

TOTALE WELSTAND¹: 'N NUWE DIMENSIE IN DIE BEHEER VAN GESONDHEIDSORG-, WERKERSAFWESIGHEIDS- EN PERSONEELOMSETKOSTES

L I DREYER*
L D COETSEE#
G L STRYDOM*
S VAN DER MERWE*

*Instituut vir Biokinetika
#Departement Bedryfsadministrasie
PU vir CHO

ABSTRACT

Total wellness: A new dimension in the control of health promotion, absenteeism and staff turnover costs. The aim of this study was firstly, to determine what is implied by the concept total wellness, secondly, to determine the rationale behind total wellness as health promotion strategy and thirdly, to study the cost benefits of company-sponsored total wellness programmes. The results of this study indicate that the total wellness concept of health promotion is broader than just illness prevention or risk factor identification and treatment. The aim of total wellness programmes seems to be to stimulate and help the individual to start a self-development programme directed at maximizing his potential within all the dimension of health. The rationale behind total wellness as health promotion strategy is based on the fact that human behaviour (lifestyle) is related in a complex manner to psycho-social, environmental and biological factors. Regarding cost benefits it was found that companies can offer total wellness programmes to their workforce in a cost beneficial manner.

OPSOMMING

Die doel van die studie is eerstens om te bepaal wat presies bedoel word met die konsep totale welstand. Tweedens om te bepaal wat die rasionaal van totale welstand as gesondheidsbevorderingstrategie is en derdens om die koste voordele van ondernemingsgefundeerde totale welstandsprogramme te bestudeer. Die resultate van die studie dui daarop dat totale welstand 'n veel wyer/breër konsep is as die blote behandeling of voorkoming van siektes. Die doel van totale welstandsprogramme blyk te wees om die individu op 'n selfontwikkelingspad na die bereiking van optimale persoonlike potensiaal binne al die dimensies van gesondheid te plaas. Die konsep berus op die rasionaal dat gedrag komplekse interaksies met verskeie sosio-psigologiese, omgewings- en biologiese faktore vertoon. Betreffende die kostevoordele van sulke programme vir die onderneming blyk dit dat gesondheidsbevorderingsprogramme op 'n kostevoordelige wyse aangebied kan word.

Die konsep totale welstand, impliseer dat die mens 'n holistiese eenheidswese wat uit verskillende dimensies bestaan (byvoorbeeld, fisiek, emosioneel, sosiaal, psigologies, intellektueel, ensovoorts) wat interverwant en interafhanklik van mekaar is (Burdick, 1983; Eberst, 1984; Greenberg, 1985; Ardell, 1986; Seaward, 1988; Robbins *et al.*, 1991; Hales, 1992). Die konsep stel dit verder dat lewenstylintervensies of gesondheidsbevorderingsprogramme nie op voorkoming of behandeling van siektes moet fokus nie maar daarop gerig moet wees om mense aan te spoor om na die bereiking van 'n optimale vlak van gesondheid te streef. Optimale gesondheid word gesien as 'n toestand waar balans bereik is tussen die verskillende dimensies van gesondheid/totale welstand (O'Donnel, 1989). Sentraal binne die konsep van totale welstand lê ook die gedagte dat die individu selfverantwoordelikheid vir eie gesondheid moet aanvaar.

Wanneer die literatuur bestudeer word, is dit egter duidelik dat daar nog heelwat teenstrydigheid en onduidelikheid by navorsers oor die konsep van totale welstand en oor totale welstandsprogramme bestaan. Eerstens is daar volgens sommige navorsers (Goodstadt *et al.*, 1987; Kronefield *et al.*, 1988; Storlie *et al.*, 1992) geen eenvormigheid wat betref die aard, doel en omvang van die sogenaamde totale welstandsprogramme nie. Daar blyk ook onduidelikheid te bestaan oor wat presies die eie unieke bydrae van totale welstandsprogramme is (Dreyer, 1995). Sommige navorsers (Best *et al.*, 1986; Goodstadt *et al.*, 1987) is verder van mening dat die konsep totale welstand, te wydlopend en omvangryk is en gevolglik sal

sulke programme in alle waarskynlikheid meer koste-intensief as die blote behandeling van siektes wees. Conrad *et al.* (1991) wys in die verband daarop dat navorsing wat oor die kostevoordele van totale welstandsprogramme handel, heelwat metodologiese leemtes vertoon en dat daar geen empiriese bewys in die navorsingsliteratuur bestaan dat sulke programme op 'n kostevoordelige wyse by die werkplek aangebied kan word nie.

Bogenoemde aspekte laat 'n vraag ontstaan oor wat presies bedoel word met die term/konsep totale welstand en die rasionaal daarvan. Verder bestaan daar ook vrae rondom die kostevoordele van totale welstand as gesondheidsbevorderingstrategie. Die doel van hierdie ondersoek is dus eerstens om te bepaal wat bedoel word met die konsep, totale welstand. Tweedens het die ondersoek ook ten doel om te bepaal wat die rasionaal van die konsep is en derdens om die kostevoordele van sogenaamde totale welstandsprogramme te bestuur.

HISTORIESE OORSIG

Een moontlike verklaring vir die verskille wat in die literatuur voorkom rakende die aard, doel en omvang van totale welstandsprogramme lê volgens Goldbeck (1984) waarskynlik opgesluit in die historiese aanloop of ontwikkeling van hierdie programme. Goldbeck (1984) toon aan dat totale welstandsprogramme in die VSA deur vier stadia of generasies gegaan het.

