

# FIZIKAI MUNKAVÁLLALÓK EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSE – ESETTANULMÁNY EGY MAGYARORSZÁGI GYÁRTÓ VÁLLALATNÁL

## HEALTH PROMOTION FOR BLUE-COLLAR WORKERS – A CASE STUDY IN A HUNGARIAN MANUFACTURING COMPANY

Kevés kutatás található a fizikai munkavállalók egészségmagatartásáról, egészségfejlesztéséről. A szerzők esettanulmányának célja, hogy bemutassa e munkavállalók munkahelyi egészségfejlesztésének kihívásait és lehetőségeit egy magyarországi gyártó vállalat példáján keresztül. A kutatás keretében hét vezető beosztású munkatárssal folytattak félig strukturált mélyinterjút, amelyek során feltárták az akadályozó tényezőket, valamint az egészségfejlesztési kezdeményezések jövőbeli lehetőségeit. A kvalitatív adatelemzés hat fő területet azonosított: 1. egészségfejlesztés fontossága, vezetők elköteleződése, 2. fizikai munkavállalók egészségi állapota, 3. a dolgozók egészségmagatartása, egészségtudatosság, 4. a munka jellegéhez kapcsolódó specialitások, 5. kommunikáció, 6. prioritizált egészségfejlesztési területek. Az eredmények alapján konkrét javaslatokat fogalmaztak meg a vállalat számára, amelyek a HAPA-modell két fázisára, a dolgozók aktív bevonására és a műszakos munkavégzésre vonatkoztak. A tanulmány öt, más vállalatok számára is megfontolandó, a vállalatnál bevált, alkalmazott „jó gyakorlatot” is sorra vesz. A cikk hozzájárul a munkahelyi egészségfejlesztés irodalmához, különös tekintettel a fizikai munkát végzők speciális igényeire, kihívásaira és lehetőségeire.

**Kulcsszavak:** munkahelyi egészség, munkahelyi egészségfejlesztés, fizikai munkavállaló, egészségmagatartás, kvalitatív kutatás

There is little research on health behaviour and health promotion among blue-collar workers. This study aims to present the challenges and opportunities for health promotion among blue-collar workers through the example of a manufacturing company in Hungary. The research involved semi-structured in-depth interviews with seven senior and mid-level managers to identify barriers to programme implementation and future opportunities for health promotion initiatives. The qualitative data analysis identified six main areas: 1. importance of health promotion, commitment of leadership, 2. health status of blue-collar workers, 3. health behaviour and health literacy of workers, 4. specific aspects related to the nature of work, 5. communication, 6. prioritized areas for health promotion. Based on our findings, we formulated recommendations for the company, covering the two phases of the HAPA-model, active employee involvement, and review of shift work. The study also identifies five examples of good practice that other companies can consider.

**Keywords:** workplace health, workplace health promotion, blue-collar worker, health behaviour, qualitative research

### Finanszírozás/Funding:

A szerzők a tanulmány elkészítésével összefüggésben nem részesültek pályázati vagy intézményi támogatásban. The authors did not receive any grant or institutional support in relation with the preparation of the study.

### Szerzők/Authors:

Dr. Szabó Ágnes<sup>a</sup> (agnes.szabo2@uni-corvinus.hu) egyetemi adjunktus; Länger Jelena<sup>b</sup> (jelena@longevity-project.org) egészségfejlesztő

<sup>a</sup> Budapesti Corvinus Egyetem (Corvinus University of Budapest) Magyarország (Hungary); <sup>b</sup> Longevity Project (Longevity Project) Magyarország (Hungary)

A cikk beérkezett: 2024. 08. 20-án, javítva: 2025. 04. 21-én és 2025. 12. 15-én, elfogadva: 2025. 12. 16-án.

The article was received: 20. 08. 2024, revised: 21. 04. 2025 and 15. 12. 2025, accepted: 16. 12. 2025.

Copyright (c) 2026 Corvinus University of Budapest, publisher of *Vezetéstudomány / Budapest Management Review*. This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

A WHO (2008) szerint a munkahely a XXI. században az egészségfejlesztés egyik kiemelt helyszíne, mivel befolyásolja a fizikai, mentális, szociális és pénzügyi jólétet, és ideális környezetet és infrastruktúrát is kínál az egészség támogatásához. A munkavállalói jóléthez kötődő szolgáltatások piaca dinamikusan bővül. Míg 2017-ben a vállalatok világszerte összesen 29,3 milliárd dollárt költöttek ilyen programokra (Szabó & Juhász, 2020), 2020-ban ezt a piacot már 56,7 milliárd dollárra becsülték, a COVID-19 miatti csökkenéssel a 2021-es tényadat végül 51 milliárd dollár lett. 2027-re az ilyen jellegű kiadások akár megközelíthetik az évi 90 milliárd dollárt (Murtola, 2022).

A magyarországi vállalatok is egyre nagyobb figyelmet fordítanak a munkavállalók egészségének megőrzésére és javítására szolgáló programokra. Bár a piac méretére vonatkozó konkrét adatokat nem találni, a vállalati jólétet támogató kezdeményezések száma növekedni látszik. A vállalatok többféle díjért versenyezhetnek minden évben, mint például a „Legfittebb Munkahely”, a „HR Best 1 Life”, „Az Év Irodája”, „Az év felelős foglalkoztatója” vagy éppen a „Családbarát munkahely”.

Ugyanakkor probléma, hogy míg a szellemi munkavállalók körében folyamatosan növekvő érdeklődés és részvételi motiváció figyelhető meg – amelyet jellemzően introjektált és identifikált szabályozók hajtanak (Szabó & Kajos, 2023) –, addig a fizikai dolgozók részvétele a felkínált egészségfejlesztési programokban jóval alacsonyabb. Aktivizálásuk és bevonásuk számos vállalat számára komoly kihívást jelent. Kajitani (2015) szerint a kékgallérosok fizikai állapotának és képességeinek hanyatlása gyorsabban következik be az életkor előrehaladtával – különösen 55 éves kor felett –, mint a szellemi munkát végzők esetében. Coenen és munkatársai (2018) metaanalízisükben 17 tanulmány, közel 200 ezer fő adatainak elemzése alapján kimutatták, hogy a megterhelő fizikai munkát végző férfiak körében 18%-kal nagyobb volt a korai halálozás kockázata, mint azoknál, akik könnyű fizikai vagy szellemi munkát végeztek.

Míndezeken túl az Európai Unióban Magyarországon a második legmagasabb az életmód vagy viselkedésbeli kockázatból eredő halálozások aránya az összes halálozást tekintve (47%). A viselkedési kockázatok a táplálkozással, a dohányzással, az alkoholfogyasztással és az alacsony mértékű testmozgással kapcsolatosak (Európai Bizottság, 2021). Az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) 2014-es és 2019-es jelentése egyaránt azt mutatja, hogy a magyar lakosság körében az anyagi helyzet és az iskolázottság erősen összefügg az egészségmagatartással (KSH, 2019). Ez mutatkozik meg az alacsonyabb iskolázottságú és alacsonyabb keresetű csoportoknál megfigyelt magasabb dohányzási és alkoholfogyasztási szokásokban és a kevesebb zöldség- és gyümölcsfogyasztásban, sőt, paradox módon még az alacsonyabb fizikai aktivitásban is. 2019-ben az alapfokú iskolai végzettségűek 48%-a, a felsőfokú végzettségűek 74%-a tartotta jónak vagy nagyon jónak egészségi állapotát. Ugyanez az arány a legalsó jövedelmi ötödbe tartozók körében 58%, a legfelső ötöd esetében 73% volt. Az iskolai végzettség szintje és

a krónikus betegségek előfordulása között is összefüggés mutatható ki. A legfeljebb alapfokú végzettségűek és az érettségivel nem rendelkezők egyaránt 52%-a, az érettségivel rendelkező középfokú végzettségűek 44%-a, a felsőfokú végzettségűek 45%-a küzd krónikus betegséggel (Boros, 2019). A 2022. év II. negyedévére vonatkozó KSH-adatok alapján Magyarországon 2,4 millió fizikai munkavállaló dolgozott, 63%-uk férfi, 37%-uk nő. A fizikai munkavállalók összesen a foglalkoztatottak 51,4%-át tették ki (KSH, 2022). 2022. I. negyedévében a fizikai foglalkoztatottak átlagbére bruttó 373990 forint volt, ami 26%-kal alacsonyabb az azonos időszakban jelentett átlagkeresetnél és 42%-kal maradt el a szellemi foglalkozásúak átlagkeresetétől (KSH, 2022). A KSH 2024-es adatai alapján Budapesten például egy fizikai foglalkozású munkavállaló 2024 októberében átlagosan nettó 352607 forintot keresett, míg a szellemi foglalkozásúak átlagkeresete 597224 forint volt. A fizikai dolgozók helyenként több mint nettó 200 ezer forinttal kevesebbet kerestek, mint a szellemi munkát végzők (Vörös, 2024), így az egészséges életmódra számítható diszkrecionális jövedelmük is jóval alacsonyabb lehet.

Magyarországon a fizikai foglalkoztatottak száma magas, így a magyar gazdaság teljesítőképessége szempontjából munkahatékonyaságuk minősége nagy jelentőséggel bír. Emellett az elmúlt években egyre erősebben jelenik meg körükben a munkaerőhiány problematikája és ezzel párhuzamosan megnövekedett a fluktuációjuk is, 2022-ben 40% volt (HRPWR, 2023). A fizikai munkavégzés jellegéből adódóan több egészségkockázattal is járhat. A fizikai munkavállalók átlagéletkora sokszor magasabb a szellemiekénél, és folyamatosan emelkedik. Évről-évre növekszik azon munkavállalók száma, akiket a foglalkozás-egészségügyi vizsgálatok során munkavégzésre teljesen vagy korlátozottan alkalmatlannak minősítenek. A magasabb korból, a potenciálisan több kockázati tényezőtől, az alacsonyabb szintű egészségértésből és a kedvezőtlenebb egészségmagatartásból következik, hogy a fizikai munkavállalók egészségi állapota jellemzően rosszabb, mint a szellemi dolgozóké (Boros, 2019; KSH, 2019, 2022).

Nincsenek publikációk a kimondottan ezt a munkavállalói réteget célzó magyar munkahelyi egészségfejlesztési programok terén, azaz kutatási és gyakorlati szempontból is fontos rész van. A vállalatok visszajelzései alapján a szellemi munkavállalók által jól fogadott és hatékonyan alkalmazható programok a fizikaiakat nem vonzzák ugyanolyan mértékben.

Cikkünk célja, hogy feltárja a fizikai munkavállalók munkahelyi egészségfejlesztésének főbb kihívásait és lehetőségeit egy Magyarországon működő termelő vállalat esettanulmányán keresztül. Ezzel a magyar – elsősorban gyakorlati – szakirodalom bővítéséhez kívánunk hozzájárulni.

## Elméleti háttér

Jelen fejezetben először egészségfejlesztési modelleket, majd kifejezetten a fizikai munkavállalókhöz kapcsolódó

irodalmat, őket érintő speciális tényezőket és jó gyakorlatokat mutatunk be.

### Vállalati egészségfejlesztési modellek

A nemzetközileg elismert és használt modellek közül a három legismertebbet, legtöbbet használtat vizsgáltuk meg (további modellekről lásd: Szilas & Dankó, 2023): a Gant-féle prevenció piramismodell, a WHO (World Health Organization) egészséges munkahely modelljét, ami az egyik legfontosabb kiindulási alapmodell, körkörös folyamatként kezelve az egészségfejlesztést és az IWI (Innovative Workplace Institute) által kidolgozott PROWELL analitikai rendszert, ami egy akadémiai partnerek segítségével kidolgozott „piaci” analitikus eszköz a vállalati egészségfejlesztés területén.

A Gant-féle prevenció piramismodell (1. ábra) az emberi szükségletek hierarchiáját bemutató Maslow-piramishoz hasonló logikával a munkavállalói egészséggel és jólléttel kapcsolatos elemeket rendezi egy hierarchikus rendszerbe (Dankó et al., 2022). A piramis tetején elhelyezkedő „wellness” – amikor a munkakörnyezet és a vállalati kultúra támogatja a munkavállalót abban, hogy egészségesebb életmódot alakítson ki – nem valósulhat meg addig, amíg az alsóbb szinteken elhelyezkedő alapvető „munkahelyi biztonság” (munkabiztonsági és foglalkozás-egészségügyi intézkedések, a munkából és a munkakörnyezetből adódó veszélyforrások kiküszöbölése) és az azt követő „alapvető ergonómia” (a foglalkozásból adódó, leginkább váz-és izomrendszeri betegségek megelőzése) feltételei nincsenek kialakítva (Gant, 2020, p. 76).

1. ábra

Gant prevenció piramisa



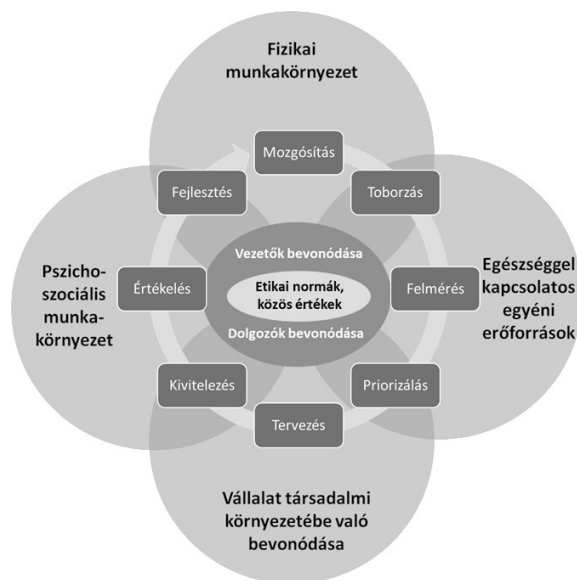
Forrás: Gant (2020, p. 76)

Azzal, hogy a modell a piramis aljára az alapvető munkahelyi biztonsági és munkavédelmi intézkedéseket helyezi, azt támogatja, hogy a munkáltatóknak először az egészség és biztonság alapjaival kell foglalkozniuk, mielőtt a fejlettebb jóllét-kezdemenyzéseket bevezetik. Az egyszerűsége azonban egyben a korlátja is a modellnek, ennél azért összetettebb a vállalati egészségfejlesztés rendszere, ráadásul folyamatos értékelések és fejlesztések nélkül nem fenntartható. A külső tényezőket meg teljesen figyelmen kívül hagyja.

