



**Fakulteta za zdravstvo**

Jesenice

**Faculty of Health Care**

Jesenice

Magistrsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje  
**ZDRAVSTVENA NEGA**

**PROMOCIJA ZDRAVJA NA DELU IN  
GIBALNA AKTIVNOST MEDICINSKIH  
SESTER V OSNOVNEM ZDRAVSTVU**

**WORKPLACE HEALTH PROMOTION AND  
PHYSICAL ACTIVITY LEVELS AMONG  
NURSES IN PRIMARY HEALTH CARE**

Mentor: prof. dr. Janko Kersnik

Somentorica: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič

Kandidatka: Darja Anderle

Jesenice, april, 2015

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorju, prof. dr. Janku Kersniku, za pozitivno usmerjanje, strokovno pomoč in spodbude pri pisanju magistrske naloge.

Za pomoč in koristne pripombe se zahvaljujem tudi somentorici, izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič, recenzentkama doc. dr. Joci Zurc in doc. dr. Jerneji Farkaš Lainščak.

Hvala tudi moji družini, ki je z razumevanjem sprejemala mojo odsotnost in mi nudila oporo na poti do zastavljenega cilja.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Medicinske sestre predstavljajo delovno skupino z visokim tveganjem za zdravje.

**Cilj:** Proučili smo organizacijo, izvajanje in dojemanje programov promocije zdravja na delu in gibalno aktivnost pri medicinskih sestrah v osnovnem zdravstvu.

**Metoda:** Uporabili smo kvantitativno metodo dela. Podatke smo zbirali z vprašalnikom, ki je vseboval vprašanja zaprtega tipa in lestvice stališč (Cronbach Alfa = 0,914). V vzorcu je bilo 639 medicinskih sester iz 54 zdravstvenih domov. V analizi smo uporabili t-test za neodvisne vzorce, Hi-kvadrat test, ANOVO s Tukey post hoc testom in multiplo logistično regresijo.

**Rezultati:** V zdravstvenih domovih v Sloveniji imajo največi delež izobraževanja in programi, povezani z gibalno aktivnostjo, najmanjši delež pa zdrava prehrana med delom. V zdravstvenih domovih, kjer so v načrtovanje vključene medicinske sestre, je organizirano statistično značilno ( $t = -3,550$ ,  $p = 0,001$ ) več programov promocije zdravja na delu, kjer se izvaja več programov promocije zdravja na delu, so tudi stališča medicinskih sester bolj pozitivna ( $F = 4,098$ ,  $p = 0,017$ ). Povezava med gibalno aktivnostjo v promociji zdravja na delu in v prostem času ni statistično značilna (Hi-kvadrat = 4,726,  $p = 0,579$ ). Multipla logistična regresija pojasni le 2,4 % variance gibalne aktivnosti v prostem času.

**Razprava:** Stališča medicinskih sester so izkazala velik delež strinjanja s promocijo zdravja na delu in vključenostjo gibalne aktivnosti, vendar se jih bistveno manjši delež teh programov tudi udeležuje. Ugotovili smo razhajanja med stališči in dejanskim izvajanjem programov promocije zdravja na delu predvsem na področju spremembe življenjskega sloga, prehrane med delom, prezentizma in estetske ureditve delovnih mest.

**Ključne besede:** promocija zdravja na delu, medicinska sestra, delovno mesto življenjski slog, gibalna aktivnost

## SUMMARY

**Theoretical premises:** Nurses constitute a working group with a high risk to health.

**Objective:** We wanted to examine the organization and attitudes towards health promotion programmes at work and physical activity among nurses in primary health care.

**Methods:** We used quantitative methodology. We used a questionnaire with closed-ended questions and scales (Cronbach Alfa = 0.914). The sample included 639 nurses from 54 health centres. To determine inference between variables, we used t-test for independent samples, Chi-square test, ANOVO with Tukey post hoc test, and the multiple logistic regression.

**Results:** We have found that health centres mostly run education and programmes related to physical activity, while giving less attention to healthy nutrition during work. Health centres where nurses are involved in the process of planning organise a statistically significant ( $t = -3.550$ ,  $p = 0.001$ ) greater number of health promotion programmes at work, where have a greater number of health promotion programmes at work, the nurses tend to have a more positive attitude ( $F = 4.098$ ,  $p = 0.017$ ). The association between physical activity in health promotion at work and in leisure time was not statistically significant (Chi-square = 4.726,  $p = 0.579$ ). The multiple logistic regression explained only 2.4% variance..

**Discussion:** Nurses agreed regarding the health promotion at work and the inclusion of physical activity, but a significantly smaller proportion of nurses actually participate in these programmes. We also found differences between the attitudes and the actual involvement of nurses in the programmes, mainly in the field of lifestyle changes, work place diet, presenteeism and the design of workplaces.

**Key words:** health promotion at work, nurse, workplace, lifestyle, physical activity

## KAZALO

<b>1 UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>3</b>
2.1 PROMOCIJA ZDRAVJA PRI DELU .....	4
2.1.1 Načrtovanje promocije zdravja pri delu .....	5
2.1.2 Koristi promocije zdravja pri delu za delodajalca .....	6
2.1.3 Koristi promocije zdravja pri delu za delavca .....	8
2.2 PROGRAMI PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELU PRI MEDICINSKIH SESTRAH .....	9
2.2.1 Varno delovno okolje medicinske sestre .....	11
2.2.2. Prezentizem pri medicinskih sestrah .....	15
2.2.3 Organizacijska klima na delovnem mestu medicinskih sester .....	17
2.2.4 Psihosocialna tveganja pri medicinskih sestrah .....	19
2.2.5 Zdrav življenjski slog medicinskih sester .....	22
2.2.6 Gibalna aktivnost medicinskih sester .....	24
<b>3 EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>27</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	27
3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE .....	27
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	28
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	28
3.3.2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta .....	28
3.3.3 Opis vzorca .....	33
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	36
3.4 REZULTATI .....	37
3.5 RAZPRAVA .....	49
<b>4 ZAKLJUČEK</b> .....	<b>65</b>
<b>5 LITERATURA</b> .....	<b>67</b>
<b>6 PRILOGE</b>	
6.1 INSTRUMENT	
6.2 MATRIKA PODATKOV	

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Cronbach Alfa koeficient.....	30
Tabela 2: Analiza lestvice Cronbach Alfa koeficient (46 trditev, Cronbach Alfa = 0,914) .....	30
Tabela 3: Demografski podatki .....	35
Tabela 4: Prisotnost programov promocije zdravja na delu, ki se izvajajo v slovenskih zdravstvenih domovih .....	37
Tabela 5: Stališča medicinskih sester do promocije zdravja na delu, ki se izvajajo v slovenskih zdravstvenih domovih .....	39
Tabela 6: Delež opredelitve medicinskih sester do posameznega stališča v promociji zdravja na delu, ki se izvajajo v slovenskih zdravstvenih domovih .....	40
Tabela 7: Stališča medicinskih sester do gibalne aktivnosti v promociji zdravja na delu, ki se izvaja v slovenskih zdravstvenih domovih .....	42
Tabela 8: Delež opredelitve medicinskih sester do posameznega stališča do gibalne aktivnosti v promociji zdravja na delu v slovenskih zdravstvenih domovih .....	43
Tabela 9: Delež odgovorov medicinskih sester glede pogostosti gibalne aktivnosti v prostem času.....	44
Tabela 10: Delež odgovorov medicinskih sester glede ovir za gibalno aktivnost v prostem času.....	45
Tabela 11 Delež udeležbe medicinskih sester v programih za zdravje, ki se ne izvajajo v okviru promocije zdravja na delu.....	45
Tabela 12: Stališča medicinskih sester do načrtovanju promocije zdravja na delu.....	46
Tabela 13: Korelacijska tabela med »Kolikokrat na teden ste gibalno aktivni vsaj 30 minut v prostem času?« in neodvisnimi spremenljivkami.....	47
Tabela 14: Multipla logistična regresija spremenljivke »v prostem času gibalno aktivni vsaj 30 minut tri in večkrat tedensko« s spremenljivkami spol, delovno mesto, tečaj varne vožnje, estetska ureditev delovnih mest, brezplačna karta za kopališče, število oblik promocij zdravja pri delu, ki se izvajajo v ustanovi. izobraževanje iz tem preprečevanja incidentov in poškodb (-2 Log likelihood = 733,7, Nagelkerke R kvadrat = 0,034, $p < 0,001$ ). .....	48

Tabela 15: Multipla logistična regresija spremenljivke »v prostem času gibalno aktivni vsaj 30 minut tri in večkrat tedensko« s spremenljivkami spol, tečaj varne vožnje, estetska ureditev delovnih mest, brezplačna karta za kopališče, (-2 Log likelihood = 738,5, Nagelkerke R kvadrat = 0,024, $p < 0,001$ ).....	49
--	----

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Prisotnost programov promocije zdravja na delu, ki se izvajajo v slovenskih zdravstvenih domovih .....	38
---	----

## 1 UVOD

Že stare civilizacije so poznale javno zdravje, ki je bilo večinoma usmerjeno proti nalezljivim boleznim. Pomemben mejnik v današnjem svetu v javnem zdravju je bila leta 1948 ustanovljena Svetovna zdravstvena organizacija - World health organization, (WHO), ki ima vodilno vlogo na področju zdravstvenih vprašanj na globalnem nivoju. Oblikuje zdravstvene raziskave, postavlja norme in standarde, oblikuje na dokazih temelječe politike, zagotavlja tehnično podporo državam ter nadzira in ocenjuje zdravstvene trende. Svetovna zdravstvena organizacija postavlja zdravje za temelj socialnega in gospodarskega razvoja vsake države (World health organization, n.d.). Zdravje je splošno prepoznano kot ena največjih vrednot posameznikov in družbe, ker je predpogoj za človekovo udejstvovanje v vsej svoji celovitosti, prav zato je zdravje tudi odraz stanja posamezne družbe (Tomšič & Kofol Bric, 2014, p. 3). Vrednoto zdravje v raziskavah slovenskega javnega mnenja kot najpomembnejšo ocenjuje več kot tri četrtine vprašanih. Zdravje je pomembno sredstvo funkcioniranja posameznikov v okviru družbenih struktur in pomembno za kakovost življenja (Vrbovšek & Luznar, 2009, p. 92). Definicija zdravja, ki jo je prevzela Svetovna zdravstvena organizacija, opredeli zdravje kot stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne samo odsotnost bolezni ali okvare. Oblikovana je bila leta 1948, njena formulacija je pozitivna in je bila v tistem času prelomna zaradi svoje širine, ne vključuje samo posameznika ampak tudi njegovo socialno dimenzijo (World health organization, n.d.). Huber, et al. (2011, p. 235) povzemajo omejitve sedanje definicije. Zaradi staranja prebivalstva in povečevanja deleža kroničnih bolezni predlagajo, da bi v definicijo vključili zmožnost prilagajanja posameznika in njegovo samostojnost upravljanja (self management). To je pomembno za posameznike, ki se soočajo s kronično boleznijo ali invalidnostjo in so kljub temu sposobni delovati kot zdravi. Shillton, et al. (2011, p. 435) se strinjajo, da je potrebna bistvena sprememba pri obravnavanju zdravja. Posameznik ima omejene zmožnosti prilagajanja, neenakosti v zdravju pa nastanejo zaradi različne ravni prihodkov in izobrazbe. Menijo, da je potrebna sprememba politik in okolij, kar je vedno vodilo do sprememb, ki so imele večjo korist za posameznika kot vsak njegov individualni ukrep.



Jinks, et al. (2010, p. 149) povzemajo, da so bili v zadnjih dveh desetletjih oblikovani številni modeli, ki so poskušali razložiti kompleksne in več dimenzionalne poti do zdravja. Za prikaz determinant zdravja se najpogosteje uporablja shema mavrice, ki sta jo oblikovala Dahlegren in Whitehead in jo je prevzela tudi Svetovna zdravstvena organizacija (Jinks, et al., 2010, p. 149). Shema v obliki mavričnih lokov razdeli vplive na zdravje posameznika v štiri plasti, ki predstavljajo štiri skupine determinant zdravja, ki so medsebojno povezane in na kompleksen način vplivajo med seboj. Osnovo sheme predstavlja posameznik, ki ga opredeljuje spol, starost in dedna zasnova. Prvo plast predstavlja življenjski slog posameznika, kamor spada način prehranjevanja, gibanje, telesna teža in razvade. Druga plast so socialne mreže posameznika, kamor spada družina, prijatelji, sosedje, vključenost v razna društva, verske skupnosti. Tretjo plast zavzemajo življenjski in delovni pogoji, sem spada zaposlenost, delovno okolje, izobrazba, prehrabena industrija, transport, zdravstvena oskrba, zdravo okolje in čista voda. Zadnja plast v shemi po Dahlegrenu in Whiteheadu pa so splošni socio-ekonomski, kulturni in okoljski pogoji, ki jih kreirajo politike posameznih držav in vplivajo na vse plasti spodaj (Jinks, et al., 2010, p. 149).

## 2 TEORETIČNI DEL

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, n.d.) promocijo zdravja definira kot proces usposabljanja posameznika ali skupine v samonadzoru in izboljševanju zdravja. Zdravje je definirano kot stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ni samo odsotnost bolezni ali okvare. V procesu promocije zdravja se mora posameznik ali skupina naučiti in biti sposobna prepoznati in zadovoljiti svoje potrebe in spremeniti oziroma prilagoditi okolje. Promocija zdravja je eden od virov za vsakdanje življenje. Zdravje je pozitiven koncept in poudarja družbene in osebne vire. Zato promocija zdravja ni samo odgovornost zdravstvenega sektorja, vendar prehaja tudi v druga okolja, ki omogočajo zdravo življenje in dobro počutje posameznika (WHO, n.d.). Na prvi svetovni konferenci o promociji zdravja 1986 v Ottawi je bila sprejeta Ottawska listina. Potvin in Jones (2011, p. 244) jo prepoznata kot temeljni dokument promocije zdravja, ki je še vedno aktualen. Dokument podpira pozitivno opredelitev zdravja, umesti zdravje v vsakdanje življenje, predlaga temeljne vrednote in načela za ukrepanje na področju javnega zdravja in opredeljuje strategije in več področij ukrepanja, ki segajo preko meja v zdravstvenem sektorju. Ottawska listina je program, ki želi prenesti vrednoto javnega zdravja, želi spodbuditi potencialne za vgraditev zdravja v vsa področja delovanja, razmišljanje in razpravo o priložnostih za promocijo zdravja, ki bi pomenila dodano vrednost v zdravju prebivalstva (Potvin & Jones, 2011, p. 244). Pomembno področje delovanja promocije zdravja so delovna okolja, kjer se izvaja promocija zdravja na delu. Na spletni strani Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa (n.d.) program Čili na delo navaja, da so vizija promocije zdravja pri delu zdravi ljudje v zdravih organizacijah. Promocija zdravja na delu je definirana kot skup dejavnosti, s katerimi skušamo v organizaciji večati vire za izboljševanje zdravja in dobrega počutja delovne sile in preprečevati slabo zdravje zaposlenih (vključno z boleznimi, povezanimi z delom, nezgodami, poškodbami, poklicnimi boleznimi in stresom). V procesu sodelujejo delodajalci, delavci in družba.

Zdravje aktivnega prebivalstva se slabša, zato je Svetovna zdravstvena organizacija sprejela globalen načrt za države članice in njihove strokovnjake na področju zdravja pri delu, da sprejmejo nujne ukrepe za zdravje delavcev glede na njihove potrebe (Arandjelovic, 2011, p. 229). V povezavi z WHO so v Evropi države članice povezane v

Evropsko mrežo za promocijo zdravja pri delu (European Network for Workplace Health Promotion, n.d.), njena naloga je, da neformalno združuje agencije zdravstvenega varstva na nivoju držav Evropske unije (Peršolja Černe, 2011, p. 6). Evropska mreža za promocijo zdravja na delu spodbuja promocijo zdravja na delu, vključuje široko paleto metod dela in jih poskuša integrirati v delovna okolja (Peršolja Černe, 2011, p. 6). V promociji zdravja zaposlenih se po shemi po Dahlegrenu in Whiteheadu prepletajo determinante zdravja vseh nivojev. Raziskava Cooke, et al. (2013, p. 503), pravi, da so dejavniki kakovosti dela povezani s širšimi vidiki življenja kot je družina, prijatelji, skupnost, življenjski slog in pretekle izkušnje. Stergar in Urdih Lazar (2012, p. 30) kot najpomembnejše determinante zdravja v delovnem okolju opišeta vrednote in politike tistih, ki v delovnih organizacijah in zunaj njih odločajo o zadevah povezanih z zdravjem. Področja delovanja pa so oblikovanje zdrave javne politike, oblikovanje podpornih okolij, izobraževanje in usposabljanje ljudi in preusmerjanje dejavnosti primarnega zdravstva v preventivo in promocijo zdravja (Stergar & Urdih Lazar, 2012, p. 30).

## 2.1 PROMOCIJA ZDRAVJA PRI DELU

Daljša življenjska doba v Evropi nalaga nujnost razširitve skrbi za zdravje, na delo in daljšo delovno zmožnost. Skrb za aktivno prebivalstvo ne zahteva samo kurativne dejavnosti, ampak tudi celovito skrb za preventivo. (Juszczuk, et al., 2012, p. 547). V primerjavi s splošno promocijo zdravja, promocija zdravja v delovnem okolju lažje doseže ljudi, skupina je relativno stabilna in omogoča sledenje skozi daljše časovno obdobje (Peršolja Černe, 2011, p. 6). Promocija zdravja na delovnem mestu ima velik potencial (Christensen, et al., 2011, p. 671). Promocija zdravja na delu izboljšuje razmere na delu, s tem zdravje delavca in osebni odnos delavca do zdravja in dela (Jensen & Grete, 2013, p. 155). Delavec, ki dela polni delovni čas, četrtno svojega življenja preživi na delovnem mestu, zato je neuspeh in izgubljena priložnost, če delovnega mesta ne izrabimo tudi za promocijo zdravja. (Chan & Perry, 2012, p. 2257). Delovna sposobnost je opredeljena kot fizična psihična in socialna sposobnost zaposlenih za delo in je odvisna od njihovega zdravja in vsebine njihovega dela Cancelliere, et al. (2011, p. 395). Namen promocije zdravja na delu je bil na začetku

usmerjen v večjo varnost delavcev in večjo produktivnost, šele kasneje so se vključili dejavniki tveganja povezani z življenjski slogom zaposlenih. (Peršolja Černe, 2011, p. 6). Danes je poudarek na aktivnostih v delovnem okolju, na politiki in odločitvah, ki v širšem smislu vplivajo na zdravje in dobro počutje zaposlenih. Pristop je usmerjen k delavcu in obravnava njegove dejavnike tveganja za zdravje, vključuje pa tudi celoten kolektiv in si prizadeva oblikovati zdravju spodbudno okolje (Peršolja Černe, 2011, p. 6). Tveganje za zdravje lahko spremenijo že manjše spremembe v vedenju delavcev (Redmond & Kalina, 2009, p. 510). Rezultati raziskave Juszczuk, et al. (2012, p. 547) so pokazali, da se za promocijo zdravja na delu pogosteje odločajo večja podjetja. Če pa se odločijo zanjo manjša podjetja, je to največkrat na samo enem področju.

### 2.1.1 Načrtovanje promocije zdravja pri delu

V Sloveniji je sprejet Zakon o varnosti in zdravju pri delu (2011), ki določa, da mora delodajalec imeti načrt promocije zdravja pri delu in ga tudi izvajati. Peršolja Černe, (2011, p. 7) navaja, da v promociji zdravja ne poznamo programa, ki bi bil splošno priporočljiv in njegova učinkovitost vnaprej zagotovljena. Podjetje mora spodbujati zdrav način življenja z lastnimi promocijskimi programi (Edries, et al., 2013, p. 25). Programi promocije zdravja so lahko zelo dobri in motivirajo veliko zaposlenih, če se v njihovo načrtovanje vključi zaposlene in upošteva njihove ideje. To je dokazala tudi raziskava Robertson, et al. (2013, p. 86). V raziskavi je bila skupina zaposlenih vključena v načrtovanje programov za zaščito zdravja in njegovo promocijo. Zaposleni so iskali ideje za programe, ki so bile usmerjene v trenutne probleme in s tem izboljševali delovne pogoje. Na ta način so izboljševali dobro počutje delavcev, njihovo zdravje in skušali preprečiti nastanek nekaterih kroničnih bolezni. Stergar in Urdih Lazar (2012, p. 19) poudarita, da je zelo pomembno za uspeh programov promocije zdravja na delu, da zavzetost pokaže vodstvo, ki zaposlenim sporoča, da je promocija zdravja pomembna tema in se o njej govori ob različnih dogodkih, zelo pomemben pa je lasten zgled. Chan in Perry (2012, p. 2257) govorita o ključni vlogi vodstva pri uvajanju programov promocije zdravja na delu. Vodje morajo proučiti dejavnike tveganja za zdravje in programe promocije zdravja usmeriti vanje. Stergar in Urdih Lazar (2012, p. 20) navajata, da je pri pripravi načrta pomembno, da se načrtovani programi nanašajo na resnične probleme, zato je najprej potrebno narediti analizo zdravstvenih težav v nekem

delovnem okolju. Spremlja se podatke o bolniškem dopustu, o dolžini in vzrokih zanj. Podatki se lahko zberejo na podlagi ankete, na katero odgovorijo zaposleni. Podatke o zdravju delavcev podjetje dobi tudi iz poročila zdravnika medicine dela, prometa in športa, ki v podjetju opravlja preventivne zdravstvene preglede (Stergar & Urdih Lazar, 2012, p. 20). Potrebno je spremljanje poškodb pri delu in nastanek invalidnosti pri delavcih. V pomoč je Izjava o varnosti z oceno tveganja, ki jo izdela pooblaščen zdravnik medicine dela. Opredeljuje nevarnosti za zdravje na posameznih delovnih mestih in predvideva ukrepe za zaščito zdravja delavcev. Pri pripravi programov promocije zdravja v podjetju je potrebno določiti prednostna področja, praviloma tista, kjer so podatki o zdravju najslabši (Stergar & Urdih Lazar, 2012, p. 21), v daljšem časovnem obdobju pa preveriti učinkovitost programov promocije zdravja pri delu (Stergar & Urdih Lazar, 2012, p. 23).

### 2.1.2 Koristi promocije zdravja pri delu za delodajalca

Peršolja Černe (2009, p. 84) navaja, da je zdrava delovna sila pogoj za ekonomski razvoj, nadalje navaja, da je večini delodajalcev prva skrb dobiček, zato je uvajanje programov promocije zdravja v delovna okolja težka naloga, vendar dobri menedžerji vedo, da integracija programov varnosti in zdravja pri delu presega ekonomski vidik. V Sloveniji je bila narejena raziskava Peršolja Černe (2009 p. 87), kjer so bili menedžerji vprašani o nameri uvajanja programov promocije zdravja v naslednjih letih. Rezultati so pokazali, da je menedžment v Sloveniji prepričan, da največjo odgovornost za zdravje nosijo zaposleni sami, menedžerji, zdravstvo in država so odgovorni v manjši meri. Stergar in Urdih Lazar (2012, p. 12) govorita o promociji zdravja na delu kot dejavniku, ki poveča kakovost izdelkov in storitev, podjetje lahko pričakuje več inovacij in večjo produktivnost, poveča se zadovoljstvo zaposlenih in strank, izboljša pa se tudi ugled podjetja. Zdravje je današnji gradnik uspešnosti, promocija zdravja pa njen pomemben del. Delavci, ki delajo v kakovostnem delovnem okolju, so bolj zdravi in bolj motivirani za delo (Stergar & Urdih Lazar, 2012, p. 12). Pri pregledu tuje literature smo našli vrsto raziskav, ki so preverjale učinkovitost programov promocije zdravja pri delu. Zaključki pregleda literature Kaspin, et al. (2013, p. 14) kažejo, da so programi promocije zdravja uspešni v tistih podjetjih, kjer so ti programi del kulture podjetja in podpirajo udeležbo zaposlenih v programih promocije zdravja. Nadalje navajajo, da programi promocije

zdravja v podjetju prinašajo tudi boljše gospodarske rezultate, ker se poveča produktivnost zaposlenih, manj je absentizma, zmanjšajo se dejavniki tveganja za bolezni. Rongen, et al. (2013, p. 406) so s pregledom literature ugotovili, da promocijski programi pripomorejo k bolj zdravemu načinu življenja, kar izboljša zdravje delavcev, s tem pa se dvigne delovna zmožnost in produktivnost dela, večji uspehi pa so doseženi pri mlajših delavcih. Cancelliere, et al. (2011, p. 395) so v pregledu literature našli dokaze za pozitiven učinek nekaterih promocijskih programov na delovnem mestu. Uspešni programi promocije zdravja so bili tisti, ki so spodbujali aktivnosti posameznika, ki so zmanjševala tveganja za zdravje, kot je gibanje, zdrava prehrana, zmanjšanje telesne teže. Kot uspešne so se izkazali tudi programi, ki so nudili podporo pozitivni klimi na delovnem mestu, so zmanjševali stres in izboljševali odnose med delavci in vodstvom. Raziskava Loeppke, et al. (2010, p. 282) je dokazala, da že program promocije zdravja, ki traja eno leto, zmanjša ključne dejavnike tveganja za zdravje zaposlenih, poleg tega pa krepi pozitivna stališča. V podjetju so se znižali stroški zdravstvenega varstva, povečala se je produktivnost na delovnem mestu. Raziskava Jensen in Grete (2013, p. 155), ki je bila narejena na Danskem, je raziskovala in predstavila dejavnike, ki pripomorejo k hitrejšemu zaključku bolniškega dopusta in vrnitvi na delo. Kot najpomembnejše dejavnike sta izpostavila visoko delovno zavest, močno socialno podporo sodelavcev, telesno aktivnost delavcev in pozitivno povezavo med delom in zdravjem. Vključenost programov promocije zdravja na delu se je pokazala kot pomemben dejavnik hitre vrnitve iz bolniškega dopusta. Podobne ugotovitve navaja pregledni članek Tveito in Eriksen (2009, p. 110), programi promocije zdravja, ki so integrirani v delovno okolje zmanjšajo bolniške odsotnosti, zmanjšajo subjektivne zdravstvene težave, povečajo zadovoljstvo zaposlenih in prinašajo blaginjo in koristi za delodajalca. Loeppke, et al. (2010, p. 275) navajajo dokaze, da ima slabo zdravje zaposlenih povezano z odsotnostjo z dela, slabšo zmogljivostjo in produktivnostjo, večje negativne finančne posledice v primerjavi s stroški zdravljenja. Rezultati številnih raziskav kažejo, da je s kakovostnim in zdravim delovnim okoljem povezana tudi fluktuacija delavcev. Stergar in Urdih Lazar (2012, p. 12) govorita o prihrankih, ki jih lahko pričakuje tudi država, saj se zmanjšajo potrebe po storitvah zdravstvenega sistema, stroški obremenitve zdravstvene blagajne se zmanjšajo zaradi upada bolniških odsotnosti. Dolgoročno lahko pričakujemo, da se podaljša tudi

čas delovno aktivnega življenja, kar je ob nujnem podaljševanju delovne dobe zelo pomembno.

### 2.1.3 Koristi promocije zdravja pri delu za delavca

Delovno mesto je okolje, v katerem se lahko izvajajo programi promocije zdravja in spreminjajo stališča posameznika glede zdravja (Kjaerheim et al., 2010, p. 2545) in (Morton, et al., 2011, p. 295). Delovno mesto je naravna socialna mreža, ki vključuje ljudi, ki med seboj sodelujejo, zato je potencialno obetavno okolje za promocijo zdravja (Chan & Perry, 2012, p. 2249). Posameznik lahko v urejenem in spodbudnem delovnem okolju ohranja in krepi svoje zdravje, dosega boljše delovne rezultate, lažje napreduje, svoje delo lažje osmisli in se skozenj razvija. Zdrav in zadovoljen delavec se lažje spopada z obremenitvami, ki jih prinašajo druge življenjske vloge, kot so starševstvo, prijateljstvo, delo v lokalni skupnosti in ohranja dobro zdravje tudi v tretjem življenjskem obdobju (Stergar & Urdih Lazar, 2012, p. 12). Človek se s svojim delom lahko poistoveti, predstavlja mu smisel življenja, zagotavlja socialni status in občutek pripadnosti skupini. Po drugi strani pa tudi zdravje zaposlenega vpliva na njegovo delo. Zdravje je nujno za opravljanje dela (Stergar & Urdih Lazar, 2012, p. 30). Izboljšan življenjski slog delavcev je pogost cilj programov promocije zdravja na delu (Peršolja Černe, 2011, p. 7). V raziskavi Loeppke, et al. (2013, p. 259) so skušali ugotoviti, ali obstaja povezava med stopnjo sodelovanja v programih promocije zdravja na delovnem mestu in dejavniki tveganja pri posameznikih. Pri vseh vključenih je bil vpliv sodelovanja v programih promocije zdravja na delovnem mestu dokazan, po dveh letih so se pri vseh zmanjšali dejavniki tveganja za zdravje. Tudi v raziskavi Blake, et al. (2013, p. 262) so dokazali učinkovitost petletnega programa promocije zdravja na delu. Zaposleni so bili bolj gibalno aktivni, znižala se je obolevnost in odsotnost, izkazali so večjo stopnjo zadovoljstva pri delu in zavezanost delovnemu okolju.

