

## STAFÉTA munkahelyi egészségfejlesztési program keretében végzett állapotfelmérés eredményeinek vizsgálata: egészségi állapot, életmódbeli szokások és munkahelyi hatások szociodemográfiai elemzése

Results of a Health Status Assessment within the STAFÉTA Workplace Health Promotion Program: A Sociodemographic Analysis of Health Status, Lifestyle, and Workplace Effects

### Szerzők:

Karácsony Ilona, Surján Orsolya, Bertókné Tamás Renáta, Árváné Egri Csilla, Szöllősi Gergő József, Székelyhidi Éva

Beküldve: 2025. 09. 30. | Elfogadva: 2026. 04. 17. | doi: <https://doi.org/10.24365/ef.20676>

### ÖSSZEFOGLALÁS

**Bevezetés:** Jelen vizsgálat célja a STAFÉTA munkahelyi egészségfejlesztési program első éve alatt elért felnőtt lakosság életmódbeli szokásainak megismerése és az azt befolyásoló szociodemográfiai faktorok, illetve munkaköri tényezők közti összefüggések feltárása volt, a további célzott intervenciós tevékenységek meghatározása érdekében.

**Módszertan:** 2024-2025-ben végzett kvantitatív, keresztmetszeti kutatásunk munkahelyi egészségfejlesztési programba bevont felnőtt lakosságra irányult (N=1381). Kérdőívünk az egészségi állapot következő területeinek felmérésére irányult: ötfokú Likert skálával szubjektív egészségi állapot megítélése, krónikus betegségek jelenléte, tápláltsági állapot meghatározása BMI (Body Mass Index- testtömeg index) segítségével, mentális jóllét feltérképezése. Az egészségmagatartást az egészséges táplálkozással, azaz a zöldség-, gyümölcsfogyasztás és az üres kalóriák étrendben megjelenő gyakoriságával mértük, ezenkívül a rendszeresen végzett fizikai aktivitást vizsgáltuk, míg kérdőívünk kitért a rizikómagatartások közül a dohányzási- és alkoholfogyasztási szokások megismerésére is. A munkafeladatok jellegét a munkahelyi teendők során végzett fizikai tevékenységgel vizsgáltuk. Adataink feldolgozása leíró statisztikai módszerekkel, khi-négyzet próbával, korrelációs számítással, ANOVA-val, t-próbával, regresszió számítással valósult meg ( $p < 0,05$ ).

**Eredmények:** A programba bevontak harmada krónikus betegségről számolt be, a túlsúly és elhízás aránya meghaladta a 60%-ot, ami jelentős kockázatot jelent a további megbetegedések szempontjából. Az ülőmunkát végzők aránya magas (74%) volt, ugyanakkor a fizikai munkát végzők körében gyakoribb volt a krónikus betegségek előfordulása. A táplálkozási szokások kedvező képet mutattak a zöldség- és gyümölcsfogyasztás terén, azonban a fiatalabbak, férfiak és egyedülállók körében az üres kalóriák fogyasztása gyakoribb volt. A fizikai aktivitás hiánya főként a középkorúaknál és idősebbeknél jelent meg, míg a mindennapi mozgásformák inkább az idősebbek aktivitását növelték. A dohányzás- és alkoholfogyasztás kockázata az alacsonyabb iskolai végzettségűeknél és fizikai munkát végzőknél volt magasabb.

**Következtetések:** Eredményeink rámutatnak arra, hogy a prevenció és egészségfejlesztő programunk további fejlesztése során kiemelt figyelmet kell fordítani az egyedülállóakra, az alacsonyabb iskolai végzettségűekre és a fizikai munkát végzőkre. A STAFÉTA program elemei kulcsfontosságúak a munkahelyi egészségfejlesztésben, korábbi kutatások alapján a leghatékonyabbak a komplex, egyénre szabott beavatkozások, amelyek összhangban vannak a dolgozók munkakörülményeivel.

**Kulcsszavak:** munkahelyi egészségfejlesztés; egészségmagatartás; munkavégzés jellege

## SUMMARY

---

**Background:** The aim of this study was to analyse the lifestyle habits of adults reached during the first year of the STAFÉTA workplace health promotion programme and to identify associations between these habits and sociodemographic and job-related factors, in order to define future targeted interventions.

**Methodology:** Our quantitative, cross-sectional study conducted in 2024–2025 targeted the adult population involved in a workplace health promotion program (N = 1381). Our questionnaire aimed to assess the following aspects of health status: self-perceived health using a five-point Likert scale, the presence of chronic diseases, determination of nutritional status using the BMI (Body Mass Index), and the assessment of mental well-being. Health behavior was measured through indicators of healthy eating, including the frequency of vegetable and fruit consumption and the empty-calorie foods and beverages in the diet. In addition, regular physical activity was examined. The questionnaire also addressed risk behaviors, including smoking and alcohol consumption habits. The nature of work tasks was assessed based on the level of physical activity performed during workplace duties. Data were analysed using descriptive statistics, chi-square tests, correlation analysis, ANOVA, t-tests and regression analysis ( $p < 0,05$ ).

**Results:** One-third of participants reported chronic illnesses, the rate of overweight and obesity exceeded 60%, representing a significant risk for further diseases. High proportion (74%) performed sedentary work; however, incidence of chronic diseases was more common among manual workers. Dietary habits were favourable regarding fruit and vegetable consumption, yet consumption of empty calories was more frequent among young, male and single participants. Lack of physical activity appeared mostly among middle-aged and older adults, while everyday activities contributed more to activity levels of older participants. The risk of smoking and alcohol consumption reached a higher level among those with lower levels of education and manual workers.

