

**EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR**

Tánczos Zoltán

**A munkahelyi egészségfejlesztés és egészségmagatartás
változásai a pandémia hatására egy nagyvállalatnál**

DOI-azonosító: 10.15476/ELTE.2024.370

Neveléstudományi Doktori Iskola

**A doktori iskola vezetője: Prof. Dr. Zsolnai Anikó egyetemi
tanár**

Sport és egészségnevelés doktori program

Programvezető: Prof. Dr. Szabó Attila egyetemi tanár

Témavezetők:

Dr. habil. Gósi Zsuzsanna egyetemi docens

Dr. Magyar Márton egyetemi adjunktus

Budapest, 2024

TARTALOMJEGYZÉK

ÁBRÁK JEGYZÉKE	4
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	5
RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	7
I. BEVEZETÉS	9
I.1 Problémafelvetés	9
II. CÉLKITŰZÉSEK	12
II.1 Kutatási kérdések	13
II.2 Hipotézisek	13
III. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS	16
III.1 Egészség és egészségmagatartás fogalmi háttere	16
III.2 Egészségfejlesztés, munkahelyi egészségfejlesztés	23
III.3 A munkahelyi egészségfejlesztés jogszabályi háttere	35
III.4 Nemzetközi egészségfejlesztési konferenciák hozadékai	38
III.5 Nemzetközi és hazai jó gyakorlatok	45
III.6 A SARS-CoV-2 világjárvány hatásai a munkahelyekre és a dolgozókra	52
IV. MÓDSZEREK	57
III.1 Mintaválasztás	57
III.2 Adatfelvétel	58
III.2.1 Eszközök és módszerek	59
III.2.2 Eljárások	65
III.2.3 Adatelemzés	69
III.3 Intervenciók	70
III.3.1 Intervenciók a pandémia előtt (15. táblázat)	71
III.3.2 Intervenciók a pandémia alatt (16. táblázat)	73
III.3.3 Az intervenciók gyakorisága	75
V. EREDMÉNYEK	77
IV.1 A pandémia előtt és után kitöltött kérdőívek elemzése	77
IV.2 A pandémia alatt kitöltött kérdőív elemzése	83
IV.3 A mérések összehasonlító elemzése	90
IV.4 A dolgozói interjúk értékelése	102
IV.5 A szakmai vezetői interjúk értékelése	109
VI. MEGBESZÉLÉS	112
VII. KÖVETKEZTETÉSEK	118
VI.1 Az eredményekből levont következtetések	118

VI.2 Limitációk	121
VI.3 JavaslatoK	123
VI.4 Ajánlások	123
VIII. ÖSSZEFOGLALÁS	126
IX. SUMMARY.....	127
X. IRODALOMJEGYZÉK	128
XI. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE	142
XII. ALKALMAZOTT JOGSZABÁLYOK.....	143
XIII. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	144
XIV. MELLÉKLETEK.....	145
1.sz. melléklet: Etikai engedély.....	145
2.sz. melléklet: Polar M430 pulzusmérő műszaki specifikációi.....	146
3.sz. melléklet: OMRON BF511 testösszetétel elemző mérőkészülék műszaki adatai.....	147
4.sz. melléklet: Kérdőív (1. és 3.).....	148
5.sz. melléklet: Kérdőív (2.).....	150
6.sz. melléklet: Mérések	153
7.sz. melléklet: Interjú a dolgozókkal	154
8.sz. melléklet: Interjú a szakmai vezetőkkal	156
9.sz. melléklet: Tájékoztató és bejegyző nyilatkozat	157
10.sz. melléklet: A vizsgálatok eredményeinek összesítő táblázatai.....	159
11.sz. melléklet: A vizsgálatok összehasonlító elemzése táblázatok	174

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ÁBRA: EGÉSZSÉGBEN ELTÖLTÖTT ÉVEK SZÁMA MAGYARORSZÁGON (KSH 2016)	16
2. ÁBRA: TÚLSÚLYOSOK ÉS ELHÍZOTTAK ARÁNYA A FELNŐTT NÉPESSÉGBEN (OECD HEALTH DATA 2012)	17
3. ÁBRA: A WHO AJÁNLÁSÁNAK MEGFELELŐ TESTMOZGÁST VÉGZŐK ARÁNYA (KSH-ELEF 2014)	18
4. ÁBRA: NŐI ÉS FÉRFI VÁLASZADÓK ÖSSZESÍTETT VÁLASZAINAK ÁTLAGA AZ 1. ÉS 3. MÉRÉS SORÁN	80
5. ÁBRA: NŐI VÁLASZADÓK VÁLASZAINAK ÁTLAGA AZ 1. ÉS 3. MÉRÉS SORÁN	81
6. ÁBRA: FÉRFI VÁLASZADÓK VÁLASZAINAK ÁTLAGA AZ 1. ÉS 3. MÉRÉS SORÁN	82
7. ÁBRA: TESTSÍR-SZÁZALÉK ÉRTÉKEK VÁLTOZÁSAI A HÁROM MÉRÉS ALKALMÁVAL	92
8. ÁBRA: VÁZIZOM ÉRTÉKEK VÁLTOZÁSAI A HÁROM MÉRÉS ALKALMÁVAL	94
9. ÁBRA: SZIGNIFIKÁNS VÁLTOZÁSOK	101
10. ÁBRA: A DOLGOZÓI INTERJÚKON VÉGZETT GYAKORISÁGI STATISZTIKA EREDMÉNYE	104

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. TÁBLÁZAT: A LEGJELENTŐSEBB MUNKAHELYI EGÉSZSÉGGKOCKÁZATI TÉNYEZŐK (WATSON, 2016)	26
2. TÁBLÁZAT: A LEGFŐBB MUNKAHELYI STRESSZOROK, (JUHÁSZ, 2002: 6-7.), SAJÁT SZERKESZTÉS	26
3. TÁBLÁZAT: MUNKAHELYI KÖRNYEZET JAVÍTÁSÁNAK ELŐNYEI (EU OSHA, 2010; SZOLNOKI ÉS BERÉNYI, 2016: 495-500.)	34
4. TÁBLÁZAT: MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ PROGRAMBAN RÉSZTVEVŐ ORSZÁGOK ÉS VÁLLALATOK (ENWHP, 2013)	50
5. TÁBLÁZAT: MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ PROGRAMBAN RÉSZTVEVŐ HAZAI VÁLLALATOK, INTÉZMÉNYEK VÉGREHAJTOTT INTERVENCIÓK SZERINT (ENWHP, 2013)	51
6. TÁBLÁZAT: A VIZSGÁLATOK IDŐPONTJAI ÉS MÉRT PARAMÉTEREI	60
7. TÁBLÁZAT: INTERJÚK IDŐPONTJAI (SAJÁT SZERKESZTÉS)	62
8. TÁBLÁZAT: A DOLGOZÓKKAL FOLYTATOTT INTERJÚK ALANYAINAK BEMUTATÁSA (N = 6) (SAJÁT SZERKESZTÉS)	64
9. TÁBLÁZAT: SZAKMAI VEZETŐKKEL FOLYTATOTT INTERJÚK ALANYAINAK BEMUTATÁSA (N = 3) (SAJÁT SZERKESZTÉS)	64
10. TÁBLÁZAT: TESTZSÍR-SZÁZALÉK ÉRTÉKEK TÁBLÁZATA	67
11. TÁBLÁZAT: ZSIGERI ZSÍRSZINT ÉRTÉKEK TÁBLÁZATA	67
12. TÁBLÁZAT: VÁZIZOM-SZÁZALÉKÉRTÉKEK TÁBLÁZATA	68
13. TÁBLÁZAT: A DERÉKTÓL A CSÍPŐIG TERJEDŐ KOCKÁZATI KORLÁT	68
14. TÁBLÁZAT: RUFFIER-FÉLE AEROB LÉPCSŐTESZT KIÉRTÉKELÉSE	69
15. TÁBLÁZAT: A PANDÉMIA/HOME OFFICE ELŐTT VÉGREHAJTOTT INTERVENCIÓK ÖSSZEFOGLALÓJA (SAJÁT SZERKESZTÉS)	73
16. TÁBLÁZAT: A PANDÉMIA/HOME OFFICE ALATT VÉGREHAJTOTT INTERVENCIÓK ÖSSZEFOGLALÓJA (SAJÁT SZERKESZTÉS)	75
17. TÁBLÁZAT: TÁPLÁLKOZÁS ÉS AZ ÉLVEZETI SZEREK FOGYASZTÁSA A KARANTÉNBAN (N = 46)	84
18. TÁBLÁZAT: MUNKAVÉGZÉS A KARANTÉNBAN (N = 46)	84
19. TÁBLÁZAT: ÉRZELMI ÉS MENTÁLIS HATÁSOK A KARANTÉNBAN (N = 46)	85
20. TÁBLÁZAT: FITTSÉG ÉS EGÉSZSÉG A KARANTÉN ALATT (N = 46)	86
21. TÁBLÁZAT: EGÉSZSÉGMAGATARTÁS A MINDENNAPOKBAN (N=46)	87
22. TÁBLÁZAT: A MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS (N = 46)	88
23. TÁBLÁZAT: NEMEK SZERINTI KÜLÖNBSÉGEK	89
24. TÁBLÁZAT: KOR SZERINTI KÜLÖNBSÉGEK	89
25. TÁBLÁZAT: MUNKAKÖRÖK SZERINTI KÜLÖNBSÉGEK	90
26. TÁBLÁZAT: AZ ANTROPOMETRIAI MUTATÓK	91
27. TÁBLÁZAT: ANOVA-ELEMZÉS	91
28. TÁBLÁZAT: TESTÖSSZETÉTEL-VIZSGÁLAT: TESTZSÍR-SZÁZALÉK VIZSGÁLATONKÉNTI ÖSSZEHAJONLÍTÁSA (*P < 0,05)	92

29. TÁBLÁZAT: TESTÖSSZETÉTEL-VIZSGÁLAT: A VÁZIZOM ÉRTÉK SZIGNIFIKÁNS VÁLTOZÁSAI	93
30. TÁBLÁZAT: A PANDÉMIA ELŐTTI ÉS A PANDÉMIA (HOME OFFICE) UTÁNI KÉRDŐÍVEK ÉS MÉRÉSEK ÖSSZEHOSONLÍTÁSA	97
31. TÁBLÁZAT: A KUTATÁS HIPOTÉZISEINEK ÖSSZEFOGLALÁSA	117
32. TÁBLÁZAT: A TELJES MINTA ÉS A NEMEK SZERINTI RÉSZMINTÁK ÉLETKORI JELLEMZÉSE VIZSGÁLATONKÉNT	159
33. TÁBLÁZAT: A TELJES MINTA MUNKAÖRI MEGOSZLÁSA VIZSGÁLATONKÉNT	159
34. TÁBLÁZAT: A TELJES MINTA KÉRDŐÍVRE ADOTT VÁLASZAINAK JELLEMZÉSE VIZSGÁLATONKÉNT	159
35. TÁBLÁZAT: A NŐI RÉSZMINTA KÉRDŐÍVRE ADOTT VÁLASZAINAK JELLEMZÉSE VIZSGÁLATONKÉNT	163
36. TÁBLÁZAT: A FÉRFI RÉSZMINTA KÉRDŐÍVRE ADOTT VÁLASZAINAK JELLEMZÉSE VIZSGÁLATONKÉNT	168
37. TÁBLÁZAT: A TELJES MINTA HÁROM MÉRÉSI EREDMÉNYÉNEK JELLEMZÉSE VIZSGÁLATONKÉNT	174
38. TÁBLÁZAT: A NŐI VÁLASZADÓK HÁROM MÉRÉSI EREDMÉNYEINEK JELLEMZÉSE VIZSGÁLATONKÉNT	175
39. TÁBLÁZAT: A FÉRFI VÁLASZADÓK HÁROM MÉRÉSI EREDMÉNYEINEK JELLEMZÉSE VIZSGÁLATONKÉNT	176

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

ACSM	American College Of Sports Medicine
AHA	American Health Association
ANOVA	Analisis Of Variance
BMI	Body Mass Index
	Testtömeg Index
ENWHP	European Network For Workplace Health Promotion
	Üzemi Egészségmegőrzés Európai Hálózata
FFM	Fat Free Mass
	Zsírmentes Izomtömeg
GDP	Gross Domestic Product
	Nemzeti Össztermék
HR	Human Resources
	Humán Erőforrás
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
MVT	Munkavédelmi Törvény
NIOSH	The National Institute For Occupational Safety And Health
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
	Gazdasági Együtműködési és Fejlesztési Szervezet
QOL	Quality Of Life
	Életminőség
RMANOVA	Repeated Measures Analisis Of Variance

ROI	Return On Investment Befektetés Megtérülése
SD	Standard Deviation Szórás
SDG	Sustainable Development Goals Fenntartható Fejlesztési Célok
SROI	Social Return On Investment Befektetés Társadalmi Megtérülése
TTM	Testmagasság
TTS	Testsúly
VFA	Visceral Fat Mass Zsigeri Zsírtömeg
VOI	Value On Investment Befektetés Értéke
WHO	World Health Organization Egészségügyi Világszervezet

I. BEVEZETÉS

I.1 Problémafelvetés

A munkahely, a munkába járás, valamint a ténylegesen munkával töltött idő mennyisége és annak minősége meghatározó jelentőséggel bír mindannyiunk számára. A munkahely hatást gyakorol a személyes egészségünkre, fittségünkre, életkörülményeinkre és életminőségünkre. Ezért különösen fontos, hogy a munkáltató is figyelmet szenteljen a munkahelyi egészségfejlesztésre. Fiatalon a munkára készülünk az iskolában, majd aktív pályafutásunk végeztével egy adott munkahelyről vonulunk nyugdíjba és bízunk a hátralevő, egészségben megélt hosszú életévünkben. Magyarországon a munkában töltött évek számát tekintve átlagosan 37 évről beszélünk (Eurostat, 2024), melynek terjedelme –a születéskor várható élettartam prognosztizálható növekedésével –feltehetően kitolódhat még a következő évtizedekben (KSH, 2024a). Mindezt a csökkenő születésszám miatt kialakuló előregedő társadalom hatásai, az egészségügyi ellátórendszer leterheltsége, a gazdasági elvándorlás következtében létrejövő általános munkaerőhiány, ezen belül orvoshiány és a nyugdíjrendszer hosszútávú fenntarthatósági paraméterei is kedvezőtlenül befolyásolják és így tovább növelhetik.

Az Országgyűlés 2011-ben nemzeti köznevelési törvénybe foglalta stratégiai intézkedéseit az iskoláskorú lakosság egészségfejlesztésének érdekében. Ez az intézkedés a mindennapos testnevelés bevezetése (Nemzeti Köznevelésről szóló CXCV. törvény 2011) a köznevelésben. Ez nem véletlenül igyekszik olyan kedvező fittségi és egészségi állapotot megcélolni, amely hatással van a fiatalok aktuális és későbbi, hosszútávú egészségére is. A törvény rendelkezései alapján 2012. szeptember elsejétől minden köznevelési intézményben felmenő rendszerben be kellett vezetni a mindennapos testnevelést.

Az egészségtudatos életmódra nevelést valóban már fiatal korban kell megalapozni. Gyakran tapasztaljuk, valamint az Eurobarometer 2017-es adatai is alátámasztják, miszerint a magyar felnőtt lakosság csupán 33%-a sportol mindennap vagy akár rendszeresen (European Commission, 2017). Ezt a tényt támasztják alá a felnőtt lakosság sportolási szokásainak KSH által közzétett adatai (KSH, 2017), melyek jócskán

alulmúlják a gyerekekre érvényes mindennapi testnevelés adta lehetőségeket. Ennek oka, hogy az iskolák befejeztével a munka világában a szervezett és irányított keretek hiánya miatt az állampolgárok nem folytatják azt a jó gyakorlatot, amely egészségük és fittségük fenntartásához elengedhetetlenül szükséges lenne. Néhány figyelemreméltó kivételt jelentenek azok a munkáltatók, akik a munkavállalóikat értéknek tekintik, és egészségük megőrzését fontosnak tartják, valamint akik egyénileg is elkötelezettek az egészséges életmód iránt (H.E. interjúalany, 2022).

A magyar társadalom szabadidősportok felé való elkötelezettsége azonban nem volt mindig ilyen alacsony. Az 1950-es években a sportegyesületi tagok létszáma meghaladta a félmilliót, amely az ország lakosságának 5%-át tette ki. 1964-ig nem állt be jelentős változás a szervezett szabadidősportokban résztvevők számában. Az 1970-es évektől, a televízió megjelenésével azonban elkezdett csökkenni a lakosság sportolási hajlandósága. A korábban népszerű militarista tömegsport rendezvényeket felváltották az individuális sportok. Ez a folyamat újabb, negatív irányba ható lökést kapott az 1990-es években a számítógépek és az internet megjelenésével. Az ezredfordulóra a magyar tévénézési szokások az Európai Unió országaival való összehasonlításban kiemelkedőek voltak; mintegy napi kettő és fél órát töltött a tévé előtt egy átlag magyar. Ezzel szemben a sport terén hazánk az utolsók között teljesített (Romsics, 2010).

A kétezres években az euroatlanti¹ integráció hatására és következtében a nyugati országokból betelepülő multinacionális vállalatok hozhatták magukkal a munkahelyi egészségfejlesztésre is figyelmet fordító szervezeti kultúrát. Ennek hatására, mondhatni ezzel párhuzamosan megjelentek hazánkban az első fitnesztermek, wellness központok és lassan, fokozatosan a munkahelyi egészségfejlesztés is körvonalazódni kezdett. Ebben az időszakban azonban még javában tartott a korábbi évtizedek sportolási szokásokat érintő romló tendenciája. Az értékrend is átalakult, az inaktív életmód, valamint az egészségtudatosság hiánya vált jellemzővé. Ez a trend a társadalom jelentős részére számos negatív következménnyel járt (Bognár és Huszár, 2009; Horváth és Bognár, 2019; C.M. interjúalany, 2022; Szabó és Kajos, 2023).

Az egészségfejlesztés alapvetően a családban, majd intézményes szinten a köznevelésben (óvoda, általános- és középiskola) és végül a munkahelyen valósulhat

¹ Az Európai Unióhoz és az Észak-atlanti Szerződés Szervezetéhez (NATO) való csatlakozás folyamata.

meg. Az ezzel kapcsolatos ismeretterjesztő és prevenció programokat (mint például a dohányzás ártalmának bemutatása, az egészséges táplálkozás tudnivalói, a kulturált alkoholfogyasztás, a drogmegelőzés, a stresszhatások tudatos feldolgozása –relaxáció), valamint a testnevelés és a szabadidősport feltételeit nem csak az iskolákban kell elérhetővé tenni, hanem –felnőttekre és az adott munkahelyre adaptálva –a cégek dolgozói számára is. Ez azért indokolt, mert az iskola a gyermekek, míg a munkahely a felnőttek „*második otthona*”. Az egészség minden életkorban az egyik legfontosabb érték: megőrzése és fejlesztése az egyén életminősége, életszínvonala, karrierje és társadalmi státusza szempontjából döntő jelentőségű (Bognár és mtsai, 2010).

A korábban áttekintett irodalom megállapításai alapján tehát kijelenthető, hogy a magyar társadalom viszonylag szűk keresztmetszetét alkotják azok az emberek, akik önállóan, saját döntésük, elhatározásuk alapján és rendszeresen végeznek fizikai aktivitást. Ezért szükséges egy olyan támogató környezet, melynek hatására mindenki számára és széles körben elérhetővé válik az egészséges életmód eszköztára. A munkahely ilyen környezet lehet, amennyiben nyitott a dolgozói egészségfejlesztésének érdekében intézkedéseket hozni és ezáltal át tudja venni az iskolától ezt a szerepkört. A rendszeres fizikai aktivitás komplex egészségmegőrző és -fejlesztő szerepe minden életkorban jelentős (Salvara, Bognár és Huszár, 2007; Földesiné, Gál és Dóczi, 2008; KSH, 2017).

Az eddig áttekintett szakirodalom alapján tehát megállapítható, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés, habár nagyon fontos elemét kellene hogy képezze a magyar társadalom egészségmegőrzésének, még mindig lokalizálva, vagy szelektíven jelenik meg. Ezért kiemelten fontos a meglévő programok hasznosságának mérése, hogy az eredményességük egyre több és több vállalatot motiváljon a széleskörű munkahelyi egészségfejlesztő programokban való széleskörű részvételre. A dolgozat tehát e szükségszerűségekre építkezik, hogy feltárja a meglévő lehetőségeket egy kiválasztott cég példáján keresztül.

II. CÉLKITŰZÉSEK

Az utóbbi évtizedben a hazai munkaerőpiacon egyre inkább teret nyertek azok a nézetek, amelyek szerint a dolgozók komoly értéket képviselnek a munkáltatók számára - az állami, egyházi, helyi önkormányzati és a piaci foglalkoztatási formák esetében egyaránt. A magasan képzett, elhivatott, kiváló szakembereket minden intézmény és vállalat igyekszik bevonni és megtartani. A hosszú távú kölcsönös együttműködés érdekében a munkáltatók lehetőség szerint igyekeznek minél kedvezőbb, az egészséget tartósan megőrző munkafeltételeket biztosítani a foglalkoztatottak számára. E törekvés egyik kiemelkedő eleme a munkahelyi egészségfejlesztő és rekreációs programok bevezetése, amelynek eszközei a közvetlen munkahelyi környezet fejlesztése, a munkaterhelés optimalizálásához szükséges körülmények megteremtése, valamint a kedvezőtlen stresszhatások mérséklése (Tánczos és mtsai, 2020).

Az álláskeresőknél napjainkban mindinkább szempont egy olyan munkahely választása, ahol érzékelhető a munkáltató elkötelezettsége és nyitottsága a dolgozók közérzetének, egészségének javítása és a kellemesebb munkakörülmények kialakítása felé. A munkáltatók is egyre inkább belátják, hogy az egészséges és fitt munkavállaló elégedettebben, kreatívabban és lényegesen hatékonyabban végzi napi tevékenységeit, ami kölcsönösen előnyös a munkavállaló(k) és a munkáltató(k) számára (Tánczos és mtsai, 2020; Szabó és Juhász, 2019).

A munkabiztonság és a munkahelyi egészségkárosodás minden munkavállalót érinthet, foglalkozástól függetlenül. Jelen értekezés elsősorban az irodai munkát végző munkavállalókat érő tényezőket vizsgálta, melynek hatásai gyakran nem is olyan szembetűnők. A megnövekedett irodai terhelés akadályozza a munkavállalókat az egészséges táplálkozási szokások kialakításában és a rendszeres testmozgás gyakorlásában, ezért a munkáltató szerepe és hozzáállása kiemelt szerepet játszhat a dolgozói egészségmegőrzésben, -fejlesztésben (Mazzola, Moore és Alexander, 2017).

A kormány által elrendelt, hónapokon át tartó kötelező otthoni munkavégzés korábban nem fordult elő nagy arányban a magyar lakosság és a vizsgált cég irodai dolgozóinak életében, azonban vizsgált cég már korábban is lehetővé tette az alkalmankénti otthoni munkavégzést munkavállalói számára. Ez alapján elmondható, hogy a vizsgált cég alkalmazottai nem tekinthetők „új távmunkásoknak”. Az új helyzet a

munkahatékonyság és az életminőség tekintetében is jelentős változásokat hozott mindenki számára.

Mindezek alapján a kutatás célja, hogy bemutassa egy telekommunikációs multinacionális nagyvállalat dolgozóinak a COVID-19 járvány miatt szükségessé vált otthoni munkavégzés kapcsán az egészségmagatartásról és a munkahelyi egészségfejlesztésről kialakult véleményét és tapasztalatait. A kutatás a világjárvány 2022 februárig tartó időszakát öleli fel, összevetve a pandémiás home office előtti időszakot az azutáni állapottal. Az alkalmazott módszerek sportszakmai háttérben a preventív fitsségi személyi edzés és a fitness programok álltak. A kutatás a pandémia előtti, közbeni és az azt követő időszakra fókuszált a telekommunikációs szektor vizsgált cégénél. A kutatásban kiemelt szerepet kapott a tartós otthoni munkavégzésre történő átállás következtében kialakuló egészségi, fitsségi (különös tekintettel a testösszetételre) és mentális állapottal kapcsolatos dolgozói attitűd felmérése; illetve a dolgozók neme, életkora és munkaköri beosztása alapján feltérképezhető esetleges különbségek bemutatása.

II.1 Kutatási kérdések

- K1: Az irodai dolgozóknak mi a véleménye, milyen tapasztalatokkal rendelkeznek az egészséges életmód és a munkahelyi egészségfejlesztés konkrét összetevőivel kapcsolatban a pandémia kialakulása előtt?
- K2: A munkahelyi intervenciós programok hatására milyen változások mutatkoznak a dolgozók egészségmagatartásában, fitsségében, táplálkozási és pihenési szokásaiban?
- K3: Milyen hatásai vannak a pandémia időszakának a különböző életkorú, nemű és beosztású munkavállalókra az adott cégnél dolgozó munkavállalók esetében?

II.2 Hipotézisek

A korábban ismertetett hazai és nemzetközi kutatási eredményeket összegezve a család tölti be a legfontosabb szerepet az egyén egészséges életmódra való nevelésben, fizikai aktivitásában. A munkahelyek, „második otthonként” szintén felelősek a munkavállalók fizikai és mentális egészségéért (Tánczos és Bognár, 2020). Ezekre a megállapításokra alapozva a kutatás első hipotézise:

- H1: Feltételezem, hogy a pandémia előtt is egészséges életmódot követő munkavállalók lesznek azok, akik folyamatosan igénylik és nyitottak a cég támogatására a munkahelyi egészségfejlesztés tekintetében.

A hazai és nemzetközi szakirodalom eredményei alapján az a minta látszott körvonalazódni, hogy a stressz és általában a romló mentális egészség leginkább a fiatal generációkat érintette a pandémia alatt (Radák, 2020; Juhász és Szabó, 2021, Pataki-Bittó és Kun, 2021; Rezsőfi és mtsai, 2022). Habár a nem szektorspecifikus kutatások alapvetően a férfiakat hozták ki, mint a pandémiás helyzet és az otthoni munkavégzés nyertesét (Pirohov-Tóth és Kiss, 2020; Juhász és Szabó, 2021), a telekommunikációs szektor „régóta távmunkásai” kapcsán egyértelműen a nők bizonyultak alkalmazkodóképesebbnek (Pieh, Budimir és Probst, 2020; Raišienė és mtsai, 2020; Alshaabani és mtsai, 2021; Grozdics, 2022). Ebből kiindulva a második hipotézis:

- H2: Feltételezem, hogy a munkavállalók egészségi, fittségi és mentális állapotában egyéni szinten (nem, életkor és munkaköri megoszlás alapján) a leginkább negatívan befolyásolt csoport az alacsonyabb pozíciót betöltő férfiak lesznek a tartós otthoni munkavégzés hatására és a munkahelyi intervenciók programok ellenére.

A munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos szakirodalomban szereplő, már a pandémia előtt is alkalmazott intervenciók programokat sikeresnek és hosszú távon megtérülő befektetésnek ítélték meg a munkáltatók (Raišienė és mtsai, 2020). Az otthoni munkavégzés negatív hatásait, melyek kutatási eredmények alapján több, mint heti 2,5 nap otthoni munkavégzés fölött jelentkeznek (Pataki-Bittó és Kun, 2021), a világjárvány előtt is alkalmazott jó gyakorlatokkal, melyekre nemcsak külföldön, de már Magyarországon is akad példa (lásd: III.5 alfejezet), hatékonyan lehet enyhíteni. Erre a feltevésre épül a harmadik hipotézis:

- H3: Feltételezem, hogy a pandémia előtt és alatt elvégzett intervenciók programok kihatnak az otthoni munkavégzés során mért jellemzőkre, és az otthoni munkavégzés jobb közérzetet és hatékonyabb munkateljesítményt eredményez nemtől, kortól és munkakörtől függetlenül mindenki számára.

A telekommunikációs szektorban dolgozó „régis távmunkások” esetében már korábban említett kimagasló női alkalmazkodóképesség mindössze egy nemzetközi kutatásban jelent meg. Ez alapján az Y generációs nők viselték jobban az otthoni munkavégzéssel járó időszakot a telekommunikációs és informatikai szektort érintő nagyobb leterheltség ellenére is (Raišienė és mtsai, 2020; Alshaabani és mtsai, 2021). E kutatási eredményre alapozva a negyedik hipotézis:

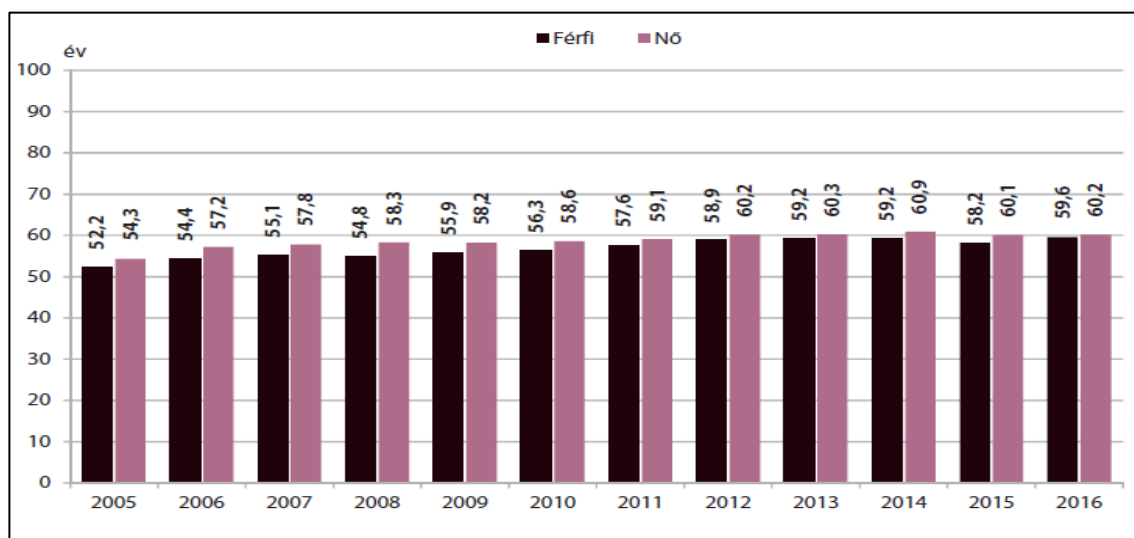
- H4: Feltételezem, hogy nem, életkor és munkakör függvényében kialakulhat egy további szignifikánsan elkülönülő csoport, az alkalmazotti beosztást betöltő nők, akiknek egészségi, fittségi és mentális állapotára pozitívan hatott a tartós otthoni munkavégzés, valamint a munkahelyi intervenciós programok.

III. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

III.1 Egészség és egészségmagatartás fogalmi háttere

A magyar társadalom egészségügyi állapotának feltérképezése fontos kiindulópontját képezte a kutatásnak. Ezért a következőkben számszerűsíthető kimutatásokkal alátámasztva mutatom be főbb paramétereit.

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) által 2016-ra vonatkozó Egészségjelentés (Varsányi és Vitrai, 2017) alapján Magyarországon a nők születéskor várható élettartama 79, a férfiaké 72 év. Ezek a számok az utóbbi években stagnálást mutattak. A születéskor várható élettartamon belül megkülönböztetjük az egészségben eltöltött évek számát, melyben az életminőség és a jóllét komoly szerepet kap: ez az érték a ténylegesen megélt életkort figyelembe véve jóval kedvezőtlenebb, melyet az 1. ábra mutat be. Ez alapján a magyar társadalom 19 és 13 év közötti időtartamot rossz egészségi állapotban tölt le életében.



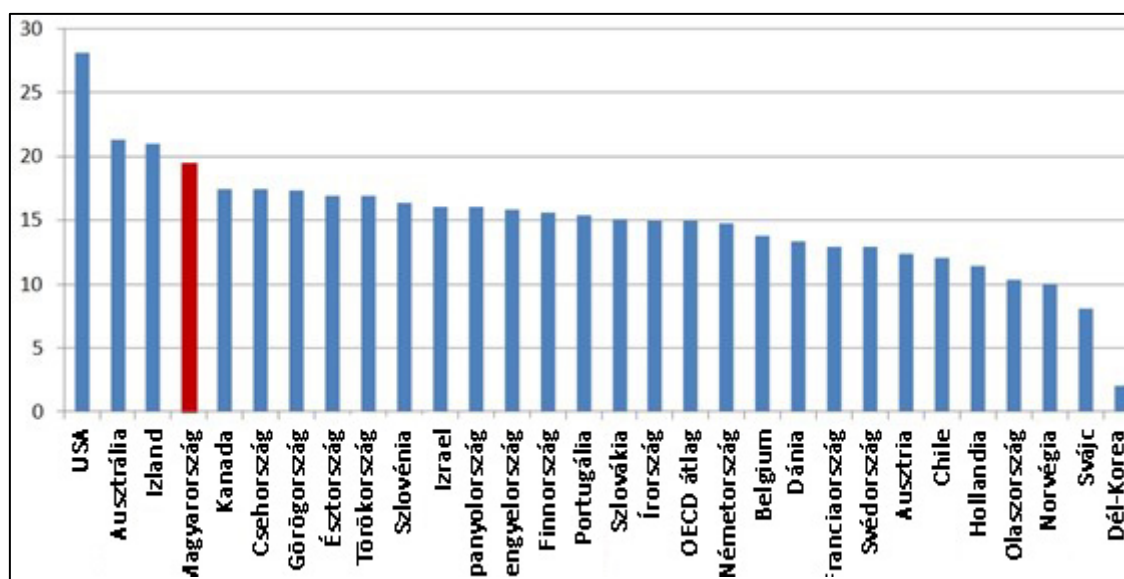
1. ÁBRA: EGÉSZSÉGBEN ELTÖLTÖTT ÉVEK SZÁMA MAGYARORSZÁGON (KSH 2016)

A korai megbetegedések (ún. morbiditások), továbbá a 65 éves kor előtt bekövetkező korai halálozások (mortalitások) kétharmadáért hazánkban a daganatos megbetegedések és a keringési rendszer betegségei voltak együttesen a felelősek. Ebben a tekintetben rosszabb a helyzet hazánkban az Európai Unió többi tagállamához viszonyítva. A daganatos betegségek közül nőknél például a tüdőrák, férfiaknál (a tüdőrák mellett) a szájüregi, valamint a vastag- és végbélrák okozta halálozás mértéke is az Uniós statisztikák értékének többszöröse hazánkban. Ezeknek a keringési és daganatos

megbetegedéseknek a kialakulásában döntő szerepet játszik a mozgásszegény, ülő életmód, valamint a káros stresszhatások tartós jelenléte.

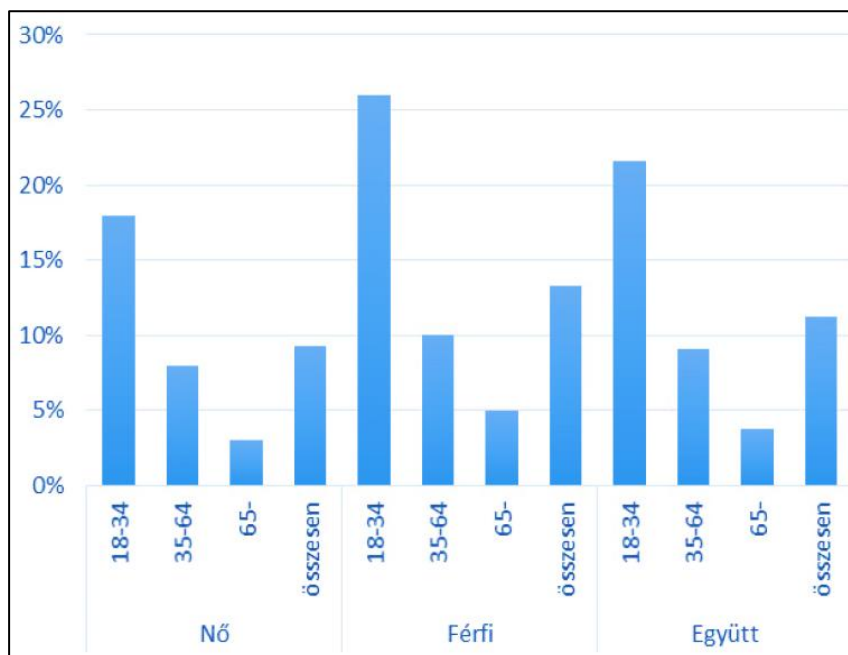
A 2016-os Egészségjelentés (Varsányi és Vitrai, 2017) kitért arra is, hogy az egészségügyi ellátással elkerülhető halálozás szempontjából Magyarország az Európai Unió országai között sereghajtó: a fent említett halálozások jelentős hányadát el lehetett volna kerülni a szükséges egészségügyi ellátás időben történő igénybevételével. Mindez összefüggésben van egy további tipikus hazai problémával, a megelőzés elhanyagolásával. A prevenció fontosságát nem látja be a magyar társadalom, jellemzően akkor fordulunk orvoshoz, amikor már egy tünet komolyan akadályoz a mindennapi tevékenységekben. A szűrővizsgálatok igénybevétele is szinte kizárólag a kötelező szűrésekre, jellemzően a foglalkozás-egészségügyi szakorvosi vizsgálatokra korlátozódik.

Az elhízottság szempontjából az OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development - Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet) országai közül 2012-ben a negyedik helyen álltunk, melyet a 2. ábra szemléltet. Ez azért is nagyon komoly probléma, mert az elhízás (tartós fennállása esetén) számos lappangó betegség tünete vagy oka lehet. Ugyanakkor rendszeres, tudatos testmozgással és a táplálkozási szokásaink megreformálásával az elhízás megelőzhető, illetve visszafordítható. Ezért is fontos vizsgálni egy adott személy testtömege mellett a testzsír-százalékát is, mivel ez utóbbi adat objektíven mutat rá a túlsúly, elhízás mértékére.



2. ÁBRA: TÚLSÚLYOSOK ÉS ELHÍZOTTAK ARÁNYA A FELNŐTT NÉPESSÉGBEN (OECD HEALTH DATA 2012)

Különösen megröszbentő adat, hogy 2014-ben csupán minden kilencedik magyar végzett az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ajánlásának megfelelő testmozgást, melyet hazánk viszonylatában a 3. ábra szemléltet. A felnőttek keveset mozognak, nem sportolnak eleget és sok időt töltenek ülve. A mozgásszegény és/vagy az egyoldalú mozgást végző dolgozók előbb-utóbb egyre komolyabb egészségügyi problémákkal szembesülnek, melyek preventív, azaz megelőző jellegű hozzáállással javarészt elkerülhetőek lennének (NEFI, 2016).



3. ÁBRA: A WHO AJÁNLÁSÁNAK MEGFELELŐ TESTMOZGÁST VÉGZŐK ARÁNYA (KSH-ELEF 2014)

A felsorolt tényezők együttesen alátámasztják, hogy komolyan kell vennünk a felnőtt dolgozó lakosság egészségi és fittségi állapotát, melyre megoldást jelenthet egy jól működő, országos szintű munkahelyi egészségfejlesztési rendszer kidolgozása és alkalmazása. Egy jól működő rendszer alapját szabályozott jogi környezet adja, például a törvényi szabályozás megléte. Ennek tartalmaznia kell olyan részletszabályokat, mint az egészségügyi szűrések, a megfelelő munkakörnyezet kialakítása, valamint a munkavállalók fittségére, megfelelő táplálkozására, mentális egészségére, rekreációjára vonatkozó támogató irányelvek.

Magyarországon a sportban rejlő társadalmi potenciál jelenleg jobbra kiaknázatlan, habár egyre több jó gyakorlat jelenik meg kifejezetten nemzetközi háttérrel rendelkező multinacionális cégek jóvoltából. Ettől függetlenül még mindig ritkán jut

figyelem arra, hogy a sportszakmai célok mellé társadalmi célokat is rendeljenek (Zsembery és Gósi, 2024). Ez a megállapítás különösen igaz a rekreációs sportokra és így a felnőttek sportolási szokásaira is, mivel Magyarországon a magáncégek kevésbé látnak ebben kecsegtető üzleti lehetőséget. A kiadások magasak, a bevételek pedig bizonytalanok vagy hullámzóak lehetnek.

Ezt a helyzetet tovább súlyosbította az elmúlt évek pandémiás időszaka, mely alatt valószínűsíthető volt a fittség és az egészség társadalmi szintű romlása, hiszen a krízis és a stresszhatások együttesen negatívan befolyásolták a munkavállalók teljesítményét. 2019-ben, a SARS-CoV-2 (COVID-19) világjárvány kezdetekor, a KSH által végzett felmérés alapján hazánk lakossága az alábbi egészségügyi helyzetképet mutatta (KSH, 2019):

- Az egészség szubjektív megítélésében a jó, illetve nagyon jó egészségűek aránya az elmúlt évtizedben emelkedett.
- 2019-ben az összes haláleset fele az egészségtelen életmód miatt következett be.
- Minden negyedik felnőtt naponta dohányzott.
- A felnőttkori elhízás volt az egyik leggyakoribb betegséget kiváltó ok, 2019-ben a 15 éves vagy annál idősebbek közel negyede volt elhízott.
- Egy házi orvos naponta átlagosan 50, egy házi gyermekorvos 30 beteget látott el.
- Az állam az egészségügyi kiadások kétharmadát fedezte, míg a közvetlen lakossági hozzájárulás aránya nagyjából egyharmad, amelynek majdnem felét gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre költötték a háztartások.

Mindezek alapján megállapítható, hogy a magyar lakosság egészségügyi állapota már a pandémia előtt is rendkívül kedvezőtlen volt. Ács és mtsai (2020) kutatási jelentésükben megerősítették a 2019-es KSH által bemutatott eredményeket. A reprezentatív felmérés során feltárták, hogy a nem sportolók aránya a magyar lakosság körében 64,17%-ról 78,33%-ra emelkedett.

A KSH későbbi statisztikai fokozatosan romló helyzetképet tárnak az olvasó szeme elé, habár a lakosság optimista maradt az egészség szubjektív megítélését illetően:

- 2022-ben a teljes lakosság 41%-a naponta dohányzott, ami nagymértékű növekedést mutat a 2019-es adatokhoz képest.
- A felnőttkori elhízás volt az egyik leggyakoribb betegséget kiváltó ok, 2022-ben, hasonlóan a 2019-es adatokhoz, a 16 éves vagy annál idősebbek közel negyede volt elhízott.
- 2022-ben a KSH nem tett különbséget a háziorvosok és a házi gyermekorvosok által ellátott átlagos napi betegszámában, a statisztika alapján mind a kettő kategóriában elérte az 50 beteget. A házi gyermekorvosok betegforgalmának nagymértékű növekedését jegyezték mind 2021-ben, mind 2022-ben, amely magyarázattal szolgál a napi betegforgalom kiegyenlítésére. A napi betegellátás terén a COVID világjárvány következtében önálló kategóriaként megjelent a telemedicina, mely az összes betegforgalom mintegy ötödét tette ki.
- 2021-ben az egészségbiztosítás által finanszírozott járóbeteg-megjelenés a 2019-es adatok mindössze négyötödét érte el. Megnövekedett a betegforgalom az infektológiákon, kisebb mértékben a belgyógyászaton, a pszichológiai szakrendeléseken és a sürgősségi ellátásban. Jelentősen csökkent a betegek száma a fogászati alap- és szakellátásokon, valamint a fizioterápiákon (KSH, 2022).
- A KSH 2023-es Egészségügyi helyzetképe kismértékű romlás után ismét javulást mutatott az egészség szubjektív megítélésében. A lakosság 65%-a vallotta magát jó, illetve nagyon jó egészségűnek (KSH, 2023).

A KSH 2022-ben és 2023-ban sem tért ki a halálesetek okaira. A Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ a WHO-ra hivatkozva közölt adatai alapján a halálesetek 70%-a krónikus betegségekhez volt köthető. Ezek túlnyomó többsége (70-80%-a) különböző életmódtényezőkre vezethető vissza, mint a helytelen táplálkozás, a mozgásszegény életmód, a dohányzás, valamint a túlzott alkoholfogyasztás. Magyarországon is ezen trendeknek megfelelően alakul a halálozások száma (NNGYK, 2023). Ezért feltételezhető, hogy a halálesetek bekövetkezésének okaiban nem állt be szignifikáns változás az elmúlt években.

A KSH statisztikák romló tendenciáit nem támasztja alá a 2024-ben kiadott Aktív életmód kutatás, mely a sportot, és testmozgást végzők arányát reprezentatív felmérés

során 84%-ban állapította meg. A felmérés eredményét ugyan árnyalja, hogy a nem sportolók, illetve a ritkábban, mint havonta sportolók arányát a lakosság körében 62%-on mérte a kutatás (Aktív Magyarország, 2024). Ez utóbbi adat is jelentős, 16%-os javulást jelentene a 2020-as jelentés adataihoz képest.

A számszerű adatok ismertetése után a következőkben azokat a szakirodalmi alapokat, fogalmakat mutatom be, melyek kutatómunkám fogalmi háttérét biztosították. Először is fontos az egészség, mint fogalom tartalmi átalakulásának bemutatása. Erre azért van szükség, hogy teljességében tudjuk kezelni ezt a komplex fogalmat a későbbiekben, a munkahelyi egészségfejlesztés témájához kapcsolva.

Az egészség értelmezésével kapcsolatban a mai napig használatos alapdefiníciót az Egészségügyi Világszervezet, a WHO fogalmazta meg közvetlenül a 2. világháború után. Eszerint az egészség *„a teljes fizikai, mentális és társadalmi jóllét állapotát jelenti, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiányát”* (WHO, 1948).

Az 1970-es években bővült a fogalom, Parsons szerint az egészség ugyanis jelenthet egyfajta fizikai és mentális egyensúlyi állapotot is, melynek során az egyén optimális kapacitása birtokában a leghatékonyabban képes megvalósítani azokat a társadalmi szerepeket, melyeket környezete a munkahelyén és a családban elvár tőle (Parsons, 1972).

Később Seedhouse (1986) a következőképpen fogalmazott: az egészség optimális állapota egyenlő azon feltételek összességével, amelyek megléte esetén az egyén kibontakoztathatja a számára adott lehetőségek teljes körét. A 80-as évek fogalmi rendszerének változása lényegében a Maslow piramis² (Bakacsi, 1996) magasabb szintjeire emelte az egészség összetevőit.

Ebbe a gondolatmenetbe illeszkedik a WHO 2000-ben kiegészített alapdefiníciója: *„Az egészség nem pusztán a betegség hiánya, hanem egy olyan állapot, melynek fizikai, kulturális, pszicho-szociális, gazdasági és lelki vonatkozásai vannak.”* (Marks és mtsai, 2000).

² Alacsonyabb rendű szükségletek: 1. szint: fiziológiai, élettani szükségletek. 2. szint: biztonsági szükségletek. Magasabb rendű szükségletek: 3. szint: társadalmi, szociális szükségletek. 4. szint: megbecsülési szükségletek. 5. szint: önmegvalósítási szükséglet.