A WHO egészséges munkahely modellje (2. ábra) részletesen kifejti és széleskörűen összegzi mindazokat a területeket, amelyeken a munkáltató a munkavállalók egészségére hatással lehet, és azokat az utakat, amelyeken keresztül befolyásolhatja őket. A WHO által meghatározott négy fő terület a fizikai munkakörnyezet, a pszicho-szociális munkakörnyezet, a munkavállalók egészséggel kapcsolatos egyéni erőforrásai és a vállalat társadalmi környezetébe való bevonódása. Egy egészséges munkahely kialakításában legalább ugyanannyira fontos kulcstényező a folyamat megfelelő megtervezése és kivitelezése, mint a megfelelő tartalom. Akkor lehet hatásos az egészségfejlesztési folyamat, ha az lépésről-lépésre történő, hosszú távon fenntartott, folyamatos fejlesztést jelent, amelyben a munkavállalók mozgósítása és bevonása közös értékek és etikai normák mentén történik (Burton et al., 2010, p. 3). Szilas és Dankó (2023) szerint, akik a PERMA szemüvegén keresztül néztek rá, a modell az egyéni erőforrásokhoz, valamint a dolgozók bevonása és a pszicho-szociális munkakörnyezet összetevőin keresztül közvetlenül kapcsolódik a *pozitív érzelmek*hez; a munkavállalói bevonás és vezetői elkötelezettség összetevői közvetlenül kapcsolódnak a *bevonáshoz*, és közvetve a pszicho-szociális munkakörnyezethez; az egészséggel kapcsolatos egyéni erőforráshoz fontosak a kollegiális, valamint a csapat- és felettes szintű támogatások és *kapcsolatok*; a közösségek bevonása közvetlenül, míg a munkavállalók bevonása közvetve kapcsolódik az *értelmes, jelentéssel bíró élethez/munkához*, végezetül az egyéni erőforrások az autonómián és az intrinzik célmeghatározáson keresztül közvetve összefüggésbe hozhatók a *teljesítménnyel*.

2. ábra

A WHO egészséges munkahely modellje



Forrás: Burton et al. (2010, p. 3)

Ez egy holisztikus folyamatmodell, hosszú távú fókusszal, amely jól illeszkedik a szervezetfejlesztési modellekhez, amelyek elismerik a fokozatos és fenntartható változás

szükségességét annak érdekében, hogy a kezdeményezések hatékonyak és tartósak legyenek.

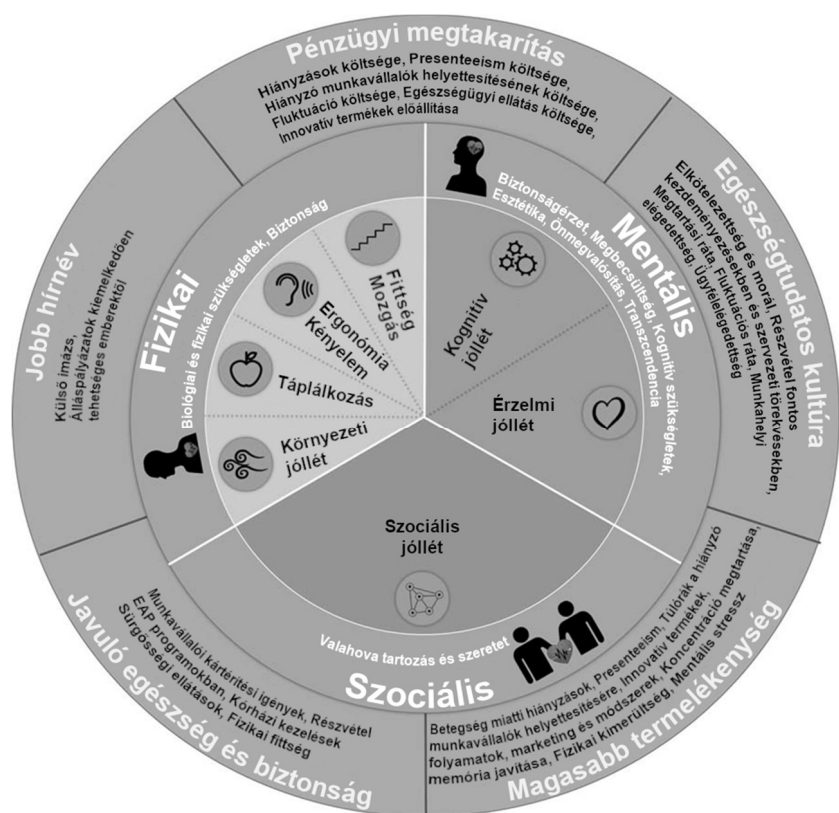
Az IWI (Innovative Workplace Institute) megbízásából iparági és akadémiai partnerek együttműködésével kidolgozott PROWELL egészségfejlesztési modell (3. ábra) elsősorban analitikai eszközként alkalmazható, célja a munkahelyek teljesítményének mérése a munkavállalói egészség és jóllét viszonylatában. Ennek előnye, hogy nagyon sok tényezőt és szempontot egyesít az emberi szükségletek hierarchiájától kezdve a munkavállaló egyéni jóllétét befolyásoló munkahelyi tényezők részletes áttekintésén keresztül az egészségfejlesztés vállalatra gyakorolt hatásáig, azaz nagyon átfogó, holisztikus szemléletű. A jóllétet három alapvető területre, a fizikai, mentális és szociális jóllétre bontja. A PROWELL-modell egységisége abban rejlik, hogy a munkavállalók egyéni egészségét és jóllétét befolyásoló tényezőket szorosan összeköti a vállalat, mint versenyző gazdasági entitás egészségfejlesztéséből származó potenciális előnyeivel (Innovative Workplace Institute, n.d.). Rámutat a munkavállalói egészségfejlesztésből eredő vállalati előnyökre, mérhetővé teszi azokat, így az adatalapú stratégiai döntéshozatali folyamatokban is meg tudnak jelenni az egészségfejlesztés kérdései. Kritikája lehet, hogy nem foglalkozik mérhetően, vagy nagyon nehezen mérhető aspektusokkal.

### Egyéni magatartásváltoztatást segítő egészségfejlesztési modellek

A szakirodalomban többféle, az egészségfejlesztési gyakorlatban is gyakran alkalmazott magatartásváltoztatási modell fellelhető, mi a legegyszerűbbtől a legkomplexebb felé haladva mutatjuk be őket. Az 1950-es években Irwin és munkatársai által az Egyesült Államok Közegészségügyi Szolgálatánál kifejlesztett egészséghiedelem-modell (HBM – Health Belief Model, Glanz & Rimer, 1995, idézi Henderson, 2009) célja az egészséggel kapcsolatos viselkedés magyarázata és előrejelzése azáltal, hogy az egyén kockázatáról és a cselekvés előnyeiről vagy akadályairól alkotott elképzeléseire összpontosít, de az egyént körülvevő társadalmi és kulturális tényezőket, általában a környezeti hatásokat nem igazán veszi figyelembe. Alapvetően négy fő kognitív tényezőt vizsgál:

- *észlelt fogékonyág* (az egyén saját megítélése szerint mekkora a megbetegedés vagy más negatív kimenetek kockázata),
- *észlelt súlyosság* (az egyén saját megítélése egy betegség vagy negatív kimenet komolyságát, súlyosságát illetően),
- *észlelt akadályok* (az egyén saját megítélése arról, hogy milyen hatások tántoríthatják el az új viselkedés gyakorlásától),
- *észlelt előnyök* (az egyén saját megítélése arról, hogy milyen pozitív előnyei származhatnak az új viselkedésből) (Green et al., 2021).

A PROWELL-modell



Forrás: Innovative Workplace Institute (n.d.)

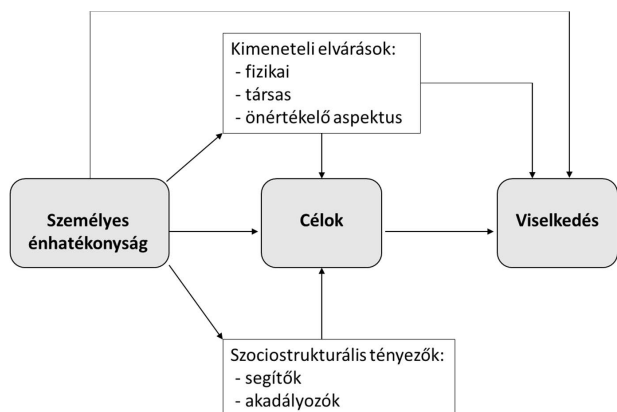
3. ábra A modell erőssége, hogy nagy hangsúlyt fektet az egyén saját egészségének és kockázatának megítélésére, és a négy fő kognitív tényező világos keretet biztosít a beavatkozások megtervezéséhez, kommunikációjához és értékeléséhez. Ráirányítja a figyelmet azokra a pszichológiai akadályokra és motivátorokra, amelyekkel a beavatkozások során foglalkozni lehet. A modell problémái, hogy kizárólag az egyéni megismerésre összpontosít, és nagymértékben figyelmen kívül hagyja a társadalmi, kulturális és környezeti tényezőket, valamint, hogy elsősorban kognitív jellegű, rövid távú racionális döntéshozatali folyamatot feltételez.

Bandura szociális-kognitív modellje (SCT – Social Cognitive Theory; Bandura, 1998) szerint az emberi magatartás személyes, viselkedéses és környezeti tényezők dinamikus kölcsönhatásának eredménye (4. ábra). Bandura koncepciójában már megjelenik ezen kívül az énhatékonyság jelentősége is, vagyis az, hogy a személy mennyire van meggyőződve arról, hogy az új viselkedés kialakításához vezető cselekvéseket akár nehézségekkel szemben is képes végrehajtani (Teleki & Tiringér, 2017).

Az énhatékonyság növelése Bandura modelljében központi fontosságú, tulajdonképpen maga az énhatékonyság a kiindulópontja, amely hat az egyén által elvárt hatásokra, eredményekre, rövid és hosszú távú céljaira, valamint a cselekvést akadályozó, nehezítő, vagy éppen támogató tényezőkre egyaránt. Ez egy jóval átfogóbb modell, melynek keretei lehetővé teszik, hogy olyan beavatkozásokat tervezzenek, amelyek több szinten – egyénileg, közösségekben és politikailag – célozzák meg a viselkedésváltozást. Még ebben is a kognitív folyamatok a hangsúlyosak, valamint nem minden tanulható meg társas közegben, megfigyeléssel sem. Leegyszerűsíti az emberi viselkedést, mivel a megfigyelhető cselekvésekre és a környezeti hatásokra összpontosít.

4. ábra

**Bandura szociális-kognitív viselkedésváltoztatási modellje**



Forrás: Teleki & Tiringér (2017, p. 7) alapján

A Braun-Kasprzyk szerzőpáros által tárgyalt integrált viselkedéses modell (IBM – Integrated Behavioral Model) (5. ábra) több szociális-kognitív magatartási elmélet (többek között a TRA – Theory of Reasoned Action és a TPB – Theory of Planned Behaviour) integrációjával jött létre (Braun, 2012; Kasprzyk et al., 1998; Kasprzyk & Montaño, 2007, idézi Kiss et al., 2020). Három fő építőeleme az adott magatartással szembeni attitűd, a magatartással kapcsolatos társadalmi norma és a személy énhatékonysága, amelyek együttesen hatnak a viselkedéses szándék kialakulására. Végül a szándék vezet majd a viselkedésváltoztatáshoz, amennyiben a személy rendelkezik az ahhoz szükséges ismeretekkel és képességekkel (vagy elsajátítja őket) és fontosnak is tartja az adott változtatást. A modell azzal is számol, hogy a viselkedés kialakulását még befolyásolhatják környezeti korlátok és az egyén kialakult szokásai is. Ez egy még komplexebb modell, jól ismert viselkedésemelvényeket integrál, holisztikus, széleskörűen alkalmazható. Olyan tényezőket vesz figyelembe, mint az attitűdváltozás, a társadalmi normák szerepe, a kontroll és énhatékonyság, amelyek mind központi szerepet játszanak az egészségesebb magatartásformák

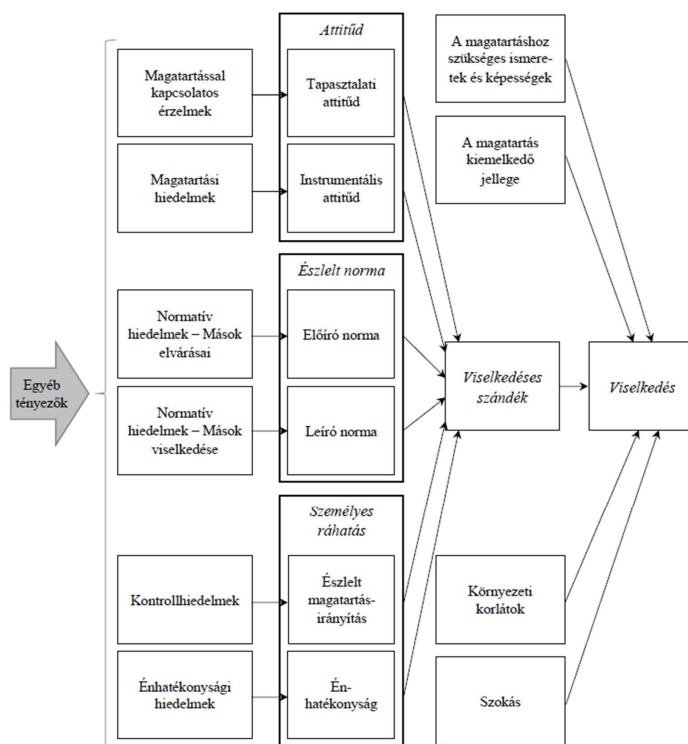
előmozdítását célzó beavatkozások kialakításában, ugyanakkor ez is kognitív modell, és nem minden eleme mérhető könnyedén.