**Conclusions:** Our findings highlight the importance of paying particular attention to single individuals, those with lower education levels, and employees in manual labor in future preventive and health promotion efforts. The elements of the STAFÉTA Programme are key to improve workplace health promotion, and based on previous studies, the most effective approaches are complex, personalised interventions aligned with working conditions.

**Keywords:** workplace health promotion; health behaviour; nature of work

## BEVEZETÉS

A mentális egészségi problémák, a mozgásszervi megbetegedések, a kardiometabolikus kockázatok jelentős népegészségügyi problémát jelentenek, a munkavállalók körében hozzájárulnak a hiányzásokhoz, a csökkent termelékenységhez és mind a munkavállalók és a munkáltatók, mind a társadalom oldaláról a megnövekedett egészségügyi költségekhez is. Kiemelten fontos a munkavállalók egészségének a javítása, hogy minél hosszabb ideig tudjanak megfelelő egészségi állapotban munkában maradni. Egyre nagyobb kihívást jelent a munkával eltöltött éveknek a növekedése, amit számos európai országban a törvényes nyugdíjkorhatár emelkedése is tükröz. A munkahely ígéretes színtér az egészségfejlesztéshez, a krónikus betegségekhez hozzájáruló módosítható rizikómagatartás csökkentéséhez, mivel a munkavállalók sok időt töltenek a munkahelyen, és a meglévő szociális támogató hálózatok felhasználhatók a rizikómagatartás megváltoztatására, az egészség javítására (Jørgensen, Villadsen, Burr, Punnett és Holtermann, 2016). Állami szolgálat alkalmazottai (N= 3228) körében végzett vizsgálat a munkahelyi egészségfejlesztési programokban való részvételt befolyásoló tényezőket mérte fel. Elősegítő faktorok a kortársak, a vezetőség és a környezet támogatása volt, míg legfőbb akadályozó tényezők a rész munkaidős / műszakos munkavégzés, illetve az időbeli és távolság okozta nehézségek voltak, ha a programok munkahelyen kívüli helyszínen kerültek megrendezésre (Kilpatrick és mtsai., 2017). Coenen és munkatársainak (2020) eredményei hangsúlyozzák ezen programok folyamatosságát, a munkavállalók tartós részvételének fontosságát. Jelentős kihívásként említették meg az alacsonyabb szocioökonómiai státuszú egyének elérését, akik jellemzően fizikai munkát végeztek és nehéz munkakörülményekkel járó munkakörökben dolgoztak. A munkahely potenciális helyszínt kínál a programok gyakori részvételi akadályainak kezelésére is, mint például a kevés idő, az egészségügyi ellátórendszer távolsága, illetve a települési szintű és egyéb egészségnevelő programok ismeretének hiánya. A munkahely a kiépített infrastruktúra, a napi elérhetőség és a széles — gyakran alulreprezentált csoportokat is magában foglaló — populáció elérése révén az egészségfejlesztés egyik kiemelt színtere lehet (Cantonnet, Aldasoro és Oyarbide, 2022). A munkahelyi egészségfejlesztési programok magukba foglalhatnak szervezeti megközelítése-

ket, környezeti változásokat, illetve életmódbeli tanácsadást vagy coachingot (Schaller, Stassen, Baulig és Lange, 2024). A munkahelyi beavatkozások célja lehet az általános jóllét javítása, illetve az egészségmagatartásra irányuló változások előmozdítása, például az ülő életmód csökkentése, a fizikai aktivitás növelése, az egészséges táplálkozás ösztönzése vagy a dohányzásról való leszokás támogatása. Vargas-Martínez és munkatársai (2021) irodalomkutatása során a munkahelyi egészségfejlesztési programok hatékonyságát vizsgálta, mely a testsúly változás esetében általánosságban 0,56 kg-os csökkenést, az életminőséggel korrigált életévek esetében pedig nagyon kicsi, 0,003-as növekedést figyelt meg. Ez összhangban van a holland munkahelyi egészségfejlesztési programok eredményeivel, amelyek kismértékű csökkenést mutattak ki a rizikómagatartás és a testtömegindex tekintetében (Robroek és mtsai., 2020). Dohányzásra, táplálkozásra, alkoholfogyasztásra, fizikai aktivitásra és/vagy túlsúlyra és elhízásra irányuló munkahelyi beavatkozások hatékonyságát értékelték férfiak körében Bezzina és munkatársai (2024), akik három hónapot követően a testsúly 0,28 kg-os, a testtömegindex 0,27 kg/m<sup>2</sup> összesített átlagos csökkenését tudták igazolni. Proper és Oostrom (2019) áttekintése is a munkahelyi beavatkozások kedvező hatását igazolta a mentális egészségi problémák és a mozgásszervi megbetegedések megelőzésében, míg erős bizonyítékokat tártak fel testsúlyhoz kapcsolódó eredmények esetében, különösen a fizikai aktivitást és/vagy az étrendet célzó beavatkozásoknál. Említésre méltó annak a szisztematikus szakirodalmi áttekintésre épülő tanulmánynak az eredménye, mely a többkomponensű táplálkozási és kardiometabolikus kockázati tényezők csökkentésére irányuló munkahelyi egészségfejlesztési programok hatékonyságának átfogó elemzését végezte el. A 121 randomizált kontrollált vizsgálat és 39 kvázi-kísérleti beavatkozás feldolgozását követően megállapították, hogy a munkahelyi programok javították a zöldségfogyasztást (napi 0,27 adag), a gyümölcsfogyasztást (napi 0,20 adag), a testtömegindexet (-0,22 kg/m<sup>2</sup>), a derékkörfogatot (-1,47 cm), a szisztolés vérnyomást (-2,03 Hgmm), és az LDL-koleszterinszintet (-5,18 mg/dl), kisebb mértékben volt hatással a teljes zsírbevitelre (a napi bevitel -1,18%), a telített zsírok bevitelére (a napi bevitel -0,70%), a testtömegre (-0,92 kg), a diasztolés vérnyomásra (-1,11 Hgmm), éhomi vércukorszintre (-1,81 mg/dl), HDL-koleszterinre (1,11 mg/dl), illetve a triglicerid szintre (-5,38 mg/dl). Ellenben nem figyeltek