Raziskava Edries, et al. (2013, p. 25) ugotavlja, da nezdrav življenjski slog prispeva k večji razširjenosti nenalezljivih bolezni in s tem slabšo produktivnost zaposlenega posameznika. V raziskavi so dokazali učinkovitost uvedbe promocijskega programa, saj se je zmanjšala bolniška odsotnost, izboljšale pa so se tudi vse meritve, ki so jih naredili pri vključenih v raziskavo. Karlqvist in Gard (2013, p. 32) sta izvedla raziskavo

programov promocije zdravja na delu z vidika gibanja. Ugotovila sta, da so bile spremembe vedenja večje, če so programe izvajali usposobljeni strokovnjaki in če so bile skupine mešane. Raziskava Peršolja Černe (2011, p. 11) pravi, da znanje pogojuje spremembe v vedenju in ugotavlja, da je motivacija za sodelovanje v programih promocije zdravja večja pri delavcih, ki že imajo zdravstvene težave in še narašča s starostjo. Nadalje rezultati kažejo, da je prednost promocije zdravja na delovnem mestu predvsem v obliki dela, ki temelji na skupinskih aktivnostih, druženju in medsebojnem komuniciranju zaposlenih. Pomanjkljivost pa se kaže predvsem v uporabi pretežno tradicionalnih metod dela, kot so predavanja, brošure, video predstavitev. Morton, et al. (2011, p. 295) ugotavljajo, da so rezultati pri promociji zdravja s tradicionalnimi metodami na delovnem mestu omejeni. Z raziskavo so dokazali, da se uspeh hujšanja izboljša, če med delavci vzbudijo motivacijo s tekmovalnostjo.

## **2.2 PROGRAMI PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELU PRI MEDICINSKIH SESTRAH**

Številni avtorji, med drugim tudi raziskave Anderson, et al. (2012, p. 203), Chan in Perry (2012, p. 2247), Heinen, et al. (2013, p. 174) in Dotson, et al. (2014, p. 111) omenjajo, da se v zahodnem svetu zaradi staranja prebivalstva povečuje potreba po medicinskih sestrah in da je pomanjkanje delavcev v zdravstveni negi globalen problem. Urejeno delovno okolje in promocija zdravja na delu pomagajo ohranjati zdravje medicinskih sester in s tem njihovo delovno razpoložljivost. Sistematični pregled literature Chan in Perry (2012, p. 2247) navaja, da medicinske sestre predstavljajo približno polovico zaposlenih v zdravstvu. Globalno pomanjkanje medicinskih sester in staranje prebivalstva predstavljata izziv prihodnji zdravstveni oskrbi. Programo promocije zdravja na delu pa je dobra priložnost za ohranjanje zdravja zaposlenih medicinskih sester. V pregledni raziskavi Anderson, et al. (2012, p. 203) in raziskavah Tummers, et al. (2013, p. 2826) in Bridger, et al. (2013, p. 1629) so poskušali odkriti vzroke, zakaj medicinske sestre v Evropi zapustijo poklic. Unruh in Zhang (2013, p. 1678) sta podobno raziskovala zavezanost zdravstveni negi pri mladih medicinskih sestrah. Avtorji navajajo, da medicinske sestre iz urejenih delovnih okolij pogosteje ostanejo v zdravstveni negi, prav tako pogosteje ostanejo medicinske sestre iz



okolij, ki so naklonjena pozitivnim spremembam. Glavni vzroki za zapustitev poklica, ki jih navajajo avtorji omenjenih raziskav, so visoka raven stresa, nezadovoljstvo na delovnem mestu, pomanjkanje strokovne podpore in omejene poklicne priložnosti, zato je pomembna dobra organizacijska strategija in izboljšanje delovnega okolja. Raziskava Heinen, et al. (2013, p. 174) kot glavni vzrok za zapustitev poklica v Evropi pokaže izgorelost, to pa je v tesni povezavi z urejenostjo delovnega okolja in s tem povezano promocijo zdravja na delu. Povezavo med izgorelostjo medicinskih sester in delovnim okoljem so ugotovile tudi druge raziskave (You, et al., 2013, p. 154) in (Emold et al., 2011 p. 358). Rezultati raziskave Dotson, et al. (2014, p. 111) so pokazali, da so tudi medicinske sestre z veliko mero altruizma pokazale namero, da zapustijo poklic, če so bile razmere v delovnem okolju neurejene in so povzročale veliko stopnjo stresa.

Zdravstveni delavci sestavljajo delovno skupino z visokim tveganjem za zdravje (Christensen, et al., 2011, p. 671). Enako navajata Chan in Perry (2012) za delavce v zdravstveni negi. Bregar, et al. (2011, p. 259) navajajo raziskavo Morton Cooper (1984), ki trdi, da je pričakovana življenjska doba medicinskih sester le leto dni daljša od pričakovane življenjske dobe rudarja. Poklicne obremenitve predstavljajo tveganje za kostno mišične poškodbe, tveganje za visoko raven stresa povezano z nerednim urnikom, težkimi primeri in smrtjo pri pacientih. Večina medicinskih sester ima omejeno avtonomijo pri delu in s tem nadzor nad delovnimi obremenitvami (Chan & Perry, 2012, p. 2248). Raven dejavnikov tveganja za nastanek bolezni ali poškodb pri medicinskih sestrah je vsaj enkrat večji od tveganja ostalega prebivalstva (Tucker, et al., 2010 p. 253) in (Schluter, et al., 2011, p. 28). Tucker, et al. (2010, p. 266) navajajo, da so programi promocije zdravja na delovnem mestu pri medicinskih sestrah zelo pomembni, saj so medicinske sestre pogosto primarni zdravstveni učitelji za paciente in učne vsebine potrjujejo s svojimi dejanji. Raziskav, ki bi vključevale promocijo zdravja na delu pri medicinskih sestrah, je v svetu malo, zato Tucker, et al. (2010) pravijo, da bo potrebno z bodočimi raziskavami opredeliti, kakšni naj bodo programi promocije zdravja pri medicinskih sestrah, da bodo omogočali zdravo delo. Bregar, et al. (2011, p. 261) izpostavijo, da je namen ukrepov za izboljšanje delovnih pogojev medicinskih sester vzdrževanje delovne učinkovitosti na ustrezni ravni in obvladovanje stresa do te mere, da ne bo prišlo do upada razpoloženja, kronične izčrpanosti in psihosomatskih bolezni, posledično pa do invalidnosti.

Sistematični pregled raziskav Chan in Perry (2012, p. 2247) govori o tem, da je delovno mesto potencialno zelo dobra lokacija in predstavlja priložnost za intervencije promocije zdravja na delu, vendar ugotavljajo, da so medicinske sestre redko ciljna skupina, kjer bi se programi promocije zdravja izvajali, to pa je izgubljena priložnost za načrtovanje zdravja na delu in izgubljena priložnost za zadrževanje delovne sile, ki jo globalno primanjkuje. (Chan & Perry, 2012, p. 2247.). Pri pregledu raziskav od leta 2000 do 2011 so našli samo tri raziskave, ki so ustrezale kriterijem (Chan & Perry, 2012, p. 2251) in so se nanašale na promocijo zdravja na delu pri medicinskih sestrah. Te raziskave so imele vrsto omejitev, vendar vse tri kažejo na koristi promocije zdravja na delu. V teh raziskavah so s programi promocije zdravja pri medicinskih sestrah dosegli zmanjšanje kajenja, zmanjšanje maščobne mase in povečano telesno zmogljivost. Raziskava Chiou, et al. (2013, p. 1377), ki je bila narejena na vzorcu medicinskih sester na različnih delovnih mestih, je pokazala, da imajo medicinske sestre, ki delajo na težjih delovnih mestih, več zdravstvenih težav kot tiste, ki so zaposlene na lažjih delih, kot je npr. delo v ambulanti, temu pa je bilo treba prilagoditi programe promocije zdravja na delu. Pregledni članek Cancelliere, et al. (2011, p. 395) poudari, da morajo biti programi promocije zdravja na delovnem mestu prilagojeni specifičnim potrebam poklica in skupini delavcev, vključevati pa morajo tudi izobraževanje in organizacijske posege, ki izboljšajo delovne pogoje in ergonomsko izboljšajo delovna mesta. Podobne ugotovitve navaja raziskava Gallagher, et al. (2012, p. 28), kjer so največje uspehe pri zmanjšanju telesne teže dosegli, če so aktivnosti prilagodili posameznikom ali skupini.

### 2.2.1 Varno delovno okolje medicinske sestre

Kermavnar in Dodič Fikfak (2013, p. 6) navajata, da je delavec pri delu izpostavljen različnim telesnim obremenitvam, potrebno ga je urediti ergonomsko, kar pomeni, da je prilagojeno delavcu tako, da mu olajša delovna opravila, ob tem pa upošteva tudi njegove sposobnosti in omejitve. Stergar in Urdih Lazar (2012, p. 55) poudarita, da velika večina ergonomskih ukrepov ne zahteva velikih stroškov, lahko pa reši težave posamezniku in podjetju. Kermavnar in Dodič Fikfak (2013, p. 15) govorita o ergonomskih načelih, ki zagotavljajo udobno okolje, zadosten manevrski prostor za delo, dobro dosegljivost delovnih sredstev, nevtralni položaj telesa, delo je organizirano

tako, da se zmanjša uporaba mišične sile, statično delo in nepotrebne aktivnosti. Če pri delu ne upoštevamo ergonomskih načel, se močno poveča tveganje za nastanek bolezni ali poškodb zaradi preobremenitev, te nastajajo običajno skozi daljše časovno obdobje (Kermavnar & Dodič Fikfak, 2013, p. 30). Raziskava Soares, et al. (2012, p. 5091) pokaže na koristnost in pomembnost načrtnega izboljševanja ergonomskih pogojev na delovnem mestu. Z ergonomsko ureditvijo delovnega mesta se zmanjšajo tveganja za poškodbe zaposlenih, hkrati pa se povečuje produktivnost in učinkovitost zaposlenih, pri zaposlenih v zdravstveni negi pa tudi varnost pacientov. Fiedler, et al. (2012, p. 521) so skušali določiti vrsto opravil in njihov časovni obseg, ki jih medicinska sestra opravi v bolnišnici tekom delavnika. Opravila so bila zelo raznolika, polovico delavnika medicinska sestra porabi za opravila, ki jih opravi pri pacientu, petino delavnika porabi za urejanje dokumentacije, tretjino delavnika so opravila, ki jih opravi na nogah hoja ali stoje. Ker medicinske sestre delajo na zelo različnih deloviščih, je vrsta del in časovna opredelitev specifična za različna delovna mesta. Raziskave Knibbe in Knibbe (2012, p. 5657), Fiedler, et al. (2012, p. 515) in Graham in Dougherty (2012, p. 218) navajajo, da so bolečine v križu in kostno mišična obolenja, nekateri jih imenujejo ergonomske poškodbe, pri medicinskih sestrah najpogostejše poklicne zdravstvene težave. Prav tako raziskava d'Errico, et al. (2014, p. 277) govori o visoki prevalenci kostno mišičnih obolenj. Tudi v Sloveniji izvedena raziskava Stričević, et al. (2012, p. 195) je pokazala, da je pri medicinskih sestrah, ki so zaposlene v bolnišnici, bolečina pogosto prisotna v ledvenem delu hrbtenice v 79 %, v vratnem delu pa v 65,9 %. Glavna ugotovitev raziskave Graham in Dougherty (2012, p. 218) je, da do bolečin v križu pri medicinskih sestrah najpogosteje prihaja, ko premikajo ali dvigujejo paciente. Raziskava Knibbe in Knibbe (2012, p. 5658) je dokazala, da so z ergonomskimi ukrepi, kot je uporaba pripomočkov za ročno premeščanje, vlečenje in potiskanje bremen, precej zmanjšali obremenitve kostno mišičnega aparata in s tem dejavnike tveganja za nastanek bolečin v križu pri medicinskih sestrah. V raziskavi Medeiros da Luz, et al. (2013, p. 520) so izpostavili stoječe delo in hojo, kot dejavnik tveganja za bolezni ven in otekanje nog pri bolnišničnem osebju.

Nekatere tuje raziskave Schell, et al. (2011, p. 203), in Soares, et al. (2012, p. 1430) so poleg ergonomske ureditve dokazale tudi pomembnost estetske ureditve delovnega

mesta, kar ima pozitiven vpliv na zdravje in dobro počutje delavcev. Schell, et al. (2011) ugotavljajo, da je estetska ureditev delovnega mesta pri nekaterih skupinah poklicev, predvsem tistih, ki so bolj izpostavljeni stresu, celo pomembnejša od ergonomске ureditve. Poleg dobrega počutja in zadovoljstva delavcev prinaša še druge koristi, kot so zmanjševanje stresa, večja delovna uspešnost in manj mišično skeletnih bolečin.

Kermavnar in Dodič Fikfak (2013, p. 30) pravita, da je potrebno ločiti poškodbe in bolezni, ki nastajajo skozi daljše časovno obdobje od poškodb, ki so posledica enkratnega dogodka. V raziskavi Chau, et al. (2010, p. 147) je bilo ugotovljeno, da je tveganje za poškodbe na delu pri delavcih mlajših od 25 let največje pri rokovanju z materiali in pri trkih s predmeti ali vozili. Tveganje pri delavcih, starejših od 55 let, pa je največje za padce ali poškodbe pri dvigovanju. Večje tveganje za vse vrste poškodb pa predstavlja tudi krajša delovna doba. Raziskava Jones, et al. (2013, p. 18) pa izpostavi delavce starejše od 55 let, ki so bolj občutljivi kot njihovi mlajši kolegi. Precej bolj verjetno je, da zaznajo škodljivosti, katerim so izpostavljeni na delovnem mestu, to je še posebej važno upoštevati ob dejstvu, da so politike podaljšale delovno dobo. Raziskava McCaughey, et al. (2014, p. 75) govori, da visoke zahteve dela, velike fizične obremenitve, stres, nezadovoljstvo zaposlenih, kronično pomanjkanje delovne sile prispeva k delovnemu okolju iz katerega izhaja največ poškodb pri delu. Za uspešno preprečevanje poškodb pri delu mora podjetje oblikovati jasno strategijo, ki jo nenehno izboljšuje. Medicinske sestre so v delovnem okolju izpostavljene raznim mikroorganizmom, ki lahko predstavljajo grožnjo njihovemu zdravju. V promociji zdravja na delu je potrebno poskrbeti, da je možnost prenosa nalezljivih bolezni čim manjša z ustrezno opremljenostjo delovnih mest in z delovno opremo, ki mora biti vedno na razpolago. Zelo pomembna so izobraževanja, ki medicinske sestre seznanjajo s tveganji. Cox et al. (2014, p. 84) navajajo, da je znanje izhodiščna točka za izboljševanje prakse. Izboljšave se izvajajo na področju organizacije dela in izobraževanja delavcev, ki temelji na zavedanju, da je za varno delo odgovoren tudi delavec, ki mora upoštevati navodila in predpise za varno delo (Stergar & Urdih Lazar, 2012, p. 50). Prospektivna raziskava Chau, et al. (2010, p. 147) je dokazala, da preventivni ukrepi in izobraževanje prispevajo k zmanjšanju poškodb, to pa je še

posebej pomembno, da se zlasti mlajši in starejši delavci bolj zavedajo tveganj, ki so povezana z delom.

Rezultati raziskave Mustard, et al. (2013, p. 49) pokažejo na pomembnost dobre izdelave urnika, s tem se zmanjšajo tudi poškodbe na delu, ki jih je največ v popoldanski in nočni izmeni. Pregled raziskav o nočnem delu Niu, et al. (2011, p. 68) zaključuje, da nočno delo povzroča utrujenost, ki ima za posledico zmanjšano delovno uspešnost in več incidentov in poškodb, posledično tudi slabšo oskrbo pacientov. Podobne ugotovitve navajajo tudi Bjorvatn, et al. (2012, str. 180), ki pravijo, da je nočno delo povezano s slabšim zdravjem medicinskih sester. Medicinske sestre, ki so opravljale turnusno delo v intenzivni enoti, so poročale o slabšem spancu, večji zaspanosti in utrujenosti, imele so več težav z anksioznostjo in depresijo. Starost medicinskih sester je bila negativno povezana s slabšim spanjem, medtem ko so izkušnje pri delu izkazovale pozitivno povezavo. Rezultati pregledne raziskave de Cordova, et al. (2012, p. 1465) so pokazali vpliv na varnost zdravstvene obravnave. Pri pacientih, ki so bili obravnavani ponoči ali ob vikendih, so beležili večjo umrljivost. Možne vzroke, ki so jih navedli so večja utrujenost osebja, manjše število razporejenih oseb, manj finančnih sredstev. Poudarijo pomembno vlogo vodstva, da poskrbi za varno delovno okolje.

Nasilje v zdravstvu je pomembno vprašanje in se povečuje povsod po svetu Pich, et al. (2013, p. 157). Raziskave Kana, et al. (2013, p. 1368) in ALBashtawy (2013, p. 550) so pokazale, da je agresivno vedenje pacientov do medicinskih sester, predvsem verbalno in tudi fizično v porastu. Izmed vseh zdravstvenih delavcev so prav medicinske sestre najbolj izpostavljene nasilju s strani pacientov. Pogosto je bilo nasilje pacientov povezano z njihovo boleznijo, zlorabo psihoaktivnih snovi ali ne obvladanja čustev. Pri medicinskih sestrah pa to povzroča stres in posledično slabše telesno in psihično zdravje, kar posledično pripelje do organizacijskih problemov. Temu področju bo potrebno posvetiti več pozornosti in uvesti dodatna izobraževanja (Kana, et al., 2013, p. 1368). Rezultati raziskave Gates, et al. (2011, p. 59) govorijo, da medicinske sestre, ki so izpostavljene fizičnemu nasilju s strani pacientov, pogosto razvijejo posttravmatsko stresno motnjo, kar neposredno vpliva na zdravstveno oskrbo pacientov, zato so nujne

intervencije za preprečevanje nasilja. Rezultati raziskave Gillespie, et al. (2013, p. 2) kažejo, da je za potrebno pred nasiljem medicinske sestre v delovnem okolju zaščititi in ga urediti tako, da omogoča hiter umik zaposlenih, potrebno je vzpostaviti dobro povezavo s policijo in varnostno službo, obenem pa uvajati politiko preprečevanja nasilja z izobraževanjem, pa tudi z osveščanjem širše javnosti. Raziskava West, et al. (2014, p. 19) je pokazala, da se največ fizičnih napadov in poškodb na medicinske sestre zgodi, ko se pri opravljanju svojega dela dotaknejo pacienta. Pomembne so politike za varna delovna mesta, aktivnosti, ki bi pravilno usmerjale odziv medicinskih sester pri takih incidentih. Rezultati raziskave Wheeler, et al. (2014, p. 350) pokažejo, da je na delovnih mestih prisotna tudi diskriminacija medicinskih sester, tako s strani pacientov kot s strani sodelavcev, kar lahko ustvari sovražno okolje in vpliva na oskrbo pacientov in višjo stopnjo izčrpanosti pri medicinskih sestrah.

Medicinske sestre so v delovnem okolju izpostavljene raznim mikroorganizmom, ki lahko predstavljajo grožnjo njihovemu zdravju. V promociji zdravja na delu je potrebno poskrbeti, da je možnost prenosa nalezljivih bolezni čim manjša z ustrezno opremljenostjo delovnih mest in z delovno opremo, ki mora biti vedno na razpolago. Zelo pomembna so izobraževanja, ki medicinske sestre seznanjajo s tveganji. Cox, et al. (2014, p. 84) navajajo, da je znanje izhodiščna točka za izboljševanje prakse.

### 2.2.2 Prezentizem pri medicinskih sestrah

Absentizem je opredeljen kot odsotnost z dela zaradi bolezni. Prezentizem pa navaja predvsem novejša literatura. Opredeljen je kot oblika dela, ko je delavec prisoten na delovnem mestu, vendar je zaradi neke njegove, običajno zdravstvene težave, zelo omejena njegova delovna storilnost in uspešnost (Cancelliere, et al., 2011, p. 395). d'Errico, et al. (2014, p. 277) prezentizem opredelijo podobno in dodajajo, da je med delavci prisoten v zelo velikem deležu. V splošni populaciji so sodelujoči v več kot polovici primerov (53 %) odgovorili, da so vsaj enkrat v preteklem letu odšli na delo kljub zdravstvenim težavam, rezultat pri medicinskih sestrah pa je pokazal, da so delale kljub zdravstvenim težavam v 70 % primerov (d'Errico, et al., 2014, p. 282). Raziskava Klein (2013, p.139), ki je bila narejena pri zdravnikih, je ugotovila, so vključeni v 90 %

odgovorili, da so vsaj enkrat v preteklem letu delali kljub zdravstvenim težavam. Ista raziskava pa je pokazala, da je bila odsotnost z dela zaradi bolezni nizka. Merrill, et al. (2012 p. 293) in Klein (2013, p.139) navajajo, da je prezentizem velik problem, saj za delodajalca pomeni izgubo produktivnosti, raziskav o tej temi pa je malo. Cancelliere, et al. (2011, p. 395), Merrill, et al. (2012, p. 293) d'Errico, et al. (2014 p. 276) govorijo o visokih stroških prezentizma, delavci so slabše produktivni, nekatere infekcijske bolezni pa se lahko širijo po kolektivu. Martinez in Ferreira (2012, p. 302) ugotavljajo, da menedžerji v zdravstveni negi zaradi problema prezentizma na splošno niso zaskrbljeni. Prezentizem pri medicinskih sestrah poveča delež napak in ogroža varnost pacientov (Martinez & Ferreira, 2012, p. 302). Rezultati raziskave Bustillos in Trigoso (2013, p. 1318) kažejo, da je verjetnost za nastanek prezentizma večja pri delavcih s kroničnimi boleznimi in tistimi, ki so izpostavljeni stresu. Merrill, et al. (2012, p. 295) kot dejavnike tveganja za prezentizem izpostavijo, starost 30 do 50 let, visoko izobrazbo in ženske, ki živijo same. Rezultati raziskave Martinez, et al. (2012, p. 302) so pokazali, da imajo ženske v zdravstveni negi višjo stopnjo prezentizma kot moški. Več raziskav Holden, et al. (2011, p. 417), Callen, et al. (2013, p. 1312), Klein (2013, p.139) in d'Errico, et al. (2014, p. 276) kot najpogostejše vzroke za prezentizem navajajo stres na delovnem mestu, stres doma in finančni stres, drugi dejavniki so bili manj odločilni. Martinez, et al. (2012, p. 300) in d'Errico, et al. (2014, p. 276) med najpogostejše vzroke za prezentizem pri medicinskih sestrah uvrščajo kronične bolezni, depresijo, dermatitis, bolečina v križu, stres, anksioznost, refluksno bolezen, težave zaradi visokega krvnega tlaka, migreno in alergije. Rezultati raziskave so pokazali, da je prezentizem med medicinskimi sestrami v bolnišnici v 60 % prisoten zaradi bolečin v križu. Avtorji poudarijo, da bi bilo potrebno problematiko prezentizma skrbno spremljati in si prizadevati za njegovo zmanjšanje, da se prepreči trajna delovna nezmožnost in invalidnost. Leineweber, et al. (2012, p. 905) navajajo, da je potrebno vzroke za prezentizem iskati tudi drugje, ne samo v zdravstvenih težavah. Johns (2011, p. 483) kot glavni dejavnik tveganja izven delovnega mesta izpostavi konflikte v družini.

Glede vloge promocije zdravja na delovnem mestu se podatki v literaturi razlikujejo. Pregledni članek Cancelliere, et al. (2011, p. 395) ugotavlja, da je prezentizem zelo razširjena in draga oblika dela za delodajalce. V literaturi so našli dokaze, da so

programi promocije zdravja pri delu pokazali pozitiven učinek. Vključeni dejavniki tveganja so se nanašali predvsem na življenjski slog zaposlenih, gibanje in odnose med sodelavci in z vodstvom. Isti avtorji pa navajajo, da so pri pregledu literature našli tudi raziskave, ki niso pokazale izboljšanja, vendar so mnenja, da je to posledica opustitve izvajanja programov promocije zdravja na delu, razlog pa ni v učinkovitosti teh programov. Raziskavi Bustillos in Trigoso (2013, p. 1318) in Edmunds, et al. (2013, p. 39) sta pokazali, da dostop do zdravstvenih programov na delovnem mestu ni bistveno povezan z upadom prezentizma. Tudi raziskava Christensen, et al. (2013, p. 1186), ki je bila narejena na vzorcu medicinskih sester, ni pokazala zmanjšanja prezentizma. Izvajali so program za zmanjšanje telesne teže, ta se je sicer zmanjšala, kar pa ni vplivalo na prezentizem.

### 2.2.3 Organizacijska klima na delovnem mestu medicinskih sester

Organizacijsko klimo razumemo kot vzdušje, ki vlada v posameznem delovnem okolju. Opišemo jo lahko z zadovoljstvom pri delu, sodelovanjem, solidarnostjo, motiviranostjo in dobrimi medsebojnimi odnosi (Stregar & Urdih Lazar, 2012, p. 59). Zadovoljni zaposleni igrajo ključno vlogo pri uspehu organizacije, zato bi se zdravstvene organizacije morale zavedati pomena zadovoljstva pri delu zaposlenih (Lorber & Skela Savič, 2012, p. 263). Od medicinskih sester, ki izkazujejo visoko stopnjo zadovoljstva z delom, lahko pričakujemo učinkovitejše sodelovanje znotraj tima, boljše medosebne odnose, večjo stopnjo zadovoljstva pacientov, manjši pojav stresa in manjšo mero čustvene izgorelosti na delovnem mestu. Prosen (2010, p. 71) navaja, da so največkrat v literaturi omenjeni indikatorji zadovoljstva z delom avtonomija in dobro sodelovanje v zdravstvenem timu. Rezultati tujih raziskav Trincherro, et al. (2013, p. 805) in Ryan in Ebbert (2013, p. 428) pa kot najpomembnejše za zadovoljstvo pri delu izpostavijo avtonomijo. de Tourangeau, et al. (2010, p. 26), so v raziskavi skušali najti najpomembnejši dejavnik zadovoljstva pri medicinskih sestrah. Primerjali so odnose s sodelavci, stanje delovnega okolja, podporo vodstva, nagrade, organizacijsko shemo dela, fizične in psihične odzive na delo, odnos z bolniki in zunanje dejavnike. Ugotovili so, da je zadovoljstvo kompleksno in da najpomembnejšega dejavnika zadovoljstva pri delu ni mogoče najti. Raziskava Chan in Perry (2012, p. 2256) je ugotovila, da so medicinske sestre pri svojem delu na splošno izražale nizko raven zadovoljstva z



delovnimi obremenitvami in stresom. V raziskavi Marsh (2012, p. 34) so našli dokaze, da je čustvena izčrpanost in izgorelost zelo tesno povezana z nezadovoljstvom pri delu. Za zmanjšanje izgorelosti kot najpomembnejšim dejavnikom zadovoljstva je nujno potrebno doseganje ravnotežja med službo in domom (Marsh, 2012, p. 34). Podobne ugotovitve navaja tudi raziskava Bregar, et al. (2011, p. 259), ki pravi, da je tudi domače okolje lahko stresno, ne reševanje stresnih situacij pa lahko pripelje v izgorelost, ki se kaže v različnih bolezenskih stanjih.

Raziskava Wong in Laschinger (2013, p. 947) navaja, da je zadovoljstvo medicinskih sester povezano tudi z vodjem zdravstvene nege, od njega se zahtevajo verodostojnost, visoki etični standardi, transparentnost, samozavest, dostopnost, kompetence, strokovno delo s pacientom in dobro sodelovanje v timu. Stergar in Urdih Lazar (2012 p. 60) pravi, da so pomembni krajši delovni sestanki z neposrednim vodjem in tudi občasni sestanki z vodstvom. Zaposleni dobijo informacije, ki so vezane na delo, dobijo spodbude in pohvale. Pomembno je tudi učinkovito reševanje konfliktov. Za dobro organizacijsko klimo je pomembno tudi uvajanje sprememb, ki naj bo načrtovano, izpeljava sprememb pa naj bo sistematična in podprta s sodelovanjem delavcev (Stergar & Urdih Lazar, 2012, p. 60). Tummers, et al. (2013, p. 2826) ugotavljajo, da so za doseganje pozitivne klime na delovnem mestu pomembni ukrepi, kot so spodbujanje k timskemu delu in spodbujanje občutka varnosti in pripadnosti kolektivu. Delovno vzdušje je zelo pomemben dejavnik, ki vpliva tudi, da so medicinske sestre ostale zaposlene, da niso zapustile poklica takoj za dobrimi poklicnimi možnostmi (Tummers, et al., 2013, p. 2826).