A kétezres évek elején már a stressz is szerephez jutott az egészség meghatározásában. Tringer (2002) szerint az egészség olyan állapot, amelyet az anatómiai integritás, a teljesítményre való képesség, a személyes értékek, a családi, munkahelyi és közösségi szerep, a fizikai, biológiai és társadalmi stresszel való megküzdés képessége, a jóllét érzése, a betegség és a korai halál rizikóitól való mentesség jellemez.

Társadalmi szempontból rendkívül fontos a következő megállapítás, melyre a politikai döntéshozók figyelmét is folyamatosan fel kell hívnunk. Az egészség az egyén szempontjából az egyik fontos, sőt talán a legfontosabb érték, ezért megőrzése az egyén karrierje, gazdasági helyzete és társadalmi státusza szempontjából is döntő jelentőségű. Éppen ezért rendkívül fontos az egyén általános tudatosítása az egészségmegőrzéssel kapcsolatban. Egy-egy ország jövőbeni fejlődése, gazdasági potenciálja pedig nagyban függ a lakosság egészségi állapotától (Simon, 2002). Fontos hozzáfűzni, hogy az egészség megőrzése nem csak az állam, hanem a munkáltatók felelőssége is.

Bircher (2005) már a következőképpen definiálta az egészséget, kiegészítve a WHO megfogalmazását: *„Az egészség a jóllét dinamikus állapota, melyet egy fizikai, mentális és társas potenciál jellemez, mely potenciál kielégíti az egyén életkorának, kultúrájának és személyes felelősségének megfelelő igényeit. Ha ez a potenciál nem elegendő az igények kielégítésére, akkor az állapot betegség”*. Bircher már nem csak külső relációkban értelmezte az egészséget, hanem nagy jelentőséget tulajdonított az egyén felelősségének.

Az egészség totális értelmezését Insel és Roth (2007) egészség-betegség kontinuum elméletében fogalmazta meg, melyben az egészség a jóllét fogalmával korrelál. Szerintük az egészség fogalom hat kölcsönös dimenzióra épül: ezek az intellektuális, érzelmi, társadalmi, környezeti, szellemi, spirituális és fizikai jólléttényezők.

Az egészség fogalmi fejlődésének áttekintése után, annak statisztikai összetevőinek ismerete az egyén felelősségére hívja fel a figyelmet. Az egészséget meghatározó tényezők százalékos arányban a következők: az életmód (43%), a genetikai adottságok (27%) és a környezeti hatások (19%) teszik ki a nagyobb részét, míg az egészségügyi ellátás csupán 11%-ot képvisel (Varga-Hatos és Karner, 2008).

Az egészség és a hozzá kapcsolódó definíciók után az egészségmagatartás fogalmának bemutatása kulcsfontosságú. Az egészség meghatározása, valamint annak összetevői arra hívják fel a figyelmet, hogy az egyén felelőssége kiemelt jelentőségű, annak formálása tehát szükséges. A következő definíciók erre adnak adekvát válaszokat.

Az egészségmagatartás az egészségfejlesztésre irányuló olyan tudatos, komplex és folyamatos viselkedésszabályozás, amely fiatalkori alapokra épülve a felnőttkorban csúcsonosodik ki (Glanz, Rimer és Visnawath, 2008). Az egészségmagatartás értelmezhető a közösség vagy az egyén szintjén is, azonban mindkettőre jellemző, hogy az egyén egészségi állapotát pozitív vagy negatív irányban is befolyásolhatja (Ogden, 2007). A pozitív egészségmagatartás elsősorban a gyermekkori élmények és szokásrendszerek által alapozható meg: a család, a kortársak és az intézményes oktatási-nevelési rendszer kölcsönös együttműködésével (Bognár és Huszár, 2009). Az egészségtudatos szokásrendszer azonban megfelelő hozzáállással és elhivatottsággal felnőttkorban is kialakítható, illetve hosszú távon fenntartható (Tánczos és Bognár, 2019). Ebben a folyamatban a felnőttekre vonatkoztatva kiemelt szerepet kap a munkahely, a család és az életmód, mint az egészséget befolyásoló legfontosabb külső és belső tényezők (Okechukwu, Davison és Emmons, 2014).

III.2 Egészségfejlesztés, munkahelyi egészségfejlesztés

Az első egészségfejlesztéssel kapcsolatos mérföldkő az 1974-es Lalonde jelentés, mely megállapította, hogy az egészségügyi szolgáltatások nem az egészség legfontosabb meghatározó tényezői. A kormányzati jelentés négy egészségügyi terület meglétét hirdetem, melyek az életmód, a környezet, az egészségügyi ellátás szervezése és az emberi biológia. A jelentés szerint az egészség jelentős javulása csak úgy érhető el, ha jobban megismerjük az életmód, a környezet, és az emberi biológia kérdéseit (Lalonde, 1974). Az 1986. évi Ottawai Charta már erre építette megállapításait, valamint a következő definíció is innen származik: *„az egészségfejlesztés egy olyan folyamat, amelynek célja az, hogy minden emberben fokozott mértékben működjön az egészségtudat, és ezáltal képessé váljon egészségének megerősítésére”* (Nutbeam, 1985). A chartában nem csak az egészségfejlesztés jelent meg, hanem átvette a Lalonde jelentésben kialakított kibővített egészség fogalmát is. Az 1986-os megfogalmazás alapján az egészségi állapotot befolyásoló tényezők között megtalálhatók társadalmi,

fizikai környezeti tényezők, valamint az egyén magatartása, ismeretei, valamint tapasztalatai (Hidvégi és Bíró, 2015).

Az egészségünk fejlesztéséhez szükséges tényezők már előre vetítik az egészség totális értelmezésének figyelembevételét is, így az alábbi értékek és tevékenységek köthetők hozzá: egyéni felelősség; közösségi szemlélet; interdiszciplinaritás; civil szervezetek; szubszidiaritás; egyéni és közösségi öntevékenység és a helyi kezdeményezések integrációja (Tringer, 2002). A felnőttekre irányuló egészségfejlesztés kérdésköre azért fontos, mert a jövő jelentősen függ a felnőtt lakosság munkaképességétől, egészségi állapotától és életminőségétől. Ez magában foglalja a korábban említett gazdasági potenciált és az adott ország általános fejlődési ívét (Simon, 2002). Ezért fontos tehát az egészségfejlesztés interdiszciplináris megközelítése.

„Az egészségfejlesztés módszerei rendkívül sokfélék: a közneveléstől kezdve a speciális egészségi problémákkal küzdők számára fenntartott tanácsadói és segítő szolgáltatásokig. Az egészségfejlesztés azonban nem csak az egészségügyi szektor feladata: hatékony egészségfejlesztés az egyének és a közösségek akarata, motivációja nélkül nem lehetséges. Napjainkra az egészségfejlesztés globális kérdései teret nyertek mind az életmód, mind a környezet, különösen a munkahelyek, a lakó- és helyi közösségek szintjén. A cselekvési programokban is a szociális jelleg erősítése szerepel, de megjelenik a globális perspektíva és a felelősség kérdése is” (Hidvégi és Bíró, 2015).

Mint az a korábbi forrásokból is kitűnik, az egészségfejlesztés egyik színtere a munkahelyi közösség is. Ebben a közegben azonban figyelembe kell venni egy másik fogalom megjelenését és munkahelyi produktivitásra való hatást. A jóllét, mint a munkapszichológiában használt konstrukció, kettős polaritású, a pozitív póluson jelentkezik, amikor a munkavállaló használni tudja kreativitását és maslowi értelemben ki tud teljesedni a munkahelyén. A fogalom a munkavállaló elégedettségének szubjektív megítélését jelenti (Szombathelyi, 2012). Ezért, a jóllét magasabb szintjén élő egyének produktívabbak, érettebb és szorosabb emberi kapcsolatokat képesek létesíteni, és sokkal kisebb esélyük van arra, hogy mentális betegségek tüneteinek jelenjenek meg náluk (Humpreys és mtsai, 1999; Seeman, 2000).

A munkahelyen a dolgozók legelőször a foglalkozás-egészségügyi orvossal találkozhatnak, amennyiben van ilyen. A foglalkozás-egészségügyi orvos egy olyan orvos,

akinek a legfőbb feladata a munkahelyi egészségromlás, egészségkárosodás megelőzése. A hangsúly itt a megelőzésen van, a foglalkozás-egészségügyi orvos egészségügyi szakember, hiszen működésének célja, hogy a dolgozó emberek egészségét az ő hatékony közreműködésével tartósan fent lehessen tartani (ellentétben a gyógyító, járó és fekvőbeteg ellátásban dolgozó orvosokkal, akik akkor találkoznak a pácienssel, ha az már megbetegedett). A foglalkozás-egészségügyi orvosok tehát széleskörű, megelőzés-alapú népegészségügyi stratégiák megvalósításának lehetnének aktív szereplői (Kapás, 2007). A munkahelyi egészségfejlesztés lényegében itt kezdődik el, és erre épülhet egy olyan munkahelyi program, amely egészségügyi és rekreációs elemeket egyaránt tartalmaz.

A munkahelyekkel szemben hosszú időn keresztül az volt a legfőbb elvárás, hogy ne károsítsák a dolgozók egészségét. A munkahelyi balesetek számának csökkentése, a munkából adódó megbetegedések megelőzése állt a fókuszban. Ennek egyik eszköze a munkavédelem, amely jelenős fejlődésen ment át az elmúlt időszakban. Ez a fejlődés egy olyan egymásra épülő, a munkavédelmet és a munkahelyi egészségfejlesztést magába foglaló gyakorlatot eredményezett, mely kihat a befektetett erőforrásokra. Ennek eredménye, hogy csökken a kieső munkanapok száma, növekszik a produktivitás, emelkedik a munkatársak kreativitása, lojalitása és terhelhetősége (Kapás, 2008).

A munkavállalókra ható egészségkockázatok elhárítása, vagy azok kedvezőtlen hatásainak mérséklése komoly feladatokat ró a vállaltok vezetőire, ezeket összefoglalóan munkahelyi egészségkockázati tényezőknek nevezzük (Szabó és Juhász, 2019). Az egészségkockázatok visszaszorításának leghatékonyabb módszere a munkahelyi egészségfejlesztő és rekreációs programok rendszerszintű alkalmazása a vállalati kultúra részeként.

Külön kiemelendő az angolszász nyelvterületen használt „*presenteeism*”, magyarul jelenlétszindróma jelensége, amikor a munkavállalók mentálisan vagy fizikailag kimerült állapotban, betegen végzik munkájukat, következőképpen a termelékenységük alacsonyabb, mintha fitten és egészségesen látnák el feladataikat. A dohányzó munkavállalók körében 28%-kal, az egészségtelenül táplálkozók körében 66%-kal, a mozgásszegény életmódot folytatók körében 50%-kal nagyobb az esélye a jelenlétszindrómának, mint az egészségesen élőknel (Aldana, 2018).

Az Amerikai Életmód Orvostani Társaság (American College of Lifestyle Medicine) kidolgozott egy modellt, miszerint hat olyan dimenzió létezik, melyekre ha

hatást gyakorlunk, akkor szignifikáns változásokat érhetünk el egy munkahelyi egészségfejlesztési program létrehozása során. Ezek tételesen a következők: táplálkozás; testmozgás; függőségek kezelése; stresszhatásokra adott válaszok; alvás, illetve pihenéskultúra; valamint a társas kapcsolatok minősége. Ezen dimenziók egy része közvetlenül is hat az olyan életminőséget, valamint munkahelyi produktivitást csökkentő jelenségekre, mint a bemutatott jelenlétszindróma.

A kockázati tényezőket százalékos bontásban az 1. táblázat szemlélteti. Globális és európai szinten az egészségkockázati tényezők nagymértékben fedik egymást. Azonban míg globálisan a kevés alvás jelenik meg, mint kockázat, addig Európában a jelenlétszindróma okozza a nagyobb problémát. A legjellemzőbb egészségkockázatot mindkét szinten egyaránt a stresszhatások jelentik a munkavállalók számára. Ezeket gyűjtőnévükön munkahelyi stresszoroknak nevezzük, melynek típusait a 2. táblázat foglalja össze. Két fő csoport különíthető el a stresszorok tekintetében: a munkafeladattal kapcsolatos, valamint a munkakörnyezethez köthető összetevők.

1. TÁBLÁZAT: A LEGJELENTŐSEBB MUNKAHELYI EGÉSZSÉGGKOCKÁZATI TÉNYEZŐK (WATSON, 2016)

Globálisan	Európában
Stressz (64%)	Stressz (74%)
Fizikai inaktivitás (53%)	Fizikai inaktivitás (45%)
Túlsúly/elhízás (45%)	Nem teljesértékű munkahelyi jelenlét („ <i>presenteeism</i> ”) (33%)
Helytelen táplálkozás (31%)	Túlsúly/elhízás (32%)
Kevés alvás (30%)	Helytelen táplálkozás (31%)

2. TÁBLÁZAT: A LEGFŐBB MUNKAHELYI STRESSZOROK, (JUHÁSZ, 2002: 6-7.), SAJÁT SZERKESZTÉS

Munkafeladattal kapcsolatos stresszorok:
Mennyiségi túl-, vagy alulterhelés: adott időre túl sok vagy túl kevés munka.
Minőségi túl-, vagy alulterhelés: az elvégzendő feladat túl bonyolult, vagy túl egyszerű, monoton.

Kedvezőtlen munkafeltételek: a nyugodt, hatékony és biztonságos munkavégzés háttere nem biztosított.
Gyakori változások a munkában: a munkafeladatok, az értékelés és a munkaeszközök esetében.
Lépést tartani a gyors technológiai és piaci változásokkal: élethosszig tartó tanulás és alkalmazkodás.
Munkakörnyezettel kapcsolatos stresszorok:
Érzékszervek: zajterhelés, kedvezőtlen hőmérséklet, rossz megvilágítás, kedvezőtlen levegőminőség/ kellemetlen szagok;
Térérzet: túlszűfoeltság, priváttér hiánya;
Testtartás: diszkomfort testhelyzetben történő tartós munkavégzés.

A fenti munkavégzést negatívan befolyásoló tényezők ellensúlyozására ezért külön figyelmet kell fordítani munkáltatói szinten. Ezt a célt szolgálja a munkahelyi egészségfejlesztés. Ez utóbbi annak érdekében fontos, hogy megakadályozzuk, illetve megelőzzük a munkával kapcsolatos betegség kialakulását és elősegítsük a munkavállalók megfelelő egészségi állapotának fenntartását (WHO, 1988). A munka egészségre gyakorolt hatásainál említettük, hogy pozitív hatásai is lehetnek az egészségre.

„A munkahelyi egészségfejlesztés a munkaadók, a munkavállalók és a társadalom valamennyi olyan együttes tevékenységét jelenti, amely a munkahelyi egészség és jól-lét javítására irányul. A cél eléréséhez szükséges lépések és eszközök a munkaszervezet javítása, az aktív dolgozói részvétel biztosítása és a személyi kompetencia fejlesztése.” (ENWHP, 2007).

A WHO egészségfejlesztési konferenciáinak a dolgozat szempontjából legfontosabb eredménye a 2005. évi Bangkoki Charta. A dokumentum szerint az egészségfejlesztés programjának be kell kerülnie a jó vállalati gyakorlatok körébe, sőt követelménnyé kell válnia. A vállalati szektor ugyanis közvetlen hatást gyakorol az emberek egészségére, valamint az azt meghatározó tényezőkre. A munkahelyi biztonság és egészség biztosítása, az alkalmazottak, családjaik, valamint a közösség egészségének

és jóllétének előmozdítása a munkáltatók felelőssége (WHO, 2005). Ez a Charta emeli be a munkáltató feladati közé először az egészségfejlesztést. Ezt a gondolatmenetet bővíti ki a luxembourgi nyilatkozat, miszerint a munkahelyi egészségfejlesztés a munkahelyek azon célirányos és tudatos törekvése, amely a munkavállaló, a munkáltató és a közösség együttes tevékenységének segítségével javítja az életminőséget és az egészséget (ENWHP, 2007).

A munkahelyi egészségfejlesztő programok célja tehát, hogy hatékony módon javítsák az állampolgárok egészségi állapotát, ami hozzájárul az ország versenyképességének növekedéséhez (Segal, 1999). Ezzel a megállapítással ért egyet Simon (2002) is, aki a gazdasági potenciál és fejlődés szempontjából emelte ki a lakosság egészségi állapotának fontosságát. Ez közvetlenül kapcsolódik a munkaadó gazdasági érdekéhez, valamint morális felelősségéhez. Hiszen a munkahelyek eredményessége elsősorban attól függ, hogy meg tudják-e szerezni és egyúttal meg tudják-e tartani a jól képzett, motivált és egészséges munkavállalókat (Galgóczy, 2004). Ehhez járulhat hozzá a munkahelyi egészségfejlesztés, mely kiemelkedő területe azoknak a munkahelyhez kapcsolt és szervezett egészségtudatos szokásrendszereknek, amelyek az egészség, az életszínvonal, a közösség és a munkateljesítmény fejlesztésére irányulnak (Kapás, 2007).

A munkahely tehát kitüntetett helyszíne az egészségfejlesztő programoknak azért, mert a célcsoport itt könnyebben elérhető. A részvétel valószínűségét növeli, hogy munkaidőben és helyben zajlanak a programok. Ezen felül az alkalmazotti réteg fogékony közönséget jelent az ilyen programokra, és gyakran pont ők a hagyományos egészségügy által a legnehezebben elérhetőek, ugyanakkor több súlyos betegség szempontjából a legveszélyeztetettebbek. Figyelemreméltó további előnye a munkahelyeknek, hogy az egészségfejlesztést célzó programok kivitelezéséhez felhasználhatók a munkahelyen kialakított formális és informális (munkatársak közötti közvetlen kapcsolat) kommunikációs csatornák (Pencak, 1991; Naidoo és Wills, 1999; Juhász, 2007).

Az emberi erőforrás gazdálkodás (human resources – HR) számára szintén fontos tényező a dolgozók egészségi állapota. Az emberi erőforrás mára ugyanis a hosszú távú versenyképesség kulcsává, elsőrendű versenytényezőjévé vált (Bakacsi és mtsai, 2000). Lényeges szempont, hogy a különböző demográfiai és szociokulturális háttérrel rendelkező felnőttek hatékony egészségfejlesztéséhez eltérő szempontrendszer, módszerek és eszközök szükségesek (Vécseyné, Plachy és Bognár, 2008). A munkahelyi

egészségfejlesztés tehát jóval több, mint az egészségvédelemre és biztonságra vonatkozó jogszabályi követelmények betartása, mivel a munkáltatókkal szemben elvárás az alkalmazottak támogatása, valamint egészségük és jóllétük általános érvényű javítása (EU OSHA, 2010). A munkavégzést és - teljesítményt befolyásoló tényezők közé elsősorban a munkahely és környezete, a munkavállaló, illetve a munkafolyamatok és feladatok tartoznak (Berényi és Szolnoki, 2014). A programok hatása azonban nem egyformán érvényesül minden munkavállalói csoport esetében. A fiatalabb munkavállalók esetében a munkahelyi egészségfejlesztésre fókuszáló rövidtávú programok jelentősebb pozitív eredményeket tudtak felmutatni, mint az idősebbeknél (Rogen és mtsai, 2013).

Magyarországon a cégek többségét kitevő kis- és középvállalkozásokban, melyek igen gyakran a túlélésért küzdenek, nem terveznek hosszútávra. Kevésbé érték az ember, a munkatársak könnyen pótolhatók, nincs feltétlenül szükség speciális, nehezen megszerezhető szaktudásra, ami motiválná a munkaerő megtartásra való törekvést. Ennek következtében a dolgozók egészségének megőrzésével sem foglalkoznak, sőt az alapvető munkabiztonsági feltételeket sem teljesítik maradéktalanul. Ugyanakkor a munkavállaló egyének sem tudnak, vagy nem mernek kiállni a saját érdekeikért; Magyarországon nagyon ritkák a munkahelyi egészségkárosítással kapcsolatos perek. Mindaddig nem is igazán lehet áttörésre számítani a cégvezetők hozzáállásában, amíg senki sem kéri számon rajtuk az előírások, jogszabályok betartását (Kapás, 2006).

A munkahelyi egészségfejlesztés egy sajátos iránya, amikor magukat a munkáltatókat vesszük célkeresztbe, hogy az ő tudásuk fejlesztésével, rajtuk keresztül érjünk el eredményeket a gyakorlati kivitelezés terén. A munkáltatók egészségtudományi ismereteinek kiszélesítése tehát szintén hozzájárul ahhoz, hogy a munkahelyen magas szintű programok valósulhassanak meg. Az I.5 alfejezetben mélységében tárgyalt jó gyakorlatokra példa az USA-ban az úgynevezett „*Work@Health Program to teach employers*” is, melynek keretében a legjobb megvalósítási módszerek meghatározására, a munkáltatók képzésére, betanítására és a munkahelyi egészségfejlesztéshez kapcsolódó specifikus ismereteik elmélyítésére, valamint a munkahelyeken történő, célzott helyszíni intervenciók fokozására helyezték a hangsúlyt (Laurie és mtsai, 2018). Egy ilyen komplex program kidolgozásának szigorú és logikusan egymásra épülő lépései vannak. A folyamat négy lépése lentebb kerül bemutatásra.

A munkahelyi egészségterv elkészítésének lépései

1. Helyzetelemzés: az egészségfejlesztő program indulása előtt az aktuális egészségügyi helyzet részletes felmérése. Ekkor kerülhet sor a problémák feltárására, valamint az egészségfejlesztő program szervezet céljaival összhangban lévő prioritásainak meghatározására. Ekkor kell megállapítani azt is, hogy a szervezet milyen felhasználható erőforrásokkal rendelkezik az egészségfejlesztő program megvalósításához. A helyzetelemzéshez használható támogató dokumentumok többek között a dolgozói és vezetői kérdőívek, interjúk, hiányzási adatok, baleseti statisztikák.
2. Egészségfejlesztési stratégia kialakítása: a rövid-, közép- és hosszú távú célok meghatározása a korábban megállapított prioritásoknak megfelelően. Cél lehet az egészségesebb, sportosabb életmód kialakítása a dolgozók körében. A célok kijelölése szorosan összefügg a helyzetelemzés során megállapított prioritásokkal, valamint feltárt problémákkal, valamint megállapításukhoz elengedhetetlen a vállalat vezetésével és a dolgozók választott képviselőinek bevonásával zajló folyamatos kommunikáció.
3. Cselekvési terv kidolgozása: a kijelölt célok alapján, a konkrét programok tartalmának és azok célcsoportjának megállapításával. Ekkor kerül megállapításra a programok tartalma, azokat milyen módszerrel, mikor, milyen ütemezéssel valósítja meg a vállalat.
4. Folyamatos külső-belső kommunikáció, visszacsatolás: a végrehajtott programok mért eredményeinek folyamatos visszacsatolása a szervezeten belül, mind a dolgozók, mind a vezetés irányába. Az eredmények alapján változtatható a program kialakítása szükség szerint (Juhász, é.n.).

Munkáltatói oldalról a munkahelyi egészségfejlesztésre fordított összeg hosszú távon mindenképpen megtérül, mivel a jól szervezett programok hatására javul a teljesítmény és a munkamorál, erősödik a munkavállalói lojalitás, ami elősegíti a képzett munkaerő hosszú távú megtartását (ENWHP, 2007). Gazdasági, nyereségorientált megközelítésből vizsgálva a munkahelyi egészségfejlesztést, az egészségprogramok teljesítménymérésének három fő irányvonala emelhető ki:

1. A munkaadónál jelentkező, pénzben jól mérhető előnyök: „*Return on Investment*” (ROI). A cég szempontjából elemezve azt vizsgálják, hogy hány forintot takarított

meg a vállalat minden egyes egészségfejlesztésbe fektetett forintjával. Ha például a betegszabadságok miatt történő kiesést nézzük, akkor (Baxter megfogalmazása szerint) a munkahelyi egészségfejlesztés modern szemléletű vállalati stratégiát jelent, amelyben a betegszabadságokból adódó munkakiesés mértéke elszámolható és mérhető (Baxter és mtsai, 2015).

2. A munkavállalók, egyének és csoportok szintjén megjelenő előnyök: „*Value on Investment*” (VOI). Az összes érték-teremtő tényező változását méri, de nem feltétlenül pénzben.
3. A társadalom számára elérhető előnyök: „*Social Return on Investment*” (SROI). Ez az egész társadalomra vetített, szinte kizárólag pénzben mérhető előnyök feltérképezésére törekszik, ami súlyos etikai dilemmákat is felvethet. (Szabó és Juhász, 2019)

Tehát a munkáltatók számára fontos szempont kell legyen munkavállalóik egészségének, munkaképességének és produktivitásának megőrzése. Ezért ösztönöznek az egészséges életmódra, melynek elsődleges célja, hogy munkavállalóik lehetőleg folyamatosan, teljes létszámban jelen legyenek a munkahelyen. Az egészségfejlesztés javasolt módszerei a rendszeres testmozgás, az egészséges táplálkozás, a megfelelő mennyiségű alvás, a dohányzás mellőzése, a helyes életvitel kialakítása, valamint a munka és a magánélet megfelelő egyensúlyának kialakítása (Ammendolia és mtsai, 2016).

Az egészségfejlesztés a rekreáció totális értelmezése alapján annak társadalmi funkciója. Ennek feladata a munkavégző képesség megteremtése, helyreállítása, valamint növelése (Kovács, 2007a). A rekreáció irányzatok közül kettő is foglalkozik az egészségfejlesztéssel: az egészség-célzatú irányzat, valamint az üzemi rekreáció. Előbbi fontosságát a civilizációs ártalmak megnövekedett jelenléte támasztja alá, preventív és regeneratív tevékenységeket foglal magába (Kovács, 2007b). Utóbbi kifejezetten a munkahelyi intervenció programokat jelenti, melyek célja a munkavégző-képesség növelése, valamint a stressz-oldás (Boda és Herpainé, 2015). Ezért magától értetődő, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés egyik fő eszközeül szolgálnak a rekreációs programok. Egy 2.320 munkavállaló által kitöltött, a munkavállalók munkáltató felé támasztott munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos elvárásaira fókuszáló, 2016-os kérdőíves felmérés alapján a munkavállalók a munkahelyi rekreációs programokat

értékes munkavállalói juttatásnak tekintik. Ugyanakkor egy 31.000 munkavállalót megszólító, a juttatási programokhoz kötődő munkavállalói attitűdöket vizsgáló, 2017-ben végzett másikkérdőíves felmérés szerint gyakran elégedetlenek is a munkaadók programkínálatával. Ennek oka a feltételezések szerint a tervezés átgondolatlanságából is adódhat (Terry, 2018), illetve a korábban bemutatott munkahelyi egészségterv elkészítésének 2. lépésében kialakítandó egészségfejlesztési stratégia egyoldalú kialakításából.

Vannak olyan kutatások is, amelyek a munkahely méretéből és a foglalkoztatottak számának alakulásából kiindulva keresik az összefüggéseket. Az eredményekből jól látszik, hogy a kis- és középvállalkozásoknál dolgozók nagyobb arányban használják fel a rendelkezésre álló munkahelyi támogatásokat, mint a nagyvállalatok alkalmazottai. A munkáltatók által nyújtott támogatásoknak a munkaerő igényeit és érdekeit kell figyelembe venniük, különös tekintettel az alacsony jövedelmű alkalmazottak esetében, akiknek mindez a legnagyobb segítséget jelenti (Dale és mtsai, 2019).

Összefoglalva, annak érdekében, hogy egy adott munkahelyen belátható időn belül eredményeket lehessen felmutatni szükséges a szemlélet formálás, információ, szakembereket, valamint eszközöket kell biztosítani. Ezen előfeltételek teljesülése alapján lehet megfogalmazni azokat az előnyöket, melyeket a munkahelyi egészségfejlesztés nyújthat egyrészt a munkáltató, másrészt a munkavállalók, végső soron pedig a társadalom számára. Ezen programok megvalósulása a munkáltató és a munkavállaló közös érdeke. Fontos a munkahelyi egészségfejlesztés rendszerének kooperatív kiépítése az adott munkahelyen. Ez jelentheti az alulról fölfelé induló kezdeményezéseket (például lépcsőszámláló verseny, önszerveződő tórákörök), amelyek a munkavállalók igényeit tükrözik a kezdetektől, vagy a fentről jövő szervezeti kultúrába ágyazott programokat, melyeket a lokális igényekhez adaptálnak, pénzügyi erőforrások, tárgyi feltételek, a cég profilja, időkeret, valamint a dolgozók egészségügyi állapota alapján.

Amikor egy cégvezetőt próbálunk meggyőzni arról, hogy milyen előnyökkel jár számára az, ha a dolgozók kényelmes munkakörnyezetben dolgozhatnak, érdemes mindkét oldalról megvilágítani azoknak a tényeknek a rendszerét, melyek hatékonyan és objektíven segíthetnek a döntés meghozatalában. A munkáltatói és munkavállalói oldalnak ugyan mások az érdekei, de az alábbi, 3. táblázatban is bemutatott pontok közös

nevezőt jelenthetnek és pozitív hozadékkal bírhatnak mindkét fél számára. A munkáltató részéről jellemzően gazdasági, míg a munkavállalói oldal számára főként egészségügyi vonatkozású előnyök jelennek meg.

3. TÁBLÁZAT: MUNKAHELYI KÖRNYEZET JAVÍTÁSÁNAK ELŐNYEI (EU OSHA, 2010; SZOLNOKI ÉS BERÉNYI, 2016: 495-500.)

Munkáltatói oldal	Munkavállalói oldal
Kevesebb munkahelyi távolmaradás.	Alacsonyabb munkahelyi stressz.
Erősödik a munkavállalók motivációja.	Jobb munkakapcsolatok, magabiztosság és láthatóan kellemesebb kisugárzás.
Javul a vállalat termelékenysége, hatékonysága.	Fokozódó kreativitás, ennek köszönhetően gyorsabb reagálás és hatékonyabb teljesítmény.
Csökken a munkavállalók fluktuációja.	Az egyéni szintű teljesítménynövekedés nem csak fizikai, hanem pszichikai oldalon is megmutatkozik.
Pozitív és gondoskodó kép alakul ki a vállalatról.	Kevesebb jelenlétszindróma és megbetegedés.
Könnyebbé válik a toborzás, a munkahely egyre vonzóbbá válik a munkaerőpiacon.	A reakcióképesség és az éberség javulása következtében a balesetek száma csökken.

Kiemelkedően jellemzők az ehhez hasonló egészségfejlesztéssel kapcsolatos intézkedések a magas árbevétellel (2021-ben Magyarországon az IT szektor GDP-ből való részesedése 5,3% volt multiplikátor hatások figyelembevétele nélkül (KSH, 2024b). A multiplikátor hatásokat is figyelembe véve, a digitális gazdaság legalább a GDP 20%-át tette ki az azonos időszakban (International Trade Administration, 2021)), nagy dolgozói létszámmal működő informatikai és telekommunikációs (IT) profilú multicégek (2022. januári adatok alapján a Magyar Telekom Nyrt. 5.519, a Vodafone Magyarország Zrt. 2.931, valamint a Yettel Magyarország Zrt. 1.650 munkavállalót foglalkoztatott. Karácsony, 2022), amelyek fokozottan ügyelnek dolgozóik munkahelyi közérzetére, fittségére és egészségügyi állapotára (Hassard és mtsai, 2011; Alshaabani és mtsai, 2021; H.E. interjúalany, 2022). Ezek a vállalatok kiemelt figyelmet fordítanak dolgozóik egészségfejlesztésére, amelyben a sportolási lehetőségek támogatása, a fittségi szint és az egészségügyi állapot javítása, valamint a csapatépítő programok kapják a legfőbb

szerepet (Raisiene és mtsai, 2020; Tánczos és mtsai, 2022). A sikeres munkahelyi egészségfejlesztés alapfeltétele, hogy a programok tervezésekor az előzetesen kidolgozott munkahelyi egészségterv lépéseit kövessék.

III.3 A munkahelyi egészségfejlesztés jogszabályi háttere

Ahhoz, hogy egy adott munkahelyen egyáltalán létrejöhessen az I.3 alfejezetben is tárgyalt munkahelyi egészségfejlesztési és rekreációs program, elengedhetetlenül szükséges, hogy annak alapjait a munkáltató biztosítsa a munkavállalók számára (az érvényes törvényi előírások szerint). Úgy is mondhatnánk, hogy a munkavédelem gyakorlati alkalmazása és hatékony működése megelőlegezi ezt a folyamatot, hiszen ez az alapkritériuma minden munkahelyi egészségfejlesztési és munkahelyi rekreációs célú intézkedésnek és programnak.

Magyarország Alaptörvénye a XVII. cikk 3) bekezdésében, valamint a XX. cikk 2) bekezdésében foglalkozik az egészséghez, az egészséges életmód kialakításához szükséges feltételekkel: *„XVII. cikk 3) Minden munkavállalónak joga van az egészségét, biztonságát és méltóságát tiszteletben tartó munkafeltételekhez. XX. cikk, 1) Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. 2) Az 1) bekezdés szerinti jog érvényesülését Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő.”* (Magyarország Alaptörvénye 2011. április 25.)

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről részletezi az egészség megőrzésével és fejlesztésével kapcsolatos egyéni jogokat és kötelezéseket, valamint a munkáltató általános kötelezettségeit: a törvényi szabályozás tekintetében ez a munkahelyi egészségfejlesztés kiindulópontja.

A munkavédelem törvényi definíciója a: *„a szervezett munkavégzésre vonatkozó munkabiztonsági és munkaegészségügyi követelmények, továbbá e törvény céljának megvalósítására szolgáló törvénykezési, szervezési, intézményi előírások rendszere, valamint mindezek végrehajtása. A munkaegészségügy a munkahigiéne és a foglalkozás-egészségügy szakterületeit foglalja magában.”* (1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről).

Magyarországon az 1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről (Mvt.) az Európai Unióban elfogadott közösségi szakterületi vívmányokkal (*acquis*) összhangban került kialakításra. Ez a jogszabály kitér a munkahelyek szerepére az egészség megőrzésében, és többek között leszögezi, hogy a munkáltató köteles figyelembe venni az emberi tényezőt a munkahely kialakításánál, a munkaeszközök és a munkafolyamat megválasztásánál, különös tekintettel az egyhangú vagy monoton munkavégzés időtartamának csökkentésére.

A munkahelyi egészségfejlesztés lehetőségeit megalapozó jogszabályok tehát léteznek, ugyanakkor a bennük foglalt rendelkezések betartása a magyarországi munkavállalók többségét foglalkoztató kis- és középvállalkozásokban jellemzően nem valósul meg (Kapás, 2006). A cégek mintegy 40%-a semmilyen munkahelyi egészségfejlesztést érintő programot nem működtetett 2010-ben, míg a munkahelyi egészségfejlesztést célzó programokat működtető cégek 32%-a megelégedett az ergonómiai fejlesztésekkel. Az ezt követő évtizedben fokozódott ugyan a programokban való részvétel, azonban ezek esetében is leginkább a multinacionális vállalatok jártak az élen (Szabó és Juhász, 2019). A programokban való alacsony részvételi hajlandóság a kis és középvállalkozások esetében visszavezethető a forráshiányra, valamint országos szinten a munkavédelmi törvényben meghatározott jogkövetkezmények enyhességére (a törvény 82. § 3) bekezdése 50.000 Ft-tól 10.000.000 Ft-ig terjedő kivethető bírságot határoz meg) (1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről). Ezzel ellentétben a multinacionális cégek esetében, elsősorban az anyaországból hozott vállalati kultúra részeként, mindez már beépült a hazai gyakorlatba is.

2019-ben a világon végig söprő COVID-19 járvány olyan intézkedésekre kényszerítette mind a munkaadókat, mind az állami szereplőket, melyek hatással voltak a munkavállalókkal kapcsolatos jogszabályi környezet alakulására is. A járvány alatt megszokottá vált otthoni munkavégzés is szabályozást igényelt. A 2012. évi I. törvény, a munka törvénykönyvéről (Mt.) korábban mindössze a távmunka fogalmát definiálta. A 87. cikk, 196 § 1) bekezdése alapján „*távmunkavégzés esetén a munkavállaló a munkát a munkaidő egy részében vagy egészében a munkáltató telephelyétől elkülönült helyen végzi.*” Ez a meghatározás azonban kiegészül a 2) és 3) bekezdésekkel is, melyek világossá teszik, hogy nem otthoni munkavégzésről van szó:

„2) A munkaszerződésben meg kell állapodni a munkavállaló távmunkavégzés keretében történő foglalkoztatásában.

3) Eltérő megállapodás hiányában a távmunkavégzés során

a) a munkáltató utasítási joga a munkavállaló által ellátandó feladatok meghatározására terjed ki,

b) a munkáltató az ellenőrzési jogát távolról számítástechnikai eszköz alkalmazásával gyakorolja,

c) a munkavállaló a munkáltató telephelyén a tárgyévben legfeljebb a munkanapok egyharmada esetén végez munkát, és

d) a munkáltató biztosítja, hogy a munkavállaló a területére beléphessen és más munkavállalóval kapcsolatot tartson (2012. évi I. törvény a munka törvénykönyvéről).”

Ezen változatott a 47/2020 (III. 18.) Kormányrendelet a koronavírus világjárvány nemzetgazdaságot érintő hatásának enyhítése érdekében szükséges azonnali intézkedésekről (Korm. rendelet). A Korm. rendelet 6. § 2) bekezdése több pontban is lehetővé tette az Mt.-től való eltérést a veszélyhelyzet megszűnését követő harminc napig. Ezek a következők voltak:

„a) a munkáltató a közölt munkaidő-beosztást az Mt. 97. § (5) bekezdése szerinti közlési szabályoktól eltérően is módosíthatja,

b) a munkáltató a munkavállaló számára az otthoni munkavégzést és a távmunkavégzést egyoldalúan elrendelheti,

c) a munkáltató a munkavállaló egészségi állapotának ellenőrzése érdekében a szükséges és indokolt intézkedéseket megteheti (47/2020 Kormány rendelet).”

Ezekből a pontokból tehát az is kiderül, hogy a távmunka és az otthoni munkavégzés a jogalkotó szerint sem egy és ugyanaz a fogalmi keret, de meghatározás még itt sem történt. A veszélyhelyzet megszűnésével, 2020. június 18-cal a 47/2020 Korm. rendelet hatályon kívül került, így ma semmilyen hatályos jogszabály nem tesz említést az otthoni munkavégzésről, ami értelemszerű és jogi problémákat eredményezhet. A munkavégzés e típusa korábban mindössze eseti jelleggel fordult elő: vagy a munkáltató rendelte el, vagy a munkavállaló kérésére, a munkáltató engedélyével történt.

A munkavégzés módjának szabályozása fontos eleme a munkahelyi egészségfejlesztésnek, melyben így a magyar jogszabályokat áttekintve még mindig

vannak hiányosságai. Az alapvető, munkahelyi egészségfejlesztést lehetővé tevő szabályozás azonban létezik.

III.4 Nemzetközi egészségfejlesztési konferenciák hozadékai

Az Egészségügyi Alapellátásról szóló Nemzetközi Szakmai Konferencia (Alma-Ata 1978.): ez a konferencia az egykori Szovjetunióban került megrendezésre. Ezen Aaz eseményen a világ összes kormánya elismerte a sürgős cselekvés szükségességét, egészségügyi fejlesztéssel foglalkozó dolgozói és a világ közössége számára annak érdekében, hogy a Föld minden lakójának egészségét megvédje és továbbfejlessze (Kishegyi és Makara, 2004). A konferencián egy nyilatkozattételre is sor került (WHO, 1978.), amelynek leglényegesebb elemei a következők voltak:

- Az egészség – ami teljes fizikai, lelki és társadalmi jólétet jelent, és nem egyszerűen a betegség vagy fogyatékosság hiányát – alapvető emberi jog. A lehető legjobb egészség elérése világszerte a legfontosabb társadalmi célok egyike, megvalósulása az egészségügyön kívül számos más társadalmi és gazdasági szektor közreműködését is igényli.
- Az emberek egészségi állapotát tekintve tapasztalható óriási egyenlőtlenségek – különösen a fejlett és a fejlődő országok között, de országokon belül is – politikailag, társadalmilag és gazdaságilag egyaránt elfogadhatatlanok, ezért ezzel a kérdéssel minden országnak foglalkoznia kell.
- [...] Az emberek egészségének megőrzése és fejlesztése a fenntartható gazdasági és társadalmi fejlődés elengedhetetlen feltétele; hozzájárul az élet minőségének javításához és a világbékéhez.
- Az embereknek joguk és kötelességük, hogy egyénileg és közösségileg is részt vegyenek a számukra nyújtott egészségügyi ellátás tervezésében és megvalósításában.
- A kormányok felelősséggel tartoznak népük egészségéért, aminek csak megfelelő egészségügyi és társadalmi intézkedések révén felelhetnek meg. [...]
- Az egészségügyi alapellátás olyan alapvető betegellátási forma, amely könnyen megvalósítható, tudományosan megalapozott és társadalmilag elfogadható módszereket, technológiákat használ [...] Az egyének, családok és közösségek számára az alapellátás a nemzeti egészségügyi rendszerrel való érintkezés első

pontja, a folytatódó ellátás első eleme, amelynek ezért a lehető legközelebb kell lennie azon helyszínekhez, ahol az emberek élnek és dolgoznak.

Az I. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia (Ottawa, 1986.) alkalmával közzétettek egy chartát, amely cselekvésre hív fel. Célkitűzése „Az egészséget mindenkinek 2000-re és azon túl” (UNICEF/WHO). A konferencia jelszava „a lépés egy újfajta népegészségügy irányába” volt. Az 1986-os **Ottawai Charta** egy igen fontos mérföldkő volt az egészségfejlesztés nemzetközi szintű megalapozásában.

Az egészségfejlesztés definíciója: „az a folyamat, amely módot ad az embereknek, közösségeknek egészségük fokozott kézben tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészséget tehát, mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig mint életcélként kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés következképpen nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége”. (WHO, 1986.)

Az egészségfejlesztés összehangolt tevékenységet követel valamennyi érdekelttől: a kormányoktól; az egészségügyi és más szociális, gazdasági ágazatoktól; a nem kormányzati és civil szervezetektől; a helyi hatóságoktól; az ipar és a tömegtájékoztatás képviselőitől (Kishegyi és Makara, 2004).

„Az egészség alapfeltételei és forrásai: béke, lakhatás, oktatás, élelem, jövedelem, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság és egyenlőség. Az egészség tökéletesítésének ezen alapvető előfeltételek alkotja, biztos alapon kell nyugodnia. [...] A módnak, ahogyan a társadalom a munkát szervezi, hozzá kell járulnia az egészséges társadalom létrehozásához. Az egészségfejlesztés olyan élet- és munkakörülményeket eredményez, amelyek biztonságosak, ösztönzők, megelégedést hoznak és élvezetesek. [...] Nagyon fontos lehetővé tenni az emberek számára azt, hogy egész életükön keresztül tanuljanak, felkészüljenek az élet valamennyi szakaszára, és megállják a helyüket krónikus betegség vagy sérülés esetén is. Ennek iskolai, otthoni, munkahelyi és közösségi környezetben kell történnie; oktatási, szakmai, hivatásos és önkéntes szervezeteken keresztül, és magukban az intézményekben is. [...] Az egészséget

az ember teremti és éli meg mindennapi élete színterein, ott, ahol tanul, dolgozik, játszik... Az egészség azáltal keletkezik, hogy az ember törődik saját magával és másokkal, hogy képes döntéseket hozni és életkörülményeit kézben tartani, továbbá bizonyos afelől, hogy a társadalom, amelyben él, olyan feltételeket teremt, amelyek lehetővé teszik az egészség elérését valamennyi tagja számára.” (Kishegyi és Makara, 2004).

A II. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia (Adelaide, 1988) alkalmából születtek meg az ún. **Adelaide-i ajánlások** az egészséget támogató közpolitikáról (WHO/HPR/HEP/95.2). A deklaráció új irányt jelölt ki az egészségpolitika számára, kihangsúlyozva az emberek részvételét, valamint a társadalmi szektorok és az alapellátás közötti együttműködés fontosságát. A megfogalmazott főbb témakörök és ajánlások a következők voltak:

- **Egészséget támogató közpolitika kialakítása**, melynek fő célja az egészséget támogató környezet megteremtése, elérhetővé téve az emberek számára az egészséges életet.
- **Az egészség érték.** Az egészség alapvető emberi jog, egyben megbízható társadalmi befektetés.
- **Egyenlőség, elérhetőség/hozzáférés és fejlődés.** Mivel az egészségi állapotban mutatkozó különbségek a szociális egyenlőtlenségekből fakadnak, olyan politikára van szükség, amely növeli az emberek hozzáférését az egészséget javító termékekhez és szolgáltatásokhoz, valamint egészséget támogató környezetet teremt.
- **Egészség iránti felelősség.** A kormányoknak pontosan megfogalmazott célokat kell kitűzniük, amelyek az egészségfejlesztést irányába hatnak.
- A konferencián kitértek a fentiek mellett a nők egészségének támogatására; a táplálkozás és ételmezés kérdéskörére; a dohányzás és alkoholfogyasztás mint függőségek helyzetére; az egészséget támogató környezet kialakításának fontosságára; az új egészségügyi szövetségek létrehozására; a globális népegészségügy iránti elkötelezettségre és a jövőbeli kihívásokra is (WHO, 1988).

A III. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia (Sundsvall, 1991.) fő témája az egészséget támogató környezet, valamint a globális felelősségvállalás volt. A **Sundsvalli-nyilatkozat** célja, hogy a világ minden táján felhívja az emberek figyelmét arra, hogy

aktívan vállaljanak részt a környezetük egészséget támogató átalakításában. [...] Továbbá felhívták a figyelmet arra is, hogy emberek milliói élnek mélyszegénységben és nélkülözésben, egyre lepusztultabb, az egészségüket veszélyeztető környezetben. Mindez nagymértékben nehezíti az egészségfejlesztés megvalósítását, valamint az Egészséget Mindenkinnek 2000-re WHO-program célkitűzéseinek elérését. [...] A népesség gyors növekedése az egyik fő veszélyeztetője a fenntartható fejlődésnek. Az emberek tiszta ivóvíz, megfelelő élelmiszerek, szállás és orvosi ellátás nélkül kénytelenek élni (WHO, 1991).

A IV. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia (Dzsakarta, 1997.) „Új kor új szereplői: az egészségmegőrzés irányai a XXI. században” címmel került megrendezésre. Ez volt az első ilyen jellegű rendezvény, amelyet fejlődő országban tartottak, és amely bevonta a magánszektor az egészségmegőrzés támogatásába. A **Dzsakartai-nyilatkozat** egy nagy ívű víziót vázol fel amikor a jövő század egészségfejlesztésére összpontosít. Az egészségmegőrzés prioritásai a XXI. században a nyilatkozat alapján az alábbiak:

- A társadalmi felelősségtudat fejlesztése az egészség érdekében,
- Az egészségfejlesztést célzó beruházások növelése,
- Az egészség érdekét szolgáló partneri kapcsolatok megszilárdítása és kiterjesztése,
- A közösségi kapacitások fejlesztése és az egyén megerősítése,
- Az egészségfejlesztés infrastruktúrájának biztosítása (WHO, 1997).