meg szignifikáns változást a rost, a többszörösen telítetlen zsír, a testzsír, a derék-csípő arány esetében (Peñalvo és mtsai., 2021). Kanadában hat munkahely bevonásával férfiak körében (N = 781) végzett programban résztvevők többsége érdeklődött a fizikai aktivitás (85%), a stressz kezelése (85%), az egészséges táplálkozás (89%) és a szűrővizsgálatok (91%) iránt. A fizikai aktivitás és a gyümölcs-/zöldségfogyasztás területén megmutatózó nagyobb arányú változtatás összefüggésben állt ezen tevékenységek iránti érdeklődéssel (Seaton, Bottorff, Caperchione, Johnson és Oliffe, 2020).

A munkahelyi egészségfejlesztési programokról összességében megállapítható, hogy a feldolgozott tanulmányok alapján egészségtanácsadásból, szűrővizsgálatból és beavatkozásból álltak, amelyeknek célja a munkavállalók egészségmagatartásának megerősítése, a rizikómagatartás megváltoztatása a dolgozók jobb egészségi állapotának és az egészségügyi kockázatok mérséklésének érdekében (Varga-Felföldi, 2025). A programok általában kedvező hatásokat mutattak a testsúly, a BMI, a vérnyomás és az LDL-koleszterin értékek alakulásában, továbbá kedvezően befolyásolták a zöldség- és gyümölcsbevitelt, valamint a fizikai aktivitás mértéke is javult. Ugyanakkor a szisztematikus áttekintésekre épülő vizsgálatok szerint egyes területeken csupán mérsékelt előrelépés volt kimutatható, és a programok hosszú távú fenntartása, illetve a hozzáférés biztosítása a hátrányos társadalmi helyzetű csoportok számára továbbra is nehézséget jelentett.

A Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ új, munkahelyi egészségfejlesztést támogató programot dolgozott ki Magyarország Kormányával stratégiai partnerségben álló cégekkel. A program célja a cégek támogatásával a munkavállalók figyelmének ráirányítása a megelőzés fontosságára, egészségtudatosságának, egészségismereteinek, egészségműveltségének növelése, egészségi állapotának felmérése különböző vizsgálatokkal, ezáltal emelve az egészségben eltöltött idejüket, életéveik számát. A program STAFÉTA rendszerben kerül lebonyolításra, cégenként 1-2 nap alatt egy helyszínen. A program fő elemei a szűrés, egyéni edukáció, hírlevelek, szervezett előadások, beszélgetések. A munkahelyeken megvalósuló egészségi állapot, egészségmagatartás felmérése egy saját szerkesztésű és validált standardizált kérdőívek teteleit is tartalmazó rizikókérdőív kitöltésével történik. A szűrővizsgálatok az általános egészség

ségi állapot felmérésére (vércukor és koleszterin, triglicerid, PSA-szint meghatározása, vérnyomásmérés, pulzusszámlálás, boka-kar index vizsgálat, Inbody vizsgálat és értékelés, csontsűrűség mérés) és szájüregi szűrővizsgálatra irányulnak. A vizsgálaton mért értékek és eredmények függvényében további vizsgálatok ajánlása, illetve egészségtanácsadás zajlik. Ennek keretében a program a munkavállalók részére edukációs céllal a helyes önvizsgálati technika bemutatását is biztosítja mell- és heremulázatok segítségével, a szájnyálkahártya elváltozások korai felismerését célzó szájüregi önvizsgálat elsajátítását és igény szerint dohányzás-leszokás támogatását. A prevenció szempontjából kiemelt jelentőségű, ingyenesen elérhető népegészségügyi célú vastagbél-, méhnyak- és emlőszűrés ismertetése, az azokon történő részvétel fontossága a program egésze alatt nagy hangsúlyt kap. Emellett havi négy hírlevéllel (táplálkozás, világnapokhoz kapcsolódó témák, így például a prosztataszűrés és PSA vizsgálat; folyadékpótlás a nyári hónapokban), az azokhoz kapcsolódó plakátokkal, valamint online, illetve jelenléti konzultációk biztosításával segítjük a munkahelyi egészségfejlesztés megvalósítását. A részvétel elősegítésében különféle ösztönzőrendszerek révén jelentős mértékben támaszkodunk a cégek közreműködésére. Jelen vizsgálat célja a STAFÉTA program első évében elért felnőtt lakosság életmódbeli szokásainak átfogó feltárása, továbbá annak vizsgálata volt, hogy ezek a szokások milyen mértékben függenek a résztvevők szociodemográfiai jellemzőitől és munkaköri tényezőitől. Célunk volt még a mintán alapuló eredményekre támaszkodva a további specifikus intervenciók tevékenységek prioritásainak meghatározása a program következő fázisaira vonatkozóan.