Pregledna raziskava Thomack (2012, p. 201) ugotavlja, da je eden zelo pomembnih dejavnikov dobre organizacije dela dobro upravljanje časa, za kar je potrebno določiti cilj, napraviti načrt in spremljati rezultate. S tem se zmanjša zapravljeno časa, to pa pomeni večjo osebno in poklicno uspešnost in večjo učinkovitost opravljenega dela. Tarpey in Nelson (2009, p. 145) ugotavljata, da dobro načrtovanje in razporeditev osebja zagotavlja kakovostno izrabo kadrovskih virov, s tem pa večjo kakovost in varnost dela, kar prispeva k večjemu zadovoljstvu zaposlenih in boljši oskrbi bolnikov. Pri razporejanju osebja se je potrebno ozirati na potrebe oddelka, pri tem pa se morajo

upoštevati tudi potrebe osebja (Tarpey & Nelson, 2009, p. 145). Estryng Behar in Van der Heijden (2012, p. 4283) pravita, da je urnik dela treba organizirati tako, da se omogoči dovolj časa za primopredaje, socialno podporo in team building.

Stergar in Urdih Lazar (2012, p. 61) navajata, da je za dobro organizirano delo značilno, da preprečuje monotonost dela s tem, da ima delavec možnost opravljati več različnih del, določeno delo opravi od začetka do konca. Pomembno je prilagajanje delovnega časa fiziološkemu ritmu, tu igra veliko vlogo dobro pripravljen urnik dela in razporeditev delavcev, še posebej je pomembna razporeditev v delovne izmene in razporeditev na nočno delo ter dovolj počitka med izmenami. Rosenbluth in Landrigan (2012, p. 1317) pri pregledovanju raziskav ugotavljata, da je podaljšan delavnik in nezadosten počitek med delovnimi izmenami zmanjša kognitivne sposobnosti zdravstvenih delavcev, tako se poveča število napak, varnost zdravstvene oskrbe je tako manjša. Peets in Ayas (2012, p. 960) ugotavljata podobno, poudarita pa, da je potrebno najti kompromis, saj se napake lahko povečajo tudi zaradi diskontinuitete dela. Cilj morajo biti zdravi zdravstveni delavci, ki bodo dolgo ostali zdravi in bodo lahko zagotavljali odlično klinično oskrbo za svoje bolnike.

#### 2.2.4 Psihosocialna tveganja pri medicinskih sestrah

Tucker, et al. (2010, p. 255) navajajo, da je v literaturi zaslediti, da je delovno okolje medicinskih sester stresno in da se vpliv stresa pokaže skozi daljše časovno obdobje. Stres na delovnem mestu pa je mogoče z določenimi ukrepi zmanjšati (Bregar, et al., 2011, p. 253). Tsang, et al. (2012, p. 9) izpostavijo, da je na delovnih mestih medicinskih sester statistično značilno več stresa kot v drugih delovnih okoljih. Medicinske sestre so pogosto izpostavljene visoki stopnji stresa pri delu, kar ima negativne posledice za njihovo telesno in duševno zdravje (Happell, et al., 2013, p. 638). V raziskavi Tucker, et al. (2010, p. 253) so spraševali medicinske sestre o njihovih zdravstvenih težavah. Skoraj polovica je odgovorila, da so vsaj enkrat v zadnjem mesecu imela zdravstvene težave, skoraj polovica je imela povišan indeks telesne mase, več kot tretjina jih je imela verbalni konflikt s pacienti ali sodelavci, dve tretjini vprašanih uživa večkrat na teden hitro hrano ali prigrizke (Tucker, et al., 2010, p. 265). Zdravje medicinskih sester je mogoče izboljšati z osredotočenjem na dejavnike tveganja

v delovnem okolju. Potrebno je zavzeti strategije za zmanjšanje virov stresa na delovnem mestu in doma, usmeriti se je treba v reševanje konfliktov. Potrebno je poskrbeti tudi za enostaven dostop do sveže in zdrave hrane in miren kotiček za počitek (Tucker, et al., 2010, p. 266). Janyam (2011, str. 1) meni, da bi morali biti delodajalci pozorni na duševno zdravje svojih zaposlenih, saj to ne vpliva samo na posameznika, ampak vpliva na organizacijski ravni na produktivnost. Slabo duševno zdravje se najpogosteje odraža s tesnobo in nespečnostjo, za posledico ima večjo odsotnost z dela in povečano nezadovoljstvo zaposlenih. Nadalje ugotavlja, da je prav nezadovoljstvo pomembno povezano z duševnim zdravjem delavcev, saj so imeli zadovoljni delavci manj zdravstvenih težav. Jain, et al. (2012, p. 325) izpostavijo, da so psihosocialna tveganja splošno priznana kot glavni izziv za zdravje in varnost pri delu in predstavljajo nevarnost za duševno dobrobit zaposlenih. Podpora vodstva in pomoč sodelavcev psihosocialna tveganja zmanjšajo. Rezultati raziskave Sun, et al. (2013, p. 406) so jasno pokazali, da politike v podjetju, ki podpirajo zdravo delovno okolje, izvajajo promocijo duševnega zdravja za obvladovanje psihosocialnih tveganj in izvajajo strokovna usposabljanja za izgradnjo odpornosti na stres, zmanjšajo verjetnost odsotnosti z dela pri delavcih in povečujejo učinkovitost pri delu. Karthik (2013, p. 38) pravi, da je stres prisoten v vsaki delovni organizaciji, pa naj bo velika ali majhna. Stresna situacija na delovnem mestu moti duševni mir, slabi osebo in ustvarja zaplete med ljudmi in v družini zaposlenega. Viri stresa, kot jih navajajo Happell, et al. (2013, p. 638) so visoka obremenjenost, nedostopnost zdravnikov, slaba podpora vodstva, pomanjkanje osebja, medsebojni odnosi, izmensko delo, sorodniki pacientov, pa tudi drugi viri, ki niso neposredno povezani z delom.

Pri ukrepih za preprečevanje stresa je najpomembneje, da zaposleni znajo prepoznati možne vzroke stresa in jih odstraniti še preden stres nastane. Tu so zelo pomembni ukrepi dobre organizacije in sporazumevanja med vsemi zaposlenimi v podjetju, s tem se krepijo dobri medsebojni odnosi (Stergar & Urdih Lazar, 2012, p. 64). Rezultati raziskave Averlid in Axelsson (2012, p. 77) so pokazali pomembno vlogo vodstva, zdravstvene nege, pri zmanjševanju stresa, ki mora poskrbeti za urejenost delovnega mesta, jasno definirane delovne vloge znotraj tima in dobro sodelovanje med vsemi člani tima. Pregled literature Peters, et al. (2012, p. 561) pokaže na ključno vlogo, ki ga

ima menedžment zdravstvene nege, da z aktivnostmi izobraževanja in usposabljanja medicinskih sester podpre njihov osebni razvoj in pomaga zmanjševati dovzetnost za vpliv stresa na delovnem mestu. Pri ukrepih za obvladovanje stresa je pomembno vključiti zunanje strokovnjake, s pomočjo katerih delavci lažje identificirajo vzroke za stres in poiščejo učinkovite načine za obvladovanje stresa. (Stergar & Urdih Lazar, 2012, p. 63).

Raziskave Healy in Tyrrell (2011, p. 31) Tsang, et al. (2012, p. 9) ter Averlid in Axelsson (2012, p. 79) so našle dokaze, da medicinske sestre uspešneje premagujejo stres na delovnem mestu v tistih okoljih, kjer so vzpostavljene dobre socialne mreže med zaposlenimi in dobijo neposredno podporo s strani sodelavcev. Posredno se kaže tudi večje zadovoljstvo in kakovostnejše delo za paciente. Ugotavljajo, da dobro psihološko podporo pri premagovanju stresa lahko nudijo sodelavci, ki so odprti in imajo sami široko socialno mrežo prijateljev. Podobno je tudi raziskava Harris (2013, p. 446), ki je bila narejena pri medicinskih sestrah, ki delajo v Hospicu, pokazala, da so najpogostejše strategije za spopadanje s stresom na delovnem mestu neformalne in neorganizirane s strani vodstva, gre za pogovor in podporo sodelavcev, humor, molitev in meditacijo. Čeprav niso organizirane, imajo kljub temu terapevtsko vrednost, predstavljajo pa izziv za promocijo zdravja na delovnem mestu. Happell, et al. (2013, p.638) za zmanjšanje poklicnega stresa pri medicinskih sestrah predlagajo še druge rešitve, ki se nanašajo na sama delovna mesta medicinskih sester, kot so skupni prostori za odmore in malico, sodelovanje pri izboljšanju organizacije dela, ugodnejši urniki dela, izobraževanja in drugi posebni dogodki, možnost masaž. V raziskavi Traeger, et al. (2013, p. 327) so pri zmanjševanju stresa pri medicinskih sestrah dosegli dobre rezultate s psihološkimi treningi veščin za vodenje težavnih situacij. V dveh mesecih so se pri udeležencih pokazala zmanjšanja čustvene izčrpanosti. Podobne ugotovitve navaja tudi raziskava Potter, et al. (2013, p. 180), kjer so vodenimi individualnimi pogovori z medicinskimi sestrami o stresnih situacijah razvili čustveno odpornost.

Bregar, et al. (2011, p. 260) govorijo o realnosti, da se medicinske sestre dnevno soočajo s stresom in da ima delo, ki ga opravljajo, velik vpliv na njihovo osebno življenje. Raziskava Bridger, et al. (2013, p. 1629) pravi, da je veliko znanega o

neželenih učinkih stresa pri delu, kar vpliva na zdravje in dobro počutje delavca. V raziskavi je pokazan pozitiven učinek obvladovanja stresa z udeležbo na športnih aktivnostih. Ukrepi za obvladovanje stresa na delovnem mestu so v korist tako delavca kot tudi delodajalca. Stergar in Urdih Lazar (2012, p. 63) pravita, da izboljšave v organizaciji dela vplivajo na boljše organizirano zasebno življenje zaposlenih. Hobiji in športne aktivnosti, ki so vključene v prosti čas, so pomembni dejavniki v premagovanju stresa.

### 2.2.5 Zdrav življenjski slog medicinskih sester

Življenjski slog je pomemben, ker gre za potencialno spremenljive dejavnike tveganja (Chan & Perry, 2012, p. 2248). Patel, et al. (2010, p. 419) navajajo, da je nezdrav življenjski slog, predvsem sedeč način življenja, v tesni povezavi z nastankom bolezni srca in žilja, presnovnimi in drugimi boleznimi, ki so najpogostejše v razvitem svetu. Berra (2011, p. 145) govori o raziskavah zadnjih let, ki so pokazale, da se je zmanjšalo tveganje za nastanek bolezni srca in žilja, nekaj na račun zdravljenja, nekaj pa na račun programov promocije zdravja. Loeppeke, et al. (2010, p. 281) navajajo raziskave, ki so pokazale, da spremembe v prehrani in telesni aktivnosti prispevajo k zniževanju visokega krvnega tlaka, krvnega sladkorja in holesterola. Stergar in Urdih Lazar (2012, p. 48) izpostavita, da z zdravo prehrano in vsaj zmerno telesno aktivnostjo posameznik lahko prispeva k preprečitvi nastanka bolezni srca in žilja, ter nekaterih vrst raka, izboljša počutje, si pridobi energijo za delo.

Pregledna raziskava Chan in Perry (2012, p. 2248) pokaže, da pri uvajanju programov promocije zdravja na delu in zdravega življenjskega sloga zaposlenih literatura najpogosteje izpostavi vzdrževanje telesne teže v mejah normale, zdravo prehrano, gibalno aktivnost, izogibanje kajenju in prekomernemu pitju alkohola. Rezultati raziskave Juszczuk, et al. (2012, p. 547) so pokazali, da so podjetja, ki so podprla promocijo zdravja na delu, to najpogosteje storila s programi spodbujanja gibalne dejavnosti in prenehanja kajenja, redkeje pa so podprla programe s področja zdrave prehrane ali zmanjševanja stresa. Raziskava Christensen, et al. (2011, p. 671), ki je bila izvedena na vzorcu zdravstvenih delavcev s preveliko telesno težo, je dokazala, da je

skupina, ki je bila vključena v program promocije zdravja na delu in pri kateri so se med delovnim časom izvajale aktivnosti za zmanjšanje telesne teže, bolj uspešno shujšala kot kontrolna skupina, ki je imela aktivnosti samo v prostem času. Prav tako so v raziskavi Hjarnoe in Leppin (2013, p.1165) dokazali pomembne spremembe telesne pripravljenosti delavcev, manjšega vnosa sladkorja in izboljšanje metabolnega sindroma, potem ko so zaposlenim ponudili možnost gibanja med delom in uredili prehrano na delovnem mestu. Pri prehrani je pomembna ponudba zdravih jedilnikov v lastni menzi, v avtomatih ali, da si delavci sami prinesejo zdrav obrok. (Stergar & Urdih Lazar, 2012, p. 48). Raziskava Tucker, et al. (2010, p. 266) je pokazala, da medicinske sestre za malico pogosto posegajo po prigrizkih, ki povzročajo dnevni presežek kalorij in predlagajo, da se poskrbi za možnost zdravih izbir. Henwood, et al. (2012, p. 1747) navaja, da je višji indeks telesne mase dokazano povezan s slabšo kvaliteto življenja medicinskih sester. Skupaj s stresom in negativnimi vplivi delovnega mesta pa se poveča dovzetnost za bolezni.

Bregar, et al. (2011, p. 260) izpostavijo, da so medicinske sestre kot poklicna skupina zelo podvržene stresu in tudi zelo nagnjene k zlorabi različnih substanc z namenom preprečiti vplive stresa, zato menijo, da bi bilo nujno razmišljati o sistematičnih pristopih k organiziranju delovnega okolja z namenom preprečiti in omiliti nastanek stresa. Preprečevanje uporabe tobaka, alkohola in psiho aktivnih snovi ima v Sloveniji in tudi drugod po svetu zakonsko podlago. Kajenje med medicinskimi sestrami je najbolj raziskan dejavnik tveganja (Chan & Perry, 2012, p. 2249). Prav tako podatki kažejo, da je delež kadilcev med medicinskimi sestrami v različnih državah različen, v nekaterih pa je delež medicinskih sester, ki kadijo večji kot v splošni populaciji (Chan & Perry, 2012, p. 2249). Raziskava Koprivnikar, et al. (2013, p. 43) navaja, da v Sloveniji kadi nekaj več kot petina medicinskih sester, kar je nekoliko manj od splošne populacije. Strategije za podporo prizadevanjem za opustitev kajenja pri medicinskih sestrah so označene kot pomembno vprašanje, zakonska prepoved kajenja na delovnem mestu ne pokaže zelenih rezultatov (Chan & Perry, 2012). Raziskava Fathallah, et al. (2012, str. 803) narejena v Franciji, kaže, da se je v triletnem obdobju zmanjšala poraba tobaka v času delovnih ur in dnevna poraba pokajenih cigaret pri medicinskih sestrah, ni pa se zmanjšala razširjenost kajenja. Podobne ugotovitve navaja tudi slovenska

raziskava Koprivnikar, et al. (2013, p. 45), medicinske sestre v Sloveniji zaradi zakonske omejitve kadijo več v prostem času v primerjavi z delovnim. Kajenje medicinskih sester negativno vpliva tudi na njihovo poslanstvo in delo na področju promocije zdravja, promocije nekajenja in pomoči pri opuščanju kajenja.

#### 2.2.6 Gibalna aktivnost medicinskih sester

Yap, et al. (2010, p. 426) navajajo vrsto raziskav, ki dokazujejo, da gibalna aktivnost pozitivno vpliva na zdravje. Gibalna nedejavnost pa predstavlja tveganje za nastanek kroničnih bolezni, kot so srčno žilne bolezni, hipertenzija, diabetes, debelost, depresija in osteoporoza, vse te bolezni pa pomenijo velike ekonomske posledice (Yap, et al., 2010, p. 431). Henwood, et al. (2012, p. 1748) predstavijo splošne smernice, ki pravijo, da je že 30 minut zmerne gibalne aktivnosti na dan dovolj za ohranjanje in izboljševanje zdravja. Nadalje navajajo, da je pozitiven vpliv redne gibalne dejavnosti na zdravje in dobro počutje neizpodbiten. Škrbina in Zurc (2014, p. 127) navajata, da redno in sistematično gibalno aktivnost povezujemo s celovitim zdravjem zaposlenih in tudi z izboljšanjem imunskega sistema ter njihovimi prilagoditvenimi sposobnostmi na delovnem mestu. Zapka, et. al (2009 p. 858) pravi, da bi delodajalec moral poskrbeti za gibalno aktivnost medicinskih sester, tudi z omogočanjem udeležbe v športnih objektih v prostem času, npr. s ponujenimi kartami za vstop. V raziskavi Edmunds, et al. (2013) je bilo potrjeno, da podpora gibalni aktivnosti v podjetju prinaša koristi na več področjih. Posamezniki, pri katerih so skozi časovno obdobje opazili precejšnje povečanje gibalne aktivnosti, so izrazili boljšo splošno zdravstveno oceno, zadovoljstvo z življenjem in so bili pozitivno razpoloženi. Opazili so precejšnje zmanjšanje indeksa telesne mase, zmanjšano zaznavanje stresa in negativna stanja razpoloženja, pa tudi prezentizen, ni pa bilo opaziti sprememb v absentizmu. Podpora gibalni aktivnosti v podjetju je pri zaposlenih povečala zavedanje o pomenu gibalne aktivnosti, o ohranjanju sprememb v vedenju, izboljšalo se je zdravje in dobro počutje zaposlenih, okrepile so se socialne mreže, gibalna aktivnost se je zasedla v kulturi na delovnem mestu. Tudi raziskava Blake, et al. (2013, p. 262) pokaže uspešnost petletnega programa promocije zdravja na delu, saj so bili zaposleni po petih letih bistveno bolj gibalno aktivni, več so pešali ali se vozili s kolesom, v manjši meri so kot oviro navajali pomanjkanje časa.

Rezultati raziskav Patel, et al. (2010, p. 419) ter Thompson in Levine (2011, p. 473) so pokazali, da je čas sedenja in tudi sedečega dela dejavnik tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni in prezgodnjo umrljivost, zato predlagajo, da bi gibanje morali vključiti v vse življenjske dejavnosti, tudi na delovna mesta. Taylor, et al. (2010, p. 440) so razvili program gibalne aktivnosti kot aktivni odmor med delom. Delavci, ki so se ga redno udeleževali, so imeli po šestih mesecih boljše vrednosti holesterola v krvi in izgubili so nekaj telesne teže. Podobno je raziskava Pereira, et al. (2013, p. 420) pokazala učinkovitost izvajanja programa gibalne aktivnosti na delovnem mestu, saj so se pri delavcih zmanjšale bolečine v mišicah in sklepih tako v pogostosti pojavljanja, kot tudi v intenziteti bolečine, predvsem v telesnih predelih, ki so bili zaradi dela najbolj obremenjeni. V raziskavi Ribeiro, et al. (2014, p. 1008) so v bolnišnici zaposlene ženske, ki so bile v prostem času gibalno neaktivne in so bile stare od 40 do 50 let k povečanju gibalne aktivnosti motivirali z uporabo pedomera in z aerobno vadbo. Skupina, ki je imela pedomer, je v treh mesecih povečala število korakov, medtem pa je aerobna vadba vplivala za izgubo telesne teže.

V raziskavi Yap in James (2010, p. 429) so zaposlene skušali motivirati za večjo gibalno aktivnost z uporabo prilagojenih elektronskih sporočil. S pošiljanjem informacij o dejavnikih, ki izboljšujejo zdravje in spodbud za gibanje po elektronski pošti, se je gibalna aktivnost zaposlenih dejansko povečala. Tudi raziskava Pedersen, et al. (2014, p. 289) je za motivacijo večje gibalne aktivnosti pri zaposlenih uporabila elektronska naročila. Zaposleni so se med delom udeležili programa gibalne aktivnosti, tako je bila njihova poraba dnevnih kalorij večja kot pri ostalih, kar ima lahko dolgoročne učinke na njihovo zdravje. Raziskava Schumacher, et al. (2013 p. 81) pokaže, da je v promociji zdravja na delu uporaba stopnic uspešen način za povečanje gibalne aktivnosti zaposlenih, hkrati pa raziskava kaže, da se gibalna aktivnost med zaposlenimi na delovnem mestu lahko poveča z minimalnimi stroški.

V raziskavi Henwood, et al. (2012, p. 1746) so primerjali zdravstvene težave medicinskih sester, ki so bile gibalno aktivne v prostem času in tudi med delom. Rezultati so pokazali, da se medicinske sestre zaradi zahtevnosti dela ne morejo posvetiti gibalni dejavnosti med delovnim časom, to povzroča dodaten stres in



utrujenost. Gibalna aktivnost v prostem času ima večji učinek na zdravje in dobro počutje medicinskih sester, zmanjšuje stres, preprečuje izgorelost, poveča občutek zadovoljstva in zmožnosti za delo, posredno pa vpliva na kvaliteto dela in varnost pacientov. Vodje v zdravstveni negi bi morali vlagati čas in denar k razvoju skupin, ki v svoje dogodke vključujejo tudi gibalno aktivnost (Henwood, et al., 2012, p. 1746). Raziskava Saksvik Lehouillier, et al. (2013, p. 1136) govori o delovnih izkušnjah in zdravem življenjskem slogu posameznika kot o dejavniku, ki pomaga pri premagovanju naporov pri delu. Medicinske sestre, ki imajo zdrav življenjski slog, lažje premagujejo negativne učinke dela. Zato je smiselno, da v spreminjanje življenjskega sloga vlagajo tudi delodajalci z omogočanjem programov promocije zdravja na delovnem mestu. Stergar in Urdih Lazar (2012, p. 48). Urejeno delovno okolje in promocija zdravja pri delu pomagajo ohranjati zdravje medicinskih sester in s tem njihovo delovno razpoložljivost.

### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Zdravje je pogoj za uspešno udejstvovanje na vseh področjih življenja. Na posameznikovo zdravje vplivata tako njegov življenjski slog in okolje v katerem živi, dela in se srečuje z drugimi. Ugotovitve literature kažejo, da so medicinske sestre delovna skupina z visokim tveganjem za zdravje. Promocija zdravja na delu spodbuja posameznika, da prevzame bolj zdrav življenjski slog in s tem zmanjša tveganja za svoje zdravje.

Namen raziskovanja v okviru magistrskega dela je bil proučiti organizacijo, izvajanje in dojemanje programov promocije zdravja na delu in gibalno aktivnost v promociji zdravja na delu pri medicinskih sestrah v osnovnem zdravstvu.

Cilji raziskave so bili naslednji:

1. Ugotoviti prisotnost in organiziranost programov promocije zdravja na delu pri medicinskih sestrah in njihove oblike v osnovnem zdravstvu.
2. Prikazati stališča medicinskih sester v osnovnem zdravstvu do programov promocije zdravja na delu.
3. Primerjati gibalno aktivnost medicinskih sester v promociji zdravja na delu v povezavi z njihovo gibalno aktivnostjo v prostem času.

#### **3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE**

Hipoteza 1: V zdravstvenih domovih, kjer so v načrtovanje programov promocije zdravja na delu aktivno vključene tudi zaposlene medicinske sestre, se statistično pomembno izvaja več različnih oblik promocije zdravja kot v zdravstvenih domovih, kjer načrtovanje poteka samo na ravni vodstva.

Hipoteza 2: V delovnem okolju, kjer potekaj več vrst programov promocije zdravja na delu, so tudi stališča medicinskih sester do promocije zdravja na delu bolj pozitivna.

Hipoteza 3: Medicinske sestre, ki delajo v delovnem okolju, kjer so organizirani programi promocije zdravja povezani z gibalno aktivnostjo, so bolj gibalno aktivne tudi v prostem času.

Hipoteza 4: Z multivariatnim modelom je mogoče napovedati dejavnike večje gibalne aktivnosti medicinskih sester.

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je potekala s kvantitativno neeksperimentalno metodo dela. Teoretična izhodišča za raziskavo temeljijo na pregledu literature, ki smo jo izvedli od novembra 2013 do junija 2014 na podatkovnih bazah Cinahl, Pubmed, ProQuest in COBISS. Pri iskanju literature na bazah podatkov smo uporabili različne kombinacije ključnih besed: promocija zdravja na delu, medicinska sestra, delovno mesto, življenjski slog, gibalna aktivnost, delo, zdravje, delovno okolje, prezentizem, organizacijska klima, psihosocialna tveganja. Uporabljeni so bili samo članki z recenzijo. Vključili smo tisto literaturo, ki ni starejša od petih let. Za zbiranje podatkov smo uporabili anonimen strukturiran anketni vprašalnik, ki smo ga sestavili posebej za to raziskavo. Zbiranje podatkov je potekalo enkratno, od septembra do novembra 2014.

#### 3.3.2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta

V raziskavi smo za zbiranje podatkov in ugotavljanje obstoječega stanja kot instrument raziskovanja uporabili anonimen strukturiran vprašalnik, ki je vključeval vprašanja zaprtega tipa in lestvice stališč. Vprašalnik smo sestavili posebej za to raziskavo. Pred izvedbo raziskave smo na novo sestavljeni vprašalnik pilotno testirali na vzorcu 10 anketirancev. Glede na dobljene rezultate smo nekatera stališča na vprašalniku preoblikovali tako, da so bila razumljivejša. Vprašanja smo razdelili v tri vsebinske sklope in smo jih oblikovali na podlagi ciljev raziskave in postavljenih hipotez. Pri sestavljanju vprašalnika smo upoštevali ugotovitve pregledane literature. Stergar in Urdih Lazar (2012) ter Chan in Perry (2012) sta ključna vira literature, na podlagi katerih smo oblikovali posamezne sklope vprašanj. Odgovori na vprašalniku so bili

podani na podlagi vprašanj zaprtega tipa in na podlagi petstopenjske Likertove lestvice. Opredelitev vprašanj na petstopenjski Likertovi lestvici je pomenila: 1, da se nikakor niso strinjali, 2, da se niso strinjali, 3, da so bili neopredeljeni, 4, da so se strinjali in 5, da so se popolnoma strinjali.

Prvi vsebinski sklop je sestavljalo 8 vprašanj, ki so bila namenjena zbiranju demografsko socialnih podatkov: spol, starost, stan, podatek o otrocih, izobrazba, delovna doba, delovno mesto in opredelitev o kronični bolezni.

Drugi vsebinski sklop vprašalnika se je nanašal na organiziranost promocije zdravja na delu v posameznem zdravstvenem domu. Prvi del drugega vsebinskega sklopa je sestavljalo 6 vprašanj, kjer so se anketiranci na podlagi petstopenjske Likertove lestvice opredelili glede načrtovanja organiziranosti promocije zdravja na delu v njihovem zdravstvenem domu. V drugem delu drugega vsebinskega sklopa vprašalnika je bilo naštetih 20 možnih programov promocije zdravja na delu, ki so jih anketiranci izbrali glede na vrsto promocije zdravja na delu, ki se izvaja v njihovem zdravstvenem domu, imeli so možnost dopisati programe, ki niso bili naštet, pa se pri njih izvajajo. Vprašanja o vrsti programov promocije zdravja na delu je bil namenjen samo vodjem v zdravstveni negi, ki v zdravstvenem domu sodelujejo pri organizaciji promocije zdravja na delu in dobro poznajo vse oblike promocije zdravja na delu, ki se izvajajo. Vprašanja drugega dela drugega vsebinskega sklopa smo na koncu priključili vsem vprašalnikom iz istega zdravstvenega doma.

Tretji vsebinski sklop je v prvem delu sestavljalo 24 trditev, ki so opredeljevala stališča medicinskih sester do promocije zdravja na delu. Drugi del tretjega vsebinskega sklopa je vseboval 16 trditev, ki so opredeljevala stališča medicinskih sester glede gibalne aktivnosti kot sestavnega dela promocije zdravja na delu. Anketiranci so se do posameznega stališča opredelili na petstopenjski Likertovi lestvici. V tretjem delu tretjega vsebinskega sklopa pa je bilo 5 vprašanj zaprtega tipa, v katerih so se medicinske sestre opredelile glede pogostosti gibalne aktivnosti in ovir zanjo. Odgovarjale pa so tudi o svoji udeležbi v programih za zdravje, kateri so v zdravstvenih

domovih organizirani, niso pa sestavni del v vsebinska oblika promocije zdravja na delu.