Az V. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia (Mexikóváros, 2000.) „Egészségfejlesztés: az egyenlőtlenségek megszüntetése” címmel került megrendezésre. A **Mexikói-nyilatkozat** az egészségfejlesztésről szólt, az elképzelésektől a megvalósításig. Főbb pontjai a következők:

- „A lehető legjobb egészségi állapot elérése nagy kincs [...],
- Minden kormány központi kötelezettsége és felelőssége az egészségfejlesztés és a szociális fejlődés elősegítése [...],
- Az elmúlt években [...] jelentős (pozitív) változások következtek be az emberek egészségi állapotában [...],
- E fejlődés ellenére még igen sok, a szociális és a gazdasági fejlődést hátráltató egészségügyi probléma létezik [...],

- Új, illetve újból előforduló betegségek veszélyeztetik az egészség területén elért eredményeket [...],
- Sürgősen foglalkozni kell az egészséget befolyásoló szociális, gazdasági és környezeti tényezőkkel [...] mely fokozott együttműködést igényel az egészségfejlesztés minden szektorában és a társadalom minden szintjén,
- Az egészségfejlesztésnek minden országban a népegészségügyi politikák és programok alapvető elemének kell lennie az egyenlőségért és a jobb egészségért vívott harcban,
- Bőségesen van bizonyíték a jó egészségfejlesztési stratégiák hatékonyságára (WHO 2000).”

A VI. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia (Bangkok, 2005.) majdnem 20 évvel az első nemzetközi konferencia után került megrendezésre. Sok minden megváltozott a világban ez alatt az idő alatt, beleértve a globalizáció hatását, az internetet, az állami egészségügy mellett megjelenő magán egészségügyi ellátórendszert és számos más rendszerszintű egészségügyi változást. A hatodik globális konferenciát ezeknek a kihívásoknak a kezelésére és az egészségfejlesztés 21. századi lehetőségeinek jobb kiaknázására hívták össze. A konferencia eredményei nyomán kiadott **Bangkoki Charta** kimondja, hogy „az egészség fejlesztése érdekében megvalósítandó egyik legfontosabb kötelezettség az egészségfejlesztést a jó vállalati gyakorlat számára követelménnyé tenni. A vállalati szektor ugyanis közvetlen hatást fejt ki az emberek egészségére, valamint az egészséget meghatározó tényezőkre. A munkáltatók felelősséggel tartoznak a munkahelyi biztonság és egészség biztosításáért, alkalmazottaik, azok családja, valamint a közösség egészségének és jóllétének előmozdításáért”. (WHO, 2005.)

A VII. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia (Nairobi, 2009.) központi témája az volt, hogy az egészségi állapotunk napjainkban példátlan fenyegetésekkel néz szembe. A globális szintű gazdasági válságok veszélyeztetik a nemzetgazdaságok, különös tekintettel az egészségügyi ellátórendszerek finanszírozását. A globális felmelegedés és az éghajlatváltozás rendkívül kedvezőtlenül befolyásolják az emberek mindennapi életét, különösen a gazdaságilag kevésbé fejlett, fejlődő országokban okoz ez hatalmas problémát. A biztonsági fenyegetések bizonytalanságot keltenek szerte a világon. Ebben az összefüggésben az egészségfejlesztés soha nem volt időszerűbb, vagy szükségszerűbb (WHO, 2009).

A VIII. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia (Helsinki, 2013.) során számos megállapítás és kinyilatkoztatás született, mint például: „a mindenki számára elérhető egészségfeltételek, összetevők a kormányok egyik legfontosabb társadalmi célja, és a fenntarthatóság sarokköve. [...] A lehető legmagasabb szintű egészség élvezése minden ember egyik alapvető joga, faj, vallás, politikai meggyőződés, gazdasági vagy társadalmi helyzet megkülönböztetése nélkül. [...]

A kormányok felelősek az emberek egészségéért, és hogy az egészség méltányosság a társadalmi igazságosság kifejezése. A jó egészségi állapot javítja az életminőséget, növeli a tanulási képességeket, erősíti a családokat és a közösségeket, és javítja a munkaerő termelékenységét. [...] A méltányosság előmozdítását célzó fellépés jelentősen hozzájárul az egészséghez, a szegénység csökkentéséhez, a társadalmi integrációhoz és a biztonsághoz. [...] Az országok közötti és az országokon belüli egészségügyi egyenlőtlenségek politikai, társadalmi és gazdasági szempontból elfogadhatatlanok, valamint igazságtalanok és elkerülhetők. [...] Számos országban az életstílust, az élet- és munkakörülményeket a korlátlan, szabályozatlan marketingtevékenység befolyásolja, és a fenntarthatatlan termelési és fogyasztási szokásoknak vannak kitéve az emberek. [...] Az emberek egészsége nemcsak az egészségügyi ágazat felelőssége, hanem olyan szélesebb politikai kérdéseket is magában foglal, mint a kereskedelem és a külpolitika. Ennek megoldása politikai akaratot igényel. [...] A kormányok számos prioritással rendelkeznek, amelyekben az egészség és az egyenlőség nem kap automatikusan elsőbbséget más politikai célokkal szemben (WHO, 2013).”

A IX. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia (Sanghaj, 2016.) eredménye a **Sanghaji-nyilatkozat az egészségfejlesztésről** (Shanghai Declaration on Health Promotion), ahol az egészségfejlesztés került a fenntartható fejlődés céljainak középpontjába. A nyilatkozat többek között a következőket mondja ki: „Az egészség helyi szinten jön létre, a mindennapi élet környezetében. A jövedelemszint a városokban növekszik és a gyors urbanizáció nyomás alá helyezi a városok saját forrásait. Ennek eredményeként óriási és elfogadhatatlan különbségeket tapasztalunk a várható életkorban ugyanazon város különböző közösségei között. A szegényebb emberek várható élettartama akár 20 évvel lehet rövidebb, mint a gazdagabb embereké.” A konferencián a városok polgármestereinek felelősségéről is szó volt, következésképpen számos dohányzással kapcsolatos rendelet született. Például megtiltják a dohányzást különféle

helyeken, beleértve a munkahelyeket is, a vonatokon és autóbuszokon, stadionokon és iskolai területeken.

Az egészséges városokról szóló sanghaji egyezmény a jó kormányzás, az egészséges városok, az egészségügyi ismeretek és a társadalmi mozgósítás révén útmutatást ad az egészségfejlesztés előmozdításához és az egészség meghatározó tényezőinek kezeléséhez. A városi élet egészségesebbé válik olyan intézkedések bevezetésével, amelyek megkönnyítik az egészségesebb ételvitelt és az fizikailag aktívabb életmódot. 2013-ban Mexikóváros lett az első város a világon, amely megadóztatta a cukros üdítőitalokat, amelyekről ismert, hogy hozzájárulnak a cukorbetegséghez és az elhízáshoz. London és Párizs voltak az első városok, amelyek ingyenes kerékpárkölcsonzót nyitottak a nagyközönség számára a légszennyezés csökkentése, valamint a testmozgás könnyebbé és hozzáférhetőbbé tétele érdekében. Kuvaitban csökkentették a kenyér sótartalmát, ami hozzájárult a magas vérnyomás kockázatainak csökkentéséhez a lakosság körében. Peking bevezette az ún. „on-off” vezetési napokat a levegő szennyezésének csökkentése érdekében. Az Újdelhiben kiépített hatékony közvilágítás kevesebb erőszakot és biztonságosabb utcákat eredményezett (WHO, 2016).

Összefoglalva: a WHO egészségfejlesztési világkonferenciái kijelölték az alapelveket és cselekvési területeket, és elhelyezték az egészségfejlesztést a globalizáció tágabb kontextusában (WHO, 1986 és WHO, 2005). Körüljárták az egészséges közpolitikát (WHO, 1988) és a támogató környezet kialakítását (WHO, 1991). Rámutattak az egészségfejlesztési kapacitásépítés fontosságára és szerepére az egészségmeghatározó tényezők kezelésében (WHO, 1997 és WHO, 2000). Az egészségfejlesztésről szóló nyolcadik konferencia (WHO, 2013) áttekintette az egészség politikai megközelítésének tapasztalatait és útmutatást fogalmazott meg a konkrét fellépéshez, a fejlődés minden szintjére vonatkozóan. A 9. konferenciát Sanghajban, Kínában tartották 2016-ban és az egészségfejlesztést helyezte a fenntartható fejlesztési célok (sustainable development goals – SDG) középpontjába.

III.5 Nemzetközi és hazai jó gyakorlatok

Az utóbbi években a nemzetközi ajánlásoknak, valamint a különböző nemzeti jogszabályoknak köszönhetően világszerte egyre több cég alkalmaz egyedi módszereket annak érdekében, hogy dolgozóik egészségét megtartsák és javítsák. Ezek közül azokat emeltük ki, amelyek a téma szempontjából különösen relevánsak. Nemzetközi szinten az állam támogató szerepe számottevő ezekben a törekvésekben, hazánkban erre egyelőre kevesebb konkrét intézkedés irányul. Az alfejezet először nemzetközi gyakorlatokat mutat be, majd a kitekintést követően magyar példákon keresztül ismerteti a már bevezetett jó gyakorlatokat.

Belgiumban 2022-ben jelentették be, hogy bevezetik a négynapos munkahetet, hogy ezzel is óvják a munka utáni szabadidőt. Ezzel a belga állam az állami felelősségvállalás szempontjából példaértékű lépést tett a munka és magánélet egyensúlyának elérése felé. A munkavállalók dönthetnek úgy, hogy a kötelező 38 órájukat négy nap alatt dolgozzák le és nem kötelezhetőek arra, hogy szabadidejükben munkaügyi hívásokat, e-maileket fogadjanak, vagy azokra reagáljanak. Joguk van kikapcsolni a telefonjukat és a főnöküknek ezt el kell fogadnia. A belga kormány célja az intézkedéssel az volt, hogy javítsa a munka és a magánélet egyensúlyát („work - life balance”) és hogy a családok több időt tölthessenek a gyermekeikkel – főleg a járvány miatt különösen megterhelő 2020-21-es évek megpróbáltatásai után (HVG, 2022; Service Public Fédéral, 2022).

Állami felelősségvállalás szempontjából az Amerikai Egyesült Államok (USA) gyakorlata is figyelemre méltó. Az USA-ban a munkahelyi egészségfejlesztő programokat elsősorban a hatályos szövetségi és tagállami törvények támogatják: huszonnégy állam indított helyi programokat, és összesen harmincöt tagállamban olyan törvényeket fogadtak el, amelyek ösztönzik a munkahelyi egészségfejlesztő programok megvalósítását (VanderVeur, Gilchrist és Matson-Koffman, 2017). Az országban állami szinten működik a National Institute for Occupational Safety and Health (*Nemzeti Intézet a Foglalkoztatási Biztonságért és Egészségért* - NIOSH), amely a „*Healthy Work Design and Well-Being Program*”-on (*Egészséges munkatervezés és jóllét program*) keresztül a munkahelyi megbetegedésekkel és sérülésekkel kapcsolatban végez kutatásokat és tesz javaslatokat azok megelőzésére (NIOSH, 2022). Ez tágabb értelemben a munkahelyi

egészségterv elkészítésének első lépése is egyben, mely kifejezetten helyzetelemzéssel foglalkozik.

Ausztráliában egy állami munkahelyi egészségfejlesztési programmal, a „*Get Healthy at Work*”-kel (*Legyen egészséges a munkahelyén*) támogatták 2014 és 2022 között az Új-Dél-Wales államban működő cégek munkavállalóit az életmódváltásban, a krónikus betegségek kockázatainak csökkentésében és a kényelmes munkahelyi környezet megteremtésében. A programnak két alkotóeleme volt: a munkahelyi egészségvédelmi program „*Workplace Health Program*” (*Munkahelyi egészség program*) és a széleskörű online vagy offline egészségügyi szűrővizsgálatok, melyek gyűjtőneve „*Healthy Lifestyle Checks*” (*Egészséges életmód vizsgálatok*) (Crane és mtsai 2016). Ez utóbbi, egy online kérdőív volt a dolgozók egészségi állapotáról azonnali visszajelzéssel, amely tulajdonképpen megfeleltethető a helyzetelemzéssel. A „*Workplace Health Program*” szakemberek bevonásával nyújtott támogatást a cégek számára, biztosítva egy egyszerűbb program teljeskörű kialakítását, valamint a létrehozott program felülvizsgálatát és fejlesztését (GHaW, 2022).

Németországban az alkalmazottak 64%-a dolgozik olyan munkahelyen, ahol megvalósulnak munkahelyi egészségvédelemmel kapcsolatos intézkedések. A 2002 és 2012 közötti időszakban a munkahelyi egészségvédelmet támogató cégek aránya Németországban 8%-kal növekedett. A cégeknél a munkahelyi egészségfejlesztés intézkedései között a legnépszerűbbek a konkrét munkavállalói igényfelmérések és a betegségekől fakadó munkakiesés okainak elemzése volt (Hollederer és Wießner, 2012). Ez az elem szintén megjelenik a munkahelyi egészségterv lépései között, melynek második pontjában valósulhat meg a munkavállalók bevonása a terv készítésébe (Juhász, é.n.). Ez azért is fontos, mert a munkavállalók igényeinek figyelembevétele nélkül az egészségprogramok elégedetlenséget szülhetnek a munkavállalók körében (Terry, 2018). A Németországban nagyobb számban megvalósuló programok azonban az egészségterv létrehozásának negyedik fázisával, a folyamatos külső-belső kommunikációval és visszacsatolással szereztek meg a munkavállalók elégedettségét.

Hazánkban is léteznek olyan egészségfejlesztési, illetve a fittség növelését célzó intézkedések, programok, versenyek és díjak, amelyek mind a munkáltatók, mind a munkavállalók számára elérhetőek. Ilyen volt az „*Egészséges Nemzetért*

Népegészségügyi Program 2001-2010.”, valamint a Munkahelyi Egészségfejlesztés Országos Stratégiájának a megalkotása (1066/2001. (VII. 10) Kormány határozat).

A programok közül a legnépszerűbbek a „*Coca-Cola Testébredő*” program, a „*Bringázz a Munkába*” program, valamint a MOL-csoport munkahelyi egészségfejlesztési programja, a „*STEP - Tégy egy lépést az egészségedért*”. E három program az egészség-célzatú rekreáció irányzat részét képezi, célja a rendszeres fizikai aktivitás bevezetése a mindennapi életbe. A kétévente elnyerhető „*Megbízható Munkaadó Díj*”, vagy „*A Legfittebb Munkahely Program*”-ban való részvétel egyaránt vonzó lehet egy munkahely megítélése szempontjából. Az Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület kezdeményezése a „*Közösen –Könnyebben Program*” és az „*Egészségbarát Munkahely*” cím. Ezen díjak és programok az üzemi rekreáció kategóriájába tartoznak, itt megjelenik a fizikai környezet élhetőbb kialakításának célja, mely előmozdítja a jóllét kialakítását is.

A „*Fitpuli*” egy digitális munkahelyi egészségprogram, amely az Amerikai Életmóddorvostani Társaság ajánlása alapján tevékenykedik. A Fitpuli Kft. egy „virtuális egészségőrként” funkcionáló mobilalkalmazást fejlesztett ki, más népszerű mobiltelefonos egészségmegőrző applikációkkal („*Fitbit*”, „*Apple Health*”, „*Google Fitnesz*”, „*Samsung Health*” stb.) együttműködve. Ez a kezdeményezés szintén az üzemi rekreáció kategóriába sorolható, de fő profija a foglalkozás egészségügy (Fitpuli, 2021).

Az oktatás, képzés, továbbképzés szempontjából a „*Work for Humans*” (Munkahelyek emberre tervezve) szintén hasonló, online és helyszíni intervenciós és munkahelyi egészségfejlesztés profilú hazai cég, amely munkahelyi jóllét projektmenedzser képzéssel is foglalkozik és szakmailag hozzájárul a hazai szakemberképzés megteremtéséhez (Toldy, 2023).

2019-ben jött létre a „*HuGBC WELL munkacsoport*”, amely az emberbarát munkakörnyezet, az élhető irodák megteremtését, valamint a minősített „egészséges épületek” magyarországi népszerűsítését tűzte ki célul. A „*WELL Standard*” az egyik legújabb, az Egyesült Államokban kifejlesztett nemzetközi minősítő rendszer, amely hazánkban is egyre népszerűbb. A minősítés hozzájárul az egészséges és emberközpontú belső terek kialakításához, figyelembe véve a fizikai környezetet és az azt használó közösség érdekeit is (HuGBC WELL munkacsoport, 2023).

A cégek által béren kívüli juttatásként adható „*All You Can Move SportPass*”, valamint a „*Széchenyi Pihenő Kártya (SZÉP kártya)*” egyaránt lehetővé teszi a munkavállalók rekreációs lehetőségeinek (pihenés, szabadidő, sport) munkáltató általi finanszírozását, támogatását (AYCM, 2024, Széchenyi Pihenőkártya, 2023).

Ugyanakkor nemcsak a multinacionális cégeknél, hanem az állami szektorban, a hon-, és rendvédelmi szerveknél is létrejöhet egy egyedülálló munkahelyi egészségfejlesztő és rekreációs program: az Országos Rendőr-főkapitányság programja az „*Élet–Erő–Egészség*” nevet viselte és a teljes személyi állomány számára, országosan elérhető volt. A program 2017 és 2021 között működött, célja az egészséges életmód és egészségtudatosság kialakítása volt különböző programokon keresztül (Tánczos és mtsai, 2021). A Magyar Honvédségnél a 2015-ben indult, 2023-ban is futó, „*Honvéd Testalkati Program*” komplex életmód-tanácsadást végez, melynek célja a programban résztvevő állomány testi és lelki egészségének javítása, a fizikai aktivitás növelésére helyezve a hangsúlyt (Hornyák és Rázsó, 2020).

Az Üzemi Egészségmegőrzés Európai Hálózata (ENWHP) „*Move Europe*” programja keretében 26 országból mintegy 100 jógyakorlat-modell közül 48-at választottak ki (4. táblázat), amelyek lehetőséget kaptak tevékenységük bemutatására és a program végén díjazták is őket. Az ENWHP kvalitatív vizsgálatot is végzett különböző modellek alapján, az alábbi témakörökben: egészséges táplálkozás, fizikai aktivitás, stresszkezelés és a dohányzás prevenciója. Külön kiemelendő, hogy Magyarország 12 vállalatot delegált és ezáltal harmadik legtöbb résztvevővel képviseltette magát az országok mezőnyében.

Magyarország Kormánya is tevőlegesen igyekszik javítani a helyzeten, 2016-ban indította útnak az *Aktív Magyarország Programot*. A program célja, hogy növelje a rendszeresen sportolók arányát a magyar társadalomban. A program a szabadidősportok bevonásával igyekszik megszólítani minden korcsoportot. Az *Aktív Magyarország Program* honlapján tájékozódhatnak az érdeklődők a programokról, melyek az aktív osztálykirándulásoktól, a futó kör programon át, a családi kerékpáros és bakancsos túrákat is magukba foglalják. A program egyetlen olyan eleme, amely már-már megközelíti a munkahelyi egészségfejlesztést a *Millió Lépés* mobilapplikáción érhető el, ahol például iskolai közösségeket (akár egész tanári karok, az iskola diákjai és szülei) kívánt

megmozgatni a program (Turizmus.com, 2022). A program célkitűzéseit erősítendő, a 2024-et a Mozgás Événél nyilvánította a köztársasági elnök (9/2024. (I. 26.) KE határozat 2024).

4. TÁBLÁZAT: MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ PROGRAMBAN RÉSZTVEVŐ ORSZÁGOK ÉS VÁLLALATOK (ENWHP, 2013)

Részvevő országok	Munkahelyek
Ausztria	24
Belgium	5
Bulgária	2
Csehország	2
Finnország	2
Németország	17
Magyarország	12
Izland	1
Olaszország	3
Hollandia	6
Norvégia	3
Lengyelország	2
Románia	2
Szlovénia	2
Spanyolország	3
Egyesült Királyság	3

A Magyarországot képviselő cégeket bemutató 5. táblázat abból a szempontból is beszédes, hogy láthatóvá válik számunkra, milyen profilú vállalatok voltak nyitottak ilyen jellegű megmérettetésre; valamint, hogy a választható munkahelyi egészségfejlesztő szolgáltatásokból mely típusokat részesítették előnyben. Külön kiemelhetők azok a cégek, amelyek az összes választható terület feladatait sikerrel végrehajtották. Az 5. táblázat ezt szemlélteti.

A Magyar Szabadidősport Szövetség „#BeActive” elnevezésű programjának keretében munkahelyi díjakat ad át. 2021-ben ezek a programok értek el dobogós helyezést: *“Ép testben ép lélek”* program – iData Kft.; *„Fit Zsaru”* program – Rendőrségi Szabadidő- és Sportcentrum; *„Jóteköny karantén percek”* program – BorsodChem Zrt. A programsorozat eseményei az Európai Bizottság brüsszeli #BeActive gáláján folytatódtak, ahol a hazai nyertes, az iData Kft. nyerte el a legsportosabb munkahelynek járó *„#BeActive Workplace”* díjat. *„A #BeActive kampány az Európai Bizottság legnagyobb sportcélú kampánya, amely a mozgásban gazdag, aktív életmódot népszerűsíti Európa-szerte, a tagállamok közreműködésével. A kampány kiemelt időszaka a szeptember végi Európai Sporthét, ugyanakkor egész évben zajlanak kapcsolódó*

programok, év végén pedig rendszerint átadják a kampányhoz kapcsolódó nemzetközi elismeréseket.” (Magyar Szabadidősport Szövetség, 2021).

5. TÁBLÁZAT: MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ PROGRAMBAN RÉSZTVEVŐ HAZAI VÁLLALATOK, INTÉZMÉNYEK VÉGREHAJTOTT INTERVENCIÓK SZERINT (ENWHP, 2013)

#	Cég neve	Egészséges táplálkozás	Fizikai aktivitás	Stressz-kezelés	Dohányzás prevenció
1.	Allianz Hungária Zrt.	X	X	X	
2.	MVM Égáz-Dégáz Földgázhálózati Zrt.	X	X	X	X
3.	Ericsson Magyarország Kommunikációs Rendszerek Kft.	X		X	
4.	Gábor Dénes Főiskola			X	
5.	General Electric Hungary Zrt.			X	
6.	GlaxoSmithKline Gyógyszer- és Egészségvédelmi Termékek Kft.	X	X	X	
7.	Hódmezővásárhely Megyei Jogú Város Önkormányzata				X
8.	Mars Magyarország Kisállateledel Gyártó Kft.	X	X		
9.	MOL Magyar Olaj- és Gázipari Nyrt.	X	X	X	X
10.	MVM Paksi Atomerőmű Zrt.			X	
11.	Procter&Gamble / Hyginett Kft.	X			
12.	Unilever Magyarország Kft.	X	X	X	X

III.6 A SARS-CoV-2 világjárvány hatásai a munkahelyekre és a dolgozókra

A COVID-19 megbetegedésekből származó világjárvány alapjaiban rázta meg a világ országait és a globális gazdaságot, súlyos társadalmi és gazdasági következményeket vonva maga után (sportszempontról ide sorolható számos rangos torna, például a 2020-as XXXII. nyári olimpiai játékok elhalasztása). A kialakult helyzetben (egyebek mellett) a munkaerőpiacnak is azonnali válaszokat kellett adnia a változó környezeti kihívásokra (Jarjabka és mtsai, 2020).

A gyorsan és nemzetközi szinten terjedő fertőző betegségek esetében az optimális védekezési protokoll egyik fontos eszköze a házi karantén volt – az egyének és a társadalom szempontjából egyaránt. Ismert, hogy a karantén az emberi kapcsolatokra nincs pozitív hatással, mivel olyan pszichés és mentális problémákat eredményezhet, mint az ingerlékenység, az álmatlanság, a félelem, a szorongás vagy a koncentrációs problémák megjelenése (Radák, 2020). Az ebben a témában megjelent hazai és nemzetközi kutatások azonban egymásnak ellentmondó eredményeket is felsorakoztatnak (Pataki-Bittó és Kun, 2021; Juhász és Szabó, 2021). Ezzel kapcsolatban azonban azt is fontos kiemelni, hogy életkor, illetve a korábban távmunkában illetve otthoni munkavégzéssel töltött idő alapján is felismerhetők különbségek a pszichés és mentális állapot tekintetében. Minél fiatalabb generációról van szó tehát, annál inkább mérhető a karanténban, távmunkában töltött idő alatt növekvő stressz (Rezsőfi és mtsai, 2022). Azonban azt is figyelembe kell venni, hogy a kötelezően bevezetett home office nagyobb arányban érintette negatívan az „új távmunkásokat”, mint azokat a munkavállalókat, akik már dolgoztak korábban is ilyen formában. A home office továbbá más-más hatással lehet a férfi és női munkavállalók pszichés állapotára (Juhász és Szabó, 2021). A magyar kutatások egy része a férfi munkavállalókat találta alkalmazkodóképesebbnek az új helyzetre, azonban olyan eredmények is születtek, ahol a két nem jólléte között nem találtak különbséget (Pataki-Bittó és Kun, 2021). Ezeknél az eredményeknél figyelembe kell venni azt is, hogy nem szektor specifikusak, és nem veszik figyelembe, hogy a munkavállaló végzett-e korábban távmunkát. A nemzetközi irodalomban fellelhető, szektor érzékeny kutatások alapján az informatikai és telekommunikációs szektorban az otthoni munkavégzés nyertese az Y generációhoz (1980-1995-ig születettek) tartozó nők csoportja (Raišienė és mtsai, 2020).

A Nemzeti Média- és Hírközlési Hatóság szerint a járvány elleni védekezésben az eddigieknél is jobban felértékelődnek az infokommunikációs szolgáltatások. A terület intenzív fejlődése elsődlegesen a kapcsolattartás, a távoktatás és a távmunka területén volt érezhető. A világjárvány azonban ezt az ágazatot is nehéz helyzetbe sodorta, mivel rövidtávon itt is érezhetőek voltak a romló gazdasági kilátások, a gyengülő tőzsdei szereplés, illetve az infrastruktúra fejlesztésének lassulása. Egyértelmű, hogy ilyen helyzetben minden olyan tudatos fejlesztő tevékenység fontos és hasznos, amely a szektor humán erőforrását támogatja (NMHH, 2020). Ehhez azonban érdemes hozzátenni, hogy gazdaságilag az informatikai szektor középtávon a járványhelyzet nyertesévé válhat (Juhász és Szabó, 2021).

2020-ban a COVID-19 szinte teljesen megváltoztatta a lakosság napi rutinját, életminőségét és munkavégzését. Számos korlátozás került bevezetésre, ideértve a kijárási korlátozást, a távolságtartást és az otthoni karantént, azonban ezek hosszú távú következményei pontosan még nem láthatók (Ammar és mtsai, 2020; Bánhidi és Lacza, 2020). Az ideiglenesen otthonról (home office-ban) végzett munka a távmunkának, azaz a telephelytől távol folyó munkának az a formája, amely során a munkavégzés otthonról történik, infokommunikációs eszközök igénybevételével (Hárs, 2012). Míg azonban a távmunka esetében a munka törvénykönyve rendelkezik pontos definícióval, addig az otthoni munkavégzést mindössze említés szinten tartalmazza a járványhelyzetre való tekintettel elfogadott 47/2020 Korm.rendelet. Ebből is kitűnik, hogy a jogalkotó nem azonos fogalmakként tekint a munkavégzés e kettő típusára, viszont definíció hiányában utóbbi meghatározása és annak jogszabályi háttere bizonytalan, ezáltal félreértésekre adhat okot.

Ez azért is problémás, mert a járvány alatt a távmunkavégzés és ezen belül a home office aránya jellemzően magas volt, azonban az egyes iparágak között jelentős eltérések mutatkoztak. A tapasztalatok azt mutatták, hogy a jól képzett és magas jövedelmű munkavállalók nagyobb valószínűséggel tértek át az otthoni munkavégzésre és az otthonról dolgozók 71,7%-a hatékonyan végezte munkáját (Bick, Blandin és Mertens, 2020). Ebben a tekintetben az informatikai és telekommunikációs szektor a három leginkább érintett szektor között volt mind magyar, mind nemzetközi viszonylatban (Grozdic, 2022). A home office a munka hatékonyságára is többnyire kedvezően hatott, azonban, ha ez a helyzet hosszabb távon fennáll, akkor a magánéletre, az életminőségre,

a kapcsolatokra is egyértelmű negatív hatással lehet (Hill, Ferris és Märtinson, 2003; Pataki-Bittó és Kun, 2021).

Röviddel a COVID-19 megjelenése és a korlátozások bevezetése után a lakosság körében rosszabb egészségi állapot és erőteljes szorongás volt kimutatható, de a rendszeres fizikai aktivitás ebben az időszakban is pozitív hatással volt az otthonmaradókra (Zhang és mtsai, 2020). A home office-ban dolgozók többsége úgy vélte, hogy a COVID-19 válság után is jellemzően megmarad majd az otthoni munkavégzés a vállalatuknál (Bartik és mtsai, 2020). Magyarországon az otthoni munkavégzés aránya 27,75% volt a járvány első hullámában (Ács, 2020). Ezt megelőzően a magyarországi munkavállalók 5%-a végzett távmunkát, melynek zöme az informatikai és telekommunikációs szektort már ekkor érintette. A szektorban dolgozók közel 39,1%-a dolgozott a világjárványt megelőzően is legalább alkalmanként otthoni munkavégzéssel (Grozdic, 2022).

A pandémiás helyzetre válaszul az Egészségügyi Világszervezet új irányelveket dolgozott ki az egészségre és a fizikai aktivitásra vonatkozóan. Az egyik fő célkitűzésként az ülő életmód felszámolása jelent meg, és megerősítették a rendszeres testmozgás fontosságát az egész életen át tartó egészség és jóllét fejlesztése szempontjából (WHO, 2020). Az ezredforduló elején az értékrendbeli változások, az inaktív életmód és az egészségtudatosság hiánya a társadalom nagy részére negatív egészségügyi és társadalmi következményekkel járt (Aszmann, 2003). Ez a tendencia folytatódott a következő két évtized során is, különösen az olyan egészségkockázati magatartásokat illetően, mint a dohányzás. A fizikai aktivitás a fiúk körében viszont lassú, javuló tendenciát mutat (Németh, 2024).

A rendszeres testmozgás hasznos eszköz lehet a nem fertőző betegségek megelőzésében (Halmos és Suba 2008), valamint csökkentheti a depresszió, a szorongás és a kognitív hanyatlás mértékét. Ezért az egészséges, aktív életmód szerepe nagy jelentőséggel bír a világjárványok idején (Jiménez-Pavón, Carbonell-Baeza és Lavie, 2020). Az „életmód gyógyszer” 7 szegmenst határozott meg, mint a legfontosabb területeket, melyek hatással lehetnek az egyén egészségi állapotára járványhelyzet alatt. Ez a 7 szegmens az egészséges táplálkozás, a fizikai aktivitás, az alvás, a dohánytermékek fogyasztása, az alkoholfogyasztás, a stresszkezelés, valamint a társas kapcsolatok. E 7 szegmens mindegyikében való együttes fellépés nagyban hozzájárulhat az egészséges

életmód kialakításához, és a járványhelyzetek alatt az egészségmegőrzéshez, tehát a prevenció legfontosabb, egyéni szinten megjelenő eleme, amely csökkenti a testsúlynövekedés, a romló jóllét, pszichológiai és mentális állapot kockázatát (Smirmaul és mtsai, 2021).

A COVID-19 terjedésének kockázatát kezelve az otthoni munkavégzés bizonyult a legjobb megoldásnak a vállalatok működésének fenntartására. A világjárvány idején ez a gyakorlat biztosította a munkavállalók egészségét, biztonságát, valamint a karanténban lévők jövedelmét. Korábbi kutatási eredmények bizonyították, hogy az otthoni munkavégzés sikeres vállalati megküzdési metódus lehet megfelelően alkalmazva, mely során a munkavállalói produktivitás még növekedhet is (Greer és Payne, 2014). Az otthoni munkavégzés azonban azt eredményezheti, hogy a munkavállalók többet dolgoznak, mivel a munka és a magánélet határai elmosódnak. Emellett negatív hatással lehet a munkavállalók mentális és fizikai egészségére is (Gajendran és Harrison, 2007; Henke és mtsai, 2016; Tavares 2017), ami a pszichológiai stressz és a depresszió magas kockázatával jár. A munkahelytől és a kollégáktól való távollét elszigeteltté teheti a munkavállalót (Cahapay, 2020). A heti, ideális otthoni munkavégzéssel töltött idő, amely még nem befolyásolja negatívan a munkavégzést, heti 2,5 nap (Pataki-Bittó és Kun, 2021).

A kommunikációs és távközlési ágazatban működő vállalkozások nagyobb valószínűséggel támogatják alkalmazottaik egészségfejlesztését sportolási lehetőségekkel, a fittség és az egészségi állapot javításával vagy csapatépítő tevékenységekkel. A munkáltatók úgy vélik, hogy a munkahelyi egészségfejlesztésbe való befektetés hosszú távon megtérül, mivel a jól szervezett programok javítják a teljesítményt, növelik a morált és a munkavállalók lojalitását, ami segít hosszú távon megtartani a magasan képzett munkaerőt (Raišienė és mtsai, 2020).

Az otthoni munkavégzés fokozhatja a rugalmasságot, azonban számos kihívással jár, amelyek a COVID-19 világjárvány során jelentősen súlyosbodtak. E kihívások mértékét befolyásolja a nem, az életkor és a munkaköri besorolás. A fiatalabbak több kutatás eredményei alapján is bizonyíthatóan rosszabbul reagáltak a pandémia alatt bevezetett karanténra és otthoni munkavégzésre. A nők és a férfiak közötti különbségekkel kapcsolatosan egymásnak ellentmondó kutatási eredmények is születtek, azonban általánosságban a nők reagáltak rosszabbul a járvány okozta intézkedésekre a

nem szektorspecifikus kutatások alapján. Munkaköri besorolás tekintetében a magasabb beosztású, tehát nagyobb létbiztonságban, és általában biztosabb folyamatos munkaviszonnyal rendelkező egyének viselték jobban a kijárási tilalmat és az otthoni munkavégzést (Pieh Budimir és Probst, 2020). Ismert, hogy az alvászavarok, a munkával kapcsolatos stressz (Morahan-Martin és Schumacher, 2003) és a negatív szociális gyakorlatok bizonyítottan az otthoni munkavégzés következményei (González, Fuentes és Márquez, 2017). Sőt, minden bizonnyal hozzájárulhat a krónikus betegségek, például a cukorbetegség, a szív- és érrendszeri betegségek, az elhízás és a magas vérnyomás kialakulásához is (ENWHP, 2007). Mivel azonban a több hónapos otthoni munkavégzés példa nélküli munkavállalói életünkben, feltételezhetjük, hogy ez az új helyzet jelentős változásokat hozhat a munkahelyi életminőségben (Köllő és Reizer, 2021). Kevés kutatás áll rendelkezésre arról, hogy a távközlési szektorban dolgozók hogyan érzékelték egészségi állapotukat, életminőségüket a karantén ideje alatt és pszichológiai jóllétüket a magyarországi vállalatoknál. A társadalom távközlési szolgáltatások iránti igénye általában erősödött a járványhelyzet alatt, ezért az ágazat munkavállalói más ágazatokhoz képest eltérő pszichológiai, viselkedési és munkával kapcsolatos jellemzőket mutattak (Alshaabani és mtsai, 2021). Szükség van tehát annak további pontosítására, hogy a távközlési ágazat hogyan birkózott meg ezekkel a viselkedéssel, pszichológiai kérdésekkel és munkakörülményekkel kapcsolatos kihívásokkal.

IV. MÓDSZEREK

III.1 Mintaválasztás

A mintát Európa egyik legnagyobb telekommunikációs vállalatának nemzetközi nagykereskedelmi támogatást nyújtó egysége adta. A cég dolgozóit a nagy multinacionális vállalatoknál és a versenyszférában megszokott magas teljesítménykényszer és a profizmusra való törekvés jellemzi. A dolgozók magasan képzett, felsőfokú végzettséggel rendelkező, egészségtudatos munkavállalók, a hazai bruttó átlagkeresethez képest magasabb jövedelemmel rendelkeznek, ami adott esetben magasabb életminőséget is jelent.

A vizsgált multinacionális cég esetében a telekommunikációs szektorban számos jól működő, dolgozók igényeit figyelembe vevő, újonnan létrejövő, jó gyakorlattal találkozhatunk, melyet a disszertációban a későbbiekben, valamint az erről szóló nemzetközi cikkünkben részleteztünk (Tánczos és mtsai, 2022).

A dolgozók összlétszáma a vizsgálatok időpontjában, 2019-től 2022-ig 100 fő volt, akik közül az első kérdőív és mérés alkalmával 50 fő válaszolt minden kérdésre és vett részt minden egyes vizsgálaton. Életkorukat tekintve a legidősebb 57 éves, míg a legfiatalabb 20 éves volt az első vizsgálat ideje alatt ($M = 40,26 \pm 10,52$). A következő két mintavétel alkalmával fokozatosan csökkent a részt vevő alkalmazottak száma, ugyanakkor a közép- és felsővezetők száma mindvégig változatlan maradt. A második kérdőív és mérés alkalmával 46 fő válaszolt minden kérdésre és vett részt test-összetétel mérésen. A harmadik alkalommal 37 fő válaszolt a kérdőív minden kérdésére és vett részt minden egyes vizsgálaton. A minta homogenitása tehát a méréssorozat alatt részben átalakult. Ennek oka az, hogy a teljes helyszíni populációból nem mindig ugyanazok a személyek vettek részt az önkéntes alapú vizsgálatokon és az online kérdőívek kitöltésében, annak ellenére, hogy minden dolgozó e-mailben értesült ezek időpontjáról és helyszínéről. A folyamatosan módosuló populáció ellenére a testzsír és a vázizom értékek összehasonlításának esetében mindig ugyanazon személyek adatait használtuk fel. Ezt úgy tudtuk megvalósítani, hogy a vizsgált alanyokat a születési dátumuk alapján azonosítottuk.

A cég alkalmazottai kifejezetten irodai ülőmunkát végeznek egy többszintes, nagy alapterületű, természetes megvilágítású, kifejezetten nagy üvegablakokkal rendelkező budapesti irodaházban. A munkavállalók már a járványidőszak előtt is dolgozhattak

rugalmasabb időbeosztásban, valamint heti egy nap, bármikor felhasználható home office lehetőséget is kaptak. Ez utóbbi lehetőséggel azonban mindössze a munkavállalók 20%-a élt rendszeresen, 40%-a pedig csupán alkalmanként. A pandémia alatt a dolgozók közül mindenki (100%) folyamatosan otthonról végezte a munkáját.

A vizsgált vállalatnál jelen kutatás kezdete, azaz 2019 előtt egyáltalán nem léteztek munkahelyi egészségfejlesztő és rekreációs programok. Ennek megfelelően az intervenciók a kutatással egyidőben kezdődtek meg a helyszínen. Ez olyan intervenciókat foglalt magába, mint a koordinált egészségügyi szűrések, fittségi tesztek, mérések, kérdőívek, interjúk és fizikai aktivitást célzó programok sorozata, melyek a pandémia alatt is folytatódtak.

A résztvevők száma az intervenciók alatt programonként változó volt. A 100 fős állományból minimálisan 10 fő, maximálisan 50 fő vett részt az egyes programokon, az átlagos részvételi hajlandóság tehát 10 és 50% között alakult. Elmondható azonban, hogy összességében mintegy átlag 30%-os részvételi hajlandóság mutatkozott az intervenciók esetében, amely nemzetközi összehasonlításban is kimagasló értéknek számít. Egy a munkahelyi egészségfejlesztés hatásait vizsgáló kutatás esetében például 11,2%-os részvételi hajlandóságot mutattak a dolgozók (Rongen és mtsai, 2013), amihez képest a vizsgált cég dolgozóinak érdeklődése kimagasló volt. A kutatás elemszámának meghatározása azonban széles körben vitatott, akár 8-12 elemszámú mintából származó eredményekből is lehet következtetéseket levonni egyes kutatók szerint (Négyesi, 2023). A jelen kutatáshoz a G*Power statisztikai szoftveren elvégzett priori statisztikai erőszámítás, 0,05-ös szignifikanciaszint, 0,5 hatásnagyság érték (nagy), valamint 80%-os statisztikai próba erő beállítása mellett 21 fős optimális elemszámot jelölt meg.

III.2 Adatfelvétel

Az adatfelvétel kevert módszer alapján történt, melynek elemei online kérdőívek, fittségi és egészségügyi mérések, valamint félig strukturált interjúk voltak együttesen. Az adatfelvétel járulékos részét képezi a vizsgált vállalat saját alapvető egészségfejlesztési programja (foglalkozás-egészségügyi orvosi, törvényi kötelezettség), valamint az általunk összeállított intervenciók programja is.

A longitudinális kutatás egy komplex egészségügyi és fittségi állapotfelméréssel kezdődött még a pandémia időszaka előtt, 2019 októberében. A mérés helyszínül egy

nagy céges tárgyalóterem szolgált, ahol (egymástól másfél méterre elhelyezett) székeken ülve, valamint a fittségi teszt esetében állva történtek a vizsgálatok. A mérést követően a dolgozók egy online kérdőívet is kitöltöttek a mérőállomáson kihelyezett laptop segítségével, egybekötve a mért eredmények saját kezű berögzítésével. A mérési állomásokon egy külön erre a célra létrehozott, speciális mérési adatlapon (7.sz. melléklet: Mérések) haladtak végig. Az adatokat a vizsgálat végeztével megkapták a dolgozók. A mérési adatlapot a rendelkezésre álló eszközök által mérhető paraméterek alapján állítottuk össze. A méréshez használt eszközök: Polar M430 pulzusmérő (lásd 2. sz. melléklet), OMRON BF511 testösszetétel mérő készülék (lásd 3.sz. melléklet), mérőszalag, valamint egy darab zsámoly. Ezzel a módszerrel egyértelműen összekapcsolhatóvá váltak a fittségi és egészségügyi állapotfelmérés során mért eredmények a kérdőívet kitöltő személyével, az anonimitás teljes megőrzése mellett.

III.2.1 Eszközök és módszerek

A dolgozókkal három kérdőívet töltöttünk ki a kutatás során (6. táblázat). Az adatokat a vizsgált cég üzemi tanácsának engedélyével gyűjtöttük, a vizsgálat alanyaival tájékoztató és beleegyező nyilatkozatot töltöttünk ki, melyet a 9. sz. mellékletben közlünk (Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat).

6. TÁBLÁZAT: A VIZSGÁLATOK IDŐPONTJAI ÉS MÉRT PARAMÉTEREI

Vizsgálatok időpontjai	Nemek	Átlag-életkor	Pozíciók	Kérdőív	Interjú	Egészségügyi és fittségi mérések	Test-összetétel mérés
2019. október 9. – december 3. (n=50)	25 férfi / 25 nő	M = 44,30	42 fő alkalmazott, 8 fő közép- és felsővezető	X	X	X	X
2020. április 30. – május 25. (n=46)	27 férfi / 19 nő	M = 43,89	38 fő alkalmazott, 8 fő közép- és felsővezető	X	N/A	N/A	X
2021. november 12. – november 26. (n=37)	19 férfi / 18 nő	M = 44,3	29 fő alkalmazott, 8 fő közép- és felsővezető	X	X	X	X

A nyilatkozat kitöltésével egyidőben került sor a vizsgálatban résztvevők tájékoztatására a vizsgálat céljáról, azok eredményeinek közzétételéről. A kérdőíveket kitöltő vizsgálati alanyokat a születési idejük alapján azonosítottuk a különböző mérések során. A GDPR szabályoknak való megfeleltetés úgy valósult meg, hogy a mérésben résztvevő alanyokkal való kapcsolattartás a cég gazdasági és személyügyi igazgatóján keresztül történt; valamint az összegyűjtött mérési eredményeket saját számítógépen, jelszóval védett mappában tároltuk. Az adatfelvételt olyan kérdőívekkel végeztük, amely attitűdkérdésekkel való egyetértésekre irányult négyfokozatú Likert-skála segítségével. A válaszlehetőségek skáláján az 1-es az egyáltalán egyet nem értést, míg a 4-es a teljes mértékű egyetértést jelentette.

Az első kérdőív adatgyűjtési időszaka 2019. október 9-től 2019. december 3-ig tartott, a kérdőívet 50 fő (n = 50) töltötte ki. A kérdőívhez keretként a WHO validált életminőségi kérdőívét (WHOQOL-BREF) használtuk mintának, melynek kérdéseit a vizsgált cég profiljára alkalmaztuk. A kérdőív kérdéseit úgy alakítottuk ki, hogy a munkavállalók egészségi, fittségi és mentális állapotát mérje. A harmadik mérési időszak során ugyanezt a kérdőívet használtuk a visszamérésre, melynek mérési időszaka 2021. november 12. és november 26. között volt, és 37 fő (n = 37) töltötte ki.

A 30 kérdés (4.sz. melléklet: Kérdőív (1. és 3.)) az egészségtudatosságra általában (n = 8), a munkahelyi egészségfejlesztésre (n = 10) és az egészségmagatartásra (n = 12) tért ki. Általános egészségtudatosságot érintő kérdések például: 2. Motivált vagyok a sportolásra, 3. Odafigyelek az egészségi állapotomra. A munkahelyi egészségfejlesztésre vonatkozó kérdések például: 9. Munkahelyemen van lehetőségem az egészséges táplálkozásra, étkezésekre, 21. Munkahelyemen a munkáltatóm által biztosított sportlehetőségek állnak a dolgozók rendelkezésére. Az egészségmagatartásra vonatkozó feltett kérdések például: 16. Kerülöm a káros szenvedélyeket, 17. 2018-ban legalább egyszer egy hétig nyaraltam belföldön.

A dolgozókkal a pandémia, azaz a kötelező home office időszaka alatt egy otthoni munkavégzésre vonatkozó kérdőívet töltettünk ki 2020. április 30-tól 2020. május 25-ig. A második kérdőívet 46 fő (n = 46) töltötte ki. A kérdőívhez keretként szintén a WHO validált életminőségi kérdőívét használtuk mintának, mely azonban teljes átdolgozásra került a pandémiás időszakra és a vizsgált cégre vonatkozólag. A kérdőív kérdéseit úgy

alakítottuk ki, hogy a munkavállalók életminőségét mérje karanténhelyzetben, valamint azt, hogy a munkahely hogyan tudja támogatni a munkavállalóit a világvárvány idején. A 42 kérdés (5.sz. melléklet: Kérdőív (2.)) az egészségtudatosságra általában (n = 10), munkahelyi egészségfejlesztésre (n = 5), az otthoni irodára (n = 27) terjedt ki. Általános egészségtudatosságot érintő kérdések például: 3. Általában odafigyelek az egészségi állapotomra, 4. Általában fizikailag aktív és sportos életmódot folytatok. A munkahelyi egészségfejlesztésre vonatkozó kérdések például: 12. Véleményem szerint a munkahelyem vezetése nyitott egy belső egészségfejlesztő munkacsoport létrehozására és működtetésére, 13. Örömmel részt vennék egy megismételt, kibővített fittségi állapotfelmérésben. Az otthoni irodára vonatkozó feltett kérdések például: 20. A karantént hosszabb távon is elviselhetőnek gondolom, 32. A karanténban kevesebb sporttevékenységet végzek, mint korábban.