Az eddig felsorolt modellek mindegyikét alkalmazzák az egészségfejlesztésben, az elmúlt években mégis sok kritika érte őket, leginkább azért, mert az embert alapvetően racionális lényként kezelik, aki ebből adódóan mindig tudatosan cselekszik. Ezért ezek a modellek nem adnak adekvát választ arra, hogy hogyan lehet a rutinból vagy addikcióból eredő egészségviselkedéseket sikeresen megváltoztatni. Másrészt elsősorban a szándék kialakítására és a cél meghatározására ható tényezőkkel foglalkoznak, azzal nem, hogy a kialakított szándék és a valós viselkedésváltozás között tapasztalható nagy szakadékot hogyan kellene hatékonyan áthidalni. Sheeran 2002-ben 10 korábbi metaanalízisből készült összefoglaló vizsgálata azt találta, hogy a viselkedéses szándék mindössze 28%-át magyarázta a jövőbeli viselkedés varianciájának (Teleki & Tiringér, 2017). Az egészségesebb szokások kialakítására vonatkozó szándék önmagában ritkán elegendő ahhoz, hogy a kívánt viselkedésváltoztatás megvalósuljon.

A Schwarzer és kutatócsoportja által 1992-ben kidolgozott egészségmagatartás változásának szociális-kognitív folyamatmodellje (HAPA – Health Action Process Approach) (6. ábra) (Teleki & Tiringér, 2017) a szándék-viselkedés rés áthidalását helyezi fókuszba. A HAPA-modell gyakorlati használhatóságát az is elősegíti, hogy integrálja az egészségváltoztatás folyamatos és szakaszos modelljeinek előnyeit. Míg a folyamatos modellek az egyént egy folyamatos kontinuumon látják és ezáltal jól

5. ábra

**Az integrált viselkedéses modell**



Forrás: Kiss et al. (2020, p. 58) alapján

alkalmazhatók a viselkedés magyarázatában és előrejelzésében, addig a szakaszos modellek azért népszerűek, mert segítségükkel a programok résztvevőiből viszonylag homogén célcsoportok képezhetők (Teleki & Tiringner, 2017), azaz a lassú és költséges egyéni fejlesztés helyett gyorsabb és költséghatékonyabb, ráadásul a társas támogatás pozitív hatásait is kihasználó csoportos fejlesztést tesznek lehetővé.

A HAPA-modell egyszerre gondolkodik folyamatban és szakaszokban, az életmód megváltoztatását egy olyan önszabályozó folyamat eredményének tekinti, amelyben egyértelműen elkülönül két nagy szakasz:

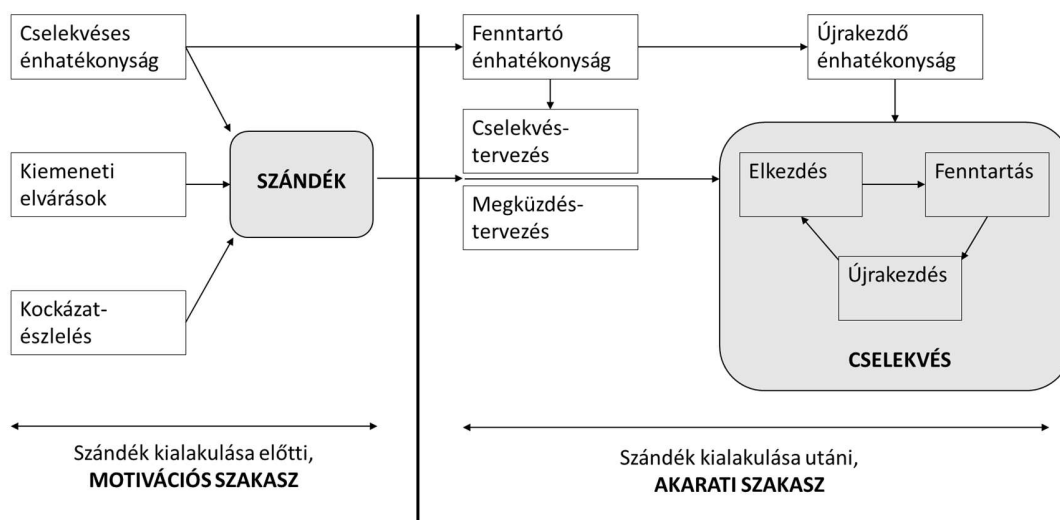
1. a szándék kialakulása előtti *motivációs szakasz*, melynek célja a szándék kialakítása és
2. a szándék kialakulása utáni *akarati szakasz*, melynek célja a viselkedés tényleges megváltoztatása.

valamint egyszerre több egészségügyi problémát céloznak meg és különböző típusú tevékenységeket kínálnak (Goetzl & Ozminkowski, 2008).

A vezetési stílust érdemes kiemelni még: a transzformációs, az inspiráló, a szolgáló vezetési stílusok, amelyek a támogatást és a felhatalmazást hangsúlyozzák, bizonyítottan fokozzák a munkavállalók elkötelezettségét, jóllétét és az egészségprogramok sikerességét is (Eisele, 2020; Sam et al., 2025). A Deloitte 2023-as tanulmánya szerint a mai munkahelyi környezetben három tényező van, amely kiemelkedően befolyásolja a munkavállalók jóllétét: a vezetői magatartás a közvetlen felettestől egészen a felső vezetésig, emellett hogy miként alakítják ki a szervezet működését és a munkaköröket, valamint a különböző szervezeti szinteken hogyan zajlik a munka (Deloitte, 2023). Magyar vonatkozásban Farkas et al. (2013) szerint

6. ábra

**A HAPA – Health Action Process Approach – az egészségmagatartás változásának szociális-kognitív folyamatmodellje**



Forrás: Teleki & Tiringner (2017, p. 12) alapján

A modell erőssége, hogy nagyon jól felismeri, hogy a változás hosszú folyamat, benne legalább két elkülönülő szakasszal, amelyekben egymástól különböző társas-kognitív tényezők jellemzők (Teleki & Tiringner, 2017). Ennek megértése egy munkavállalókat célzó egészségfejlesztési program kialakításakor lehetővé teszi, hogy a megfelelő szakaszban lévő munkavállalók számára hatékony üzeneteket és programokat kínáljunk.

Míndegyik modell használható fizikai munkavállalók körében is, mégis a HAPA-modell a leginkább javasolt. A fizikai munkavállalók esetében annak is az első szakaszára szükséges először jóval nagyobb hangsúlyt fektetni. Bármely modellt is alkalmazzuk, bizonyos tényezőkre érdemes figyelmet fordítani. Egy 119 tanulmányt áttekintő kutatás szerint a sikeres munkahelyi egészségfejlesztési programok olyan jellemzőkkel rendelkeznek, mint a munkavállalók egészségügyi igényeinek felmérése és a programok testre szabása ezen igények kielégítésére, magas részvételi arány elérése, az öngondoskodás elősegítése,

a munkavállalók munkahelyi motivációjában fontos szerepet játszanak a biztonság, a stabilitás, a jó munkahelyi légkör és a megfelelő kapcsolatok, akár a vezetővel is. Gelencsér et al. (2020) is hangsúlyozta a munkahelyi légkör és a munkahelyi stabilitás, valamint a megbecsülés, a kedvező bánásmód és a megfelelő vezetői stílus szerepét.

**A fizikai munkavállalók részvétele az egészségfejlesztő programokban**

Quintiliani és munkatársai (2007) szerint a férfi, kékgalléros munkavállalók kisebb valószínűséggel vesznek részt munkahelyi egészségprogramban, mint a fehérgallérosok és a nők (Quintiliani et al., 2007). Ennek lehetséges okai: a nem megfelelő kommunikáció a fizikai munkavállalók felé, a vezetési stílus, a közvetlen vezető ellenállása, a túlórák és a váltott műszakos munkarend, a másodállások miatti időhiány és az otthon és a munkahely közötti nagy távolság.

Egy 35 amerikai publikációt összefoglaló áttekintő tanulmány is hasonló eredményre jutott: a fizikai

munkavállalók részvétele az egészségfejlesztési programokban következetesen szignifikánsan alacsonyabb volt a szellemiekhez képest, az egészséges táplálkozást és testsúlymenedzsmentet szolgáló programokban a fizikai munkavállalók részvételi aránya 13%-36,9% volt, míg a szellemieké 43%-50,8%-os. A dohányzásleszoktató programokon ez 18%-27,6% versus 37,3%-47% (Stiehl et al., 2018). A tanulmány szerint az alacsonyabb részvétel hátterében meghúzódó potenciális okok egyike az, hogy a programok tervezésekor nem veszik figyelembe a fizikai munkakörökben dolgozó munkavállalók speciális lehetőségeit és igényeit, valamint azt, hogy a munkahelyi és otthoni feladataik összeegyeztetését alacsonyabb jövedelmük még nehezebbé teheti.

A mozgásprogramok bevezetése jelentősen javíthatja a munkaképességet és a kapacitást a nagy igénybevételű jelentő munkakörökben dolgozó munkavállalók körében (Holtermann et al., 2010). Ezek a programok nemcsak a fizikai egészség megőrzésében segítenek, hanem csökkentik a tartós fizikai megterheléssel járó kockázatokat is, amelyek krónikus egészségügyi problémákhoz és korai nyugdíjba vonuláshoz vezethetnek (Mänttari et al., 2020; Choi, 2017), ugyanakkor az is ismert, hogy a fizikai munkát végzőket sokkal nehezebb plusz aktivitásba, mozgásprogramokba bevonni. Az is fontos cél, hogy minden munkavállaló hozzáférjen az egészségének megőrzéséhez szükséges lehetőségekhez (Choi, 2017). Ezek megfelelő kommunikációja a fizikai dolgozók felé elengedhetetlen.

Összefoglalva, a fizikai dolgozók sajátos igényeinek, lehetőségeinek, kockázatainak kezelésével és az egyenlőség előmozdításával, megfelelő, testreszabott kommunikációval, motivációval a szervezetek egészségesebb munkakörnyezetet hozhatnak létre, amely növelheti a fizikai munkavállalók jóllétét és a vállalat termelékenységét is (Szabó-Juhász, 2019).

### A fizikai munkavállalók egészségfejlesztését befolyásoló speciális tényezők

A fizikai munkavállalók egészségfejlesztési lehetőségeit befolyásoló nehezítő tényezők és akadályok alapvetően a szakirodalomban publikált két – egy 2019-es és egy 2021-es – cikk megállapításaira (Moreno et al., 2019; Hulsegge et al., 2021), valamint részben a vállalati egészségfejlesztési programokról gyűjtött hazai adatokra és tapasztalatokra alapozva a következő (hangsúlyozzuk, hogy e tényezők, melyek az idő (1-3.), a kommunikáció (4.) és az egészségtudatosság-jóllét (3. és 5-7.) témakörök köré csoportosulnak, nem országspecifikusak, mindenhol problémát jelenthetnek):

1. Munkaszervezés, beosztás, idő: A fizikai munkavállalók az elvégzendő munka jellegéből adódóan gyakran nagyon szigorú időbeosztás szerint végzik feladataikat, gyakran erős időnyomás alatt. Így a munkaidőben kínált szűréseken, csoportos programokon, előadásokon és más programokon való részvételük nehezen megoldható munkaidőn belül. A kékgallérosok egy része saját vagy családja megélhetését úgy tudja biztosítani, hogy a főállása mellett másodállást is vállal, így nincs ideje, lehetősége

munkaidőn kívül részt venni az egészségprogramokban.

2. Közlekedés a munkahely és az otthon között: A munkavállalók egy része a vállalat által szervezett buszjáratokkal közlekedik a munkahelyre és haza. Ezek érthető módon pontosan a műszakok idejének elejéhez és végéhez igazodnak, így nehézségekbe ütközne a későbbi hazajutás.
  3. Váltott műszakos munkavégzés: Gyártó vállalatoknál jellemző a napi 24 órában, váltott 8 vagy 12 órás műszakokban szervezett munka, ami több szempontból is fontos korlátozó és egyben kockázati tényező. A circadián ritmus felborulása, az alvásmennyiség csökkenése és az időeltolódás miatt a társas kapcsolatokban jelentkező nehézségek közvetlenül és közvetetten is negatív hatást gyakorolnak a munkavállalók fizikai és mentális jólétére. A váltott műszakban végzett munka szoros összefüggést mutat a kardiovaszkuláris megbetegedésekkel, emésztőszervi problémákkal és az anyagcsere-egyensúly megbomlásával járó betegségekkel. Emellett találtak összefüggést a váltott műszakban végzett munka és többféle daganatos és mentális betegség (Sato et al., 2020) között. Egy keresztmetszeti kutatás azt találta, hogy a váltott műszakban dolgozó munkavállalók esetében szignifikánsan nagyobb volt az elhízás és a diabétesz prevalenciája a nem váltott műszakban munkát végző kollégákhoz képest. A műszakos munkával összefüggő alváskorlátozás és fáradtság a kognitív hatékonyság romlásával, hibákkal, balesetekkel és hosszú távú egészségkárosodásokkal is jár (James et al., 2020).
  4. Kommunikáció módjai: A vállalati környezetben legelterjedtebben alkalmazott belső kommunikációs eszközök gyakran a fizikai munkavállalók számára nem, vagy csak korlátozottan érhetőek el. Nem rendelkeznek a munkáltató által biztosított digitális eszközökkel, így az online kommunikáció nehézségekbe ütközik vagy nem hatékony. Ezt a problémát a munkáltatók gyakran igyekeznek a munka- és pihenőterekben elhelyezett közös elérésű tabletekkel, TV-képernyőkkel és faliújságokkal áthidalni, de általában a leghatékonyabb kommunikációs csatorna a gyártócsarnokokban a személyes kapcsolattartás a csoport- és műszakvezetőkkel.
  5. Kedvezőtlenebb egészségmagatartás, alacsonyabb szintű egészségértés: A fizikai munkakörökről elmondható, hogy gyakran alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező munkavállalók töltik be őket. Az egészséget rövid és hosszú távon befolyásoló egészségmagatartás sok fontos eleme pedig összefüggést mutat az iskolázottság szintjével (Boros, 2019).
- 5a. Dohányzás
- A dohányzás gyakorisága fordítottan arányos az iskolai végzettséggel, a legfeljebb 8 osztályt végzett férfiak 40%-a naponta dohányzik, míg a diplomásoknál ez kb. 14%. Nőknél hasonló tendencia figyelhető meg.

