoštevajo nasvete. Namesto tega predlagamo, da pristop promocije zdravja vključuje:

- celosten pogled na zdravje,
- osredotočiti se na vključitvene pristope, ki zadevajo paciente v sprejemanju odločitev,
- osredotočenost na determinante zdravja, socialne, vedenjske, ekonomske in okoljske pogoje, ki so temeljni razlog zdravja in bolezni, kar vpliva na to, zakaj se pacienti trenutno zdravijo,
- številne, dopolnilne strategije promocije zdravja na ravni posameznika in skupnosti.

Z drugega zornega kota pa nam vlogo medicinske sestre pri promociji zdravja predstavi Maville in Huerta (2008), in sicer na delovnem mestu. Delo vpliva na naše zdravje in dobro počutje. Veliko delodajalcev dandanes omogoča zdravstvene preiskave in preventivne zdravstvene programe za svoje delavce. Ti delodajalci po navadi vključujejo bolnišnice, tovarne in velike institucije. Varnost pri delu je nujna za doseganje optimalnega zdravja in dobrega počutja. Število ekonomsko odvisnih članov v družini in glava družine igrata veliko vlogo pri vzpostavitvi statusa družine in posameznikov v družini. Medicinska sestra lahko prevzame aktivno vlogo pri razvoju programov v skupnostih, namenjenih posameznikom in njihovim družinam. Lastniki manjših podjetij po navadi niso zmožni omogočiti rutinskih programov zdravstvene vzgoje. Medicinska sestra bi lahko sodelovala s temi lastniki in tako zagotovila vse potrebne informacije njegovim zaposlenim.

Poklicna tveganja predstavljajo grožnjo za nastanek bolezni, poškodbe ali smrti v vseh starostnih skupinah, zato so torej standardi varnosti pri delu bistveno prispevali k zmanjšanju nezgod pri delu. Mladim odraslim ne bi smeli dovoliti delati v določenih industrijskih obratih brez poklicnega izobraževanja o zmanjševanju tveganj. Zaradi starosti, fizičnega stanja in gibčnosti so mladi odrasli primerni kandidati za delovna

mesta, ki zahtevajo izjemno fizično pripravljenost. Poklicno izobraževanje bi moralo vključevati tudi učenje o riziku osebne izpostavljenosti, seznanjanje s poklicnimi tveganji in tudi s situacijami, kjer je resnost nezgode povezana z osebnimi navadami in obnašanjem. Vozniki težkih mehanizacij bi na primer morali biti še posebej pozorni na to, da se izogibajo nepazljivemu obnašanju in prehitri vožnji. Zaposlene nosečnice ravno tako lahko izpostavijo svoj zarodek raznim industrijskim substancam. Primerna ocena in pravočasna premestitev sta v tem primeru nujni (Edelman, 2010). Nadaljuje, da preventivno delovno posredovanje zahteva zgodnjo identifikacijo delovnih tveganj in rizikov. Zdravstvene anamneze bi morale vključevati tudi vprašanja o delovnem mestu, tipu dela in razumevanje mladih odraslih o tveganju pri svojem delu. Delavna nevarnost in zdravje sta dva tesno povezana pojma; stres pri delu, zloraba alkohola ali drog in negativna nastrojenost proti delu so vsi dejavniki za nastanek poškodb pri delu. Službeno svetovanje, katerega cilj je sprememba narave dela, je lahko primerna napotitev za nekatere ljudi z zdravstvenimi težavami. Ljudje, zaposleni v industrijskih obratih, bi morali obiskati zdravnika dovolj pogosto, da ga ta oceni, posodobi zdravstveno anamnezo in svetuje.

Sorensen, et al. (2011) dodajajo, da so komponente delovnega okolja, ki vplivajo na zdravje posameznika in družine, naslednje: delovna kultura, organizacijska politika in prakse, izpostavljanje nevarnostim (fizične, biološke, kemikalije), psihološke zahteve delovnega mesta, nadzor dela, urnik in njegovo vodenje, nagrade pri delu, organizacijska pravičnost, delovne norme in socialna podpora ter še položaj skupnosti.

Bajt, et al. (2015) pa poudarjajo, da je stres na delovnem mestu eden največjih zdravstvenih in varnostnih izzivov, s katerimi se srečujemo v Evropi. Je ena od oblik psihosocialnega stresa in pomeni neskladje med visokimi zahtevami na delovnem mestu in posameznikovo nezmožnostjo izpolnjevanja teh zahtev, slabo ravnovesje med vloženim naporom in nagrado za opravljeno delo ter je povezan z visoko nezanesljivostjo delovnega mesta. Sorensen, et al. (2011) se strinjajo, da moramo posvetiti dodatno pozornost vplivu dela, družine in sistemu širše skupnosti ravno zaradi psiholoških učinkov na naše zdravje. Bajt, et al. (2015) nadaljujejo, da moramo pri tem omeniti ravni delovanja na področju zmanjševanja psihosocialnih dejavnikov tveganja. Proces

odpravljanja in zmanjševanja vpliva psihosocialnih dejavnikov tveganja se začne pri uvajanju organizacijskih sprememb in sprememb na področju delovanja vodstva, kar uvrščamo na primarno raven preventive. Na to raven štejemo ukrepe, kot so uvedba drsnega prihoda na delo, izobraževanje vodstva na področju komunikacije, stilov vodenja, upravljanja časa itd. V drugem koraku, na sekundarni ravni preventive, pa zaposlenim ponudimo usposabljanja in izobraževanja, na katerih bodo pridobili znanja in spretnosti, ki jim bodo pomagali pri soočanju s tistimi psihosocialnimi dejavniki tveganja, ki jih ni mogoče povsem odpraviti ali pa na zaposlene tudi samo vplivajo. S tem mislimo na komunikacijske spretnosti zaposlenega, dajanje pobud, izkazovanje podpore sodelavcem itd., s čimer tudi sami vplivajo na delovanje (nižanje/višanje) psihosocialnih dejavnikov tveganja. Primer: V organizaciji lahko vodilni vlagajo ogromno napora v zagotavljanje dvosmerne komunikacije, redno obveščanje zaposlenih, dobre in spoštljive medosebne odnose, a če je nekaj zaposlenih neveščih ustrezne komunikacije, zelo napetih ter s svojim pristopom povzročajo spore (pa čeprav imajo dober namen), se psihosocialni dejavniki tveganja iz naslova slabih medosebnih odnosov ne znižajo veliko. Ko pa se tem zaposlenim ponudijo treningi komunikacije, ko se naučijo sprostitvenih tehnik in tudi sami želijo spremembo, bodo počasi spremenili svoj način delovanja. S skupnimi napor lastnikov, vodilnega kadra in ostalih zaposlenih bomo lahko izboljšali odnose in s tem zmanjševali vpliv slabih medosebnih odnosov na zdravje.