Zanesljivost merskega instrumenta je bila preverjena s Cronbach Alfa koeficientom v programskem paketu IBM SPSS Statistics 21.0 Notranja konsistenost anketirancev, zanesljivost vprašalnika in primernost merske lestvice je bila opravljena na sklopu vprašanj, kjer smo anketirance spraševali po stopnji strinjanja s trditvami, povezanimi z načrtovanjem promocije zdravja pri delu ter stališči zaposlenih v zdravstveni negi do promocije zdravja na delu in stališči o gibalni aktivnosti v promociji zdravja na delu. Strinjanje z vsako od naštetih trditev je bilo merjeno na 5-stopenjski Likertovi lestvici. Koeficient Kronbach Alfa znaša 0,914, iz česar lahko sklepamo, da je bil postopek merjenja zelo zanesljiv, saj je presegel vrednost 0,7, kar v strokovni literaturi predstavlja ustrezno stopnjo zanesljivosti merskega instrumenta (Steiner & Norman, 2008). Rezultati so prikazani v tabeli 1 in tabeli 2.

**Tabela 1: Cronbach Alfa koeficient**

Statistična pomembnost	
Cronbach's Alpha	Število spremenljivk
0,914	46

**Tabela 2: Analiza lestvice Cronbach Alfa koeficient (46 trditev, Cronbach Alfa = 0,914)**

	Vrednost, če je trditev izpuščena	Korigirana korelacija 0, če je trditev izpuščena	Cronbachova Alpha 0, če je trditev izpuščena
Načrtovanje promocije zdravja na delu ni samo stvar vodstva, ampak so vanj vključeni tudi zaposleni.	165,15	0,323	0,913
Promocije zdravja na delu je načrtovana na podlagi analize mnenj zaposlenih (anketiranje zaposlenih).	165,86	0,344	0,913
Promocija zdravja na delu je načrtovana glede na trenutne zdravstvene probleme zaposlenih (poročila medicine dela, analiza bolniških odsotnosti).	165,96	0,355	0,913
Promocija zdravja na delu je načrtovana glede na trenutne zdravstvene probleme zaposlenih (poročila medicine dela, analiza bolniških odsotnosti).	165,96	0,355	0,913
Promocija zdravja na delu je načrtovana glede na dejavnike tveganja na delovnem mestu (ocena tveganja).	165,70	0,344	0,913
Promocija zdravja na delu vpliva na zmanjševanje bolniške odsotnosti.	165,50	0,384	0,913

	Vrednost, če je trditev izpuščena	Korigirana korelacija 0, če je trditev izpuščena	Cronbachova Alpha 0, če je trditev izpuščena
V zadnjem letu smo imeli organizirano izobraževanje iz tem, ki se nanašajo na promocijo zdravja na delu.	166,53	0,220	0,916
Menim, da promocija zdravja na delu pomembno vpliva na ohranjanje mojega zdravja in pomaga preprečevati kronične nenalezljive bolezni.	165,38	0,593	0,911
Menim, da ima promocija zdravja na delu pozitiven vpliv na moj življenjski slog.	165,39	0,612	0,911
Menim, da promocija zdravja na delu pripomore k pozitivnemu delovnemu vzdušju.	165,29	0,637	0,911
Menim, da promocija zdravja na delu pripomore k boljšemu timske delu.	165,42	0,678	0,910
Menim, da promocija zdravja na delu pripomore k večjemu zadovoljstvu na delovnem mestu.	165,39	0,693	0,910
Menim, da promocija zdravja na delu pripomore k večji povezanosti med sodelavci.	165,52	0,680	0,910
Menim, da promocija zdravja na delu pripomore h krepitvi pripadnosti kolektivu in delovni organizaciji.	165,56	0,666	0,910
Menim, da urejeno delovno okolje in promocija zdravja na delu prispevata k zmanjšanju odhajanja iz poklica pri medicinskih sestrah.	165,57	0,624	0,910
Menim, da promocija zdravja na delu vključuje dobro izdelavo urnika, saj to zmanjšuje dejavnike tveganja, povezane s pretrujenostjo.	165,51	0,594	0,911
Menim, da je za dobro počutje in zdravje na delovnem mestu pomembna tudi estetska ureditev delovnega mesta.	165,23	0,504	0,912
Menim, da ergonomska ureditev delovnega mesta (delovno mesto prilagojeno medicinski sestri in delu, ki ga opravlja) prispeva k boljšemu zdravju.	165,12	0,497	0,912
Menim, da je pri promociji zdravja na delu izobraževanje zelo pomembno.	165,15	0,548	0,912
Menim, da je pomembna aktivnost promocije zdravja na delu preprečevanje nasilja s strani pacientov (verbalno in fizično).	165,42	0,483	0,912
Če imam zdravstvene težave, vedno ostanem na bolniški.	167,43	0,237	0,915
Na delo ob zdravstvenih težavah sem prišel/a zaradi razmer v službi (sodelavci morajo opraviti moje delo).	166,07	0,118	0,916
Na delo ob zdravstvenih sem prišel/a zaradi razmer doma in izpada zaslužka.	167,12	0,107	0,917
Menim, da bi bilo možno izboljšati zdravje medicinskih sester, če bi se ukrepi promocije zdravja osredotočili na zmanjševanje virov stresa.	165,32	0,375	0,913
Menim, da je stres pri delu medicinskih sester v največji meri povezan z organizacijo dela, zato ga organizacijski ukrepi lahko bistveno zmanjšajo.	165,54	0,274	0,914
Menim, da motivacijo za sodelovanje v programih promocije zdravja na delu veča dejstvo, da posameznik že ima zdravstvene težave.	165,87	0,370	0,913
Menim, da bi promocija zdravja na delu pri medicinskih sestrah morala vključevati aktivnosti za opuščanje kajenja	165,66	0,509	0,911
Menim, da bi promocija zdravja na delu pri medicinskih sestrah morala vključevati zdravo prehrano in skrb za normalno telesno težo.	165,43	0,563	0,911

	Vrednost, če je trditev izpuščena	Korigirana korelacija 0, če je trditev izpuščena	Cronbachova Alpha 0, če je trditev izpuščena
Menim, da bi promocija zdravja na delu pri medicinskih sestrah morala vključevati gibalno aktivnost.	165,29	0,561	0,911
Programov promocije zdravja na delu se udeležujem redno in z veseljem.	166,02	0,477	0,912
Menim, da bi promocijo zdravja na delu spodbujala informativno izobraževalna elektronska sporočila na moj e-naslov.	166,04	0,565	0,911
Menim, da vključevanje gibalne aktivnosti v promocijo zdravja na delu izboljšuje vse dejavnike tveganja pri posamezniku.	165,45	0,560	0,911
Menim, da vključevanje gibalne aktivnosti v promocijo zdravja na delu pomaga zmanjševati vplive stresa.	165,33	0,572	0,911
Menim, da vključevanje gibalne aktivnosti v promocijo zdravja na delu pomaga zmanjševati negativne učinke dela na hrbtenico in lokomotorni aparat.	165,21	0,535	0,912
Menim, da vključevanje gibalne aktivnosti v promocijo zdravja na delu povečuje povezanost med sodelavci in pripadnost kolektivu.	165,49	0,601	0,911
Menim, da vključevanje gibalne aktivnosti v promocijo zdravja na delu povečuje zadovoljstvo.	165,37	0,572	0,911
Menim, da bi ustanova morala spodbujati gibalno aktivnost medicinskih sester v delovnem času.	165,43	0,544	0,911
Menim, da bi ustanova morala spodbujati gibalno aktivnost medicinskih sester predvsem v prostem času.	165,88	0,387	0,913
Menim, da bi spodbujanje gibalne aktivnosti na delu pripomoglo k spremembi mojih stališč glede telesne aktivnosti nasploh.	166,02	0,432	0,912
Za večjo gibalno aktivnost izkoristim vsako priložnost, zato v službo prihajam s kolesom ali peš.	166,48	0,251	0,915
Med delom ne uporabljam dvigala, ampak hodim po stopnicah.	165,33	0,198	0,915
Med delom večkrat naredim vaje za hrbtenico.	166,75	0,206	0,915
Med delom imamo organiziran aktivni odmor, ki se ga redno udeležujem.	167,45	0,115	0,916
Redno se udeležujem športnih aktivnosti ali pohodov, ki so organizirani s strani zdravstvene ustanove.	166,83	0,319	0,914
Večkrat izkoristim brezplačne karte za bazen, fitnes ali telovadnico, ki jih nudi zdravstvena ustanova.	167,48	0,221	0,915
Menim, da bi k povečanju moje gibalne aktivnosti pripomoglo tudi izobraževanje s tematiko o gibanju.	166,23	0,470	0,912
Menim, da bi moja motivacijo za večjo gibalno aktivnost spodbujala informativno izobraževalna elektronska sporočila na moj e-naslov.	166,47	0,508	0,911

### 3.3.3 Opis vzorca

Statistično populacijo so predstavljali zaposleni v zdravstvenih domovih v Sloveniji, ki delajo na področju zdravstvene nege. Na spletni strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (n.d.), zavihek izvajalci zdravstvenih storitev, smo pridobili podatek, da je v Sloveniji 67 zdravstvenih domov. Podatke o številu zaposlenih v posameznem zdravstvenem domu pa smo pridobili na njihovih spletnih straneh, zavihek informacije javnega značaja. Zdravstvene domove smo na podlagi števila zaposlenih razdelili v tri skupine. V prvo skupino smo uvrstili zdravstvene domove, ki imajo do 50 zaposlenih, teh je bilo 9, v drugi skupini so bili zdravstveni domovi, ki imajo od 50 do 200 zaposlenih, teh je bilo 46, v tretjo skupino pa smo uvrstili 12 zdravstvenih domov, ki imajo nad 200 zaposlenih.

Število vključenih medicinskih sester smo določili iz podatkov, ki smo jih pridobili na spletni strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (n.d.), zavihek Občasnik. Iz pridobljenih podatkov smo razbrali, da v družinski medicini deluje 924 timov, ki zaposlujejo eno medicinsko sestro. Od tega je po podatkih spletne strani Ministrstva za zdravje (n.d.), referenčna ambulanta, konec leta 2013 v okviru družinske medicine delovalo 352 referenčnih ambulant, ki še dodatno zaposlujejo medicinsko sestro v polovičnem delovnem času. Na primarnem nivoju pa deluje še 322 otroško šolskih dispanzerjev in 139 dispanzerjev za ženske, ki zaposlujejo 2 medicinski sestri. Iz zgornjih podatkov smo ocenili, da v ambulantah dela približno 1850 medicinskih sester. V patronažnem varstvu je po podatkih spletne strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (d.d.), zavihek Občasnik, zaposlenih 858 nosilcev patronažne zdravstvene nege, kar je približno polovica zaposlenih v splošnih in družinskih ambulantah. Za zaposlene medicinske sestre v dežurni službi nismo mogli pridobiti točnih podatkov. Nujna medicinska pomoč je v Sloveniji glede na zakonodajo organizirana različno in ima različno število zaposlenih, ponekod so vključene medicinske sestre, ki sicer delajo v ambulantah. Samo večje enote nujne medicinske pomoči imajo zaposlene samo v tej dejavnosti. Prav tako nismo mogli pridobiti natančnih podatkov o številu zaposlenih v zdravstveni negi na drugih delovnih mestih v zdravstvenih domovih. Na podlagi zgoraj



navedenih podatkov smo ocenili, da je zaposlenih v ambulantah približno enkrat več kot v patronažnem varstvu in dežurni ter drugih službah.

Vzorec merjencev je bil stratificiran in sestavljen iz dveh delov. Prvi del vzorca so predstavljali vodje zaposleni v zdravstveni negi, ki sodelujejo pri organizaciji programov promocije zdravja na delu, ki se izvajajo v posameznem zdravstvenem domu in te programe dobro poznajo. Ti so odgovarjali na celoten vprašalnik.

Drugo skupino vzorca so sestavljale medicinske sestre, zaposlene v ambulantah, patronažnem varstvu in drugih službah. Število vprašalnikov smo določili glede na število zaposlenih v posameznem zdravstvenem domu. Zdravstveni domovi iz prve skupine so prejeli 8 vprašalnikov, na katere so odgovorile 4 medicinske sestre, zaposlene v ambulantah, 2 medicinski sestri v patronažnem varstvu in 2 zaposleni v drugih službah. Zdravstveni domovi iz druge skupine so prejeli 16 vprašalnikov, na katere je odgovorilo 8 medicinskih sester, zaposlenih v ambulantah, 4 medicinske sestre iz patronažnega varstva in 4 medicinske sestre, zaposlene v drugih službah. Zdravstveni domovi iz tretje skupine so prejeli 32 vprašalnikov, na katere je odgovorilo 16 medicinskih sester, zaposlenih v ambulantah, 8 v patronažnem varstvu in 8 medicinskih sester, zaposlenih v drugih službah.

Vodje so vprašalnike naključno razdelili glede na naša navodila o vzorčenju zaposlenim na področju zdravstvene nege v ambulantah, patronažnem varstvu in drugih službah zdravstvenega doma. Ti so odgovorili na prvi in tretji vsebinski sklop vprašanj v celoti. V drugem vsebinskem sklopu pa so odgovorili samo na prvi del vprašanj. Odgovore na vprašanje o vrstah programov promocije zdravja na delu, ki so predstavljala drugi del drugega vsebinskega sklopa vprašanj na vprašalniku, pa smo tem vprašalnikom priključili, kot je na to vprašanje odgovoril vodja zdravstvene nege iz posameznega zdravstvenega doma.

Od 67 zdravstvenih domov v Sloveniji jih je bilo v raziskavo vključenih 54, ostali v raziskavi niso sodelovali. Nekateri se na naše povabilo niso odzvali, od nekaterih zdravstvenih domov nismo pridobili soglasja za opravljanju raziskave, dva pa nista sodelovala iz drugih razlogov. Glede na število zdravstvenih domov in število zaposlenih v zdravstveni negi smo predvideli 1192 vprašalnikov. Glede na pridobljena

soglasja za opravljanje raziskave smo potem poslali 1040 vprašalnikov, kar predstavlja 87,25 % vseh predvidenih vprašalnikov. Vrnjenih jih je bilo 641, kar predstavlja 53,8 % realizacijo predvidenega vzorca in 61,6 % realizacijo dejansko poslanih vprašalnikov. Kot neveljavna smo izločili 2 vprašalnika, ker je v njih manjkala več kot polovica odgovorov.

Končni vzorec v raziskavo vključenih zaposlenih v zdravstveni negi v zdravstvenih domovih je vključeval 639 anketirancev. Sodelovalo je 583 žensk in 54 moških. Na vprašanje o spolu nista odgovorila dva anketiranca. Povprečna starost anketirancev je bila 42 let (min. = 18, max. = 62, SD = 10,2). Anketiranci so imeli v povprečju 20,7 let delovne dobe (min. = 0, max. = 45, SD = 11,0). Demografski podatki o vzorcu so prikazani v tabeli 3.

**Tabela 3: Demografski podatki**

		<b>število</b>	<b>%</b>
<b>Spol</b>	Moški	54	8,5
	Ženske	583	91,2
	Ni podatka o spolu	2	0,3
<b>Izobrazba</b>	Srednja	220	34,7
	Višja, visoka	394	62,0
	Magisterij, doktorat	21	3,3
<b>Delovno mesto</b>	Vodje v zdravstveni negi	53	8,3
	Ambulanta	218	34,2
	Patronažno varstvo	203	31,9
	Dežurna služba	80	12,6
	Zdravstvena vzgoja	44	6,9
	Drugje	39	6,1
<b>Stan</b>	Samski	72	11,4
	Razvezan	26	4,1
	Vdovec	13	2,1
	Poročen, izven zakonski	521	82,4
<b>Otroci</b>	Otrok nimajo	102	16,3
	Predšolski, šolski	258	41,2
	Dijaki, študentje, odrasli	266	42,5
<b>Kronična bolezen</b>	Da	113	18,1
	Ne	513	81,9

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Izvedba anketiranja je potekala od 8. septembra 2014 do 14. novembra 2014. Vprašalniki so bili v posamezen zdravstveni dom poslani po pošti vodjem v zdravstveni negi s priloženo neoznačeno ovojnico za vračilo. Vodje v zdravstveni negi so vprašalnike, glede na naša navodila o vzorčenju, naključno razdelili zaposlenim medicinskim sestram v ambulantah, patronažni službi in drugih službah in potem tudi izpolnjene zbrali in jih vrnili nazaj. Vsem sodelujočim je bila zagotovljena anonimnost, saj so bili vprašalniki vrnjeni z navadno pošto v skupni neoznačeni ovojnici. Predpostavljali smo, da zaposleni ne poznajo vseh programov promocij zdravja na delu, ki se izvajajo v posameznem zdravstvenem domu, zato smo vprašanja o tem namenili samo vodjem, zaposlenim v zdravstveni negi, ki so sestavljali prvo skupino vzorca in so izpolnili celoten vprašalnik. Vsi vprašalniki za posamezen zdravstveni dom so bili šifrirani. Odgovore drugega dela drugega vsebinskega sklopa vprašanj smo potem priključili vsem ostalim vprašalnikom iz istega zdravstvenega doma tako, da smo dobili v celoti izpolnjene vprašalnike. Število vprašalnikov za drugi del vzorca je bilo določeno na podlagi velikosti zdravstvenega doma. Statistična analiza je bila narejena s programom SPSS 21.0. Za prikaz demografsko socialnih podatkov smo uporabili metodo opisne statistike frekvenčne in odstotne porazdelitve. Za preverjanje prve hipoteze glede stališč zaposlenih v zdravstveni negi o promociji zdravja na delu in načrtovanju promocije zdravja na delu smo uporabili t-test za neodvisne vzorce. Za preverjanje druge hipoteze glede povezave števila programov promocije zdravja na delu in stališč, zaposlenih v zdravstveni negi, smo uporabili one-way ANOVO z Tukey post-hoc testom. Tretjo hipotezo, ki predpostavlja, da so zaposleni v zdravstveni negi, ki imajo organizirane programe promocije zdravja na delu bolj gibalno aktivni tudi v prostem času, smo uporabili Hi kvadrat test. Za statistično značilno smo upoštevali vrednost  $p < 0,05$ . Za preverjanje hipoteze 4, da je možno napovedati dejavnike večje gibalne aktivnosti pri medicinskih sestrah, smo uporabili multiplo logistično linearno regresijo.

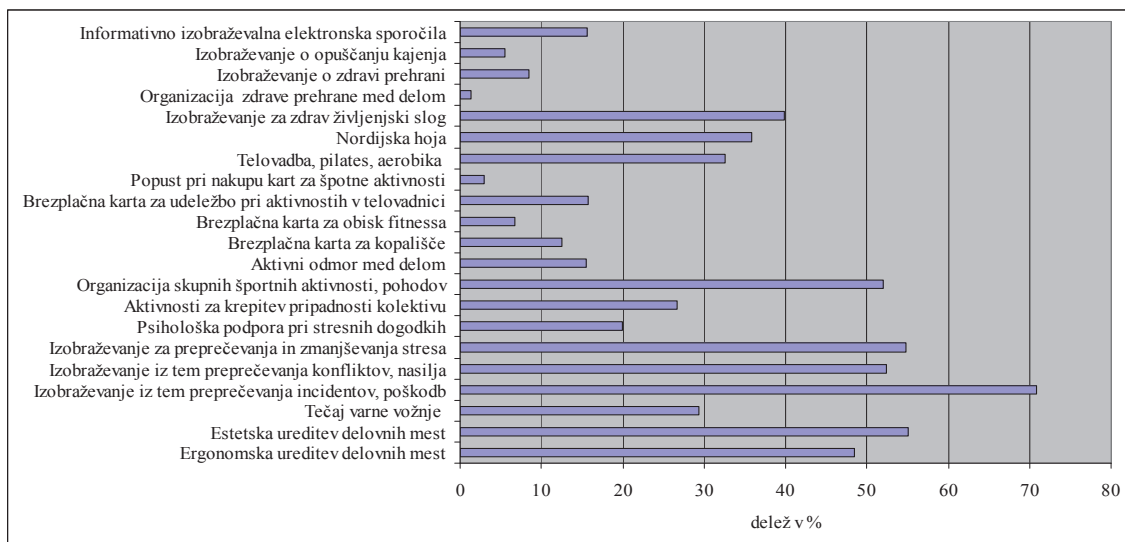
### 3.4 REZULTATI

V nadaljevanju so prikazani rezultati raziskave, ki smo jo izvedli na vzorcu 639 anketirancev, zaposlenih v zdravstveni negi v 54 slovenskih zdravstvenih domovih. Podatki so prikazani po spremenljivkah, ki smo jih oblikovali na podlagi odgovorov na vprašalniku. Tabela 4 in slika 1 prikazujeta, v kakšnem deležu so v slovenskih zdravstvenih domovih prisotne posamezne oblike promocije zdravja na delu. Največ programov promocije zdravja na delu se izvaja na področju izobraževanja iz preprečevanja incidentov in poškodb, sledi izobraževanje iz tem preprečevanja in zmanjševanja stresa, iz tem preprečevanja konfliktov in nasilja in izobraževanj za zdrav življenjski slog. V slovenskih zdravstvenih domovih poteka kar nekaj programov za gibalno aktivnost, kot so organizirani pohodi, telovadba, pilates, aerobika, nordijska hoja, brezplačne karte ali karte s popustom za telovadnice, fitnes in bazen. Samo 9 anketirancev pa je odgovorilo, da imajo organizirano zdravo prehrano med delom.

**Tabela 4: Prisotnost programov promocije zdravja na delu, ki se izvajajo v slovenskih zdravstvenih domovih**

Program promocije zdravja na delu	da		ne	
	št.	%	št.	%
Ergonomska ureditev delovnih mest	310	48,5	329	51,5
Estetska ureditev delovnih mest	352	55,1	287	44,9
Tečaj varne vožnje	187	29,3	452	70,7
Izobraževanje iz tem preprečevanja incidentov in poškodb	453	70,9	186	29,1
Izobraževanje iz tem preprečevanja konfliktov in nasilja	335	52,4	304	47,6
Izobraževanje iz tem preprečevanja in zmanjševanja stresa	350	54,8	289	45,2
Psihološka podpora pri stresnih dogodkih	127	19,9	512	80,1
Aktivnosti za krepitev pripadnosti kolektivu	170	26,6	469	73,4
Organizacija skupnih športnih aktivnosti, pohodov	332	52,0	307	48,0
Aktivni odmor med delom	99	15,5	540	84,5
Brezplačna karta za kopališče	80	12,5	559	87,5
Brezplačna karta za obisk fitnesa	43	6,7	596	93,3
Brezplačna karta za udeležbo pri aktivnostih v telovadnici	101	15,8	538	84,2
Telovadba, pilates, aerobika	208	32,6	431	67,4
Nordijska hoja	229	35,8	410	64,2
Izobraževanje za zdrav življenjski slog	255	39,9	384	60,1
Organizacija zdrave prehrane med delom	9	1,4	630	98,6
Izobraževanje o zdravi prehrani	54	8,5	585	91,5
Izobraževanje o opuščanju kajenja	35	5,5	604	94,5
Spodbujanje bolj zdravega življenjskega sloga z uporabo informativno izobraževalnih elektronskih sporočil	100	15,6	539	84,4
Ne izvaja se noben program	0	0	13	2,0

Št. = število odgovorov, % = delež odgovorov



**Slika 1: Prisotnost programov promocije zdravja na delu, ki se izvajajo v slovenskih zdravstvenih domovih**

V naslednjih štirih tabelah so prikazane spremenljivke, ki smo jih oblikovali iz stališč medicinskih sester, najprej do promocije zdravja na delu, potem pa še posebej spremenljivke, izpeljane iz stališč medicinskih sester do gibalne aktivnosti v promociji zdravja na delu. Tabela 5 prikazuje stališča medicinskih sester do promocije zdravja na delu. Odgovori so bili podani na 5-stopenjski Likertovi lestvici. Kazalnika, ki prikazujeta izraženost stališč, sta prikazana kot povprečna vrednost in standardni odklon. Medicinske sestre so kot najmočnejše izražena stališča z visoko povprečno vrednostjo ( $PV < 4,15$ ) ocenile stališče o pomembnosti promocije zdravja na delu, saj pripomore k pozitivnemu delovnem vzdušju. Z nekoliko nižjo povprečno vrednostjo ( $PV < 4,08$ ) pa mnenje, da promocija zdravja na delu pripomore k večjemu zadovoljstvu in boljšemu timskeemu delu ( $PV < 4,05$ ). Visoko povprečno vrednost imajo tudi stališča, ki se nanašajo na izobraževanje, usmerjeno na preprečevanje in zmanjševanje stresa in preprečevanje nasilja, tako verbalnega kot fizičnega, pa tudi stališče o pomembnosti zdrave prehrane in gibanja, o ergonomske in estetske ureditvi delovnih mest. Najmanj močno izraženo stališče s povprečno vrednost ( $PV = 2,08$ ) pa so medicinske sestre pripisale strinjanju, da ob zdravstvenih težavah ostanejo na bolniški in strinjanju, da je glavni razlog izpad zaslužka ( $PV = 2,38$ ). Prav pri tem stališču so bili tudi odgovori najbolj razpršeni ( $SD = 1,15$ ).

**Tabela 5: Stališča medicinskih sester do promocije zdravja na delu, ki se izvajajo v slovenskih zdravstvenih domovih**

Stališča do promocije zdravja na delu	št.	min	max	PV	SD
Ima pomemben vpliv na ohranjanje zdravja in pomaga preprečevati kronične nenalezljive bolezni.	625	1	5	4,09	0,77
Ima pozitiven vpliv na življenjski slog.	630	1	5	4,07	0,75
Pripomore k pozitivnemu delovnemu vzdušju.	622	1	5	4,15	0,74
Pripomore k boljšemu tinskemu delu.	626	1	5	4,05	0,77
Pripomore k večjemu zadovoljstvu na delovnem mestu.	623	1	5	4,08	0,77
Pripomore k večji povezanosti med sodelavci.	629	1	5	3,97	0,82
Pripomore k krepitvi pripadnosti kolektivu in delovni organizaciji.	626	1	5	3,92	0,82
Prispevata k zmanjšanju odhajanja iz poklica pri medicinskih sestrah.	627	1	5	3,91	0,89
Vključuje dobro izdelavo urnika, saj to zmanjšuje dejavnike tveganja, povezane s preutrujenostjo.	628	1	5	3,97	0,85
Pomembna je tudi estetska ureditev delovnega mesta.	626	2	5	4,26	0,66
Ergonomska ureditev delovnega mesta prispeva k boljšemu zdravju.	623	2	5	4,38	0,63
V promociji zdravja na delu je izobraževanje zelo pomembno.	625	1	5	4,32	0,67
Pomembno je preprečevanje nasilja s strani pacientov (verbalno in fizično).	618	1	5	4,06	0,81
Zaposleni ob zdravstvenih težavah vedno ostane na bolniški.	625	1	5	2,08	1,00
Prihod na delo zaradi razmer v službi, ostali morajo opraviti še delo namesto bolnega sodelavca.	627	1	5	3,42	1,10
Prihod na delo zaradi razmer doma in izpada zaslužka.	619	1	5	2,38	1,15
Za izboljšanje zdravja medicinskih sester bi se ukrepi morali osredotočiti na zmanjševanje virov stresa.	628	1	5	4,15	0,71
Stres bi bistveno zmanjšali z organizacijski ukrepi.	626	1	5	3,95	0,80
Motivacijo za sodelovanje v programih promocije zdravja na delu veča dejstvo, da posameznik že ima zdravstvene težave.	619	1	5	3,61	0,77
Vključene bi morale biti aktivnosti za opuščanje kajenja.	624	1	5	3,84	0,91
Vključena bi morala biti zdrava prehrana in s tem skrb za normalno telesno težo.	625	1	5	4,06	0,79
Vključena bi morala biti gibalna aktivnost.	627	1	5	4,19	0,72
Zaposleni se programov promocije zdravja na delu udeležujejo redno in z veseljem.	606	1	5	3,49	1,05
Vključena bi morala biti informativno izobraževalna elektronska sporočila.	624	1	5	3,41	0,99

št. = število odgovorov, min = minimalna ocena, max = maksimalna ocena, PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5; 1 = sploh se ne strinjam, 5 = popolnoma se strinjam), SD = standardni odklon

Tabela 6 prikazuje delež opredeljenih medicinskih sester na petstopenjski Likertovi lestvici do posameznega stališča medicinskih sester v promocije zdravja na delu.