Aanvanklik het die programme nie werklik ontstaan met die doel om gesondheid te verbeter nie. Werknemers is om veiligheidsredes verbied om op die werkerrein te rook of alkohol te gebruik. Rekreasieprogramme is hoofsaaklik geïmplementeer met die doel om die moreel van die werknemerskorps te verbeter. Geen poging is dus aangewend om

¹Totale welstandsprogramme verwys in die ondersoek na programme wat by die werkplek aangebied word en deur die maatskappy gefinansier word. Versoeke vir afdrukke moet gerig word aan L I Dreyer, Instituut vir Biokinetika, Potchefstroom Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Privaatsak X6001, Potchefstroom 2520.

werknemers se fisiese fiksheid te verbeter nie. Die tweede generasie programme was volgens Goldbeck (1984) gerig op die koronêre risikofaktore. Werknemers se risikofaktore is geïdentifiseer en daar is gepoog om by wyse van enkelintervensieprogramme (meestal fisiese fiksheidsprogramme) werknemers se koronêre risikofaktore te verlaag. Die derde generasie programme was volgens Goldbeck (1984) programme wat 'n breër spektrum van metodes, onder meer stresbeheer, dieet, gewigsverlies en rookstaak aangewend het om gesondheidsorgkoste so laag as moontlik te hou en om produktiwiteit daardeur te verhoog. In die vierde generasie het totale welstand die rigtinggewende beginsel van ondernemings en gemeenskappe se gesondheidsbevorderingstrategieë begin word. 'n Totale welstandstrategie behels volgens Goldbeck (1984) dat die werknemer begelei word tot die aanvaarding van selfverantwoordelikheid oor alle fasette wat direk of indirek 'n invloed op sy gesondheid kan hê.

Dit blyk dat Dunn die term, totale welstand die eerste keer in 1959 gebruik het in 'n doelbewuste poging om weg te kom van die tradisionele konnotasie wat die term gesondheid met siekte het (Patton *et al.*, 1986). Totale welstand is deur Dunn (1959) gedefinieer as: "*The process of adapting patterns of behaviour that lead to improved health and heightened life satisfaction*". Dunn (1959) sien totale welstand dus as 'n dinamiese proses wat gerig is op voortdurende selfontwikkeling en maksimalisering van potensiaal. Die vraag ontstaan vervolgens of die tradisionele komponente van werknemershulpprogramme soos alkoholhulpprogramme en stresbeheerprogramme onderafdelings van totale welstandsprogramme is en of totale welstandsprogramme slegs fokus op verryking van die persoon ten einde 'n hoër lewensatisfaksie te bewerkstellig. Ten einde meer duidelikheid hieroor te kry is dit nodig geag om die rasionaal van totale welstand as lewenstylintervensie-strategie te bestudeer asook om te ondersoek wat die kenmerke van 'n ware totale welstandsprogram is. Hierdie inligting behoort 'n aanduiding te gee van wat totale welstandsprogramme insluit en wat dit uitsluit.

DIE RASIONAAL VAN TOTALE WELSTAND AS LEWENSTYLINTERVENSIE-STRATEGIE

Chroniese siektetoestande soos koronêre hartvatsiektes, kanker, beroerte, longsiektes en diabetes mellitus blyk die primêre oorsake van sterfte en ongesteldheid in Westerse geïndustrialiseerde gemeenskappe te wees (Patton *et al.*, 1986; Gebhardt & Camp, 1990; Robbins *et al.*, 1991). In die RSA was genoemde siektetoestande gedurende 1990 verantwoordelik vir 39,1% van alle sterftes (Bradshaw *et al.*, 1995). Hierdie siektetoestande hou direk verband met die lewenstyl van die moderne mens (Ainsworth, 1984; Iverson, 1987).

Lewenstyl blyk egter nie die enigste faktor te wees wat 'n invloed op die individu se staat van gesondheid kan hê nie. 'n Verslag van die Kanadese regering (Iverson, 1987) toon aan dat aspekte soos die omgewing waarin die individu leef en werk, gesondheidsorg-dienste en genetica ook 'n bepalende invloed op die ontwikkeling van chroniese siektetoestande asook op die individu se staat van gesondheid kan hê. Daar bestaan dan ook reeds heelwat navorsingsgebaseerde bewyse dat werkverwante stres verskeie fisiologiese effekte uitlok wat 'n nadelige effek op die werknemer se gesondheid en produktiwiteit kan hê (Kaplan, 1990; O'Leary, 1990).

Ardell (1986) identifiseer vier faktore wat 'n bepalende invloed op die individu en die gemeenskap se gesondheidstatus kan hê, naamlik genetiese faktore, omgewingsfaktore, die beskikbaarheid van mediese dienste en die lewenstyl van die individu. Lewenstyl en gedrag vertoon verder ook komplekse interverbande met biologiese, psigo-emosionele, sosio-kulturele en verskeie omgewingsfaktore (Kulys & Meyer, 1986; WGO, 1986; Best *et al.*, 1986; McGinnes, 1992).