### 5b. Alkoholfogyasztás

Az alacsonyabb végzettségű férfiaknál a nagyívok aránya másfélszerese a felsőfokú végzettségűeknek. Nőknél ugyanez a mintázat a mértékletes ivásnál látszik.

### 5c. Testmozgás, táplálkozás és elhízás

Az érettségizettek és diplomások több szabadidősportot üznek, és gyakrabban fogyasztanak zöldséget, gyümölcsöt (diplomások 75%-a naponta, ami 4,5-szerese az alacsonyabb végzettségűeknek). Az elhízás is nagyobb arányban érinti az alacsonyabb iskolázottságú csoportokat.

6. Alacsonyabb észlelt énhatékonyság: Az észlelt énhatékonyság egy szubjektív meggyőződés arról, hogy képesek vagyunk-e egy elképzelt cél érdekében az ahhoz szükséges lépéseket megtenni. Minél magasabb egy ember észlelt énhatékonysága, annál nagyobb valószínűséggel képes egészségmagatartásán változtatni (Teleki & Tiringner, 2017), és annál nagyobb valószínűséggel lesznek egészséget támogató szokásai. Az alacsonyabb iskolai végzettséggel és az alacsonyabb jövedelmi státusszal viszont együtt járhat az alacsonyabb észlelt énhatékonyság érzése, például a munkakörnyezet és a munkavégzés ideje és módja feletti kontroll hiánya miatt (Stiehl, et al., 2018).
7. A szellemi munkavállalóktól eltérő igények és prioritások a jóllét terén: a fizikai munkát végzők jelentős környezeti kitétséggel szembesülnek, amelyet részben a munkáltató kontrollál (munkaruha, védőeszközök, munkaeszközök minősége). A munkakörök sajátossága miatt további kockázatok is jelen vannak, szélsőséges hőmérséklet, zaj, káros anyagok, balesetveszély. Ezek elsősorban munkabiztonsági és munkavédelmi kérdések, de alapvetően meghatározzák a jóllétet is. Ha e területeken hiányosságok vannak, a dolgozók kevésbé nyitottak az egészségmegőrző szokásokra. Emellett pszicho-szociális kockázatok is előfordulhatnak, amelyek krónikus stresszhez vezethetnek.

A leírt specialitásokból adódóan máshogy szükséges megközelíteni a fizikai munkavállalók egészségfejlesztését, gondolunk itt mind az idejére, mind a kommunikáció módjára, mind az egészségtudatosság és jóllét szintjének szellemi munkavállalóktól különböző voltára.

### Jó gyakorlatok a fizikai munkavállalók egészségfejlesztése terén

Bár nem nagy számban, de az utóbbi években jelentek meg olyan publikációk, amelyek kifejezetten a fizikai munkavállalókat célzó egészségfejlesztési programokat tanulmányozzák.

Egy 2015 szeptemberétől 2016 októberéig tartó kísérletben (Won Ju & Jun Ah, 2019) egy koreai vállalat 32 olyan munkavállalójának szerveztek programot, akik az előzetes szív- és érrendszeri kockázati tényezők vizsgálata alapján közepes vagy nagy kockázatúnak bizonyultak. A program elején ezeken a vizsgálatokon túl specializált

kérdőívvel nagyon részletesen felmérték a résztvevők helyzetét és képességeit is. Ezután egy egészségmenedzsment-naplót készítettek a számukra, amely az „Action Research” elvét követve vezette őket végig a kutatók személyes segítségével saját kockázataik megértésétől kezdve saját rövid és hosszú távú egészség- és cselekvési terveik elkészítésén, majd a terv gyakorlatba való átültetésén át az időszakos értékelésekig és szükség esetén az újratervezésig. Az egyéves időszak végén statisztikailag szignifikáns javulást találtak a HDL- koleszterinszintben, a testtömegben és a vérnyomásértékekben is. A testmozgáshoz, táplálkozáshoz és dohányzáshoz kötődő önszabályozó képesség is szignifikánsan javult. A dohányzók aránya a csoporton belül 56,3%-ról 34,4%-ra csökkent. Ebben a beavatkozásban egy olyan lassabb, de hosszú távon hatékonyan bizonyuló utat választottak, amikor a munkavállaló saját énhatékonysága fejlődött, ezáltal nagyobb lett az esélye az elért magatartásváltoztatások és egészségügyi hatások megtartásának.

Egy ausztrál kutatásban építőiparban dolgozó férfiak egészségmagatartását és egészségprogramokhoz való viszonyulását vizsgálták (Du Plessis et al., 2013). Azt találták, hogy más munkavállalói csoportokhoz képest rosszabb általános egészségi állapottal, magasabb mortalitási és morbiditási kockázattal és a súlyos krónikus betegségek kialakulásának megnövekedett valószínűségével kell szembenézniük. Jellemzőbbek az egészségtelen szokások, és kisebb a hajlandóság arra, hogy a problémák megoldásában szakemberek segítségét kérjék. A tradicionálisan meghatározott maskulin értékek (erős, sérthetetlen, ellenálló) erősebben jelennek meg, és hozzájárulhatnak az egészségtelenebb egészségmagatartás kialakulásához, bár paradox módon Kolmet és munkatársai 2006-os kutatása arra utal, hogy ugyanebben a populációban (ausztrál fizikai munkavállaló férfiak) valójában fontosnak tartják az egészségüket, és az egészségükre ható tényezők egy részéről hasznos információkkal is rendelkeznek (Kolmet et al., 2006). Du Plessis és munkatársai kiemelték, hogy a kommunikációs eszközök és az egészségoktatás nem elégséges ebben a célcsoportban a közép- és hosszú távú változtatások eléréséhez, hanem mind a munkavállalók, mind a munkáltató részéről hosszú távú bevonódásra van szükség, akár a munkahely határain kívül is, a közösségi médiát is használva. Ugyanakkor egy kamionszofőrök körében szervezett és kifejezetten a közösségi médián keresztül kivitelezett egészségfejlesztési kísérlet eredményei azt mutatták, hogy a szofőröknek csak elenyésző százaléka volt hajlandó lájkolni a részükre létrehozott oldalt, az interakciók száma nagyon alacsony maradt, és mind a beavatkozás előtt, mind utána változatlanul alacsony volt azok aránya (15% és 14%), akik az internethez fordultak volna az egészségüket érintő információkért vagy tanácsokért (Sendall et al., 2018).

Egy randomizált kontrollált kísérlet vizsgálta, hogy a munkavállalók bevonásával kivitelezett munkahelyjavító intervenció hogyan hat egy elektronikai eszközöket gyártó vállalat fizikai munkavállalóinak mentális egészségére és munkateljesítményére, megnövekedett terhelésnél (Tsutsumi et al., 2009). 11 gyártósor munkásait

véletlenszerűen kettéosztották. Az intervenció csoportokban az egy gyártósoron dolgozó munkavállalók együtt beazonosították és prioritizálták a saját munkakörnyezetükkel kapcsolatos igényeiket és megtervezték, milyen lépéseket kell tenni a stressz csökkentése érdekében. A bevonás megvalósításának számos fontos szempontja volt, többek között a helyi gyakorlatból és a munkavállalók valós problémáiból való kiindulás, a már létező jó gyakorlatok előtérbe helyezése, a tapasztalatok folyamatos megosztása egymással és a gyakorlati kipróbálás útján való tanulás. A kísérlet egy éve alatt a kérdőívekkel mért mentális egészség határozottan hanyatlott a kontrollcsoportban, de szinten maradt az intervenció csoportban, a különbség statisztikailag szignifikánsnak mutatkozott.

A fizikai aktivitás növelése a megterhelő fizikai munkát végző munkavállalók körében is javíthatja a munkaképességüket és csökkentheti a hosszú távú betegszabadság valószínűségét (Mänttari et al., 2020).

A kifejezetten a fizikai munkásokkal foglalkozó tanulmányok összegző tanulása az, hogy sokkal intenzívebb beavatkozásra, bevonásra van szükség. A fizikai munkásoknál lassabb az út, az énhatékonyság lassabban fejlődik, messzebből, rosszabb egészségi állapotból indulnak, de nekik is szükségük van, sőt, még inkább szükségük van egészségfejlesztő programokra, az igényeikhez és a lehetőségeikhez igazítva. A szakirodalom áttekintése rámutatott arra, hogy a munkahelyi egészségfejlesztési programok sikeressége szoros összefüggésben áll a dolgozók aktív bevonásával és az egyéni szükségletek figyelembevételével. A nemzetközi modellek, mint például a WHO keretrendszere, valamint a viselkedésváltoztatási elméletek, mint a HAPA-modell, hangsúlyozzák a hosszú távú programok és a célzott kommunikáció jelentőségét. Ugyanakkor a fizikai munkavállalók speciális igényeire kevés kutatás összpontosít, magyarországi vonatkozásban nem is találtunk ilyen esettanulmányos kutatást. Jelen tanulmányunk célja, hogy ezt az elméleti és gyakorlati hiányt betöltse. Mindehhez a fizikai munkavállalók egészségfejlesztését befolyásoló speciális tényezők részben leírtakat, valamint Quintiliani et al. (2007) által felsorolt tényezőket is figyelembe véve megvizsgáljuk a fizikai munkavállalók részvételét akadályozó okokat, kihívásokat, valamint az egészségfejlesztési kezdeményezések gyakorlati megvalósítását segítő tényezőket, lehetőségeket egy konkrét magyar gyártóvállalat példáján.

## Kutatásunk módszertana

Primer kutatásunkban az esettanulmányunkhoz kiválasztott vállalat, a Bonduelle Central Europe Kft.. A Bonduelle egy 1853-ban Franciaországban alapított családi vállalkozás, 170 éves múltra visszatekintő élelmiszeripari vállalat, amely mára meghatározó szereplő a zöldségkonzervek és a fagyasztott zöldségek piacán. Világszerte összesen 56 telephelyen 14600 munkavállalót alkalmaznak. Az alaptermékektől kezdve (zöldborsó, kukorica, lencse, babfélék, spenót, brokkoli, karfiol és más zöldségfélék) az egészséges zöldség- és gabonaalapú készítményeken keresztül az innovatív zöldségköretekig nagyon széles kínálat

vannak jelen közel 30 országban (Bonduelle.hu, 2022). A Bonduelle „Planet-Food-People” missziója három fő célt ölel fel: a fenntartható mezőgazdasági, gyártási és logisztikai gyakorlatok előmozdítását, az egészséges, növényi alapú ételek eljuttatását az emberekhez, valamint a munkavállalók és a helyi közösségek jóllétének és egészségének védelmét, támogatását. A Bonduelle 30 éve lépett be a magyar piacra. Három gyártó telephelyük (Nagykőrös, Békéscsaba és Nyírszőlős) és egy központi irodájuk (Budapest) van. A magyarországi állandó munkavállalóknak nagyjából fele szellemi munkavállaló, a többiek a gyártásban tevékenykedő fizikai munkavállalók. A szezonban foglalkoztatott alkalmi munkavállalók is fizikai munkaköröket töltenek be. A munkavállalók közel fele a nagykőrösi telephelyen tevékenykedik. Esettanulmányunkhoz a nagykőrösi üzemet használtuk.

A Bonduelle magyar leányvállalatánál évente zajlik munkavállalói elégedettség- és elkötelezettségmérés „Climate” néven. A 2016-os mérés eredményeiben markánsan megjelent a munkavállalók részéről az egészségüket, jóllétüket támogató kezdeményezések és programok iránti igény. Ez egybeesett a vállalat alapvető küldetésével és értékvallalásaival, ezért a vezetőség hosszú távú stratégiájába célként beemelte a munkavállalói jóllét és egészség fejlesztését, és erre pénzügyi erőforrásokat is elkülönített. Az elmúlt években számos új szolgáltatást és programot vezettek be munkavállalóik számára a magán-egészségbiztosítási csomagtól kezdve a rendszeres egészségügyi szűréseken keresztül a dohányzásleszoktató és a teljes körű életmódváltó programokig. A magyar piacon szokatlan, igencsak előremutató módon a Bonduelle egészséghez kötődő juttatásait egyenlő mértékben teszi elérhetővé minden munkavállalója számára – legyen szó akár egy felső vezetőről, akár a gyártósor mellett dolgozó fizikai munkavállalóról. Az eddig végrehajtott egészségprogramok üzleti hatása már jól mérhető: a 2020-as felmérés alapján az elkötelezettség 2 év alatt 24 ponttal javult, és 2020-ban meghaladta a magyar átlagot; a munkaerő fluktuációja a magyar 19%-os átlaggal szemben mindössze 4% volt, a betegszabadságok száma pedig 34%-kal csökkent. Azonban a programokban a szellemi munkavállalók sokkal nagyobb arányban vesznek részt, mint a fizikai munkavállalók. A vállalat humánerőforrás-vezetőjének megfogalmazása szerint a fizikai munkavállalók motiválása programokban való részvételre lassú és nehézkes. Mivel azonban a vállalat állandó jelleggel közel 700, szezonális jelleggel pedig további közel 500 fizikai dolgozót foglalkoztat Magyarországon, továbbra is nagyon fontos célként tekintenek arra, hogy megtalálják a módját e munkavállalók bevonásának is.