Ravno zaradi vseh zgoraj omenjenih dejavnikov bo promocija zdravja nepogrešljiv člen vsakega delovnega mesta, kjer delodajalec želi sebi in svojemu zaposlenemu le najboljše. Taylor, et al. (2016) trdijo, da je delovno mesto z že uveljavljenimi socialnimi in organizacijskimi strukturami in dokazanimi metodami komunikacije vse bolj opaženo s strani številnih vladnih agencij in agencij promocije zdravja kot idealno okolje za doseganje obsežnih zdravstvenih koristi. Sorensen, et al. (2011) nadaljujejo, da promocija zdravja na delovnem mestu vključuje naslednje osnovne elemente: zdravstveno-vzgojne programe, podporo socialnega in fizičnega okolja, integrirane programe (proračun, zaposleni, viri), presejalni testi (vključno z zdravljenjem in nadaljnjo obravnavo, če je to potrebno) in povezave do ostalih programov pomoči. Programi promocije zdravja na delovnem mestu prav tako potrebujejo oceno potreb, individualizirana sporočila o

zdravju, spodbujanje k dobri samooskrbi, uporabo motivacije, socialno podporo in zadostno trajanje zaradi izboljšanja izpeljave in ohranitve programa.

#### 2.4.4 Primeri dobrih praks in ovire promocije zdravja na delovnem mestu

Spodaj smo predstavili primere dobrih praks promocije zdravja na delovnem mestu in primere z napotki, na kakšen način ter na katerih področjih se dela lotiti.

Thorndike, et al. (2011) nam predstavijo »Be Fit« 10-tedenski program promocije zdravja, ki so ga za zaposlene brezplačno izvedli v ameriški splošni bolnišnici Massachusetts, z željo izboljšanja prehranjevalnih in gibalnih navad zaposlenih. Sodelovalo je 6 skupin po 25 zaposlenih.

Potek programa: 10 tednov se je 6 skupin zaposlenih srečevalo 2-krat tedensko, enkrat kot celotna skupina, ki med sabo tekmuje in drugič kot posamezne ekipe. Skupinsko tekmovanje na srečanju so spodbujali s predstavitvijo lestvice za izgubo telesne teže. Sodelujoče so naučili strategije zastavljanja ciljev, samonadzora in preprečevanja ponovitve bolezni; sproti so morali izpolnjevati evidenco zaužite hrane, telesno dejavnost in število korakov s pomočjo pedometra. Udeleženci so imeli prost dostop do kluba zdravja, vključno s tedenskim osebnim trenerjem in enim kuponom na teden za zdrav obrok v bolnišnični menzi. Udeleženci so bili na začetku, čez 10 tednov in po 1 letu ocenjeni ter so izpolnili anketo. Fizična ocena je bila opravljena pred 10. uro zjutraj. Zbrali so podatke o teži, višini, obsegu pasu, krvni tlak in vrednost lipidov v krvi na tešče. Za vsakega posameznika so izračunali ITM (indeks telesne mase). S pomočjo anket so ocenili povprečen čas zadnjih 3 mesecev, porabljen za fizične aktivnosti, kot so: hoja ali tek, kolesarjenje ali druge aerobne vadbe. Program je bil zaključen z udeležbo na končni oceni programa v 10. tednu (Thorndike, et al., 2011).

Rezultati: povprečna izguba telesne teže pri koncu programa je bila 1,9 kg in po 1 letu 0,4 kg. Ob koncu programa so udeleženci s prekomerno telesno težo izgubili bistveno višji odstotek telesne teže kot tisti z normalno telesno težo, vendar je bil po 1 letu ta odstotek zanemarljiv. Tudi obseg pasu, krvni tlak in holesterol so se ob koncu programa

zmanjšali za vse udeležence in so po 1 letu še vedno ostali zmanjšani, vendar se glede na ITM-kategorije niso posebno razlikovali (Thorndike, et al., 2011).

Naslednji primer dobre prakse izhaja iz slovenskega podjetja Kolektor, za katero so dobili nagrado za drugo mesto na izboru najboljših HRM-projektov 2016. Projekt nam predstavi Mrak (2016).

Opis in cilji: strategija koncerna je, kot so zapisali, zdrav, zadovoljen in motiviran delavec. Z multidisciplinarnim pristopom za vse starostne skupine zaposlenih humanizirajo delovna mesta, ustvarjajo podporna delovna okolja, ki omogočajo zdrave izbire in spodbujajo k zdravemu življenjskemu slogu. Cilj je zmanjševati tveganja za zdravje v vseh življenjskih obdobjih in okoljih. Našteti so bili naslednji cilji:

- zaposlene fizično in psihično pripravljati na delovno aktivnost do upokojitve,
- pripravljati in izvajati aktivnosti, prilagojene starostnim skupinam,
- proaktivno iskati nove pristope in rešitve, upoštevaje trend starajoče delovne sile,
- zmanjšati bolniško odsotnost,
- povečati zadovoljstvo zaposlenih,
- ohranjati delazmožnost zaposlenih,
- dvigovati odgovornost posameznika za svoje zdravje in
- zmanjševati tveganja zaradi nezdravega življenjskega sloga.

Kazalniki so pri tem bili: bolniška odsotnost, število poškodb pri delu, udeležba zaposlenih na izpeljanih aktivnostih v okviru projekta in inovativnost na temo varnosti in zdravja pri delu. Projekt se je začel januarja 2015 in se je zaključil v decembru 2016. V podjetju Kolektor group je v Sloveniji zaposlenih 2300 oseb, v tujini pa še 900 oseb. Na projektu je delalo šest oseb, vključili pa so vse zaposlene v Sloveniji. Projekt je rezultat samostojnega dela podjetja oz. organizacije (Mrak, 2016).

Potek, povzeto po Mrak (2016): Kolektor je aktivnosti razdelil v pet sklopov, ki segajo od konkretnega sodelovanja z medicinsko stroko do osebnostnega razvoja.

1. Sodelovanje z medicinsko stroko:

- poklicna rehabilitacija – učinkovitejše vračanje v delovno okolje,

- izobraževanje in ozaveščanje zaposlenih (šola za hrbtenico, zdrav življenjski slog, dodajmo življenje letom in podobno),
- izvedba UZ-vratnih žil za zaposlene v starostni skupini 55+.

## 2. Zdrav življenjski slog:

- izboljšanje ponudbe prehrane med delovnim časom in ozaveščanje o zdravem načinu prehranjevanja,
- ozaveščanje o škodljivosti psihoaktivnih substanc,
- pomoč pri odvijanju od kajenja,
- spodbujanje športnih aktivnosti (sponzoriranje priprave in udeležbe na maratonih – tekaški in kolesarski, strokovno vodena rekreacija, tečaji nordijske hoje in teka na smučeh in drugo),
- ciljno izvajanje aktivnosti in usposabljanj za posamezne starostne skupine.