A dolgozókkal (n = 6) (8. táblázat) összesen két alkalommal készültek interjúk (2019. október 9. - 2019. december 3., illetve 2021. november 12-26.) (7. táblázat). A 15 kérdésből álló interjú (7.sz. melléklet: Interjú a dolgozókkal) bevezető, általános kérdésekre (n = 3), munkahelyi egészségfejlesztésre (n = 11) és az egészségmagatartásra (n = 1) terjedt ki. A második interjúsorozat esetében elsősorban a változásokra voltunk kíváncsiak és arra, hogyan készülnek a következő lezárásokra, valamint az újabb tartós otthoni munkavégzésre. Ennek megfelelően a kérdéssor egy új kérdést tartalmazott az otthoni irodára (n = 1) vonatkozóan. A kérdéssort úgy állítottuk össze, hogy az összhangban legyen a vizsgálat során alkalmazott kérdőívekkel.

7. TÁBLÁZAT: INTERJÚK IDŐPONTJAI (SAJÁT SZERKESZTÉS)

Az dolgozókkal folytatott interjúk
Dátum: 2019. október 9. – december 3. között.
Interjúalanyok száma: 6 fő
A dolgozókkal folytatott megismételt interjúk
Dátum: 2021. november 12. – november 26. között.
Az interjúalanyok száma: 4 fő (2 fő távozott a cégtől)
A szakmai vezetőkkel folytatott interjúk
Időpont: 2022. február 09. – február 11. között.
Az interjúalanyok száma: 3 fő

A kutatási interjúsorozat utolsó állomásai a szakmai vezetőkkel (n = 3) folytatott interjúk voltak (9. táblázat), melyek 2022. február 9-11-ig zajlottak (7. táblázat). A 9 kérdésből kérdéssor (8. sz. melléklet: Interjú a szakmai vezetőkkel) a munkahelyi egészségfejlesztés kialakulására (n = 2), a munkahelyi egészségfejlesztés bevezetésének tapasztalataira (n = 3), valamint a munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos jó gyakorlatokra (n = 4) terjedt ki.

A dolgozói interjúk résztvevőinek kiválasztása véletlenszerűen, önkéntes alapon és teljesen anonim módon történt. A záró szakmai interjúk alanyainak kiválasztásakor a fő szempont a munkahelyi egészségfejlesztő szakma országosan ismert, prominens szakmai felsővezetőinek megkeresése volt a hólabda módszert követve.

8. TÁBLÁZAT: A DOLGOZÓKKAL FOLYTATOTT INTERJÚK ALANYAINAK BEMUTATÁSA (N = 6) (SAJÁT SZERKESZTÉS)

	Alany 1	Alany 2	Alany 3	Alany 4	Alany 5	Alany 6
Nem	nő	férfi	férfi	férfi	férfi	férfi
Státusz	felsővezető	középvezető	középvezető	gyakornok	felsővezető	gyakornok
Életkor	56	54	40	24	44	23
Iskolai végzettség	egyetem	egyetem	egyetem	érettségi	egyetem	egyetem
Mióta dolgozik az adott pozícióban?	1994 augusztus óta	3 éve	8 hónapja	2,5 év	4 éve	3 hónap
Mióta foglalkozik az adott területtel?	2003 óta	18 éve	13 éve	2,5 év	19 éve	3 hónap
Hogyan került az adott pozícióba?	külső pályázat	külső pályázat	belső pályázat	hirdetésre jelentkezett az egyetem mellett	álláshirdetésre jelentkezett	a cég megkeresésére

9. TÁBLÁZAT: SZAKMAI VEZETŐKKEL FOLYTATOTT INTERJÚK ALANYAINAK BEMUTATÁSA (N = 3) (SAJÁT SZERKESZTÉS)

	Alany 1 H. E.	Alany 2 K. J.	Alany 3 C. M.
Nem	férfi	nő	férfi
Beosztás	Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület (EMEGY) elnök, cégvezető	Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület (EMEGY) főtitkár	TEAM Rekreáció Kft., cégvezető
Életkor	48	72	45
Iskolai végzettség	főiskola	főiskola	főiskola
Mióta foglalkozik az adott területtel?	20 éve	38 éve	19 éve
Interjú időpontja	2022.02.09.	2022.02.10.	2022.02.11.

III.2.2 Eljárások

A mérésekről a vállalat gazdasági és személyügyi igazgatója hetekkel korábban értesítette a dolgozókat a belső elektronikus levelező rendszeren keresztül. A mérések napjaira előzetesen lehetett regisztrálni, a résztvevőknek apró ajándékkal, sorsolással kedveskedtünk, így motiválva őket a minél nagyobb arányban történő megjelenésre. Az intervenciókra, azaz a programokra történő bejelentkezés minden esetben teljesen önkéntes alapon történt. Az aktuális eseményekről minden egyes dolgozó mindig pontosan értesült. Így valamennyien tudták, hogy éppen milyen munkahelyi egészségfejlesztő és rekreációs programok zajlanak a cégnél. Azonban semmilyen pressziót nem alkalmaztunk azzal kapcsolatban, hogy bármelyik programon kötelező jelleggel részt kellene venniük. A programokról a dolgozók e-mailben kaptak értesítést, mely az érdeklődést felkeltő módon, pontosan tartalmazta a mit-hol-mikor kérdésekre adható válaszokat. Ennélfogva a munkavállalók szabadon el tudták dönteni, hogy milyen programokra akarnak jelentkezni, idejük, aktuális kedvük vagy éppen az egyéni motivációjuk függvényében.

A mérések napján a mérést végző asszisztensek végig járták az irodaházat és személyesen is igyekeztek bátorítani a dolgozókat a méréseken történő részvételre, hogy a lehető legnagyobb legyen a vizsgált minta nagysága.

A dolgozók közül 6 személlyel strukturált, nyílt végű kérdéseket tartalmazó, anonim interjú készült három tagolódási szinten, a gyakornokok, közép- és a felsővezetők közül véletlenszerűen kiválasztott 2-2 fővel. Az interjúk személyesen történtek, azokat diktafon segítségével rögzítettük. Az interjúk kérdései az online kérdőív kérdéseivel összhangban, annak megerősítését és kiegészítését szolgálták.

A kérdőívek attitűdkérdéseire adott válaszok leíró statisztikai elemzését követően az eredményeket nem, életkor és munkakör szerinti bontásban is összehasonlítottuk. Az otthonról kitöltött online kérdőív után lehetőség volt egy kötelező, belső foglalkozás-egészségügyi szakorvosi vizsgálatra is bejelentkezni, ahol - a járványügyi rendelkezések (szájmaszk, fertőtlenítő, szellőztetés, távolságtartás stb.) maximális betartása mellett - megismétlésre került a mérések közül számunkra legfontosabbnak tartott testzsírszázalék és vázizom mérés is, ezúttal pandémiás helyzetben. A kutatás zárása 2021 novemberében a legelső mérések, kérdőívek és interjúk megismétlésével történt. Minden

vizsgált paraméter teljes mértékben megegyezett a 2019 októberében rögzítettekkel, így a körülmények is azonosak voltak. Az interjúk esetében ugyanakkor volt némi változás, mivel két alkalmazott időközben távozott a cégtől, így őket nem tudtuk ismét megkeresni.

A vizsgált cégtől független, 3 fő, munkahelyi egészségfejlesztésben jártas gyakorlati szakemberrel szintén strukturált, nyílt végű kérdéseket tartalmazó, anonim interjú készült. Az interjúk telefonon történtek, melyeket diktafon segítségével rögzítettünk.

Önkéntes alapú, véletlenszerű, anonim méréseket végeztünk a pandémia előtt (az első kérdőívvel egy időben), valamint a pandémia alatt, végül pedig a home office-ból történő visszatérés utolsó időszakában (a harmadik kérdőívvel egy időben).

A két mérés során az alábbi egészségügyi és fittségi vizsgálatokat végeztettük el a dolgozókkal, melyet a kutatási kérdőívben rögzítettünk a kérdőívek kitöltésekor. (Az adatrögzítési lehetőséget a kérdőívek végén helyeztünk el.)

A mérések típusainak bemutatása

MÉRÉS: Testösszetétel-vizsgálat: testzsír-százalék (%)

Leírás: a testzsír-százalék mérése az OMRON BF511 testösszetétel-elemző monitor segítségével történt, melynek műszaki adatai a 3.sz. mellékletben láthatók. A mért értékek kategorizálása a 10. táblázatban található. A műszer 8 érzékelőt használ a kezeken és lábakon is a teljes test felméréséhez. Bioelektromos impedancia (BI) módszerrel méri a testzsír-százalékot és azt a teljes testsúly arányában jelzi ki. A készülék méri a vázizomzat-százalékot is - azt az izomtömeget, amely a csontokhoz tapadva a test mozgását végzi. Kiterjedt adatokkal szolgál a test zsírtartalmáról, a zsigeri zsírtartalomról, a vázizomzat százalékáról, a BMI-indexről és a nyugalmi anyagcseréről. Az eszköz klinikailag hitelesített (validált) orvosi berendezésként került besorolásra.

10. TÁBLÁZAT: TESTZSÍR-SZÁZALÉK ÉRTÉKEK TÁBLÁZATA

Férfi	Kategóriák	Nő
1 – 4,9%	kórosan sovány	1 – 9,9%
5 – 9,9%	sovány (-)	10 – 13,9%
10 – 17,9%	optimális fittség	14 – 17,9%
18 – 19,9%	átlagos (0)	18 – 25,9%
20 – 25,9%	túlsúly (+)	26 – 35,9%
26% felett	elhízás (++)	36% felett

MÉRÉS: Testösszetétel-vizsgálat: viscerális zsír érték

Leírás: a zsigeri zsír (viscerális zsír) érték mérése az OMRON BF511 testösszetétel-elemző monitor segítségével történt. A mért értékek kategorizálása a 11. táblázatban található.

11. TÁBLÁZAT: ZSIGERI ZSÍRSZINT ÉRTÉKEK TÁBLÁZATA

Viscerális zsírszint	Besorolás
1–9	Normál (0)
10–14	Magas (+)
15–30	Nagyon magas

MÉRÉS: Testösszetétel-vizsgálat: vázizom érték (%)

Leírás: a vázizom-százalékértékek zsír érték mérése az OMRON BF511 testösszetétel-elemző monitor segítségével történt. A mért értékek kategorizálása a 12. táblázatban található az OMRON Healthcare adatai alapján.

12. TÁBLÁZAT: VÁZIZOM-SZÁZALÉKÉRTÉKEK TÁBLÁZATA

Nem	Életkor	Alacsony (-)	Normális (0)	Magas (+)	Nagyon magas
Nő	18–39	< 24,3%	24,3 – 30,3%	30,4 – 35,3%	> 35,4%
Nő	40–59	< 24,1%	24,1 – 30,1%	30,2 – 35,1%	> 35,2%
Nő	60–79	< 23,9%	23,9 – 29,9%	30,0 – 34,9%	> 35,0%
Férfi	18–39	< 33,3%	33,3 – 39,3%	39,4 – 44,0%	> 44,1%
Férfi	40–59	< 33,1%	33,1 – 39,1%	39,2 – 43,8%	> 43,9%
Férfi	60–79	< 32,9%	32,9 – 38,9%	39,0 – 43,6%	> 43,7%

MÉRÉS: Derék (cm) és MÉRÉS: Csípő (cm)

Leírás: a derék-csípő arány mérése mérőszalag segítségével történt. A mért értékek arányainak kategorizálása³ a 13. táblázatban található.

13. TÁBLÁZAT: A DERÉKTŐL A CSÍPÓIG TERJEDŐ KOCKÁZATI KORLÁT

Jelentés	Nők	Férfiak
Normális kockázat	< 0,8	< 0,9
Fokozott kockázat	0,8 - < 0,85	0,9 - < 1
Jelentősen megnövekedett kockázat	>= 0,85	>= 1

AEROB FITTSÉGI VIZSGÁLAT: Ruffier lépcsőzés teszt

A teszt leírása, az elvégzendő gyakorlat: három perces időtartam alatt egy meghatározott magasságú lépcsőre kilencvenszer kell fellépni úgy, hogy egy fel-le lépés 2 másodperc alatt történjen.

³ A derék legkisebb körméretét centiméterben osztjuk a csípő legszélesebb mért értékével centiméterben. A kapott két tizedesjegyig számolt érték a 13. táblázat alapján kategorizálható. Minél alacsonyabb az érték annál kevesebb a különböző krónikus megbetegedések kockázata.

- A lépcső magasságát úgy kell megválasztani, hogy a tesztalany lábszárának hosszához igazodjon.
- Fellépéskor az alsó és felső lábszár 90 fokos szöget kell bezárjon.
- A gyakorlás megkezdése előtt meg kell mérni az induló pulzust (P1), majd ezt megismételni közvetlenül a gyakorlás befejezésekor (P2), végül pedig utána egy perccel (P3).

A teljesítményindex kiszámításához a következő képletet alkalmazzák:

$$T = P1 + P2 + P3 - 200 \text{ (14. táblázat)}$$

A teszt elvégzése során a vizsgálat alanyai ugyanazon Polar M430 pulzuszámoló órákat viseltek, melynek műszaki specifikációit a 2.sz. melléklet tartalmazza. Az eszköz csuklón való pulzuszámoló funkcióját alkalmaztuk, a mellkasi pánt higiéniai problémáinak kiküszöbölése miatt. Az azonos eszköz használata minden alany esetében lehetővé teszi az értékek összehasonlíthatóságát.

14. TÁBLÁZAT: RUFFIER-FÉLE AEROB LÉPCSŐTESZT KIÉRTÉKELÉSE

0-tól + 2,9-ig	1: Kiemelkedő teljesítőképesség
+ 3-tól + 5,9-ig	2: Igen jó teljesítőképesség
+ 6-tól + 9,9-ig	3: Jó teljesítőképesség
+ 10-tól + 14-ig	4: Átlagos teljesítőképesség
+ 14 felett	5: Rossz teljesítőképesség

III.2.3 Adatelemzés

A három mérés bioelektromos impedancia elven működő OMRON BF511 testösszetétel elemző készülékkel történt, melyben hasonlóságokat és a különbségeket kerestük a mintavételek során. A mért változók leíró statisztikai vizsgálatát végeztük el, ismételt varianciaanalízissel, melyet post-hoc vizsgálatokkal egészítettünk ki. A kérdőívek minden esetben részei voltak a méréseknek. Az intervenciós programok hosszútávú hatását vizsgáltuk, a pandémia alatti időszak vonatkozásában. A p szignifikancia értéket 0,05 ezrelék szint alatt fogadtuk el.

III.3 Intervenciók

A cégnél az intervenciók megkezdése előtt kizárólag a kötelező foglalkozás-egészségügyi szakorvosi vizsgálatok kerültek végrehajtásra, valamint évente egyszer csapatépítő tréningen vettek részt a dolgozók. A cégnél saját étkeztetés nem volt biztosított, viszont elérhető közelségben, az épületen belül elérhető volt egy harmadik fél által üzemeltetett étkezde. A cég dolgozói számára SZÉP kártyára érkezett béren kívüli juttatás, ezen kívül más jóllét támogató szolgáltatást nem biztosított számukra a munkaadó, saját kondicionáló terem sem volt elérhető. Az intervenciók megkezdése előtt a dolgozók számára semmilyen egészségfejlesztéssel, prevencióval foglalkozó programot nem szerveztek korábban.

A munkahelyi intervenciók programok

Az intervenciók előzetes végrehajtási protokollja a munkahelyi egészségterv megléte. Az intervenciókat ennek megfelelően a munkahelyi egészségterv alapján hajtottuk végre, amely egy komplex programtervezet (Juhász, é.n.), célja a munkavállalók életminőségének és munkafeltételeinek fejlesztése, egészségük javítása.

A kutatás szempontjából lényeges feladat volt a dolgozók aktív, tevőleges bevonása a munkahelyi egészségfejlesztő és rekreációs programokba. Ennek érdekében előzetes dolgozói igényfelméréseket és egészségügyi/fittségi vizsgálatokat végeztünk, a munkahelyi egészségterv létrehozásához szükséges protokollnak megfelelően (Juhász, é.n.). Ezt követően a Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem rekreáció mesterszakos végzős hallgatói bevonásával „munkahelyi egészségfejlesztő csoportok” keretében különböző munkahelyi rekreációs programok kerültek megvalósításra, melyek nagy sikert arattak a cég dolgozóinak és vezetőinek körében. A csoportokban a hallgatók szakmai gyakorlatuk keretében segítették az intervenciók megvalósítását a vizsgált cégnél szakmai vezetés mellett.

Az intervenciók tartalma

A kutatás terepmunkájának helyszínt adó nagyvállalatnál különböző egészségi, fittségi felméréseken, elméleti előadásokon és gyakorlati, csoportos foglalkozásokon, azonnali visszacsatolásokon alapultak az intervenciók programok. Olyan speciális munkahelyi igények nyomán kerültek kialakításra a programok, melyeket a munkahelyi egészségfejlesztő csoportok egy előzetes felmérés során, személyes és online kérdőívek

keretében mérték fel. Ez a módszer elősegítette a korábbi, nemzetközi példákban is megvalósuló nagyobb dolgozói részvételi hajlandóságot (Hollederer és Wießner, 2012; Terry, 2018). A kérdőívet a csoport alakította ki előzetes szakmai konzultációt követően. A 13 kérdést tartalmazó kérdőívben kifejezetten azokra a kérdésekre kereste a csoport a választ, hogy a munkavállalók mikor, milyen formában és milyen sport és szabadidős tevékenységet végeznének szívesen. Ezzel tehát megtörtént az előzetes igényfelmérés. A 37 beérkezett válasz alapján a nordic walking, a túrázás, valamint az aerobic voltak a legnépszerűbb választott rekreációs tevékenységek.

A vizsgálati időszakban a helyszíni kutatási terepmunkák alkalmával összegyűjtött előzetes igényekre reflektálva az alábbiakban részletezett programok kerültek kialakításra.

III.3.1 Intervenciók a pandémia előtt (15. táblázat)

A „*Fitness check*/egészségügyi és fittségi vizsgálatok” szolgáltak arra, hogy (nyugalmi, valamint terheléses vizsgálatok és mérések keretében) megismerjük a munkavállalók fittségi és egészségügyi paramétereit. Ennek részletei a későbbi fejezetekben kerülnek ismertetésre. A kapott eredményeket kiértékelő és összehasonlító elemzéseket összesen három alkalommal végeztünk. Az „*Icebreaking/introduction to the program*” volt az első olyan rekreációs program-esemény, amelynek keretében jó hangulatban, csapatépítő és hangulatfokozó játékok segítségével ismerkedtek meg egymással a munkahelyi egészségfejlesztő csoport tagjai és a munkahely dolgozói. Ezen az eseményen arra is volt lehetőség, hogy ismertessük a tervezett programkínálatot és pontosítsunk rajta, ahol szükséges.

Az első közös, külső helyszínen végrehajtott program a „Nordic Walking edzés a Margit-szigeten” névre hallgatott, melyhez a felszerelést is biztosítottuk a dolgozóknak. A program során a résztvevők bejárták a szigetet, megismerve a helyes bothasználatot és interaktív feladatokat hajtottak végre.

Azoknak, akik nem szeretnek a szabadban sportolni, vagy nem volt erre idejük, a munkahelyen, a nagy tanácsteremben biztosítottunk fizikai aktivitást elősegítő programkínálatot. Ilyen volt a „*Sports, Happiness & Physical Activities*/helyszíni rövid sportprogramok” című előadás meghallgatása és néhány kisebb edzésprogram kipróbálásának lehetősége, mint például aerobic, vagy fitball. Mindez megoldást kínált

azok számára is, akik még nem tudták eldönteni, hogy milyen mozgásfajtaát válasszanak maguknak. Tulajdonképpen ez a program egyfajta „mézesmadzagként” működött, előkészítve a további eseményeket.

Ezt követték a következő hetekben az „Aerobic/csoportos zenés átmozgatás” eseményei, a munkaidő előtt, ebédszünetben, vagy munkaidő után megtartott, minimális koreográfiával működő, bárki számára könnyen elvégezhető, könnyű-közepes intenzitású zenés-táncos csoportos tornaprogramok.

A „*Meditation & Stress Management*/meditációs és stresszoldó technikák” foglalkozás keretében a dolgozók megismerkedhettek a legkorszerűbb relaxációs és stresszoldó módszerekkel, mint például helyes légzés kialakítása, irodai jógyakorlatok, meditációs gyakorlatok, melyeket a jövőben önállóan is tudnak majd alkalmazni otthonukban és a munkahelyükön egyaránt.

A „*Bosu ball, Fitball - Coordination & Development*/kiseszközös koordinációfejlesztő gyakorlatok” csoportos foglalkozás alkalmával arra törekedtünk, hogy bemutassuk a program címében is szereplő, irodában és otthon is használható, hordozható fitneszeszközöket, amelyek napi szintű alkalmazása hozzásegítheti a dolgozókat a mozgáskoordinációjuk és a közérzetük javításához. Mindez különösen azok számára volt hasznos, akik az egyoldalú, monoton irodai terhelés, vagy éppen egy adott sporttevékenység (pl. futás) miatt mozgásszervi panaszokkal küzdöttek.

A „*Yoga & Spine Yoga*/jóga és gerincjóga gyakorlatok, tartásjavító módszerek” foglalkozás szintén irodai dolgozókra adaptálva számos távolkeleti gyógymóddal ismertette meg a résztvevőket; valamint erősítő, nyújtó, mobilizáló és speciális légzőgyakorlatokkal, a testre és a lélekre ható terápiás elemeivel segítette a dolgozók ezirányú ismereteinek bővítését.

A dolgozók a „*Proper Nutrition*/a helyes táplálkozás alapjai” című előadás keretében számos ötletet és tippet kaptak a munkahelyi étkezés helyes módjával kapcsolatban, melyeket a következő programban rögtön át is ültettünk a gyakorlatba.

A pandémia előtti utolsó közös program a dolgozókkal az „*Evaluations, Compiling Food/Meals Together*/közös főzés és étkezés” programunk volt, mely otthonos, családi légkört teremtett a cég falai között. Egyrészt finom és egészséges

ételek és italok készültek; másrészt (csapatépítő jellege révén) a munkahelyi egészségfejlesztő csoport és a cég dolgozói számára rendkívül szórakoztató, vidám munkahelyi rekreációs programot eredményezett.

15. TÁBLÁZAT: A PANDÉMIA/HOME OFFICE ELŐTT VÉGREHAJTOTT INTERVENCIÓK ÖSSZEFOGLALÓJA (SAJÁT SZERKESZTÉS)

1. „ <i>Fitness check</i> ” – egészségügyi és fittségi vizsgálatok.
2. „ <i>Icebreaking – Introduction to the program</i> ” – programbemutató
3. „ <i>Nordic Walking</i> ” – edzés a Margit-szigeten
4. „ <i>Sports, Happiness & Physical Activities</i> ” – helyszíni rövid sportprogramok
5. „ <i>Aerobic</i> ” – csoportos zenés átmozgatás
6. „ <i>Meditation & Stress Management</i> ” – meditációs és stresszoldó technikák
7. „ <i>Bosu ball, Fitball –Coordination & Development</i> ” – kiseszközös koordinációfejlesztő gyakorlatok
8. „ <i>Yoga & Spine Yoga</i> ” – jóga és gerincjóga gyakorlatok, tartásjavító módszerek
9. „ <i>Proper Nutrition</i> ” – a helyes táplálkozás alapjai
10. „ <i>Evaluations, Compiling Food / Meals Together</i> ” – közös főzés és étkezés

III.3.2 Intervenciók a pandémia alatt (16. táblázat)

A lezárások, azaz a pandémia időszakában a helyszíni, kontakt órákat teljesen be kellett szüntetni, de szerencsére ekkor is volt lehetőség a folyamatos intervenciók megvalósítására. A legnagyobb igény ebben az időszakban az otthoni sütéssel-főzéssel kapcsolatos táplálkozási szokások kialakítására irányult. Tulajdonképpen ehhez az utolsó céges program adta meg az alaphangulatot és annak logikus következményeképpen vittük tovább az intervenciós programsorozatot a dolgozók otthonába.

Így a pandémia első nagy intervenciós programja a „*Dietetics Presentation*/online élő interaktív videokonferencia egy szakdietetikussal, otthoni táplálkozás témakörben” volt. Az egész órás előadás egy szakképzett dietetikus vezetésével, interaktív módon a „Webex” online felületen zajlott és a visszajelzések szerint sikeresen járult hozzá a dolgozók „home office étrendjének” helyes kialakításához, valamint a tévHITEK, káros divatdiétákba vetett hiedelmek eloszlatásához. Az online előadásnak tehát hasonlóan óriási sikere volt, mint az élőnek, egyrészt azért, mert a résztvevők számtalan hasznos, gyakorlatias ismeretet szereztek; másrészt, ami a céget illeti, a munkavállalóknak jólesett,

hogy munkáltatójuk nemcsak a napi operatív munkaügyekről érdeklődik, hanem még távolról is igyekszik praktikus szaktanácsokkal ellátni az otthonukban, egymástól elszeparáltan dolgozó munkavállalóit és ügyelni egészségükre. Mindez összességében jelentős népszerűséget pozitívan befolyásoló tényezőként jelent meg a dolgozók részéről a cég irányába.

A pandémia alatt lehetőség nyílt egy újabb mérésre, amikor a munkavállalóknak egy kötelező foglalkozás-egészségügyi szakorvosi vizsgálaton kellett részt venniük. Ekkor OMRON BF 511 testzsír-százalék mérést végeztünk annak érdekében, hogy lássuk, a lezárások hatására milyen változások történtek a dolgozók testösszetételének arányaiban. Ez roppant fontos mérföldkő volt még akkor is, ha nem tudtuk a teljes fittségi és egészségügyi állapotfelmérési protokollt végrehajtani.

Az itt mért testösszetétel-értékek, valamint a home office időszakában kitöltetett kérdőívek eredményei együttesen informatív köztes vizsgálati anyagot biztosítottak; a dolgozók pedig nagyon elégedettek voltak az azonnali mérési eredményekkel és azok gyors helyszíni kiértékelésével. Ezt követően online meeting formájában „*Brainstorming/Szakmai egyeztetés*” történt a cég felsővezetőivel és a vállalat üzemi tanácsával a home office-ban dolgozók egészségfejlesztési lehetőségeiről. Ezt a programot elsősorban nem a munkavállalókat, hanem a munkáltatót érintő intervenció programként tartottuk számon.

A vezetői egyeztetések hatására és a több táplálkozással kapcsolatos intervenció program után két testmozgással, otthoni edzésről szóló segítséggel igyekeztünk a dolgozók munkáját eredményesebbé, közérzetét jobbá tenni. Az „*Office sport devices promotion/online élő interaktív irodai és otthoni sporteszközök bemutató*” keretében innovatív új otthoni sporteszközöket mutattunk be interaktív online előadás formájában. A bemutatott eszközök közül néhányat a cég sorsolás útján ajándékba adott egyes dolgozóknak, más részüket pedig kedvezményes áron megvételre kínáltunk a számukra.

A legvégén pedig a „*Office quick fixes exercises/online élő interaktív irodai és otthoni átmozgató, nyújtó gyakorlatok, a helyes testtartás kialakítását biztosító eszközök bemutatója*” elnevezésű programunk következett, mely eszközzel és eszköz nélkül is végezhető, irodai dolgozókra szabott speciális gimnasztikai gyakorlatokat mutatott be; valamint az irodaszékben üléshez javasolt helyes testtartást tanította meg a dolgozóknak.

16. TÁBLÁZAT: A PANDÉMIA/HOME OFFICE ALATT VÉGREHAJTOTT INTERVENCIÓK ÖSSZEFOGLALÓJA (SAJÁT SZERKESZTÉS)

1. „ <i>Body composition analysis</i> ” – testzsír-százalék mérés a kötelező foglalkozás-egészségügyi szakorvosi kontakt vizsgálatokkal összekötve
2. „ <i>Brainstorming</i> ” – szakmai egyeztetés a cég vezetőivel a home office-ban dolgozók egészségfejlesztési lehetőségeiről, online meetingek formájában
3. „ <i>Dietetics Presentation</i> ” – online élő interaktív videokonferencia otthoni táplálkozás témakörben, szakdietetikus vezetésével
4. „ <i>Office sport devices promotion</i> ” – online élő interaktív irodai és otthoni sporteszközök bemutató
5. „ <i>Office quick fix exercises</i> ” – online élő interaktív irodai és otthoni átmozgató, nyújtó gyakorlatok; a helyes testtartás kialakítását biztosító eszközök bemutatója

III.3.3 Az intervenciók gyakorisága

Az intervenciók gyakoriságát, tehát a programok és az előadások összetételét és számát igyekeztünk olyan ismeretátadó jelleggel kialakítani, hogy lehetőség szerint minél kevesebb tényleges kontakt alkalmat vegyenek igénybe és ne okozzanak fennakadást a munkavégzésben a vállalatnál. Ugyanakkor olyan konkrét, kézzelfogható, gyakorlatorientált, instant módon felhasználható és lehetőség szerint személyre szabott ismeretanyagok kerültek átadásra, amelyek már 1-2 alkalom után a dolgozók napi rutinjába beilleszthetővé váltak és hatásuk hamar megmutatkozott. Az intervenciók időszak három hónapot vett igénybe kontakt formában, és a pandémia miatti lezárások időszakában szintén három hónap volt, amikor online módon kaptak ismeretanyagot és segítséget a dolgozók a mindennapi munkavégzés egészségesebbé formálása, életmódjuk és fittségük javítása szempontjából. Utóbbi esetben, tehát az első hosszabb otthon tartózkodás alatt, a home office időszakában különösen jól jött az új helyzetre adaptált segítség a dolgozók számára.

A felsorolt programok jellemzően egy, vagy legfeljebb két alkalommal kerültek megvalósításra. Szempont volt a munkavállalói igények kielégítése és a minél szélesebb paletta bemutatása is. Célunk az volt, hogy konkretizáljuk, milyen programok és milyen minimális gyakorisággal szükségesek a kívánt hatás elérése érdekében. Emellett a munkáltatói igényeket is fokozottan figyelembe kellett vennünk, hiszen nem szabadott

hátráltatni a munkafolyamatokat és a szükséges tárgyi eszközök, termék biztosítását is előre egyeztetni kellett. Szintén fontos tényező volt a rendszeresség kialakítása, ami azt jelenti, hogy a kezdetektől fogva olyan komplex rendszerben kívántunk gondolkodni, amelynek köszönhetően az évente, ciklikusan ismétlődő intervenciók hosszabb távon egy komplett és koordinált munkahelyi egészségfejlesztési programmá alakulhatnak.

V. EREDMÉNYEK

A fejezet a vizsgált cégnél végzett három mintavétel eredményeit mutatja be. Először a legkorábbi, 2019-ben kitöltött kérdőívre adott válaszok elemzésére került sor, melyet az első alfejezetben a harmadik kérdőív eredményeivel is összevetettünk. Ezt a két kérdőív azonossága tette lehetővé. A harmadik kérdőív ennek megfelelően visszamérésként is értékelhető, hiszen azt 2021-ben töltötték ki a munkavállalók, a kétéves kutatás végén, az intervenciós programokat és méréseket követően.

A második alfejezet a megváltozott körülmények között, a pandémia időszakában kitöltött második kérdőív eredményeit mutatja be. Ez kifejezetten az otthoni munkavégzésre, a karanténkörnyezetre fókuszált, ebben a miliőben vizsgálta a munkavállalók egészségi, fittségi és mentális állapotát. Így a kutatás kiegészült a pandémiás helyzet egyéni szintre való hatásával is.

Az ezt követő alfejezetben az elvégzett mérések eredményeinek bemutatására kerül sor. Összehasonlításra kerültek az első és harmadik szélesebb körű mintavétel eredményei. A második mérés során szintén elvégzett testzsír és vázizom értékekkel kiegészített mérési eredmények szintén értékelésre kerültek. A három mérési eredményből összeálló összehasonlítás értékes visszajelzést ad a pandémia alatt zajló folyamatokról az egyén fittségi állapotáról. A harmadik mérés eredményei szintén értékelhetők visszamérésként is, mivel átfogó képet adnak arról, hogy a kétéves kutatás alatt elvégzett jelenléti és online intervenciók hogyan hatottak a munkavállalók fittségi állapotára.

A fejezet utolsó két alfejezete a dolgozói, valamint a szakmai vezetőkkel készített interjúk értékelése. A dolgozókkal készített interjúk az első hipotézis feltevésére reflektálnak, ezzel kapcsolatban biztosítanak többlet információt az elvégzett kutatáshoz. A szakmai vezetőkkel készített interjúk fő hozzáadott értéke a kutatáshoz a szakirodalmi áttekintés, valamint a munkahelyi egészségfejlesztés hazai jó gyakorlatok anyagának gyakorlati szempontból való értékelése.

IV.1 A pandémia előtt és után kitöltött kérdőívek elemzése

A vizsgált hipotézisekben három tényező alakulását kísértük figyelemmel. A nem, életkor és munkakör szerinti megoszlás képezte a hipotézisek megalkotásának alapját. Ezért fontos volt megállapítani a vizsgált cég munkavállalóira vonatkozó adatokat e

három paraméter tekintetében. A három vizsgálati időszak kérdőívei és mérései alapján az életkori megoszlást illetően a következő eredményeket kaptuk. A teljes minta tekintetében a legalacsonyabb életkor a 22 betöltött életév volt, míg a legmagasabb betöltött életkor a 65. Ez a három mérés tekintetében a következőképpen alakult. Az első és a harmadik vizsgálat során az átlagéletkor a 44 betöltött életév volt, míg a második vizsgálat alkalmával a 43 betöltött életév. A vizsgálatok során az első alkalommal a vizsgált 50 munkavállaló fele, azaz 25 fő volt férfi, és ugyanennyi nő. A pandémia alatt végzett vizsgálat során, a 46 alanyból 27 fő volt férfi és 19 fő volt nő. A pandémia utáni 37 főn elvégzett vizsgálat során 19 fő volt férfi és 18 fő volt nő (10.sz. melléklet: A vizsgálatok eredményeinek összesítő táblázatai, 32. táblázat). Ez alapján megállapítható, hogy míg a jelenléti vizsgálatok során egyenlő vagy közel egyenlő volt a nemek szerinti megoszlás, addig a pandémia alatt kiküldött kérdőívet jóval nagyobb arányban töltötték ki férfiak.

A vizsgált teljes minta tekintetében mindhárom vizsgálat során 8 fő felső- illetve középvezető töltötte ki a kérdőívet. Az alkalmazott és gyakornok pozíciójú munkavállalók kitöltési hajlandósága az idő elteltével folyamatosan csökkent, az első vizsgálat esetében 42 fő, a második vizsgálat esetében 38 fő, míg a harmadik vizsgálat során mindössze 29 fő töltötte ki kérdőívet ebből a csoportból (10.sz. melléklet: A vizsgálatok eredményeinek összesítő táblázatai, 33. táblázat). Az alacsonyabb munkakörben dolgozó alkalmazottak kitöltési hajlandósága tehát csökkenő tendenciát mutatott.

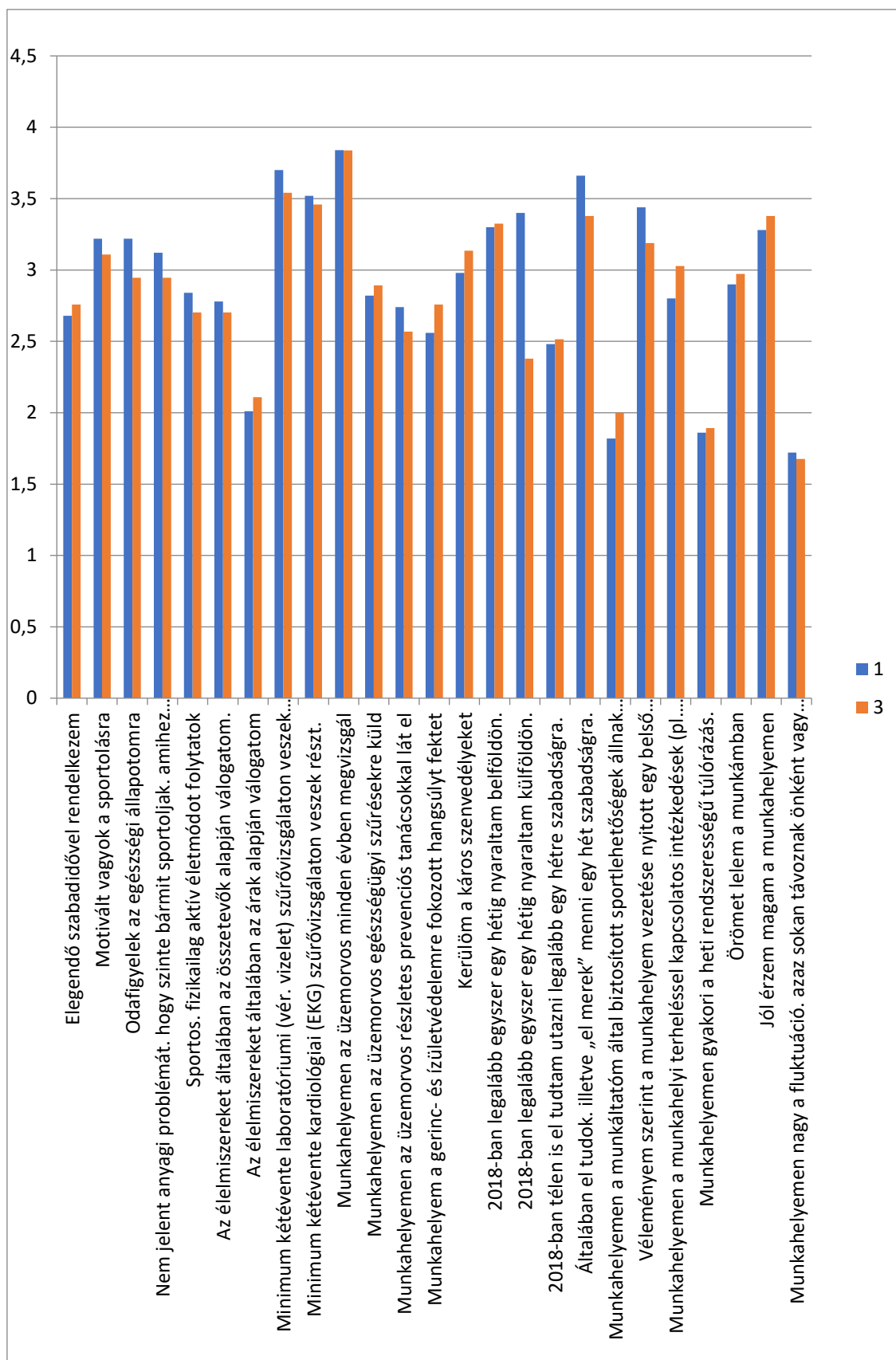
A három fenti külső tényező vizsgálata után a kérdőívekre adott válaszok alakulását ismertetem. Először az első és harmadik vizsgálat során alkalmazott, azonos kérdéseket tartalmazó kérdőívekre adott válaszok összesített (férfi és nő válaszadók) eredményeit, valamint azok egymáshoz való viszonyát mutatom be.

A 4. ábrán is látható összesítés alapján a következő következtetések vonhatók le a két kérdőívre adott válaszokból. A megkérdezettek körében romló tendencia mutatkozott a sportolásra vonatkozó motiváltságban, az egészségi állapotra való odafigyeléssel kapcsolatban, a sportág kiválasztásának anyagi aspektusában, a fizikailag aktív életmóddal kapcsolatban, az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvételben, a foglalkozás-egészségügyi szakorvosi prevencióval kapcsolatban, nem meglepő módon a

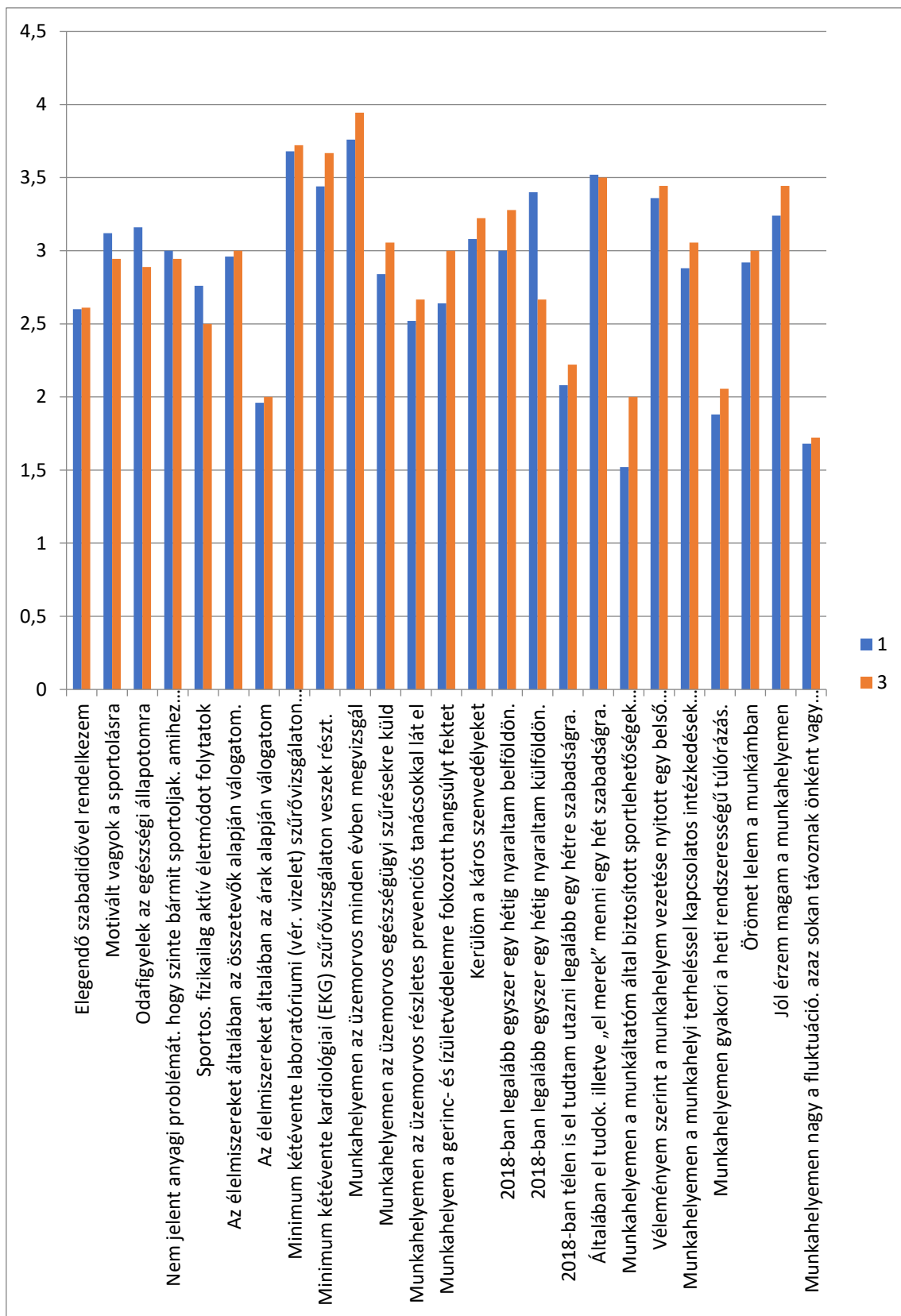
külföldön töltött nyaralás időtartamában, a szabadsággal kapcsolatban, a munkahelyi belső egészségfejlesztő csoport létrehozásában, valamint minimális negatív irányú eltérés mutatkozott a munkahelyi fluktuáció vonatkozásában. Pozitív irányú eltérés a következő kérdésekre adott válaszok alapján figyelhető meg. A szabadidő vonatkozásában, a foglalkozás-egészségügyi szakorvosi szűrések gyakoriságával kapcsolatban, a gerincvédelemmel összefüggésben, valamint a káros szenvedélyeket is inkább kerültek a válaszadók a harmadik vizsgálat tanulsága alapján. Ezen kívül pozitív irányú eltérés mutatkozott a munkahelyi sportlehetőségekkel kapcsolatban és a munkahelyi terhelés szempontjából. A válaszadók ezen kívül inkább egyet értettek azokkal az állításokkal a harmadik kérdőív kitöltésekor, hogy örömet lelik a munkájukban, illetve jól érzik magukat a munkahelyükön. A fent felsoroltak mellett egy összefüggéspár további kiemelése indokolt, mégpedig az élelmiszerek választása esetén bekövetkezett változások. Míg a pandémia előtt többen az összetétel alapján válogatták össze mit esznek, addig a pandémiát követően növekedett az ár alapján való döntés aránya.

A kérdőívekre adott válaszok nemek alapján való elemzése során kijelenthető, hogy a női válaszadók esetében kettő nagyobb eltéréstől eltekintve kisebb mértékű változás volt észlelhető a vélemények alakulásában az egyes lekérdezések között. Említésre méltó, hogy nőtt azok aránya, akik szerint a munkáltató által biztosított sportlehetőségek állnak a dolgozók rendelkezésére, illetve csökkent azok száma, akik legalább egyszer egy hétig nyaraltak külföldön (5. ábra).