A vizsgálódás módszere esettanulmány. Az esettanulmány módszere gyakran áll kapcsolatban a leíró vagy feltáró kutatásokkal, mi feltárni és a fizikai munkavállalók egészségfejlesztéséről helyzetképet adni szándékozunk. Az esettanulmány különösen akkor hasznos, ha a vizsgált jelenséget annak természetes környezetén kívül nehéz tanulmányozni, valamint akkor, amikor a vizsgált fogalmak és változók nehezen számszerűsíthetők (Yin, 1994). Kutatási kérdéseink:

Q1: Mi az oka annak, hogy a fizikai munkavállalókat nem vonzzák az egészségfejlesztési programok? Mik a fő kihívások, problémák?

Q2: Milyen módon lehet mégis segíteni a fizikai munkavállalók egészségfejlesztését, mik a lehetőségek az igényeikhez illeszkedő egészségfejlesztési programok kialakításában?

Kutatási kérdéseink megválaszolásához félig strukturált kvalitatív mélyinterjúkat használtunk. A nagykőrösi gyártó telephelyéről kiválasztottunk vezető beosztású munkatársakat, akikkel interjúkat készítettünk 2022 őszén (1. táblázat). A terület jellege, kutathatóságának nehézségei, eddigi feltáratlansága miatt választottuk a kvalitatív vonalat, azon belül is a mélyinterjúkat. A kvalitatív interjú egy „céllal történő párbeszéd” és „adatgenerálási módszer”. A kvalitatív kutatás segít megismerni, megérteni.

hozzájárulhat a szervezeti egészségfejlesztéshez. A kutatás során törekedtünk a kívülálló, pártatlan és nyitott kutatói attitűd megőrzésére, különösen fontosnak tartva a helyi viszonyok torzításmentes feltérképezését. Az interjúkat diktafonnal rögzítettük, emellett jegyzeteket is készítettünk az adatok teljessége és az elemzési megbízhatóság biztosítása érdekében.

Az interjúk elemzésénél a tematikus elemzési módszert alkalmaztuk, manuálisan kódoltunk, az ismétlődő mintázatok és főbb témák azonosítása érdekében, amelyek a következők lettek: egészségfejlesztés fontossága, vezetők elköteleződése, fizikai munkavállalók egészségi állapota, egészségmagatartása, egészségtudatossága, a munka jellegéhez kapcsolódó specialitások, kommunikáció, priorizált egészségfejlesztési területek. Nagyrészt realista, szöveghű (naturalista) olvasatban értelmeztük a szövegeket, azaz az interjúalanyok mondanivalóját szó

1. táblázat

Interjúalanyok neve, beosztása, telephelye, az interjúk időpontja

Név - Monogram	Beosztás	Telephely	Interjú időpontja és hossza
Z. Zs.	HR-igazgató	Bonduelle Central Europe Kft. budapesti iroda	2022.11.04. 13:00, 1 óra
T. L.	Üzemigazgató	Bonduelle Central Europe Kft. nagykőrösi üzem	2022.11.03. 14:20, 1 óra
B. M.	HR-specialista		2022.11.04. 9:45, 1 óra
Sz. T.	Automatizálási vezető		2022.11.09. 10:00, 30 perc
H. J. K.	Készáruraktár és kiszállítás vezető		2022.11.09. 11:00, 30 perc
F. S.	Termelési műszakvezető		2022.11.09. 14:30, 30 perc
Sz. Cs.	Üzletvezető	Eurest Étteremüzemeltető Kft., Bonduelle nagykőrösi üzeme	2022.11.09. 13:00, 45 perc

Forrás: saját szerkesztés

A szakirodalomból származó ismeretekre, a személyes tapasztalatunkra, tudásunkra alapozva állítottuk össze az interjú-vezérfonalat, de az interjúk során mindig az adott alany személye, tudása, szerepe és a szituáció adta azt, miről beszéltünk mélyebben, részletesebben. Az interjúk témái a következők voltak: miért fontos az egészségfejlesztés, a jóllét; az egészségfejlesztés területei; milyen a fizikai munkavállalók egészségi állapota, egészségtudatossága, egészségmagatartása; milyen a fizikai munka és a munkaszervezés hatása a munkavállalókra, melyek a fő problémák, nehézségek; hogyan kommunikálnak a fizikai dolgozókkal; milyen lehetőségeket látnak a bevonásukra, egészségük fejlesztésére.

Valamennyi interjú során a résztvevők együttműködő, őszinte és nyitott hozzáállást tanúsítottak, amely kedvező hatással volt az adatgyűjtés minőségére. A kutatás érvényességét és megbízhatóságát erősítette, hogy a megkérdezett vezetők maguk javasolták további, témában releváns kollégáik bevonását is, így a mintavétel nem kizárólag kutatói döntésen, hanem a szervezeten belüli elismertségen és kapcsolathálón is alapult.

Az interjúk előtt minden esetben röviden ismertettük a kutatás célját és hátterét, amelyet az interjúalanyok érdeklődéssel és nyitottsággal fogadtak. Többen a kutatást hasznos tudásforrásként értékelték, amely potenciálisan

szerint elfogadtuk, azokat „valóságnak tekintettük”. A megbízhatóságot és érvényességet növelvén az eredményeinket visszavittük a vállalathoz.

Magukkal a fizikai munkavállalókkal készített interjúk vagy kérdőíves kutatásuk is fontos lenne, ez kutatásunk jövőbeli iránya is, a jelenlegi korlátja mellett. Ugyanakkor minden vállalati egészségprogramnál a nulladik tényező a vezetők bevonása, a vezetői elköteleződés, ezért a velük készített interjúk is relevánsak. Az eredmények és javaslatok a Bonduelle interjúi alapján születtek, a Bonduelle-nek, de természetesen a javaslatok más, fizikai munkásokat foglalkoztató vállalatnak is érdekesek, megfontolásra hasznosak lehetnek, és olyan pontokat is összeszedtünk, amit a Bonduelle jól csinált, érdemes lehet eltanulni tőle.

### A kutatás eredményei

A Bonduelle Central Europe Kft. nagykőrösi üzemének vezetői és csoportvezetői beosztású munkatársaival készített interjúkból kirajzolódó kép főbb vonalaiban egybevág a nemzetközi szakirodalomból és korábbi tapasztalatainkból származó információkkal, de természetesen megjelennek olyan sajátosságok is, amelyek az iparág jellegzetességeiből vagy éppen a Bonduelle vállalati kultúrájából adódnak.

## Az egészségfejlesztés stratégiai fontosságú terület

A ganti modell munkahelyi biztonság, valamint ergonomiai szintjei 100%-osan rendben vannak, így egyértelmű, hogy a piramis csúcsa, a jóllét az, amivel foglalkozniuk kell. A WHO által meghatározott négy fő terület közül – a fizikai munkakörnyezet, a pszicho-szociális munkakörnyezet, a munkavállalók egészséggel kapcsolatos egyéni erőforrásai és a vállalat társadalmi környezetébe való bevonódása – a fizikai munkavállalók egészséggel kapcsolatos erőforrásaival van a legnagyobb probléma. A humán erőforrás (HR) igazgatóval készített interjúból kiderült, hogy a munkavállalói egészség védelme és fejlesztése, a munkavállalók egészségének minél szélesebb körű támogatása a vállalat nemzetközi HR-stratégiájának kiemelten fontos eleme, felülről jövő elvárás is. Az egészséges életmód, és ezen belül is az egészséges táplálkozás a vállalat víziójának középpontjában áll. Zöldségfeldolgozással foglalkozó vállalatként ezt a célt szolgálják egyrészt termékeiken keresztül is, de emellett a társadalmi felelősségvállalásuk fókuszában is az egészséges, dominánsan növényi alapú táplálkozás népszerűsítése áll, egyrészt az emberi jóllét megteremtése, másrészt bolygónk megóvása miatt. A vállalat eme misszióját minden érintett felé szeretné képviselni. „Amit képviselünk kifelé, a növényi alapú táplálkozásra való átállás az emberek és a bolygó egészsége miatt – ezt hitelesen úgy lehet képviselni, ha nemcsak kifelé kommunikáljuk, hanem befelé is.” (Z. Zs.)

Három KPI vonatkozik erre a területre: 1) 2025-ig minden ország minden telephelyének átfogó programmal kell rendelkeznie a növényi alapú ételek népszerűsítésére a munkavállalók körében, 2) világszerte az állandó státuszú munkavállalók 100%-ának kell életbiztosítást és más egészségügyi juttatásokat, például magán-egészségbiztosítást nyújtani, 3) minden HR-vezető éves személyes céljai között szerepelnie kell valamilyen, az egészségfejlesztéshez kötődő célkitűzésnek. „Ez mindenkinek jó, hogy foglalkozunk a kollégák egészségfejlesztésével, nekik is, a vállalatnak is, és nekem is, a céljaim közé be kell tegyem, de ezt nagyon szívesen teszem.” (Z. Zs.) A vállalat profiljából adódóan az egészségfejlesztés területei közül a táplálkozás van a fókuszban, ugyanakkor a fizikai inaktivitással, a dohányzással, a stresszel is erőteljesen foglalkoznak. Felülről jövő elvárás, hogy kell foglalkozni a munkavállalók egészségével, ugyanakkor a helyi igényekre és problémákra reflektálva, azaz, hogy konkrétan mit csinálnak, az teljes mértékben helyi tud lenni. A PROWELL-modell három fő területe közül a fizikai terület van leginkább a fókuszban. A vezetés teljes mértékben elkötelezett az egészségfejlesztés mellett. A fizikai munkavállalók egészségfejlesztése azonban nagyobb kihívás, mint a szellemi dolgozóké.

## A fizikai munkavállalók általános egészségi állapota nem kielégítő

A munkavállalók egészségügyi állapotáról strukturált módon adatokat nem gyűjtenek, főként adatvédelmi megfontolásból. Ebben a kérdésben a rendelkezésükre álló információk fő forrásai a táppénzigénylések adatai, a

foglalkozás-egészségügyi alkalmassági vizsgálatok eredményei, a szerződött magánegészségügyi szolgáltatótól kapott éves statisztikák az igénybe vett vizsgálatok típusairól és számáról, valamint az egészségügyi szűréseket végző orvosok beszámolóit, ezeket az adatokat aggregáltak használatukra.

A felső vezetők nagyon rossznak ítélik a fizikai dolgozók egészségi állapotát, és nagyobb kockázatot látnak náluk, mint a szellemiekénél. Kiemelték a gyenge étkezési kultúrát és az elhízást. A fizikai munkavállalók ritkán használják a vállalat magánegészségügyi szolgáltatásait, ezért szűrőbuszos vizsgálatot szerveztek, amelyen rekordnak számító 250 fő vett részt. „Februárban volt egy kihelezett szűrővizsgálat, és nagyon sokan részt vettek rajta, még a szolgáltató várakozásait is felülmúló mértékben. A doktornő annyit mondott a végén, hogy meglepően sok volt a túlsúlyos dolgozó és a cukor-anyagcsereprobléma, valamint a magas vérnyomás.” (B. M.) A résztvevők felének írtak javaslatot további vizsgálatokra, de ezt kevesen vitték végig. Az egészség tudatosság és az éhhatékony-ság alacsony szintű. „Valamiben úgyis meg kell halni... hallom... Néha tehetetlennek érzem magam, mert olyan, mintha az egészség és az élet valódi védelme nem is érdekelné az embereket... Nagyon nehéz, ha látjuk, hogy valaki önpusztító életmódot folytat, de beleszólunk nem szabad, sőt, ez a téma már szinte tabu, de valamit mégis tennünk kell. A túlsúlyhelyzet katasztrofális. A legnagyobb baj a férjakkal van.” (T. L.)

A pénzügyi tudatosság is gyenge, és az előregedés is jelentős. Több csapatban a dolgozók 30-40%-a hamarosan nyugdíjba megy, ami növeli a baleseti és egészségügyi kockázatokat. „Az éves üzemorvosi munkaalkalmassági vizsgálatokon évről-évre növekvő tendenciát mutat azok száma, akik „munkavégzésre nem alkalmas” minősítést kapnak. Ezen a romló tendencián is javíthatunk vállalati egészségfejlesztéssel.” (B. M.)

Az operatív vezetők kedvezőbbnek látják a helyzetet, a magas vérnyomást és mozgásszervi bajokat kezelhetőnek tartják. „Ezek a jellemző betegségek, ha kontrollálva vannak, akkor nem hal bele senki.” (F. S.) Számukra a fő mérce a munkaképesség. „Itt vannak és dolgoznak, nem hiányoznak sokat.” (F. S.) A felső vezetők ezzel szemben súlyosabbnak látják a helyzetet. „A magas vérnyomás erősen összefügg a dolgozóink rossz szokásaival, egészségtelen étkezéssel, dohányzással, inaktivitással, és azért is komoly problémának tartom, mert a fizikai munkavállalók esetében ezeken nehezebb változtatni, mint a szellemiekénél, és ez idővel a teljesítményükben is meglátszik.” (Z. Zs) A fizikai jelenlét nem azonos az egészséggel, a panaszokkal való munkavégzés (presenteeism) hosszú távon termelékenységési problémákhoz vezet.