## MÓDSZERTAN

Kvantitatív, keresztmetszeti kutatásunk a STAFÉTA munkahelyi egészségfejlesztés program által 2024-2025-ben elért Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Pest, Somogy vármegyei 15 vállalatnál dolgozó felnőtt lakosság egészségmagatartásának megismerésére irányult. Az adatok gyűjtése az elektronikus adatfelvételt lehetővé tevő EESZT MiniHIS rendszer segítségével valósult meg, mely az EESZT belső infrastruktúráján belül került kialakításra. Az egyéni lekérdezés alapján 1381 fő adatait tudtuk elemezni.

Saját szerkesztésű kérdéseket és standardizált kérdőíveket tartalmazó mérőeszközünk az egészségi állapot, a protektív és prediktív egészségmagatartási tényezők felmérésére irányult. Kérdőívünkben a szociodemográfiai adatok közül az iskolai végzettséget (8 évfolyam, vagy annál kevesebb; középfokú végzettség érettségivel; felsőfokú végzettség) és a családi állapotot (egyedülálló; házas/élettársi kapcsolatot; elvált; özvegy) négy-négy kategória mentén tanulmányoztuk. Az egészségi állapot objektív dimenzióját a krónikus betegséggel való együttélés jelenlétének vizsgálatával mértük, míg a szubjektív egészségi állapotot ötfokú Likert-skála segítségével értékeltük (nagyon rossz és a nagyon jó tartomány között). A mentális jóllét állapotának feltérképezésére a WHO Jóllét Kérdőív öttételes, rövidített változatát (WHO Well-Being Index – WBI-5) alkalmaztuk (Susánszky, Konkoly, Stauder és Kopp, 2006). A felmérésben részt vevő dolgozók tápláltsági állapotát a WHO BMI-klasszifikációja alapján határoztuk meg. A testtömegindex (BMI) kiszámítása a testtömeg kilogrammban mért értékének és a testmagasság méterben mért értéke négyzetének hányadosaként történt ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). A kapott értékek alapján a válaszadókat négy kategóriába soroltuk: sovány ( $<18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), normál testtömeg ( $18,5\text{--}24,9 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), túlsúly ( $25,0\text{--}29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) és elhízás ( $\geq 30,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ ). A táplálkozási szokásokat két területen vizsgáltuk: a zöldség- és gyümölcsfogyasztás gyakoriságát, amelyet az alapján értékeltünk, hogy a fogyasztás mindennaposnak tekinthető-e vagy sem. Az étrendben megjelenő „üres kalóriák” fogyasztását három élelmiszercsoport – édes és sós rágcsálnivalók, valamint üdítőitalok – előfordulási gyakoriságának mérésével vizsgáltuk. A gyakoriságot négyfokú skálán értékeltük a „soha” válaszlehetőségtől a „heti négy vagy több alkalom” kategóriáig. Az üres kalóriák fogyasztását a skálaértékek alapján 0–3 pont között értékeltük, így az összpontszám maximuma 9 pont lehetett. A rendszeres testmozgást egyrészt a mérsékelt intenzitású (kissé lihegtető, verejtékezéssel járó) fizikai aktivitás heti összesített időtartama alapján vizsgáltuk, öt kategória mentén, a „semennyi” válaszlehetőségtől a „több mint 3 óra” kategóriáig. Emellett a mindennapi élet során végzett fizikai aktivitást az elmúlt hétre visszagondolva – négy területen: kerékpározás, gyaloglás, háztartási tevékenységek, valamint kertészkedés vagy barkácsolás – is elemeztük. Ennek mérésére ötfokú skálát alkalmaztunk, amelyen a válaszok 0 és 4 pont között kerültek értékelésre,

ahol a 0=„semennyi aktivitás”; 1=„legalább 20 percen át”; 2=„1 óránál kevesebbet”, 3=„1-3 órát”; 4=„heti több mint 3 órát”. A mindennapi élet során megjelenő fizikai aktivitást a vizsgált négy területen összesítve a kapott értékek 0-16 között helyezkedhettek el, magasabb pontszám hosszabb idejű aktivitást jelzett. A rizikómagatartások közül a dohányzási szokások feltérképezésére öt válaszlehetőséget biztosítottunk: naponta; alkalmanként; soha nem dohányoztam; kevesebb mint egy éve hagytam abba; több mint egy éve hagytam abba. A dohányzó válaszadók esetében a nikotinfüggőség súlyosságát a Fagerström-féle Nikotin Dependencia Kérdőív indexértékével határoztuk meg (EMMI, 2019). Az alkoholfogyasztás gyakoriságát az elmúlt 30 napra visszatekintve mértük egy hétfokú skálán, amely a következő kategóriákat tartalmazta az alábbi pontértékekkel: 0=„egyszer sem”; 1=„1-2 alkalommal”; 2=„3-5 alkalommal”; 3=„6-9 alkalommal”; 4=„10-19 alkalommal”; 5=„20-39 alkalommal”; illetve 6=„40 vagy több alkalommal”. Három kérdés az alacsony alkoholtartalmú italok – bor, sör és alkoholos üdítőitalok – fogyasztására vonatkozott, mely esetében a hétfokú skálával mért 0-6 pont közötti fogyasztási gyakoriságot az előbbieken leírt pontozási rendszer alapján összesítettük. Így a kapott összesített érték 0-18 pont között lehetett, a magasabb pontszám a gyakoribb alkoholfogyasztást mutatta. A munkahelyi tevékenység jellegének feltérképezése érdekében a megkérdezettek négy lehetőség közül választhattak, a „munkaidőm nagy részében ülök” meghatározástól a „munkám erőteljes fizikai tevékenységgel jár” kategóriáig.