## 3. Zdravo delovno okolje:

- ergonomija (ergonomsko urejanje delovnih mest, prilagoditve delovnih mest upošteva individualne potrebe, usposabljanje zaposlenih o ergonomiji, vzpostavitev timov na področju varnosti in zdravja pri delu, informiranje zaposlenih preko TPM ...),
- aktivni odmori in vadba na delovnem mestu,
- razgovori po zaključeni bolniški odsotnosti,
- zmanjševanje nezgod in poškodb na delu (zavedna varnost – dvig varnostne kulture v podjetju, analiza posamezne poškodbe in odpravljanje dejavnikov tveganja, prepoznavanje nevarnih situacij ...),
- spodbujanje cepljenja zaposlenih proti gripi,
- ozaveščanje zaposlenih, kako kakovostno živeti z nočnim delom.

## 4. Družbena odgovornost:

- dan zdravja,
- darovanje krvi,
- podpora talentiranim posameznikom (športnikom, glasbenikom ...) in društvom, kot na primer karate klub, teniški klub ...),
- prostovoljstvo,
- socialne pomoči.

## 5. Področje osebnostnega razvoja in medosebnih odnosov

- strokovna izobraževanja za boljše medosebne odnose in boljšo komunikacijo,
- dan Kolektorja,
- dan odprtih vrat,
- teambuilding.

Rezultati: med najbolj merljivimi in otipljivimi rezultati projekta je zmanjšan odstotek bolniških odsotnosti. Največji upad je zaznan pri odsotnostih iz razloga bolezni mišično kostnega sistema in vezivnih tkiv, pri katerih se je delež zmanjšal iz 0,89 % v letu 2009 na 0,46 % v letu 2015. Prav tako se je med leti 2010 in 2015 število poškodb in zastrupitev pri delu zmanjšalo za 77 % in s tem povezan delež bolniških odsotnosti na 0,12 % v letu 2015. Podobno se zmanjšujejo tudi odsotnosti iz naslova poškodb in zastrupitev izven dela (0,59 % v letu 2015). V projektu se je znotraj inovativne dejavnosti vzpostavilo ciljno zbiranje idej na temo zdravja in varnosti, pri čemer se je povprečno število podanih idej v trimesečju iz leta 2015 do 2016 povečalo za 60 %, število realiziranih idej pa za 43 %. Poleg merljivih rezultatov projekt pozitivno učinkuje tudi na splošno počutje in zadovoljstvo zaposlenih pri delu. Na dolgi rok je pričakovan rezultat predvsem ohranjanje zdravja in motivacije zaposlenih skozi celotno delovno aktivno dobo (Mrak, 2016).

Programi promocije zdravja na delovnem mestu so pomembna strategija za zmanjševanje dejavnikov tveganja za nastanek srčno-žilnih obolenj in kapi, vključno s kajenjem, debelostjo, hipertenzijo, hiperlipidemijo, fizično neaktivnostjo in diabetesom. Povzeto po Carnethon, et al. (2009), v nadaljevanju predstavijo komponente programa promocije kardiovaskularnega zdravja na delovnem mestu.

Izobraževanje o možgansko-žilnih boleznih (MŽB) – delodajalec organizira in promovira izobraževanja in/ali omogoči material, ki bo poučil zaposlene o MŽB, kapi in prvi pomoči. Teme naj vključujejo sledeče: tipi MŽB in razširjenost, dejavniki tveganja in obvladovanje, zavedanje simptomov in primerna reakcija prve pomoči, trening oživljanja in učinkovita uporaba zdravstvenega sistema. Prenehanje uporabe tobačnih izdelkov in preventiva – na delovnem mestu se ne kadi, delodajalec organizira in promovira storitve,



ki zmanjšujejo uporabo tobačnih izdelkov in spodbujajo preventivo med zaposlenimi in njihovimi družinami. Zgodnja zaznava bolezni in presejalni testi – delovno mesto omogoča zaposlenim letni pregled pri zdravniku, ocenitev dejavnikov tveganja za zdravje, povratne informacije in orodja za spodbujanje sledenja zdravstvenemu stanju. Ostali srčno-žilni presejalni testi so ponujeni z namenom povečanja zavedanja, preventive, zdravljenja in kontroliranja ključnih dejavnikov tveganja in identifikacije potrebe po obvladovanju bolezni (Carnethon, et al., 2009).

Obvladovanje telesne teže – delodajalec ponudi varen in učinkovit program obvladovanja telesne teže, ki zaposlenega spodbuja k sledenju primernega načrta prehranjevanja in vključevanju v redno telesno aktivnost. Prehranjevanje – delovno mesto zaposlenim omogoča splošno izobraževanje o prehranjevanju in/ali informacije o zdravem prehranjevanju. Primeri tega so: temu namenjena internetna stran, obvestila, e-mail opomniki, oglasni material v menzi in/ali v bližini samopostrežnih avtomatov, kot tudi skupna izobraževanja in individualna svetovanja. Menze in samopostrežni avtomati ponujajo izbiro zdrave prehrane. Fizična aktivnost – delovno mesto omogoča dostop do notranjih in zunanjih vadbenih objektov in programov, ki spodbujajo privzem aktivnega življenjskega sloga. Primeri tega so: notranja označena peš pot, osvetljeno in privlačno stopnišče, prikaz zemljevidov za varno in priročno hojo zunaj pisarne ter prost ali poceni dostop do fitnesa (Carnethon, et al., 2009).

Obvladovanje stresa – delodajalci omogočajo izobraževanja o zmanjševanju in obvladovanju stresa. Delodajalci delajo na zmanjševanju stresa na delovnem mestu, kot so preveliki pritiski na delavce, neravnovesje med trudom in nagrado, dolg delavnik, izmensko delo in konflikt delo-družina, kar zaposlenim omogoča priložnost za izboljšanje delovnega uspeha in minimizira zdravstvene posledice prevelikega stresa. Okolje – delovno mesto naj bi prilagodilo fizično in socialno okolje za promoviranje optimalnega srčno-žilnega zdravja in dobrega počutja. Primeri fizičnih sprememb so: zvečanje varnosti na delovnem mestu, prilagajanje delovnega okolja za zmanjšanje sedečega vedenja in spodbujanje fizične aktivnosti. Socialne spremembe vključujejo izvajanje sprememb v politiki, ki gradijo bolj zdravo kulturo dela in imenovanje tistih članov vodstva, ki so odgovorni za zagotavljanje zavezanosti in spoštovanja programov

promocije zdravja. Varnost pri delu – delodajalci naj poudarijo vse nevarnosti, ki ogrožajo zdravje in varnost zaposlenega ter omogočijo pogoje dela, ki so optimalni za srčno-žilno zdravje in dobro počutje (Carnethon, et al., 2009).