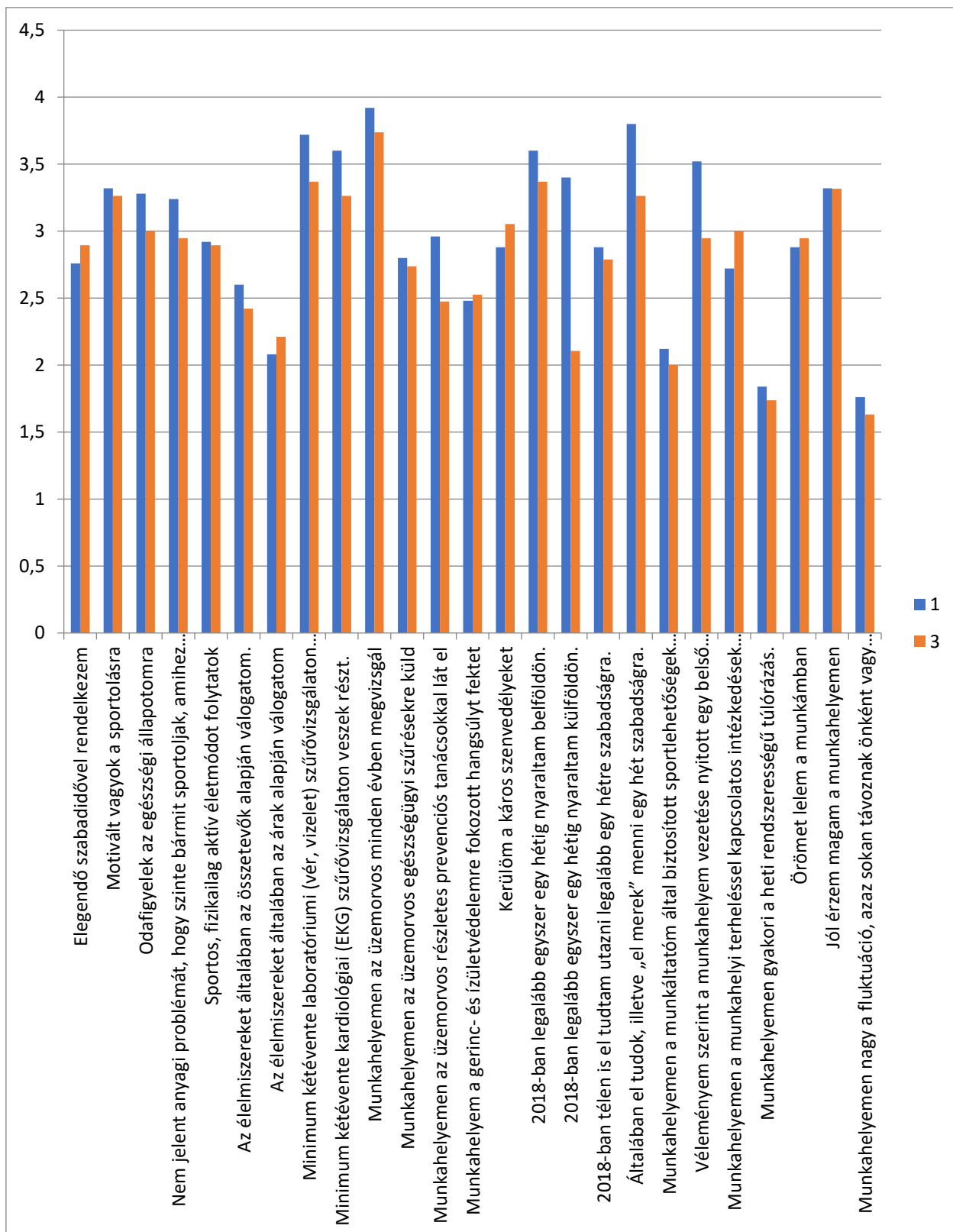
A férfiak által adott válaszok esetében az első és harmadik mérés között a legnagyobb csökkenést azokkal az állításokkal való egyetértés mértéke mutatta, miszerint el tudnak-e menni szabadságra, illetve a vezetés nyitott-e egy belső egészségfejlesztő munkacsoport létrehozására. Az egyetértés a legnagyobb mértékben azzal az állítással kapcsolatban nőtt, miszerint a munkahelyi terhelésre vonatkozó intézkedések segítik a dolgozók optimális terhelését (6. ábra).



4. ÁBRA: NŐI ÉS FÉRFI VÁLASZADÓK ÖSSZESÍTETT VÁLASZAINAK ÁTLAGA AZ 1. ÉS 3. MÉRÉS SORÁN



5. ÁBRA: NŐI VÁLASZADÓK VÁLASZAINAK ÁTLAGA AZ 1. ÉS 3. MÉRÉS SORÁN



6. ÁBRA: FÉRFI VÁLASZADÓK VÁLASZAINAK ÁTLAGA AZ 1. ÉS 3. MÉRÉS SORÁN

Az első és harmadik kérdőívekre adott válaszok alapján a férfiak és a nők esetében a következő állításokra adott válaszokban mutatkozott eltérés. A nők esetében jobban csökkent a sporttal kapcsolatos motiváció, mely válasz visszatükröződött a fizikailag aktív életmód esetében is, ahol a nők szintén kisebb mértékben értettek egyet az állítással. Ezzel szemben a férfiak esetében egyik állítással kapcsolatban sem volt megfigyelhető számottevő csökkenés a pandémia előtti és utáni állapot tekintetében. A két nem képviselői által a harmadik kérdőívben a munkahely által biztosított sportolási lehetőség habár azonos értéket mutatott, ezt az első vizsgálat után a nők által adott válaszokban megfigyelhető jelenős növekedéssel lehet magyarázni, míg a férfiaknál minimális csökkenés volt megfigyelhető. A belső munkahelyi egészségfejlesztő munkacsoport létrehozásával kapcsolatban a megítélés azonos szintről indult, de a pandémia utánra a férfiak megítélése csökkent. Az utolsó jelentősebb eltérés a szabadságra való távozással kapcsolatos, hiszen míg a nőknél változatlan az érték, addig a férfiaknál egy alapvetően pozitívabb megítélést követően a harmadik vizsgálat során már a nőknél is negatívabb megítélés jelent meg az állítás vonatkozásában.

IV.2 A pandémia alatt kitöltött kérdőív elemzése

A második kérdőívet a pandémia alatt, 2020. április 30-tól május 25-ig terjedő időszakban töltöttük ki a munkavállalókkal. A kérdések célirányosan a karantén alatt tapasztalt jellemzőkre, a táplálkozásra és élvezeti szerek használatára, a karantén és munkavégzés összefüggéseire, annak érzelmi és mentális hatásaira, a fittség és egészségre tértek ki. A kérdőívre adott válaszok elemzésekor az első és harmadik kérdőív esetében már alkalmazott vizsgálati tényezőket (nem, életkor, munkakör) vettük figyelembe. Ez tette lehetővé, hogy a második kérdőív eredményei felhasználhatók legyenek a második, harmadik és negyedik hipotézis bizonyításához vagy elvetéséhez.

A 42 kérdésből álló kérdőív táplálkozással és az élvezeti szerekkel kapcsolatos kérdései közül a válaszadók a legmagasabb arányban azt jelölték meg, hogy „A home office-ban egészségesebben étkezem, mint korábban” ($M = 2,80 \pm 0,91$). Emellett elmondható, hogy a kávé- és alkoholfogyasztás, illetve a dohányzás gyakorisága a karantén alatt nem nőtt számottevően (17. táblázat). Minden kérdésnél megállapítható, hogy a szórásértékek jelentősek voltak.

17. TÁBLÁZAT: TÁPLÁLKOZÁS ÉS AZ ÉLVEZETI SZEREK FOGYASZTÁSA A KARANTÉNBAN (N = 46)

Kérdés	Rangsor	Min.	Max.	Átlag	Szórás
A home office-ban egészségesebben étkezem, mint korábban.	1	1	4	2,80	0,91
A karanténban többet fogyasztok kávét és/vagy élnkítőket, mint korábban.	2	1	4	1,66	0,825
A karanténban többet fogyasztok alkoholt, mint korábban.	3	1	3	1,54	0,64
A karanténban többet dohányzom, mint korábban.	4	1	2	1,17	0,38

A 18. táblázatban összegzett, karatén alatti munkavégzés alatt adott válaszokban magas értéket mutat „A home office jellegű munkavégzés megfelelő a számomra” ($M = 3,13 \pm 0,65$) és „A karantént könnyen viselem, semmilyen komolyabb gondot nem jelent a számomra” ($M = 3,04 \pm 0,76$). A munkavállalók kevésbé gondolták, hogy a munkahelyen hatékonyabban dolgoznak, mint a home office-ban ($M = 2,00 \pm 0,87$), illetve ugyanígy nem gondolták, hogy több az elvárás, mint korábban ($M = 1,98 \pm 0,80$). Ezen válaszok visszatükrözték azt a megállapítást, miszerint a „régí távmunkásokat” kevésbé viseli meg a karantén alatti kényyszerű otthoni munkavégzés (Juhász és Szabó 2021).

18. TÁBLÁZAT: MUNKAVÉGZÉS A KARANTÉNBAN (N = 46)

Kérdés	Rangsor	Min.	Max.	Átlag	Szórás
A home office jellegű munkavégzés megfelelő a számomra.	1	2	4	3,13	0,65
A karantént könnyen viselem, semmilyen komolyabb gondot nem jelent a számomra.	2	1	4	3,04	0,76
A karantént hosszabb távon is elviselhetőnek gondolom.	3	1	4	2,67	1,03

Kérdés	Rangsor	Min.	Max.	Átlag	Szórás
A karanténban gyakoribb a heti rendszerességű túlórázás, hosszabb a munkaidő.	4	1	4	2,50	0,89
Úgy gondolom, hogy bent a munkahelyemen hatékonyabban dolgozom, mint home office-ban.	5	1	4	2,00	0,87
A karanténban nagyobb/több az elvárás, mint korábban.	6	1	4	1,98	0,80

Az érzelmi hatások közül a 19. táblázatban került kiemelésre, hogy a munkavállalóknak hiányzik a régi életük ($M = 2,41 \pm 0,91$). Emellett elmondható, hogy nem volt jellemző az unalom, nem romlott a mentális állapot, nem vitatkoztak vagy veszekedtek többet párjukkal, nem voltak depressziósabbak és ingerültebbek, mint korábban.

19. TÁBLÁZAT: ÉRZELMI ÉS MENTÁLIS HATÁSOK A KARANTÉNBAN (N = 46)

Kérdés	Rangsor	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Hiányzik a régi életem.	1	1	4	2,41	0,91
A karanténban tunyábbnak, lustábbnak érzem magam.	2	1	4	1,72	0,81
A karanténban ingerültebb és stresszesebb vagyok, mint korábban.	3	1	4	1,65	0,82
A karanténban letörtebb, depressziósabb vagyok, mint korábban.	4	1	3	1,61	0,71
A karanténban a párommal könnyebben és gyakrabban vitatkozunk, esetleg veszekszünk egymással.	5	1	3	1,57	0,65
A karanténban szerintem romlik a mentális állapotom.	6	1	3	1,48	0,66
A karanténban gyakran kerít hatalmába az unalom, nehezen kötöm le magam.	7	1	3	1,48	0,69

A fittséggel és az egészséggel kapcsolatos kérdésekre adott válaszokat a 20 táblázat tekinti át. A válaszadókra jellemző volt, hogy „A karanténban is tudok rendszert tartani az életemben” ($M = 3,07 \pm 0,74$) kérdésre pozitív választ adtak. Elmondható, hogy válaszadók nem szenvedtek ízületi fájdalomtól, nem gondolták, hogy hízni fognak, nem végeztek kevesebb sporttevékenységet, mint korábban és nem romlott a fittségi állapotuk.

20. TÁBLÁZAT: FITTSÉG ÉS EGÉSZSÉG A KARANTÉN ALATT (N = 46)

Kérdés	Rangsor	Min.	Max.	Átlag	Szórás
A karanténban is tudok rendszert tartani az életemben.	1	1	4	3,07	0,74
A karanténban több időt töltök alvással.	2	1	4	2,20	1,07
A karanténban minden bizonnyal csökken majd a fittségi állapotom.	3	1	4	1,93	0,98
A karanténban kevesebb sporttevékenységet végzek, mint korábban.	4	1	4	1,91	0,91
A karanténban minden bizonnyal növekszik a testsúlyom, feltehetően hízni fogok.	5	1	4	1,67	0,84
A karanténban többet fájnak az ízületeim.	6	1	4	1,59	0,75

A munkavállalók mindennapos egészségmagatartására jellemző volt (21. táblázat), hogy kerültek a káros szenvedélyeket ($M = 3,35 \pm 0,95$), általában jól érezték magukat ($M = 3,30 \pm 0,70$), odafigyeltek az egészségi állapotukra ($M = 3,15 \pm 0,67$) és motiváltak voltak a sportolásra ($M = 3,11 \pm 0,88$). Ezek az eredmények azt tükrözik vissza, hogy az alapvetően sportosabb, egészségtudatosabb munkavállalók a pandémia alatt sem változtattak a szokásaikon (Tánczos és Bognár, 2020). Szintén kiemelésre érdemes, hogy általában örömet lelték a munkájukban ($M = 3,02 \pm 0,58$) és az élelmiszereket nem az ár alapján vásárolták.

21. TÁBLÁZAT: EGÉSZSÉGMAGATARTÁS A MINDENNAPOKBAN (N=46)

Kérdés	Rangsor	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Általában kerülöm a káros szenvedélyeket.	1	1	4	3,35	0,95
Általában jól érzem magam.	2	1	4	3,30	0,70
Általában odafigyelek az egészségi állapotomra.	3	1	4	3,15	0,67
Általában motivált vagyok a sportolásra.	4	1	4	3,11	0,88
Általában örömet lelem a munkámban.	5	1	4	3,02	0,58
Általában fizikailag aktív és sportos életmódot folytatok.	6	1	4	2,93	0,83
Az élelmiszereket általában az összetevők alapján válogatom.	7	1	4	2,89	0,88
Általában elegendő szabadidővel rendelkezem.	8	1	4	2,61	0,88
Otthonomban a sportolási lehetőségek rendelkezésemre állnak.	9	1	4	2,39	1,20
Az élelmiszereket általában az árak alapján válogatom.	10	1	3	2,09	0,69

A 22. táblázatban bemutatott munkahely hozzáállásával kapcsolatos állítással kapcsolatban válaszadók azt gondolták, hogy a munkahelyük nyitott a munkahelyi egészségfejlesztésre ($M = 3,26 \pm 0,61$). Ez azért nagyon fontos, mert a vizsgált szakirodalom tanulsága alapján a sikeres munkahelyi egészségfejlesztést célzó programok megvalósításának alapfeltétele, mind magyar, mind nemzetközi viszonylatban a cégvezetés meggyőzése az ilyen jellegű programok fontosságáról (Bognár és Huszár, 2009; Horváth és Bognár, 2019).

22. TÁBLÁZAT: A MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS (N = 46)

Kérdés	Rangsor	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Véleményem szerint a munkahelyem vezetése nyitott egy belső egészségfejlesztő munkacsoport létrehozására és működtetésére.	1	1	4	3,26	0,61
Munkahelyemen a munkahelyi terheléssel kapcsolatos intézkedések segítik a dolgozók optimális terhelését.	2	1	4	2,65	0,77
Örömmel részt vennék egy megismételt, kibővített fittségi állapotfelmérésben.	3	1	4	2,54	0,91

Háttértényezők alkotta különbségek:

A 23. táblázat tanulsága szerint az eredmények azt mutatták, hogy a nők az élelmiszereket általában az összetevők alapján válogatták ($t = -1,88$; $p = 0,01$). Ezzel szemben a férfiak a karanténban többet dohányoztak ($t = 2,56$; $p < 0,00$), ingerültebbek és stresszesebbek voltak ($t = 1,37$; $p = 0,01$), valamint többet unatkoztak ($t = 2,44$; $p = 0,01$), mint a nők. Ez az eredmény összhangban van más hazai és nemzetközi kutatások eredményeivel, miszerint a nők jobban tudnak alkalmazkodni az otthoni munkavégzés körülményeihez (Pieh, Budimir és Probst, 2020; Raišienė és mtsai, 2020; Alshaabani és mtsai, 2021; Grozdics, 2022).

23. TÁBLÁZAT: NEMEK SZERINTI KÜLÖNBSÉGEK

Kérdés	Férfi átlag ± szórás	Női átlag ± szórás	t-érték	p-érték
Az élelmiszereket általában az összetevők alapján válogatom.	2,7 ± 0,95	3,16 ± 0,69	-1,88	0,01
A karanténban többet dohányzom, mint korábban.	1,28 ± 0,46	1 ± 0	2,56	0,00
A karanténban ingerültebb és stresszesebb vagyok, mint korábban.	1,78 ± 0,97	1,47 ± 0,51	1,37	0,01
A karanténban gyakran kerít hatalmába az unalom, nehezen kötöm le magam.	1,67 ± 0,73	1,21 ± 0,54	2,44	0,01

24. TÁBLÁZAT: KOR SZERINTI KÜLÖNBSÉGEK

Kérdés	Középkorú átlag ± szórás	Fiatal átlag ± szórás	t- érték	p-érték
Otthonomban, home office-ban egészségesebben étkezem, mint korábban.	2,72 ± 0,57	2,9 ± 0,88	0,72	0,03
A karanténban többet dohányzom, mint korábban.	1,13 ± 0,50	1,33 ± 0,35	1,05	0,04
A karanténban letörtebb, depressziósabb vagyok, mint korábban.	1,55 ± 0,57	2,1 ± 0,74	2,43	0,03
A karanténban tunyábbnak, lustábbnak érzem magam.	1,52 ± 0,97	2,5 ± 0,57	3,02	0,02

A 24. táblázat eredményei azt mutatták, hogy a fiatalok a karanténban egészségesebben étkeznek ($t=0,72$; $p=0,03$), többet dohányoznak ($t=1,05$; $p=0,04$), depressziósabbak ($t=2,43$; $p=0,03$), illetve lustábbnak érzik magukat, mint a középkorúak ($t=3,02$; $p=0,02$). Ez az eredmény alátámasztja az a megfigyelést,

miszerint a fiatalabb generációk nehezebben viselik az otthoni munkavégzést (Radák, 2020; Juhász és Szabó, 2021; Pataki-Bittó és Kun, 2021; Rezsőfi és mtsai, 2022).

25. TÁBLÁZAT: MUNKAKÖRÖK SZERINTI KÜLÖNBSÉGEK

Kérdés	Középvezető átlag ± szórás	Alkalmazott átlag ± szórás	t- érték	p- érték
A karanténban ingerültebb és stresszesebb vagyok, mint korábban.	1 ± 0	1,8 ± 1,14	-4,43	0
A karantént hosszabb távon is elviselhetőnek gondolom.	4,2 ± 0,45	3,3 ± 1,52	2,87	0,01

Az alkalmazottak jellemzőbbnek tartották magukra, hogy a karanténban ingerültebbek és stresszesebbek voltak, mint korábban, szemben középvezető kollégáikkal ($t=-4,43$; $p < 0,00$). Emellett a középvezetők hosszabb távon is elviselhetőbbnek gondolják a karantént ($t= 2,87$; $p = 0,01$), mint az alkalmazottak (25. táblázat). Ez az eredmény szintén visszatükrözi a nemzetközi szakirodalomban is leírt jelenséget, miszerint a magasabb beosztású, biztosabb folyamatos munkaviszonnyal rendelkező munkavállalók jobban viselik az otthoni munkavégzést (Pieh, Budimir és Probst, 2020).

IV.3 A mérések összehasonlító elemzése

Antropometriai mutatók változásának vizsgálata

ANOVA elemzést végzünk a testzsír-százalék és vázizom érték azon rögzített adatain, melyeket a mind a három mérés alkalmával megjelent alanyoktól gyűjtöttünk, hogy meglássuk, kimutatható-e statisztikailag szignifikáns eltérés ezen értékek, illetve az egészségmegőrzés érdekében bevezetett programok között. Ehhez először Levene-teszt alkalmazásával (26. táblázat) megnéztük, hogy a szórások egyenlőek-e az egyes mérések alkalmával. A teszt szignifikanciája minden esetben 0,05 felett volt, így kimondható, hogy a szórás egyenlőség igaz. Ezt követően F-próbával vizsgáljuk meg a csoportátlagok közötti eltérést. Az F-próba alkalmas arra, hogy azonosítani tudjuk a szignifikáns

eltéréseket a csoportok, ez esetben a három mérés, eredményei között. A Levene-teszt eredménye alapján az ANOVA elemzés elvégezhető volt, hiszen a szórás egyenlőség igaz volt. Ennek megfelelően a mérési eredmények összevetésére a legalkalmasabb statisztikai módszernek az ANOVA bizonyult.

26. TÁBLÁZAT: AZ ANTROPOMETRIAI MUTATÓK

Levene-teszt					
		Levene-statisztika	Szabadságfok 1	Szabadságfok 2	p-érték
Testzsír-százalék	Átlag alapján	0,153	2	30	0,859
Vázizom érték	Átlag alapján	2,856	2	30	0,073

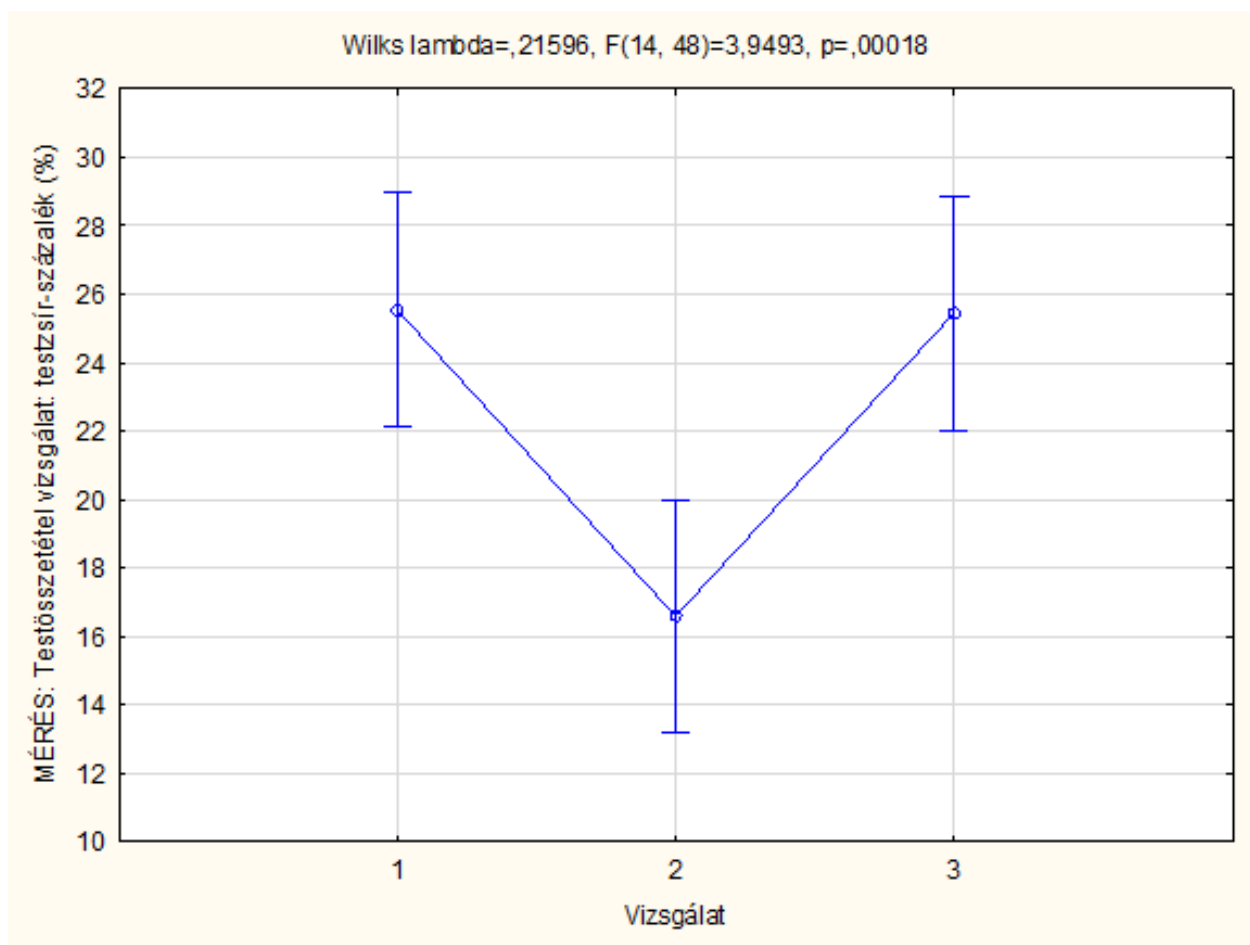
27. TÁBLÁZAT: ANOVA-ELEMZÉS

ANOVA					
		Átlagtól való eltérés négyzetösszege	Szabadságfok	F-érték	p-érték
Testzsír-százalék	Csoportok között	587,441	2	9,483	0,001
	Csoporton belül	929,189	30		
	Összesen	1516,630	32		
Vázizom-érték	Csoportok között	485,550	2	5,344	0,010
	Csoporton belül	1362,82	30		
	Összesen	1848,37	32		

A 27. táblázat adatai alapján megállapítható, hogy a teszt szignifikanciája mind a testzsír, mind a vázizom érték esetében 0,05 alatt volt, tehát szignifikáns változás állapítható meg az egyes mérések értékei között. A Scheffe-féle *post hoc* teszt szintén ezt támasztotta alá, mely eredményeket a 28. táblázat szemlélteti, pirossal kiemelve a szignifikáns változásokat.

28. TÁBLÁZAT: TESTÖSSZETÉTEL-VIZSGÁLAT: TESTZSÍR-SZÁZALÉK VIZSGÁLATONKÉNTI ÖSSZEHOSONLÍTÁSA (*P < 0,05)

Scheffe-féle <i>post hoc</i> teszt			
Vizsgálat	1 25,5±szórás	2 16,6±szórás	3 25,5±szórás
1	-	0,003*	0,999
2	0,003*	-	0,003*
3	0,999	0,003*	-



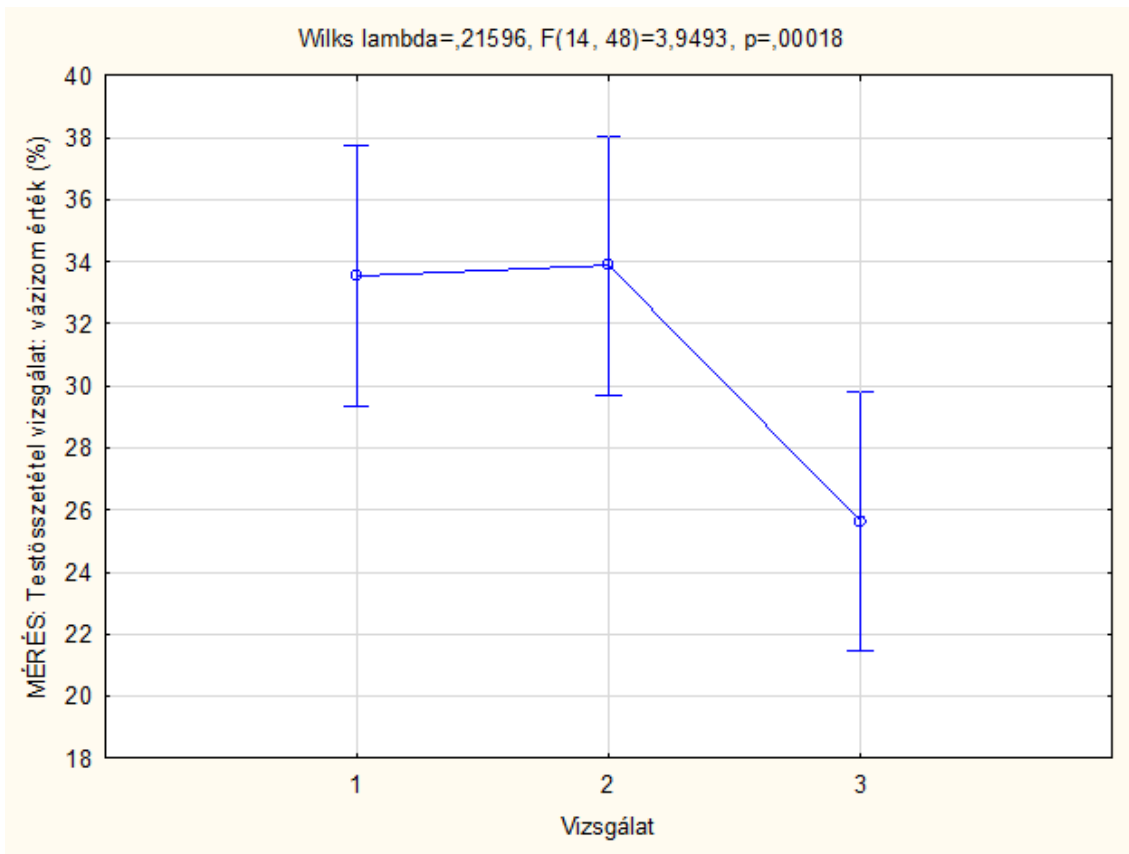
7. ÁBRA: TESTZSÍR-SZÁZALÉK ÉRTÉKEK VÁLTOZÁSAI A HÁROM MÉRÉS ALKALMÁVAL

Összességében elmondható, hogy azon vizsgált alanyok esetében, akik minden egyes mérésen részt vettek, a testzsír-százalékos aránya szignifikánsan lecsökkent az otthoni munkavégzés alatt (7. ábra), majd az újbóli munkába járás megkezdése után visszaállt a kiinduló szintre.

Elmondható, hogy azon vizsgált alanyok esetében, akik minden egyes mérésen részt vettek, a vázizom százalékos aránya kis mértékben növekedett az otthoni munkavégzés alatt, majd szignifikánsan a kiinduló szintnél is alacsonyabb értékre esett vissza az újbóli munkába járás megkezdésével. Az intervenciók után csökkent a vázizom százalékos értéke (8. ábra). A Scheffe-féle *post hoc* teszt szintén ezt a megfigyelést támasztja alá, mely eredményeket a 29. táblázat szemlélteti, pirossal kiemelve a szignifikáns változásokat.

29. TÁBLÁZAT: TESTÖSSZETÉTEL-VIZSGÁLAT: A VÁZIZOM ÉRTÉK SZIGNIFIKÁNS VÁLTOZÁSAI

Scheffe-féle <i>post hoc</i> teszt			
Vizsgálat	1 33,5±szórás	2 33,8±szórás	3 25,6±szórás
1	-	0,993	0,036*
2	0,993	-	0,027*
3	0,036*	0,027*	-



8. ÁBRA: VÁZIZOM ÉRTÉKEK VÁLTOZÁSAI A HÁROM MÉRÉS ALKALMÁVAL

Intervenció hatáselemzés

A következő, 30. táblázatban a pandémia előtt és után elvégzett vizsgálatok és mérések eredményeit ismertetjük. A már korábban is alkalmazott kiemelési módszerrel, a pirosan szedett adatok mutatják be ebben az esetben is a szignifikáns változásokat. A vizsgálatok és mérések eredményeit a korábban már ismertetett, pandémia alatt elvégzett kérdőív eredményeivel is összevetettük a teljesség kedvéért.

A táblázat első tételeként szereplő testtömeg esetében különösen fontos a második kérdőívvel való összefüggések feltárása, hiszen a pandémia alatt kitöltött kérdőív esetében kettő kapcsolódó kérdést is feltettünk a munkavállalóknak. A *karanténban tunyábbnak, lustábbnak érzem magam* állítást a 46 fő válaszadóból 21 fő vetette el teljes mértékben, 19 fő értékelte kevésbé jellemzőnek, 4 fő értékelte nagymértékben jellemzőnek és 2 fő teljes mértékben jellemzőnek. Az átlag így 1,72 volt, míg a szórás viszonylag nagy, 0,81 volt a kérdést illetően. A vonatkozó másik kérdés sokkal konkrétabban fogalmaz: *A karanténban minden bizonynal növekszik a testsúlyom, feltehetően hizni fogok*. A kérdésre adott válaszok átlaga 1,64, míg szórása 0,84 volt. A

mérési eredmények alapján elmondható, hogy a munkavállalók testtömege valóban nem növekedett, hanem inkább általában csökkent a pandémia utánra.

A szabadidővel kapcsolatos kérdés esetében minimális növekedés volt megfigyelhető a pandémia utánra. A sportolásra való motiváltságra vonatkozó kérdés szerepelt a pandémia alatt végzett kérdőív kérdései között is, melyre a munkavállalók válaszainak átlaga 3,11 volt a pandémia alatt, mely csökkenést mutat mind a pandémia előtti magasabb 3,55-ös, mind a pandémia után mért 3,27-es átlagokhoz képest.

Az egészségi állapotra odafigyelés szintén jelentősen csökkent, a pandémia ellenére is. Ezzel párhuzamosan az anyagi helyzet megítélése is romlott, abban az olvasatban, hogy a munkavállalók kevésbé gondolták azt, hogy bármit sportolhatnak, amihez kedvük van. Ezzel összhangban csökkent a fizikailag aktív életmódot folytató munkavállalók aránya is.

Az élelmiszerek kiválasztására vonatkozó kettő kérdés kapcsán a következő megfigyelések állapíthatók meg: mind az összetevők, mind az ár alapján való kiválasztás csökkent, de még mindig inkább az összetevők alapján válogattak a munkavállalók. Azonban a kérdésre adott válaszok átlaga is beszédes, a pandémia utánra az összetevők alapján való válogatásra adott válaszok átlaga 2,73, míg az ár alapján történő kiválasztásé 2,09. Ezek alapján az értékek alapján megállapítható, hogy ezen a tényezőkhöz kevésbé fontosak általában a munkavállalók számára.

A szűrővizsgálatokon való részvétellel kapcsolatos kérdések esetében egyöntetű, de minimális növekedés volt tapasztalható a pandémia utánra. A foglalkozás-egészségügyi szakorvos által nyújtott prevenciós tanácsokat érintő kérdés esetében azonban minimális csökkenés volt megfigyelhető.

A pandémia előtti felméréshez képest növekedett a munkahelyi gerinc- és ízületvédelem láthatósága. Ez betudható a pandémia előtt és közben végzett intervencióknak, melyekben szintén szerepelt a gerinc- és ízületvédelem is. Ezt támasztja alá a kérdés esetében tapasztalt viszonylag kis szórás is, mely az egyöntetűbb válaszadásról tanúskodik.

A munkavállalók már a pandémia előtt is inkább kerültek a káros szenvedélyeket, melyet a pandémia alatt végzett kérdőív csak megerősített (3,35 átlag), és amely szokás tovább erősödött a pandémia utánra, 3,45-ös átlagérékkel.

Az utazással, nyaralással kapcsolatos kettő kérdésre adott válaszok a helyzetnek megfelelően alakultak. A pandémia hatására, valamint az életbelépett korlátozó intézkedéseknek köszönhetően az utazások száma főként a külföldi utakat illetően szignifikánsan csökkent.

A munkáltató által biztosított sportlehetőségek esetében mindössze minimális növekedés volt tapasztalható a pandémia utánra, mely az elvégzett intervenciók hatását is magában foglalhatja. Az átlagot tekintve azonban még mindig minimális volt a munkahely által biztosított sportlehetőségek megléte a munkavállalók szerint. A megvalósult intervenciók ellenére, a munkavállalók kevésbé gondolták, hogy a munkahely nyitott lenne egy belső egészségfejlesztő csoport létrehozására és működtetésére, azonban még mindig inkább nyitottnak találták erre a munkahelyet.

Két további kérdést tartunk fontosnak kiemelni az eredmények tükrében. A munkavállalók által adott válaszokban semmilyen eltérés nem volt tapasztalható az *Örömet lelek a munkámban* kérdés esetében, mely összességében rendkívül pozitív üzenetet hordoz a munkáltatóval szemben, hiszen a válaszok átlaga 3,18 volt mindkét vizsgálat esetében. A következő, ehhez szorosan kapcsolódó kérdés esetében még növekedést is tapasztaltunk. A *Jól érzem magam a munkahelyemen* való kérdésre adott válaszok átlaga 3,36-ról növekedett 3,55-re.

A továbbiakban a 30. táblázatban szintén olvasható mérési eredmények kerülnek bemutatásra. A pandémia előtt és után mért testzsír-százalék értékek, csakúgy, mint az intervenció hatáselemzés elején bemutatott testtömeg esetében nem volt megfigyelhető érdemleges változás. Mindössze egy minimális csökkenést észleltünk. A viscerális zsír esetében azonban minimális növekedés volt megfigyelhető a pandémia utáni visszamérés időszakában. Ez a növekedés a referencia tartományon belül helyezkedik el.

A vázizom értékek esetében szignifikáns csökkenés következett be a pandémia utáni időszakra. A pandémia előtti 33,55%-os vázizom érték a pandémia utánra 25,64%-

ra esett vissza. Az aerob fittségi teszt (Ruffier lépcsőzés teszt) eredménye azonban szignifikánsan romlott, a pandémia előtt mért 2,36-ról 3,55-re (1-4-ig terjedő skála).

Összességében ezek az eredmények arra utalnak, hogy a testtömeg vesztes nem testzsír-százalék csökkenésnek és effektív fogyásnak tudható be, hanem a viscerális zsír arányának növekedése, valamint a vázizom százalék csökkenés eredményezi. Ennek tudatában feltételezhető, hogy a munkavállalók a pandémia alatt olyan alacsony intenzitású aerob ciklikus jellegű mozgásokat végeztek (séta, gyaloglás, kocogás, kerékpározás), melyek nem járnak izomtömeg növekedéssel. Ezt a feltevést megerősít a második kérdőív vonatkozó, több válaszlehetőséges kérdésére (*Amennyiben sportol, milyen jellegű mozgást végez?*) adott válaszok megoszlása: 3 fő nem végzett sporttevékenységet, 6 fő aerobikozott, 14 fő jógázott, Pilatesezett, vagy végzett nyújtó hatású gimnasztikát, 20 fő végzett fitneszt, vagy erősítő gyakorlatokat, 27 fő kerékpározott, 33 fő sétált, gyalogolt, kocogott vagy futott. Ezek közül a választott sportok közül magas intenzitású az aerobik, illetve közepes intenzitású a fitnesz. Ehhez továbbá hozzáadódik a végzett sporttevékenységek gyakorisága is, melyre szintén a második kérdőívben kérdeztünk rá. Ebben az esetben is 3 fő válaszolta azt, hogy nem végez sporttevékenységet, 13 fő heti 1-2 alkalommal sportolt, 19 fő 3-4 alkalommal, valamint 11 fő sportolt több mint 5 alkalommal hetente.

30. TÁBLÁZAT: A PANDÉMIA ELŐTTI ÉS A PANDÉMIA (HOME OFFICE) UTÁNI KÉRDŐÍVEK ÉS MÉRÉSEK ÖSSZEHOSONLÍTÁSA

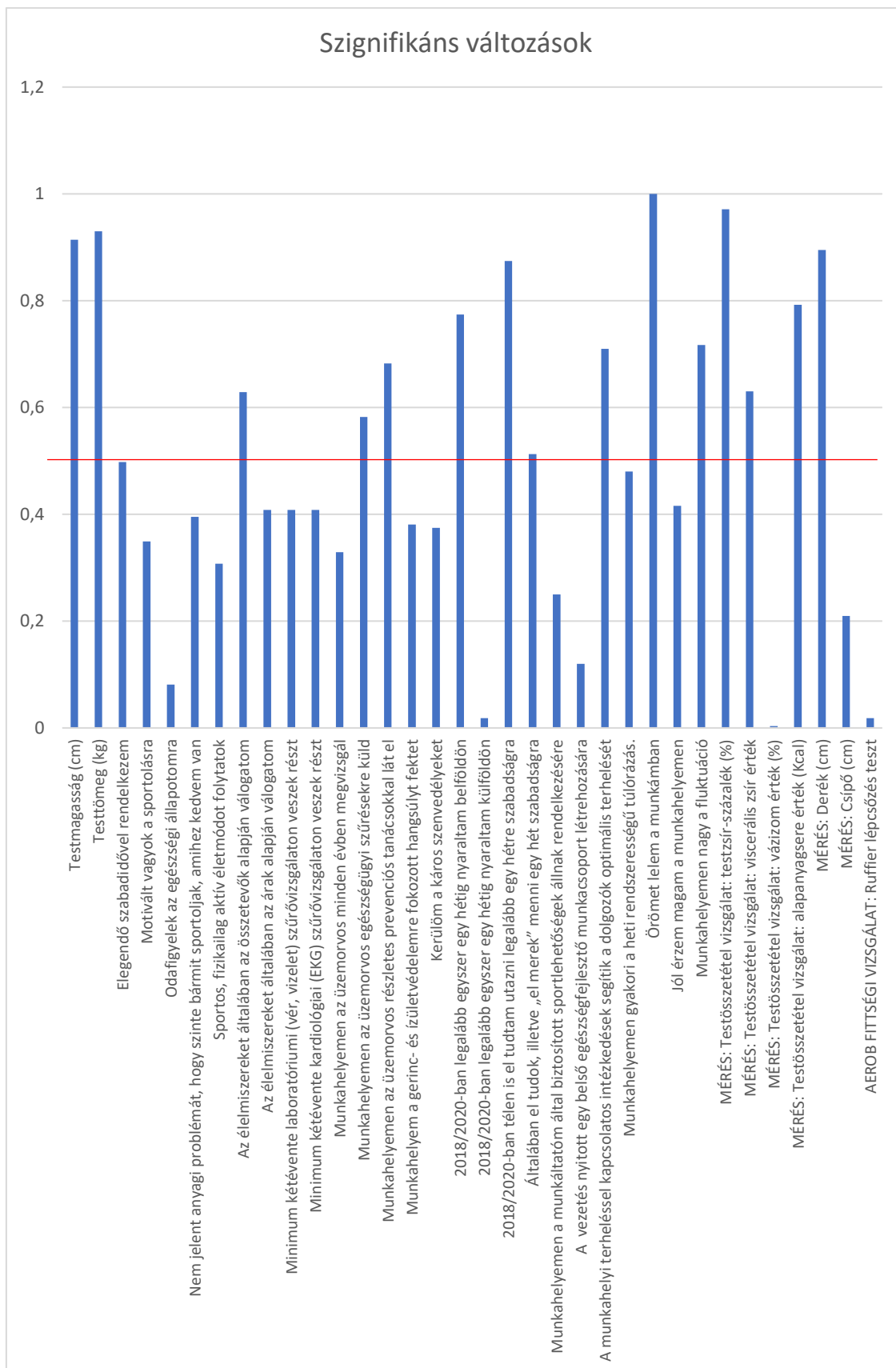
Mérés	t-érték (df=10)	p-érték	Pandémia előtt (átlag ± szórás)	Pandémia után (átlag ± szórás)
Testtömeg (kg)	0,09	0,93	75,64±16,06	75,06±14,23
Elegendő szabadidővel rendelkezem?	-0,69	0,50	2,82±0,60	3,00±0,63
Motivált vagyok a sportolásra?	0,96	0,35	3,55±0,52	3,27±0,79
Odafigyelek az egészségi állapotomra?	1,84	0,08	3,45±0,52	3,00±0,63
Nem jelent anyagi problémát, hogy szinte bármit sportoljak, amihez kedvem van?	0,87	0,40	3,18±1,08	2,82±0,87

Mérés	t-érték (df=10)	p-érték	Pandémia előtt (átlag ± szórás)	Pandémia után (átlag ± szórás)
Sportos, fizikailag aktív életmódot folytatok?	1,05	0,31	3,18±0,75	2,82±0,87
Az élelmiszereket általában az összetevők alapján válogatom?	0,49	0,63	2,91±0,94	2,73±0,79
Az élelmiszereket általában az árak alapján válogatom?	0,85	0,41	2,27±0,65	2,09±0,30
Minimum kétévente laboratóriumi (vér, vizelet) szűrővizsgálaton veszek részt.	-0,85	0,41	3,73±0,65	3,91±0,30
Minimum kétévente kardiológiai (EKG) szűrővizsgálaton veszek részt.	-0,85	0,41	3,73±0,65	3,91±0,30
Munkahelyemen a foglalkozás-egészségügyi szakorvos minden évben megvizsgál.	-1,00	0,33	3,91±0,3	4,00±0,0
Munkahelyemen a foglalkozás-egészségügyi szakorvos egészségügyi szűrésekre küld.	-0,56	0,58	3,00±1,34	3,27±0,90
Munkahelyemen a foglalkozás-egészségügyi szakorvos részletes prevenció tanácsokkal lát el.	0,42	0,68	2,91±0,94	2,73±1,10
Munkahelyem a gerinc- és ízületvédelemre fokozott hangsúlyt fektet.	-0,90	0,38	2,73±0,90	3,00±0,45
Kerülöm a káros szenvedélyeket.	-0,91	0,37	3,09±1,14	3,45±0,69
2018/2020-ban legalább egyszer egy hétig nyaraltam belföldön.	-0,29	0,77	3,64±0,92	3,73±0,47
2018/2020-ban legalább egyszer egy hétig nyaraltam külföldön.	2,56	0,02	3,27±1,10	1,91±1,38
2018/2020-ban télen is el tudtam utazni legalább egy hétre szabadságra.	0,16	0,87	2,55±1,21	2,45±1,44

Mérés	t-érték (df=10)	p-érték	Pandémia előtt (átlag ± szórás)	Pandémia után (átlag ± szórás)
Általában el tudok, illetve „el merek” menni egy hét szabadságra.	0,67	0,51	3,82±0,60	3,64±0,67
Munkahelyemen a munkáltatóm által biztosított sportlehetőségek állnak a dolgozók rendelkezésére.	-1,18	0,25	1,45±0,69	1,82±0,75
Véleményem szerint a munkahelyem vezetése nyitott egy belső egészségfejlesztő munkacsoport létrehozására és működtetésére.	1,61	0,12	3,45±0,52	3,09±0,54
Munkahelyemen a munkahelyi terheléssel kapcsolatos intézkedések (pl. határidők, munkatempó, munkamennyiség, szünet) segítik a dolgozók optimális terhelését.	0,37	0,71	3,18±0,60	3,09±0,54
Munkahelyemen gyakori a heti rendszerességű túlórázás.	-0,72	0,48	1,73±0,65	1,91±0,54
Örömet lelek a munkámban.	0,00	1,00	3,18±0,60	3,18±0,60
Jól érzem magam a munkahelyemen	-0,83	0,42	3,36±0,50	3,55±0,52
Munkahelyemen nagy a fluktuáció, azaz sokan távoznak önként vagy kényszer hatására.	-0,37	0,72	1,64±0,67	1,73±0,47
MÉRÉS: Testösszetétel-vizsgálat: testzsír-százalék (%)	0,04	0,97	25,55±5,87	25,45±5,82
MÉRÉS: Testösszetétel-vizsgálat: viscerális zsír érték	-0,49	0,63	7,00±3,07	7,64±3,04
MÉRÉS: Testösszetétel-vizsgálat: vázizom érték (%)	3,30	0,00	33,55±4,01	25,64±6,86

Mérés	t-érték (df=10)	p-érték	Pandémia előtt (átlag ± szórás)	Pandémia után (átlag ± szórás)
MÉRÉS: Testösszetétel- vizsgálat: alapanyagcsere érték (Kcal)	-0,27	0,79	1617,09±276, 44	1647,64±260,73
MÉRÉS: Derék (cm)	-0,13	0,89	84,82±11,75	85,45±10,51
MÉRÉS: Csípő (cm)	1,30	0,21	98,64±6,19	94,55±8,44
AEROB FITTSÉGI VIZSGÁLAT: Ruffier lépcsőzés teszt	-2,57	0,02	2,36±1,12	3,55±1,04

A táblázatos bemutatást követően a vizsgálatok és mérések eredményét a 9. ábrán látható egyértelműsítő diagramm tisztázza, melyen szignifikancia szintvonal elhelyezésével tettük átláthatóbbá a kapott eredmények alakulását. Az ábra az első és harmadik kérdőív eredményei közötti eltérések értékét mutatja be grafikusán, melyből további következtetések vonhatók le.