Jelen kutatás minden etikai szempontnak megfelelt, az adatfelvétel önkéntesen és anonim módon zajlott. A regisztráció során minden résztvevő hozzájárulását adta a program keretében keletkező valamennyi adatának kezeléséhez az érvényben lévő jogszabályoknak megfelelően. Minden adatot, amely a felmérés során összegyűjtésre került, bizalmasan kezeltünk. A válaszadók személyiségi jogai nem sérültek. A beérkezett adatok összesítve kerültek feldolgozásra. A kapott adatok kezelése a Helsinki Etikai Nyilatkozat alapelveinek megfelelően történt és az adatok feldolgozását az Európai Unió Általános Adatvédelmi Rendeletének megfelelően kezeltük. ETT TUKEB engedély száma: BM/24025-3/2024.

Adataink feldolgozásához leíró statisztikai módszerek mellett az összefüggések vizsgálatához khi-négyzet próbát, korrelációs számítást, ANOVA-tesztet és t-próbát alkalmaztunk. Az egészségmagatartás és a szociodemográfiai tényezők (életkor, nem, iskolai végzettség, családi állapot), illetve a munka jellege közötti összefüggések feltárása érdekében többváltozós regressziós elemzéseket végeztünk. A dichotóm változók (dohányzás és alkoholfogyasztás) esetében bináris logisztikai regressziós modelleket alkalmaztunk. Eredményeinknél  $p < 0,05$  szignifikancia szintet határoztunk meg. Számításaink elvégzéséhez Microsoft Excel 2016-os és SPSS 2018-as statisztikai szoftver volt segítségünkre.

## EREDMÉNYEK

### Minta bemutatása

A munkahelyi egészségfejlesztési programban 1381 fő vett részt, közel azonos arányban nők (49,2%) és férfiak (50,8%), akiknek átlagéletkora 44,8 év volt (min=19 év, max=76 év, szórás, SD=11,84 év). A minta fele felsőfokú végzettséggel rendelkezett (50,9%), 1/3-a érettségivel záruló középfokú végzettséget birtokolt (36,7%), míg csupán 10%-nak volt érettségi nélküli középfokú képesítése, 2,4%-nak nyolc általános iskolai végzettsége. A megkérdezettek 63%-a élt házastársi, illetve élettársi kapcsolatban, 25,7% volt egyedülálló, 9,9% elvált, 1,4% özvegy.

Az esetcsoport tagjai közül minden harmadik egyén (34%) számolt be korábbi betegségről, többségének (80%) egyféle egészségi problémája volt, de 17,7%-ban kétféle, 2,1%-ban három és 0,2%-ban négyféle betegség is. Az előzményben legnagyobb arányban a kardiovaszkuláris (54,1%), légzőszervi (21,5%) és endokrinológiai (26,4%) kórképek jelentek meg, de kis százalékban előfordultak az emésztőszervrendszer betegségei (4,9%), neurológia (2,9%), daganatos (1,3%), mozgásszervi (1,3%), autoimmun (1,3%), pszichiátriai (1,1%) és vérképzőszervi betegségek is (0,5%). A megkérdezettek szubjektív egészségi állapotát is vizsgáltuk, minden második egyén (49,8%) egészségi státuszát jónak ítélte meg, ezenkívül még jelentős arányban voltak azok, akik a kielégítő kategóriát (37,4%) jelölték meg, míg a nagyon jó (8,1%), rossz (4,4%), nagyon rossz (0,3%) kismértékben jelent meg. A tápláltsági állapot alapján a minta 3,1%-a

sovány, a normál tartományba 33,2%, túlsúlyos kategóriába 35,4%, míg az elhízás klaszterébe 28,3% tartozott. A megkérdezett munkavállalók munkaidejük nagy részében ülő tevékenységet (74,3%) végeztek, míg 19,4% nagyrészt állt, illetve sétált, 5,5% határozott erő kifejtést igénylő feladatokat végzett és 0,8%-nak járt a munkája erőteljes fizikai tevékenységgel. Fizikai erő kifejtéssel járó munka esetében a krónikus betegséggel rendelkezők aránya jelentősen magasabb volt ( $\chi^2=22,8$   $p < 0,001$ ). A határozott erő kifejtést igénylő munkát végzők 56,8%-át kezelték krónikus betegséggel, nagyobb részben álló munkát folytatóknál ez az arány 39,5% volt. A mentális jóllétet mérő WBI-5 skála átlagértéke 9,8 volt (min=3, max=15, SD=1,6). A mentális jóllét értéke független volt az életkortól ( $r=0,041$ ;  $p=0,131$ ), az iskolai végzettségtől ( $F(2,1317)0,23$ ;  $p=0,782$ ), a családi állapottól ( $F(2,1327)2,11$ ;  $p=0,124$ ), illetve a fizikai erő kifejtés jellege alapján differenciált munkatevékenységtől ( $F(2,1341)0,24$ ;  $p=0,783$ ) is. Ellenben férfiak körében (férfiak átlag,  $M=10,1$ ; nők  $M=9,7$ ) a pszichés jóllét átlagértéke számottevően magasabbnak bizonyult ( $t(1351)3,88$ ;  $p < 0,001$ ).