Naslednje področje, na katero je prav tako dobro, da se osredotočimo, je zloraba substanc – v tem primeru najbolj dostopne – alkohol. Ames in Bennet (2011) nam predstavita kratke intervencije preventive alkoholizma na delovnem mestu. Te običajno vključujejo osebno presojo posameznikove stopnje pitja in s tem povezane težave kot tudi povratne informacije o tveganjih za zdravje. Intervencije so običajno proučevali v zdravstvenih okoljih in ugotovili, da so tam učinkovite, zato so jih vključili v delovna okolja. Opredelili smo šest skupnih elementov kratkih intervencij: zagotavljanje povratne informacije o osebnih tveganjih; poudarjanje pomena sprejetja osebne odgovornosti za spremembo lastnega vedenja; svetovanje pri spremembi vedenja, kadar je to potrebno; zagotavljanje spiska možnosti za spremembo vedenja; posredovanje empatije in občutka samoučinkovitosti pri izvajanju uspešne spremembe. Kratke terapije po navadi potekajo pri osebnem zdravniku, kjer bo zaposleni, ki ima probleme z zlorabo substanc, prej poiskal pomoč, kot pa direktno iz delovnega mesta. Kaže, da so kratke terapije najbolj učinkovite takrat, ko imajo delavci neposreden dostop do zdravljenja, podporo s strani programov na delovnem mestu, močne družinske vezi in povezanost v skupnosti, kratkotrajno zlorabo substanc, željo po čim manjši motnji poklicnega in družinskega življenja, kadar je njihova motivacija močna in čutijo zaupanje vase, da bo terapija zmanjšala njihovo zlorabo substanc. Kratke intervencije lahko vključujejo tudi izobraževanja o alkoholu in dodatne motivacijske tehnike za spodbujanje sprememb v obnašanju. V nekaj študijah so ocenili vpliv kratkih intervencij na delovnem mestu in ugotovili, da so problematični pivci, ki so prejeli intervencijo v roku šestih mesecev, bolj verjetno zmanjšali negativne posledice, povezane z alkoholom, kot tisti v kontrolni skupini (Ames & Bennet, 2011).

Delovno mesto je tudi ključno okolje za prizadevanja k zmanjšanju tveganja za nastanek raka med odraslo populacijo. Nekatere dejavnike tveganja za nastanek raka smo obravnavali, ostale bi še lahko v prihodnjih intervencijah. Več lahko storimo na področju izkoristka obstoječih virov in preventivnih omrežij. Prizadevanja za spodbujanje preprečevanja raka na delovnem mestu bi morala sprejeti celosten in celovit pristop, ki

obravnava posamezna vedenja, organizacijsko kulturo, politike in druge okoljske dejavnike, ki vplivajo na tveganje za nastanek raka. Avtorji izpostavljajo številne dejavnike tveganja, na katere bi se promocija zdravja na delovnem mestu morala osredotočiti, in sicer: pitje alkohola, izpostavljenost azbestu ali radonu, izpušni plini, debelost, izpostavljenost sevanju pri rentgenskem slikanju, uživanje rdečega mesa, sedeč življenjski slog, izmensko delo, uporaba tobaka, izpostavljenost UV-sevanju. Varovalni dejavniki za nastanek raka pa so: uživanje sadja in zelenjave, prehrana z veliko vlakninami, fizična aktivnost, testiranje za radon in ublažitev nevarnosti, ohranjanje normalne telesne teže (Allweiss, et al., 2014).

Glede na to, da živimo v 21. stoletju, ki se tehnološko vse bolj razvija, bi bilo prav, da to izkoristimo v svojo korist tudi pri promociji zdravja. Allen, et al. (2012) nam v svoji študiji predstavijo primarno komponento intervencij promocije zdravja. V tem primeru so to bile sočasne edukativne videokonference na različnih deloviščih decentralizirane organizacije. Največji strošek intervencije jim je predstavljalo posredovanje izobraževanja o življenjskem slogu. Potencialno bi lahko bil ta strošek na prebivalca v prihodnjih intervencijah manjši, saj dodatni udeleženci videokonferenc ne predstavljajo stroška. Poleg tega bi bilo treba razširiti dostop do videokonference. Na primer izobraževalna seja je lahko vidna na osebnih računalnikih na delovnem mestu, oprema pa omogoča tudi možnost kasnejšega ogleda preko interneta in arhiviranje. Uporaba tehnologije lahko zmanjša skrb glede visokih stroškov in dostopnosti. Prilagoditev administracije PZDM bi bilo lažje za majhne organizacije, ki imajo manj plasti uprave, kot večje organizacije. Različne vrste delovnih mest in organizacijskih struktur lahko zahtevajo prožno ureditev, kot je izvajanje izobraževanja o življenjskem slogu med malico v menzi, še posebej, če je organizacija majhna in decentralizirana, kot je v tej študiji.

Z vidika delodajalca, ki vlaga v promocijo zdravja, to pomeni, da dejansko vlaga v človeški kapital, vendar tudi tu ne gre brez ovir (Persson, et al., 2013). Taylor, et al. (2016) pravi, da je eden izmed večjih zaznanih problemov sprejemanje PZDM glede na velikost posameznih zaposlovalcev. Dokazi kažejo, da so manjša podjetja manj verjetno uspešno začela izvajati intervencije promocije zdravja v primerjavi z večjimi podjetji, ki imajo

koristi od obsega ekonomije in dodatnih virov. Raziskave kažejo, da se izvajanje PZDM zmanjšuje premo sorazmerno z zmanjševanjem podjetij/zaposlovalcev. Največkrat zaznane ovire manjših podjetij so pomanjkanje zanimanja delavcev, pomanjkanje znanja, stroški programa, pomanjkanje ustrezne višine sredstev in premalo podpore s strani menedžmenta. Sorensen, et al. (2011) trdi podobno, saj pravi, da obstajajo naslednje ovire pri izpeljavi programov promocije zdravja na delovnem mestu: nizka udeležba zaposlenih, premalo interesa, omejeni viri osebja, stroški, slaba razporeditev spodbud med različnimi interesnimi skupinami in premalo podpore s strani menedžmenta. Taylor, et al. (2016) nadaljuje, da je poleg tega v manjših podjetjih večja možnost, da pride do problemov varstva zasebnosti.

Etični problem nam predstavi van Berkel, et al. (2014). Pravi, da je za raziskave na temo PZDM značilno, »da se osredotoči na posamezne ukrepe izidov, kot so stroški na zaposlenega, spremembe vedenja ali pojavnosti bolezni«. To lahko štejemo kot ozko opredelitev zdravja pri delu in ima za posledico raziskovalne programe, ki se osredotočajo na zaposlene kot raziskovalne subjekte. Zdravstvene potrebe zaposlenih in njihov pogled na zdravje pri delu – kar lahko štejemo kot del široke definicije zdravja pri delu – se ne upoštevajo. Čeprav je sedanji raziskovalni program sam po sebi dragocen, ima tudi omejitve zaradi pristopa od zgoraj navzdol. Posledično je malo raziskav etičnih vidikov PZDM.