9. ÁBRA: SZIGNIFIKÁNS VÁLTOZÁSOK

A 9. ábrán a piros vonal jelzi a 0,05-ös szignifikancia szintet, amely változók T-próba során kapott p-értéke nem éri el a vonal által jelölt szintet, szignifikáns változást mutatnak a mérések között. Ezek közül a legfontosabbak a következők:

- a külföldi nyaralások száma a pandémia alatt (nem meglepő módon) lényegesen lecsökkent,
- a vázizom-érték markánsan lecsökkent,
- a testzsír-százalék aránya nem változott,
- ezzel együtt az aerob fittség összességében szintén lecsökkent, mely a csökkenő vázizomzattal is összefüggésbe hozható.

Kiemelendő, hogy bár a vírus okozta pánik következtében arra gondolhatnánk, hogy az emberek jobban odafigyeltek az egészségükre, ennek éppen az ellenkezője olvasható ki a válaszokból: szignifikáns csökkenést mutatott az, hogy a válaszadók odafigyelnek-e egészségügyi állapotukra.

IV.4 A dolgozói interjúk értékelése

A kutatás során strukturált interjúk segítségével igyekeztem minél részletesebb információhoz jutni a cég dolgozóinak szemszögéből, három szinten: gyakornokok, középvezetők (munkavállalók), valamint felsővezetők (munkáltatók) szintjén. Mind a három tagolódási szinten (alkalmazott, középvezető, felsővezető) kettő, azaz összesen hat darab interjú készült. Az interjúkra önkéntes alapon lehetett jelentkezni. Az interjúkat a pandémia után a változásokra fókuszálva megismételtük. A kérdéseket a pandémia előtt és után kitöltetett kérdőívekre adott válaszok kiegészítéseként, a munkahelyi egészségfejlesztésről alkotott kép mélyebb megismerését fókuszba helyezve állítottuk össze.

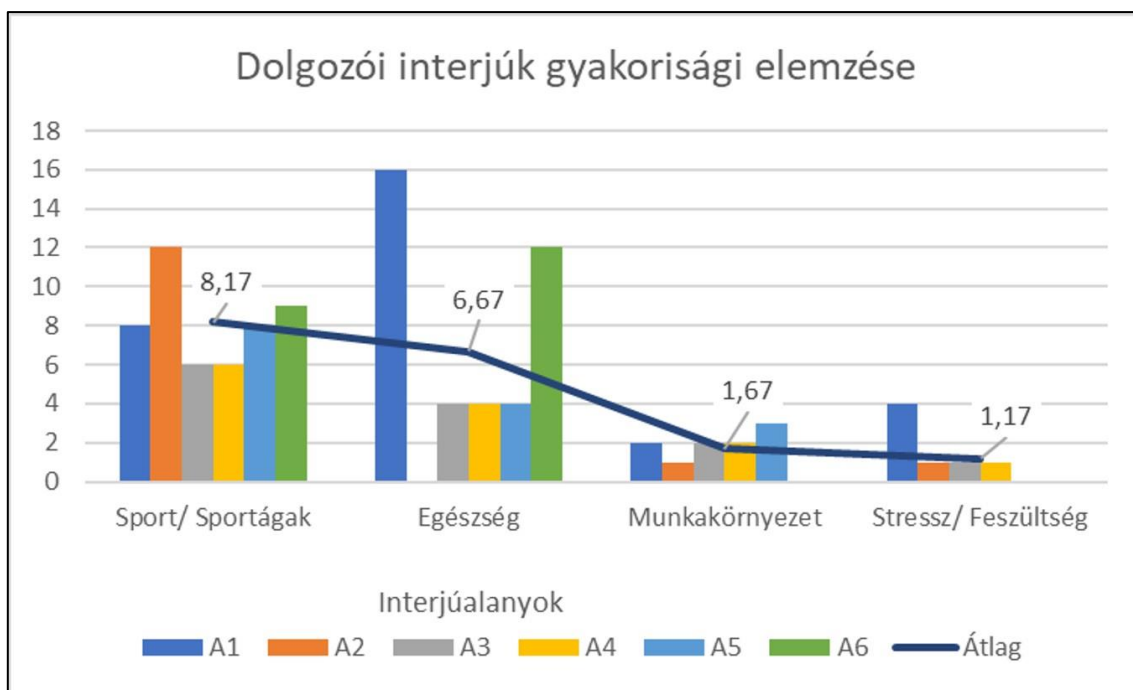
A kérdőívekre adott válaszokon elsődlegesen gyakorisági statisztikát készítettünk. Ez az interjúk tartalmának egyszerűsített modellezését teszi lehetővé a rejtett tartalom elemzése nélkül. A gyakorisági statisztikához megvizsgált kifejezések a következők voltak: sport és sportágak, egészség, stressz és feszültség, valamint a munkakörnyezet. Ezen kifejezések kiválasztására azért került sor, mert mind kapcsolódnak a jóllét konstruktumához, azzal szoros összefüggésben vannak.

Ezt követően a válaszokat kvalitatív módszerekkel is vizsgáltuk, a tematikus elemzés módszerét követve. Ez alapján a fellelhető kulcsszavak szegmentálására, valamint hierarchia szerinti rendezésére és az egyes témák kapcsolódási pontjainak megállapítására került sor. Az eredményeket ezen kritériumok alapján ismertetjük, kezdve a gyakorisági statisztika eredményeinek bemutatásával.

Az elvégzett gyakorisági statisztika alapján, melynek a meghatározott kulcsszavakra való keresés eredményét a 10. ábra mutatja be, a következő hierarchia rajzolódott ki. A megkérdezett 6 fő válasza alapján a sport domináns szerepet töltött be a munkavállalók életében, gondolatvilágában. A 6 interjú során átlagosan 8,17-szer említették meg a munkavállalók a sport kifejezést, vagy valamilyen sportágat a feltett kérdések összességével kapcsolatban. A válaszadók mindegyike beszámolt arról, hogy sportol valamit, illetve 5 fő (A1, A2, A3, A4, A5) gondolta azt, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés konkrét feladatai közé tartozik valamilyen sportolási lehetőség biztosítása a munkavállalók számára. Ennek ellenére mindössze 1 fő (A6) számolt be nagyon konkrét, több sportágat is tartalmazó javaslatról a „*Milyen intézkedéseket hozna Ön, ha egy munkahelyi egészségfejlesztő csoport vezetője lenne a munkahelyén*” kérdéssel kapcsolatban.

A második helyen az egészség említése szerepelt a gyakorisági statisztikán. E kulcsszó esetében nagyok voltak a szélsőértékek a válaszokat tekintve, A1 alany 16-szor, A6 alany 12-szer említette, míg A2 alany egyáltalán nem említette a kifejezést az interjú során. A kulcsszó átlagos említése interjúnként 6,67. A kulcsszó legtöbbször a „*Mi a feladata a munkáltatónak az Ön munkavégzőképességének biztosítására*” kérdéssel kapcsolatos válaszokban jelent meg, összesen 8 alkalommal. Az összesen 4 interjúalanytól (A1, A3, A4, A6) érkezett válaszok mind a munkáltató felelősségét hangsúlyozták a munkavállalók egészségmegőrzésének támogatásával kapcsolatban. Ehhez szorosan kapcsolódva ugyanaz a négy fő (A1, A3, A4, A6) említette az egészség kifejezést, amikor arról kérdeztük őket, miért fontos, hogy munkahelyükön foglalkozzanak az egészségükkel. 3 fő (A1, A3, A6) az egészséget a munkahelyi teljesítménnyel állította párhuzamba és ezért vélte fontosnak a munkáltatói támogatást, míg egy fő (A4) alapvetően belső motivációként írta le az igényt, melyhez pozitív hozzájárulásnak vélte a munkáltatói segítséget.

A gyakorisági statisztika során vizsgált kulcsszavak közül harmadik legtöbbször a munkakörnyezet kifejezés szerepelt a válaszokban. Átlagosan 1,67-szer találtuk meg a kifejezést a válaszokban. A szó hatszor jelent meg a kedvező munkakörnyezet munkahelyi produktivitásra való hatását vizsgáló kérdés esetében, ahol 5 válaszadó (A1, A2, A3, A4, A5) említette a kifejezést. Ezen kívül 2 fő (A1, A3) a munkáltató feladatai közé sorolta a kedvező munkakörnyezet biztosítását a munkavégzőképesség fenntartása érdekében.



10. ÁBRA: A DOLGOZÓI INTERJÚKON VÉGZETT GYAKORISÁGI STATISZTIKA EREDMÉNYE

A legkevésbé említett kifejezés a gyakorisági statisztika alapján a stressz és feszültség kulcsszavak voltak, melyeket átlagosan 1,17-szer említettek az interjúalanyok. A válaszok ebben az esetben 6 kérdés között oszlanak meg, mindegyik kérdésre egy-egy említéssel. Kivételt képez ez alól a munkahelyi gondokra, problémára utaló kérdés, melyre 1 fő (A1) válaszában 2-szer is fellelhető a vizsgált kulcsszó, mint konkrét munkahelyi stresszre utaló kifejezés. A többi előfordulás inkább a stressz és feszültség hiányára vagy munkahelyi kezelési lehetőségére mutat rá.

Az elvégzett gyakorisági statisztika alapján a munkavállalók alapvetően nyitottak bizonyultak a különböző sportokra, összesen 17 típusú sportot említettek meg (csocsó, edzőterem, futás, golf, gyaloglás, jégkorong, kerékpár, kézilabda, korcsolyázás, labdarúgás, nordic walking, pingpong, síelés, tenisz, triatlon, túrázás, úszás). Emellett a

megkérdezett munkavállalók közül négyen ítélték meg úgy, hogy a munkáltató felelősséggel tartozik a munkavállalók egészségéért, hiszen az nagymértékben összefügg a munkahelyi produktivitással. A válaszadók közül öten erősítették meg, hogy a kedvező munkakörnyezet szintén szükséges a munkavégzőképesség fenntartása érdekében. Kiemelendő, hogy a jóllét konstruktum negatív pólusán elhelyezkedő stresszről és feszültségről mindössze egy munkavállaló számolt be, mint de facto munkahelyi probléma, míg a kulcsszó fennmaradó említéseinél nem problémaként merült fel a kifejezés.

Az interjúkra adott válaszok kvalitatív elemzése során a következő szegmenseket emeltük ki, melyek hierarchia szerint csökkenő sorrendben a következők: a munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos intervenciók, munkakörnyezet, munkahelyi egészségügyi szűrések és prevenció, valamint a tematikus ismeretterjesztésre való igény.

A munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos intervenciók között túlnyomó többségben szerepelnek a sportokkal kapcsolatos programok, mely már a gyakorisági statisztikában is kimutatható volt. Azonban a kvalitatív elemzés során vizsgált válaszok tovább árnyalták a kapott képet, hiszen a válaszokból az is kitűnik, hogy a kisgyermekes munkavállalók kevesebb időt tudnak akár egyéni, akár családi közös sportprogramra szánni, így ők jobban függenek a munkahelyi intervencióktól. A munkahelyi egészségfejlesztés során megjelent intervenciókkal kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy a válaszadók összessége pozitívan nyilatkozott azok meglétéről. Jellemző volt, hogy a közösen végezhető csapatsportokat, csoportosan gyakorolható sportokat emelték ki példaként, mint a cégnél alkalmazható intervenció. Emellett, mind a visszajelzésekben, mind a kérdőíves felmérésben megerősítést nyert, hogy alapvetően olyan munkavállalói közegről van szó, ahol sokan, rendszeresen végeznek valamilyen sporttevékenységet. A pandémia során kitöltött kérdőív esetében a válaszadó 46 főből mindössze 3 fő nem sportolt önbevallás alapján. Az interjúk során kettő fő (A1, A2) is kiemelte, hogy „*sokan sportolnak a cégnél*”. Az intervenciók közül 4 fő (A3, A4, A5, A6) emelte ki a gyümölcsnap bevezetését, mint pozitív változást a cégnél, amely a program sikerét indikálja. Többen számoltak be arról, hogy az ilyen jellegű intervenciók bevezetése pozitív hatással volt a közérzetre, munkahelyi produktivására.

A munkahelyi produktivitással hozták párhuzamba a válaszadók a kedvező munkahelyi környezet meglétét is. A feltett kérdésekre adott válaszokban mind a fizikai, mind a munkahelyi társas kapcsolatok szempontjait említették a válaszadók, nagyobb hangsúlyt fektetve a fizikai környezetre. Ennek kapcsán kaptunk visszajelzést mind a térérzettel, a testtartással, valamint az érzékszervekre ható munkakörnyezeti stresszorokkal kapcsolatosan. Ezek alapján a visszajelzések alapján a vizsgált cégről egy pozitív kép rajzolódik ki, melyeket a következő példák is alátámasztanak. A2: „*A hatékony munkához a feltételek messze az átlag felett vannak.*” A6: „*[S]zámomra minden adott, ami ahhoz kell, hogy jól tudjak dolgozni és jól tudjak dolgozni itt.*”

Az alapvetően pozitív visszajelzések a munkahelyi környezettel kapcsolatban megjelennek a „*Hogyan befolyásolja Ön szerint az álláskereső döntését a jó munkahelyi környezet*” kérdésre adott válaszokban is. Ezek kettő kategóriába sorolhatók, a kevésbé határozott és a kifejezetten határozott véleményekre. Az első csoportban olyan kifejezésekkel írták le a válaszadók a munkahelyi környezet hatásait, mint (A2) *bizonyos szinten felül, lehet, hogy ez már befolyásolja*, (A3) *pozitívan hathat*. A határozottabb csoport által használt kifejezések a következők voltak, (A1) *alapvetően*, (A4, A6) *abszolút*, (A5) *nagyon fontos*. Összességében elmondható tehát, hogy a munkahelyi környezet a válaszadók szerint nagyban befolyásolja a munkahely kiválasztását.

A munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos intervenciókhoz nagyban kapcsolódott a munkahelyi egészségügyi szűrések és prevenció igénye a munkavállaló gondolatvilágában. A munkahelyi egészségfejlesztés egyik alappilléret alkotó egészségügyi szűrések három kérdés kapcsán merültek fel a válaszadókban. A válaszok nagy része a prevencióra helyezte a hangsúlyt. Egyes dolgozók úgy gondolták, hogy a kibővített szolgáltatásokat is tartalmazó, évenkénti kötelező foglalkozás-egészségügyi szakorvosi vizsgálat, valamint például a vérvétel, ultrahangos vizsgálatok, szemvizsgálat, nőgyógyászati vizsgálatok, rákszűrések munkáltatói támogatása és azok gyors hozzáféréseinek biztosítása nagymértékben hozzájárultak a különböző megbetegedések idejében történő diagnosztizálásához és a korai oki terápiájának elkezdéséhez. Mindez olyan „*win-win*” helyzetet eredményezett, ahol minden résztvevő kifejezetten jól járt. Hiszen, ha egészséges marad a munkavállaló, akkor az a munkateljesítményére is jelentősen kihat, annak színvonala számottevően is javulhat, ami a dolgozónak és cégnek kölcsönösen az előnyére válik. A2 alany azt tartotta fontosnak, hogy a munkahelyén

kifejezetten a szűrővizsgálatokra támaszkodva, preventív jelleggel foglalkozzanak az egészségével. A3, A5 és A6 alanyok szerint a foglalkozás-egészségügyi szakorvosi, egészségügyi szűrővizsgálatok a munkahelyi egészségfejlesztés konkrét feladatai közé tartoznak. A5 alany azt is kiemelte, hogy a betegszabadságok csökkenésében is nagy szerepet kap az ilyen jellegű prevenció. A 6 fő megkérdezett munkavállalóból így 4 fő erősítette meg valamilyen kérdésre válaszolva, hogy igényt tart, illetve szükségesnek tartja a munkahelyi egészségfejlesztés ezen aspektusának megjelenését és gyakorlatát a munkahelyen.

A munkahelyi egészségfejlesztés innovációjával összefüggő kérdés során, valamint más esetekben is felmerült a munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos témákról szóló tematikus ismeretterjesztő oktatásra való igény. Ez, habár a legkevésbé szignifikánsan, de több válaszadónál is megjelent, mint probléma. A munkavállalók még egy általuk általánosságban is jól felszereltnek ítélt cégnél sem rendelkeznek megfelelő ismeretekkel arról, hogy milyen lehetőségeik vannak a munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos részterületeket illetően. Ilyenek például a fizikai aktivitást célzó intervenciók, a közérzetet javító kezdeményezések, mint a gyümölcsnap, vagy akár a saját személyes egészséggel és prevencióval összefüggő területek, mint a dietetika.

A fent említett kategóriák mellett kiemelendő, hogy habár nem került bele a szegmentációba a munkahelyen jelentkező problémák felsorolása, alapvetően megállapítható, hogy az interjúalanyok vagy nem számoltak be problémáról (A2, A6), vagy a szoros határidőket és időgazálkodást (A3, A5), vagy a túlterheltséget (A4), illetve a hatásköri kérdéseket (A1) jelölték meg problémának. E kérdés kapcsán tehát nem alakult ki olyan mértékű egybehangzó vélemény, mint a korábban felsorolt többi tételt illetően.

Egy további aspektust tartottunk még ezen kívül kiemelendőnek, a felhasználható, havi átlagosan 5 munkanap home office-ra való lehetőséget, mely a munkavállalók szempontjából kifejezetten stresszcsökkentő hatással bírt (A2, A4). Ennek megfelelően ez a gyakorlat is hozzájárult a dolgozók pozitív megítéléséhez.

Az interjúk során kapott válaszok hozzájárultak az első kutatási hipotézisünk, megválaszolásához. Jelen helyzetben alapvetően egy sportos cégről volt szó, amelynek dolgozói a kérdőívek, valamint az azt kiegészítő interjúk alapján is nyitottak voltak a

támogatásra munkahelyi egészségfejlesztés tekintetében. Sőt, a kvalitatív elemzés során feltártaknak megfelelően, igényelték az ezzel kapcsolatos oktatást is.

Megismételt interjú megállapításai

A pandémia után megismételt dolgozókkal folytatott interjúkat egy a pandémiára, home office-ra vonatkozó kérdéssel egészítettük ki. A következő otthoni munkavégzéssel töltendő időszakra való felkészülésre kérdeztünk rá.

A válaszokat a kiegészítő kérdés esetében kvalitatív módszerekkel vizsgáltuk. Ez alapján három szegmens volt elkülöníthető az alábbi hierarchiát követve: az élethelyzet általános megítélése, munkakörnyezet kialakítása, munka és magánélet megfelelő egyensúlyának kialakítása.

A válaszok alapján megállapítható volt, hogy 2021. novemberére kialakult az új normalitás a karantén és a home office-ban történő munkavégzést illetően. A válaszok is ennek megfelelően alakultak, összességében pozitívan ítélve meg a munkahelytől kényszerűen távot töltött időt. Az új élethelyzet olyan lehetőségeket biztosított a munkavállalóknak saját bevallásuk szerint, mint több idő a családra, sportra, valamint más típusú, otthonról is végezhető szabadidős programok. Több válaszadó pozitívként élte meg, hogy a napi ingázás helyett általa hasznos tevékenységeket végezhetett, és nem vesztette el a karantén előtti időszak során utazással töltött holtidőt.

Az új normalitás kialakulásához nagyban hozzájárult a munkakörnyezet otthoni kialakításához való hozzájárulás. A home office időszakára a munkáltató a cég dolgozói számára 100.000 HUF összegű anyagi hozzájárulással segítette az otthoni iroda kényelmes és lehetőség szerinti ergonomikus kialakítását. Az anyagi hozzájárulást ennek megfelelően munkavégzéshez szükséges eszközök beszerzésére fordíthatták a munkavállalók. E mellett a cég nagyméretű monitorok biztosításával is hozzájárult a megfelelő munkakörnyezet otthoni kialakításához. A hosszú otthon töltött időszak azt eredményezte, hogy több munkavállaló beszámolója alapján az otthon kialakított iroda, a szék, asztal, valamint technikai eszközök tekintetében még kényelmesebbé és funkcionálisabbá is vált, mint a de facto munkahelyi környezet.

Az otthoni iroda kialakítása azonban nem csak pozitív hatásokkal járt, hanem a válaszadók beszámolói alapján a munkáltató által biztosított kedvezmények (home office), valamint az általa biztosított anyagi és tárgyi hozzájárulások miatt többet is

követelt a cég munkavállalóitól mint a pandémia előtt. Az első interjú alkalmával a munkahelyi problémák között szereplő időgazdálkodás és túlterheltség a home office időszakában hatványozottan jelentkezett, a megnövekedett munkáltatói oldalról érkező elvárások miatt. Emiatt többen számoltak be a munka és magánélet megfelelő egyensúlyának felborulásáról. Ezt azzal magyarázták, hogy a munkahely és az életter fizikailag azonossá vált, amely nehézkessé tette a munka és magánélet szegmenseinek kettéválasztását. A megküzdési módszerek között a válaszadók felsorakoztatták a napi rutin kialakítását és szigorú betartását, amely bevallásuk szerint segítette a munka és magánélet közötti egyensúly kialakítását, valamint annak megtartását is.

IV.5 A szakmai vezetői interjúk értékelése

A szakmai vezetőkkel készített interjúk a szakirodalmi áttekintés részét képezik, ezért kizárólag kvalitatív elemzést végeztünk rajtuk. A tematikus elemzés módszerét követve a következő szegmenseket tártuk fel, melyek a következők: munkahelyi egészségfejlesztés története, pandémia hatása a munkahelyi egészségfejlesztésre, valamint a munkahelyi egészségfejlesztés nehézségei.

Az interjúalanyok (n=3) a hazánkban működő egyetlen munkahelyi egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezet, az Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület vezető tisztségviselői (elnöke és főtitkára), valamint a szintén országos tapasztalattal és kiemelkedő szakmai eredményekkel büszkélkedő TEAM Rekreáció Kft. ügyvezetője voltak.

Az első helyen szereplő munkahelyi egészségfejlesztés elindulásáról a szakértők körében is eltérőek voltak a vélemények. C.M. interjúalany a rendszerváltás előtti időszakból eredezteti az egészségfejlesztéssel kapcsolatos kezdeményezések megindulását. Ezt arra vezette vissza, hogy a munkahelyeknek volt kötelező sport infrastruktúrája az üzemi sport és rekreáció számára. K.J. interjúalany 1974-ben határozta meg a munkahelyi egészségfejlesztés megjelenését, melyet összekötött a vele kapcsolatos fogalmi rendszer átalakulásával is. Abban azonban mindhárom szakértő egyetértett, hogy a korai kezdeményezések a 1990-es évekre teljesen leépültek. Az első Magyarországon megjelenő multinacionális cégek hozták változást a folyamatba. H.E. interjúalany szerint az újra induló munkahelyi egészségfejlesztéssel elsőként az 1990-es években az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) kezdett foglalkozni, melyet 1997-ben követett az Egészségesebb Munkahelyért Egyesület (EMEGY). A 2000-es évek elején a fő problémát

azonban az alapvető munkavédelmi szabályok megteremtése jelentette. Ezt a trendet 2006-ban az első munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos díjak létrejötte változtatta meg, versenyhelyzetet teremtve a piaci szereplők között. K.J. interjúalany elmondása szerint ennek leginkább az volt az oka, hogy az elnyerhető díjak az esetleges pénzjutalom mellett presztízst is jelentettek és marketing értékük is van. Ez lefordítható munkaerő-piaci népszerűsége, mely nyilvánvaló célként jelenhet meg egy cég esetében. C.M. szerint a kialakult munkaerőhiány további olyan versenyhelyzet elé állította a munkaadókat, mely megköveteli minél több munkahelyi egészségfejlesztő program meglétét, a minőségibb munkaerő bevonása érdekében.

Így, habár a pandémia előtt már volt kialakult gyakorlat a munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatban, az egészségügyi veszélyhelyzet miatt bevezetett korlátozó intézkedések átformálták az elérhető programok piacát. A home office időszakában főként az online térben is működtethető kezdeményezések maradhattak hatékonyak. A korábban bevett, cégvezető által mutatott példán alapuló egészségfejlesztési modell gyakorlatilag megszűnt. C.M. szerint teljesen leépültek a kontakt órák a pandémia hatására, és a munkavállalók egyre inkább rájöttek, hogy a testmozgást is meg lehet oldani otthonról. Emellett H.E. szerint népszerűek voltak az online elérhető tanácsadások, főző tanfolyamok, számítógép előtt végezhető fizikai gyakorlatok. De egyre népszerűbbek az applikáción elérhető munkahelyi egészségfejlesztést célzó programok is, amelyek új típusú veszélyeket is hordoznak (függőség). C.M. szerint sikeres magyar kezdeményezés volt a *FitPuli* egészségfejlesztő applikáció. C.M. szerint a pandémia pozitív hozadéka, hogy a munkavállalók egyre tudatosabbak lettek, kihasználva az országos szinten jelentkező munkaerőhiányt egyre inkább megnézik, mit nyújt számukra egy munkahely a munkakörnyezet és -terhelés, az egészségfejlesztés és rekreációs lehetőségek tekintetében.

A munkahelyi egészségfejlesztés online térbe való áthelyezése azonban a könnyebben megoldható nehézségek sorába tartozik a szakértők szerint. H.E. és K.J. interjúalanyok beszámolója szerint nagyobb problémát okoz, hogy a munkahelyi egészségfejlesztő programok túlnyomó többségben budapesti, irodai dolgozókat foglalkoztató cégeket értek el, míg a vidéki, illetve fizikai munkásokat foglalkoztató vállaltok részvétele az ilyen típusú programokban elenyésző, pontosan a munkahelyek sajátosságai miatt. K.J. kiemelte, hogy az irodai dolgozókat elérő programok is inkább a

nyereségesen működő multinacionális vállalatoknál jellemzők. H.E. és K.J. interjúalanyok az irodai dolgozók esetében nehézségként említik a folyamatos, szünet nélküli munkavégzést, valamint a túlterheltséget, mit problémát. Ez utóbbit mind a kutatás során elvégzett kérdőíves vizsgálat, mind a készített interjúk alátámasztották.

A munkahelyi egészségfejlesztés jó gyakorlatai között éppen ezért olyan típusú munkahelyeket említett H.E. interjúalany, mint a telekommunikációs és az informatikai (IT) szektor, szolgáltatóipar, valamint kereskedelem. Mindhárom megkérdezett szakértő egybehangzó véleménye alapján bármilyen munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos program csak akkor válhat sikeressé, ha egy felülről jövő, a cégvezetéstől induló kezdeményezésként vezetik azt be. K.J. szerint a kívülről, akár szakembertől érkező kezdeményezéseket is elsősorban a cég vezetése számára kell vonzóvá, érdekessé tenni. Ezért C.M. interjúalany külön hangsúlyozta a vállalatvezetők edukálásának fontosságát.

VI. MEGBESZÉLÉS

A kutatás során vizsgált multinacionális telekommunikációs cégnél 2019 és 2022 között végzett kutatás során három kutatási kérdésre kerestük a választ.

K1: Az irodai dolgozóknak mi a véleménye, milyen tapasztalatokkal rendelkeznek az egészséges életmód és a munkahelyi egészségfejlesztés konkrét összetevőivel kapcsolatban a pandémia kialakulása előtt?

K2: A munkahelyi intervenciók hatására milyen változások mutatkoznak a dolgozók egészségmagatartásában, fittségében, táplálkozási és pihenési szokásaiban?

K3: Milyen hatásai vannak a pandémia időszakának a különböző életkorú, nemű és beosztású munkavállalókra az adott cégnél dolgozó munkavállalók esetében?

A kutatási kérdések megválaszolásához longitudinális, kvalitatív kutatási keretet választottunk. Ehhez további négy hipotézist állapítottunk meg a szakirodalom áttekintését követően, melyek vizsgálatára strukturált kérdőíveket, félig strukturált interjúkat, valamint méréseket (testösszetétel mérés, valamint Ruffier lépcsőzés teszt) végeztünk. Az elvégzett kutatás eredményeinek ismeretében a hipotéziseket az alábbiak szerint igazoltuk, részben igazoltuk vagy cáfoltuk.

H1: Feltételezem, hogy a pandémia előtt is egészséges életmódot követő munkavállalók lesznek azok, akik folyamatosan igénylik és nyitottak a cég támogatására a munkahelyi egészségfejlesztés tekintetében.

A kutatás kezdetén, 2019-ben elvégzett kérdőíves mérésekből kiderült, hogy a vizsgált cég dolgozói általában sportos, fizikailag aktív életmódot folytattak. A 4 fokozatú Likert-skálán összességében 2,84-es átlagértéket mutattak az összesített (férfi, női) válaszok. Emellett, az egészségi állapotra való odafigyeléssel kapcsolatos állítás tekintetében is kimagaslóan pozitív visszajelzést, 3,22-es átlagértéket adtak a munkavállalók. Ugyanazon kérdőívben a munkahelyi egészségfejlesztő csoport létrehozásával kapcsolatban még kedvezőbb volt a válaszadók visszajelzése, ebben az esetben 3,44-es átlagértéket mutattak az összesített válaszok. Ez alapján elmondható, hogy a kutatási időszak kezdetén a vizsgált cég munkavállalói egészséges életmódot folytattak. A kutatás során mind a pandémia előtt, mind az alatta végzett intervenciók

programokon a munkavállalók aktívan vettek részt, átlagosan 30%-os részvételi aránnyal. A 2021-ben megismételt kérdőív során a már említett három állítás tekintetében mindössze minimális csökkenés volt észlelhető. A sportos, fizikailag aktív életmód tekintetében 2,7, az egészségi állapotra való odafigyelés tekintetében 2,95, a munkahelyi egészségfejlesztő csoport létrehozásával kapcsolatban 3,19 átlagértékre csökkentek a visszajelzések. A pandémia alatt készült kérdőív eredményei alapján a munkavállalók továbbra is inkább odafigyeltek az egészségükre (3,15), valamint motiváltak voltak a sportlásra (3,11). Az elkészített félig strukturált interjúk visszajelzései alapján a bevezetett intervenciós programokat a munkavállalók pozitívan értékelték, és igényelték azok folytatását.

Ezen eredmények alapján 1. hipotézisemet igazolom. Ez alátámasztja a szakirodalomban is fellelhető megállapítást, miszerint a családból hozott értékek töltik be a legfontosabb szerepet az egyén egészséges életmódra való nevelésben, fizikai aktivitásában (Tánczos és Bognár, 2020).

H2: Feltételezem, hogy a munkavállalók egészségi, fittségi és mentális állapotában egyéni szinten (nem, életkor és munkaköri megoszlás alapján) a leginkább negatívan befolyásolt csoport az alacsonyabb pozíciót betöltő férfiak lesznek a tartós otthoni munkavégzés hatására és a munkahelyi intervenciós programok ellenére.

A kérdőívekre adott válaszok értékelését követően megállapítható, hogy a közép- és felsővezetők könnyebben vették a pandémia alatti időszakot alacsonyabb beosztású társaiknál. A vizsgálat eredményeinek elemzése során kiderült, hogy a magasabb beosztással rendelkező munkavállalók karanténban kevésbé ingerültek és stresszesebbek, mint korábban ($t = -4,43$; $p < 0,00$), valamint hosszabb távon is elviselhetőnek tartották a home office munkavégzést alacsonyabb beosztású társaiknál ($t = 2,87$; $p = 0,01$). Ezen eredményeket kiegészítve a férfi és női alkalmazottak által a kérdőívekre adott válaszok eredményeivel a dohányzás, ingerültség, stressz és unalom tekintetében kimutatható, hogy a pandémia alatt a férfiak többet dohányoztak, ingerültebbek és stresszesebbek voltak, valamint gyakran unatkoztak és nehezen kötötték le magukat, mint női társaik.

Ezen eredmények alapján 2. hipotézisemet részben igazolom. Ez az eredmény szintén tükrözi a korábbi kutatások által feltárt mintákat, miszerint a fiatalabb,

alacsonyabb beosztásokat betöltő generációkat jobban érinti a stressz és a romló mentális állapot a pandémia alatt (Radák, 2020; Pieh, Budimir és Probst, 2020; Juhász és Szabó, 2021; Pataki-Bittó és Kun, 2021; Rezsőfi és mtsai, 2022). A további alcsoport, a férfiak kedvezőtlen alkalmazkodási képessége már egy sokkal megosztóbb kérdés volt a szakirodalom alapján, hiszen egyes kutatások ezt a csoportot találták alkalmazkodóképesebbnek a kialakult pandémiás helyzetre (Pirohov-Tóth és Kiss, 2020). Az idézett kutatás azonban nem vette figyelembe a „rég és új távmunkások” közötti megküzdési különbségeket (Juhász és Szabó, 2021), valamint nem az informatikai és telekommunikációs szektorban dolgozókat vizsgálta specifikusan. A szektorérzékeny kutatások a nők felé billentették a mérleg nyelvét (Raišienė és mtsai, 2020; Alshaabani és mtsai, 2021; Grozdics, 2022), így jelen kutatás eredményei tükrözik a szakirodalomban is fellelhetőket.

H3: Feltételezem, hogy a pandémia előtt és alatt elvégzett intervenciós programok kihatnak az otthoni munkavégzés során mért jellemzőkre, és az otthoni munkavégzés jobb közérzetet és hatékonyabb munkateljesítményt eredményez nemtől, kortól és munkakörből függetlenül mindenki számára.

A rendszeres intervenciós programok hatására a dolgozók testzsír-százaléka szignifikánsan csökkent. Az otthoni munkavégzés során elvégzett mérések időszakában volt a legalacsonyabb a dolgozók testzsír-százalék értéke. Azonban a karantén időszaka alatt elvégzett intervenciók ellenére a visszaméréskor szignifikánsan magasabb volt a testzsír-százalékuk (25,5%), mint a pandémia alatt mért érték (16,6%). A visszamért testzsír-százalék érték megegyezik a pandémia előtt mért értékkel. Ezen kívül a vázizom értékük szignifikánsan csökkent a pandémia előtti és alatti 33,55%-ról 25,64%-ra a pandémia utánra. A viscerális zsír esetében minimális növekedés figyelhető meg a pandémia utáni visszamérés időszakában (7,00-ről 7,64-re), amely növekedés a referencia tartományon belül helyezkedik el (1-9-ig normális). Az elvégzett aerob fitesszi teszt, a Ruffier lépcsőzés teszt eredménye szignifikánsan romlott a pandémia előtti 2,36-ről 3,55-re a pandémia után (1-4-ig terjedő skála). Ezeket az eredményeket alátámasztja a pandémia alatt készített kérdőíves felmérésre adott válaszok értékelése. Ez alapján a munkavállalók bevallásuk szerint többet sportoltak ugyan, mint a pandémia előtt, azonban főként alacsony intenzitású aerob ciklikus jellegű mozgásokat végeztek, mint például a séta, gyaloglás, kocogás, kerékpározás. Ezen mozgásformák nem járnak

izomtömeg növekedéssel. A munkavállalók válaszai alapján az egészségi állapotukra való odafigyelés folyamatosan csökkenő tendenciát mutatott, 3,22-es átlag a pandémia előtt, 3,15-ös a pandémia alatt és 2,95-ös átlag a visszaméréskor. Ezzel ellentétben a munkavállalók a pandémia alatt inkább örömeiket lelték a munkájukban (3,02-es átlag), mint a pandémia előtt (2,9-es átlag) és után (2,97-es átlag).

Ezek alapján az eredmények alapján 3. hipotézisemet részben igazolom. Így kijelenthető, hogy a szakirodalomban szereplő megállapítás, miszerint a heti 2,5 nap otthoni munkavégzést meghaladó karanténból történt munkavégzés negatívan hat a munkavállalókra (Pataki-Bittó és Kun, 2021) a vizsgált cég esetében nem helytálló. Ez visszavezethető az intervenciós programok pozitív hatásaira (lásd: III.5 alfejezet), valamint arra, hogy az otthoni munkavégzés nem volt újdonság a vizsgált cég munkavállalói számára, így „régis távmunkásként” jobban tudtak alkalmazkodni a kialakult helyzethez (Juhász és Szabó, 2021).

H4: Feltételezem, hogy nem, életkor és munkakör függvényében kialakulhat egy további szignifikánsan elkülönülő csoport, az alkalmazotti beosztást betöltő nők, akiknek egészségi, fittségi és mentális állapotára pozitívan hatott a tartós otthoni munkavégzés, valamint a munkahelyi intervenciós programok.

A kutatás során elvégzett mérések és a kérdőívek nyomán nem mutatkoztak szignifikáns eltérések a vizsgált vállalat dolgozóinak körében. Kisebbségi különbségek azonban megfigyelhetők voltak a nemek között. A kérdőívekre adott válaszok alapján a nők a kutatás teljes ideje alatt inkább lelték örömeiket a munkában (2,9-es átlag a pandémia előtt, 3,0-as átlag a pandémia után), mint a férfiak (2,8-as átlag a pandémia előtt, 2,95-ös átlag a pandémia után). Ez az adat azonban a pandémia alatt végzett kérdőíves vizsgálat kapcsán a legszembetűnőbb (nők 3,2-es átlag, férfiak 2,8-as átlag). Ezen kívül a pandémia alatt a nők kevesebbet dohányoztak (nők 1,0-es átlag, férfiak 1,28-as átlag), kevésbé voltak ingerültek és stresszesek (nők 1,47-es átlag, férfiak 1,97-es átlag), valamint jobban kötötték le magukat és kevesebbet unatkoztak (nők 1,21-es átlag, férfiak 1,67-es átlag), mint a férfiak. Ezen felül a nők több figyelmet szenteltek az élelmiszerek összetevők alapján való összeválogatásának (nők 3,16-os átlag, férfiak 2,7-es átlag).

Ezen eredményekre alapozva, 4. hipotézisemet részben igazolom. Ez az eredmény tükrözi a hipotézis felállításához is használt, szektorérzékeny kutatást bemutató

szakirodalom által tett megállapítást, miszerint a nők viselik jobban az otthoni munkavégzéssel járó időszakot az informatikai és telekommunikációs szektorban (Raišienė és mtsai, 2020). Az eredményhez hozzájárulhatott a már korábban is tett megállapítás, miszerint a „régóta munkások” alapvetően jobban tudtak alkalmazkodni a kialakult helyzethez, a kényszerű tartós otthoni munkavégzéshez (Juhász és Szabó, 2021). Míg a férfiak esetében további negatív tényezőként szerepelt a szakirodalom által is alátámasztott, fiatalabb generációk gyenge megküzdési mechanizmusa (Radák, 2020; Pieh, Budimir és Probst, 2020; Juhász és Szabó, 2021; Pataki-Bittó és Kun, 2021; Rezsőfi és mtsai, 2022), addig a nőknél ez a különbségtétel jelen kutatás esetén nem jelentkezett.

A jelen fejezetben tárgyalt négy hipotézis közül egyet tehát igazoltam, hármat részben igazoltam. A hipotéziseket, azok eredményeit a 31. táblázat mutatja be összefoglaló módon.

31. TÁBLÁZAT: A KUTATÁS HIPOTÉZISEINEK ÖSSZEFOGLALÁSA

Hipotézisek	Kutatási eredmények	Eredmények
H1: Feltételezem, hogy a pandémia előtt is egészséges életmódot követő munkavállalók lesznek azok, akik folyamatosan igénylik és nyitottak a cég támogatására a munkahelyi egészségfejlesztés tekintetében.	Dolgozói elégedettség, pozitív egészségmagatartási összetevők, egészséges, sportos életmód.	B*
H2: Feltételezem, hogy a munkavállalók egészségi, fittségi és mentális állapotában egyéni szinten (nem, életkor és munkaköri megoszlás alapján) a leginkább negatívan befolyásolt csoport az alacsonyabb pozíciót betöltő férfiak lesznek a tartós otthoni munkavégzés hatására és a munkahelyi intervenció programok ellenére.	A közép- és felső vezetők könnyebben vették a pandémia alatti időszakot alacsonyabb beosztású társaiknál. A pandémia alatt a férfiak többet dohányoztak, ingerültebbek és stresszesebbek voltak, valamint gyakran unatkoztak és nehezen kötötték le magukat, mint női társaik.	R**
H3: Feltételezem, hogy a pandémia előtt és alatt elvégzett intervenció programok kihatnak az otthoni munkavégzés során mért jellemzőkre, és az otthoni munkavégzés jobb közérzetet és hatékonyabb munkateljesítményt eredményez nemtől, kortól és munkakörtől függetlenül mindenki számára.	Dolgozók testzsírszázaléka a pandémia alatti időszakban szignifikánsan csökkent, majd visszatért a pandémia előtti szintre, valamint a vázizomértékük csökkent. Az elvégzett aerob fittségi vizsgálat az állóképesség romlását mutatta a pandémia utánra.	R**
H4: Feltételezem, hogy nem, életkor és munkakör függvényében kialakulhat egy további szignifikánsan elkülönülő csoport, az alkalmazotti beosztást betöltő nők, akiknek egészségi, fittségi és mentális állapotára pozitívan hatott a tartós otthoni munkavégzés, valamint a munkahelyi intervenció programok.	A nők kevesebbet dohányoztak, kevésbé voltak ingerültek és stresszesek, valamint jobban lekötötték magukat és kevesebbet unatkoztak, mint a férfiak.	R**
<p>*B: Bizonyítom **R: Részben bizonyítom</p>		

VII. KÖVETKEZTETÉSEK

VI.1 Az eredményekből levont következtetések

A dolgozat az egyik legnagyobb magyarországi multinacionális telekommunikációs vállalat 100 fős nemzetközi nagykereskedelmi értékesítési támogatást nyújtó egységének munkahelyi egészségfejlesztéssel és egészségmagatartással kapcsolatos ismereteit, a dolgozók aktuális fittségi és egészségügyi állapotát vizsgálta a pandémia időszaka előtt, alatt és után.

A dolgozat I. fejezetében, a szakirodalmi áttekintés során megállapítottuk, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés a 2000-es évek elején jelent meg hazánkban (Bognár és Huszár, 2009; Horváth és Bognár, 2019; C.M. interjúalany, 2022; Szabó és Kajos, 2023). A terület kiterjedt jogszabályi háttérrel is rendelkezik (lásd III.3 fejezet), azonban a szakértői interjúk eredményei is megerősítették, hogy a szabályozási háttér ellenére a fő problémát még mindig az alapvető munkavédelmi előírásoknak való megfelelés jelenti (C.M. interjúalany, 2022). Emellett mind a szakirodalom, mind a szakértők egybecsengő véleménye az volt, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés leginkább olyan multinacionális, nemzetközi háttérrel rendelkező, alapvetően nyereséges, irodai dolgozókat foglalkoztató cégeknél jelenik meg, melyek budapesti székhellyel is rendelkeznek. Ezzel szemben a vidéki, fizikai munkásokat foglalkoztató, valamint kis- és középvállalkozások részvétele ilyen jellegű programokban elenyésző (Kapás, 2006). Ezt erősíti meg a szintén az I. fejezetben tárgyalt nemzetközi jó gyakorlatok sora, melyek között egy kis- és középvállalkozásokat célzó programot mutattunk be, mely Ausztrália Új-Dél-Wales államában futott, mérsékelt sikerrel (GHaW, 2022).

A II. fejezet tárgyalta a dolgozat kutatási kérdéseit, valamint hipotéziseit. A III. fejezetben a kutatáshoz alkalmazott módszerek kerültek bemutatásra. A kutatási kérdések vizsgálatára, illetve a hipotézisek bizonyításának érdekében kérdőíves vizsgálatot, fittségi állapotfelmérést, valamint félig strukturált interjúkat végeztünk, melyek elemzéséhez gyakorisági statisztikát, valamint tematikus elemzést alkalmaztunk.

A IV. fejezetben kerültek bemutatásra az eredmények a kérdőíves vizsgálatok, a mérések, valamint az elkészített interjúk kapcsán. A vizsgált telekommunikációs nagyvállalat esetében kiemelhetjük, hogy a káros szenvedélyek elutasítása a járvány alatt is fennmaradt, ami jól mutatja, hogy a dolgozók érzelmi és mentális állapotában nem

következett be kedvezőtlen változás. Általánosságban elmondható, hogy káros szenvedélyektől mentes, pozitív hozzáállású és motivált közösség alkotta a cég munkavállalói bázisát. Megállapítható, hogy a munkavállalók elégedettek, motiváltak és odafigyeltek az egészségtudatos szokásrendszer megtartására. Ezt tovább erősítette az a tény is, hogy jellemzőnek tartották magukra, hogy általában odafigyelnek az egészségi állapotukra. Ebben minden bizonnyal jelentős szerepet játszott az is, hogy a munkahelyi vezetés bizalmat szavazott az egészségfejlesztési területnek. Emellett az első interjúk eredményeiből is kitűnt, hogy a vállalat dolgozói alapvetően egészséges és sportos életmódot folytattak, mely megerősíti a szakirodalomban is fellelhető megállapítást, miszerint az egyének hajlamosabbak folytatni a korábban kialakított életmódot a pandémia alatt is (Tánczos és Bognár, 2020). Ehhez az eredményhez hozzájárulhatott az is, hogy a vizsgált cég munkavállalói „régóta távmunkásként” jobban tudtak alkalmazkodni a kialakult helyzethez (Grozdics, 2022).

Az eredmények értékelésekor nem szabad figyelmen kívül hagyni azt, hogy a szórásértékek jellemzően magasak voltak. Ez azzal magyarázható, hogy aránylag kis elemszámmal dolgoztunk (n=50), illetve a válaszadók válaszai bizonyos esetekben jelentős különbségeket mutattak. Az egyértelmű, hogy a munkavállalók saját véleménye alapján a járvány alatt nem romlott olyan jelentősen az egészségmagatartásuk, mint ahogy azt várni lehetett, mely részben az intervenciós programoknak tudható be.

A válaszok alapján a munkavállalók a karantén időszakát kevésbé élték meg negatívan, mint ami más kutatási eredményekből kitűnik (Caligiuri, De Cieri és Minbaeva, 2020), habár ennek megítélése a szakirodalom egymásnak is néha ellentmondó eredményei miatt nehézkes (Pataki-Bittó és Kun, 2021; Juhász és Szabó, 2021), azonban szektorspecifikus kutatások tekintetében a szakirodalomban megjelenő kutatási eredményekkel egybeesnek (Raišienė és mtsai, 2020). A válaszadók jellemzőnek tartották magukra, hogy a karantén alatti munkavégzést jól viselték, jellemzően nem tapasztaltak megnövekedett érzelmi és mentális nehézségeket, illetve a fittségi és egészségügyi mutatóik sem romlottak lényegesen a pandémia időszakában. Elmondható, hogy a mintát adó munkavállalók a karantén alatt is tudtak rendszert tartani az életükben, és a járvány miatt megváltozott munkakörülmények nem jelentettek komolyabb gondot számukra.