## A megfigyelhető egészségmagatartás és egészség tudatosság szintén alacsony szintű

„A fizikai munkavállalók egészségi állapotát sajnos sokkal rosszabbnak látom az irodai dolgozókéhoz képest. Sok a foghiány már 20-30 éves korban is. Az étkezési kultúra és az elhízás is jelentős probléma. Nagyon sok energiájátal isznak és dohányoznak. Van ebben hanyagság is, meg a

„valamiben úgys meg kell halni”-hozáállás.” (Z. Zs.) A legtöbb interjúalany megerősítette, hogy a fizikai munkavállalók körében jóval magasabbnak érzik a dohányzók arányát a szellemi foglalkozású irodai munkavállalókhoz képest, bár az is kiderült, hogy ez csoportonként és munkakörönként is változó lehet. Az összekészítésben és raktári előkészítésben dolgozó csapatnál, illetve a termelési csapatnál az arány nagyon magas, míg a műszaki területen a 10 fős csapatból senki sem dohányzik. „9-ből 7-en dohányoznak a raktárban, ami majd 80%, a termelési csapatnak is kb. 60%-a füstöl, például vehetnének a műszakiakról... egészségromboló a dohányzás, plusz egy csomó idő a cigiszünet.” (H. J. K.) Ha összehasonlítjuk e csapatok iskolázottsági adatait, az általános tendenciát látjuk kirajzolódni: míg a termelésben és a raktári összekészítési területen a többség 8 általános osztályt vagy szakmunkás-képzést végzett, addig a műszaki területen a munka jellegéből adódóan a munkavállalók 70%-a diplomás. Az alkoholfogyasztást az operatív vezetők nem látják az általános magyar helyzetenél rosszabbnak. Más szerfüggőségekkel kapcsolatban úgy fogalmaztak, hogy nem tudnak ilyesmiről, nem gondolják, hogy probléma lenne. „Egyetlen egy súlyos szerfüggőséggel kapcsolatos eset volt itt eddig, amelynél a közvetlen vezető és mi is minden tőlünk telhető támogatást megadtunk a gyógyuláshoz, amely sikeresnek bizonyult, egyébként nem jellemző a droghasználat, sem a súlyos alkoholizmus.” (B. M.) A fizikai munkavállalók körében nagyon alacsony a szabadidős sporttevékenység aránya. A raktárban senki nem sportol, a termelésben legfeljebb a dolgozók kb. 15%-a mozog alkalmasszerűen, a műszaki csapatban pedig egy fő úszik rendszeresen, ketten pedig konditerembe járnak. Az interjúalanyok szerint a fizikai dolgozók erőnléte jelentősen romlott az elmúlt évtizedben: „Már egy fizikai munkás sem olyan, mint régen, és nem is olyan maga a munka sem, hisz mindent próbálunk automatizálni és ez valahol visszaüt. Könnyebb a munka, de puhányabbak is a munkások.” (Sz. T.) Az automatizálás miatt a legtöbb munkakör ma már kevés fizikai erőfeszítést igényel, és a közlekedési szokások is megváltoztak, míg régebben sokan kerékpárral vagy gyalog jártak, ma a dolgozók autóval, busszal érkeznek. A mozgást választók körében is elterjedtek az elektromos rásegítésű eszközök. Az alacsony erőnlétet jól mutatta egy céges rendezvény tapasztalata is: „Nagyon megijedtek attól, hogy esetleg komolyan dolgozniuk kell; a városi sétára még csak-csak jelentkeztek, a kerékpározást már csak kevesen merték bevállalni, a jógát végképp csak néhányan, mert féltek, hogy már az is túl megerőltető.” (T. L.)

A felső és operatív vezetők egyetértettek abban, hogy a túlsúly és elhízás nagyon gyakori a fizikai dolgozóknál. A felső vezetők szerint ez a munkavállalók felét érinti, míg a termelési csapatvezető szerint kb. 20% lehet csak egészséges testsúlyú. „Ez a túlsúly, elhízás az egyik vészóparipám, szerintem a kollégáknak jó, ha az ötödének OK a súlya, normál a BMI-je, és ezen nekünk, mint egészséges táplálkozáshoz kapcsolódó cég, muszáj segítenünk, ezzel foglalkoznunk kell!” (F. S.) „Érzésem szerint, átlagosan 5 kg-val lettek az emberek nehezebbek az elmúlt pár évben. Persze vannak kivételek, akik nagyon tudatosak, de sokan

kifejezetten elzárkóznak bármitől, ami egészséges.” (T. L.) A kázin minden nap kedvezményes étkezést biztosít, de a munkavállalók csak fele-harmada használja rendszeresen. A reggeli a legnépszerűbb, főként tartalmaz, kevésbé egészséges fogásokkal. „A munkavállalók szeretik azt érezni, hogy tartalmasan reggeliznek a műszak elején, így nem az egészséges zöldségek vannak a fókuszban sajnos.” (Sz. Cs.) „Szerintem a legfontosabb terület a több zöldség- és gyümölcsfogyasztásra való motiválás lenne. Nagyon nagyon kevés, amit ebből esznek. Mivel fizikai munkát végeznek, kell az energia, fehér kenyér, kifli van mindenkinél, meg maximum egy paprika vagy paradicsom.” (H. J. K.) Törekcsenek az egészséges opciók láthatóbbá tételére, háromféle menü közül az egyik mindig vegetáriánus, szemmagasságban kihelyezve. A fizikai dolgozók egészségtelen étkezési szokásai azonban erősen rögzültek. „A legnépszerűbb ételek a rántott hús bármilyen formában, a rántott zöldségek, a pörkölt, nokedli, a bolognai spagetti és néhány főzelékféle.” (Sz. Cs.) Az egészségesebb fogásokat sokan meg sem nézik, és a vállalati alkalmak húsmentes ételait is sokan kerülik. „Ami az egészségesebb ételek népszerűbbé válását gátolja szerintem, az a berögződés, a megszokás. Nagyon nehéz új dolgokat megkóstoltatni. Itt vidéken eleve kisebb a kalandvágy ebben a kérdésben...Messziről indulunk, de szeretnénk jobban fókuszba hozni az egészséges ételeket.” (Sz. Cs.) Az egészséges életmód iránti érdeklődés alacsony, a legtöbben „közömbösek” vagy „semennyire sem” érdeklődnek. „A fizikai munkavállalók teljesen mások. Nekem is rá kellett döbennem az elmúlt másfél évben, amióta velük dolgozom, hogy nagyon nem az érdekli őket, mint ami az irodaiakat.” (H. J. K.) A fáradtság, leterheltség, az alacsony egészségértés és éhatékonyság mind hozzájárul ehhez. A műszakvezető szerint a nőket valamelyest érdekli az egészségük. „A hölgyek egy részét bizonyára érdeklik ezek a témák, mert szeretnének vigyázni a vonalukra.” (F. S.) A vállalatnak nagy feladatot jelent a kommunikáció és edukáció. Jelentős regionális különbségek vannak. „Nagyon érződik a Budapest és a vidék közötti különbség, a 30 budapesti szellemi munkavállaló használja el a magánorvosi viziték 70%-át, pedig ezeket minden munkavállalónak biztosítjuk és Budapesten minden állásinterjúra érkező jelentkező megkérdezi, hogy van-e magánegészségügyi támogatás a cégnél, vidéken szinte soha nem hangzik el ez a kérdés.” (Z. Zs.) Változtatni szeretnének az „inkább kapjanak nagyobb bért, mint egészségbiztosítást” szemléleten is.

### A munkaszervezés jelentős hatást gyakorol a munkavállalók egészségmagatartására

Az üzemen a fizikai munkavállalók kb. 90%-a hárommunkásos munkarendben dolgozik. Az élhetőbb körülmények kialakítása érdekében alapvetően csak hétköznapi gyártanak, hétvégén nem dolgoznak. Emellett szezonban természetesen előfordul, hogy a nyersanyagdömping idején szombatonként is kénytelenek gyártani, amit túlórával fedeznek. A műszakok ennek megfelelően 5 munkanap után változnak, az óra járásával ellentétes irányban, a műszakváltások pedig 6:00-kor, 14:00-kor és 22:00-kor

vannak. A termelési műszakvezető elmagyarázta, hogy a hátrafelé tolt műszakszervezésnek az a praktikus oka, hogy a hétvégi túlórák munkavégzés esetén is biztosítani lehessen a törvényben előírt legalább 48 óras pihenőidőt a csapatok számára a műszakváltásoknál. *„Korábban heti 7 napban folyt a gyártás, amit két okból csökkentettünk heti 5 napra a hétvégék legalább részleges felszabadításával. Egyrészt, hogy emberségesebb munkakörülményeket tudjunk biztosítani a munkavállalóknak, másrészt, az iparág jellegéből fakadóan nyáron a legnagyobb a munkaterhelés, és a fiatalabb korosztályból már csak úgy tudunk munkaerőt bevonni, ha a hétvégék szabadok. További változtatásokon, könnyítéseken is gondolkozunk.”* (F. S.)

A fizikai munkavállalóknak kb. 30%-a rendszeres másodállással is rendelkezik, és ennél is többen vannak, akik saját háztáji gazdaságot tartanak fenn a gyári munkájuk mellett. Így mindenképpen kevesebb szabad idejük marad, mint a szellemi foglalkozásúaknak, és a tapasztalatok szerint emiatt (valamint a váltott műszakos munkarend saját terhelése miatt) munkaidőn kívül nem szánnak időt semmilyen, a vállalat által szervezett fakultatív programban való részvételre. Az egészségfejlesztést vagy közösségépítést célzó programokat ezért vagy munkaidőben kell szervezni, vagy szabadnapjaikon úgy, hogy túlórapénzt fizetnek nekik a részvételért. Illetve az is szempont, hogy a tavasztól ősziig tartó szezonban nagyon feszített a munkatempó, ezért fejlesztő jellegű programokat, képzéseket csak szezonon kívüli időszakban, főleg a téli hónapokban érdemes kivitelezni.

### **Kommunikációs csatornák: vezetők, Channelek és a faliújság**

A fizikai munkavállalókhöz az információk három alapvető csatornán jutnak el hatékonyan, a nemzetközi irodalmakhoz hasonlóan. A legfontosabb, leghitelesebb és leghatékonyabb forrás a saját közvetlen vezetőjüktől érkező szóbeli tájékoztatás. Mint a legtöbb gyártó cégnél, a Bonduelle-nél is alapvető gyakorlat minden nap a műszak indulásakor a műszakindító tájékoztatás, amelyet közvetlen felettesük tart meg, általában öt percben összegezve a legfontosabb aktuális híreket. Az egészségprogramokról, szűrésekről is így tájékoztatják őket elsősorban. Ugyanígy a vezetővel való beszélgetés a legfőbb módja a kommunikáció másik irányba – a fizikai munkavállalótól a vezetőség felé – áramlásának. *„A közvetlen vezetőjük nagyon nagy hatással tud lenni rájuk. Kicsit olyan ez, mint a gyerekeknek a szülő.”* (T. L.)

Bevált kommunikációs csatornák a kávézóban és az irodaházépületben elhelyezett ún. Channel-ek (TV-képernyők), amelyen folyamatosan ismétlődően egyszerűen és hatékonyan megfogalmazott információk futnak a nappali időszakban. A harmadik, viszonylag jól működő kommunikációs csatornát pedig az étkezőkhöz és az öltözőkhöz vezető folyosókon elhelyezett faliújságok jelentik, bár ezeken sok információ van egymás mellett. A kommunikációáramlás hatékonyságát a fizikai munkavállalókat közvetlenül irányító operatív vezetők egyöntetűen kielégítőnek találják, ők nem javasolnának változtatást. A HR-csapat tagjai ezzel szemben úgy vélik, hogy bár a

személyes kommunikáció valóban nagyon erős, a kommunikáció hatékonyságán lehetne javítani. A legutóbbi „Climate” munkavállalói elköteleződés- és elégedettségfelmérésen igényként merült fel a munkavállalók részéről a kommunikáció fejlesztése. *„Fontolgatjuk az okostelefonokon keresztüli digitális kommunikációs megoldások tesztelését a közeljövőben.”* (Z. Zs.) A „véleményvezérek” szerepe is fontos lehet. *„Amit a barátok mondanak, az sokkal fontosabb. Ha a baráti körükben valaki elkezd egészségesebben enni, akkor idővel ők is kipróbálják.”* (T. L.)

### **Priorizált egészségfejlesztési területek – mindenki mást vél a legfőbb problémának, de a testi egészség biztosan a fókuszban**

A fizikai munkavállalók körében legfontosabbnak tartott egészségfejlesztési területeket két módon térképeztük fel, először nyitott kérdéssel, majd egy 12 elemű lista rangsorolásával. A nyitott kérdésekre adott válaszok túlnyomórészt a testi egészséghez kapcsolódtak. Az üzemigazgató az emelkedő elhízási aránnyal összefüggésben a táplálkozási és mozgásintervenciók szükségességét hangsúlyozta, míg a HR-igazgató az egészségtudatosság és egészségértés fejlesztését emelte ki (pl. szűrések, edukáció). Az operatív vezetők konkrétabb javaslatokkal éltek – például a zöldség- és gyümölcsfogyasztás ösztönzése, üzemi edzőterem és pihenősoba kialakítása. A termelési vezető szerint a *„dohányzás a legnagyobb probléma, mert a dohányzóknál teljesítménycsökkenést és fókuszvesztést látok, ha nem tarthatnak dohányzás céljából szünetet akkor, amikor szeretnének.”* (F. S.)

A válaszok összegzéseként három kiemelt terület rajzolódott ki, az elhízás (egészségtelen táplálkozás), a mozgáshiány mint önálló probléma, valamint a dohányzás. Mindezeket átfogó tényezőként a gyenge egészségtudatosság hatja át, amelynek fejlesztése mindhárom terület javulását támogathatja.