Primer etične obravnave PZDM je »nasprotujoča si zvestoba«. Komu profesionalno promoviranje zdravja pri delu dolguje svojo pripadnost in zvestobo; delodajalcu, zaposlenemu ali obema? To vprašanje predstavlja morebitne moralne dileme, ko so organizacijski cilji in dnevni red v nasprotju z zdravstvenimi potrebami in cilji zaposlenih. Drug vidik je tveganje za prelaganje krivde na žrtev, predvsem kadar govorimo o temah, povezanih z načinom življenja. Težnja večine prizadevanj na delovišču je osredotočanje na posameznika in ne na naravo dela in same organizacije. To lahko razložimo z reko: »Kar seješ, to žanješ,« s katerim gledamo na svet, kot da ljudje dobimo, kar si zaslužimo. Odgovornost za zdravje in bolezen sloni izključno na posameznim zaposlenim. To bi lahko pomenilo, da PZDM prispeva k individualizaciji

organizacijskih ali kolektivnih problemov in kot taka lahko spodkopava solidarnost. Vendar pa je individualno vedenje le eden od dejavnikov (van Berkel, et al., 2014).

Dejstvo je, da je nizka udeležba v programih promocije zdravja pogost problem. Z visoko udeležbo, brez katere program promocije zdravja ni učinkovit, se zdi pomembno, da bi našli načine in metode za izboljšanje udeležbe. Eden od načinov za reševanje tega vprašanja je opazovati in se učiti od ljudi, ki se udeležbe izogibajo. Nekaj študij je raziskovalo te perspektive, zlasti v zvezi z udeležbo v večnamenskih programih. V eni smo preučili vzorec prebivalstva, ki je pokazal, da je pomanjkanje časa glavna ovira za sodelovanje v programih promocije zdravja (Persson, et al., 2013).

Menimo, da sta pri udeležbi pomembna dejavnika tako oblika in pretok informacij, kot je oblikovanje ponudbe, vključno z dostopnostjo in ujemanjem z individualnimi in družbenimi potrebami. Pomembni dejavniki, ki vplivajo na udeležbo, so tudi motivacija potencialnega uporabnika, znanje in spoštljiv odnos do programa. Oteževalni dejavnik pri tem je dejstvo, da bodo ljudje, ki se izogibajo udeležbe, seveda heterogena skupina z različno motivacijo. Po izkušnjah sodeč nekateri odklonijo sodelovanje, ker so že v dobri formi in živijo zdrav življenjski slog, drugi preprosto zaradi pomanjkanja znanja o programu. Glede na star rek, ki pravi, da je dober odnos med pacientom in zdravnikom ključen pri zdravljenju, je prav tako mogoče, da se nekateri izognejo udeležbi, ker ne zaupajo ljudem, ki storitev izvajajo. Izognejo se ji tudi iz principa, ker imajo že v prostem času podobne aktivnosti ali pa preprosto zaradi pomanjkanja interesa. Zanimivo je, da nekateri sploh ne zaznajo potrebe, ali imajo željo po spremembi vedenja, čeprav imajo zdravstvene težave. Z vidika učinkovitosti je morda najbolje, da se osredotočimo na delavce z neoptimalnim zdravjem, ki so najbolj zanimivi za dostop, saj bi ti imeli največ koristi od sodelovanja pri pobudah za promocijo zdravja (Persson, et al., 2013).

Podjed, et al. (2016) se strinja, da se nemalokrat zgodi, da ravno tisti, ki bi jim programi ali ukrepi lahko najbolj koristili, pokažejo najmanj interesa za sodelovanje. Po drugi strani pa so zaposleni zaradi stalnih sprememb na trgu dela, (pre)obremenjenosti, negotovosti itd. pogosto nezaupljivi in se programov ne želijo udeležiti. Zato je pomembno, da poznamo čim več učinkovitih načinov motiviranja:

- zaposleni morajo občutiti in vedeti, da so ukrepi promocije zdravja zanje koristni, da jim omogočajo nadzor nad lastnim življenjem in boljšo skrb zase,
- poudarjajmo dolgoročne in širše koristi aktivnosti promocije zdravja, ki segajo tudi izven delovnega mesta (npr. nekaj minut vaj za vratne mišice bo pomagalo razbremeniti napetost, kar pomeni manj bolečin konec dneva),
- informirajmo zaposlene o pomenu skrbi za zdravje, dobrega počutja in zdravih navad ter o škodljivostih nekaterih razvad, ki slabo vplivajo na zdravje: npr. kajenje, pitje alkohola, uporaba drog; spodbujajte k zdravim izbiram,
- programi, ukrepi naj ne pridejo »od zgoraj«; pri načrtovanju, uvedbi, izvedbi in evalvaciji promocije zdravja na delovnem mestu naj aktivno sodelujejo tudi delavci,
- redno obveščajmo, ozaveščajmo in spodbujajmo; uporabimo vse možne kanale in načine za učinkovito komuniciranje; pri tem bodimo preprosti, zabavni, nedirektivni; npr. izberemo zabavno sliko, jo obesimo poleg dvigala in nanjo napišemo: "Ne, hvala, ne uporabljam dvigala. Če zmoreš, potem izberi raje stopnice. Tvoje telo kliče po vodi. Boš kozarec? Četudi si sredi dela, si vzemi trenutek zase. Opazi, da dihaš!",
- aktivnosti promocije zdravja naj bodo na voljo vsem zaposlenim, upoštevajmo njihove želje in možnosti; pomembno je, da so aktivnosti povezane s čim manj stroški za zaposlenega; najbolj učinkovito je, če so v delovnem času, v prostorih podjetja ali blizu službe,
- razmislimo tudi o pohvalah, priznanjih za tiste, ki se programov ali aktivnosti najbolj redno udeležujejo,
- pomembno je, da se trudimo za pozitivne spremembe v organizaciji, npr. za boljše delovne pogoje, boljše odnose, boljšo klimo; s tem bomo zaposlene prepričali, da mislimo resno,
- promocija zdravja je del organizacijske kulture; pri ukrepih promocije zdravja morajo sodelovati vsi v organizaciji; vodstvo, predstavnik delavcev/sindikalni zaupnik morajo biti zgled (Podjed, et al., 2016).