### Egészségmagatartás

A minta 3/4-e (76,6%) mindennap, 23,4% ennél ritkábban fogyasztott különféle formában nyersen, párolva, főzve, ivólének elkészítve zöldség-, és gyümölcsfélét. A nem alapján vizsgálva (férfi 77,1%; nő 76,1%) közel azonos arányban voltak ( $\chi^2=0,14$   $p=0,702$ ) a minden nap zöldség-, gyümölcsfélét fogyasztók. A rendszeres napi fogyasztás életkor ( $t(1347)0,18$ ;  $p=0,351$ ) és a végzett munka jellege ( $\chi^2=1,97$ ;  $p=0,373$ ) alapján jelentős mértékben nem különbözött. A házastársi kapcsolatban (78,3%) élők, illetve az elváltak körében (77,4%) nagyobb mértékű volt a zöldség-, gyümölcsfogyasztás, mint az egyedülállóknál (71,2%;  $\chi^2=6,49$ ;  $p=0,031$ ). Az iskolai végzettség emelkedésével egyenes arányban szignifikánsan emelkedett ( $\chi^2=9,54$ ;  $p < 0,001$ ) a mindennapi zöldség-, gyümölcsfogyasztás gyakorisága (felsőfokú végzettséggel 79,6%; középfokú végzettséggel érettségivel 75,4%; középfokú végzettséggel érettségi nélkül 67,9%).

Az üres kalóriák étrendben való megjelenése esetén a minta eredménye átlag 4,6 pont volt (min=0, max=9, SD=2,02). Az étrendben hetente négy vagy több alkalommal legnagyobb mértékben az édességek (38,5%) jelentek meg, míg ez a sós nassolnivalók tekintetében 19,9%, az üdítőfé-

léket tekintve 13,9% volt. Az édességek fogyasztása hetente 4 vagy több alkalommal (38,5%), illetve hetente maximum három alkalommal (30,6%) és alkalmanként (26,2%) közel azonos mértékben volt jelen, de mind a sós rágcsálnivalók nassolásánál (42,4%), mind az üdítő italfélék (36,6%) ivásánál az alkalmi fogyasztók voltak nagyobb arányban. Férfiak ( $M=4,7$ ; nők  $M=4,4$ ;  $t(1352)7,83$ ;  $p=0,005$ ), illetve az egyedülállók ( $M=4,8$ ; elváltak  $M=3,9$ , házas/élettársi kapcsolatban élők  $M=4,6$ ;  $F(2,1329)9,56$ ;  $p<0,001$ ) jelentősen gyakrabban fogyasztottak sós, édes rágcsálnivalókat, üdítőféléket. Az életkor és az üres kalóriák fogyasztása között gyenge, negatív irányú kapcsolatot igazoltunk ( $r=-0,205$ ;  $p<0,001$ ), ami alapján elmondható, hogy az életkor emelkedésével csökkent ezen ételfélék étrendben való megjelenési gyakorisága. Az iskolai végzettség ( $F(2,1315)0,66$ ;  $p=0,511$ ) és a munkavégzés jellege ( $F(2,1341)0,3$ ;  $p=0,741$ ) nem differenciálta az üres kalóriák elfogyasztását. Regressziós modell szerint a szociodemográfiai tényezők és a munka jellege a táplálkozási változó varianciájának 4,9%-át magyarázták ( $R^2 = 0,049$ ;  $p<0,001$ ). A modellben a nem ( $\beta = -0,066$ ;  $p=0,016$ ) és az életkor ( $\beta = -0,205$ ;  $p<0,001$ ) szignifikáns kapcsolatot mutatott a táplálkozási változóval. Az iskolai végzettség ( $\beta = -0,039$ ;  $p=0,219$ ), a családi állapot ( $\beta = -0,024$ ;  $p=0,425$ ) és a munka jellege ( $\beta = 0,031$ ;  $p=0,315$ ) nem igazolt jelentős összefüggést. Az egészségmagatartás esetében a másik indikátor a fizikai aktivitás volt, melyet kétféle módon mértünk: egyrészt a közepesen intenzív testmozgás heti idejével, másrészt a mindennapi életben megjelenő fizikai aktivitás időtartamával. A közepesen intenzív testmozgás esetében a válaszok alapján a minta 42,4%-a semennyi kategóriát jelölta meg, 4,9%-a az 1 óránál kevesebb időtartamot, 11,4%-a az 1-3 órát, 41,3%-a három óránál többet. A férfiaknál közel 10%-kal voltak többen azok, akik heti három óránál több időt fordítottak mérsékelt intenzív testmozgás végzésére (férfi 32,1%; nők 21,4%) ( $\chi^2 = 21,25$ ;  $p<0,001$ ). Az iskolai végzettség emelkedésével a heti három óránál több időtartamban rendszeresen fizikai aktivitást végzők száma is növekedett ( $\chi^2 = 47,67$ ;  $p<0,001$ ). [I. táblázat]