A 12 pontos lista rangsorolása megerősítette a nyitott kérdések eredményeit, első helyen az egészségesebb táplálkozási szokások kialakítása szerepelt, ezt követte a szűréseken való nagyobb részvétel. Ugyanakkor előkelő helyre kerültek olyan, korábban nem említett elemek is, mint a stresszkezelési technikák és a pszichológiai tanácsadás. A dohányzásleszoktató programok, a rendszeres testmozgás támogatása és a pénzügyi tudatosság fejlesztése szintén fontosnak bizonyultak.

Több vezető kiemelte a példamutatás jelentőségét. Az üzemigazgató szerint a „beépített ügynök” stratégia a leghatékonyabb. *„Meglátásom szerint a fizikai munkavállalók motiválóbannak találják saját kollégáik pozitív történeteit és hitelesebbnek is tekintik az egymástól kapott ötleteket és információkat, mint a hivatalos vállalati kommunikációt.”* (T. L.) Ennek megfelelően kulcsfontosságú az egészségesebb életmód iránt nyitott munkavállalók bevonása és támogatása, hogy később hiteles mintaként szolgálhassanak. A felülről irányított intézkedések helyett a munkavállalói igényekre reagáló, bevonó programok lehetnek eredményesek, bár sokan még nem ismerik fel saját kockázataikat és egészségfejlesztési igényeiket, ami a berögzült szokásokra vezethető vissza.

## Konklúzió – Javaslatok és „jó gyakorlatok” a vállalat fizikai munkavállalóinak egészségjavításához az interjúk alapján

A fizikai munkavállalók egészségmagatartásának formálása nem oldható meg egyszerű, azonnali eredményt ígérő eszközökkel. Hosszú távú, következetes és strukturált beavatkozásokra van szükség, amelyek figyelembe veszik a célcsoport sajátos körülményeit és bevonásának dinamikáját.

A magatartásváltoztatási modellek közül a HAPA-modellt találjuk a legpraktikusabbnak. A modellben a motivációs és az akarati szakasz markánsan elkülönül, és a Bonduelle-nél is azt tapasztaltuk, hogy ennek megértése kulcsfontosságú ahhoz, hogy az egészségprogramok célját és eszközeit jól válasszák meg. A kutatásunk legfontosabb tanulsága, hogy a fizikai munkavállalók nagy része még a HAPA-modell 1. szakaszában jár, vagy még ott sem, sok esetben problématudatuk még nem alakult ki, nem látják a kockázatokat és azok súlyosságát, ezért nincs igényük egészségfejlesztésre. Természetesen emellett jelen vannak a szervezetben kisebb számban olyan munkavállalók is, akik a modell szerint már az „akarati” szakaszban járnak, eljutottak a szándékig, vagy akár a cselekvésig is, és igencsak inspiráló példaként szolgálhatnak a többieknek. Fontos, hogy megismerjük a munkavállalók egészségmagatartással kapcsolatos hiedelmeit és attitűdjeit, és azt, hogy kik azok, akikben már megfogalmazódott valamilyen motiváció vagy szándék az egészségesebb szokások kialakítására, és kik azok, akikben ezek még egyáltalán nem jelentek meg. Ennek a két munkavállalói populációnak különböző egészségfejlesztési célú és formátumú programokra van szüksége.

### 1. A problématudat felébresztése a motivációs vagy azt megelőző szakaszban járók körében

A szándék kialakulása előtti motivációs szakaszban vagy előtte a hangsúlyt a probléma felismerésére érdemes helyezni. Rá kell döbenteni a munkavállalókat, hogy miért problémás az, hogy elhízottak, túlsúlyosak, cukorbeteg, dohányoznak, magas vérnyomással élnek – és hogy e problémák egészségesebb táplálkozással, több mozgással javíthatók és semmiképpen sem elbagatellizálандók. Ehhez javasoljuk a telephelyeken már meglévő, munkaidőben elvégzett egészségszűréseket, szűrőbuszos kitelepüléseket, orvosi vizsgálati és konzultációs lehetőségeket rendszeressé és még sűrűbbé tenni, bővíteni. A fiziológiás szűrések mellett a helyzetüket, képességeiket, körülményeiket, nehézségeiket és kéréseiket is érdemes kérdőívvel felmérni, megérteni, és nagyon részletesen visszajelezni, esetleg a szakirodalomban leírt egészségmenedzsment-naplót alkalmazni (Won Ju & Jun Ah, 2019). Ezeket kiegészítve pedig javasoljuk a kockázatokat bemutató, ugyanakkor a pozitív kimeneti elvárásokat felcsillantó, motiváló jellegű edukációs anyagok folyamatos használatát is a három legfontosabb kommunikációs csatornán (vezető, channel, faliújság).

A kommunikációs stratégiák kialakításakor érdemes ösztönző elemeket is beépíteni. Különböző elismerések – például díjak vagy címek – hozzájárulhatnak az

egészségtudatos viselkedés pozitív megerősítéséhez. Ezek lehetnek anyagi vagy erkölcsi jellegűek is, például a fizikai aktivitás vagy a testsúlycsökkentés terén elért eredmények elismerésére szolgáló kezdeményezések.

### 2. Magatartásváltozás-támogatás a HAPA-modell akarati szakaszában

Akiknél már kialakult egy szándék, a változtatás támogatásához kell folyamatok segítséget biztosítani (énhatékonyság fokozatos fejlesztésével, cselekvés- és megküzdéstervezésben nyújtott segítséggel, társas támogatással, az újrakezdés segítségével és a környezet folyamatos átalakításával úgy, hogy az egészségesebb döntés könnyebb legyen számukra). Eme utóbbi csoportból kerülhetnek majd ki azok a bizonyos „beépített ügynökök”/”egészség nagykövetek”/véleményvezérek, akik utána saját pozitív példájukkal közvetlen munkatársaikra motiválóan hathatnak. Mivel nagyon erős a „peer” hatás a fizikai munkavállalók körében, ezért a „beépített ügynökök” elismerése, felkarolása, képzése kifejezetten fontos a jövőbeli egészségfejlesztési sikerekhez.

### 3. A munkavállalók bevonásának fontossága a kezdetektől

A fizikai munkavállalók érdemben való bevonása jelentősen növelheti a jóllétüket, csökkentheti a munkával kapcsolatban megélt stressz szintjét is és javíthatja a morált. Ha nem azt kell megélniük, hogy mindig felülről mondják meg nekik, hogy mire lenne szükségük, és ehelyett megfelelően facilitálva őket, maguk azonosíthatják be a valódi, őket érintő és számukra is fontos problémákat és együtt találhatnak ki és valósíthatnak meg akcióterveket ezek javítására, azzal nemcsak az elégedettségük, az elköteleződésük, és ezáltal a teljesítményük javulhat, hanem kontrollérzetük és énhatékonyságuk is nőhet. Be lehetne vonni a fizikai munkásokat például a menük kialakításába vagy a műszakok tervezésébe is. Itt, a bevonásnál is lehet szerepük a „beépített ügynököknek”, valamint az 1. pontban említett részletes kikérdezésnek is. Csak bevonással lehetséges a fizikai munkavállalók speciális tényezőit, igényeit, szempontjait valóban megérteni.

### 4. A műszakos munkavégzés szervezésének felülvizsgálata

Fontos tisztában lenni azzal, hogy a váltott műszakban végzett munka hosszú távon sajnos mindenféleképpen egészségkockázatokkal jár. Ez egy olyan „szükséges rossz” munkaszervezési gyakorlat, amely sok fizikai munkakörben egyszerűen elkerülhetetlen, ugyanakkor nagy terhet ró a munkavállalókra. Ezért érdemes időről-időre kritikus szemmel újra vizsgálni a műszakos munkaszervezés módját, és nemcsak a szükséges, hanem a lehetséges munkakörülmény-javító intézkedéseket is megtenni. Mivel azonban friss zöldség feldolgozásával foglalkozik a cég, ahol a zöldségeknek 4-8 órán belül a konzervben kell lenniük, az éjszakai műszak megszüntetése szinte lehetetlen. Szerencsére az évnek csak a fele érintett az éjszakai munkavégzéssel.

A Bonduelle gyakorlatában több olyan elem is megfigyelhető, amely jól működik, és más vállalatok számára is adaptálható jó gyakorlatként szolgálhat.

### 1. A prevenció hierarchia tiszteletben tartása

Nem várható el a munkavállalóktól, hogy egészséges életmódszokások kialakításával csökkentsék egyéni kockázataikat, amíg a munkáltató nem tett meg minden lépést annak érdekében, hogy az alapvető munkabiztonság és ergonómia megvalósuljon. Bár könnyebben és gyorsabban megvalósítható egy stresszkezelő tréning szervezése vagy éppen relaxációs technikák megtanítása, mint a munkaszervezési problémák, vagy az irreális leterheltség megoldása, a munkavállalók nem lesznek nyitottak ilyen programokra, amíg nem érzik magukat akár fizikailag, akár pszichésen biztonságban. A Bonduelle-nél elértek erre a pontra, hogy a ganti piramis harmadik, legfelső szintjével komolyan foglalkozhassanak, a biztonság és az ergonómia teljes mértékig rendben lévő a vállalatnál.

### 2. A megfelelő erőforrások és idő allokálása, a vezetőség elköteleződése

Az egészségfejlesztő törekvések sikeressége szempontjából a kivitelezés módja legalább ugyanolyan fontos, mint a tartalom. Ad-hoc szerveződő programoktól nem reális szignifikáns változásokat várni. Az egészségmagatartás változtatása hosszú és sokváltozós folyamat, amelyben a munkakörnyezet, a vállalati értékek és társadalmi normák is fontos szerepet játszanak. A siker érdekében átfogó, hosszú távú programban érdemes gondolkodni, és mindenképpen szükséges elegendő időt, emberi és anyagi erőforrást szánni a tervezésre, a kivitelezésre, a kiértékelésre és a tanulságok alapján az újratervezésre is. Ehhez természetesen elengedhetetlen a vállalat vezetésének hosszú távú elköteleződése az egészségfejlesztés mellett. Ez is teljes mértékben jelen van a Bonduelle-nél, és mind a leányvállalat, mint a HR-vezető éves teljesítményértékelésében külön KPI-ként megjelennek a munkavállalók egészségének támogatásához, fejlesztéséhez kötődő célszámok.

### 3. Megfelelő tudás az egészséggel, egészségtudatosággal kapcsolatban

A legtöbb vállalati vezető számára evidencia, hogy a megtérülést mérni kell, amihez érdemes valamilyen formában rendszeresen felmérni a munkavállalók egészségi állapotát és az egészségfejlesztési törekvések hatásait is, ésszerűen tartva, hogy reálisan nem rövid távon, hanem több éves távlatban jelentkező előnyökre lehet számítani. Az viszont kevésbé egyértelmű, hogy a programok kiválasztása és megtervezése előtt kulcsfontosságú sikertényező, hogy vajon mennyire vannak tisztában azzal, hogy a fizikai munkavállalóknak milyenek az egészséggel, az egészséges életmóddal és szokásokkal kapcsolatos attitűdjei, hogy saját egészségi állapotukat egyáltalán mennyire értik, hogy az egészségtelen életmód következményeitől tartanak-e, vagy éppen mennyire tekintik normálisnak és elkerülhetetlennek a leggyakoribb krónikus betegségek kialakulását. A Bonduelle-nél egyértelmű,

hogy a fizikai dolgozók egészségértése, egészségtudatossága alacsony, az alapoknál kell kezdeni az egészségfejlesztő programokat, az edukációt. Bár e tényezők kezelése nehezebb, költségesebb és szakértelmet kíván, nem érdemes kihagyni, mert ezeknek a tényezőknek az ismeretében sokkal világosabbá válhat, hogy hol és milyen módon kell beavatkozni és relevánsabb programok alakulhatnak ki.

### 4. Egészségfejlesztési programok munkaidőben történő megvalósítása

Fizikai dolgozóknál a munkaidőben való programokban kell gondolkodni, ahogy teszi ezt a Bonduelle is, a műszakos munka, a másodállások miatt. Érdemes azt is átgondolni, mikor vannak a nagyon túlterhelt időszakok, és nem azon időszakokra időzíteni a programok nagyobb részét.

### 5. A környezet fokozatos alakításával az egészségesebb döntések könnyebbé tétele

A környezet alapvetően befolyásolja az egészséget befolyásoló egyéni döntéseket. Az egészséges opciók könnyebb elérhetősége, jobb láthatósága és megfizethetősége növeli annak valószínűségét, hogy a munkavállalók gyakrabban döntsenek ezek mellett. A Bonduelle nagykörösi üzemében kiemelten foglalkoznak azzal, hogy a munkavállalók számára az egészségesebb táplálkozást könnyebbé és vonzóbbá tegyék. A menzán minden nap biztosítanak zöldségekben gazdagabb vegetáriánus ebédopciót, amelyet egy vitrinben szemmagasságban kiállítanak, ezáltal a munkavállalók jobban kedvet kaphatnak hozzá. Odafigyelnek arra is, hogy minden céges rendezvény és ünnep keretében zöldségekben gazdag, egészségesebb ételt kínáljanak ingyenesen a dolgozóknak. Emellett évente kétszer a munkavállalók zöldségkonzervekből álló értékes ajándécsomagot kapnak ajándékba, amelyet karácsonykor egy, a dolgozók saját kedvenc egészséges receptjeiből összeállított receptfüzettel is kiegészítenek. Továbbá, felismervén a szűrőprogramok fontosságát az egészségtudatosság kialakításában, elkezdtek szűrőbuszok segítségével a munkahelyen, munkaidőben és ingyenesen változatos szűrőprogramokat szervezni, amelyek minden munkavállaló számára beosztástól és szenioritástól függetlenül egyformán elérhetők.