Ameriška Mayo klinika (Mayo Clinic, 2017) delavcem svetuje dodajanje fizične aktivnosti v svoj delovni dan, predvsem tistim, ki opravljajo večinoma sedeče delo. Najti

čas za telovadbo je včasih izziv, vendar zakaj ne bi telovadili kar med delom. Spodaj vam predstavljamo 10 načinov, kako lahko fizična aktivnost na delovnem mestu postane rutina:

- začnimo z načinom prihoda na delo: na delo hodimo ali kolesarimo; če uporabljamo javni prevoz, izstopimo kakšno postajo prej in naprej hodimo; v primeru, da uporabljamo avtomobil, parkirajmo na bolj oddaljenem parkirišču in se naprej sprehodimo; v poslopju uporabimo stopnice namesto dvigala,
- delajmo stoje: najdimo načine, da pri delu lahko vstanemo iz stola; vstanimo in hodimo med telefoniranjem; poskusimo delati na stoječi mizi; jejmo stoje; če je možno, se izogibajmo komunikacije s sodelavci preko sporočil ali e-maila, raje se do tja sprehodimo in mu povejmo osebno,
- vzemimo si »fitnes« odmore: namesto da gremo med odmorom na kavo ali prigrizek, pojdimo na krajši sprehod, hodimo po stopnicah ali naredimo nekaj razteznih vaj; na primer glavo iz ravnega položaja z brado primaknemo k prsnemu košu, ali pa se med stoječim položajem primemo gleženj ali stopalo in ga primaknemo k zadnjici – v tem položaju vztrajamo od 15 do 30 sekund,
- s sabo na delo prinesimo fitnes žogo: premislimo o tem, da bi stol pri svoji delovni mizi zamenjali za dobro napihnjeno fitnes žogo, seveda le, če smo na njen zmožni ohraniti varno ravnotežje; z njo bomo izboljšali svoje ravnotežje in tonus trebušnih mišic že samo med sedenjem za mizo; čez dan jo lahko uporabimo pri počepih ali drugih vajah; ne pozabimo pa, da je v določenih primerih pisarniški stol bolj primeren,
- v službi imejmo kose fitnes opreme: te so na primer razni pasovi za raztezanje in nategovanje, saj ustvarijo upor, če jih potegnemo, ali pa majhne ročne uteži, ki jih lahko pospravimo kar v predal; z njimi lahko telovadimo med sestanki in nalogami,
- združimo moči: organizirajmo pohodniško skupino in uživajmo v družbi vseh, ki so se pripravljene razgibati za zdravje; eden drugega lahko spodbujamo k redni telesni aktivnosti, ko postane težko in pade motivacija,
- organizirajmo aktivne sestanke: če je praktično, izvedimo sestanke in »nevihto idej« kar med hojo – po samem poslopju, če vreme dopušča pa lahko tudi zunaj,

- povečajmo svoj tempo: če služba vključuje hojo ali kolesarjenje, to delajmo hitreje; več kot kolesarimo in hodimo ter hitreje, kot to počnemo, boljše so koristi,
- v primeru, da hodimo na službena potovanja, jih načrtujmo dovolj zgodaj: če obstanemo na letališču, se v tem času sprehajajmo, izberimo hotel, ki ima tudi fitnes naprave ali bazen – ali pa si opremo prinesimo s sabo; kolesnica je dobra ideja, lahko pa telovadimo tudi brez pripomočkov (počepi, deska, izpadni korak itd.),
- preizkusimo delovno mizo s tekaško stezo: če nam narava dela to omogoča, si poskusimo nastaviti delovno mizo nad tekaško stezo in tako med delom počasi hodimo; s tem se dnevno dovolj razgibamo, pokurimo kalorije in čez čas tudi izgubimo telesno težo (Mayo Clinic, 2017).

Najbolj motivirani so najboljša reklama. Delavci, ki razumejo pomen promocije zdravja in so z veseljem udeleženi v ukrepih, so lahko najboljša reklama ter ambasadorji določenih aktivnosti (Podjed, et al., 2016).

## 2.5 RAZPRAVA

Namen pregleda literature v našem diplomskem delu je bila boljša seznanitev s samim konceptom promocije zdravja. Želeli smo ugotoviti, kakšni so primeri dobrih praks promocije zdravja na delovnem mestu, kakšna je vloga medicinske sestre pri promociji zdravja in izpostavitve določenih problemov ter ovir, s katerimi se ta disciplina po navadi sooča.

Ugotavljamo, da je promocija zdravja strokovna disciplina, ki je v tujini že dobro razvita, pri nas pa se njen razvoj šele dobro začel. Temelji na dobro osnovani teoretični podlagi in v svoj proces dela vključuje različne modele. Zanja je značilno, da mora biti dobro načrtovana med celim procesom dela in imeti dosegljive cilje glede na tarčno populacijo. Orientirana je lahko na posameznika ali večjo skupino ljudi, v obeh primerih pa je treba poznati vse učinkovite strategije komuniciranja in karakteristike dobre prakse, s pomočjo katerih lahko osnujemo dober program. V našem primeru promocija zdravja na delovnem mestu zajema veliko zaposlenih ljudi, zato je pomembno, da se je lotimo celovito, s



pravimi kanali sporočanja – v tem primeru moramo omeniti pomen razvoja tehnologije, ki nam podajanje informacij lahko precej olajša – in da po končanem projektu oziroma programu promocije zdravja dela ne zaključimo, temveč vodimo evidenco in evalvacijo svojih rezultatov še naprej.

Našli smo nekaj primerov dobrih praks, več iz tujine kakor iz Slovenije. Avtorji Carnethon, et al. (2009); Ames in Bennett (2011); Thorndnike, et al. (2011); Allweiss, et al. (2014); Mrak (2016) in Mayo klinika (2017) potrjujejo, da je to strokovno zahtevna disciplina, ki organizacijo in zaposlene veliko stane. Zato je dobro usposabljanje na tem področju ključno, usposobljeni in motivirani izvajalci pa ključ za uspeh promocije zdravja.

Glede na ugotovitve avtorjev Wills (2007); Maville in Huerta (2008) ter Chiou, et al. (2014) lahko rečemo, da je vloga medicinske sestre v promociji zdravja velika. Promocija zdravja se trenutno večinoma izvaja v zavodih primarnega zdravstvenega varstva, katere izvajalke so ravno medicinske sestre. Poleg tega predstavljajo tudi najštevilčnejšo skupino med zdravstvenimi strokovnjaki. Obravnavane so kot strokovnjakinje, ki so za delo promocije zdravja dovolj usposobljene, vendar smo med pregledom literature ugotovili, da je njihovo znanje omejeno in pristop preveč tradicionalen, kar lahko pripišemo pomanjkanju izobraževanja na tem področju. Je pa res, da so medicinske sestre s primarnega zdravstvenega varstva že dobro povezane z lokalno skupnostjo, da bi z dodatnim izobraževanjem o promociji zdravja to lahko izkoristile v svojo korist in sodelovale z lastniki manjših podjetij ter jim omogočale ta izobraževanja. Manjša podjetja so namreč tista, ki si v primerjavi z večjimi lastnega promotorja zdravja morda ne morejo privoščiti. Zato bi to lahko bila idealna priložnost za omogočanje koristnih informacij promocije zdravja na delovnem mestu vsem zaposlenim, ne le tistim, ki imajo dobro finančno zaledje.