Az életkor tükrében vizsgálva a rendszeres testmozgásra fordított idő nagymértékben különbözött ( $\chi^2=38,68$ ;  $p<0,001$ ). Életkori csoportok alapján vizsgálva a semennyit nem mozgók válasz esetében a 19-30 év közöttieknél ez az arány 40,1% volt, a 31-40 éves korcsoportban 38,0%, 41-50 év között 49,3%, 51-60 év között 51,5%

és 61 év felettek esetében 64,0%. Míg a heti három óránál több fizikai aktivitást végzők aránya a fiatalabbak körében volt magasabb (19-30 év között 34,4%, 31-40 év között 34,9%, 41-50 év között 26,7%, 51-60 év között 23,0% és 61 év felettek 14,6%). Az egyedülállók körében volt a legmagasabb a heti 3 óránál több fizikai aktivitást végzők aránya (39,3%), míg a házas/élettársi kapcsolatban élőkénél (22,7%) és az elváltaknál (22,6%) ez közel hasonló mértékben volt jelen. A rendszeres testmozgás gyakoriságának hiánya az elváltak (57,1%) és a házas/élettársi kapcsolatban élők (50%) felére, míg az egyedülállók (30,6%) egyharmadára volt jellemző. A szabadidőben végzett legalább mérsékelt intenzitású testmozgás gyakoriságát a családi állapot nagymértékben meghatározta ( $\chi^2=54,21$ ;  $p<0,001$ ). A munkahelyen végzett tevékenység jellege is számottevően befolyásolta a fizikai aktivitásra fordított időt ( $\chi^2 = 36,05$ ;  $p<0,001$ ). Az 1-3 órát és 3 óránál többet heti szinten rendszeresen mozgók aránya a munkahelyen végzett fizikai tevékenység növekedésével csökkent [1. ábra].

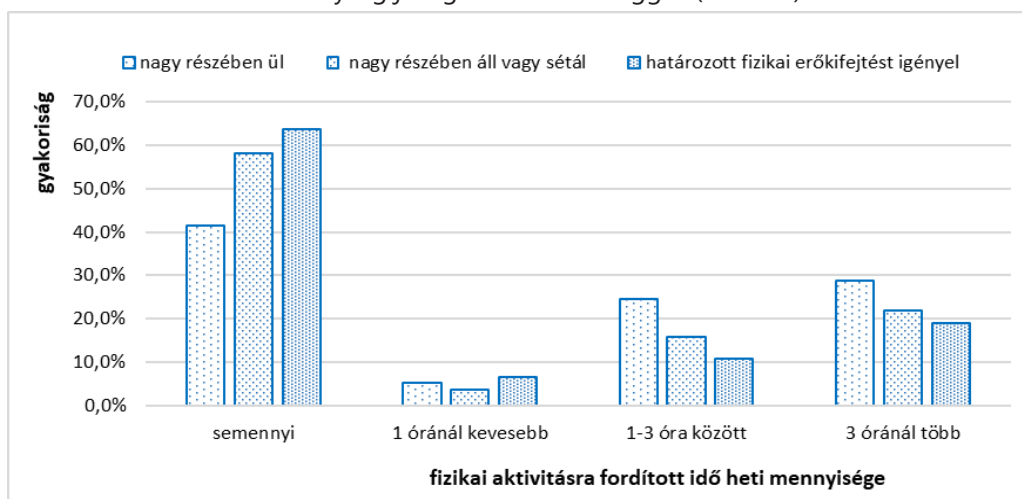
A rendszeres testmozgást tanulmányoztuk még a mindennapi életben megjelenő fizikai aktivitás gyakoriságával is. A négyféle mozgásformára (gyaloglás, kerékpározás, háztartási tevékenység, kertészkedés/barkácsolás) adott válaszok pontszáma így 16 pont lehetett, mely a minta esetében átlag 10,3 pont volt (min=0 pont, max=16 pont, SD=3,1). Biciklizés esetében többségében (63,6%) a semennyi választ jelölték meg, míg mind a gyaloglás (65,5%), mind a háztartási teendők végzése (81,6%), mind a kertészkedés (41,2%) esetében a heti három óránál több kategóriát. A mindennapi tevékenység keretében végzett testmozgás átlagértéke magasabb volt férfiaknál (férfiak  $M=10,3$ ; nők  $M=9,7$ ;  $t(1351)11,74$ ;  $p<0,001$ ), az alacsonyabb iskolai végzettségűeknél (középfokú végzettséggel érettségi nélkül  $M=10,6$ ; középfokú végzettséggel érettséggel  $M=10,1$ ; felsőfokú végzettséggel rendelkezők  $M=9,8$ ;  $F(2,1315)3,77$   $p=0,023$ ), a házas/élettársi kapcsolatban élőkénél ( $M=10,2$ ) az elváltakhoz ( $M=9,4$ ), az egyedülállókhoz ( $M=9,5$ ) képest ( $F(2,1327)9,32$ ;  $p<0,001$ ). Az életkor emelkedésével párhuzamosan növekedett a mindennapokban végzett testmozgás mennyisége ( $r=0,16$ ;  $p<0,001$ ). A munkahelyen végzett tevékenység jellege alapján a 2. ábrán látható, hogy a fizikai erőfelfejtést igénylő tevékenység emelkedésével az otthoni feladatok, a kerékpározásra, gyaloglásra fordított idő átlagértéke jelentős mértékben növekedett ( $F(2,1339)4,91$ ;  $p<0,001$ ).