**Tabela 6: Delež opredelitve medicinskih sester do posameznega stališča v promociji zdravja na delu, ki se izvajajo v slovenskih zdravstvenih domovih**

Stališča do promocije zdravja na delu	1		2		3		4		5	
	št.	%	št.	%	št.	%	št.	%	št.	%
Ima pomemben vpliv na ohranjanje zdravja in pomaga preprečevati kronične nenalezljive bolezni.	3	0,5	20	3,2	83	13,3	331	53,0	188	30,1
Ima pozitiven vpliv na življenjski slog.	1	0,2	21	3,3	88	14,0	344	54,6	176	27,9
Pripomore k pozitivnemu delovnemu vzdušju.	2	0,3	12	1,9	80	12,9	324	52,1	204	32,8
Pripomore k boljšemu timskemu delu.	2	0,3	15	2,4	114	18,2	312	49,8	183	29,2
Pripomore k večjemu zadovoljstvu na delovnem mestu.	2	0,3	12	1,9	96	15,4	337	54,1	176	28,3
Pripomore k večji povezanosti med sodelavci.	1	0,2	24	3,8	143	22,7	288	45,8	173	27,5
Pripomore k krepitvi pripadnosti kolektivu in delovni organizaciji.	2	0,3	24	3,8	155	24,8	189	46,2	156	24,9
Prispevata k zmanjšanju odhajanja iz poklica pri medicinskih sestrah.	5	0,8	37	5,9	136	21,7	282	45,0	167	26,6
Vključuje dobro izdelavo urnika, saj to zmanjšuje dejavnike tveganja, povezane s preutrujenostjo.	4	0,6	31	4,9	117	18,6	302	48,1	174	27,7
Pomembna je tudi estetska ureditev delovnega mesta.	0	0	10	1,6	47	7,5	342	54,6	227	36,3
Ergonomska ureditev delovnega mesta prispeva k boljšemu zdravju.	0	0	2	0,3	43	6,9	297	47,7	281	45,1
V promociji zdravja na delu je izobraževanje zelo pomembno.	1	0,2	5	0,8	51	8,2	302	48,3	266	42,6
Pomembno je preprečevanje nasilja s strani pacientov (verbalno in fizično).	2	0,3	18	2,9	121	19,6	278	45,0	199	32,2
Zaposleni ob zdravstvenih težavah vedno ostane na bolniški.	181	29,0	299	47,8	76	12,2	50	8,0	19	3,0

Stališča do promocije zdravja na delu	1		2		3		4		5	
	št.	%	št.	%	št.	%	št.	%	št.	%
Prihod na delo zaradi razmer v službi, ostali morajo opraviti še delo namesto bolnega sodelavca.	32	5,1	105	16,7	158	25,2	234	37,3	98	15,6
Prihod na delo zaradi razmer doma in izpada zaslužka.	150	24,2	233	37,6	114	18,4	92	14,9	30	4,8
Za izboljšanje zdravja medicinskih sester bi se ukrepi morali osredotočiti na zmanjševanje virov stresa.	1	0,2	13	2,1	71	11,3	345	55,0	197	31,4
Stres bi bistveno zmanjšali z organizacijski ukrepi.	1	0,2	26	4,2	133	21,2	311	49,7	155	24,8
Motivacijo za sodelovanje v večja dejstva, da posameznik že ima zdravstvene težave.	3	0,5	36	5,8	228	36,8	286	46,2	66	10,7
Vključene bi morale biti aktivnosti za opuščanje kajenja.	11	1,8	33	5,3	151	24,2	275	44,1	153	24,5
Vključena bi morala biti zdrava prehrana in s tem skrb za normalno telesno težo.	2	0,3	24	3,8	93	14,9	320	51,2	186	29,8
Vključena bi morala biti gibalna aktivnost.	4	0,6	6	1,0	70	11,2	333	53,1	214	34,1
Zaposleni se programov promocije zdravja na delu udeležujejo redno in z veseljem.	29	4,8	55	9,1	223	36,8	186	30,7	113	18,6
Vključena bi morala biti informativno izobraževalna elektronska sporočila.	24	3,8	75	12,0	231	37,0	209	33,5	85	13,6

1 = nikakor se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = neopredeljen, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam, št. = število odgovorov, % = delež odgovorov

V Tabeli 7 so prikazana stališča medicinskih sester do gibalne aktivnosti v promociji zdravja na delu. Odgovori so bili podani na 5-stopenjski Likertovi lestvici, podatki prikazujejo povprečno vrednost in standardni odklon. Najmočneje izraženi stališči z visoko povprečno vrednostjo sta strinjanje, da gibalna aktivnost pripomore k zmanjševanju negativnega vpliva dela na hrbtenico in lokomotorni aparat (PV < 4,27) in pomaga zmanjševati negativne učinke stresa (PV < 4,15). Odgovori pri teh dveh



stališčih so izkazali enotnost (zmanjševanje negativnih učinkov dela na hrbtenico in lokomotorni aparat  $SD = 0,64$ , zmanjševanje negativnih učinkov stresa  $SD = 0,68$ ). Visoko povprečno vrednost ( $PV < 4,03$ ) izkazuje mnenje, da gibalna aktivnost izboljšuje vse dejavnike tveganja za zdravje, povečuje zadovoljstvo pri delu in povezanost kolektiva. Zelo močno je bilo tudi strinjanje s stališčem, da medicinske sestre med delom ne uporabljajo dvigala ( $PV < 4,17$ ). Najmanj močno izražena stališča, s povprečno vrednost ( $PV = 2,06$ ) pa so medicinske sestre pripisale strinjanju, da za gibalno aktivnost izkoristijo ponujene karte za bazen, telovadnico ali fitnes in se udeležujejo aktivnega odmora med delom ( $PV = 2,09$ ). Nekoliko večjo povprečno vrednost ima strinjanje, da naredijo vaje za hrbtenico ( $PV = 2,76$ ) in se udeležijo organiziranih pohodov ali drugih športnih dejavnosti ( $PV = 2,65$ ). Prav pri zadnjem stališču so bili tudi odgovori najbolj razpršeni ( $SD = < 1,17$ ).

**Tabela 7: Stališča medicinskih sester do gibalne aktivnosti v promociji zdravja na delu, ki se izvaja v slovenskih zdravstvenih domovih**

Stališča do gibalne aktivnosti v promociji zdravja na delu	št.	min	max	PV	SD
Izboljšuje vse dejavnike tveganja za zdravje.	629	1	5	4,03	0,74
Pomaga zmanjševati vplive stresa.	632	1	5	4,15	0,68
Pomaga zmanjševati negativne učinke dela na hrbtenico in lokomotorni aparat.	630	2	5	4,27	0,64
Povečuje povezanost med sodelavci in pripadnost kolektivu.	624	1	5	4,00	0,79
Povečuje zadovoljstvo na delu.	620	1	5	4,11	0,70
Ustanova bi morala spodbujati gibalno aktivnost medicinskih sester v delovnem času.	629	1	5	4,06	0,82
Ustanova bi morala spodbujati gibalno aktivnost medicinskih sester predvsem v prostem času.	630	1	5	3,68	0,95
Spodbujanje gibalne aktivnosti na delu pripomore k spremembi stališč glede gibalne aktivnosti nasploh.	626	1	5	3,52	1,00
Medicinske sestre v službo prihajajo s kolesom ali peš.	620	1	5	3,04	1,19
Medicinske sestre med delom ne uporabljam dvigala, ampak hodijo po stopnicah.	631	1	5	4,17	0,95
Medicinske sestre med delom večkrat naredijo vaje za hrbtenico.	626	1	5	2,76	1,12
Organiziranega aktivnega odmora se udeležujejo redno.	620	1	5	2,09	1,12
Organiziranih športnih aktivnosti ali pohodov se udeležujejo redno.	622	1	5	2,65	1,17
Izkoristijo brezplačne karte za bazen, fitnes ali telovadnico.	603	1	5	2,06	1,11
K povečanju gibalne aktivnosti pripomore tudi izobraževanje.	624	1	5	3,27	1,07
Vključena bi morala biti informativno izobraževalna elektronska sporočila o gibalni aktivnosti.	623	1	5	3,00	1,14

št. = število odgovorov, min = minimalna ocena, max = maksimalna ocena, PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5; 1 = sploh se ne strinjam, 5 = popolnoma se strinjam), SD = standardni odklon

Tabela 8 prikazuje delež opredelitve medicinskih sester na petstopenjski Likertovi lestvici do posameznega stališča do gibalne aktivnosti v promociji zdravja na delu.

**Tabela 8: Delež opredelitve medicinskih sester do posameznega stališča do gibalne aktivnosti v promociji zdravja na delu v slovenskih zdravstvenih domovih**

Stališča do gibalne aktivnosti v promociji zdravja na delu	1		2		3		4		5	
	št.	%	št.	%	št.	%	št.	%	št.	%
Izboljšuje vse dejavnike tveganja	1	0,2	21	3,3	94	14,9	354	56,3	159	25,3
Pomaga zmanjševati vplive stresa.	1	0,2	10	1,6	69	10,9	365	57,8	187	29,6
Pomaga zmanjševati učinke dela na hrbtenico in lokomotorni aparat.	0	0	7	1,1	46	7,3	347	55,1	230	36,5
Povečuje povezanost med sodelavci in pripadnost kolektivu.	2	0,3	20	3,2	123	19,7	312	50,0	167	26,8
Povečuje zadovoljstvo na delu.	1	0,2	9	1,5	87	14,0	344	55,5	179	28,9
Ustanova bi morala spodbujati gibalno aktivnost medicinskih sester v delovnem času.	3	0,5	20	3,2	116	18,4	289	45,9	201	32,0
Ustanova bi morala spodbujati gibalno aktivnost medicinskih sester predvsem v prostem času.	13	2,1	61	9,7	159	25,2	280	44,4	117	18,6
Spodbujanje gibalne aktivnosti na delu pripomore k spremembi stališč glede gibalne aktivnosti nasploh.	20	3,2	81	12,9	172	27,5	259	41,4	94	15,0
Medicinske sestre v službo prihajajo s kolesom ali peš.	59	9,5	165	26,5	175	28,5	136	21,9	85	13,7
Medicinske sestre med delom ne uporabljajo dvigala, ampak hodijo po stopnicah.	10	1,6	39	6,2	64	10,1	238	37,7	280	44,4
Medicinske sestre med delom večkrat naredijo vaje za hrbtenico.	89	14,2	181	28,9	183	29,2	136	21,7	37	5,9
Organiziranega aktivnega odmora se udeležujejo redno.	236	38,1	191	30,8	116	18,7	53	8,5	24	3,9

Stališča do gibalne aktivnosti v promociji zdravja na delu	1		2		3		4		5	
	št.	%	št.	%	št.	%	št.	%	št.	%
Organiziranih športnih aktivnosti ali pohodov se udeležujejo redno.	119	19,1	170	27,3	194	31,2	90	14,5	49	7,9
Izkoristijo brezplačne karte za bazen, fitnes ali telovadnico.	245	40,6	165	27,4	122	20,2	53	8,8	18	3,0
K povečanju gibalne aktivnosti pripomore tudi izobraževanje.	39	11,1	104	20,2	203	36,4	207	23,0	71	9,1
Vključena bi morala biti informativno izobraževalna elektronska sporočila o gibalni aktivnosti.	69	3,1	126	24,5	227	39,2	143	19,3	57	13,7

1 = nikakor se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = neopredeljen, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam, št. = število odgovorov, % = delež odgovorov

Odgovori o pogostosti gibalne aktivnosti medicinskih sester, ki jo izvajajo v prostem času, so prikazani v tabeli 9. Podatki so prikazani v obliki frekvenčne in odstotne porazdelitve. Da se z gibalno aktivnostjo ne ukvarjajo, je odgovorilo 20 (3,1 %), medicinskih sester, 156 (24,5 %) pa je odgovorilo, da se uvarjajo enkrat tedensko. Največji je delež odgovorov je (N = 249, 39,2 %), da se z gibalno aktivnostjo ukvarjajo trikrat tedensko. Da se ukvarjajo z gibalno aktivnostjo v prostem času petkrat tedensko je odgovorilo 123 (19,3 %) medicinskih sester, nekoliko manjši pa je delež (N = 87, 13,9 %) medicinskih sester, ki se z gibalno aktivnostjo ukvarja vsak dan.

**Tabela 9: Delež odgovorov medicinskih sester glede pogostosti gibalne aktivnosti v prostem času**

Tedenska pogost telesne aktivnosti	št.	%
Se ne ukvarjam z gibalno aktivnostjo	20	3,1
Enkrat tedensko	156	24,5
Trikrat tedensko	249	39,2
Petkrat tedensko	123	19,3
Vsak dan	87	13,9

št. = število odgovorov, % = delež odgovorov

Ovire za večjo gibalno aktivnost, ki so jih navedle medicinske sestre, pa so prikazane v tabeli 10. Podatki so prikazani v obliki frekvenčne in odstotne porazdelitve. Največji delež (86,1 %) ovir za gibalno aktivnost, ki so jih navedle medicinske sestre, je porazdeljeno med tri glavne vzroke: pomanjkanje časa (N = 261, 47,5 %), preutrujenost

(N = 112, 20,4 %) in pomanjkanje motivacije (N = 100, 18,2 %). Ostali trije vzroki skupaj predstavljajo veliko manjši delež (6,4 %). Ta delež predstavljajo odgovori: da nimajo možnosti (N = 17, 3,1 %), da jih ovira kronična bolezen (N = 15, 2,7 %), da imajo druge obveznosti, kot je delo doma, študij, varstvo otrok (N = 10, 1,8 %), 35 (6,4 %) medicinskih sester je odgovorilo, da za gibalno aktivnost v prostem času nima ovir.

**Tabela 10: Delež odgovorov medicinskih sester glede ovir za gibalno aktivnost v prostem času**

Ovire za gibalno aktivnost	št.	%
Nimam časa.	261	47,5
Nimam možnosti.	17	3,1
Nimam prave motivacije.	100	18,2
Sem preutrujen/a.	112	20,4
Ovira me kronična bolezen.	15	2,7
Druge obveznosti (delo doma, študij, varstvo otrok).	10	1,8
Ni ovir.	35	6,4

št. = število odgovorov, % = delež odgovorov

Medicinske sestre smo spraševali tudi o udeležbi v programih za zdravje, ki so organizirani v večini zdravstvenih domov v okviru programa "Svetovanje za zdravje", izvajajo se v zdravstveno vzgojnih centrih in ne spadajo k promociji zdravja na delu. Navečji je delež (N = 297, 47,2 %) medicinskih sester, ki so se udeležile testa hoje, nekoliko manjši je delež (N = 118, 18,8 %) udeležencev telesne dejavnosti in delež (N = 175, 27,9 %) udeležencev v delavnicah z drugimi vsebinami. Rezultati so prikazani v tabeli 11 v obliki frekvenčne in odstotne porazdelitve.

**Tabela 11 Delež udeležbe medicinskih sester v programih za zdravje, ki se ne izvajajo v okviru promocije zdravja na delu**

Program za zdravje	da		ne	
	št.	%	št.	%
Udeležba v programih za zdravje	175	27,9	453	72,1
Udeležba v programih CINDI za telesno aktivnost	118	18,8	509	81,2
Test hoje	297	47,2	332	52,8

št. = število odgovorov, % = delež odgovorov

Načrtovanje programov promocije zdravja lahko poteka na različne načine. Rezultati v tabeli 12, prikazujejo povprečno vrednost in standardni odklon za stališča, ki se nanašajo na načrtovanje promocije zdravja na delu.

**Tabela 12: Stališča medicinskih sester do načrtovanju promocije zdravja na delu**

Načrtovanje promocije zdravja na delu	št.	min	max	PV	SD
Vključeni so tudi zaposleni	636	1	5	4,33	0,72
Načrtovana je na podlagi mnenj zaposlenih (anketiranja)	632	1	5	3,64	0,94
Načrtovana je na podlagi dejavnikov tveganja (poročila medicine dela, bolniške odsotnosti)	630	1	5	3,56	0,99
Načrtovana je na dejavnikov tveganja (Ocena tveganja)	630	1	5	3,82	0,95

št. = število odgovorov, min = minimalna ocena, max = maksimalna ocena, PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5; 1 = sploh se ne strinjam, 5 = popolnoma se strinjam), SD = standardni odklon

Za potrjevanje Hipoteze 1, da se v slovenskih zdravstvenih domovih, kjer so v načrtovanje programov promocije zdravja na delu aktivno vključene tudi zaposlene medicinske sestre, statistično značilno izvaja več različnih oblik promocije zdravja na delu kot v zdravstvenih domovih, kjer načrtovanje poteka samo na ravni vodstva, smo uporabili t-test neodvisnih vzorcev. Na podlagi t-testa neodvisnih vzorcev lahko trdimo, da se v zdravstvenih domovih, kjer so v načrtovanje programov promocije zdravja na delu vključene tudi zaposlene medicinske sestre, statistično značilno izvaja več različnih oblik promocije zdravja na delu kot v zdravstvenih domovih, kjer načrtovanje poteka samo na ravni vodstva ( $t = -3,550$ ,  $p = 0,001$ ). Trditev postavljamo pri stopnji statistične značilnosti  $p < 0,05$ .

Za potrjevanje Hipoteze 2, da so v delovnem okolju, kjer poteka več vrst programov promocije zdravja na delu, tudi stališča medicinskih sester do promocije zdravja na delu bolj pozitivna, smo uporabili one-way ANOVA, s Tukey post-hoc testom. Odvisna spremenljivka je sklop vprašanj o stališčih medicinskih sester do promocije zdravja na delu. Neodvisna spremenljivka pa so programi promocije zdravja pri delu, ki se izvajajo v zdravstvenih domovih v Sloveniji. Zaradi zagotavljanja zadostne velikosti v podvzorcih smo naknadno formulirani tri skupine. Prva skupna so zdravstveni domovi, ki izvajajo do 4 programe promocije zdravja na delu, druga skupina so zdravstveni domovi, kjer se izvaja od 5 do vključno 9 programov promocije zdravja na delu, v tretjo skupino pa smo uvrstili zdravstvene domove, ki izvajajo 10 ali več programov promocije zdravja na delu. V povprečju imajo zaposlene medicinske sestre v zdravstvenih domovih, ki izvajajo 10 ali več programov promocije zdravja na delu, bolj pozitivna stališča od medicinskih sester, kjer izvajajo od 5 do 9 oblik promocije zdravja. Medicinske sestre v zdravstvenih domovih, kjer izvajajo do 4 oblike promocije zdravja,

pa imajo najmanj pozitivna stališča do promocije zdravja na delu. Na podlagi One-way ANOVA testa lahko trdimo, da obstajajo statistično značilne razlike v stališčih medicinskih sester do promocije zdravja pri delu, glede na število izvajanih programov promocije zdravja pri delu. Trditev postavljamo pri stopnji statistične značilnosti ( $F = 4,098$ ,  $p = 0,017$ ).

Na podlagi Tukey post-hoc testa lahko trdimo, da so stališča medicinskih sester bolj pozitivna v tistih zdravstvenih domovih, ki izvajajo 10 ali več programov promocije zdravja pri delu. Trditev postavljamo pri stopnji statistične značilnosti alfa = 5 %.

Za potrjevanje Hipoteze 3, da so medicinske sestre, ki delajo v delovnem okolju, kjer so organizirani programi promocije zdravja povezani z gibalno aktivnostjo bolj gibalno dejavne tudi v prostem času, smo uporabili test Hi–kvadrat. Na podlagi rezultatov Hi–kvadrat testa nismo mogli potrditi hipoteze (Hi-kvadrat = 4,726,  $p = 0,579$ ), da obstajajo statistično značilne povezave med programi promocije zdravja na delu v smislu gibalne aktivnosti, ki se izvajajo v delovnem okolju z gibalno aktivnostjo medicinskih sester v prostem času.

Za preverjanje hipoteze 4, da z multivariatnim modelom lahko določimo napovedne dejavnike večje gibalne aktivnosti pri medicinskih sestrah, smo uporabili multivariatno metodo multiple logistične regresije. V univariatni analizi smo izračunali korelacijske koeficiente med odgovorom »Kolikokrat na teden ste gibalno aktivni vsaj 30 minut v prostem času?« in neodvisnimi spremenljivkami. Tabela 13 prikazuje korelacijske koeficiente in p-vrednosti spremenljivk, ki so dosegle p-vrednost  $< 0,05$ .

**Tabela 13: Korelacijska tabela med »Kolikokrat na teden ste gibalno aktivni vsaj 30 minut v prostem času?« in neodvisnimi spremenljivkami**

	Pearsonov korelacijski koeficient	p
Tečaj varne vožnje	0,095	0,017*
Spol	-0,090	0,023*
Estetska ureditev delovnih mest	0,082	0,038*
Brezplačna karta za kopališče	0,082	0,039*
Število oblik promocij zdravja pri delu, ki se izvajajo v ustanovi	0,076	0,055
Izobraževanje iz tem preprečevanja incidentov in poškodb	0,073	0,067
Delovno mesto	0,068	0,088

\*Statistično značilna korelacija

Iz neodvisnih spremenljivk, ki so v univariatni analizi dosegle p vrednost  $< 0,05$ , smo z multiplo logistično regresijo za novo spremenljivko »v prostem času gibalno aktivni vsaj 30 minut 3 in večkrat tedensko« izdelali statistični model (tabela 14), ki pa pojasnjuje le 3,4 % variance opazovanih dejavnikov večje gibalne aktivnosti medicinskih sester v njihovem prostem času.

Estetska ureditev delovnih mest neodvisno napoveduje večjo verjetnost, da so medicinske sestre gibalno aktivne vsaj 30 minut tri in večkrat tedensko ( $p = 0,039$ ). Čeprav smo dokazali, da lahko izdelamo model, s katerim določimo napovedne dejavnike večje gibalne aktivnosti pri medicinskih sestrah, ta pojasnjuje zanemarljiv del variance in s tem povezanosti med promocijo zdravja na delu in v prostem času.

**Tabela 14: Multipla logistična regresija spremenljivke »v prostem času gibalno aktivni vsaj 30 minut tri in večkrat tedensko« s spremenljivkami spol, delovno mesto, tečaj varne vožnje, estetska ureditev delovnih mest, brezplačna karta za kopališče, število oblik promocij zdravja pri delu, ki se izvajajo v ustanovi, izobraževanje iz tem preprečevanja incidentov in poškodb (-2 Log likelihood = 733,7, Nagelkerke R kvadrat = 0,034,  $p < 0,001$ ).**

	B	p	Exp. (B)	95-odstotni interval zaupanja	
				spodnji	Zgornji
Konstanta	1,027				
Estetska ureditev delovnih mest	0,414	<b>0,039</b>	1,513	1,021	2,241
Spol	-0,346	0,339	0,707	0,348	1,438
Tečaj varne vožnje	0,364	0,117	1,440	0,913	2,269
Izobraževanje iz tem preprečevanja incidentov in poškodb	0,283	0,217	1,327	0,847	2,081
Brezplačna karta za kopališče	0,118	0,680	1,126	0,641	1,977
Število oblik promocij zdravja pri delu, ki se izvajajo v ustanovi	-0,051	0,200	0,950	0,879	1,027
Delovno mesto	0,128	0,086	1,137	0,982	1,316

P = Statistična značilnost

V primeru, da v multiplo logistično regresijo vključimo samo tiste neodvisne spremenljivke, ki so v univariatni analizi dosegle p-vrednost  $< 0,05$  (tabela 13), potem z multiplo logistično regresijo za novo spremenljivko »v prostem času gibalno aktivni

vsaj 30 minut 3 in večkrat tedensko« dobimo statistični model (tabela 15), ki pa pojasnjuje samo 2,4 % variance opazovanih dejavnikov večje gibalne aktivnosti medicinskih sester v njihovem prostem času.

Estetska ureditev delovnih mest ponovno neodvisno napoveduje večjo verjetnost, da so medicinske sestre gibalno aktivne vsaj 30 minut tri in večkrat tedensko ( $p = 0,032$ ). Čeprav smo tudi z manjšim številom spremenljivk ponovno dokazali, da lahko izdelamo model, s katerim določimo napovedne dejavnike večje gibalne aktivnosti pri medicinskih sestrah, le-ta pojasnjuje zanemarljiv del variance in s tem povezanosti med promocijo zdravja na delovnem mestu in v prostem času.

**Tabela 15: Multipla logistična regresija spremenljivke »v prostem času gibalno aktivni vsaj 30 minut tri in večkrat tedensko« s spremenljivkami spol, tečaj varne vožnje, estetska ureditev delovnih mest, brezplačna karta za kopališče, (-2 Log likelihood = 738,5, Nagelkerke R kvadrat = 0,024,  $p < 0,001$ ).**

	B	P	Exp. (B)	95-odstotni interval zaupanja	
				spodnji	zgornji
Konstanta	1,472				
Estetska ureditev delovnih mest	0,394	<b>0,032</b>	1,483	1,034	2,128
Spol	-0,426	0,232	0,653	0,325	1,314
Tečaj varne vožnje	0,301	0,158	1,351	0,890	2,050
Brezplačna karta za kopališče	0,116	0,677	1,123	0,650	1,940

P = Statistična značilnost

### 3.5 RAZPRAVA

Za današnji čas je značilen vedno bolj dinamičen tempo življenja in vse zahtevnejši pogoji dela, zato je neizogibno, da zaposleni iščejo poti, kako bi uskladili svoje poklicno delo in zasebno življenje in pri tem ohranili svoje zdravje in delovno učinkovitost. Zakonodajca v Sloveniji delodajalcem nalaga skrb za zdravje svojih zaposlenih z organizacijo Promocije zdravja na delu. Nekateri tuji avtorji, med njimi tudi Chan in Perry (2012) so ugotovili, da so medicinske sestre redko ciljna skupina promocije zdravja na delu, zato je bil prvi cilj naše raziskave ugotoviti prisotnost in



organiziranost programov promocije zdravja na delu, ki so organizirani v slovenskih zdravstvenih domovih in se jih udeležujejo zaposlene medicinske sestre. V našo raziskavo so bile vključene štiri petine vseh zdravstvenih domov v Sloveniji, tudi številčnost vzorca je bila relativno velika, tako menimo, da bi nekatere ugotovitve naše raziskave lahko posplošili za vse zaposlene medicinske sestre v zdravstvenih domovih v Sloveniji. Podatke o vrstah programov promocije zdravja na delu smo zbirali z zaprtim tipom vprašanj, ki so vnaprej ponudila nabor programov in še možnost, da so anketiranci dopisali programe, ki niso bili ponujeni na vprašalniku. Medicinske sestre, ki so sodelovale v raziskavi, niso dopisale nobenega dodatnega programa promocije zdravja pri delu. Rezultati naše raziskave so pokazali, da je vsaj en program promocije zdravja na delu organiziran v skoraj vseh zdravstvenih domovih, ki so sodelovali. Spoznanje, da zdrav delavec dela kakovostno, je zanesljiv in visoko produktiven, so številna podjetja v svetu že vgradila v svojo organiziranost in skrb za zdravje zaposlenih. Poklicno delo medicinskih sester je zahtevno in odgovorno, obremenitve pri delu so v največji meri povezane s stresom. Avtorji Magnavita, et al. (2014) menijo, da je potrebno za zdravstvene delavce aktivno usmeriti zdravstveni nadzor v preprečevanje nastanka škode zaradi poklicne izpostavljenosti, delovno okolje pa vidijo kot idealno mesto za aktivnosti promocije zdravja na delu. V raziskavi Juszczuk, et al. (2012) so avtorji ugotovili, da se manjša podjetja večinoma odločajo samo za eno obliko programov promocije zdravja. Rezultati naše raziskave so pokazali, da so v okviru promocije zdravja na delu v največjem obsegu organizirana razna izobraževanja in programi povezani z gibalno aktivnostjo, ostali programi pa so organizirani v manjšem deležu. V izobraževanja so vključene teme o preprečevanju incidentov in poškodb na delu, izobraževanja za preprečevanje in zmanjševanje stresa, izobraževanja preprečevanja konfliktov in nasilja ter izobraževanja za zdrav življenjski slog. Devet desetih vseh sodelujočih medicinskih sester v naši raziskavi je odgovorilo, da se jim zdi izobraževanje pomembno, to izkazuje tudi visoka povprečna ocena odgovorov. Pomembnost izobraževanja v promociji zdravja na delu sta pokazala tudi avtorja raziskave Zeller in Levin (2013), ki pravita, da je v delovnih okoljih medicinskih sester potrebno narediti nekatere organizacijske spremembe, hkrati pa je pomembno na dokazih podprto usposabljanje za povečanje zavedanja o razmerah in pozitivnih odzivih na stresne situacije in s tem dvigovanje kakovosti življenja na delovnem mestu. V

nekaterih drugih raziskavah (El Dib, et al., 2012) pa smo našli dokaze, da imajo informacije, ki so podane individualno ali v obliki predavanj, pomemben vpliv na spremembo ravnanja zaposlenih. V praksi pa je izobraževanje v delovnih okoljih medicinskih sester gotovo specifično, saj o promociji zdravja medicinske sestre veliko vedo, že zaradi svojih poklicnih kompetenc, potrebno je paziti, da so izobraževanja zanimiva in pritegnejo poslušalca. Peršolja Černe (2011) ugotavlja, da je pogosto v okoljih, kjer je splošna obveščenost velika, zanimanje za poglobljeno znanje nižje.