In 1986 definieer die Wêreld Gesondheidsorganisasie lewenstyl dan ook in die verband as die standaardreaksies en gedragspatrone wat ontwikkel deur 'n proses van sosialisering (WGO,

1986). Sosialisering kan volgens genoemde organisasie gesien word as die proses van sosiale interaksie met ouers, portuurgroepe, vriende asook die invloed van die skool en massamedia (WGO, 1986). Die wêreld waarbinne die individu leef en werk en veral die geestelike en sosio-kulturele norme daarvan kan gevolglik 'n bepaalde invloed uitoefen op die wyse hoe die individu homself sien, graag wil wees en leef (Dunn, 1959; Sweeting, 1990). Ardell (1986) toon in die verband aan dat sekere destruktiewe lewensgewoontes soos alkoholisering, oormatige eetgewoontes, en die rook van sigarette en ander tabak dikwels die gevolg is van gevoelens van hulpeloosheid en magteloosheid. Hierdie gevoelens blyk te ontstaan wanneer die individu 'n onvermoë ervaar om homself binne sy lewens- en werksomstandighede te handhaaf. Bellingham *et al.* (1989) toon aan dat 'n toestand van selfverwaarlosing veral neig om te ontstaan wanneer die individu nie meer in beheer voel nie as gevolg van die feit dat hy kontak verloor het met sy lewensdoelwitte, waardes en gevoelens.

Die veranderde demografiese, sosiale, ekonomiese en politieke karakter van die samelewing is volgens navorsers (Dunn, 1959; Bellingham *et al.*, 1989; Sweeting, 1990) by uitstek daarvoor verantwoordelik dat die mens op geestelike gebied kontak met homself verloor, vereensaam, van sy God vervreem en sukkel om die lewe as sinvol te ervaar. Die klem wat die moderne samelewing op aspekte soos individualisme, prestasie, onafhanklikheid en selfhandhawing plaas, lei volgens Bellingham *et al.* (1989) tot verbroekeling van familiebande en sosiale ondersteuningsnetwerke. Dit lei weer tot onsekerhede, gevoelens van magteloosheid, hulpeloosheid, selfverwaarlosing, alkoholisme, dwelmverslawing, depressie, vereensaming en spanning.

Risikofaktor-identifisering en gesondheidverwante inligting is dus duidelik nie genoeg om langtermyn-lewenstylverandering teweeg te bring nie. In die verband maak Sweeting (1990) die volgende opmerking: "*One of the most clearly established findings of health education research is that health-related information is rarely sufficient to initiate or maintain health related pro-actives*".

Wallerstein (1992) stel dit as volg: "*... attempt to increase internal locus of control, without changing the environmental conditions may increase frustration and lead to greater perceived powerlessness and ill-health*".

Allen en Allen (1986) is dieselfde mening toegedaan en stel dit as volg: "*It is a myth that healthy individuals can somehow live healthy lives in organizational settings with highly destructive norms for poor productivity. It is also a myth that health promotion programming can change lifestyles without involving organizational members, family, friends and community*".

Die rasionaal vir die konsep van totale welstand as lewenstylintervensie-strategie lê dus eerstens daarin gesetel dat die primêre oorsake van sterfte tans direk verband hou met die lewenstyl asook leef- en werksomstandighede van die individu. Tweedens lê dit daarin gesetel dat lewenstyl/gedrag nie deur bewusmaking of identifisering van risikofaktore vir chroniese siektes verander kan word nie. Derdens berus die rasionaal daarop dat gedragsverandering ook afhanklik daarvan is dat die individu in kontak met homself moet kom en selfverantwoordelikheid vir eie gesondheid moet aanvaar.

Dit is verder duidelik dat siektevoorkoming nie die primêre doel van totale welstandsprogramme is nie, maar tog 'n direkte voordeel daarvan is (Dunn, 1959). Die primêre doel blyk te wees om werknemers/individue op 'n selfgroeï- of selfontwikkelingspad te plaas wat strewe na die bereiking van maksimum persoonlike potensiaal binne al die dimensies van gesondheid. Totale welstand veronderstel dus 'n lewenswyse waarin daar gestreef word om die hoogs moontlike vlak van gesondheid en lewenskwaliteit te bereik (Ardell, 1986; Robbins *et al.*, 1991). Alkoholhulpprogramme of stresbeheerprogramme asook programme wat fokus op risikofaktor-identifisering en beheer is dus duidelik nie totale welstandsprogramme in die ware sin van die woord nie. Vervolgens 'n kort bespreking van die vereistes waaraan 'n ware totale welstandsprogram moet voldoen.

KENMERKE VAN 'N WARE TOTALE WELSTANDSPROGRAM

Nicholas en Gobble (1991) toon aan dat ondernemingsgefundeerde gesondheidsbevorderingsprogramme of totale welstandsprogramme in die VSA ten opsigte van hulle konseptuele raamwerk in drie breë kategorieë ingedeel kan word, naamlik:

- die kategorieë raamwerk,
- die meganiese of oorsaak georiënteerde raamwerk en
- die organiese of holistiese raamwerk.

Die kategorieë raamwerk verwys na programme waar die gesondheidsbevorderingaksies van die verskillende departemente of afdelings binne die onderneming nie gekoördineer word of as 'n eenheid gesien word nie. Die aktiwiteite van die menslike hulpbron-bestuurafdeling en die van die mediese afdeling of van die verskillende sportklubs word los van mekaar aangebied. Werknemers word gesien as gesond of siek. Die werknemer wat probleme ten opsigte van sy gesondheid het, word ondersteun terwyl die waarskynlik gesonde werknemer, wat betref die bestuur van sy gesondheidsverwante risikofaktore, aan homself oorgelaat word.