Avtorji Sorensen, et al. (2011); Persson, et al. (2013); Percival (2014); van Berkel, et al. (2014); Jarman, et al. (2015) in Taylor, et al. (2016) opažajo določene ovire in probleme, s katerimi se sooča področje promocije zdravja. Ena od ovir je torej, da manjše, kot je podjetje, manjša je možnost, da ima urejeno izvajanje programov promocije zdravja na

delovnem mestu. S tem v povezavi so tudi preveliki stroški programa, premalo znanja, omejeno osebje za izvajanje programov in premalo podpore s strani menedžmenta. Poleg tega je problem tudi premalo interesa, pomanjkanje časa in s tem nizka udeležba zaposlenih, saj so programi promocije zdravja kljub vsemu prostovoljne narave. Zato je ključno, da kot promotorji zdravja znamo oblikovati ponudbo in nuditi prave informacije, najbolj od vsega pa je pomembno, da zaposlene na pravi način motiviramo. Oblikovati moramo takšno organizacijsko kulturo, ki bo vključevala vse v organizaciji in težila k pozitivni naravnosti. Spodbujanje in informiranje je obvezni del vsakdanjika, predvsem o delovanju in zavedanju lastnega telesa in uma, saj se z razumevanjem le-tega lažje lotimo reševanja določenega zdravstvenega problema, ki ga imamo. Predvsem pa je pomembno, da zaposlenim damo vedeti, da imajo možnost poseganja po pomoči, če to potrebujejo, da jih motiviramo in spodbujamo k čim boljši samooskrbi. Dobro je tudi, da se znamo osredotočiti na zaposlene, ki so bolj ogroženi za nastanek ali že imajo določen zdravstveni problem. Naslednji problem, ki izhaja iz etičnega vidika in je v tej disciplini lahko precej pogost, je prelaganje krivde za svoje zdravstveno stanje izključno na posameznika, kar pa posledično spodbujata občutek solidarnosti v okolju, zato se ga izogibajmo. Povečujmo raje holističen pristop do ljudi in izražanje empatije.

Človek večji del svojega življenja preživi v službi, zato je razumljivo, da ima nanj velik vpliv. Z leti bomo gotovo vsi čutili posledice na fizični ali pa na psihični ravni, vse pa je odvisno od narave dela, ki ga opravljamo. Tudi raven stresa se v današnji družbi naglo povečuje, zaradi hitrega tempa in visokih pričakovanj na delovnem mestu se veliko ljudi sčasoma znajde v stiski. Številčno se bodo takšni posamezniki le še povečevali, saj so zahteve vedno večje in delovna doba vedno daljša. Zaradi celega spektra vplivov, ki jih ima delovno mesto na ljudi, je torej vpeljava kakovostne promocije zdravja v delovno okolje zelo pametna poteza.

Priložnosti za raziskovalno delo je torej veliko in to delo je zelo perspektivno, sploh v Sloveniji, kjer so se začetki komaj osnovali. V slovenskem prostoru je v letih 2015 in 2016 potekal pomembni projekt PZDM »Znanje za zdravje delavcev«. V okviru tega so sodelujoči izdali dva koristna priročnika avtorjev Bajt, et al., (2015) in Podjed, et al., (2016), iz katerih lahko črpamo informacije tako strokovnjaki kot tudi laična javnost.

Začetek razvoja promocije zdravja v Sloveniji nakazujejo tudi ostali projekti, ti so: projekt Ocenjevanje izvorov psihosocialnih tveganj (od 2015 do 2016), projekt Skupaj za zdravje (od 2015 do 2016) in projekt Z znanjem do zdravja zaposlenih (od 2013 do 2014) (Inštitut za produktivnost, n.d.). Vse to nakazuje obetavne premike na področju promocije zdravja na delovnem mestu, bo pa v prihodnje treba izvesti še več projektov in raziskav na tem področju.

### 3 ZAKLJUČEK

Menim, da smo s pregledom literature dobili podatke, ki odgovorijo na raziskovalna vprašanja in z njimi dosegli zastavljene cilje in namen diplomskega dela.

Biti zdrav je želja in osnovna vrednota prav vsakega posameznika na tem planetu, saj se brez zdravja poruši tudi marsikatera druga vrednota. Zato lahko pričakujemo, da se bo pomen promocije zdravja v prihodnosti le še povečeval. Poleg že ustaljene prakse promocije zdravja v zdravstvenih ustanovah se bo ta kot obveznost delodajalca razširila tudi na delovna mesta. Z osnovanjem novega študijskega programa promocije zdravja na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin lahko pričakujemo le še napredek te malo poznane discipline. Kajti promocija zdravja je trenutno poznana le kot vrh ledene gore v oceanu, pod gladino pa se skriva veliko več.

Povečale se bodo potrebe po znanju in tudi medicinske sestre, ki že delujejo na tem področju, se bodo morale udeležiti dodatnih izobraževanj. Strokovnjaki bodo v prihodnje na tem področju delovali samostojno ali kot člani tima v nekem podjetju. Količina kakovostne teoretične podlage je namreč ključnega pomena za izvedbo kakovostnega programa promocija zdravja, saj lahko brez tega naredimo več škode kot koristi. S kakovostnim izobraževanjem se tudi lažje in bolj učinkovito spopademo z morebitnimi ovirami. Upam, da bo to diplomsko delo spodbudilo vsaj katerega od trenutno zaposlenih v promociji zdravja, da poseže po dodatnem izobraževanju.

Bomo pa za nadaljnji razvoj, tudi na doktorski ravni potrebovali dovolj pogumnih ljudi, strokovnjakov, ki se bodo promocije zdravja lotili z zanimanjem in veseljem, saj jo lahko le-ti pripeljejo do uspešne discipline in primerov dobrih praks tudi pri nas v Sloveniji.

## 4 LITERATURA

Allen, J.C., Lewis, J.B. & Tagliaferro, A.R., 2012. Cost-Effectiveness of Health Risk Reduction After Lifestyle Education in the Small Workplace. *Preventing Chronic Disease*, 9(96).

Allweiss, P., Brown, D.R., Chosewood, L.C., Dorn, J.M., Dube, S., Elder, R., Holman, D.M., Hudson, H.L., Kimsey, C.D. Jr., Lang, J.E., Lankford, T.J., Li, C., Muirhead, L., Neri, A., Plescia, M., Rodriguez, J., Schill, A.L., Shoemaker, M., Sorensen, G., Townsend, J. & White M.C., 2014. Cancer Prevention and Worksite Health Promotion: Time to Join Forces. *Preventing Chronic Disease*, 11(128).

Ames, G.M. & Bennett, J.B., 2011. Prevention interventions of alcohol problems in the workplace. *Alcohol Research & Health*, 34(2), pp. 175–187.

Bajt, M., Jeriček Klanšček H., Britovšek, K. & Krajnc J., 2015. *Duševno zdravje na delovnem mestu*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/dz\\_na\\_delovnem\\_mestu.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/dz_na_delovnem_mestu.pdf) [Accessed 28 March 2017].