Érdeemes arra külön figyelni, hogy a kutatásban részt vett munkavállalók általánosságban jól érezték magukat, odafigyeltek az egészségügyi állapotukra és örömet leltek a munkájukban. Az eredmények azt mutatták, hogy a jellemzően pozitív egészségmagatartási szokások a járvány alatt sem romlottak jelentősen. Mindez azt bizonyítja, hogy az otthoni munkavégzés a hagyományos, munkahelyen történő munkavégzés megfelelő alternatívája lehet.

A férfiak, a fiatalok és az alkalmazottak szereztek inkább negatívabb tapasztalatokat a járvány miatt, ami megfelel a korábbi kutatások eredményeinek (Ammar és mtsai, 2020; Bartik és mtsai, 2020). A dolgozókkal folytatott interjúkból kirajzolódott a munkavállalók elégedettsége és elismerése a cégvezetés irányába, akik a pandémia alatt is elkötelezetten támogatták a korábbi munkahelyi egészségfejlesztő programok folytatását.

A munkahelyi egészségfejlesztés szakmai vezetőivel folytatott interjúk rávilágítottak arra, hogy a legtöbb mikro-, kis- és középvállalkozás számára máig szinte teljesen ismeretlen fogalom a munkahelyi egészségfejlesztés; és a nagy multinacionális háttérű cégek (mint a vizsgált vállalat is) általában Budapestre vagy a nagyvárosokra korlátozva, tehát viszonylag kevés helyen foglalkoznak a dolgozóik egészségével. Különösen igaz ez a pandémia időszakára, amikor tulajdonképpen megszűntek az ilyen jellegű programok (Kapás, 2006; C.M. interjúalany, 2022; H.E. interjúalany, 2022; K.J. interjúalany, 2022).

Lényeges eredménye a kutatásnak, hogy rámutatott, a vezetői akarat és az erős szakemberi, illetve szakmai háttér csakis együttesen képes a pandémiát megelőző és az azon átívelő hatékony és komplex munkahelyi egészségfejlesztés kialakítására, mely alátámasztja a szakmai vezetőkkel folytatott interjúk megállapításait is (H.E interjúalany, 2022).

Az pandémia alatt kialakult rendkívüli helyzet kezelését a cég vezetőinek is meg kellett tanulniuk, hiszen ilyen teljes körű szervezeti átállás még soha nem volt a cég életében, amikor az alkalmazottak kizárólag otthonukból, home office-ban dolgoztak hónapokon át. A munkavállalók általános vélekedése szerint a digitális munkavégzés a jövőben fontosabb szerepet tölt majd be biztonságos jövedelemforrásként, mint a hagyományos munkahelyek (Nagel, 2020). A pandémia miatt kialakult helyzetet alapul

véve új irány is kialakulhat a jövő vállalati foglalkoztatási módok szempontjából. Emellett a vállalatoknak az irodai munkavégzés otthonosabbá tételére és egészségügyi és fittségi szempontból történő átgondolására is törekedniük kell. A nem, életkor és munkakörök vizsgálata kapcsán az látható, hogy a férfiak, különösen a 35 év alatti munkavállalók kedvezőtlenebbül reagáltak a munkakörnyezet drasztikus változásaira. Ez alátámasztja a szakirodalomban is megjelenő eredményeket, miszerint a fiatalabb generációk nehezebben viselik az otthoni munkavégzést (Radák, 2020; Juhász és Szabó, 2021; Pataki-Bittó és Kun, 2021; Rezsőfi és mtsai, 2022)

A kutatás rávilágított arra, hogy a jövőben akár az irodabérlés létjogosultsága is szóba kerülhet, adott esetben az alapterület csökkentésére, az iroda funkciójának újragondolására, a személyes munkahelyi jelenlét átalakítására, az irodai felszereltség és kialakítás felhasználóbarát újragondolására, valamint a dolgozó munkaterhelésének optimalizálására mutató igények mellett. Az otthoni munka által nyújtott rugalmas munkaidő, a családdal töltött minőségi idő meghosszabbodása, a munka és a magánélet közötti arány optimalizálása, a munkakörnyezet otthonossága, a napi utazások elmaradásának köszönhető időbeli és anyagi nyereség, a digitális technika adta lehetőségek mind-mind új megvilágításba helyezik, újra értelmezik a munka fogalmát.

VI.2 Limitációk

Egyértelmű, hogy a munkavállalók egészségmagatartása általában véve pozitív volt, nem változott, és nem romlott jelentősen a járvány alatt. Az eredmények értékelésekor nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a vizsgálatban egyetlen telekommunikációs vállalat egy egysége vett részt, a minta mérete viszonylag alacsony, a szórás pedig jellemzően magas volt. Ennélfogva eredményeink nem általánosíthatók különböző környezetekre és nagyobb populációra; ez a kutatás azonban irányokat és szempontokat nyithat további empirikus vizsgálatok számára.

Az elvégzett kutatás szektorérzékeny, így egy nagyobb minta hasonló, longitudinális vizsgálata esetén sem beszélhetünk bizonyossággal a teljes munkaerőpiacra kivetíthető eredményekről. A teljes munkaerőpiac helyzetének megítéléséhez országos, reprezentatív felmérésre lenne tehát szükség, nemcsak a szektorérzékenység, hanem az önkéntes kérdőívekkel szemben tapasztalható részrehajló kitöltési hajlandóság miatt is.

A kutatás további limitációját képezi, hogy egy versenyszférában jelenlévő vállalatnál folyt a kutatás, mely nem tette lehetővé a kutatási alanyok azonos időpontban való felmérését, habár törekedtünk a délelőtti, 8:00 és 11:00 óra közötti mérési időpontok megvalósítására. Éppen ezért az intervenciós programok sem állandó órarend szerint valósultak meg, hanem azon időpontokban, amikor a legtöbb munkavállaló bevonására volt lehetőség. Továbbá a vállalatnál fennálló fluktuáció minimálisan jelentkezett a kutatási alanyok tekintetében is.

Az Európai Parlament és a Tanács által elfogadott Általános adatvédelmi rendelet (GDPR) szabályai szerint a személyes adatok kezelésére, mint a kiadott szabadságok számának lekérése már nem nyílik lehetőség. Emellett a kutatás társadalomtudományi jellege miatt a nem invazív mérési eljárásokat részesítettük előnyben.

A kutatás egyik lényeges limitációja a COVID-19 világjárvány megjelenése, mely befolyásolta és módosította a kutatás lefolytatását. A pandémiás helyzetre adott első válaszreakciók olyan intézkedéseket tartalmaztak, melyek megnehezítették a kutatást. Azt megváltozott körülmények között, szigorú szabályrendszernek megfelelően kellett elvégezni, nagyban korlátozva ezzel a hozzáférhető adatokat, valamint az elérhető munkavállalók számát, így a kutatási elemszámot.

A kutatás megállapított korlátai, valamint a kutatási eredmények tulajdonképpen ki is jelölik, hogy milyen területeken lehet tovább folytatni, vagy kibővíteni a jelen kutatást. Az első ilyen terület magának a kutatásnak a kibővítése, melyet a jövőben indokolt lenne megismételni nagyobb számú alannyal, elsősorban szintén telekommunikációs cég esetében. Ezzel a vizsgálattal lehetne biztosítani, hogy a vizsgálat eredménye más szektorokra is kiterjeszhető legyen.

Ezen felül a munkáltatók szempontjából vélhetően kialakult azon trendet javasolt górcső alá venni, amely azt indikálja, hogy minél nagyobb a humán tőke, annál inkább hajlamos egy cég munkahelyi egészségfejlesztő programok bevezetésére. Érdeemes feltárni ezzel kapcsolatban, hogy milyen szegmentálás alapján dönti el egy cég, hogy mire költ többet, illetve, létezik-e ilyen szegmentálás, avagy kik a „feláldozhatók”.

Ennek ellentétpárjaként megvizsgálendő az a munkavállaló típus, aki a béren kívüli juttatások mértékétől, valamint a munkahelyen tapasztalható, munkakörnyezettel, munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos programok mértékétől, milyenségétől teszi

függővé hol vállal munkát. Ez összefügghet a legfiatalabb, Z generáció álláskeresői attitűdjével is, melyet akár egy összefüggő, vagy kettő különálló kutatásban lehet érdemes vizsgálni.

VI.3 Javaslatok

Mindezek alapján javasoljuk az otthoni munkavégzést rendszerszinten lehetővé tenni azon dolgozók számára, akiknek a személyes jelenlétére nem, vagy csak alkalmanként van szükség az irodában. Ugyanakkor az irodai környezet, a munkatempó, a munkafeltételek, az étkezési feltételek, a rekreációs, szabadidős és csapatépítő programok biztosítására még több erőforrást érdemes szánni azoknál a dolgozóknál, akiknek a munkába járás, a munkahelyi fizikai jelenlét és a munkavégzés kooperatív, személyes jellege naponta vagy hetente többször elkerülhetetlen.

A kutatás szempontjából érdemes lenne a jövőre vonatkozóan a home office bevezetésének hosszú távú kockázatait is megvizsgálni. Kérdéses, hogy ugyanez a szorgalom, lendület éveken át is kitart-e. Előfordulhat, hogy az egészségügyi, mentális, érzelmi és szociális kihívások hosszú távon jelentkeznek. További kérdésként merülhet fel, hogy egy már kialakult, egymást jól ismerő, összeszokott csapat együttműködése, munkahatékonyasága hogyan változik meg akkor, amikor kizárólag a home office lesz a cég hosszú távú működésének alapja.

Az eredmények alapján javasolt, hogy a jövőbeni munkahelyi egészségfejlesztési programok azokra a veszélyeztetett csoportokra fokozottabban összpontosítsanak, amelyek rosszabbul reagáltak a tartós otthoni munkavégzésre, mint általánosságban a fiatalabb generációk, valamint a férfiak.

Összességében megállapítható, hogy mind a munkahelyen, mind a távmunkában vagy home office-ban való foglalkoztatásnak létjogosultsága van a munkaerőpiacon. Az adott cég aktuális feladatai, profilja és a munkáltatóknak a hatékony és egészségtudatos munkavállalóhoz való hozzáállása meghatározó szempont lesz a jövő foglalkoztatási módozatainak és a további kutatásoknak a szempontjából.

VI.4 Ajánlások

Magyarországon mind a mai napig kuriózumnak számít, hogy a munkaadók foglalkozzanak a dolgozók egészségével, fittségével és mentális állapotával, valamint munkakörülményeivel. Annak ellenére, hogy a 2000-es évek kecsegtető változásokat

hoztak ezen a területen, nem minden esetben a dolgozók voltak a kedvezményezettek. Sok cégvezető máig úgy látja, hogy kizárólag a munkakörnyezet érzékszervekre, valamint térérzetre ható tényezői, illetve a dolgozók anyagi javadalmazása kölcsönzi a munkahely vonzerejét. A tárgyi eszközök felvonultatása közben azonban a legfontosabb „kellékről”, a dolgozó emberről és annak közérzetéről, erkölcsi megbecsüléséről feledkeznek meg. A munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos programok még mindig inkább csak kirakattevékenységek. Az alulról jövő kezdeményezések nem jellemzők, alapvetően a cégvezetést kell meggyőzni a munkahelyi egészségfejlesztés fontosságáról. Ezen a területen tehát paradigmaváltás szükséges, melynek alátámasztására a disszertációból is kirajzolódnak az objektív bizonyítékok, hogy a dolgozók produktivitásának fenntartásához napjainkban másfajta, humánusabb hozzáállás szükséges. Emellett hazánkban egy másik fontos aspektus is kirajzolódni látszik; megszületett az a munkavállaló archetípus, aki a tapasztalható munkaerőhiányt kihasználva, tulajdonképpen versenyezteti a munkáltatókat a kegyeiért. Éppen ezért fontos a cégvezetők edukálása, hogy az alapvetően felülről jövő kezdeményezésként megjelenő munkahelyi egészségfejlesztést célzó programok valóban elinduljanak a magyarországi munkahelyeken.

Ehhez azonban szükséges egy további változás is, méghozzá a jogi környezetben, melynek átalakítása szükséges. A dolgozók egészségére köteles figyelni a munkáltató, méghozzá rendszerszinten. Ezt támasztja alá a munkavédelemmel és az foglalkozás egészségüggyel kapcsolatban meglévő, kötelező érvényű jogszabályi környezet. Ezzel szemben a munkakörnyezet, fittség, valamint mentális állapot még mindig a szürke zónában helyezkedik el, ezen területek még mindig kívül esnek a törvényi szabályozás keretein. Jelen helyzetben a jogszabályi háttér főként a munkavédelemmel foglalkozik, és e tekintetben is igen megengedő; a szabályokat be nem tartó munkáltatók nem számíthatnak nagy büntetési tételekre, amely nehezíti a szabályok betartatását. Emellett a pandémia időszaka alatt szerzett tapasztalatokból kiindulva, érdemes lenne jogszabályi meghatározásban leírni az otthoni munkavégzés több formáját is, mely a jelenlegi szabályozásban hiányos, csak a távmunka fogalmát ismerteti. Végül, a munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos szabályozások, és előírások megjelenése külső ösztönzőként érdemleges fejlődést indíthatna újtára Magyarországon.

A rekreáció a munkahelyen is meg kell, hogy jelenjen. Ahogyan Kovács Tamás Attila fogalmaz: „*a rekreáció jelenti [...] a munkában elfáradt ember aktív kikapcsolódását, pihenését, felfrissülését, munkaerejének, munkavégző képességének (bővített formában) újratermelését és a többé válást is*” (2004). Ennek megfelelően a munkáltatók akkor hozzák a legjobb döntést a saját és dolgozóik szempontjából, amikor az anyagi és az erkölcsi megbecsülésen túl a munkavállalók egészségének és kellemesebb munkakörülményeinek fejlesztésére fordítják erőforrásaikat - a cég profiljának és a munkavégzés szempontjainak figyelembevételével. Ezeket az erőforrásokat azonban szervezett keretek között, belső munkahelyi egészségfejlesztő csoportok létrehozásával lehet célzottan és hatásosan ráfordítani. Egy ilyen csoport létrejöttéhez szintén a felülről jövő kezdeményezés szükséges, azonban maga a csoport a felsővezetők mellett középvezetőket és alkalmazottakat is magába kell, hogy foglaljon a hatékonyabb működés érdekében. Ez a csoport felelős a cégen belüli munkahelyi egészségfejlesztést, rekreációt célzó programok, valamint a munkahelyi egészségterv létrehozásáért. Ez azonban még mindig kevés lehet, hiszen a csoport tagjai a saját szakterületükön képzett munkavállalók, nem pedig munkahelyi egészségfejlesztésben jártas szakemberek. Ezért ez utóbbiak, rekreációs szervezők és egészségfejlesztők bevonása szükséges a hatékony munkahelyi egészségterv kialakításához, valamint a munkavállalók számára leghasznosabbnak ítélt intervenciók megszervezéséhez, lebonyolításához.

A disszertációban megjelenő mérési módszerek típusaival, a kérdőívek kérdéseivel és a mélyinterjúk tartalmával egymást kiegészítve, a hipotéziseket minden oldalról megerősítve igyekeztünk minél pontosabb képet adni a pandémia által sújtott vésztérhes helyzetben történő munkáltatói hozzáállásról. Bízunk benne, hogy egyértelműen láthatóvá vált, hogyan lenne célszerű a jövőben a dolgozók munkakörülményeit fejleszteni hazánkban is. Kutatásunk remélhetőleg jelentősen hozzájárul a hatékonyabb és egészségesebb, jobb hangulatú munkavégzéshez, és példaként szolgálhat olyan vállalatok számára, ahol az otthoni munkavégzés eddig semmilyen formában nem volt jelen. Mindez hazánk gazdasági versenyképességének és az élhető munkahelyi környezet megteremtésének záloga lehet.

VIII. ÖSSZEFOGLALÁS

A kutatás célja az egyik legnagyobb hazai multinacionális telekommunikációs vállalat munkahelyi egészségfejlesztéssel és egészségmagatartással kapcsolatos ismereteinek, a dolgozók aktuális fittségi és egészségügyi állapotának a pandémia időszaka előtti, alatti és utáni vizsgálata volt. A kutatási kérdések a következőkre tértek ki: a dolgozók milyen tapasztalatokkal rendelkeznek az egészséges életmód és a munkahelyi egészségfejlesztés konkrét összetevőivel kapcsolatban a pandémia előtt, az elvégzett intervenciós programok milyen hatással voltak a dolgozók egészségmagatartására, valamint milyen hatással volt a pandémia időszaka a különböző életkorú, nemű és beosztású munkavállalókra.

A kutatási kérdések feltárásához három alkalommal végeztünk kérdőíves vizsgálatot, melyeket online, anonim módon és önkéntesen tölthettek ki a vizsgált cég munkavállalói. A kérdőívek adható válaszok 4 fokozatú Likert-skála alapján történtek. A kérdőívek mellett három alkalommal került sor műszeres vizsgálatra. Ezen felül félig strukturált interjúkat készítettünk a munkavállalók egy véletlenszerűen kiválasztott csoportjával, valamint a hólabda módszert követve a munkahelyi egészségfejlesztés magyarországi szakembereivel. Végül intervenciókat hajtottunk végre a vizsgált vállalatnál a pandémia előtt és alatt.

A mintát Magyarország egyik legnagyobb telekommunikációs nemzetközi vállalatának technikai támogatást nyújtó egysége adta (n=100). Ebből a létszámból a három vizsgálati időszak alatt a következő minta rajzolódott ki: 1. mérés (n=50), életkor M=44,3, 25 férfi, 25 nő; 2. mérés (n=46), életkor M=43,89, 27 férfi, 19 nő; 3. mérés (n=37), életkor M=44,3, 19 férfi, 18 nő.

A kapott eredmények alátámasztották a szakirodalomban leírtakat, megerősítették a „régóta távmunkások”, illetve a magasabb pozíciót betöltő munkavállalók magasabb alkalmazkodóképzését az otthoni munkavégzéshez, valamint a fiatalabb generációk gyengébb megküzdési mintázatát. A kutatás rávilágított arra, hogy a szektorspecifikus vizsgálatok a munkahelyi egészségfejlesztés tekintetében fontosak, hiszen a kutatási eredmények eltérőek lehetnek más-más szektorokban. Ezen kívül fontos megállapítás, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés maga is fejlesztendő terület hazánkban, mely a vállalati felsővezetők edukálásával indítható el nagyobb arányban.

IX. SUMMARY

The aim of the research was to investigate the knowledge of one of the largest Hungarian multinational telecommunication companies about workplace health promotion and health behaviour, the current fitness and health status of employees before, during and after the pandemic period. The research questions addressed the following issues: the experience of employees with specific components of healthy lifestyles and workplace health promotion before the pandemic, the impact of the intervention programmes implemented on employees' health behaviour, and the impact of the pandemic period on employees of different ages, genders and job titles.

To explore the research questions, three questionnaires were administered online, anonymously and voluntarily to the employees of the company under study. The questionnaires were answered on a 4-point Likert scale. In addition to the questionnaires, three instrumental tests were carried out. In addition, semi-structured interviews were conducted with a randomly selected group of employees and with Hungarian experts in work health promotion, following the snowball method. Finally, interventions were implemented in the company under study before and during the pandemic.

The sample consisted of the technical support unit of one of the largest international telecommunication companies in Hungary (n=100). From this number, the following sample emerged over the three study periods: study period 1. (n=50), age M=44.3, 25 men, 25 women; study period 2. (n=46), age M=43.89, 27 men, 19 women; study period 3. (n=37), age M=44.3, 19 men, 18 women.

The results obtained support the literature, confirming the higher adaptability of „old teleworkers” and workers in higher positions to work from home, as well as the weaker coping patterns of younger generations. The research highlighted the importance of sector-specific studies for work health promotion, as research findings may differ in various sectors. In addition, an important finding is that work health promotion itself is an area for development in Hungary, which can be initiated to a greater extent by educating senior managers in companies.

X. IRODALOMJEGYZÉK

- Ács, P. (szerk.). (2020). *Változások a magyar lakosság élet- és munkakörülményeiben kiemelten a fizikai aktivitás és a sportfogyasztási szokások vonatkozásában*. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
<https://www.etk.pte.hu/public/upload/files/efop362/acspnograccovid19kutatasijelentes.pdf>
- Aktív Magyarország. (2024). *Aktív életmód kutatás*. Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem . https://tf.hu/files/docs/hirek/2024/aktiv-eletmod-kutatas-210x148-240613-v5_3.pdf
- Aldana, S. (2018, július 4). Reasons to have a wellnessprogram, Benefits of wellness . *Workplace Wellness Blog*. 2021,
<https://www.wellsteps.com/blog/2018/07/04/reasons-to-have-a-wellnessprogram-benefits-of-wellness>
- Alshaabani, A., Naz, F., Magda, R., & Rudnák, I. (2021). Impact of perceived organizational support on OCB in the time of covid-19 pandemic in Hungary: Employee engagement and affective commitment as mediators. *Sustainability*, 13(14), 7800. <https://doi.org/10.3390/su13147800>
- Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., Bouaziz, B., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Müller, P., Müller, N., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L., Braakman-Jansen, A., Wrede, C., Bastoni, S., Pernambuco, C., ... Hoekelmann, A. (2020). Effects of covid-19 home confinement on eating behaviour and physical activity: Results of the ECLB-covid19 international online survey. *Nutrients*, 12(6), 1583. <https://doi.org/10.3390/nu12061583>
- Ammendolia, C., Côté, P., Cancelliere, C., Cassidy, J. D., Hartvigsen, J., Boyle, E., Soklaridis, S., Stern, P., & Amick, B. (2016). Healthy and productive workers: Using intervention mapping to design a Workplace Health Promotion and Wellness Program to improve presenteeism. *BMC Public Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3843-x>

- Aszmann, A. (szerk.). (2003). *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet.
- AYCM. (2024). <https://allyoucanmove.hu/elfogadohelyekblokk>
- Bakacsi, G. (1996). *Szervezeti magatartás és vezetés*. Közgazdasági és Jogi Kiadó.
- Bakacsi, G., Bokor, A., Császár, C., Gelei, A., Kováts, K., & Takács, S. (2000). *Stratégiai emberi erőforrás menedzsment*. KJK Kerszöv.
- Bánhidi, M., & Lacza, G. (2020). Lifestyle changes during covid-19 period in Hungary – feedback of university students. *World Leisure Journal*, 62(4), 325–330. <https://doi.org/10.1080/16078055.2020.1825251>
- Bartik, A., Cullen, Z., Glaeser, E. L., Luca, M., & Stanton, C. (2020). What jobs are being done at home during the COVID-19 crisis? evidence from firm-level surveys. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3634983>
- Baxter, S., Campbell, S., Sanderson, K., Cazaly, C., Venn, A., Owen, C., & Palmer, A. J. (2015). Development of the workplace health savings calculator: A practical tool to measure economic impact from reduced absenteeism and staff turnover in Workplace Health Promotion. *BMC Research Notes*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1402-7>
- Berényi, L., & Szolnoki, B. (2014). Az irodai munkavégzés ergonómiájának hatása a munka minőségére. *Minőség És Megbízhatóság*, 47(2), 95–103.
- Bick, A., Blandin, A., & Mertens, K. (2020). Work from home after the COVID-19 outbreak. *Federal Reserve Bank of Dallas, Working Papers*, 2020. <https://doi.org/10.24149/wp2017>
- Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8(3), 335–341. <https://doi.org/10.1007/s11019-005-0538-y>
- Boda, E., & Herpainé Lakó, J. (2015). *A rekreáció elmélete és módszertana 2*. EKF Líceum Kiadó.
- Bognár, J., & Huszár, A. (2009). A sport hatása az egészségtudatos magatartás kialakításában. In Bognár J. (szerk.) *Tanulmányok a kiválasztás és a tehetség gondozás köréből* (pp. 130–141). Magyar Sporttudományi Társaság.

- Bognár, J., Gangl, J., Konczos, C., Fügedi, B., Geosits, B. K., & Agócs, A. (2010). How are quality of life and preferred values viewed by Hungarian adults? *Journal of Human Sport and Exercise*, 5(1), 84–93. <https://doi.org/10.4100/jhse.2010.51.09>
- Cahapay, M. B. (2020). Social distancing practices of residents in a Philippine region with low risk of COVID-19 infection. *European Journal of Environment and Public Health*, 4(2). <https://doi.org/10.29333/ejeph/8455>
- Caligiuri, P., De Cieri, H., Minbaeva, D., Verbeke, A., & Zimmermann, A. (2020). International HRM Insights for navigating the COVID-19 pandemic: Implications for future research and practice. *Journal of International Business Studies*, 51(5), 697–713. <https://doi.org/10.1057/s41267-020-00335-9>
- Crane, M., Bohn-Goldbaum, E., Lloyd, B., Rissel, C., Bauman, A., Indig, D., Khanal, S., & Grunseit, A. (2019). Evaluation of get healthy at work, a state-wide Workplace Health Promotion Program in Australia. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6493-y>
- Dale, A. M., Enke, C., Buckner-Petty, S., Hipp, J. A., Marx, C., Strickland, J., & Evanoff, B. (2018). Availability and use of workplace supports for health promotion among employees of small and large businesses. *American Journal of Health Promotion*, 33(1), 30–38. <https://doi.org/10.1177/0890117118772510>
- EU OSHA (szerk.). (2010). *Munkahelyi egészségfejlesztés munkavállalók számára*. Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség. <https://osha.europa.eu/hu/publications/factsheets/94/view>
- European Commission (2018). *New eurobarometer on sport and physical activity*. Special Eurobarometer 472. Sport and physical Activity. https://ec.europa.eu/sport/news/2018/new-eurobarometer-sport-and-physical-activity_en
- European Network for Workplace Health Promotion. (ENWHP, 2007). *Luxembourg declaration*. https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/05/04/luxembourg_declaration.pdf

- European Network for Workplace Health Promotion. (ENWHP, 2013). *Models of Good Practice*. <https://www.enwhp.org/?i=portal.en.moveeu-models-of-good-practice>
- Eurostat (2024). Duration of working life – statistics. (2024, november 01). https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Duration_of_working_life_-_statistics
- Fitpuli (2021). *Digital health programme that works*. (2021, április 27). <https://www.fitpuli.hu/en/>
- Flintrop, J. (szerk.). (2011). *Mental health promotion in the workplace – A good practice report*. Publications Office of the European Union. https://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/31140/1/8700_Hassard.pdf
- Földesiné Szabó, G., Gál, A., & Dóczi, T. (szerk.). (2008). *Társadalmi riport a sportról*. Önkormányzati Minisztérium Sport Szakállamtitkárság – Magyar Sporttudományi Társaság.
- Gajendran, R. S., & Harrison, D. A. (2007). The good, the bad, and the unknown about telecommuting: Meta-analysis of psychological mediators and individual consequences. *Journal of Applied Psychology*, 92(6), 1524–1541. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.6.1524>
- Get Healthy at Work (GHaW, 2022). *Get Healthy at Work*. <https://web.archive.org/web/20221102045506/https://www.gethealthyatwork.com.au/assets/resources/action-item-resources/Get+Healthy+at+Work+Factsheet.pdf>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Visnawath, K. (szerk.). (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, research, and practice* (4th ed.). Jossey-Bass.
- González, K., Fuentes, J., & Márquez, J. L. (2017). Physical inactivity, sedentary behavior and chronic diseases. *Korean Journal of Family Medicine*, 38(3), 111. <https://doi.org/10.4082/kjfm.2017.38.3.111>
- Greer, T. W., & Payne, S. C. (2014). Overcoming telework challenges: Outcomes of successful telework strategies. *The Psychologist-Manager Journal*, 17(2), 87–111. <https://doi.org/10.1037/mgr0000014>

- Grozdicz, A. T. (2022). A Home Office megítélésének és a Pandémia Hatásának Vizsgálata a Szisztematikus irodalomelemzés módszerével. *Vezetéstudomány / Budapest Management Review*, 15–27. <https://doi.org/10.14267/veztud.2022.10.02>
- Halmos, T., & Suba, I. (2008). Type 2 diabetes and metabolic syndrome as conditions leading to malignant tumors. *Orvosi Hetilap*, 149(51), 2403–2411. <https://doi.org/10.1556/oh.2008.28507>
- Hárs, Á. (2012). Atipikus Foglalkoztatási Formák Magyarországon a kilencvenes és a kétezres években. EconStor. <https://www.econstor.eu/handle/10419/108475>
- Henke, R. M., Benevent, R., Schulte, P., Rinehart, C., Crighton, K. A., & Corcoran, M. (2015). The effects of telecommuting intensity on employee health. *American Journal of Health Promotion*, 30(8), 604–612. <https://doi.org/10.4278/ajhp.141027-quan-544>
- Hidvégi, P., & Bíró, M. (2015). *A rekreáció elmélete és módszertana 2.* . EKF Líceum Kiadó.
- Hill, E. J., Ferris, M., & Mårtinson, V. (2003). Does it matter where you work? A comparison of how three work venues (traditional office, Virtual Office, and Home Office) influence aspects of work and personal/family life. *Journal of Vocational Behavior*, 63(2), 220–241. [https://doi.org/10.1016/s0001-8791\(03\)00042-3](https://doi.org/10.1016/s0001-8791(03)00042-3)
- Hollederer, A., & Wießner, F. (2014). Prevalence and development of workplace health promotion in Germany: Results of the IAB establishment panel 2012. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(7), 861–873. <https://doi.org/10.1007/s00420-014-1012-z>
- Hornyák, B., & Rázsó, Z. (2020). Egészségpszichológiai Tevékenységek relevanciája a Honvéd Testalkati programban. *Honvédségi Szemle*, 148(1). <https://doi.org/10.35926/hsz.2020.1.8>
- Horváth C., Bognár J. (2019) Egy folyamatorientált egészségfejlesztési intervenció modell: az elmélet és a gyakorlat találkozása. Az Eszterházy Károly Egyetem tudományos közleményei. Tanulmányok a sporttudomány köréből = Acta Universitatis de Carolo Eszterházy Nominatae. Sectio Sport, 46. pp. 83-92. ISSN 2677-0105

- HuGBC WELL munkacsoport. (2023). *Mi a WELL Standard?* . WELL Standard.
<https://wellstandard.hu/>
- HVG (2022, február 15). *Belgiumban bevezették a négynapos munkahetet.* hvg.hu.
https://hvg.hu/elet/20220215_Belgiumban_bevezettek_a_negynapos_munkahetet
- Insel W.T, Roth K. Exercise for health and fitness. In: Price PM. [ed.] *Core concepts in health*: 376–409.
- International Trade Administration. (2021). *Hungary information and Communication Technologies.* <https://www.trade.gov/market-intelligence/hungary-information-and-communication-technologies>
- Jarjabka, Á., Kuráth, G., Sipos, N., Venczel-Szakó, T., Szabó-Bálint, B., Balogh, G., & Uhrin, A. (2020). Rugalmasság, Produktivitás Vagy Elszigeteltség? Avagy a COVID–19 hatása a Felsőoktatásban oktatók munkavégzésére • flexibility, productivity or isolation? the impact of covid-19 on the work of lecturers in Higher Education. *Magyar Tudomány.* <https://doi.org/10.1556/2065.181.2020.12.14>
- Jiménez-Pavón, D., Carbonell-Baeza, A., & Lavie, C. J. (2020). Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of covid-19 quarantine: Special focus in older people. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 63(3), 386–388.
<https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.03.009>
- Juhász, Á. (2002). Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés.
<http://regivd.vd.hu/db/04/8E/juhasz-agnes-munkahelyistressz-d0000548E46b53c7321cd.pdf>
- Juhász, Á. (2007). *Az egyéni, és a szervezeti fókuszú munkahelyi egészségfejlesztés* (dissertation). ELTE, Budapest.
- Juhász, Á. (é.n.). Munkahelyi egészségterv készítése.
http://www.munkahelyiegeszsegefejlesztes.hu/szolgaltatasok_1.html
- Juhász, P., & Szabó, Á. (2021). A koronavírus-járvány okozta válság vállalati kockázati térképe az első hullám hazai tapasztalatai alapján. *Közgazdasági Szemle*, 68(2021 Special issue), 126–153. <https://doi.org/10.18414/ksz.2021.k.126>

- Kapás Zs. (2006) A munkahelyi egészségfejlesztés jelenlegi helyzete Magyarországon. *Személyes közlés*. Budapest
- Kapás, Zs. (2007). *Munkahelyi egészségfejlesztés, mint megtérülő beruházás*. DocPlayer. <https://docplayer.hu/752413-Munkahelyi-egeszsegfejlesztes-mint-megterulo-beruhazas-a-hibak-oka-a-jobb-nem-ismerese-demokritosz-kapas-zsolt.html>
- Kapás, Zs. (2008). Felismert, félreismert, fel nem ismert erőforrás: munkahelyi egészségfejlesztés. *Népegészségügy*, 82(2), 28–34.
- Karácsony, Z. (2022). *A legnagyobb munkaadók Magyarországon*. HR Portál. <https://www.hrportal.hu/hr/a-legnagyobb-munkaadok-magyarorszagon-20220329.html>
- Kishegyi, J., & Makara, P. (szerk.). (2004). *Az egészségfejlesztés alapelvei – Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai*. Országos Egészségfejlesztési Intézet.
- Kovács, T. A. (2007a). A rekreáció kultúrája. A rekreáció főbb kulturális alrendszerei. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 8(30), 13–24.
- Kovács, T. A. (2007b). A rekreáció főbb irányzatai. Civilizációs kihívások, rekreációs válaszok. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 8(30), 3–12.
- Köllő, J., & Reizer, B. (2021). The impact of the first wave of the COVID-19 pandemic on employment and firm revenues in Hungary. *Acta Oeconomica*, 71(S1), 93–117. <https://doi.org/10.1556/032.2021.00031>
- Központi Statisztikai Hivatal. (KSH, 2017). Egészségi állapot és egészségmagatartás, 2016–2017. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/egeszsegallapot1617.pdf>
- Központi Statisztikai Hivatal. (KSH, 2019). Egészségügyi helyzetkép, 2019. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/egeszsegugyi_helyzetkep_2019.pdf
- Központi Statisztikai Hivatal. (KSH, 2022). *Egészségügyi helyzetkép 2022*. Helyzetkép | 2022. <https://www.ksh.hu/s/helyzetkep-2022/#/kiadvany/egeszsegugy/taplaltsag-szerinti-megoszlas-nem-es-korcsoport-szerint-2022>
- Központi Statisztikai Hivatal. (KSH, 2023). *Egészségügyi helyzetkép 2023*. <https://www.ksh.hu/s/helyzetkep-2023/#/kiadvany/egeszsegugy>

- Központi Statisztikai Hivatal. (KSH, 2024a). *Születéskor várható átlagos élettartam, átlagéletkor nem, vármegye és régió szerint [év]*. https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0039.html
- Központi Statisztikai Hivatal. (KSH, 2024b). *A bruttó hozzáadott érték és megoszlása nemzetgazdasági áganként*. https://www.ksh.hu/stadat_files/gdp/hu/gdp0006.html
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Magyar Szabadidősport Szövetség. (2021). *Magyar cég lett Európa legaktívabb munkahelye*. <https://masport.hu/magyar-ceg-lett-europa-legaktivabb-munkahelye/>
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. SAGE Publications.
- Mazzola, J. J., Moore, J. T., & Alexander, K. (2016). Is work keeping us from acting healthy? how workplace barriers and facilitators impact nutrition and exercise behaviors. *Stress and Health*, 33(5), 479–489. <https://doi.org/10.1002/smi.2731>
- Morahan-Martin, J., & Schumacher, P. (2003). Loneliness and social uses of the internet. *Computers in Human Behavior*, 19(6), 659–671. [https://doi.org/10.1016/s0747-5632\(03\)00040-2](https://doi.org/10.1016/s0747-5632(03)00040-2)
- Munkahigiéné - Fogalomtár. (2019). <https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Munkahigiene>
- Nagel, L. (2020). The influence of the COVID-19 pandemic on the digital transformation of work. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40(9/10), 861–875. <https://doi.org/10.1108/ijssp-07-2020-0323>
- Naidoo, J., & Wills, J. (1999). *Egészségmegőrzés, Gyakorlati alapok*. Medicina Könyvkiadó Rt.
- Négyesi, J. (2023). *Alkalmazott statisztika a sporttudományban*. Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem.
- Németh, Á. (szerk.). (2024). *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása 2022*. ELTE PPK - L'Harmattan Kiadó.
- Nemzeti Média- és Hírközlési Hatóság (NMHH, 2020) *Többet telefonáltunk és interneteztünk a koronavírus hatására*. (2020, november 23).

https://nmhh.hu/cikk/216282/Tobbet_telefonaltunk_es_internetezettunk_a_koronavirus_hatasara

Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (NNGYK, 2023). *Egészséges táplálkozás*. (2023. szeptember 19.) <https://egeszsegvonal.gov.hu/maradj-egeszseges/taplalkozas.html>

Nutbeam, D. (1986). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 1(1), 113–127. <https://doi.org/10.1093/heapro/1.1.113>

Ogden, J. (2007). *Health psychology: A textbook* (4th ed.). McGraw-Hill Education.

Okechukwu, C., Davison, K., & Emmons, K., (2014). Changing health behaviors in a social context. In Berkman, L. F., Kawachi, I., Glymour, M. M., (szerk.) *Social Epidemiology* (Second Edition, pp. 365–395). Oxford University Press.

Pataki-Bittó, F., & Kun, Á. (2021). Az otthoni munkavégzés és a jóllét. *Új Munkaügyi Szemle*, 2(4), 43–54.

Pencak M. (1991) Workplace health promotion programs. An overview. *Nursing Clinics of North America*, Vol.26 (1): 233–240.

Pieh, C., Budimir, S., & Probst, T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research*, 136, 110186. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110186>

Pirohóv-Tóth, B., & Dr. Kiss, Z. (2020). A Munkaerő-Piaci Szereplők által Tapasztalt Foglalkoztatási kihívások a koronavírus-járvány idején. *Opus et Educatio*, 7(4). <https://doi.org/10.3311/ope.408>

Radák, Z. (2020, május 21). *Edzéssel küzdünk a koronavírus ellen?* Index. https://index.hu/techtud/2020/04/28/edzessel_kuzdjunk_a_koronavirus_ellen/

Raišienė, A. G., Rapuano, V., Varkulevičiūtė, K., & Stachová, K. (2020). Working from home—who is happy? A survey of Lithuania’s employees during the Covid-19 Quarantine Period. *Sustainability*, 12(13), 5332. <https://doi.org/10.3390/su12135332>

- Rezsőfi, É., Lantos, V., Balogh, R., Kárpáti, Z., & Szilas, R. F. (2022). Megküzdési minták a munkahelyi stressz kezelésében a koronavírus járvány idején – Személyes vs. munkaadói felelősség. *Új Munkaügyi Szemle*, 3(3), 25–38.
- Romsics, I. (2010). *Magyarország története a XX. században*. Osiris Kiadó.
- Rongen, A., Robroek, S. J. W., van Lenthe, F. J., & Burdorf, A. (2013). Workplace Health Promotion. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(4), 406–415. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.12.007>
- Salvara, M. I., Bognár, J., & Huszár, A. (2007). Exercise and health. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 8(29), 24–30.
- Seeman, T. E. (2000). Health promoting effects of friends and family on Health Outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, 14(6), 362–370. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-14.6.362>
- Segal, L. (1999). (jelentés.). *Issues in the Economic Evaluation of Health Promotion in the Workplace. Research Report. Centre for Health Program Evaluation* (pp. i–vi). West Heidelberg, Ausztrália: Centre for Health Program Evaluation.
- Service Public Fédéral (2022). *Reduction collective de la Durée du travail et Semaine de quatre jours*. Emploi belgique. https://emploi.belgique.be/fr/themes/reglementation-du-travail/duree-du-travail-et-temps-de-repos/reduction-collective-de-la#toc_heading_3
- Simon, T. (2002). Nem könnyű a kamaszt egészségnevelni. *Egészségnevelés*, (43), 208–211.
- Smirmaul, B. P., Chamon, R. F., de Moraes, F. M., Rozin, G., Moreira, A. S., de Almeida, R., & Guimarães, S. T. (2020). Lifestyle medicine during (and after) the covid-19 pandemic. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 15(1), 60–67. <https://doi.org/10.1177/1559827620950276>
- Sport and physical activity*. (2017). Publications Office of the European Union.
- Szabó, Á., & Juhász, P. (2019). A Munkahelyi egészségprogramok értékteremtésének Mérési Lehetőségei. *Vezetéstudomány / Budapest Management Review*, 50(2), 59–71. <https://doi.org/10.14267/veztud.2019.02.05>

- Szabó, Á., & Kajos, A. (2023). A munkahelyi Mozgásprogramok Szervezeti és Egyéni Oldala : Előnyök, értékteremtő tényezők, motivációk. *Vezetéstudomány / Budapest Management Review*, 54–68. <https://doi.org/10.14267/veztud.2023.04.05>
- Széchenyi Pihenőkártya (2023). *Miért jó a SZÉP-kártya, és mire használható?* . <http://www.szepkartyam.hu/>
- Szolnoki, B., & Berényi, L. (2016). A munkahelyi egészségfejlesztés szükségessége és lehetőségei. *Gradus*, 3(1), 495–500.
- Szombathelyi, C. (2012). A munkahelyi jóllét kutatásának előzményei és jelenlegi megközelítése – A stressztől a jóllétig. *Alkalmazott Pszichológia* , (3), 33–45.
- Tánczos, Z., & Bognár, J. (2019). A személyi edzői hivatás Tudományos és Szakmai Aspektusai. *Egészségfejlesztés*, 60(1), 45–50. <https://doi.org/10.24365/ef.v60i1.395>
- Tánczos, Z., & Bognár, J. (2020). A munkahelyi egészségfejlesztés és az egészségtudatos magatartás fókuszban az egyházi fenntartású iskolákba járó gyermekek szülei. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 84(21), 53–60.
- Tánczos, Z., Zala, B. B., Szakály, Z., Tóth, L., & Bognár, J. (2022). Home Office, Health Behavior and Workplace Health Promotion of employees in the telecommunications sector during the pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11424. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811424>
- Tavares, A. I. (2017). Telework and Health Effects Review. *International Journal of Healthcare*, 3(2), 30. <https://doi.org/10.5430/ijh.v3n2p30>
- Tempóváltás Történt Az Aktív Magyarországért programban.* Tempóváltás történt az Aktív Magyarországért programban. (2022). <https://turizmus.com/cikk/archiv/tempovaltas-tortent-az-aktiv-magyarorszagert-programban>
- Terry, P. (2018). Is Health Promotion A Journey or a destination? *American Journal of Health Promotion*, 32(7), 1486–1488. <https://doi.org/10.1177/0890117118793589>
- The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH, 2022). *Healthy Work Design and Well-Being Program.* <https://www.cdc.gov/niosh/programs/hwd/default.html#:~:text=The%20mission%2>

Of%20the%20Healthy,physical%20and%20psychosocial%20work%20environmen
t.

Toldy, A. (2023, szeptember 6). *Workplace Wellbeing*. Work for Humans.
<https://workforhumans.com/rolunk/>

Tringer, L. (2002). A mentális betegségek megelőzésének és ellátásának korszerű szemlélete. *Orvostovábbképző Szemle*, (9), 12–21.

VanderVeur, J., Gilchrist, S., & Matson-Koffman, D. (2016). An overview of state policies supporting Worksite Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion*, 31(3), 232–242. <https://doi.org/10.4278/ajhp.141008-quan-505>

Varga-Hatos, K., & Karner, C. (2008). A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, (2), 25–33.

Varsányi, P., & Vitrai, J. (szerk.). (2017). *Egészségjelentés 2016* (pp. 6–93). Budapest, Magyarország: NEFI.

Vécseyné Kovách, M., Kopkáné Plachy, J., Csillag, A., & Gáspár, Z. (2012). Munkahelyi egészségfejlesztés - életminőség és munkahelyi stressz felmérés az egri Bosch Rexroth Pneumatika Kft-nél. *Acta Academiae Paedagogicae Agriensis Nova Series: Sectio Sport*, 39, 105–115.

Watson, W. T. (2016). Employee health and business success. https://timewellspent-ca.anthem.com/uploads/bc/Willis_Towers_Watson_Staying_at_Work_Global_Survey_2016-min.pdf

World Health Organization, Interim Commission. (WHO, 1948). International Health Conference. In *Summary report on proceedings, minutes and final acts of the International Health Conference, held in New York from 19 June to 22 July 1946* (pp. 5–143). New York.

World Health Organization. (WHO, 1978). International conference on primary health care. In *Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Retrieved from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011.pdf?sequence=1>.

- World Health Organization. (WHO, 1988). *Second international conference on health promotion, Adelaide, 1988*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/second-conference>
- World Health Organization. (WHO, 1991). Third International Conference on Health Promotion. In *Sundsvall statement on supportive environments for health: 9-15 June 1991, Sundsvall, Sweden* (pp. 1–14). New York.
- World Health Organization. (WHO, 1997). *Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta, 1997*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/fourth-conference/jakarta-declaration>
- World Health Organization. (WHO, 2000). *Fifth global conference on health promotion, Mexico, 2000*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/fifth-global-conference>
- World Health Organization. (WHO, 2005). *Sixth global conference on health promotion, Bangkok, 2005*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/sixth-global-conference>
- World Health Organization. (WHO, 2009). *Seventh global conference on health promotion, Nairobi, 21-26 October 2009*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference>
- World Health Organization. (WHO, 2013). *Eighth global conference on health promotion, Helsinki, 2013*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/eighth-global-conference>
- World Health Organization. (WHO, 2016). *Ninth global conference on health promotion, Shanghai 2016*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference>
- World Health Organization. (WHO, 2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

Zhang, S. X., Wang, Y., Rauch, A., & Wei, F. (2020). Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Research*, 288, 112958. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112958>

Zsembery, N. Á. & Gósi, Zs. (2024). A sportfókuszú CSR szerepe a vállalati kommunikációban. *GRADUS*, 11 (1). 1-7.

XI. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

- Tánczos, Z., Zala, B. B., Szakály, Z., Tóth, L., & Bognár, J. (2022). Home Office, Health Behavior and Workplace Health Promotion of employees in the telecommunications sector during the pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11424. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811424>
- Tánczos, Z., Sipos, E., Szeles, E., Witzing, Z., Polácska, E., & Bognár, J. (2021). Occupational Health Promotion Among Police personnel. *Belügyi Szemle*, 69(3. ksz.), 32–47. <https://doi.org/10.38146/bsz.spec.2021.3.2>
- Szakály Z., Bognár J., Tánczos Z. & Dézsi CA. (2021): Az életcélok szerepe a szociális szférában dolgozó nők tápláltsági, fittségi és életminőségi mutatóiban. *Orvosi Hetilap*, 162(27): 1089–1098.
- Tánczos, Z., & Bognár, J. (2020). A munkahelyi egészségfejlesztés és az egészségtudatos magatartás fókuszban az egyházi fenntartású iskolákba járó gyermekek szülei. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 84(21), 53–60.
- Tánczos, Z., & Bognár, J. (2019). A személyi edzői hivatás Tudományos és Szakmai Aspektusai. *Egészségfejlesztés*, 60(1), 45–50. <https://doi.org/10.24365/ef.v60i1.395>
- Tánczos, Z. (2018). *Fitness és személyi edzés*. Krea-Fitt.
- Tánczos, Z., & Bognár, J. (2017). Személyi Edzés és munkahelyi egészségfejlesztés: AZ Elmélet és a Gyakorlat Találkozása. *Testnevelés, Sport, Tudomány*, 2(1–2), 107–111. <https://doi.org/10.21846/tst.2017.1-2.17>

XII. ALKALMAZOTT JOGSZABÁLYOK

1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről.