V naši raziskavi je le nekaj več kot četrtnina sodelujočih medicinskih sester odgovorila, da imajo v zdravstvenem domu organiziran tečaj varne vožje. Medicinske sestre so v zdravstvenih domovih v Sloveniji poleg dela znotraj ustanove zaposlene tudi na delovnih mestih v patronažnem zdravstvenem varstvu in dežurni službi, kjer dnevno svoje delo opravljajo tudi na terenu in zato opravljajo tudi službene vožnje. V naši raziskavi je delež v vzorcu medicinskih sester, zaposlenih v patronažnem varstvu in dežurni službi, predstavljal nekaj nad polovico vseh sodelujočih. Iz ugotovljenih podatkov vidimo, da bi v zdravstvenih domovih v Sloveniji temu področju promocije zdravja na delu v bodoče morali posvetiti več pozornosti. Službene vožnje predstavljajo dejavnike tveganja za poškodbe v prometu. Z izobraževanjem in udeležbo na tečajih varne vožnje bi lahko spremenili ravnanje zaposlenih in s tem zmanjšali dejavnike tveganja. Podobno navajajo tudi avtorji raziskave Chau, et al. (2010), da preventivni ukrepi in izobraževanje prispevajo k zmanjšanju poškodb. Poškodbam so bolj izpostavljeni mlajši delavci. V raziskavi Lander, et al. (2014) so v sedemletnem obdobju spremljali incidenco poškodb. Ugotovili so, da se pogosteje poškodujejo mlajši kot starejši delavci in da je delež poškodb najmanjši v delovnih okoljih, kjer je največje tveganje za poškodbe, ker so temu področju posvetili več pozornosti. Stergar in Urdih Lazar (2012) pa poudarita, da je odgovornost tudi na strani delavca, saj mora pri delu upoštevati navodila in predpise za varno delo.

Zdrava prehrana omogoča optimalno psihofizično delovanje človeka, povečuje splošno odpornost in dviguje delovno storilnost. Samo nekaj več kot odstotek vprašanih medicinskih sester, zaposlenih v zdravstvenih domovih v Sloveniji, je odgovorilo, da imajo organizirano prehrano med delovnim časom. Stališča medicinskih sester, ki so

sodelovale v raziskavi, pa so v več kot tri četrtinskem deležu odgovorov izkazovala, da bi zdrava prehrana med delovnim časom morala biti organizirana. Povprečna ocena odovorov je bila med strinjanjem in popolnim strinjanjem, tudi razpršenost odgovorov ni velika. Hlastan Ribič in Kranjc (2014) navajata, da imajo prebivalci Slovenije v povprečju nezdrave prehranjevalne navade, ki po izsledkih številnih raziskav dokazujejo povezavo s pojavom kroničnih nenalezljivih bolezni. Nezdrave prehranjevalne navade spadajo v skupino dejavnikov tveganja, ki jih z zdravim življenjskim slogom lahko obvladamo. Čargan (2010) v svoji magistrski nalogi predstavi slovenski program promocije zdravja na delu z naslovom Čili na delo, ki želi v slovenskem prostoru ozaveščati delavce in delodajalce o zdravem življenjskem slogu in o oblikovanju zdravju naklonjenih razmer na delovnem mestu. Kot pomanjkljivost programa navede odsotnost vsebin s področja zdrave prehrane delavcev. Pri pregledu tuje literature smo našli raziskave s področja zdrave prehrane v promociji zdravja na delu največkrat v povezavi z debelostjo in s spodbujanjem zdravega življenjskega sloga zaposlenih. Iz rezultatov naše raziskave je razvidno, da zdravstveni domovi za svoje zaposlene na področju zdrave prehrane do zdaj niso storili veliko. V bodoče bi bilo potrebno na tem pomembnem in spregledanem področju v okviru promocije zdravja na delu narediti še marsikaj.

Medicinske sestre naj bi že zaradi poklicnih kompetenc dobro poznale področje promocije zdravja, katerega izvajalke so mnogokrat tudi same. V drugem cilju naše raziskave smo želeli ugotoviti, kakšna so stališča medicinskih sester do programov promocije zdravja in posebej do gibalne aktivnosti, kadar so ciljna skupina promocije zdravja medicinske sestre same. Rezultati naše raziskave so bili zaradi poklicnih kompetenc medicinskih sester pričakovani, saj so pokazali, da so se v veliki meri strinjale, da je promocija zdravja na delu z vključeno gibalno aktivnostjo koristna, saj je bila povprečna ocena odgovorov med strinjanjem in popolnim strinjanjem. Več kot tri četrtine vprašanih se je strinjalo, da promocija zdravja na delu in vključevanje gibalne aktivnosti pomaga ohranjati zdravje zaposlenih, da pomaga pri preprečevanju kroničnih nenalezljivih bolezni in pozitivno vpliva na življenjski slog. Po drugi strani pa ima promocija zdravja na delu koristi tudi za delovno vzdušje, pripomore k boljšemu timskemu delu in povezanosti med sodelavci, povečuje zadovoljstvo pri delu, krepi

pripadnost kolektivu in tudi poklicu. Kljub temu, da so bila stališča medicinskih sester o pomembnosti promocije zdravja na delu v naši raziskavi zelo pozitivna, pa rezultati kažejo, da se samo slaba polovica medicinskih sester programov promocije zdravja udeležuje redno. Povprečna ocena odgovorov je med neopredeljenostjo in strinjanjem, rezultati pa kažejo tudi veliko neenotnost v odgovorih. V raziskavi Chiou, et al. (2014) so ugotovili, da imajo medicinske sestre slabe navade v zvezi z zdravjem in najnižjo raven udeležbe v programih za zdravje od vseh poklicnih skupin v bolnišnicah. Podobne ugotovitve navaja tudi raziskava Rongen, et al. (2014, p. 575), kjer so pokazali, da je sodelovanje v programih promocije zdravja na delu skromno. V njihovi raziskavi se je samo četrtnina zaposlenih odzvala povabilu k sodelovanju in le desetina je v teh programih tudi dejansko sodelovala. Želeli so odkriti razloge za slabšo udeležbo v ponujenih programih in ponuditi rešitve. Ugotovili so, da se je udeležba nekoliko povečala, če so se prilagodile vsebine programov, avtorji navajajo, da je vsekakor prvi korak pozitiven odnos zaposlenih in podpora sodelavcev. Svoje ugotovitve pa zaključujejo z mnenjem, da bi bila potrebna nova raziskava na področju kognitivne motivacije, kar bi bilo po našem mnenju potrebno storiti tudi v slovenskih zdravstvenih domovih.

Delovno mesto je potrebno urediti ergonomsko, kar pomeni, da je prilagojeno delavcu tako, da mu olajša delovna opravila, ob tem pa upošteva tudi posebnosti in omejitve, s tem pa se zmanjša tveganje za nastanek bolezni ali poškodb. Literatura (Fiedler, et al., 2012) se strinja, da morajo biti tudi delovna mesta medicinskih sester prilagojena specifičnosti njihovega dela, saj se s tem odpravljajo tveganja za nastanek različnih bolezni ali okvar. Tudi rezultati naše raziskave so pokazali podobne rezultate. Medicinske sestre so se v kar devetih desetinah odgovorov strinjale, da ergonomska ureditev delovnih mest pripomore k izboljšanju zdravja zaposlenih. Povprečne ocene odgovorov so bile zelo visoke med strinjanjem in popolnim strinjanjem, prav tako pa je bila izkazana velika enotnost odgovorov, nihče od vprašanih ni izkazal popolnega nestrinjanja.

Raziskavi avtorjev Schell, et al. (2011) in Soares, et al. (2012) sta ugotovili, da je poleg ergonomske ureditve delovnih mest pomembna tudi estetska ureditev. Avtorji Schell,

et al. (2011) navajajo raziskave iz sedemdesetih let prejšnjega stoletja, ki so izpostavile delo v lepih prostorih kot dejavnik, ki vpliva na dobro počutje in zadovoljstvo pri delu. Avtorji so ugotovili tudi, da so kasnejše raziskave o tej temi redke, raziskovalci se pri raziskovanju delovnega okolja večinoma osredotočijo na ergonomski vidik. Avtorji raziskave Soares, et al. (2012) so poudarili, da so estetske ocene zaposlenih subjektivne, vendar rezultati njihove raziskave kažejo povezavo s stresom, s psihično zahtevnim delom, s problemi na delu, spanjem, pa tudi s kostno mišičnimi bolečinami. Avtorji Soares, et al. (2012) navajajo, da so sodelujoči v njihovi raziskavi pokazali večjo potrebo po estetskih kot ergonomskih izboljšavah v delovnem okolju. Rezultati naše raziskave glede pomembnosti estetske ureditve delovnih mest v primerjavi z ergonomsko so izkazovali skoraj enake rezultate. Podobno kot pri vprašanju ergonomske ureditve delovnih mest se je tudi tu devet desetih zaposlenih v zdravstveni negi strinjalo, da je estetska ureditev pomembna, izkazana je bila velika enotnost v odgovorih, nihče pa ni odgovoril s popolnim nestrinjanjem. Rezultati naše raziskave kot tudi raziskav iz literature nakazujejo, da je estetska ureditev delovnih mest pomembno in spregledano področje v promociji zdravja na delu tudi v slovenskem prostoru. Za podrobnejšo razjasnitev tega področja bo potrebno počakati na rezultate bodočih raziskav.

Številne raziskave, med njimi tudi raziskava Zeller in Levin (2013), navajajo, da je stres v delovnih okoljih medicinskih sester stalno prisoten. Rezultati naše raziskave kažejo, da bi za izboljšanje zdravja medicinskih sester v promocijo zdravja na delu morali vključiti programe za preprečevanje in zmanjševanja stresa. Strinjanje s to trditvijo je izkazalo skoraj devet desetih vprašanih, odgovori izkazujejo tudi visoko povprečno oceno in enotnost odgovorov. Da je zavedanje problematike stresa med medicinskimi sestrami veliko, je potrdila tudi raziskava Chiou, et al. (2014), ki je ugotovila, da so se medicinske sestre udeležile predavanj o prilagajanju na stres pogosteje kot druge poklicne skupine. Prav tako odgovori medicinskih sester izkazujejo visoko mero strinjanja, da bi že organizacijski ukrepi lahko zmanjšali stres na delovnem mestu. Podobno je avtor raziskave Huddleston (2014) mnenja, da že majhne spremembe v organizaciji dela naredijo delovno okolje bolj zdravo, saj to zbuja občutek zadovoljstva, avtonomije in učinkovitost pri delu, hkrati pa je oskrba pacientov kakovostnejša in bolj

varna. Od medicinskih sester, ki izkazujejo visoko stopnjo zadovoljstva z delom, lahko pričakujemo učinkovitejše sodelovanje znotraj tima, boljše medosebne odnose, večjo stopnjo zadovoljstva pacientov, manjši pojav stresa in manjšo mero čustvene izgorelosti na delovnem mestu (Prosen, 2010). V raziskavi Marsh (2012) so našli dokaze, da je čustvena izčrpanost in izgorelost zelo tesno povezana z zadovoljstvom pri delu. Literatura kot pomemben stresni dejavnik navaja nočno in turnusno delo. Avtorji raziskave Niu, et al. (2011) za nočno delo pravijo, da vpliva na delovno zmožnost in povzroča motnje v cirkadianem ritmu, ki ima za posledico slabšo kakovost spanja, kronično utrujenost, zmanjšano pozornost, slabšo mentalno učinkovitost in splošni občutek nelagodja. Rezultati raziskave de Cordova, et al. (2012) pa nakazujejo tudi negativen vpliv na varnost zdravstvene obravnave.

Problem kajenja medicinskih sester nekatere raziskave izpostavijo v povezavi s povečano stopnjo stresa. V naši raziskavi rezultati glede stališča do vključevanja programov za zmanjševanje kajenja v promocijo zdravja na delu pri medicinskih sestrah v slovenskih zdravstvenih domovih kažejo precej veliko razpršenost odgovorov, povprečna ocena odgovorov je med neopredeljenostjo in strinjanjem, kar morda kaže na pomisleke medicinskih sester, da bi uvedba teh programov v promocijo zdravja na delu tudi dejansko prinesla rezultate v izboljšanje zdravja zaposlenih, saj to področje že ureja veljavna zakonodaja. Raziskava Bregar, et al. (2011) meni, da je za zmanjševanje dejavnika tveganja kajenja potrebno najprej narediti nekaj na področju zmanjševanja stresa. Podobne trditve navaja tudi raziskava Tucker, et al. (2010) in sicer, da je zdravje medicinskih sester mogoče izboljšati z osredotočenjem na dejavnike tveganja v delovnem okolju, potrebno je zavzeti strategije za zmanjšanje virov stresa na delovnem mestu in doma ter se usmeriti v reševanje konfliktov. Janyam (2011) pravi, da imajo zadovoljni delavci manj zdravstvenih težav.

V naši raziskavi se tri četrtine medicinskih sester strinja, da bi bilo v promocijo zdravja na delu potrebno vključiti aktivnosti za preprečevanje nasilja s strani pacientov. Povprečna ocena odgovorov v naši raziskavi izkazuje strinjanje, razpršenost odgovorov je srednja, kar kaže, da medicinske sestre v zdravstvenih domovih v Sloveniji nasilje s strani pacientov zaznavajo kot problem. Raziskava Edward, et al. (2014) v

sistematičnem pregledu raziskav navaja, da so medicinske sestre pogosteje kot drugi zdravstveni delavci izpostavljeni nasilju s strani pacientov in njihovih svojcev. Verbalno nasilje je splošno prisotno, medtem ko je fizično nasilje najpogostejše v ustanovah, ki skrbijo za duševno zdravje, v domovih za ostarele in v urgentni službi. Avtorji so ugotovili, da se je agresija kazala ob neposredni skrbi za pacienta, pogosteje so bile bolj izpostavljene mlajše medicinske sestre, ki so bile manj izkušene. Nekatere tuje raziskave v zadnjih letih kažejo, da je agresivno vedenje pacientov v porastu. Rezultati raziskave Bigham (2014 p. 489) so pokazali, da zaposleni na področju zdravstvene nege, ki delajo kot reševalci, pogosto doživijo nasilje s strani pacienta, najpogosteje verbalnega, v četrtini primerov pa tudi fizičnega. Raziskovalci menijo, da bi bilo potrebno najti učinkovite strategije za zmanjšanje agresivnih dogodkov in s tem zmanjšati stres in slabe občutke pri zaposlenih. Avtorji raziskave Edward, et al. (2014) menijo, da je zaradi varnosti medicinskih sester potrebno vpeljati programe, ki bodo medicinskim sestram omogočale razpravo o incidentih, tako potencialnih kot dejanskih. Ustanove morajo zaposlenim ponuditi možnost izobraževanj, ki bodo opozarjala na potencialne sprožilce agresivnega vedenja. Na komunikacijski slog osebjah lahko vpliva starost, izkušnje, stopnja izgorelosti, časovni pritiski, na kognitivni ravni pa odgovornost medicinske sestre do bolnika, kulturno ozadje in usposabljanje za komunikacijo, ki pri pacientu ne zbuja občutkov ogroženosti.

V sodobnem svetu vse več informacij dobimo v elektronski obliki. V našo raziskavo smo vključili vprašanje, ki se je nanašalo na stališče do promocije zdravja, ki bi potekala preko elektronskih sporočil v zvezi s promocijo zdravja nasploh in še posebej z vključenostjo gibalne aktivnosti. Da bi promocija zdravja na delu potekala tudi v obliki elektronskih sporočil, se je strinjala slaba tretjina vprašanih medicinskih sester. Povprečna ocena je izkazovala neopredeljenost in neenotnost odgovorov. Povprečna starost zaposlenih v zdravstveni negi, ki so sodelovali v naši raziskavi, je bila 42 let. Komuniciranje preko elektronskih medijev je na splošno razširjeno predvsem v mlajši generaciji, morda je tu razlog za slabšo povprečno oceno. Raziskava Peršolja Černe (2011) ugotavlja, da je pomanjkljivost programov promocije zdravja na delu uporaba tradicionalnih metod dela, netradicionalne oblike promocije zdravja, kot je uporaba elektronskih medijev v promociji zdravja pa vsekakor predstavlja izziv predvsem za

pridobitev mlajše generacije, ki se na tradicionalne oblike dela slabše odziva in so za mljašo generacijo manj zanimive. Da bi lahko bolje opredelili vlogo sodobnih elektronskih medijev v promociji zdravja na delu, bi morali to področje še dodatno raziskati. Če predpostavljamo, da bi programi promocije zdravja na delu zajeli predvsem mlajšo generacijo, bi na ta način vplivali na sedanje dejavnike tveganja in s tem ohranili zdravje tudi mlajše generacije medicinskih sester.

V preteklosti so v raziskavah dobro opredelili absentizem, to je odsotnost z dela zaradi bolezni ali poškodbe, veliko je povedanega o njegovem zmanjševanju in hitrejšemu vračanju nazaj na delo dalj časa, zaradi bolezni ali poškodb, odsotnih delavcev. Novejše raziskave zadnjih nekaj let pa v večji meri kot absentizem zaznavajo problem prezentizma, ki je opredeljen kot prisotnost na delu, kjub zdravstvenim težavam, delavec je na delu prisoten, vendar njegovo delo ni zanesljivo in učinkovito. V naši raziskavi je tri četrtine vprašanih medicinskih sester, ki so zaposlene v slovenskih zdravstvenih domovih, odgovorilo, da na delo pridejo, čeprav imajo zdravstvene težave. Povprečna ocena odgovorov na petstopenjski lestvici je izkazala nestrinjanje in razpršenost odgovorov. Da pridejo na delo, ker jim odsotnost pomeni izpad zaslužka, je odgovorilo manj kot petina vprašanih medicinskih sester. Več kot polovica vprašanih pa se je strinjala, da na delo ob zdravstvenih težavah pride zaradi razmer na delovnem mestu in zavedanja, da bi ob odsotnosti njihovo delo, poleg svojega, morali opraviti sodelavci. V raziskavi d'Errico, et al. (2014) so našli podobne rezultate, v splošni populaciji je bil prezentizem izkazan v polovici primerov, pri medicinskih sestrah pa kar v sedemdesetih odstotkih primerov. V raziskavi Klein (2013), v kateri so sodelovali zdravniki, je bil delež prezentizma ugotovljen v devetdesetih odstotkih, medtem ko je bila odsotnost z dela nizka. Literatura prezentizem pri medicinskih sestrah in zdravstvenih delavcih nasploh zaznava kot velik problem, saj poveča delež napak, ogrožena je varnost pacientov. V Sloveniji je bila opravljena raziskava Škerjanc in Dodič Fikfak (2014) o prezentizmu pri invalidih, zaposlenih v Kliničnem centru v Ljubljani, ki je ugotovila, da je glavni razlog za prezentizem njihova okvara zdravja in tudi njihov ekonomski položaj. Da je prezentizem problem pri medicinskih sestrah, zaposlenih v zdravstvenih domovih v Sloveniji, je zaznala tudi naša raziskava. Rezultati naše raziskave nakazujejo, da so medicinske sestre pripadne svojemu delu, da je



ekonomski vidik prisoten v manjši meri, da medicinske sestre odsotnost z dela zaznajo kot večji problem kot prisotnost z zdravstvenimi težavami. Prezentizem je v Sloveniji na splošno slabo raziskan problem, prezentizem pri zaposlenih v zdravstvu pa je bil raziskan samo pri invalidih, zaposlenih v Kliničnem centru v Ljubljani. Da bi lahko bolje razumeli, opredelili in tudi sprejeli ukrepe za zmanjšanje prezentizma pri medicinskih sestrah, bi morali področje prezentizma v Sloveniji dodatno raziskati.

Uspešnost programov promocije zdravja na delu literatura povezuje z načrtovanjem, ki mora izhajati iz dejanskih obremenitev dela in potreb zaposlenih. Raziskava Magnavita, et al. (2014) kot ključni dejavnik uspešnosti programov promocije zdravja na delu navaja sodelovanje zaposlenih. Veliko poklicnih obremenitev, kot so nočno in izmensko delo, utrujenost, obremenitve z vožnjo je mogoče učinkovito izboljšati samo z ozaveščanjem in sodelovanjem zaposlenih, ki morajo spremeniti svoje navade v življenjskem slogu. V naši raziskavi smo testirali prvo hipotezo, da se v zdravstvenih domovih, kjer so v načrtovanje promocije zdravja na delu aktivno vključene tudi zaposlene medicinske sestre, izvaja več programov promocije zdravja na delu in jo tudi potrdili. Rezultati nakazujejo dobro sodelovanje vodstva in zaposlenih medicinskih sester, nakazujejo pa tudi, da so programi promocije zdravja na delu v zdravstvenih domovih v Sloveniji usmerjeni k problemom in obremenitvam, ki jih imajo medicinske sestre, kar iz trditev literature nakazuje dobro podlago za uspešnost programov promocije zdravja na delu. Raziskava Robertson, et al. (2013) je ugotovila, da so zaposleni z iskanjem idej za aktivnosti, ki so bile usmerjene v trenutne probleme, izboljševali delovne pogoje. Na ta način se je izboljševalo dobro počutje delavcev in njihovo zdravje. Podobne ugotovitve navajajo tudi slovenski avtorji, med drugimi Stergar in Urdih Lazar (2012), ki pravita, da je pri pripravi načrta pomembno, da se promocija zdravja na delu nanaša na dejanske probleme, ki so v posameznih delovnih okoljih. Podatke se lahko pridobi na podlagi ankete, na katero odgovorijo zaposleni. Podatke o zdravju delavcev pa podjetja v Sloveniji lahko dobijo tudi iz poročila zdravnika medicine dela, prometa in športa, ki v podjetju opravlja preventivne zdravstvene preglede. Pomoč pri načrtovanju promocije zdravja na delu v Sloveniji je tudi Izjava o varnosti z oceno tveganja, ki jo izdela pooblaščen zdravnik medicine dela. Peršolja Černe (2011) navaja, da tujih smernic za promocijo zdravja na delu ne moremo

samo prenesti v delovna okolja v Sloveniji, ampak jih je v učinkovitih programih potrebno prilagoditi. Prilagoditve v promociji zdravja na delu pri medicinskih sestrah, zaposlenih v zdravstvenih domovih, so potrebne tudi glede na delovno mesto, saj imajo medicinske sestre v ambulanti drugačne dejavnike tveganja zaradi delovnih obremenitev v primerjavi z delom medicinskih sester v patronažnem varstvu, zdravstveni vzgoji ali dežurni službi. Avtorji raziskave Tucker, et al. (2010) pa menijo, da bo potrebno za zdravje na delu pri medicinskih sestrah poskrbeti s programi, ki jih bo potrebno šele določiti na podlagi raziskav.

Potrdili smo tudi drugo hipotezo, ki pravi, da so v delovnem okolju, kjer poteka več vrst programov promocije zdravja na delu, tudi stališča medicinskih sester do promocije zdravja na delu bolj pozitivna. Stališča posameznik vgrajuje v svoj življenjski slog. Zdrav življenjski slog pa pomaga ohranjati zdravje in premagovati napore pri delu. Ugotovitve raziskave Chan in Perry (2012) so pokazale, da so se programi promocije zdravja na delovnem mestu pri medicinskih sestrah izkazali kot učinkovito sredstvo za zmanjšanje tveganja za kronične bolezni. Ugotovitve nekaterih raziskav Christensen, et al. (2011) in Hjarnoe in Leppin (2013) so pokazale pomembne spremembe v stališčih, življenjskem slogu in tudi v zdravstvenem stanju pri tistih zaposlenih, ki so imeli organizirane programe promocije zdravja na delu. Jepson, et al. (2010) so v pregledu preglednih raziskav našli dokaze, da so bili programi promocije zdravja za spremembo življenjskega sloga najbolj učinkoviti, če so posameznika obravnavali individualno ali v majhnih skupinah, npr. na delovnem mestu. Navajajo, da so bili učinki merjeni večinoma kratkoročno in ne na daljši rok. Ugotovitve raziskav nam nakazujejo, da bi delodajalci morali organizirati programe promocije zdravja na delu in spodbujati zaposelne, da se jih udeležujejo. Po drugi strani pa nam je rezultat naše raziskave pokazal, da so v zdravstvenih domovih v Sloveniji, kjer so že organizirani programi promocije zdravja na delu, verjetno že vplivali na pozitivno spremembo v stališčih medicinskih sester in s tem, po navedbah iz literature, tudi že vplivali na povečanje zavedanja o dejavnih tveganja in na prizadevanja posameznika, da jih s svojim življenjskim slogom zmanjša, s tem pa vpliva na ohranjanje svojega zdravja. To pa je tudi spodbuda ostalim, da promocijo zdravja na delu uvrstijo v svoje delovno okolje.

V naši raziskavi smo želeli ugotoviti tudi, kakšna je povezanost med promocijo zdravja na delu in gibalno aktivnostjo zaposlenih medicinskih sester kot pomembnem delu življenjskega sloga. Literatura med dejavnike tveganja za nastanek bolezni najpogosteje uvršča življenjski slog posameznika. V življenjskem slogu posameznika pa se poleg zdrave prehrane in posameznikovih razvad najpogosteje omenja prav gibalna aktivnost, ki ima pozitiven vpliv tudi na vse ostale dejavnike tveganja. Zdrav življenjski slog posameznika je poleg zdravega življenjskega in delovnega okolja ključen za zdravje posameznika. Medicinske sestre, ki imajo zdrav življenjski slog, tudi lažje premagujejo obremenitve svojega dela. Raziskava van Scheppingen, et al. (2014) pokaže jasno povezavo med zdravim življenjskim slogom in stopnjo produktivnosti. Rezultati naše raziskave kažejo, da so v zdravstvenih domovih v Sloveniji v precejšnji meri prisotni programi promocije zdravja na delu, ki se nanašajo na gibalno aktivnost. V več kot polovici zdravstvenih domov organizirajo športne aktivnosti in pohode, v več kot tretjini zdravstvenih domov pa nordijsko hojo, telovadbo, pilates ali aerobiko. V precej velikem deležu so organizirana tudi izobraževanja za zdrav življenjski slog.

Tretji cilj naše raziskave je bil ugotoviti, kakšna so stališča zaposlenih medicinskih sester do gibalne aktivnosti kot sestavnemu delu promocije zdravja na delu. Avtorji raziskave Edmunds, et al. (2013) navajajo, da imajo delovna mesta potencial za spodbujanje gibalne aktivnosti. V raziskavi Rongen, et al. (2014) so ugotovili, da je večina vprašanih med ponujenimi programi promocije zdravja najpogosteje izbrala prav gibalno aktivnost. Našli smo raziskavo avtorjev Schumacher, et al. (2013), ki je pokazala, da je v promociji zdravja na delu uporaba stopnic uspešen način za povečanje gibalne aktivnosti zaposlenih. Tudi medicinske sestre v naši raziskavi v več kot štiri petinskem deležu med delom raje kot dvigalo uporabljajo stopnice. Za večjo gibalno aktivnost kar tretjina medicinskih sester v naši raziskavi večkrat izkoristi prihajanje v službo peš ali s kolesom, pri tem pa je potrebno upoštevati dejstvo, da večkrat prihod v službo peš ali s kolesom ni možen zaradi oddaljenosti kraja bivanja.

Medicinske sestre v naši raziskavi so se v več kot štirih petinah odgovorov strinjale, da gibalna aktivnost izboljšuje vse dejavnike tveganja za zdravje. Povprečna ocena odgovorov izkazuje tudi veliko mero strinjanja s trditvijo, da gibalna aktivnost

zmanjšuje vplive stresa in ima pozitiven učinek na hrbtenico in lokomotorni aparat. Našli smo dokaze v več raziskavah Knibbe in Knibbe (2012), Fiedler, et al. (2012), Graham in Dougherty (2012) in Stričević, et al. (2012), ki navajajo, da so bolečine v križu in kostno mišična obolenja, poleg stresa, najpogostejša zdravstvena težava, ki nastane pri medicinskih sestrah zaradi obremenitev pri delu in bi jih z ustreznimi gibalnimi aktivnostmi lahko izboljšali. Medicinske sestre v naši raziskavi so se v dveh tretjinah odgovorov strinjale s stališčem, da bi ustanova morala spodbujati gibalno aktivnost v delovnem času, to izkazuje tudi visoka povprečna ocena in precejšnja enotnost odgovorov. Medicinske sestre, zaposlene v slovenskih zdravstvenih domovih, ki so sodelovale v naši raziskavi, so v manj kot šestini odgovorov navedle, da imajo organiziran aktivni odmor med delovnim časom. Da se aktivnega odmora med delovnim časom udeležujejo, je navedla samo nekaj več kot desetina vprašanih medicinskih sester. Samo petina vprašanih medicinskih sester pa med delom opravlja vaje za hrbtenico, čeprav so se skoraj v celoti strinjale, da gibalna aktivnost pomaga zmanjševati negativne učinke dela na hrbtenico in lokomotorni aparat. Navedeni rezultati nakazujejo, da v slovenskih zdravstvenih domovih ni organizirano veliko gibalnih aktivnosti med delovnim časom. V literaturi pa smo našli raziskavo Henwood, et al. (2012), ki navaja nasprotno ugotovitve. Gibalna aktivnost med delovnim časom lahko medicinskim sestram predstavlja oviro in dodaten stres, saj zaradi zahtevnosti njihovega dela predstavlja moteč dejavnik. Avtorji raziskave menijo, da bi delodajalci morali omogočiti svojim delavcem gibalno aktivnost predvsem v prostem času, saj ima tako večji pozitiven učinek. Iz teh ugotovitev izhaja, da bi morali delodajalci omogočiti svojim zaposlenim dovolj prostega časa med izmenami, da bi zaposleni tako lahko kvalitetno preživljali prosti čas in se tudi udeleževali gibalnih aktivnosti.