Die meganiese of oorsaak-georiënteerde raamwerk fokus op risikofaktor-identifisering en -beheer. Risikofaktorsiftingsaksies word geloods en werknemers met probleme word gehelp ten opsigte van die bestuur van sulke geïdentifiseerde risikofaktore. Die nadeel van hierdie programme is dat daar slegs op werknemers by wie daar probleme geïdentifiseer kan word, gekonsentreer word. As in gedagte gehou word dat tussen 10%-15% van die algemene publiek op enige gegewe tydstip 'n behoefte aan die een of ander vorm van geestesgesondheid/welstanddiens het, beteken dit dat groot persentasies werknemers onder hulle optimum potensiaal funksioneer, aldus Brody (1988). Shephard (1986) wys in die verband daarop dat daar geen duidelike grense tussen siektes en gesondheid bestaan nie en dat psigiatriese probleme verantwoordelik is vir minstens 60% van werkfawesighede, terwyl 80%-90% industriële ongelukke en 65%-80% van alle afdankings aan persoonlike probleme toegeskryf kan word. Groot persentasies werknemers, met geen werklik identifiseerbare probleem maar wat onder hulle maksimum potensiaal funksioneer, kan gevolglik met hierdie programme oorgeslaan word.

Die holistiese raamwerk fokus hierteenoor op die organisasiekultuur aldus Nicholas en Gobble (1991). Ondernemingsdoelwitte en gesondheidsbevorderingsaksies word geïntegreer en werknemers verteenwoordigend van alle vlakke binne die maatskappy word gebruik by die beplanning, ontwerp en implementering van die program (Nicholas & Gobble, 1991). Allen en Allen (1986) wys in ooreenstemming hiermee daarop dat die skep van 'n gemeenskaplike visie, 'n positiewe kultuur en die ontwikkeling van groepsamehorigheid kernnoodsaaklik is wanneer lewenstylintervensieprogramme by maatskappye aangebied word. Allen en Allen (1986) stel 'n vier-fase-proses voor waarvolgens bogenoemde as deel van 'n totale welstandsprogram bewerkstellig kan word. Fase 1 behels 'n objektiewe evaluering/analise van die aard en omvang van die probleem, verkieslik moet werknemers aktief betrokke wees by hierdie proses. Fahlberg *et al.* (1991) stel dit as volg:

"In an empowerment approach, participants reflect on their own experiences in order to identify their own concerns and develop their own solutions".

Fase 2 behels die ontwerp van 'n sisteem om die probleem op te los. Lede van die organisasie word ingespan om self oplossings te vind en 'n werkbare plan van aksie op te stel. Fahlberg *et al.* (1991) stel dit as volg:

"When participants design their own process and objectives, accomplishments are their own".

Die doel met fase 1 is om werknemers bewus te maak van die aard van die probleem (byvoorbeeld hoë gesondheidsorgkoste,

werkafwesigheid en/of personeelwisseling). Tydens fase 2 word die werknemers gebruik om die intervensieaksies/totale welstandsprogram te beplan. Die gevolg is dat hulle presies weet wat die filosofie en missie van die program is en hoe dit inpas by die onderneming se primêre doel naamlik om 'n wins te maak. Sodra werknemers verstaan hoe die totale welstandsprogram by die onderneming se hoofdoelwit, naamlik om 'n wins te maak, inskakel, verseker dit 'n gemeenskaplike visie, aldus Allen en Allen (1986).

Hierna volg Fase 3 waartydens die sisteem geïmplementeer word. Tydens hierdie fase word riglyne ontwikkel waarvolgens opleiding gedoen gaan word, besluite geneem gaan word, inligting versprei gaan word en die hele program geïmplementeer gaan word. Soveel werknemers as moontlik moet ook by hierdie fase betrokke wees. Hiermee word gepoog om werknemers positief in te stel ten opsigte van die intervensieprogramme wat gaan volg (Allen & Allen, 1986; Fahlberg *et al.*, 1991).

Fase 4 hou verband met die evaluering en opdatering van die program. Die doel met hierdie fase is om te bepaal watter doelwitte bereik is om struikelblokke te identifiseer en nuwe doelwitte te stel. Die kern van al vier hierdie fases is egter volgens Allen en Allen (1986) dat soveel mense, departemente en afdelings as moontlik betrokke gemaak moet word tydens die beplanning, ontwerp en implementering van die program. Op die wyse word dus gepoog om 'n gemeenskaplike visie, 'n positiewe kultuur en groepsamehorigheid ten opsigte van die intervensieprogram te bewerkstellig.

Meek (1993) evalueer gesondheidsbevorderingsprogramme wat by maatskappye in die VSA aangebied word en toon aan dat slegs 12,5% van die programme in die VSA aan die holistiese raamwerk voldoen en dus totale welstandsprogramme in die ware sin van die woord is.

Totale welstandsprogramme fokus dus nie net op die werknemer met 'n probleem nie maar poog om alle werknemers met behulp van 'n "empowerment"-benadering of spanbenadering betrokke te kry. Die doel van die programme blyk te wees om 'n gemeenskaplike visie, 'n positiewe kultuur en groepsamehorigheid ener syds te bewerkstellig maar andersyds ook om die individu op 'n selfontwikkelingspad na die bereiking van persoonlike optimale potensiaal binne al die dimensies van gesondheid te plaas.