1997. CLIV. törvény az egészségügyről, 53. §

2011. évi CLXVII. törvény a korhatár előtti öregségi nyugdíjak megszüntetéséről, a korhatár előtti ellátásról és a szolgálati járandóságról.

25/1998. (XII. 27.) EüM rendelet.

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.

50/1999. (XI. 3.) EüM rendelet.

1066/2001. (VII. 10) Kormány határozat a 2001-2010. évekre szóló Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program alapelveiről

Egyházi Törvénykönyv (Codex Iuris Canonici).

Magyarország Alaptörvénye, 2011. április 25.

2012. évi I. törvény a munka törvénykönyvéről, 196. § (1); módosítva: 2019. évi XXXIV. törvény az Európai Unió adatvédelmi reformjának végrehajtása érdekében szükséges törvényt módosításokról, 101. §.

A köztársasági elnök 9/2024. (I. 26.) KE határozata a Mozgás Éve meghirdetéséről. Magyar Közlöny. (2024, January 26). <https://magyarkozlony.hu/>

XIII. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozom:

- Témavezetőimnek Dr. habil. Gösi Zsuzsannának és Dr. Magyar Mártonnak;
- Páromnak Mariannak a sok segítségért és kitartásért azért, hogy a legsötétebb órákban is előre tudjak menni az úton, hogy be tudjam fejezni a projektet, amit nem nevezünk nevén;
- A kutatási interjúkban résztvevő valamennyi interjúalanyomnak a gyakran több órás eszmecsereikért és a rám áldozott idejükért;
- A kutatási terepmunkát biztosító cégvezetőnek, Csillának, az üzleti nézőpontok ismertetéséért, a rendszeres egyeztetésekért és a munkavállalók kutatásba történő bekapcsolódásának sikeréért;
- Családomnak és barátaimnak, hogy kezdetektől fogva mellettem állnak;

XIV. MELLÉKLETEK

1.sz. melléklet: Etikai engedély



MAGYAR TESTNEVELÉSI
ÉS SPORTTUDOMÁNYI
EGYETEM
BUDAPEST

Kutatásetikai Bizottság

Elnök: Dr. habil. Szelid Zsolt, egyetemi docens
1123 Budapest, Alkotás u. 42-48.
keb@tf.hu

Kutatásetikai Bizottság
Etikai Állásfoglalás a Doktori Iskola felé

Tánczos Zoltán, a Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem, Sporttudományok Doktori Iskolájának hallgatója (témavezető: Prof. Dr. Bognár József) fokozatszerzésének utolsó fázisához ért és a szükséges dokumentumokat benyújtotta a Doktori Iskolának. A dokumentáció átvizsgálását követően a Doktori Iskola a hallgatótól hiánypótlásként kérte a Kutatás Etikai Engedély benyújtását. Mivel a kutatás kezdetekor a doktorandusz azt elmulasztotta, a hallgató és témavezetője kutatásetikai elbírálást kezdeményezett Bizottságunknál, melyre vonatkozó kérelmét 2022. 11. 14.-én, a megfelelő dokumentáció kíséretében benyújtotta.

A beadott kérelmet és annak tartalmát a Kutatásetikai Bizottság etikai szempontból megvizsgálta és a következő megállapításokat teszi:

- vizsgálatai fókuszában nagykorú és speciális besorolással nem rendelkező vizsgálati alanyok vannak, vagyis a kutatás etikai szempontból figyelmet érdemlő célcsoportokat nem vizsgál
- a vizsgálat módszereiként társadalom tudományi kutatásokban elfogadottként értelmezhető dokumentumelemzés és interjú módszereket választott, melyek kutatás etikai szempontból nem jelentenek kritikus kockázatot
- a kutatás eredményeit rangos nemzetközi peer-review folyóiratokban, továbbá hazai folyóiratokban publikálta magyar és angol nyelven, mely tudományos cikkek lektorálási folyamatai során etikai probléma nem merült fel.
- a kérelem benyújtását és annak tartalmát a benyújtó témavezetője, Prof. Dr. Bognár József, aláírásával hitelesítve, támogatta.

A fentiek alapján a Kutatásetikai Bizottság a beadott dokumentumok külön eljárásban elbírált véleményezését követően, a következő kutatásetikai állásfoglalást adja ki:

A Kutatásetikai Bizottság, **Tánczos Zoltán**, jelölt doktori kutatómunkáját etikai szempontból elfogadhatónak tartja, ennek alapján a kutatásra vonatkozóan támogató döntést fogalmaz meg külön engedélyszám kibocsátásával.

KEB külön engedélyszám: **TE-KEB/No26/2022**

Indoklás:

1. A doktorandusz, témavezetője vezetésével, kutatásait a hatályos etikai szabályok betartásával végezte
2. Kutatásetikai kérdések, problémák a nemzetközi publikációs procedúra során nem merültek fel.
3. A Kutatásetikai Bizottság azonban a jelölt vizsgálatait kutatásetikai szempontból elfogadhatónak tartja, azok a jelenleg is hatályos etikai szabályok betartásával kerültek lebonyolításra, mely vélemény alapján külön engedélyszám kiadása mellett döntött.

Budapest, 2022. 11. 12.

A kutatásetikai Bizottság nevében és képviselőjében:

Dr. habil. Szelid Zsolt
a KEB elnök



ISO 9001 minőségirányítási
rendszer szerint tanúsítva

2.sz. melléklet: Polar M430 pulzusmérő műszaki specifikációi

MŰSZAKI SPECIFIKÁCIÓ

M430

Elemtípus:	240 mAh Li-pol újratölthető akkumulátor
Üzemidő:	Folyamatos használat: Max. 8 óra folyamatos edzésGPS-szel és optikai pulzusméréssel Max. 30 óra folyamatos edzés optikai pulzusméréssel, GPS energiatakarékos móddal
Működési hőmérséklet:	-10 °C - +50 °C
Az M430 anyaga:	Szilikon, termoplasztikus poliuretán, rozsdamentes acél, akrilnitril-butadién-sztirol, üvegszál, polikarbonát, Polimetilmetakrilát, folyadékkristályos polimer
Óra pontossága:	Jobb mint $\pm 0,5$ másodperc/nap, 25 °C-os hőmérséklet mellett.
GPS pontossága:	Távolság $\pm 2\%$ Ezek az értékek szabadtéri műholdjelvételek esetén érhetőek el, amikor nem takarják a műholdat épületek vagy fák. Városi vagy erdei terepeken elérhetőek ezek az értékek, de időnként változhatnak.
Magassági felbontás:	1 m
Emelkedő/lejtő felbontás:	5 m
Maximum magasság:	9000 m / 29525 láb
Rögzítés gyakorisága:	1 mp nagy pontosságú GPS rögzítésben, 30 mp közepes pontosságú GPS rögzítésben, 60 mp energiatakarékos GPS módban
Pulzusmérési tartomány:	15-240 ütés/perc
Aktuális sebesség megjelenítési tartomány:	0-399 km/h 247,9 mph (0-36 km/h or 0-22.5 mph (ha a Polar Stride sensorral mérsz)
Vízállóság:	30 m (fürdéshez és úszáshoz alkalmas)
Memóriakapacitás:	60 óra edzés GPS-szel és pulzusméréssel, a nyelvi beállításoktól függően
Kijelző felbontása:	128 x 128

Vezeték nélküli Bluetooth® technológia.

3.sz. melléklet: OMRON BF511 testösszetétel elemző mérőkészülék műszaki adatai

9. Műszaki adatok

Termékkategória	Testösszetétel -elemző mérőkészülékek
Termék leírása	Testösszetétel elemző monitor
Modell (kód)	BF511 (HBF-511T-E/HBF-511B-E)
Kijelző	Testsúly: 0 – 150 kg, 0,1 kg-os léptékekkel (0,0 – 330,0 font, 0,2 fontos léptékekkel) 5,0 - 60,0%, 0,1% léptékekkel Testzsír százalék: 5,0 - 50,0%, 0,1% léptékekkel Vázizom százalék: 7,0-90,0 között, 0,1 léptékekkel BMI: 385-3999 kcal, 1 kcal léptékekkel Nyugalmi anyagcsere: 30 szint, 1 szintes léptékekkel Viszcerális (zsigeri) zsírtartalom szint: 30 szint, 1 szintes léptékekkel A BMI besorolása: – (A normálnál kisebb súly) / 0 (Normális) / + (Túlsúlyos) / ++ (Elhízott) 4 szintben, egyenként 3 alszinttel A testzsír százalék és vázizomtömeg százalék besorolása: – (Alacsony) / 0 (Normál) / + (Magas) / ++ (Nagyon magas) 4 szintben, egyenként 3 alszinttel A viszcerális (zsigeri) zsírtartalom szint besorolása: 0 (Normál) / + (Magas) / ++ (Nagyon magas) 3 szintben, egyenként 3 alszinttel
Adatok beállítása	Magasság: 100,0 – 199,5 cm (3' 4" – 6' 6 3/4") Életkor: 6 – 80 év Nem: Férfi/Nő * Mértékegységek: kg (cm) / font (láb-hüvelyk) * A testzsír százalék, a testzsír százalék besorolása, a vázizomszázalék, a BMI és a BMI besorolása, valamint a nyugalmi anyagcsere életkor-tartománya 6 és 80 év közötti. * A viszcerális zsírszint és a viszcerális zsírszint besorolása, valamint a vázizomszázalék besorolása életkor-tartománya 18 és 80 év közötti.
Súlymérési pontosság	0,0 kg – 40,0 kg: ± 0,4 kg (0,0 font – 88,2 font: ± 0,88 font) 40,0 kg – 150,0 kg: ± 1% (88,2 font – 330,0 font: ± 1%)
Pontosság (S.E.E.)	Testzsír százalék: 3,5% Vázizom százalék: 3,5% Viszcerális (zsigeri) zsírtartalom szint: 3 szint
Szavatosság	5 év
Áramellátás	4 db AA elem (R6) (Használhat AA alkáli elemeket is (LR6).)
Elem élettartama	Körülbelül 1 év (mangán elemeket használva, napi négy méréssel)
Működési hőmérséklet / páratartalom / légnyomás	+10 és 40°C között / 30 és 85% relatív páratartalom között / 700 és 1060 hPa nyomás között
Tárolási és szállítási hőmérséklet / páratartalom / légnyomás	+20 és 60°C között / 10 és 95% relatív páratartalom között / 700 és 1060 hPa nyomás között
Az áramütés elleni védelem	Belső tápellátású elektromos orvosi berendezés
Felhelyezett alkatrész	BF típus (markolat-elektrodák, lábelektrodák)
IP besorolás	IP21
*Az IP védettség osztályozási szintje az IEC 60529 szabványban megadott módon értendő. Az eszköz védve van a 12,5 mm átmérőjű, vagy annál nagyobb idegen tárgyak (például egy ujj) ellen. Az egység függőlegesen érkező vízcseppek hatása ellen védett.	
Súly	Körülbelül 2,2 kg (4,85 font) (az elemeket is beleértve)
Külső méretek	Kijelző egység: Kb. 300 (szélesség) × 35 (magasság) × 147 (mélység) mm (Kb. 11 3/4" (szélesség) × 1 3/8" (magasság) × 5 3/4" (mélység)) A készülék: Kb. 303 (szélesség) × 55 (magasság) × 327 (mélység) mm (Kb. 11 7/8" (szélesség) × 2 1/8" (magasság) × 12 7/8" (mélység))
A csomag tartalma	Testösszetétel monitor, 4 AA mangán elem (R6), használati útmutató, Garanciajegy
Megjegyzés:	A műszaki változtatások jogát előzetes értesítés nélkül fenntartjuk. Kérjük, tájékoztassa a gyártót és a székhelye szerinti tagállam illetékes hatóságát minden, a készülékkel kapcsolatban bekövetkezett súlyos eseményről vagy problémáról.

HU

CE0197

15

4.sz. melléklet: Kérdőív (1. és 3.)

Demográfiai kérdések:

Neme, Testmagasság (cm), Testtömeg (kg), Születési dátum (Hónap, nap, év), Munkakör.

1. Elegendő szabadidővel rendelkezem.
2. Motivált vagyok a sportolásra.
3. Odafigyelek az egészségi állapotomra.
4. Nem jelent anyagi problémát, hogy szinte bármit sportoljak, amihez kedvem van.
5. Sportos, fizikailag aktív életmódot folytatok.
6. Amennyiben sportol, hol teszi? (Felelet válasz).
7. Az élelmiszereket általában az összetevők alapján válogatom.
8. Az élelmiszereket általában az árak alapján válogatom.
9. Munkahelyemen van lehetőségem az egészséges táplálkozásra, étkezésekre.
10. Minimum kétfévente laboratóriumi (vér, vizelet) szűrővizsgálaton veszek részt.
11. Minimum kétfévente kardiológiai (EKG) szűrővizsgálaton veszek részt.
12. Munkahelyemen a foglalkozás-egészségügyi szakorvos minden évben megvizsgál.
13. Munkahelyemen a foglalkozás-egészségügyi szakorvos egészségügyi szűrésekre küld.
14. Munkahelyemen a foglalkozás-egészségügyi szakorvos részletes prevenció tanácsokkal lát el.
15. Munkahelyem a gerinc- és ízületvédelemre fokozott hangsúlyt fektet.
16. Kerülöm a káros szenvedélyeket.
17. 2018-ban legalább egyszer egy hétig nyaraltam belföldön.
18. 2018-ban legalább egyszer egy hétig nyaraltam külföldön.
19. 2018-ban télen is el tudtam utazni legalább egy hétre szabadságra.

20. Általában el tudok, illetve „el merek” menni egy hét szabadságra.
21. Munkahelyemen a munkáltatóm által biztosított sportlehetőségek állnak a dolgozók rendelkezésére.
22. Munka után gyakran járok kikapcsolódni (pl. színház, mozi, kirándulás, pub) –ha igen: (Felelet válasz).
23. Stresszes vagyok a munkahelyemen a(z): (Felelet válasz).
24. Szerintem az egészségfejlesztő programok munkavállalók számára való megszervezése és biztosítása a(z): (Felelet válasz).
25. Véleményem szerint a munkahelyem vezetése nyitott egy belső egészségfejlesztő munkacsoport létrehozására és működtetésére.
26. Munkahelyemen a munkahelyi terheléssel kapcsolatos intézkedések (pl. határidők, munkatempó, munkamennyiség, szünet) segítik a dolgozók optimális terhelését.
27. Munkahelyemen gyakori a heti rendszerességű túlórázás.
28. Örömet lelek a munkámban.
29. Jól érzem magam a munkahelyemen.
30. Munkahelyemen nagy a fluktuáció, azaz sokan távoznak önként vagy kényszer hatására.

Megjegyzés:

A 17.-19 kérdések a harmadik kérdőívben, azaz a visszamérés alkalmával már 2021-re vonatkoztak, csakúgy, mint a többi kérdés az aktuális állapotra vonatkozóan.

Lehetséges válaszok:

1. Egyáltalán nem jellemző
2. Kevésbé jellemző
3. Nagymértékben jellemző
4. Teljes mértékben jellemző

5.sz. melléklet: Kérdőív (2.)

Demográfiai kérdések:

Neme, Testmagasság (cm), Testtömeg (kg), Születési dátum (Hónap, nap, év), Munkakör.

1. Általában jól érzem magam.
2. Általában elegendő szabadidővel rendelkezem.
3. Általában odafigyelek az egészségi állapotomra.
4. Általában fizikailag aktív és sportos életmódot folytatok.
5. Általában motivált vagyok a sportolásra.
6. Amennyiben sportol, milyen jellegű mozgást végez? (Felelet válasz).
7. Amennyiben sportol, hetente mennyiszer teszi? (Felelet válasz).
8. Általában kerülöm a káros szenvedélyeket.
9. Az élelmiszereket általában az összetevők alapján válogatom.
10. Az élelmiszereket általában az árak alapján válogatom.
11. Szerintem az egészségfejlesztő programok munkavállalók számára való megszervezése és biztosítása a(z): (Felelet válasz).
12. Véleményem szerint a munkahelyem vezetése nyitott egy belső egészségfejlesztő munkacsoport létrehozására és működtetésére.
13. Örömmel részt vennék egy megismételt, kibővített fittségi állapotfelmérésben.
14. Munkahelyemen a munkahelyi terheléssel kapcsolatos intézkedések (pl. határidők, munkatempó, munkamennyiség) segítik a dolgozók optimális terhelését.
15. Általában örömet lelek a munkámban.
16. Jelenleg home office-ből dolgozik? (Felelet válasz).
17. Otthonomban a sportolási lehetőségek állnak a rendelkezésemre (konditerem, kert, nagy terasz, sportudvar, úszómedence).
18. A home office jellegű munkavégzés megfelelő a számomra.
19. A karantént könnyen viselem, semmilyen komolyabb gondot nem jelent a számomra.
20. A karantént hosszabb távon is elviselhetőnek gondolom.
21. Úgy gondolom, hogy bent a munkahelyemen hatékonyabban dolgozom, mint home office-ban.

22. Otthonomban, home office-ban egészségesebben étkezem, mint korábban.
23. A karanténban többet fogyasztok alkoholt, mint korábban.
24. A karanténban többet dohányzom, mint korábban.
25. A karanténban többet fogyasztok kávé és/vagy élnékítőket, mint korábban.
26. A karanténban ingerültebb és stresszesebb vagyok, mint korábban.
27. A karanténban letörtebb, depressziósabb vagyok, mint korábban.
28. A karanténban gyakran kerít hatalmába az unalom, nehezen kötöm le magam.
29. A karanténban tunyábbnak, lustábbnak érzem magam.
30. A karanténban is tudok rendszert tartani az életemben.
31. A karanténban többet fájnak az ízületeim (gerinc, hát, derék, csípő és egyéb ortopédiai jellegű panaszok).
32. A karanténban kevesebb sporttevékenységet végzek, mint korábban.
33. A karanténban szerintem romlik a mentális egészségem.
34. A karanténban minden bizonnyal növekszik a testsúlyom, feltehetően hízni fogok.
35. A karanténban minden bizonnyal csökken majd a fittségi állapotom.
36. A karanténban gyakoribb a heti rendszerességű túlórázás, hosszabb a munkaidő.
37. A karanténban nagyobb/több az elvárás, mint korábban.
38. A karanténban több időt töltök alvással.
39. A karanténban a párommal (férjemmel/feleségemmel) könnyebben és gyakrabban vitatkozunk, esetleg veszekszünk egymással.
40. Hiányzik a régi életem.
41. Szükségem lenne tanácsadásra, coaching-ra a következő témában: (Felelet válasz).
42. Kérem, írja meg, hogy mivel tudna a munkáltatója a segítségére lenni a jelenlegi helyzetben elsősorban az egészsége, közérzete és fittsége szempontjából: (Felelet válasz).

Lehetséges válaszok:

1. Egyáltalán nem jellemző
2. Kevésbé jellemző

3. Nagymértékben jellemző
4. Teljes mértékben jellemző

6.sz. melléklet: Mérések

Mérések típusai:

1. MÉRÉS: Testösszetétel-vizsgálat: testzsír-százalék (%)
2. MÉRÉS: Testösszetétel-vizsgálat: viscerális zsír érték
3. MÉRÉS: Testösszetétel-vizsgálat: vázizom érték (%)
4. MÉRÉS: Testösszetétel-vizsgálat: alapanyagcsere érték (Kcal)
5. MÉRÉS: Derék (cm)
6. MÉRÉS: Csípő (cm)
7. AEROB FITTSÉGI VIZSGÁLAT: Ruffier lépcsőzés teszt

Mérési eredmények sablon:

1.	Testzsír-százalék (%)
2.	Viscerális zsír érték
3.	Vázizom érték (%)
4.	Alapanyagcsere érték (Kcal)
5.	Derék (cm)
6.	Csípő (cm)
7.	Ruffier lépcsőzés teszt (1-4)

7.sz. melléklet: Interjú a dolgozókkal

Alapadatok:

Nem, Státusz, Életkor, Iskolai végzettség.

Bevezető kérdések:

1. Mióta dolgozik az adott pozícióban?
2. Mióta foglalkozik az adott területtel?
3. Hogyan került az adott pozícióba?

Az interjúk kutatási kérdései az alábbiak voltak:

1. Miért fontos Ön szerint, hogy a munkahelyén foglalkozzanak az egészségével?
2. Hogyan tölti a szabadidejét, milyen sportolási szokásai vannak?
3. Mi a feladata a munkáltatónak az Ön munkavégzőképességének biztosítására?
4. Hogyan és miben tud Önnek segítségére lenni a munkáltatója a közérzetének javításában? Melyek ezek pontosan?
5. Melyek egy munkahelyi egészségfejlesztés konkrét feladatai Ön szerint?
6. Hogyan befolyásolja Ön szerint az álláskeresőket a jó munkahelyi környezet?
7. Mennyivel érzi hatékonyabbnak munkáját kedvező munkakörnyezetben és konkrétan miben nyilvánul meg mindez?
8. Mi a véleménye arról, hogy a betegszabadságok száma számottevően csökken a munkahelyi egészségfejlesztő programok hatására?
9. Milyen intézkedéseket hozna Ön, ha egy munkahelyi egészségfejlesztő csoport vezetője lenne a munkahelyén?
10. Hogyan érezné magát jobban munkahelyén, milyen feltételekkel vagy programok hatására végezné még lelkesebben, eredményesebben a munkáját?
11. Milyen jellegű munkahelyi gondokkal, problémákkal kell szembenéznie általában?

12. Hogyan és milyen intézkedésekkel tudná segíteni a cégvezetés az Ön munkáját tételesen?

A megismételt interjú kérdése:

1. Hogyan készül a következő home office időszakra és esetleges karanténra?

8.sz. melléklet: Interjú a szakmai vezetőkkel

Alapadatok:

Név, beosztás, életkor, nem, legmagasabb szakmai végzettség, hány éve dolgozik a szakmában.

Az interjúk kutatási kérdései az alábbiak voltak:

1. Hogyan és milyen hatásokra (nemzetközi, jogi, gazdasági, egészségügyi stb.) indult el a munkahelyi egészségfejlesztés Magyarországon?
2. Milyen volt a munkahelyi egészségfejlesztés kezdeti iránya és fogadtatása hazánkban? Azóta ez minek a hatására és hogyan változott?
3. Milyenek a fő tapasztalatok a munkahelyi és a szabadidős egészségfejlesztő programok hazai színterén?
4. Mely (típus, forma, tulajdon, terület stb.) munkahelyek mutatják a legjobb gyakorlatokat a munkahelyi egészségfejlesztő és a szabadidős egészségfejlesztő programok területén hazánkban? Miért?
5. Milyen munkahelyi egészségfejlesztő és munkahelyi szabadidős programok voltak hatásosak a pandémia előtt és alatt?
6. A működő modellek/gyakorlatok mennyire voltak sikeresek/hatékonyak a pandémia alatt? Milyen jellemző irány vagy hangsúly mutatható ki ezekben?
7. A munkavállalói/munkáltatói elégedettség hogyan alakult az évek során és a pandémia alatt?
8. Milyen hazai és nemzetközi jó gyakorlatokat ismer a pandémia előtt és alatt?
9. Milyen javaslatai vannak a jövőre nézve a munkahelyi szabadidős programok és egészségfejlesztés fejlesztése érdekében?

9.sz. melléklet: Tájékoztató és bejegyző nyilatkozat

Kedves Résztvevő!

Egy kutatásunkhoz kérnénk a segítségét, melyben a munkahelyi egészségfejlesztés összetevőit vizsgáljuk. A kutatás kérdőívek kitöltésével, valamint egészségügyi és fittségi állapotfelméréssel történik.

A részvétel önkéntes, az adatok feldolgozása névtelenül - anonim módon, statisztikai jelleggel történik, az eredmények kizárólag tudományos szempontokat szolgálnak.

A kitöltés kb. 6-8 percet vesz igénybe. A válaszadás bármikor megszakítható következmények nélkül. Nincsenek helyes, vagy helytelen megoldások.

Köszönjük segítő közreműködését, bármilyen jellegű kérdése vagy kérése adódna, keressen bizalommal!

A kapott adatokat a helyszínen rendelkezésre bocsátjuk a résztvevő számára.

Hozzájárulok, hogy a Testnevelési Egyetem Sporttudományok Doktori Iskola vizsgálatában részt veszek.

Kijelentem, hogy a vizsgálat céljáról és jellegéről kielégítő tájékoztatást kaptam. A vizsgálatokhoz való hozzájárulásomért anyagi ellenszolgáltatást sem én, sem hozzátartozóm nem kapott.

Tudomásul veszem, hogy azonosításomra alkalmas személyi adatokat a vizsgálat vezetője bizalmasan kezeli, azokba másoknak nem enged betekintést.

Tudomásul veszem, hogy a vizsgálati adatok kutatási és nem diagnosztikai célokat szolgálnak, ilyen jellegű szakvéleményre a vizsgálatok elvégzését követően igényt nem támasztok.

Tisztában vagyok azzal, hogy a válaszadás és a felmérések bármikor következmények nélkül megszakíthatók.

Név: Tánczos Zoltán

egyetemi tanársegéd, doktorandusz

Testnevelési Egyetem Rekreáció Tanszék

10.sz. melléklet: A vizsgálatok eredményeinek összesítő táblázatai

32. TÁBLÁZAT: A TELJES MINTA ÉS A NEMEK SZERINTI RÉSZMINTÁK ÉLETKORI JELLEMZÉSE VIZSGÁLATONKÉNT

Minta	Vizsgálat	Elem-szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Teljes minta	1	50	24,00	60,92	44,30	9,56
	2	46	22,85	63,88	43,89	11,63
	3	37	22,48	65,61	44,30	13,21
Férfi részminta	1	25	28,36	60,92	45,89	9,60
	2	27	22,85	60,48	42,59	12,42
	3	19	23,58	61,59	44,99	13,53
Női részminta	1	25	24,00	59,46	42,71	9,440
	2	19	30,00	63,88	45,73	10,46
	3	18	22,48	65,61	43,58	13,21

33. TÁBLÁZAT: A TELJES MINTA MUNKAKÖRI MEGOSZLÁSA VIZSGÁLATONKÉNT

Vizsgálat	Felsővezető, középvezető	Alkalmazott, gyakornok
1	8	42
2	8	38
3	8	29

34. TÁBLÁZAT: A TELJES MINTA KÉRDŐÍVRE ADOTT VÁLASZAINAK JELLEMZÉSE VIZSGÁLATONKÉNT

Kérdések	Vizsgálat	Elem-szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Elegendő szabadidővel rendelkezem?	1	50	1	4	2,68	0,62
	2	-	-	-	-	-
	3	37	2,0	4,0	2,757	0,7229
Motivált vagyok a sportolásra?	1	50	1	4	3,22	0,76
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	3,108	0,8427
	1	50	2	4	3,22	0,51

Kérdések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Odafigyelek az egészségi állapotomra?	2	-	-	-	-	-
	3	37	2,0	4,0	2,946	0,6212
Nem jelent anyagi problémát, hogy szinte bármit sportoljak, amihez kedvem van?	1	50	1	4	3,12	0,90
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	2,946	0,8481
Sportos, fizikailag aktív életmódot folytatok?	1	50	1	4	2,84	0,79
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	2,703	0,8777
Az élelmiszereket általában az összetevők alapján válogatom?	1	50	1	4	2,78	0,79
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	2,703	0,7769
Az élelmiszereket általában az árak alapján válogatom?	1	50	1	4	2,01	0,59
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	2,108	0,6986
Minimum kétévente laboratóriumi (vér, vizelet) szűrővizsgálaton veszek részt?	1	50	1	4	3,70	0,71
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	3,541	0,8365
Minimum kétévente kardiológiai (EKG) szűrővizsgálaton veszek részt.	1	50	1	4	3,52	0,91
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	3,459	0,9887

Kérdések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Munkahelyemen a foglalkozás-egészségügyi szakorvos minden évben megvizsgál.	1	50	2	4	3,84	0,47
	2	-	-	-	-	-
	3	37	2,0	4,0	3,838	0,4418
Munkahelyemen a foglalkozás-egészségügyi szakorvos egészségügyi szűrésekre küld.	1	50	1	4	2,82	1,08
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	2,892	1,1968
Munkahelyemen a foglalkozás-egészségügyi szakorvos részletes prevenciós tanácsokkal lát el.	1	50	1	4	2,74	0,80
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	2,568	1,0149
Munkahelyem a gerinc- és ízületvédelemre fokozott hangsúlyt fektet.	1	50	1	4	2,56	0,81
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	2,757	0,6833
Kerülöm a káros szenvedélyeket.	1	50	1	4	2,98	1,08
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	3,135	0,8220
2018-ban legalább egyszer egy hétig nyaraltam belföldön.	1	50	1	4	3,30	1,03
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	3,324	0,8516
	1	50	1	4	3,4	0,95

Kérdések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
2018-ban legalább egyszer egy hétig nyaraltam külföldön.	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	2,378	1,3406
2018-ban télen is el tudtam utazni legalább egy hétre szabadságra.	1	50	1	4	2,48	1,23
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	2,514	1,1931
Általában el tudok, illetve „el merek” menni egy hét szabadságra.	1	50	2	4	3,66	0,56
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	3,378	0,8929
Munkahelyemen a munkáltatóm által biztosított sportlehetőségek állnak a dolgozók rendelkezésére.	1	50	1	4	1,82	0,83
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	2,000	0,8165
Véleményem szerint a munkahelyem vezetése nyitott egy belső egészségfejlesztő munkacsoport létrehozására és működtetésére.	1	50	2	4	3,44	0,54
	2	-	-	-	-	-
	3	37	2,0	4,0	3,189	0,5695
Munkahelyemen a munkahelyi terheléssel kapcsolatos intézkedések	1	50	1	4	2,80	0,76
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	3,027	0,6449

Kérdések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
(pl. határidők, munkatempó, munkamennyiség, szünet) segítik a dolgozók optimális terhelését.						
Munkahelyemen gyakori a heti rendszerességű túlórázás.	1	50	1	4	1,86	0,73
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	1,892	0,6139
Örömet lelem a munkámban.	1	50	1	4	2,90	0,79
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	4,0	2,973	0,6866
Jól érzem magam a munkahelyemen.	1	50	2	4	3,28	0,57
	2	-	-	-	-	-
	3	37	2,0	4,0	3,378	0,5452
Munkahelyemen nagy a fluktuáció, azaz sokan távoznak önként vagy kényszer hatására.	1	50	1	3	1,72	0,61
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1,0	3,0	1,676	0,6260

35. TÁBLÁZAT: A NŐI RÉSZMINTA KÉRDŐÍVRE ADOTT VÁLASZAINAK JELLEMZÉSE
VIZSGÁLATONKÉNT

Kérdések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
	1	25	2	4	2,60	0,64
	2	-	-	-	-	-

Kérdések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Elegendő szabadidővel rendelkezem?	3	18	2,0	4,0	2,611	0,6978
Motivált vagyok a sportolásra?	1	25	1	4	3,12	0,73
	2	-	-	-	-	-
	3	18	1,0	4,0	2,944	0,9376
Odafigyelek az egészségi állapotomra?	1	25	2	4	3,16	0,47
	2	-	-	-	-	-
	3	18	2,0	4,0	2,889	0,5830
Nem jelent anyagi problémát, hogy szinte bármit sportoljak, amihez kedvem van?	1	25	1	4	3,00	1,00
	2	-	-	-	-	-
	3	18	1,0	4,0	2,944	0,8726
Sportos, fizikailag aktív életmódot folytatok?	1	25	1	4	2,76	0,78
	2	-	-	-	-	-
	3	18	1,0	4,0	2,500	0,8575
Az élelmiszereket általában az összetevők alapján válogatom?	1	25	2	4	2,96	0,73
	2	-	-	-	-	-
	3	18	2,0	4,0	3,000	0,6860
Az élelmiszereket általában az árak alapján válogatom?	1	25	1	4	1,96	0,68
	2	-	-	-	-	-
	3	18	1,0	3,0	2,000	0,5941

Kérdések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Minimum kétévente laboratóriumi (vér, vizelet) szűrővizsgálaton vesznek részt.	1	25	2	4	3,68	0,69
	2	-	-	-	-	-
	3	18	2,0	4,0	3,722	0,5745
Minimum kétévente kardiológiai (EKG) szűrővizsgálaton vesznek részt.	1	25	1	4	3,44	0,92
	2	-	-	-	-	-
	3	18	1,0	4,0	3,667	0,7670
Munkahelyemen a foglalkozás-egészségügyi szakorvos minden évben megvizsgál.	1	25	2	4	3,76	0,60
	2	-	-	-	-	-
	3	18	3,0	4,0	3,944	0,2357
Munkahelyemen a foglalkozás-egészségügyi szakorvos egészségügyi szűrésekre küld.	1	25	1	4	2,84	1,14
	2	-	-	-	-	-
	3	18	1,0	4,0	3,056	1,2113
Munkahelyemen a foglalkozás-egészségügyi szakorvos részletes	1	25	1	4	2,52	0,77
	2	-	-	-	-	-
	3	18	1,0	4,0	2,667	1,0290

Kérdések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
prevenációs tanácsokkal lát el.						
Munkahelyem a gerinc- és ízületek védelmére fokozott hangsúlyt fektet.	1	25	1	4	2,64	0,81
	2	-	-	-	-	-
	3	18	2,0	4,0	3,000	0,5941
Kerülöm a káros szenvedélyeket.	1	25	1	4	3,08	1,08
	2	-	-	-	-	-
	3	18	1,0	4,0	3,222	0,8782
2018-ban legalább egyszer egy hétig nyaraltam belföldön.	1	25	1	4	3,00	1,19
	2	-	-	-	-	-
	3	18	1,0	4,0	3,278	0,8948
2018-ban legalább egyszer egy hétig nyaraltam külföldön.	1	25	1	4	3,40	0,91
	2	-	-	-	-	-
	3	18	1,0	4,0	2,667	1,3284
2018-ban télen is el tudtam utazni legalább egy hétre szabadságra.	1	25	1	4	2,08	1,19
	2	-	-	-	-	-
	3	18	1,0	4,0	2,222	1,0603
Általában el tudok, illetve „el merek”	1	25	3	4	3,52	0,51
	2	-	-	-	-	-
	3	18	2,0	4,0	3,500	0,7859

Kérdések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
menni egy hét szabadságra.						
Munkahelyemen a munkáltatóm által biztosított sportlehetőségek állnak a dolgozók rendelkezésére.	1	25	1	3	1,52	0,65
	2	-	-	-	-	-
	3	18	1,0	4,0	2,000	0,8402
Véleményem szerint a munkahelyem vezetése nyitott egy belső egészségfejlesztő munkacsoport létrehozására és működtetésére.	1	25	2	4	3,36	0,57
	2	-	-	-	-	-
	3	18	3,0	4,0	3,444	0,5113
Munkahelyemen a munkahelyi terheléssel kapcsolatos intézkedések (pl. határidők, munkatempó, munkamennyiség, szünet) segítik a	1	25	2	4	2,88	0,78
	2	-	-	-	-	-
	3	18	1,0	4,0	3,056	0,8024

Kérdések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
dolgozók optimális terhelését.						
Munkahelyemen gyakori a heti rendszerességű túlórázás.	1	25	1	4	1,88	0,78
	2	-	-	-	-	-
	3	18	1,0	4,0	2,056	0,6391
Örömet lelem a munkámban.	1	25	1	4	2,92	0,91
	2	-	-	-	-	-
	3	18	2,0	4,0	3,000	0,5941
Jól érzem magam a munkahelyemen.	1	25	2	4	3,24	0,60
	2	-	-	-	-	-
	3	18	3,0	4,0	3,444	0,5113
Munkahelyemen nagy a fluktuáció, azaz sokan távoznak önként vagy kényszer hatására.	1	25	1	3	1,68	0,56
	2	-	-	-	-	-
	3	18	1,0	3,0	1,722	0,6691

36. TÁBLÁZAT: A FÉRFI RÉSZMINTA KÉRDŐÍVRE ADOTT VÁLASZAINAK JELLEMZÉSE VIZSGÁLATONKÉNT

Kérdések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Elegendő szabadidővel rendelkezem?	1	25	1	4	2,76	0,60
	2	-	-	-	-	-
	3	19	2,0	4,0	2,895	0,7375
	1	25	1	4	3,32	0,80

Kérdések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Motivált vagyok a sportolásra?	2	-	-	-	-	-
	3	19	2,0	4,0	3,263	0,7335
Odafigyelek az egészségi állapotomra?	1	25	2	4	3,28	0,54
	2	-	-	-	-	-
	3	19	2,0	4,0	3,000	0,6667
Nem jelent anyagi problémát, hogy szinte bármit sportoljak, amihez kedvem van?	1	25	1	4	3,24	0,78
	2	-	-	-	-	-
	3	19	1,0	4,0	2,947	0,8481
Sportos, fizikailag aktív életmódot folytatok?	1	25	1	4	2,92	0,81
	2	-	-	-	-	-
	3	19	1,0	4,0	2,895	0,8753
Az élelmiszereket általában az összetevők alapján válogatom?	1	25	1	4	2,60	0,82
	2	-	-	-	-	-
	3	19	1,0	4,0	2,421	0,7685
Az élelmiszereket általában az árak alapján válogatom?	1	25	1	3	2,08	0,49
	2	-	-	-	-	-
	3	19	1,0	4,0	2,211	0,7873
Minimum kétfévente laboratóriumi (vér, vizelet) szűrővizsgálaton veszek részt.	1	25	1	4	3,72	0,74
	2	-	-	-	-	-
	3	19	1,0	4,0	3,368	1,0116
	1	25	1	4	3,6	0,91

Kérdések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Minimum kétévente kardiológiai (EKG) szűrővizsgálaton veszek részt.	2	-	-	-	-	-
	3	19	1,0	4,0	3,263	1,1471
Munkahelyemen a foglalkozás- egészségügyi szakorvos minden évben megvizsgál.	1	25	3	4	3,92	0,28
	2	-	-	-	-	-
	3	19	2,0	4,0	3,737	0,5620
Munkahelyemen a foglalkozás- egészségügyi szakorvos egészségügyi szűrésekre küld.	1	25	1	4	2,80	1,04
	2	-	-	-	-	-
	3	19	1,0	4,0	2,737	1,1945
Munkahelyemen a foglalkozás- egészségügyi szakorvos részletes prevenció tanácsokkal lát el.	1	25	1	4	2,96	0,79
	2	-	-	-	-	-
	3	19	1,0	4,0	2,474	1,0203
Munkahelyem a gerinc- és ízületvédelemre fokozott hangsúlyt fektet.	1	25	1	4	2,48	0,82
	2	-	-	-	-	-
	3	19	1,0	4,0	2,526	0,6967

Kérdések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Kerülöm a káros szenvedélyeket.	1	25	1	4	2,88	1,09
	2	-	-	-	-	-
	3	19	2,0	4,0	3,053	0,7799
2018-ban legalább egyszer egy hétig nyaraltam belföldön.	1	25	1	4	3,60	0,76
	2	-	-	-	-	-
	3	19	1,0	4,0	3,368	0,8307
2018-ban legalább egyszer egy hétig nyaraltam külföldön.	1	25	1	4	3,40	1,00
	2	-	-	-	-	-
	3	19	1,0	4,0	2,105	1,3289
2018-ban télen is el tudtam utazni legalább egy hétre szabadságra.	1	25	1	4	2,88	1,17
	2	-	-	-	-	-
	3	19	1,0	4,0	2,789	1,2727
Általában el tudok, illetve „el merek” menni egy hét szabadságra.	1	25	2,0	4,0	3,800	0,5774
	2	-	-	-	-	-
	3	19	1,0	4,0	3,263	0,9912
Munkahelyemen a munkáltatóm által biztosított sportlehetőségek állnak a dolgozók rendelkezésére.	1	25	1,0	4,0	2,120	0,8813
	2	-	-	-	-	-
	3	19	1,0	4,0	2,000	0,8165
	1	25	3,0	4,0	3,520	0,5099

Kérdések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Véleményem szerint a munkahelyem vezetése nyitott egy belső egészségfejlesztő munkacsoport létrehozására és működtetésére.	2	-	-	-	-	-
	3	19	2,0	4,0	2,947	0,5243
Munkahelyemen a munkahelyi terheléssel kapcsolatos intézkedések (pl. határidők, munkatempó, munkamennyiség, szünet) segítik a dolgozók optimális terhelését.	1	25	1,0	4,0	2,720	0,7371
	2	-	-	-	-	-
	3	19	2,0	4,0	3,000	0,4714
Munkahelyemen gyakori a heti rendszerességű túlórázás.	1	25	1,0	3,0	1,840	0,6880
	2	-	-	-	-	-
	3	19	1,0	3,0	1,737	0,5620
Örömet lelem a munkámban.	1	25	2,0	4,0	2,880	0,6658
	2	-	-	-	-	-
	3	19	1,0	4,0	2,947	0,7799
	1	25	2,0	4,0	3,320	0,5568
	2	-	-	-	-	-

Kérdések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Jól érzem magam a munkahelyemen.	3	19	2,0	4,0	3,316	0,5824
Munkahelyemen nagy a fluktuáció, azaz sokan távoznak önként vagy kényszer hatására.	1	25	1,0	3,0	1,760	0,6633
	2	-	-	-	-	-
	3	19	1,0	3,0	1,632	0,5973

11.sz. melléklet: A vizsgálatok összehasonlító elemzése táblázatok

37. TÁBLÁZAT: A TELJES MINTA HÁROM MÉRÉSI EREDMÉNYÉNEK JELLEMZÉSE VIZSGÁLATONKÉNT

Mérések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Testmagasság (cm)	1	50	152,00	196,00	173,50	9,50
	2	46	158,000	196,000	176,152	11,145
	3	37	150,00	196,00	174,70	11,34
Testtömeg (kg)	1	50	46,00	116,00	73,28	17,45
	2	46	47,000	113,000	73,891	16,777
	3	37	49,00	112,00	73,84	16,82
Testösszetétel- vizsgálat: testzsír- százalék (%)	1	50	10,0	42,0	26,3	6,26
	2	69	6,9	62,1	17,659	8,6965
	3	37	14,0	41,0	25,28	5,34
Testösszetétel- vizsgálat: viscerális zsír érték	1	50	2,00	16,00	6,68	3,71
	2	-	-	-	-	-
	3	37	2,00	15,00	6,59	3,33
Testösszetétel- vizsgálat: vázizom érték (%)	1	50	24,00	43,00	32,66	4,23
	2	69	15,9	58,2	31,487	9,3796
	3	37	13,00	38,00	26,05	6,70
Testösszetétel- vizsgálat: alapanyagcsere érték (Kcal)	1	50	1118,0	2192,0	1571,18	282,47
	2	-	-	-	-	-
	3	37	1148,00	2119,00	1614,24	276,42
Derék (cm)	1	50	61,00	114,00	83,32	13,58
	2	-	-	-	-	-
	3	37	62,00	107,00	82,62	12,00
Csípő (cm)	1	50	64,00	115,00	95,26	9,36
	2	-	-	-	-	-
	3	37	67,00	114,00	96,41	10,55

38. TÁBLÁZAT: A NŐI VÁLASZADÓK HÁROM MÉRÉSI EREDMÉNYEINEK JELLEMZÉSE VIZSGÁLATONKÉNT

Mérések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Testmagasság (cm)	1	25	152,0	180,0	166,16	6,13
	2	35	150,0	181,0	165,229	7,0797
	3	18	150,0	180,0	166,0	8,16
Testtömeg (kg)	1	25	46,0	75,0	59,32	7,3
	2	35	43,1	86,3	60,083	11,1382
	3	18	49,0	80,0	60,55	10,41
Testösszetétel- vizsgálat: testzsír- százalék (%)	1	25	19,0	42,0	28,92	5,20
	2	35	7,9	38,4	16,689	6,9525
	3	18	17,8	41,0	25,4	6,90
Testösszetétel- vizsgálat: viscerális zsír érték	1	25	2,0	8,0	4,08	1,35
	2	-	-	-	-	-
	3	18	2,0	11,0	4,72	2,80
Testösszetétel- vizsgálat: vázizom érték (%)	1	25	24,0	39,0	29,72	2,79
	2	35	15,9	30,4	23,754	4,0329
	3	18	19,0	35,0	27,21	4,46
Testösszetétel- vizsgálat: alapanyagcsere érték (Kcal)	1	25	1118	1498	1323,16	100
	2	-	-	-	-	-
	3	18	1148,0	1951,0	1398,44	209,16
Derék (cm)	1	25	66,0	94,0	74,2	7,29
	2	-	-	-	-	-
	3	18	62,0	98,0	74,39	10,25
Csípő (cm)	1	25	79,0	98,0	90,52	5,98
	2	-	-	-	-	-
	3	18	67,0	114,0	90,67	11,38

39. TÁBLÁZAT: A FÉRFI VÁLASZADÓK HÁROM MÉRÉSI EREDMÉNYEINEK JELLEMZÉSE VIZSGÁLATONKÉNT

Mérések	Vizsgálat	Elem- szám	Min.	Max.	Átlag	Szórás
Testmagasság (cm)	1	25	170,0	196,0	180,84	5,86
	2	34	162,0	194,0	181,059	7,1518
	3	19	170,0	196,0	182,947	6,8352
Testtömeg (kg)	1	25	69,0	116,0	87,24	12,73
	2	34	66,6	163,7	87,897	17,3504
	3	19	67,0	112,0	86,342	11,2429
Testösszetétel- vizsgálat: testzsír- százalék (%)	1	25	10,0	36,0	23,68	6,21
	2	34	6,9	62,1	18,659	10,1986
	3	19	14,00	30,00	25,1579	3,47951
Testösszetétel- vizsgálat: viscerális zsír érték	1	25	3,0	16,0	9,28	3,49
	2	-	-	-	-	-
	3	19	5,0	15,0	8,368	2,8129
Testösszetétel- vizsgálat: vázizom érték (%)	1	25	29,0	43,0	35,6	3,27
	2	34	28,4	58,2	39,447	5,9857
	3	19	13	38	24,83	8,272
Testösszetétel- vizsgálat: alpanyagcsere érték (Kcal)	1	25	1607,0	2192,0	1819,2	157,30
	2	-	-	-	-	-
	3	19	1576,0	2119,0	1818,684	144,2667
Derék (cm)	1	25	61,0	114,0	92,44	12,25
	2	-	-	-	-	-
	3	19	81,0	107,0	90,421	7,5301
Csípő (cm)	1	25	64,0	115,0	100,0	9,82
	2	-	-	-	-	-
	3	19	93,0	113,0	101,842	6,0117