Strinjanje medicinskih sester s trditvijo, da bi v zdravstvenih domovih morali organizirati gibalne aktivnosti predvsem v prostem času, je z odgovori izkazalo le dve tretjini vprašanih. Medicinske sestre v naši raziskavi so z odgovori o udeležbi v programih gibalnih aktivnosti, ki so organizirane s strani zdravstvenih domov v prostem času, izkazovale slabšo udeležbo. Športnih aktivnosti in pohodov se ne udeležujejo v velikem deležu, prav tako v večjem deležu ne koristijo ponujenih kart za bazen, fitnes ali telovadnico, ki so jih zdravstveni domovi ponudili v okviru programov promocije zdravja na delu. Naše ugotovitve so v nasprotju z ugotovitvami raziskave Peršolja Černe

(2011), ki je ugotovila, da imajo programi promocije zdravja na delu, ki temeljijo na skupinskih aktivnostih, druženju in komunikaciji prednost pred drugimi oblikami. Tudi rezultati odgovorov v naši raziskavi so z nizko oceno in razpršenostjo izkazali, da je nizka udeležba medicinskih sester v programih z gibalno aktivnostjo lahko problem. Iz navedenih rezultatov vidimo, da medicinske sestre v zdravstvenih domovih v Sloveniji gibalni aktivnosti v promociji zdravja na delu izkazujejo pozitivna stališča, vendar se pri udeležbi pokaže problem motiviranosti zaposlenih za udeležbo. Problem motiviranosti za udeležbo so izkazale tudi raziskave avtorjev Rongen, et al. (2014) in Chiou, et al. (2014), ki ugotavljajo, da problem nizke udeležbe in sodelovanja medicinskih sester v programih promocije zdravja lahko predstavlja oviro za učinkovitost programa. Ovire za sodelovanje v programih promocije zdravja na delu, ki jih v pregledni raziskavi navajajo Rongen, et al. (2014) so povezane s pomanjkanjem časa, pomanjkanjem motivacije, neugodnim delovnim urnikom, neugodno lokacijo izvajanja teh programov in stroški. Ugotavljajo pa tudi, da zaradi pomanjkanja raziskav na tem področju ni mogoče trditi, v kolikšni meri ti dejavniki dejansko vplivajo na udeležbo. Bolj verjetno se bodo programi promocije zdravja udeležili zaposleni s pozitivnim odnosom, z visoko stopnjo socialne podpore in samoučinkovitosti, manj verjetno pa se bodo udeležili tisti zaposleni, ki zaznavajo razne ovire (Rongen, et al., 2014, p. 588).

Tretje hipoteze, da so medicinske sestre, ki delajo v delovnem okolju, kjer so organizirani programi promocije zdravja povezani s gibalno aktivnostjo, bolj gibalno dejavne tudi v prostem času, nismo potrdili. Naše ugotovitve se ne skladajo z ugotovitvami nekaterih tujih raziskav. V raziskavi Loeppke, et al. (2013) so ugotovili, da so se zmanjšali vsi dejavniki tveganja za zdravje pri vseh, ki so sodelovali v programih promocije zdravja na delu. Tudi v raziskavi Blake, et al. (2013) so pokazali pozitivno povezavo. Poskušali so ugotoviti uspešnost petletnega programa promocije zdravja na delu. V primerjavi z izhodiščem so bili zaposleni po petih letih bistveno bolj gibalno aktivni, več so hodili peš ali s kolesom, v manjši meri so kot oviro navajali pomanjkanje časa. Tudi v raziskavi Edmunds, et al. (2013) so dokazi, da programi promocije zdravja na delu, ki vključujejo gibalno aktivnost, spreminjajo stališča zaposlenih in njihov življenjski slog postane bolj zdrav, izboljšajo se tudi že prisotne zdravstvene težave, zaposleni v svoje življenje vključujejo več gibanja kot pred uvedbo

teh programov. Avtorji raziskave Rongen, et al. (2014) pravijo, da bo potrebno raziskati tudi povezavo med udeležbo v teh programih in dejansko spremembo vedenja, saj pozitivna namera še ni nujno, da prinese tudi spremembo vedenja. Da bi lahko odgovorili na vprašanje, zakaj gibalna aktivnost, ki je organizirana v okviru promocije zdravja na delu v zdravstvenih domovih v Sloveniji nima povezave z večjo gibalno aktivnostjo v prostem času, bi lahko odgovorili, ko bi bolj podrobno proučili vzroke. V naši raziskavi smo opredelili samo prisotnost programov, ne pa tudi njihovo pogostost izvajanja. Morda se programi promocije zdravja na delu na področju gibalne aktivnosti v Sloveniji ne izvajajo dovolj pogosto, da bi lahko vplivali na spremembo stališč in s tem na življenjski slog medicinskih sester. Morda razloge lahko najdemo v povezavi s promocijo zdravja, ki se je v slovenskem prostoru izvajala zadnjih deset let pod okriljem programov CINDI in je bila verjetno intenzivnejša kot programi promocije zdravja na delu, medicinske sestre v zdravstvenih domovih v Sloveniji pa program CINDI dobro poznajo, saj je povezan z njihovim vsakdanjim delom.

V povezavi z življenjskim slogom medicinskih sester, zaposlenih v slovenskih zdravstvenih domovih, smo želeli izvedeti, kakšna je pogostost gibalne aktivnosti v prostem času in katere so ovire zanjo. Djomba (2014) navaja, da se je v Sloveniji delež gibalno aktivnih odraslih v zadnjih desetih letih občutno povečala, da je ta delež večji med ženskami in med bolj izobraženimi. Podatka o stopnji gibalne aktivnosti medicinskih sester pred leti nimamo, vendar se je verjetno delež gibalne aktivnosti povečal tudi med medicinskimi sestrami, saj so v skoraj dveh tretjinah odgovorile, da so gibalno aktivne enkrat do trikrat tedensko. Glede ovir za večjo gibalno aktivnost so medicinske sestre v skoraj polovici odgovorov navedle, da jih ovira pomanjkanje časa. V petini odgovorov je vzrok preutrujenost in malo manj kot petini odgovorov pa pomanjkanje motivacije.

V naši raziskavi smo želi oblikovati napovedne dejavnike, ki bi v promociji zdravja na delu napovedovali večjo gibalno aktivnost pri medicinskih sestrah v prostem času. Pri testiranju četrte hipoteze smo sicer oblikovali model, ki pa je pojasnjeval zanemarljiv del variance in s tem povezanosti med promocijo zdravja na delu in gibalno aktivnostjo v prostem času.

Promocija zdravja na delu je široko področje in vključuje mnogo vidikov zdravja, zato, je tudi naša raziskava imela omejitve. Osredotočili smo se samo na ugotavljanje prisotnosti programov promocije zdravja na delu, nismo pa raziskovali pogostosti izvajanja programov, kar bi nam dalo odgovore o učinkovitosti promocije zdravja na delu. Večkratna zaporednost izvajanja določenega programa verjetno drugače oblikuje stališča medicinskih sester kot samo enkratna izvedba. Z našo raziskavo smo ugotovili kakšna so stališča medicinskih sester do posameznih vprašanj v promociji zdravja na delu. Če bi želeli izvedeti kako izvajanje programov promocije zdravja spreminja stališča in s tem življenjski slog medicinskih sester, bi morali vprašalnike razdeliti še enkrat po določen času izvajanja programov. Ob rezultatih raziskave so se odprla nekatera nova vprašanja o katerih bi želeli vedeti več, saj so pomembna, vendar spregledana. Estetska ureditev delovnih mest, prezentizem pri medicinskih sestrah, organiziranje zdrave prehrane med delom, nasilje nad medicinskimi sestrami s strani pacientov so področja, ki so v naši raziskavi pustila neodgovorjena vprašanja. Več bi želeli vedeti tudi o načinih kako delavce motivirati za udeležbo v programih promocije zdravja na delu, predvsem o novih možnostih, kot je uporaba elektronskih sporočil.

## 4 ZAKLJUČEK

Zdravje je prepoznano kot ena največjih vrednot posameznikov in družbe ter je nujno za udejstvovanje na vseh področjih delovanja. Daljša življenjska doba nam nalaga nujnost razširitve skrbi za zdravje na delo in daljšo delovno zmožnost. Promocija zdravja na delu ima velik potencial, saj izboljšuje razmere na delu, s tem zdravje delavca, ga spodbuja, da zavzame bolj zdrav življenjski slog, s tem pa izboljšuje njegov osebni odnos do zdravja in dela. Medicinske sestre sestavljajo delovno skupino z visokim tveganjem za zdravje, hkrati pa so redko ciljna skupina za promocijo zdravja na delu, kar je izgubljena priložnost za načrtovanje promocije zdravja. Velik delež vprašanih medicinskih sester se je strinjalo, da promocija zdravja na delu in vključevanje gibalne aktivnosti pomaga ohranjati zdravje zaposlenih in pozitivno vpliva na življenjski slog. Rezultati nakazujejo dobro sodelovanje vodstva in zaposlenih pri načrtovanju promocije zdravja na delu, tako je usmerjena k specifičnim problemom in obremenitvam, ki so prisotne v določenem delovnem okolju. V zdravstvenih domovih v Sloveniji se v največji meri izvajajo izobraževanja in programi, povezani z gibalno aktivnostjo, ostali programi pa so organizirani v manjšem deležu. V najmanjšem deležu je organizirana zdrava prehrana med delom. Rezultati so pokazali, da je v zdravstvenih domovih v Sloveniji to spregledano področje promocije zdravja na delu. V stališčih pa so se medicinske sestre opredelile zelo pozitivno, saj zdrava prehrana omogoča optimalno psihofizično delovanje človeka, povečuje splošno odpornost in dviguje delovno storilnost. Medicinske sestre menijo, da je v enaki meri kot ergonomski vidik pomembna tudi estska ureditev delovnih mest.

V promocijo zdravja na delu bi morali vključiti programe za preprečevanje in obvladovanje stresa, reševanje konfliktov in preprečevanja nasilja. Za večjo uspešnost programov bi morali poleg tradicionalnih metod poiskati tudi druge, ki bi bile zanimive za vse generacije delavcev.

Rezultati naše raziskave so opozorili na problem prezentizma, ko medicinska sestra pride na delo kljub zdravstvenim težavam, to pa lahko poveča delež napak, s čemer je lahko ogrožena varnost pacientov. Problem prezentizma bo potrebno v prihodnje še raziskati.



Stališča posameznik vgrajuje v svoj življenjski slog. Zdrav življenjski slog pa pomaga ohranjati zdravje in premagovati napore pri delu. Pomemben del življenjskega sloga je gibalna aktivnost, ki je med medicinskimi sestrami v prostem času prisotna v kar velikem deležu. V naši raziskavi pa povezave med programi promocije zdravja na delu, povezanih z gibalno aktivnostjo in gibalno aktivnostjo v prostem času nismo uspeli dokazati, čeprav je izkazana v literaturi.

## 5 LITERATURA

ALBashtawy, M., 2013. Workplace violence against nurses in emergency departments in Jordan. *International Nursing Review*, 60(4), pp. 550-555.

Anderson, G., Hair, C. & Todero, C., 2012. Nurse residency programs: an evidence-based review of theory, process, and outcomes. *Journal of Professional Nursing*, 28(4), pp. 203-312.

Arandjelovic, M., 2011. A need for holistic approach to the occupational health developing (in Serbia). *International Journal of Occupational Medicine & Environmental Health*, 24(3), pp. 229-240.

Averlid, G. & Axelsson, S.B., 2012. Health-Promoting Collaboration in Anesthesia Nursing: A Qualitative Study of Nurse Anesthetists in Norway. *AANA Journal*, 80(4 Suppl), pp. 74-80.

Berra, K., 2011. Does nurse case management improve implementation of guidelines for cardiovascular disease risk reduction? *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(2), pp. 145-167.

Bigham, B.L., Jensen, J.L., Tavares, W., Drennan, I.R., Saleem, H., Dainty, K.N. & Munro, G., 2014. Paramedic self-reported exposure to violence in the emergency medical services (EMS) workplace: a mixed-methods cross-sectional survey. *Prehospital Emergency Care*, 18(4), pp. 489-494.

Bjorvatn, B., Dale, S., Hogstad-Erikstein, R., Fiske, E., Pallesen, S. & Waage, S., 2012. Self-reported sleep and health among Norwegian hospital nurses in intensive care units. *Nursing in Critical Care*, 17(4), pp. 180-188.

Blake, H., Zhou, D. & Batt, M.E., 2013. Five-year workplace wellness intervention in the NHS. *Perspectives in Public Health*, 133(5), pp. 262-271.

Bregar, B., Peterka Novak, J. & Možgan, B., 2011. Doživljanje stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije. *Obzornik Zdravstvene nege*, 45(4), pp. 253-262.

Bridger, R.S., Day, A.J. & Morton, K., 2013. Occupational stress and employee turnover. *Ergonomics*, 56(11), pp. 1629-1639.

Bustillos, A.S. & Trigos, O.O., 2013. Access to Health Programs at the Workplace and the Reduction of Work Presenteeism. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 55(11), pp. 1318-1322.

Callen, B.L., Lindley, L.C. & Niederhauser, V.P., 2013. Health Risk Factors Associated With Presenteeism in the Workplace. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 55(11), pp. 1312-1317.

Cancelliere, C., Cassidy, J.D., Ammendolia, C. & Côté, P., 2011. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? a systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health*, 11, pp. 395.

Chan, C.W. & Perry, L., 2012. Lifestyle health promotion interventions for the nursing workforce: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), pp. 2247-2261.

Chau, N., Wild, P., Dehaene, D., Benamghar, L., Mur, J.M. & Touron, C., 2010. Roles of age, length of service and job in work-related injury: a prospective study of 446 120 person-years in railway workers. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 67(3), pp. 147-153.

Chiou, S.T., Chiang, J.H., Huang, N., Wu, C.H. & Chien, L.Y., 2013. Health issues among nurses in Taiwanese hospitals: National survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(10), pp. 1377-1384.

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, pp. 474.

Christensen, J.R., Faber, A., Ekner, D., Overgaard, K., Holtermann, A. & Søgaard, K., 2011. Diet, physical exercise and cognitive behavioral training as a combined workplace based intervention to reduce body weight and increase physical capacity in health care workers - a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11(1), pp. 671-681.

Christensen, J.R., Overgaard, K., Hansen, K., Søgaard, K. & Holtermann, A., 2013. Effects on Presenteeism and Absenteeism From a 1 -Year Workplace Randomized Controlled Trial Among Health Care Workers. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 55(10), pp 1186-1190.

Cox, J.L., Simpson, M.D., Letts, W., Cavanagh, H.M.A., 2014. Putting it into practice: Infection control professionals' perspectives on early career nursing graduates' microbiology and infection control knowledge and practice. *A Journal for the Australian Nursing Profession*, 49, pp. 83-92.

Cooke, G., Donaghey, J. & Zeytinoglu, I.U., 2013. The nuanced nature of work quality: Evidence from rural Newfoundland and Ireland. *Human Relations*, 66(4), pp. 503-527.

Čargan, M., 2010. *Vpliv življenjskega sloga na zdravje delavcev: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

d'Errico, A., Viotti, S., Baratti, A., Mottura, B., Barocelli, A.P., Tagna, M., Sgambelluri, B., Battaglino, P. & Converso, D., 2014. Low Back Pain and Associated Presenteeism among Hospital Nursing Staff. *Journal Of Occupational Health*, 55(4), pp. 276-283.

de Cordova, P.B., Phibbs, C.S., Bartel, A.P. & Stone, P.W., 2012. Twenty-four/seven: a mixed-method systematic review of the off-shift literature. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), pp. 1454-1468.

Djomba, J.K., 2014. Telesna dejavnost. In: S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & J. Maučec Zakotnik, eds. *Izzivi v izboljševanju življenjskega sloga – desetletje CINDI raziskav v Sloveniji: Zbornik z recenzijo. Ljubljana, april 2014*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 43-51.

Dotson, M.J., Dave, D.S., Cazier, J.A. & Spaulding, T.J., 2014. An Empirical Analysis of Nurse Retention. *Journal of Nursing Administration*, 44(2), pp. 111-116.

Edmunds, S., Stephenson, D. & Clow, A., 2013. The effects of a physical activity intervention on employees in small and medium enterprises: A mixed methods study. *Work*, 46(1), pp. 39-49.

Edries, N., Jelsma, J. & Maart, S., 2013. The impact of an employee wellness programme in clothing/textile manufacturing companies: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 13(1), pp. 1-9.

Edward, K.L., Ousey, K., Warelow, P. & Lui, S., 2014. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(12), pp. 653-654.

El Dib, R.P., Mathew, J.L. & Martins, R.H., 2012. Interventions to promote the wearing of hearing protection. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 4, pp.1469-1493.

Emold, C., Schneider, N., Meller, I. & Yagil, Y., 2011. Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(4), pp. 358-363.

Estryn Behar, M. & Van der Heijden, B.I.J.M., 2012. Effects of extended work shifts on employee fatigue, health, satisfaction, work/family balance, and patient safety. *Work*, 41, pp. 4283-4290.

European Network for Workplace Health Promotion, n.d. *European Network for Workplace Health Promotion* [online] Available at: <http://www.enwhp.org/> [Accessed 3.maj 2013].

Fathallah, N., Maurel Donnarel, E., Baumstarck Barrau, K. & Lehucher Michel, MP., 2012. Three-year follow-up of attitudes and smoking behaviour among hospital nurses following enactment of France's national smoke-free workplace law. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), pp. 803-810.

Fiedler, K.M., Weir, P.L., van Wyk, P.M. & Andrews, D.M., 2012. Analyzing what nurses do during work in a hospital setting: A feasibility study using video. *Work*, 43(4), pp. 515-523.

Gallagher, R., Kirkness, A., Armari, E. & Davidson, P.M., 2012. Participants' perspectives of a multi-component, group-based weight loss programme supplement for cardiac rehabilitation: a qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*, 18(1), pp. 28-35.

Gates, D.M., Gillespie, G.L. & Succop, P., 2011. Violence Against Nurses and its Impact on Stress and Productivity. *Nursing Economic*, 29(2), pp. 59-66.

Gillespie, G.L., Gates, D.M. & Berry, P., 2013. Stressful incidents of physical violence against emergency nurses. *Online Journal Of Issues In Nursing*, 18(1), pp. 2.

Graham, P. & Dougherty, J.P., 2012. Oh, their aching backs!: occupational injuries in nursing assistants. *Orthopaedic Nursing*, 31(4), pp. 218-223.

Happell, B., Dwyer, T., Reid-Searl, K., Burke, K.J., Caperchione, C.M. & Gaskin, C.J., 2013. Nurses and stress: recognizing causes and seeking solutions. *Journal of Nursing Management*, 21(4), pp. 638-647.

Harris, L.J.M., 2013. Caring and Coping. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 15(8), pp. 446-454.

Healy, S. & Tyrrell, M., 2011. Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emergency Nurse*, 19(4), pp. 31-37.

Heinen, M.M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., Ensio, A., Sjetne, I.S., Casbas, T.M., Ball, J. & Schoonhoven, L., 2013. Nurses intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), pp. 174-184.

Henwood, T., Tuckett, A. & Turner, C., 2012. What makes a healthier nurse, workplace or leisure physical activity? Informed by the Australian and New Zealand e-Cohort Study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12), pp. 1746-1754.

Hjarnoe, L. & Leppin, A., 2013. Health promotion in the Danish maritime setting: challenges and possibilities for changing lifestyle behavior and health among seafarers. *BMC Public Health*, 13(1), pp. 1165.

Hlastan Ribič, C. & Kranjc M., 2014, Prehranjevanje. In: S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & J. Maučec Zakotnik, eds. *Izzivi v izboljševanju življenjskega sloga – desetletje CINDI raziskav v Sloveniji: Zbornik z recenzijo. Ljubljana, april 2014*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 19-31.

Holden, L., Scuffham, P.A., Hilton, M.F., Ware, R.S., Vecchio, N. & Whiteford, H.A., 2011. Health-related productivity losses increase when the health condition is co-morbid with psychological distress: findings from a large cross-sectional sample of working Australians. *BMC Public Health*, 11, pp. 417.

Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., van der Meer, J.W.M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C. & Smid, H., 2011. Health how should we define it? *British Medical Journal*, 343(7817), pp. 235-237.

Huddleston, P., 2014. Healthy Work Environment Framework Within an Acute Care Setting. *Journal of Theory Construction & Testing*, 18(2), pp. 50-54.

Jain, A., Saeed, K., Arnaout, S. & Kortum, E., 2012. The psychosocial environment at work: an assessment of the World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(4), pp. 325-331.

Janyam, K., 2011. The Influence of Job Satisfaction on Mental Health of Factory Workers. *Internet Journal of Mental Health*, 7(1), pp. 1.

Jensen, C. & Grete, A., 2013. Towards a parsimonious program theory of return to work intervention. *Work*, 44, pp. 155-164.

Jepson, R.G., Harris, F.M., Platt, S. & Tannahill, C., 2010. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health*, 10, pp. 538.

Jinks, C., Ong, B.N. & O'Neill, T., 2010. Well, it's nobody's responsibility but my own. A qualitative study to explore views about the determinants of health and prevention of knee pain in older adults. *BMC Public Health*, 10, pp. 148-156.

Johns, G., 2011. Attendance dynamics at work: the antecedents and correlates of presenteeism, absenteeism and productivity loss. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(4), pp. 483-500.

Jones, M.K., Latreille, P.L., Sloane, P.J. & Staneva, A.V., 2013. Work-related health risks in Europe: Are older workers more vulnerable? *Social Science & Medicine*, 88, pp. 18-29.



Juszczyk, G., Pergoń, M., Olejniczak, D., Walewska-Zielecka, B. & Slusarczyk, J., 2012. Study on engagement in health promotion at the workplace of non-public health providers in Poland. *Journal of the National Institute of Hygiene and the Polish Association of Epidemiologists and Infectionists*, 66(3), pp. 547-554.

Kana, S., Takeko, W., Hiroko, K.T. & Hiroki, F., 2013. Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(10), pp. 1368-1376.

Karlqvist, L. & Gard, G., 2013. Health-promoting educational interventions: A one-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(1), pp. 32-42.

Karthik, R., 2013. A Study on Stress Management in Coromandel Engineering Company Limited, Chennai. *Advances in Management*, 6(2), pp. 37-45.

Kaspin, L.C., Gorman, K.M. & Miller, R.M., 2013. Systematic Review of Employer-Sponsored Wellness Strategies and their Economic and Health-Related Outcomes. *Population Health Management*, 16(1), pp. 14-21.

Kermavnar, T. & Dodič Fikfak, M., 2013. *Oblikovanje po meri človeka: Ilustrirani učbenik iz ergonomije*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa: Akademija za likovno umetnost in oblikovanje.

Kjaerheim, K., Martinsen, J., Lynge, E., Gunnarsdottir, H., Sparen, P., Tryggvadottir, L., Weiderpass, E. & Pukkala, E., 2010. Effects of occupation on risks of avoidable cancers in the Nordic countries. *European Journal of Cancer*, 46(14), pp. 2545-2554.

Klein, J., 2013. Presenteeism, Absenteeism and psychosocial stress at work among German clinicians in surgery. *Gesundheitswesen*, 75(10), pp. 139-148.

Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, n.d. *Čili na delo* [online] Available at: <http://www.cilizadelo.si/>. [Accessed 27. marec 2015].

Knibbe, J.J. & Knibbe, N.E., 2012. The businesscase for ergonomic changes in health care: calculating and predicting financial outcome for ergonomic changes and innovations in health care: interactive businesscase modelling. *Work*, 41(1), pp. 5657-5658.

Koprivnikar, H., Zupanič, T., Pucelj, V. & Gabrijelčič Blenkuš, M., 2013. Razširjenost kajenja med medicinskimi sestrami, bobicami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo*, 52, pp. 39-46.

Lander, F., Nielsen, K.J., Rasmussen, K. & Lauritsen, J.M., 2014. Patterns of work injuries: cases admitted to emergency room treatment compared to cases reported to the Danish Working Environment Authority during 2003-2010. *Occupational & Environmental Medicine*, 71(2), pp. 97-103.

Leineweber, C., Westerlund, H., Hagberg, J., Svedberg, P. & Alexanderson, K., 2012. Low Back Pain and Associated Presenteeism Among Hospital Nursing Staff. *Int Arch Occupational and Environmental Health*, 85(8), pp. 905-914.

Loeppke, R., Edington, D.W. & Beg, S., 2010. Impact of the prevention plan on employee health risk reduction. *Population Health Management*, 13(5), pp. 275-284.

Loeppke, R., Edington, D., Bender, J. & Reynolds, A., 2013. The association of technology in a workplace wellness program with health risk factor reduction. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 55(3), pp. 259-264.

Lorber, M. & Skela Savič, B., 2012. Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. *Croatian Medical Journal*, 53(3), pp 263-270.

Magnavita, N., De Lorenzo, G. & Sacco, A., 2014. Health promotion in the workplace. *La Medicina del lavoro*, 105(6), pp. 473-474.

Marsh, J.L., 2012. Avoiding burnout in an orthopaedic trauma practice. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 26(Suppl 1), pp. 34-36.

Martinez, L.F. & Ferreira, A.I., 2012. Sick at Work: Presenteeism among Nurses in a Portuguese Public Hospital. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 28(4), pp. 297-304.

McCaughey, D., McGhan, G., Walsh, E.M., Rathert, C. & Belue, R., 2014. The relationship of positive work environments and workplace injury: Evidence from the National Nursing Assistant Survey. *Health Care Management Review*, 39(1), pp. 75-88.

Medeiros da Luz, C., Pacheco da Costa Proenca, R., Ortiz de Salazar, B.R. & do Nascimento Galego, G., 2013. Working conditions at hospital food service and the development of venous disease of lower limbs. *International Journal of Environmental Health Research*, 23(6), pp. 520-530.

Merrill, R.M., Aldana, S.G., Pope, J.E., Anderson, D.R., Coberley, C.R. & Whitmer, R.W., 2012. Presenteeism According to Healthy Behaviors, Physical Health, and Work Environment. *Population Health Management*, 15(5), pp. 293-301.

Ministrstvo za zdravje, n.d. *Referenčna ambulanta*. [online] Available at: [http://www.mz.gov.si/si/mz\\_za\\_vas/zdravstveno\\_varstvo/referencne\\_ambulante/](http://www.mz.gov.si/si/mz_za_vas/zdravstveno_varstvo/referencne_ambulante/) [Accessed 31. maj 2014].

Morton Cooper, A., 1984. The end of the rope. *Nurse Mirror*, 159(21), pp. 16-19.

Morton, D., McElhone, S. & White, H., 2011. The impact of weight loss competition in the workplace. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 24(3), pp. 295-296.

Mustard, C.A., Chambers, A., McLeod, C., Bielecky, A. & Smith, P.M., 2013. Work injury risk by time of day in two population-based data sources. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 70(1), pp. 49-56.

Niu, S.F., Chung, M.H., Chen, C.H., Hegney, D., O'Brien, A. & Chou, K.R., 2011. The effect of shift rotation on employee cortisol profile, sleep quality, fatigue, and attention level: a systematic review. *Journal of Nursing Research*, 19(1), pp. 68-81.

Patel, A.V., Bernstein, L., Deka, A., Feigelson, H.S., Campbell, P.T., Gapstur, S.M., Colditz, G.A. & Thun M.J., 2010. Leisure time spent sitting in relation to total mortality in a prospective cohort of US adults. *American Journal of Epidemiology*, 172(4), pp. 419-429.

Pedersen, S.J., Cooley, P.D. & Mainsbridge, C., 2014. An e-health intervention designed to increase workday energy expenditure by reducing prolonged occupational sitting habits. *Work*, 49(2), pp. 289-295.

Peets, A. & Ayas, N.T., 2012. Restricting resident work hours: The good, the bad, and the ugly. *Critical Care Medicine*, 40(3), pp. 960-966.

Peršolja Černe, M., 2009. Menedžment za zdrav življenjski slog zaposlenih. *Obzornik Zdravstvene nege*, 43(2), pp. 83-88.

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

Peters, L., Cant, R., Sellick, K., O'Connor, M., Lee, S. & Burney, S., 2012. Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(11), pp. 561-567.

Pich, J., Hazelton, M. & Kable, A., 2013. Violent behaviour from young adults and the parents of paediatric patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 21(3), pp. 157-162.

Pereira, C.C., Lopez, R.F. & Vilarta, R., 2013. Effects of physical activity programmes in the workplace (PAPW) on the perception and intensity of musculoskeletal pain experienced by garment workers. *Work*, 44(4), pp 415-421.

Potter, P., Deshields, T., Berger, J.A., Clarke, M., Olsen, S. & Chen, L., 2013. Evaluation of a Compassion Fatigue Resiliency Program for Oncology Nurses. *Oncology Nursing Forum*, 40(2), pp. 180-187.

Potvin, L. & Jones, C.M., 2011. Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. *Canadian Journal of Public Health*, 102(4), pp 244-248.