DIE WERKPLEK AS IDEALE AREA VIR LEWENSTYL-INTERVENSIE EN GESONDHEIDSBEVORDERING

Die werkplek bied die volgende voordele in terme van lewenstylintervensie, naamlik:

Die populasie/werknemers is "gevange"

Gevange beteken volgens die verklarende handwoordeboek van die Afrikaanse taal (Odendaal *et al.*, 1985) dat die individu ingeperk is en dat hy nie kan maak soos hy wil nie. In die meeste lande werk sowat 84% van die mense ouer as 18 jaar (Chapman, 1991). Vir 'n persoon wat vir 8 ure per dag, 5 dae per week op dieselfde plek werk is dit feitlik onmoontlik om nie notisie te neem van gesondheidsverwante inligting wat strategies goed beplan aangebied word nie. Shephard (1986) wys verder daarop dat dit moeilik is om nie ten opsigte van jou gesondheidsgewoontes beïnvloed te word as jy konstant binne jou werkmilieu aangespoor, gemotiveer en ondersteun word om gesonder te lewe nie.

In die verband rapporteer Blair *et al.* (1986) dat werknemers se energieverbruik met behulp van fisieke aktiwiteit met 104% toegeneem het, 2 jaar nadat met 'n lewenstylintervensieprogram by 'n maatskappy begin is. By die kontrole-maatskappy is 'n 33% toename gevind. Die gemiddelde sistoliese bloeddruk, liggaamsmassa en persentasie liggaamsvet van die werknemers by die eksperimentele maatskappy het ook statisties ($p \leq 0,05$) betekenisvol verlaag. Twee jaar na die implementering van 'n rookstaakprogram by Johnson en Johnson rapporteer Shipley *et*

dat doktersbesoeke as gevolg van nie ernstige siektetoestande met 35% afgeneem het nadat met 'n mediese selfsorgopvoedingsprogram begin is.

Die werkplek bied geleentheid vir die gebruik van aansporingsmiddels

Insentiewe soos kompetisies of vorme van belonings kan ook by die werkplek gebruik word wanneer byvoorbeeld rookstaak- en gewigsverliesprogramme aangebied word. Stunkard *et al.* (1986) ondersoek die effektiwiteit van kompetisie om gewigsverlies te bewerkstellig en vind dat span- of afdelingskompetisies meer effektief as individuele kompetisies is. Eweneens rapporteer Jeffery *et al.* (1988) 'n 57% rookstaaksyfer by 'n onderneming nadat begin is om rokers wat ophou rook, finansiëel te vergoed. Na staking van die finansiële vergoeding, het die syfer egter binne 6 maande na 12% gedaal. Dit wil dus voorkom of insentiewe wel effektief gebruik kan word om werknemers aan te spoor om gedragsveranderinge te maak. Dit is egter onduidelik of werknemers met hierdie lewenstylveranderinge sal volhou wanneer die insentiewe nie meer aangebied word nie.

By die werkplek kan die werknemer oor 'n lang tydperk herhaaldelik aan gesondheidsverwante inligting of intervensieprogramme blootgestel word

Dit word bereken dat ongeveer 35% tot 45% van die meeste werknemers langer as 15 jaar by dieselfde plek werk (Chapman, 1991). Alhoewel die syfer nie bekend is vir Suid-Afrika nie, is die implikasie steeds dat blootstelling aan gesondheidsverwante inligting asook motivering om lewenstylveranderinge te maak vir die meeste mense oor 'n langtermyn kan geskied indien sulke programme by die werk aangebied word.

Die werkplek bied die moontlikheid van sosiale steun

Die gebruik van insentiewe soos interdepartementele kompetisies en finansiële vergoeding het tot gevolg dat werknemers 'n bepaalde mate van sosiale steun by hul werkplek kan ontvang wanneer hulle poog om lewenstylveranderinge te maak. Die feit dat daar met totale welstandsprogramme ook gepoog word om 'n gemeenskaplike visie en positiewe kultuur ten opsigte van gesondheid te bewerkstellig, het tot gevolg dat werknemers 'n groter mate van sosiale steun by die werkplek as by enige ander opset, behoort te ervaar (Chapman, 1991).

Ostwald (1989) vind in die verband dat by ondernemings waar 'n goeie mate van sosiale steun bestaan, selfs minimale intervensies, 'n positiewe effek op die lewenstyl en gesondheidstatus van werknemers kan hê.

Die lewenstyl van werknemers se familieledede sal in alle waarskynlikheid ook beïnvloed word

Dit geld veral indien familieledede ook by gesondheidsbevorderingsaksies betrek word. Hoe meer ondernemings in 'n land dus totale welstandsprogramme aanbied, hoe groter behoort die impak op die gesondheidstatus van so 'n land se totale bevolking te wees.

Die werknemer en werkgewer kan by sulke programme baat.

Navorsers is oor die algemeen van mening dat sulke programme 'n bepaalde voordelige effek op die werknemer se gesondheid, lewenstyl, energievlakke, stresoleransievermoë, werkbevrediging, emosionele stabiliteit en algemene gevoel van lewensivolheid sal hê (Shephard, 1986; Falkenberg, 1987; Dreyer & Strydom, 1992).

Vir die werkgewer behoort sulke programme 'n positiewe invloed te hê op die produktiwiteit, werkafwesighede, personeelomset en gesondheidsorgkoste van die onderneming (Shephard, 1986; Falkenberg, 1987; Dreyer, 1991; Chapman, 1991; Dreyer & Strydom, 1992).