Bilban, M., 2012. *Promocija zdravja v delovnem okolju kot obveznost delodajalca*. [pdf] Delavska participacija. Available at: <http://www.delavska-participacija.com/priloge/2203-1.doc> [Accessed 28 November 2016].

Brobeck, E., Odenrants, S., Bergh H. & Hildingh C., 2013. Health promotion practice and its implementation in Swedish health care. *International Nursing Review*, 60(3), pp. 374–380.

Bulc, M., 2006. Pospesjevanje zdravja. In: R. Iljaž, J. Kersnik & H. Turk, eds. *Družinska medicina v skupnosti: učno gradivo za 23. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana, oktober 2006. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, pp. 71–80.

Carnethon, M., Whitsel, L.P., Franklin, B.A., Kris-Etherton, P., Milani, R., Pratt, C.A. & Wagner, G.R., 2009. Worksite wellness programs for cardiovascular disease prevention: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation*, 120(17), pp. 1725–1741.

Chiou, S.T., Chiang, J.H., Huang, N. & Chien, L.Y., 2014. Health behaviors and participation in health promotion activities among hospital staff: which occupational group performs better? *BMC Health Services Research*, 14(474).

Edelman C. L. & Mandle C. L. 2010. *Health promotion throughout the life span*. St. Louis: Mosby Elsevier.

Emedi, D. & Skela-Savič, B., 2015. Povezave med razjedo zaradi pritiska in ohranjanjem integritete kože pacienta v intenzivni zdravstveni obravnavi: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), pp. 306–319.

Farkaš Lainščak, J., 2011. Promocija zdravja v bolnišnicah: od ideje o podpornih okoljih do razvoja Mednarodne mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah. In: J. Farkaš-Lainščak & M. Košnik, eds. *Promocija zdravja v bolnišnicah. Golnik, 25. november 2011*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 4–13.

Gliha Komac, N., 2016. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*<sup>3</sup>. [online] Available at: <http://www.fran.si/201/sskj3-slovar-slovenskega-knjiznega-jezika> [Accessed 28 November 2016].

Green, J. & Tones, K., 2010. *Health promotion: planning and strategies*. London: SAGE Publications Ltd.

Healey, B.J. & Zimmerman R.S., Jr., 2010. *The new world of health promotion : new program development, implementation and evaluation*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

Inštitut za produktivnost, n.d. *Koristno - gradiva in viri: projekti promocije zdravja*. [online] Available at: <http://www.produktivnost.si/> [Accessed 1 Junij 2017].

Jarman, L., Martin, A., Venn, A., Otahal, P. & Sanderson, K., 2015. Does workplace health promotion contribute to job stress reduction? Three-year findings from Partnering Healthy@Work. *BMC Public Health*, 15(1293), pp. 1–10.

Kamin, T., 2006. *Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Leddy S.K. 2006. *Integrative health promotion : conceptual bases for nursing practice*. Boston: Jones and Bartlett.

Maville, J.A. & Huerta, C.G., 2008. *Health promotion in nursing*. 2nd ed. New York: Thomson Delmar Learning.

Mayo Clinic, 2017. *Office exercise: Add more activity to your workday*. [online] Available at: <http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/office-exercise/art-20047394/?pg=1> [1. 6. 2017].

Ministrstvo za zdravje, 2017. *Pozitivni vidiki uvajanja promocije zdravja pri delu*. [online] Available at: [http://www.mz.gov.si/07007943.php/delovna\\_podrocja\\_in\\_prioritete/javno\\_zdravje/zdravje\\_na\\_delovnem\\_mestu/promocija\\_zdravja\\_na\\_delovnem\\_mestu/pozitivni\\_vidiki\\_uvajanja\\_promocije\\_zdravja\\_pri\\_delu/](http://www.mz.gov.si/07007943.php/delovna_podrocja_in_prioritete/javno_zdravje/zdravje_na_delovnem_mestu/promocija_zdravja_na_delovnem_mestu/pozitivni_vidiki_uvajanja_promocije_zdravja_pri_delu/) [1. 6. 2017].

Mrak S., 2016. *Zmagovalne formule 2016: najboljši HRM projekti Ob bok projektom podjetij, kot so Philips, Cadillac, Volvo in Adobe*. [online] Available at: <http://www.hrm-revija.si/iz-revije/hrm-revija-november-2016/ob-bok-projektom-podjetij-kot-so-philips-cadillac-volvo-in-adobe> [Accessed 14 April 2017].

Naidoo, J. & Wills, J., 2012. *Foundations for health promotion*. 3rd ed. Edinburgh [etc.]: Baillière Tindall/Elsevier.

Percival, J., 2014. Promoting health: making every contact count. *Nursing Standard*, 28(29), pp. 37–41.

Persson, R., Cleal, B., Bihal, T., Mandrup Hansen, S., Øllgaard Jakobsen, M., Villadsen E. & L. Andersen, L., 2013. Why Do People With Suboptimal Health Avoid Health Promotion at Work? *American Journal of Health Behavior*, 37(1), pp. 43–55.

Peršolja Černe, M., 2011. Kakovost promocije zdravja na delovnem mestu z vidika proaktivnosti za zdravje. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 45(1), pp. 5–14.

Peršolja Černe, M., 2009. Menedžment za zdrav življenjski slog zaposlenih. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 43(2), pp. 83–8.

Podjed, K., Bajt, M. & Jeriček Klanšček H., 2016. *Promocija zdravja v žepu*. Koper: Obalna sindikalna organizacija – KS 90.

Raphael, D., 2010. *Health promotion and quality of life in Canada: essential readings*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.

Sorensen, G., Landsbergis, P., Hammer, L., Amick III B.C., Linnan, L., Yancey, A., Welch, L.S., Goetzel, R.Z., Flannery, K.M. & Charlotte Pratt, C. 2011. Preventing chronic disease in the workplace: A workshop report and recommendations. *American Journal of Public Health*, 101(S1), pp. 196–207.

Taylor, A.W., Pilkington, R., Montgomerie, A. & Feist, H. 2016. The role of business size in assessing the uptake of health promoting workplace initiatives in Australia. *BMC Public Health*, 16(353), pp. 1–8.



Temeljotov Salaj, A., Snežič S. & Pungartnik, M., 2012. Stres, izgorelost in mobing na delovnem mestu. *Socialna pedagogika*, 16(1), pp. 71–89.

Thorndike, A.N., Healey, E., Sonnenberg, L. & Regan, S., 2011. Participation and cardiovascular risk reduction in a voluntary worksite nutrition and physical activity program. *Preventive Medicine*, 52(2), pp. 164–166.

van Berkel, J., Meershoek, A., MJPA Janssens, R., RL Boot C., I Proper, K. & van der Beek, A.J., 2014. Ethical considerations of worksite health promotion: an exploration of stakeholders' views. *BMC Public Health*, 14(458).

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Wills, J., 2007. *Promoting health*. Oxford; Malden: Blackwell Pub.