Prosen, M., 2010. Zadovoljstvo z delom v zdravstveni negi: indikatorji zadovoljstva medicinskih sester. *Obzornik Zdravstvene nege*, 44(2), pp. 71-80.

Redmond, M.S. & Kalina, C.M., 2009. A successful occupational health nurse-driven health promotion program to support corporate sustainability. *AAOHN Journal*, 57(12), pp. 507-514.

Ribeiro, M.A., Martins, M.A. & Carvalho, C.R., 2014. Interventions to increase physical activity in middle-age women at the workplace: a randomized controlled trial. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 46(5), pp. 1008-1015.

Robertson, M., Henning, R., Warren, N., Nobrega, S., Dove-Steinkamp, M., Tibirica, L. & Bizarro A., 2013. The Intervention Design and Analysis Scorecard: a planning tool for participatory design of integrated health and safety interventions in the workplace. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55, pp. 86-88.

Rongen, A., Robroek, S.J., van Lenthe, F.J. & Burdorf, A., 2013. Workplace Health Promotion: A Meta-Analysis of Effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(4), pp. 406-415.

Rongen, A., Robroek, S.J., van Ginkel, W., Lindeboom, D., Altink, B. & Burdorf, A., 2014. Barriers and facilitators for participation in health promotion programs among employees: a six-month follow-up study. *BMC Public Health*, 14, pp. 573.

Rosenbluth, G. & Landrigan, C.P., 2012. Sleep science, schedules, and safety in hospitals: challenges and solutions for pediatric providers. *Pediatric Clinics of North America*, 59(6), pp. 1317-1328.

Ryan, M.E. & Ebbert, D., 2013. Whitaker Nurse Practitioner Satisfaction: Identifying Perceived Beliefs and Barriers. *Journal for Nurse Practitioners*, 9(7), pp. 428-434.

Saksvik Lehouillier, I., Bjorvatn, B., Hetland, H., Sandal, G.M., Moen, B.E., Magerøy, N., Åkerstedt, T. & Pallesen, S., 2013. Individual, situational and lifestyle factors related to shift work tolerance among nurses who are new to and experienced in night work. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), pp. 1136-1146.

Schell, E., Theorell, T. & Saraste, H., 2011. Workplace aesthetics: Impact of environments upon employee health? *Work*, 39(3), pp. 203-213.

Schluter, P.J., Turner, C., Huntington, A.D., Bain, C.J. & McClure, R.J., 2011. Work/life balance and health the Nurses and Midwives e-cohort Study. *International Nursing Review*, 58(1), pp. 28-36.

Schumacher, J.E., Utley, J., Sutton, L., Horton, T., Hamer, T., You, Z. & Klapow, J.C., 2013. Boosting workplace stair utilization: a study of incremental reinforcement. *Rehabilitation Psychology*, 58(1), pp. 81-86.

Shilton, T., Sparks, M., McQueen, D., Lamarre, M.C., Jackson, S., Lewis, D.M., Tallini, A. & Pledger, G., 2011. How should we define health? *British Medical Journal*, 343(7821), pp. 435-436.

Soares, M., Jacobs, K., Larson, N. & Wick, H., 2012. 30 Years of Ergonomics at 3M: A Case Study. *Work*, 41, pp. 5091-5098.

Soares, M., Jacobs, K., Schell, E., Theorell, T. & Saraste, H., 2012. Workplace aesthetics: impact of environments upon employee health as compared to ergonomics. *Work*, 41, pp. 1430-1440.

Stergar, E. & Urdih Lazar, T., 2012. *Zdravi delavci v zdravih organizacijah. Priročnik za promocijo zdravja pri delu v malih podjetjih in organizacijah*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.

Streiner, D.L. & Norman, G.R., 2008. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. 4th ed. New York: Oxford University Press.

Stričević, J., Balantič, Z., Turk, Z., Čelan, D., Kegl, B. & Pajnkihar, M., 2012. Dejavniki tveganja za pojav bolečine v vratnem in ledvenem predelu hrbtenice pri negovalnem osebju v bolnišnici. *Obzornik Zdravstvene nege*, 46(3), pp. 195-207.

Sun, J., Buys, N. & Wang, X., 2013. Effectiveness of a Workplace-Based Intervention Program to Promote Mental Health among Employees in Privately Owned Enterprises in China. *Population Health Management*, 16(6), pp. 406-414.

Škerjanc, A. & Dodič Fikfak, M., 2014. Sickness presence among disabled workers at the University Medical Centre Ljubljana. *Zdravstveno varstvo*, 53(4), pp. 277-282.

Škrbina, V. & Zurc, J., 2014. Gibalna aktivnost pri medicinskih sestrah, ki opravljajo enoizmensko in večizmensko delo. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *7th international scientific conference knowledge, values, beliefs and evidence in developing quality health care: The place and the role of nursing: Zbornik predavanj z recenzijo*. Bled, 12.-13. junij 2014. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; pp. 126-133.

Tarpey, R.J. & Nelson, M.F., 2009. Schedule quality assessment metrics. *Health Care Manager*, 28(2), pp. 145-158.

Taylor, W.C., Shegog, R., Chen, V., Rempel, D.M., Baun, M.B.P., Bush, C.L., Green, T. & Hare-Everline, N., 2010. The Booster Break program: description and feasibility test of a worksite physical activity daily practice. *Work*, 37(4), pp. 433-443.

Thomack, B., 2012. Time Management for Today's Workplace Demands. *Workplace & Health Safety*, 60(5), pp. 201-203.

Thompson, W.G. & Levine, J.A., 2011. Productivity of transcriptionists using a treadmill desk. *Work*, 40(4), pp. 473-477.

Tomšič, S. & Kofol Bric, T., 2014. Zdravje in socialno ekonomska kriza. In: S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & J. Maučec Zakotnik, eds. *Izzivi v izboljševanju življenjskega sloga – desetletje CINDI raziskav v Sloveniji: Zbornik z recenzijo. Ljubljana, april 2014*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 3-7.

Tourangeau, A.E., Cummings, G., Cranley, L.A., Ferron, E.M. & Harvey, S., 2010. Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), pp. 22-32.

Traeger, L., Park, E.R., Sporn, N., Repper-DeLisi, J., Convery, M.S., Jacobo, M. & Pin, W.F., 2013. Development and Evaluation of Targeted Psychological Skills Training for Oncology Nurses in Managing Stressful Patient and Family Encounters. *Onkology Nursing Forum*, 40(4), pp. 327-336.

Trincherò, E., Brunetto, Y. & Borgonovi, E., 2013. Examining the antecedents of engaged nurses in Italy: Perceived Organisational Support (POS); satisfaction with training and development; discretionary power. *Journal of Nursing Management*, 21(6), pp. 805-816.



Tsang, S.S., Chen, T.Y., Wang, S.F. & Tai, H.L., 2012. Nursing Work Stress: The Impacts of Social Network Structure and Organizational Citizenship Behavior. *Journal of Nursing Research*, 20(1), p.p. 9-18.

Tucker, S.J., Harris, M.R., Pipe, T.B. & Stevens, S.R., 2010. Nurses' Ratings of Their Health and Professional Work Environments. *AAOHN Journal*, 58(6), pp. 253-267.

Tummers, L.G., Groeneveld, S.M. & Lankhaar, M., 2013. Why do nurses intend to leave their organization? A large-scale analysis in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), pp. 2826-2838.

Tveito, T.H., Eriksen, H.R., 2009. Integrated health programme: a workplace randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), pp. 110-119.

Unruh, L. & Zhang, N.J., 2013. The role of work environment in keeping newly licensed RNs in nursing: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), pp. 1678-1688.

van Scheppingen, A.R., de Vroome, E.M., ten Have, K.C., Zwetsloot, G.I., Bos, E.H. & van Mechelen, W., 2014. Motivations for health and their associations with lifestyle, work style, health, vitality, and employee productivity. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 56(5), pp. 540-546.

Vrbovšek, S. & Luznar, N., 2009. Verifikacija temeljnih specialnih znanj s področja promocije zdravja in preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni. In: S. Vrbovšek, N. Luznar, J. Maučec Zakotnik, et al., eds. *Skupaj varujemo in krepimo zdravje. Kaj smo dosegli v prvih osmih letih: zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventive srčno žilnih bolezni 2009*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 92-96.

West, C.A., Galloway, E. & Niemeier, M.T., 2014. Resident Aggression Toward Staff at a Center for the Developmentally Disabled. *Workplace Health & Safety*, 62(1), pp. 19-26.

Wheeler, R.M., Foster, J.W. & Hepburn, K.W., 2014. The experience of discrimination by US and Internationally educated nurses in hospital practice in the USA: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), pp. 350-359.

Wong, C.A. & Laschinger, H.K., 2013. Authentic leadership, performance, and job satisfaction: the mediating role of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), pp. 947-959.

World Health Organization, n.d. *World Health Organization* [online] Available at: <http://www.who.int/about/en/> [Accessed 3.maj 2013].

Yap, T.L. & James, D.M.B., 2010. Tailored e-mails in the workplace: a focus group analysis. *AAOHN Journal*, 58(10), pp. 425-432.

You, L.M., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Liu, K., He, G.P., Hu, Y., Jiang, X.L., Li, X.H., Li, X.M. & Liu, H.P., 2013. Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: cross-sectional surveys MF nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), pp. 154-161.

*Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1)*, 2011. Uradni list republike Slovenije št. 43.

Zapka, J.M., Lemon, S.C., Magner, P.R. & Hale, J., 2009. Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. *Journal of Nursing Management*, 17(7), pp. 853-860.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, n.d. [online] Available at: <http://www.zzzs.si/>. [Accessed 31. maj 2013].

Zeller, J.M. & Levin, P.F., 2013 Mindfulness interventions to reduce stress among nursing personnel: an occupational health perspective. *Workplace & Health Safety*, 61(2), pp. 85-89.

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

Spoštovani,

Moje ime je Darja Anderle in sem absolventka magistrskega študija na Fakulteti za zdravstvo Jesenice. Magistrsko nalogo z naslovom Promocija zdravja na delu in gibalna aktivnost medicinskih sester v osnovnem zdravstvu, pripravljam pod mentorstvom prof. dr. Janka Kersnika, dr. med., spec. splošne medicine in somentorico izr. prof. dr. Brigito Skelo Savič viš. med. ses., univ. dipl. org.

Promocija zdravja na delovnem mestu ima velik potencial, je pomembna, ker izboljšuje razmere na delu in s tem zdravje zaposlenih. Raziskava je namenjena promociji zdravja v delovnem okolju medicinskih sester, kakšna je in v kolikšni meri se izvaja. Z vprašalnikom, ki je pred Vami, bom pridobila pomembne podatke, zato Vas vljudno prosim, da odgovorite na spodaj navedena vprašanja, saj je to za uspeh raziskave zelo pomembno. Anketni vprašalnik je anonimen. Podatki, ki bodo pridobljeni z vprašalnikom bodo uporabljeni za namen magistrske naloge.

Anketni vprašalnik prosim, vrnite po pošti na naslov Darja Anderle, Zdravstveni dom Radovljica, Kopališka cesta 7, 4240 Radovljica.

Prosim za čimprejšnje vračilo vprašalnika.

Za sodelovanje se Vam najlepše zahvaljujem.

S spoštovanjem,

Darja Anderle, dipl. m. s.

Prosimo, da na spodnja vprašanja odgovorite tako, da obkrožite številko pred ustreznim odgovorom ali dopišete odgovor.

- |             |            |                 |           |
|-------------|------------|-----------------|-----------|
| 1.) SPOL    | 1. moški   | 2. ženski       |           |
| 2.) STAROST | _____ let  |                 |           |
| 3.) STAN    | 1. samski  | 2. razvezan     | 3. vdovec |
|             | 4. poročen | 5. izven zakon. |           |

- 4.) OTROCI 1. otrok nimam 2. predšolski, osnovnošolski  
3. srednješolci, študentje, odrasli
- 5). IZOBRAZBA 1. srednja  
2. višja ali visoka (1. st.)  
3. magisterij, doktorat
- 6). DELOVNA DOBA \_\_\_\_\_ let
- 7).DELOVNO MESTO 1. glavna med. sestra, vodja  
2. ambulanta  
3. patronaža  
4. dežurna ambulanta in NMP  
5. zdravstvena vzgoja  
6. drugo
- 8). ALI IMATE KAKŠNO KRONIČNO BOLEZEN  
1. da 2. ne

Ocenite v kolikšni meri se strinjate z spodnjimi trditvami.

Uporabljena je pet – stopenjska Likertova lestvica, kjer posamezne vrednosti pomenijo:  
1 = nikakor se ne strinjam; 2 = se ne strinjam; 3 = neopredeljen; 4 = se strinjam; 5 = popolnoma se strinjam

9.) NAČRTOVANJE PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELU		nikakor se ne strinjam	se ne strinjam	neopredeljen	se strinjam	popolnoma se strinjam
9 a	Načrtovanje promocije zdravja na delu ni samo stvar vodstva, ampak so vanj vključeni tudi zaposleni.	1	2	3	4	5
9 b	Promocije zdravja na delu je načrtovana na podlagi analize mnenj zaposlenih (anketiranje zaposlenih).	1	2	3	4	5
9 c	Promocija zdravja na delu je načrtovana glede na trenutne zdravstvene probleme zaposlenih (poročila medicine dela, analiza bolniških odsotnosti).	1	2	3	4	5
9 d	Promocija zdravja na delu je načrtovana glede na dejavnike tveganja na delovnem mestu (ocena tveganja).	1	2	3	4	5
9 e	Promocija zdravja na delu vpliva na zmanjševanje bolniške odsotnosti.	1	2	3	4	5
9 f	V zadnjem letu smo imeli organizirano izobraževanje iz tem, ki se nanašajo na promocijo zdravja na delu.	1	2	3	4	5

Prosimo, da med spodnjimi možnostmi promocije zdravja na delovnem mestu izberite tiste, ki se izvajajo v vaši ustanovi. Označite številko pred izbranimi možnostmi (možnih je več odgovorov). PROSIMO, DA NA TO VPRAŠANJE ODGOVORIJO VODJE V ZDRAVSTVENI NEGI.

10.) OBLIKE PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELU, KI SE IZVAJAJO V VAŠI USTANOVNI

- 10 a.) ergonomska ureditev delovnih mest
  - 10 b.) estetska ureditev delovnih mest
  - 10 c.) izobraževanje iz tem preprečevanja incidentov in poškodb
  - 10 d.) tečaj varne vožnje
  - 10 e.) izobraževanje iz tem preprečevanja konfliktov in nasilja
  - 10 f.) izobraževanje iz tem preprečevanja in zmanjševanja stresa
  - 10 g.) psihološka podpora in supervizija ob stresnih dogodkih
  - 10 h.) aktivnosti za krepitev pripadnosti kolektivu
  - 10 i.) organizacija skupnih športnih aktivnosti, pohodov
  - 10 j.) aktivni odmor med delom
  - 10 k.) brezplačna karta za kopališče
  - 10 l.) brezplačna karta za obisk fitnesa
  - 10 m.) brezplačna udeležba pri aktivnostih v telovadnici
  - 10 n.) telovadba, pilates aerobika (organizirana za zaposlene)
  - 10 o.) nordijska hoja (organizirana za zaposlene)
  - 10 p.) izobraževanje za zdrav način življenja, zdrav življenjski slog (organizirano za zaposlene)
  - 10 r.) organiziranje zdrave prehrane med delom
  - 10 s.) izobraževanja o zdravi prehrani (organizirano za zaposlene)
  - 10 t.) izobraževanja o opuščanju kajenja (organizirano za zaposlene)
  - 10 u.) spodbujanje bolj zdravega življenjskega sloga z uporabo informativno izobraževalnih elektronskih sporočil na službene meile
  - 10 v.) drugo
- 
-

Ocenite v kolikšni meri se strinjate z spodnjimi trditvami.

Uporabljena je pet – stopenjska Likertova lestvica, kjer posamezne vrednosti pomenijo:

1 = nikakor se ne strinjam; 2 = se ne strinjam; 3 = neopredeljen; 4 = se strinjam; 5 = popolnoma se strinjam

11.) STALIŠČA MEDICINSKIH SESTER DO PROMOCIJE ZDRAVJA NA DELU		nikakor se ne strinjam	se ne strinjam	neopredeljen	se strinjam	popolnoma se strinjam
11 a	Menim, da promocija zdravja na delu pomembno vpliva na ohranjanje mojega zdravja in pomaga preprečevati kronične nenalezljive bolezni.	1	2	3	4	5
11 b	Menim, da ima promocija zdravja na delu pozitiven vpliv na moj življenjski slog.	1	2	3	4	5
11 c	Menim, da promocija zdravja na delu pripomore k pozitivnemu delovnemu vzdušju.	1	2	3	4	5
11 d	Menim, da promocija zdravja na delu pripomore k boljšemu timskeemu delu.	1	2	3	4	5
11 e	Menim, da promocija zdravja na delu pripomore k večjemu zadovoljstvu na delovnem mestu.	1	2	3	4	5
11 f	Menim, da promocija zdravja na delu pripomore k večji povezanosti med sodelavci.	1	2	3	4	5
11 g	Menim, da promocija zdravja na delu pripomore k krepitevi pripadnosti kolektivu in delovni organizaciji.	1	2	3	4	5
11 h	Menim, da urejeno delovno okolje in promocija zdravja na delu, prispevata k zmanjšanju odhajanja iz poklica pri medicinskih sestrah.	1	2	3	4	5
11 i	Menim, da promocija zdravja na delu vključuje dobro izdelavo urnika, saj to zmanjšuje dejavnike tveganja povezane s preutrujenostjo.	1	2	3	4	5
11 j	Menim, da je za dobro počutje in zdravje na delovnem mestu pomembna tudi estetska ureditev delovnega mesta.	1	2	3	4	5
11 k	Menim, da je ergonomska ureditev delovnega mesta (delovno mesto prilagojeno medicinski sestri in delu, ki ga opravlja), prispeva k boljšemu zdravju.	1	2	3	4	5
11 l	Menim, da je pri promociji zdravja na delu izobraževanje zelo pomembno.	1	2	3	4	5
11 m	Menim, da je pomembna aktivnost promocije zdravja na delu preprečevanje nasilja s strani pacientov (verbalno in fizično).	1	2	3	4	5
11 n	Če imam zdravstvene težave vedno ostanem na bolniški.	1	2	3	4	5
11 o	Na delo ob zdravstvenih težavah sem prišel/a zaradi razmer v službi (sodelavci morajo opraviti moje delo).	1	2	3	4	5
11 p	Na delo ob zdravstvenih sem prišel/a zaradi razmer doma in izpada zaslužka.	1	2	3	4	5
11 r	Menim, da bi bilo možno izboljšati zdravje medicinskih sester, če bi se ukrepi promocije zdravja osredotočili na zmanjševanje virov stresa.	1	2	3	4	5
11 s	Menim, da je stres pri delu medicinskih sester je v največji meri povezan z organizacijo dela, zato ga organizacijski ukrepi lahko bistveno zmanjšajo.	1	2	3	4	5
11 t	Menim, da motivacijo za sodelovanje v programih promocije zdravja na delu veča dejstvo, da posameznik že ima zdravstvene težave.	1	2	3	4	5
11 u	Menim, da bi promocija zdravja na delu pri medicinskih sestrah morala vključevati aktivnosti za opuščanje kajenja.	1	2	3	4	5
11 v	Menim, da bi promocija zdravja na delu pri medicinskih sestrah morala vključevati zdravo prehrano in skrb za normalno telesno težo.	1	2	3	4	5
11 x	Menim, da bi promocija zdravja na delu pri medicinskih sestrah morala vključevati gibalno aktivnost.	1	2	3	4	5
11 y	Programov promocije zdravja na delu se udeležujem redno in z veseljem.	1	2	3	4	5
11 z	Menim, da bi promocijo zdravja na delu spodbujala informativno izobraževalna elektronska sporočila na moje naslov.	1	2	3	4	5

12. STALIŠČA MEDICINSKIH SESTER GLEDE GIBALNE AKTIVNOSTI V PROMOCIJI ZDRAVJA NA DELU		nikakor se ne strinjam	se ne strinjam	neopredeljen	se strinjam	popolnoma se strinjam
12 a	Menim, da vključevanje gibalne aktivnosti v promocijo zdravja na delu izboljšanje vse dejavnike tveganja pri posamezniku.	1	2	3	4	5
12 b	Menim, da vključevanje gibalne aktivnosti v promocijo zdravja na delu pomaga zmanjševati vplive stresa.	1	2	3	4	5
12 c	Menim, da vključevanje gibalne aktivnosti v promocijo zdravja na delu pomaga zmanjševati negativne učinke dela na hrbtenico in lokomotorni aparat.	1	2	3	4	5
12 d	Menim, da vključevanje gibalne aktivnosti v promocijo zdravja na delu povečuje povezanost med sodelavci in pripadnost kolektivu.	1	2	3	4	5
12 e	Menim, da vključevanje gibalne aktivnosti v promocijo zdravja na delu povečuje zadovoljstvo.	1	2	3	4	5
12 f	Menim, da bi ustanova, morala spodbujati gibalno aktivnost medicinskih sester v delovnem času.	1	2	3	4	5
12 g	Menim, da bi ustanova morala spodbujati gibalno aktivnost medicinskih sester predvsem v prostem času.	1	2	3	4	5
12 h	Menim, da bi spodbujanje gibalne aktivnosti na delu pripomoglo k spremembi mojih stališč glede gibalne aktivnosti nasploh.	1	2	3	4	5
12 i	Za večjo gibalno aktivnost izkoristim vsako priložnost, zato v službo prihajam s kolesom ali peš.	1	2	3	4	5
12 j	Med delom ne uporabljam dvigala, ampak hodim po stopnicah.	1	2	3	4	5
12 k	Med delom večkrat naredim vaje za hrbtenico.	1	2	3	4	5
12 l	Med delom imamo organiziran aktivni odmor katerega se redno udeležujem.	1	2	3	4	5
12 m	Redno se udeležujem športnih aktivnosti ali pohodov, ki so organizirani s strani zdravstvene ustanove.	1	2	3	4	5
12 n	Večkrat izkoristim brezplačne karte za bazen, fitness ali telovadnico, ki jih nudi zdravstvena ustanova.	1	2	3	4	5
12 o	Menim, da bi k povečanju moje gibalne aktivnosti pripomoglo tudi izobraževanje s tematiko o gibanju.	1	2	3	4	5
12 p	Menim, da bi moja motivacijo za večjo gibalno aktivnost spodbujala informativno izobraževalna elektronska sporočila na moj e naslov.	1	2	3	4	5

13.) Kolikokrat na teden ste gibalno aktivni vsaj 30 minut v prostem času?

1. se ne ukvarjam z gibalnimi aktivnostmi
2. 1x tedensko
3. 3x tedensko
4. 5x tedensko
5. vsak dan

14.) Kakšne so ovire, da se z gibalno aktivnostjo v prostem času ne ukvarjate še več-?

1. nimam časa
2. nimam možnosti
3. nimam prave motivacije
4. sem preutrujen/na
5. ovira me kronična bolezen
6. drugo \_\_\_\_\_

15.) V preteklosti sem že bil/a udeleženec/ka programov za zdravje.

1. da
2. ne

16.) V preteklosti sem bil/a sem udeleženec/ka delavnice CINDI za telesno aktivnost .

1. da
2. ne

17.) V preteklosti sem že bil/a sem udeleženec/ka testa hoje na 2 km.

1. da
2. ne



## 6.2 MATRIKA PODATKOV

### T test neodvisnih vzorcev

#### Group Statistics

Načrtovanje promocije zdravja na delu ni samo stvar vodstva, ampak so vanj vključeni tudi zaposleni		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Število oblik zdravja pri delu, ki se izvajajo v ustanovi	večinoma vodstvo	52	4,58	2,960	,410
	vodstvo skupaj z zaposlenimi	583	6,15	3,069	,127

		Equality of Variances		Equality of Variances						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval MF the Lower upper	
Število oblik zdravja pri delu, ki se izvajajo v ustanovi	Equal variances assumed	,003	,959	-3,550	633	,000	-1,572	,443	-2,442	-,703
	Equal variances not assumed			-3,660	61,204	,001	-1,572	,430	-2,431	-,713

## Oneway ANOVA

### Descriptives

Povprečno stališče medicinski sester do zdravja na delu

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Mini	Max
					Lower Bound	Upper Bound		
do 4 programi	157	3.7906	.45352	.03620	3.7191	3.8621	2.58	5.00
od 5 do 9 programov	313	3.8391	.45244	.02557	3.7887	3.8894	2.46	5.17
10 programov in več	63	3.9848	.47680	.06007	3.8647	4.1049	2.79	5.00
Total	533	3.8420	.45832	.01985	3.8030	3.8810	2.46	5.17

### ANOVA

Povprečno stališče medicinski sester do zdravja na delu

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.702	2	.851	4.098	.017
Within Groups	110.048	530	.208		
Total	111.750	532			

**Post Hoc Tests**

**Multiple Comparisons**

Dependent Variable: Povprečno stališče medicinski sester do zdravja na delu

Tukey HSD

(I) Število oblik promocije zdravja na delu, ki se izvajajo v ustanovi (združeni razredi)	(J) Število oblik promocije zdravja na delu, ki se izvajajo v ustanovi (združeni razredi)	Mean Differen ce (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval Lower Bound	95% Confidence Interval Upper Bound
do 4 programi	od 5 do vključno 9 programov	-.04845	.04456	.522	-.1532	.0563
	10 programov in več	-.19418*	.06796*	.012*	-.3539*	-.0345*
od 5 do vključno 9 programov	do 4 programi	.04845	.04456	.522	-.0563	.1532
	10 programov in več	-.14573	.06292	.054	-.2936	.0022
10 programov in več	do 4 programi	.19418*	.06796*	.012*	.0345*	.3539*
	od 5 do vključno 9 programov	.14573	.06292	.054	-.0022	.2936

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

### Homogeneous Subsets

#### Povprečno stališče medicinski sester do zdravja na delu

Tukey HSD<sup>a,b</sup>

Število oblik promocije zdravja na delu, ki se izvajajo v ustanovi (združeni razredi)	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
do 4 programi	157	3.7906	
od 5 do vključno 9 programov	313	3.8391	
10 programov in več	63		3.9848
Sig.		.693	1.000

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 117.937.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

$\chi^2$  test

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Število organiziranih programov promocije zdravja povezanih s telesno aktivnostjo * Kolikokrat na teden ste gibalno aktivni vsaj 30 minut v prostem času	635	99,4%	4	0,6%	639	100%

**Število organiziranih programov promocije zdravja povezanih s telesno aktivnostjo \* Kolikokrat na teden ste gibalno aktivni vsaj 30 minut v prostem času Crosstabulation**

			Kolikokrat na teden ste gibalno aktivni vsaj 30 minut v prostem času			Total
			se ne ukvarja ali le 1x na teden	3x na teden	5x na teden ali več	
	nič programov	Count	40	59	49	148
		% within Število organiziranih programov promocije zdravja povezanih s telesno aktivnostjo	27.0%	39.9%	33.1%	100.0%
		% within Kolikokrat na teden ste gibalno aktivni vsaj 30 minut v prostem času	22.7%	23.7%	23.3%	23.3%

Število organiziranih programov promocije zdravja povezanih s telesno aktivnostjo		% of Total	6.3%	9.3%	7.7%	23.3%
	en program	Count	47	56	43	146
		% within Število organiziranih programov promocije zdravja povezanih s telesno aktivnostjo	32.2%	38.4%	29.5%	100.0%
		% within Kolikokrat na teden ste gibalno aktivni vsaj 30 minut v prostem času	26.7%	22.5%	20.5%	23.0%
		% of Total	7.4%	8.8%	6.8%	23.0%
	dva programa	Count	32	62	53	147
		% within Število organiziranih programov promocije zdravja povezanih s telesno aktivnostjo	21.8%	42.2%	36.1%	100.0%
		% within Kolikokrat na teden ste gibalno aktivni vsaj 30 minut v prostem času	18.2%	24.9%	25.2%	23.1%
		% of Total	5.0%	9.8%	8.3%	23.1%
	trije programi in več	Count	57	72	65	194
		% within Število organiziranih programov promocije zdravja povezanih s telesno aktivnostjo	29.4%	37.1%	33.5%	100.0%
		% within Kolikokrat na teden ste gibalno aktivni vsaj 30 minut v prostem času	32.4%	28.9%	31.0%	30.6%
		% of Total	9.0%	11.3%	10.2%	30.6%
Total	Count	176	249	210	635	
	% within Število organiziranih programov promocije zdravja povezanih s telesno aktivnostjo	27.7%	39.2%	33.1%	100.0%	
	% within Kolikokrat na teden ste gibalno aktivni vsaj 30 minut v prostem času	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	27.7%	39.2%	33.1%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.726 <sup>a</sup>	6	.579
Likelihood Ratio	4.828	6	.566
Linear-by-Linear Association	.105	1	.746
N of Valid Cases	635		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 40.47.

**Symmetric Measures**

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	.086	.579
Cramer's V	.061	.579
N of Valid Cases	635	