DIE FINANSIËLE VOORDEEL VAN TOTALE WELSTANDSPROGRAMME VIR DIE WERKGEWER

Soos aangedui, is sommige navorsers van mening dat daar nog geen konkrete empiriese bewyse in die navorsingsliteratuur

bestaan dat sulke ondernemingsgefundeerde totale welstandsprogramme wel kostevoordele vir ondernemings inhou nie. Gevolglik dus 'n kort bespreking van die finansiële voordele van totale welstandsprogramme vir die werkgewer.

Daar word in die navorsingsliteratuur onderskei tussen kostevoordeel (K/V) en koste-effektiwiteit (K/E). Kostevoordeel word bereken deur die kostes verbonde aan die program te vergelyk met die finansiële dividende wat die program tot gevolg gehad het. Koste-effektiwiteit verwys na hoe effektief die program was om siekte of premature sterfte te voorkom in vergelyking met enige ander vorm van behandeling (Messer en Stone, 1995). In hierdie bespreking word hoofsaaklik op kostevoordeel gekonsentreer.

Murphy *et al.* (1987) noem 6 aspekte wat in berekening gebring moet word wanneer 'n kostevoordeelanalise gedoen word. Hierdie aspekte sluit in identifisering en bepaling van kostes, identifisering en geldelike waardasie van voordele, berekening van toekomstige kostes en voordele, vergelyking van kostes en voordele en die doen van 'n sensitiviteitsanalise. Kaman en Huckaby (1988) identifiseer vyf kategorieë van direkte voordele en kostes wat gebruik kan word wanneer 'n K/V-analise gedoen word. Voordele wat in rand-en-sentterme uitgedruk kan word sluit in aspekte soos:

- afname in koste verbonde aan mediese ongesteldheid;
- afname in koste verbonde aan personeelwisseling;
- afname in kostes verbonde aan werkafwesighede;
- afname in gesondheidsorgkoste;
- verhoogde produktiwiteit.

Programkoste wat in rand-en-sentterme uitgedruk kan word behels volgens Kaman en Huckaby (1988) die volgende:

- salaris- en voordele-uitgawes;
- voorraad-, kommunikasie- en reiskostes;
- spasie- en oorhoofse kostes;
- apparaat- en fasiliteitkostes;
- werknemersdeelnemerkostes.

Die geldelike voordeel van totale welstandsprogramme word in die meeste studies as 'n ratio uitgedruk deur die voordele te deel deur die kostes (Messer & Stone, 1995). Tipies word 'n sensitiviteitsanalise ook gedoen. Dit behels dat die K/V in terme van drie sekenario's, naamlik 'n min voordelige sekenario, 'n mees waarskynlike sekenario en 'n mees voordelige sekenario uitgedruk word (Messer & Stone, 1995).

Verskeie omvattende literatuuroorsigstudies is al gepubliseer oor die kostevoordeel van ondernemingsgefundeerde gesondheid- en/of fiksheidsprogramme (Pelletier, 1991; Shephard, 1992; Pelletier, 1993; Messer & Stone, 1995). Hierdie oorsigartikels identifiseer tipies die volgende metodologiese leemtes in studies wat die K/V van maatskappygefundeerde gesondheidsbevorderingsprogramme ondersoek het, naamlik:

- swak definisie of omskrywing van metode waarvolgens voordele gemeet is;
- die gebruik van selfgerapporteerde resultate;
- te klein studiegroepe;
- afwesigheid van kontrolegroepe;
- afwesigheid van betroubare basislyndata waaraan die effek van die program gemeet kan word;
- afwesigheid van tegniese inligting rakende hoe die geldelike waarde van die voordele bereken is en
- die afwesigheid van 'n sensitiviteitsanalise.

Messer en Stone (1995) evalueer 17 studies wat nie bogenoemde leemtes het nie en vind 'n gemiddelde K/V van 2,27. Dit impliseer dat elke 1 dollar wat 'n maatskappy aan gesondheidsbevordering bestee die program 'n dividende van 2,27 dollar sal oplewer. Messer en Stone (1995) wys egter daarop dat bestaande K/V-analises nog heelwat ander metodologiese leemtes het wat dit feitlik onmoontlik maak om die kostevoordeel werklik akkuraat te bepaal. Volgens die metode waarvolgens K/V huidig bereken word wil dit egter voorkom of die effek van gesondheidsbevorderingsprogramme sodanig is dat dit op 'n kostevordelige wyse by maatskappye aangebied

kan word. Pelletier (1993) evalueer 48 studies wat tussen 1980 en 1993 oor die onderwerp gepubliseer is en sluit sy analise af met die volgende opmerking:

"More and better designed studies were conducted in the last 2 years than for the entire decade of the 1980's. What is even more important is that the research design, data analysis, and intervention sophistication is greatly improved in these more recent studies . . . Of the studies that analyzed cost-effectiveness or cost benefits, every one indicated a positive return. When anyone cavalierly dismisses 48 studies with the glib dismissal of 'there is no evidence', they are simply ignorant of more than 13 years of increasingly sophisticated research with documentation of both health and cost outcomes".

Die gevolgtrekking is dus dat gesondheidsbevorderingsprogramme, bo en behalwe die voordele wat dit vir die individu inhou, ook kostevoordelig behoort te wees vir die onderneming.