A nemzetközi szakirodalomban feltárt jelenségek, kihívások a Bonduelle-nél is előfordultak (szellemi munkavállalókhöz képest rosszabb egészség, egészségértés, kockázattérzékenység, énhatékonyság, részvétel, valamint a munkaidőhöz, munkarendhez, kommunikációhoz kapcsolódó hasonlóságok). A tanulmány hozzáadott értékét egyrészt az adja, hogy egyáltalán megszületett egy magyarországi, gyakorlatorientált esettanulmány a fizikai munkavállalók egészségfejlesztéséről. Eredményeink alapján a HAPA-modell első – vagy sok esetben még azt megelőző – szakaszára szükséges különös hangsúlyt fektetni ebben a célcsoportban. A sikeres beavatkozások kulcsa a munkavállalók korai és aktív bevonása, valamint a részletes szükségletfelmérésre, edukációra és személyre szabott támogatásra épülő, munkaidőben megvalósuló programok kialakítása.

Kutatásunknak mindenképpen korlátja, hogy csak a vezetőkkel interjúztunk. A bemutatott kutatás esettanulmány-jellegű eredményekre épül, amelyek egyetlen vállalat – a Bonduelle – esetében, hét félig strukturált interjú alapján születtek, így általánosíthatósága korlátozott. Ugyanakkor az itt azonosított javaslatok és a Bonduelle által sikeresen alkalmazott gyakorlatok más vállalatok számára is érdemi kiindulópontként szolgálhatnak. Fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy az egészségfejlesztési beavatkozások tervezésének nulladik lépése a vezetői szemlélet és tapasztalat megértése. Ugyanakkor a téma további, átfogóbb vizsgálata szempontjából elengedhetetlen a fizikai munkavállalók véleményének, tapasztalatainak és igényeinek feltárása is. A jövőben több szervezet bevonásával végzett kutatásra van szükség ahhoz, hogy a fizikai munkavállalók egészségfejlesztésének szervezeti kereteit szélesebb kontextusban is értelmezni tudjuk.

## Összegzés

A fizikai munkavállalók egészségfejlesztése különösen fontos, mert munkájukból adódóan nagyobb egészségi kockázatoknak vannak kitéve, és gyakran alacsonyabb az egészségudatosságuk. Bár egyre több magyar vállalat foglalkozik a dolgozók egészségével, a fizikai munkavállalók mégis sokkal kevésbé vesznek részt az egészségfejlesztő programokban, mint a szellemi dolgozók. A sikerhez meg kell érteni, hogyan gondolkodnak a fizikai munkavállalók az egészségről, milyen hiedelmeik, motivációik vannak. Más típusú programokra van szükség ahhoz, hogy a dolgozókat motiválttá tegyük, és más támogatásra, ha változtatást szeretnénk elérni. A fizikai dolgozók speciális igényeit több minden is befolyásolja, például a munkaszervezés, a sokszor nehezebb anyagi helyzet és az alacsonyabb iskolázottság.

A cikkünk esettanulmány-jellegű, de a Bonduelle-nél bevált gyakorlatok jó kiindulópontot adhatnak más cégeknek is a saját kézgallérosaik egészségfejlesztéséhez, ami nemcsak munkahelyi, hanem társadalmi érdek is, hisz javítja az életminőséget, a gazdaság teljesítményét, csökkenti a társadalombiztosítás terheit, és hozzájárul egy egészségudatosabb és produktívabb, azaz fenntarthatóbb társadalom létrejöttéhez. A jövőben még több figyelmet kell fordítani erre a csoportra, a kutatásokban és a gyakorlatban egyaránt.

## Felhasznált irodalom

- Bandura, A. (1998). Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. *Psychology and Health, 13*(4), 623-649. <https://doi.org/10.1080/08870449808407422>
- Bonduelle.hu (2022). Bonduelle.hu. <https://www.bonduelle.hu/1853-ota/cegtortenet>
- Boros, J. (2019). *A felnőtt magyar népesség egészségmagatartása* (Doktori értekezés). Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Demográfia és Szociológia Doktori Iskola.

- Burton, J. (2010). *Healthy workplaces: a model for action. For employers, workers, policy-makers and practitioners*. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a803f0ee-559e-4625-9611-e71ac3e8a9ba/content>
- Choi, E. (2017). Health inequalities among Korean employees. *Safety and Health at Work, 8*(4), 371-377. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.03.002>
- Coenen, P., Huysmans, M.A., Holtermann, A., Krause, N., van Mechelen, W., Straker, L.M., & van der Beek, A.J. (2018). Do highly physically active workers die early? A systematic review with meta-analysis of data from 193 696 participants. *British Journal of Sports Medicine, 52*(20), 1320-1326. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098540>
- Dankó, D., Balogh, R., & Szilas, R.F. (2022). Munkahelyi egészségfejlesztési modellek vizsgálata. Alkalmazási lehetőségek fizikai munkát végzők esetében. *Új Munkügyi Szemle, 3*(2), 25-37. <https://real.mtak.hu/154436/1/1d7cc29bb524272dd950b0245bfd-fee85f832b39.pdf>
- Deloitte. (2023). *Work and wellbeing still aren't working well together*. <https://action.deloitte.com/insight/3455/work-and-wellbeing-still-arent-working-well-together>
- Du Plessis, K., Cronin, D., Corney, T., & Green, E. (2013). Australian Blue-Collar Men's Health and Well-Being: Contextual Issues for Workplace Health Promotion Interventions. *Health Promotion Practice, 14*(September), 715-720. <https://doi.org/10.1177/1524839912464046>
- Eisele, P. (2020). Transformational and deviant leadership and how it predicts stress and workplace wellbeing. *International Journal of Organizational Leadership, 9*(2020), 163-169. <https://doi.org/10.33844/ijol.2020.60503>
- Európai Bizottság. (2021). *Magyarország egészségügyi országprofil*. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021\\_chp\\_hu\\_hungarian.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_hu_hungarian.pdf)
- Farkas, F., Jarjabka, Á., Lóránd, B., & Bálint, B. (2013). Munkahelyi motivációk Magyarországon 2013-ban. *Vezetéstudomány, 44*(10), 12-23. <https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2013.10.02>
- Gant, L. (2020). Safety First, Wellness Third. *Facility Management Journal, March/April, 75-78*.
- Gelencsér, M., Szigeti, O., & Szabó-Szentgróti, G. (2020). A feldolgozóipari munkavállalók munkaerő-megtartása. *Vezetéstudomány, 51*(9), 67-79. <https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2020.09.06>
- Goetzel, R.Z., & Ozminkowski, R.J. (2008). The Health and Cost Benefits of Work Site Health-Promotion Programs. *Annual Review of Public Health, 29*(1), 303-323. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090930>
- Green, E.C., Murphy, E.M., & Gryboski, K. (2021). The Health Belief Model. In Sweeny, K., Robbins, M.L., & Cohen, L.M. (Eds.), *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology: Volume 2: The Social Bases of Health Behavior*. John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch68>

- Henderson, K.A. (2009). A paradox of sport management and physical activity interventions. *Sport Management Review*, 12(2), 57-65.  
<https://doi.org/10.1016/j.smr.2008.12.004>
- Holtermann, A., Jørgensen, M., Gram, B., Christensen, J., Faber, A., Overgaard, K., & Søgaard, K. (2010). Worksite interventions for preventing physical deterioration among employees in job-groups with high physical work demands: background, design and conceptual model of finale. *BMC Public Health*, 10(1).  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-120>
- HRPWR (2023). *Történelmi csúcson a fluktuáció*. <https://hrpwr.hu/cikk/tortenelemi-csucs-on-a-fluktuacio>.
- Hulsege, G., Proper, K.I., Loef, B., Paagman, H., Anem, J.R., & van Mechelen, W. (2021). The mediating role of lifestyle in the relationship between shift work, obesity and diabetes. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94(6), 1287-1295.  
<https://doi.org/10.1007/s00420-021-01662-6>
- Innovative Workplace Institute. (n.d.). *Workplace wellbeing assessment: PROWELL*. <https://www.innovativeworkplaceinstitute.org/workplace-wellbeing-prowell.php>
- James, L., James, S., Wilson, M., Brown, N., Dotson, E.J., Edwards, C.D., & Butterfield, P. (2020). Sleep health and predicted cognitive effectiveness of nurses working 12-hour shifts: an observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 112.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103667>
- Kajitani, S. (2015). Which is worse for your long-term health, a white-collar or a blue-collar job? *Journal of the Japanese and International Economies*, 38, 228-243.  
<https://doi.org/10.1016/j.jjie.2015.09.002>
- Kiss, M., Fehér, A., & Kontor, E., (2020). Az integrált viselkedéses modell alkalmazása az egészségmagartartás befolyásolására I. *Marketing & Menedzsment*, 54(Különszám 2), 53-63.  
<https://doi.org/10.15170/MM.2020.54.KSZ.II.05>
- Kolmet, M., Marino, R., & Plummer, D. (2006). Anglo-Australian Male Blue-Collar Workers Discuss Gender and Health Issues. *International Journal of Men's Health*, 5(1), 81-91.  
<https://doi.org/10.3149/jmh.0501.81>
- KSH. (2019). *Tehetünk az egészségünkért - ELEF 2019 Gyorsjelentés*. Központi Statisztikai Hivatal. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te\\_2019/index.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html)
- KSH. (2022). *Munkaerőpiaci folyamatok, 2022. I. negyedév*. <https://www.ksh.hu/s/kiadvanyok/munkaeropiaci-folyamatok-2022-i-nev/index.html>
- Mänttari, S., Oksa, J., Lusa, S., Korkiakangas, E., Punakallio, A., Oksanen, T., & Laitinen, J. (2020). Interventions to promote work ability by increasing physical activity among workers with physically strenuous jobs: a scoping review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(2), 206-218.  
<https://doi.org/10.1177/1403494820917532>
- Moreno, C.R., Marqueze, E., Sargent, C., Wright, K.P., Ferguson, S., & Tucker, P. (2019). Working Time Society consensus statements: Evidence-based effects of shift work on physical and mental health. *Industrial Health*, 57, 139-157.  
<https://doi.org/10.2486/indhealth.SW-1>
- Murtola, A.M. (2022). Who cares for wellbeing? Corporate wellness, social reproduction and the essential worker. *Organization*, 30(3), 1-18.  
<https://doi.org/10.1177/13505084221131642>
- Quintiliani, L., Sattelmair, J., & Sorensen, G. (2007). *The workplace as a setting for interventions to improve diet and promote physical activity. Background paper prepared for the WHO/WEF Joint Event on Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace* (Dalian/ China, September 2007). World Health Organization. [https://moodle.adaptland.it/pluginfile.php/20581/mod\\_data/content/39291/Quintiliani\\_2008.pdf](https://moodle.adaptland.it/pluginfile.php/20581/mod_data/content/39291/Quintiliani_2008.pdf)
- Sam, T.H., Isa, K., Siqui, P., Palpanadan, S.T., Hong, H.C., & Luan, N.M. (2025). Leadership Styles and Their Effects on Employee Satisfaction in Empowering Happiness at Workplace. *Journal of Ecohumanism*, 4(1), 454-463.  
<https://doi.org/10.62754/joe.v4i1.5091>
- Sato, K., Kuroda, S. & Owan, H. (2020). Mental health effects of long work hours, night and weekend work, and short rest periods. *Social Science & Medicine*, 246, 112774.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112774>
- Sendall, M.C., McCosker, L.K., Crane, P., Rowland, B., Fleming, M., & Biggs, H.C. (2018). Using Facebook for Health Promotion in „Hard-to-Reach” Truck Drivers: Qualitative Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 20(11), 286.  
<https://doi.org/10.2196/jmir.9689>
- Stiehl, E., Shivaprakash, N., Thatcher, E., Ornelas, I.J., Kneipp, S., Baron, S.L. & Muramatsu, N. (2018). Worksite Health Promotion for Low-Wage Workers: A Scoping Literature Review. *American Journal of Health Promotion*, 32(2), 359-373.  
<https://doi.org/10.1177/0890117117728607>
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In Schwarzer, R. (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-243). Hemisphere.
- Szabó, Á., & Kajos, A. (2023). A munkahelyi mozgásprogramok szervezeti és egyéni oldala – előnyök, értékteremtő tényezők, motivációk. *Vezetéstudomány*, 54(4), 50-68.  
<https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2023.04.05>
- Szabó, Á. & Juhász, P. (2019). A munkahelyi egészségprogramok értékteremtésének mérési lehetőségei. *Vezetéstudomány*, 50(2), 59-71.  
<https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2019.02.05>
- Szabó, Á. & Juhász, P., (2020). Teremthet az életmód orvos tan tulajdonosi és munkavállalói értéket egyidőben? *Köz-Gazdaság*, 15(2), 180-202.  
<http://doi.org/10.14267/RETP2020.02.21>
- Szilás, R., & Dankó, D. (2023). Evaluating dominant “healthy workplace models” from the perspective of

- positive psychology principles. *Vezetéstudomány*, 54(11), 61-75.  
<https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2023.11.06>
- Teleki, S., & Tiringi, I. (2017). Az egészségmagatartás változásának szociális-kognitív folyamatmodellje (HAPA-modell). *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18(1), 1-29.  
<https://doi.org/10.1556/0406.18.2017.001>
- Tsutsumi, A, Nagami, M., Yoshikawa, T., Kogi, K., & Kawakami, N. (2009). Participatory intervention for workplace improvements on mental health and job performance among blue-collar workers: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(5), 554-63.  
<https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181a24d28>
- Yin, R.K. (1994). *Case Study Research Design and Methodology*. Sage Publications.
- Vörös, B. (2024). *A fizikai dolgozók nettó 200 ezerrel kevesebbet keresnek, mint a szellemi foglalkozásúak*. <https://bankmonitor.hu/mediatar/cikk/a-fizikai-dolgozok-netto-200-ezerrel-kevesebbet-keresnek-mint-a-szellemi-foglalkozasuak/>
- WHO. (2008). *Workplace health promotion. The workplace: a priority setting for health promotion*.
- Won Ju, H., & Jun Ah, K. (2019). Developing a Health-Promotion Program Based on the Action Research Paradigm to Reduce Cardiovascular Disease Risk Factors among Blue Collar Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 4958.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16244958>