SAMEVATTEND

Die konsep van totale welstand blyk dus breër te wees as die blote voorkoming van siektes. Die doel met die konsep en programme blyk te wees om die individu op 'n selfontwikkelingspad na die bereiking van optimale persoonlike potensiaal binne al die dimensies van gesondheid te plaas. Die konsep berus op die rasionaal dat gedrag komplekse interaksies met verskeie sosio-psigologiese, omgewings- en biologiese faktore vertoon. Dit berus verder daarop dat gedragsverandering moeilik sal plaasvind alvorens die individu nie in kontak met sy waardes, norme en lewensdoelwitte gekom het nie en self die verandering wil maak nie. Dit is duidelik dat gesondheidsverwante inligting as sodanig nie voldoende is om mense aan te spoor om langtermyn-positiewe lewensstylveranderinge te maak nie. Dit blyk egter dat min van die bestaande ondernemings-gefundeerde gesondheidsbevorderingsprogramme in die VSA werklik as ware totale welstandsprogramme geklassifiseer kan word. Betreffende die kostevoordele van gesondheidsbevorderingsprogramme vir die onderneming blyk dit dat die metode wat tans gebruik word om kostevoordele te bereken nog heelwat leemtes het. Die metode waarvolgens kostevoordele tans bereken word, toon aan dat programme in die VSA, ten spyte van die feit dat hulle nie in die ware sin van die woord totale welstandsprogramme is nie, wel kostevoordelig vir werkgewers is. Die waarde van die programme moet volgens sommige navorsers egter nie in finansiële terme gemeet word nie, maar in die effek wat dit het op die werknemers se moreel en houding teenoor die werkgewer en gevolglik ook op die kultuur en beeld wat die onderneming ontwikkel en projekteer. Hierdie subjektiewe faktore is egter moeilik meetbaar en is bepaald 'n area waaroor nog min navorsing gedoen is en wat verdere navorsing regverdig.

BRONNELYS

- Ainsworth, T.H. (1984). The health promotion concept. (In O'Donnell, M.P. & Ainsworth, T.H. 1984. eds. Health promotion in the workplace. New York: Delmar. p. 3-9.)
- Allen, J. & Allen, R.F. (1986). From short term compliance to long term freedom: culture-based health promotion by health professionals. *American journal of health promotion*, 1(2), 39-47.
- Ardell, D.A. (1986). High level wellness; an alternative to doctors, drug and disease. USA: Ten Speed. p. 386
- Bellingham, R. & Cohen, B. (1987). The corporate wellness sourcebook. Massachusetts: Human Resource development. p. 509.
- Bellingham, R., Cohen, B., Jones, T. & Spaniol, L. (1989). Connectedness: some skills for spiritual health. *American journal of health promotion*, 4(1), 18-31.
- Best, J.A., Cameron, R. & Grant, M. (1986). Health behaviour and health promotion. *American journal of health promotion*, 1(2), 48-57.
- Blair, S.N., Piserchia, P.V., Wilbur, C.S. & Crowder, J.H. (1986). A public health intervention model for work-site health promotion. Impact on exercise and physical fitness in a health promotion pan after 24 months. *Journal of the American Medical Association*, 255(7), 921-926.
- Bradshaw, D., Bourne, D., Schneider, M. & Sayed, R. (1995). Mortality patterns of chronic diseases of lifestyle in South Africa. (In Fourie, J. & Steyn, K. (1995). eds. Chronic diseases of lifestyle in South Africa. MRC technical report. pp. 5-36.)
- Brody, B.E. (1988). Employee assistance programs: an historical and literature review. *American journal of health promotion*, 2(3), 13-19.
- Burdick, G.R. (1983). Wellness: a holistic approach to well-being. *Public management*, 65(Aug), 13-16.
- Chapman, L.S. (1991). Proof positive: analysis of the cost-effectiveness of wellness. Seattle, W A : Corporate health designs. p. 119.
- Conrad, K.M., Conrad, K.J. & Wallcott-McQuigg, J. (1991). Threats to internal validity in worksite health promotion program research: common problems and possible solutions. *American journal of health promotion*, 6(2), 112-129.
- Dreyer, L.I. & Strydom, G.L. (1992). Enkele fisieke, fisiologiese en persoonlikervaarde voordele van 'n bestuursfiksheidprogram. *S.A. tydskrif vir navorsing in sport, liggaamlike opvoedkunde en ontspanning*, 15(1), 23-32.
- Dreyer, L.I. (1995). Totale welstand – 'n begripsoms krywing. Instituut vir Biokinetika. PU vir CHO: Potchefstroom. p. 53.
- Dreyer, L.I. (1991). Fisieke aktiwiteit, fisieke werkvermoë en enkele morfologiese, fisiologiese en biochemiese parameters by uitvoerende amptenare. Potchestroom. M.A.-verhandeling. PU vir CHO. p. 96.
- Dunn, H.L. (1959). High-level wellness for man and society. *American journal of health promotion*, 49(6), 786-792.
- Eberst, R.M. (1984). Defining health: a multidimensional model. *Journal of school health*, 54(3), 99-104.
- Fahlberg, L.L., Poulin, A.M., Girdano, D.A. & Dusek, D.E. (1991). Empowerment as an emerging approach in health education. *Journal of health education*, 22(3), 185-193.
- Falkenberg, L.E. (1987). Employee fitness programs: their impact on the employee and the organization. *The Academy of Management Review*, 12(3), 511-522.
- Fourie, J. & Steyn, K. (1995). Chronic diseases of lifestyle in South Africa. MRC technical report. p. 203.
- Gebhardt, D.L. & Camp, C.E. (1990). Employee fitness and wellness programs in the workplace. *American psychologist*, 45(2), pp. 262-272.
- Goldbeck, W.B. (1984). Forward. (In O'Donnell, M.P. & Ainsworth, T.H. eds. Health promotion in the workplace. New York: Delmar. p. v-vii.)
- Goodstadt, M.S., Simpson, R.I. & Loranger, P.O. (1987). Health promotion: a conceptual integration. *American journal of health promotion*, 1(3), 58-63.
- Greenberg, J.S. (1985). Health and wellness: a conceptual differentiation. *Journal of school health*, 55(10), 403-406.
- Hales, D. (1992). An invitation to health: taking charge of your life. Redwood City, California: Benjamin/Cummings. p. 630.
- Iverson, D. (1987). Making the case for health promotion: a summary of the scientific evidence. (In Bellingham, R. & Cohen, B. (1987). eds. The corporate wellness sourcebook. Massachusetts: Human Resource development, pp. 60-64.)
- Jeffery, R.W., Pheley, A.M., Forster, J.L., Kramer, M. & Snell, M.K. (1988). Payroll contracting for smoking cessation. A worksite pilot study. *American journal of preventive medicine*, 4, 83-86.
- Kaman, R.L. & Huckaby, J. (1988). Justification of employee fitness programs. Cost versus benefit. *Fitness in Business*, 3(3), 90-95.
- Kaplan, R.M. (1990). Behaviour as the central outcome in health care. *American Psychologist*, November, 1211-1120
- Kronefield, J.J., Jackson, K.L., Davis, K.E. & Blair, S.N. (1988). Changing health practices: the experience from a worksite health promotion project. *Social science and medicine*, 26(5), 515-523.
- Kulys, R. & Meyer, R. (1986). Good health: whose responsibility? *Social work in health care*, 11(1), 63-85.
- McGinnis, J.M. (1992). The public health burden of a sedentary lifestyle. *Medicine and science in sport and exercise*, 24(6), S196-S200.
- Meek, J. (1993). An analysis of comprehensive health promotion

- tion programs' consistency with the systems model of health. *American Journal of Health Promotion*, 7(6), 443-451.
- Messer, J. & Stone, W. (1995). Worksite fitness and health promotion benefit-cost analysis: a tutorial, review of literature, and assessment of the state of the art. *Association for Worksite Health Promotion*, 2(3), 34-43.
- Murphy, R.J., Elias, W.S., Gasparotto, G. & Huset, R.A. (1987). Cost-benefit analysis in worksite health promotion evaluation. *Fitness in Business*, Aug, 15-19.
- Nicholas, D.R. & Gobble, D.C. (1991). World views, systems theory, and health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 6(1), 30-34.
- O'Donnell, M.P. (1989). Definition of health promotion: expanding the definition. Part III. *American Journal of Health Promotion*, 3(3), 5.
- O'Donnell, M.P. & Ainsworth, T.H. (1984). Health promotion in the workplace. New York: Delmar. p. 773.
- Odendaal, F.F., Schoonees, P.C., Swanepoel, C.J., Du Toit, S.J. & Booysen, C.M. (1985). Verklarende handwoordeboek van die Afrikaanse Taal. Johannesburg: Perskor. p. 1378.
- O'Leary, A. (1990). Stress, emotion and human immune function. *Psychological Bulletin*, November: 363-382.
- Ostwald, S. (1989). Changing employee's dietary and exercise practices. An experimental study in a small company. *Journal of Occupational Medicine*, 31, 90-97.
- Patton, W.J., Corry, J.M., Gettman, L.R. & Graf, J.S. (1986). Implementing health fitness program. Illinois: Human Kinetics. p. 291.
- Pelletier, K.R. (1991). A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs. *American Journal of Health Promotion*, 5(4), 311-313.
- Pelletier, K.R. (1993). A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the work-site; 1991-1993 update. *American Journal of Health Promotion*, 8(1), 50-62.
- Robbins, G., Powers, D. & Burgess, S. (1991). A wellness way of life. Dubuque: W.M.D. Brown. p. 390.
- Seaward, B.L. (1988). From corporate fitness to corporate wellness. *Fitness in Business*, 2(5), 182-186.
- Shephard, R.J. (1986). Economic benefits of enhanced fitness. Champaign, III: Human Kinetics. p. 210.
- Shephard, R.J. (1992). A critical analysis of work-site fitness programs and their postulated economic benefits. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 24(3), 354-370.
- Shipley, R. & Orleans, T. (1988). Effect for the Johnson & Johnson LIVE FOR LIFE program on employee smoking. *Preventive Medicine*, 17, 25-34.
- Storlie, J., Baun, B.B. & Horton, W.L. (1992). Guidelines for employee health promotion programs. Association for fitness in business. Champaign, III: Human Kinetics. p. 139.
- Stunkard, A.J., Cohen, R.Y. & Felix, M.R.J. (1986). Weight loss competitions at the worksite: how they work and how well. *Preventive medicine*, 18, 460-474.
- Sweeting, R.L. (1990). A value approach to health behaviour. Champaign, III: Human Kinetics. p. 251.
- Vickery, D. & Kalmer, H. (1983). Effect of a self-care education program on medical visits. *Journal of the American Medical Association*, 250(21), 2952-2956.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health; implications for health promotion programs. *American Journal of Health promotion*, 6(3), 197-205.
- WGO, *Kyk* World Health Organization
- World Health Organization. (1986). Lifestyle and health. *Social Science Medicine*, 22(2), 117-124.