**I. táblázat:** A mérsékelt intenzitású (kissé lihegtető, verejtékezéssel járó) fizikai aktivitás heti ideje iskolai végzettség alapján vizsgálva (n=1343)

	A mérsékelt intenzitású fizikai aktivitás heti ideje			
	semennyi	1 óránál kevesebb	1-3 óra között	3 óránál több
középfokú végzettség érettségi nélkül	65,2%	5,2%	12,6%	17,0%
középfokú végzettség érettségivel	48,9%	6,9%	19,0%	25,2%
felsőfokú végzettség	38,7%	3,9%	26,6%	30,8%

Forrás: saját szerkesztés

**1. ábra** A fizikai aktivitásra fordított idő heti mennyisége és a munkahelyen végzett tevékenység jellege közti összefüggés (n=1343)



Forrás: saját szerkesztés

A többváltozós lineáris regressziós analízis alapján a szociodemográfiai tényezők és a munka jellege a fizikai aktivitás varianciájának 3,6%-át magyarázták ( $R^2 = 0,036$ ;  $p < 0,001$ ). Az eredmények szerint a nem ( $\beta = -0,092$ ;  $p < 0,001$ ) és az életkor ( $\beta = 0,161$ ;  $p < 0,001$ ) szignifikáns kapcsolatot jelzett a fizikai aktivitással. Az iskolai végzettség ( $\beta = -0,028$ ;  $p = 0,361$ ), a családi állapot ( $\beta = -0,017$ ;  $p = 0,585$ ) és a munka jellege ( $\beta = 0,006$ ;  $p = 0,847$ ) nem mutatott számottevő összefüggést a fizikai aktivitás szintjével.

### Rizikómagatartás

A rizikómagatartást két tényezővel, a dohányzási és alkoholfogyasztási szokásokkal vizsgáltuk. A minta 22,9%-a volt a dohányzó csoportba be-

sorolható, akiknek 3/4-e (84,2%) napi rendszeres fogyasztó, míg 15,8%-a az alkalmi kategóriába tartozott. A válaszadók többsége (77,1%) jelenleg nem dohányzik választ jelölte meg, akik közül 83% soha nem is dohányzott, míg 15,4% több, mint egy éve, 1,6% kevesebb mint egy éve hagyta abba a cigaretta használatát. Az alacsonyabb iskolai végzettségűek körében (15,2%) a dohányzók aránya közel kétszerese volt a felsőfokú végzettségűekhez (8,8%) képest ( $\chi^2 = 29,45$ ;  $p < 0,001$ ). A családi állapot ( $\chi^2 = 3,29$ ;  $p = 0,191$ ), a nem ( $\chi^2 = 0,01$ ;  $p = 0,910$ ) egyes kategóriái esetén közel azonos arányban voltak a dohányzók és nem dohányzók. Az átlagéletkor a nem dohányzók körében (M=45,6 év) körülbelül három évvel volt magasabb (dohányzók M=42,8 év;  $t(1323) = 3,61$ ;  $p < 0,001$ ).

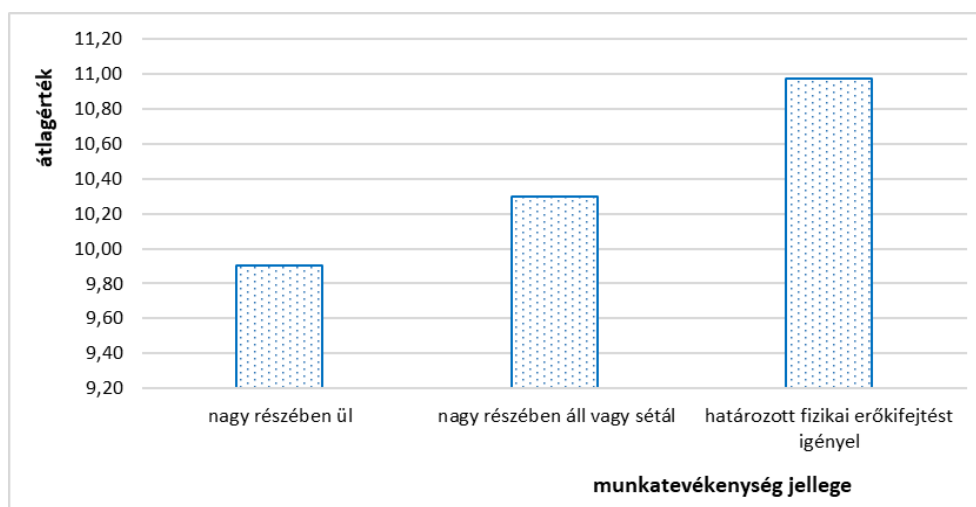
A dohányzók mintájában (n=269) a Fagerström-féle nikotinfüggőségi teszt alapján meghatároztuk a függőség szintjét; nagyon alacsony kategóriába a megkérdezettek 49,1%-a, alacsony csoportba 40,1%-a, míg a közepes és a magas klaszterekbe 7,1%-a és 3,7%-a tartozott. A dohányzók körében a nagyon alacsony, az alacsony, a közepes függőségi szinttel rendelkező egyének eloszlása nem különbözött jelentős mértékben a családi állapot ( $\chi^2=6,48$ ;  $p=0,162$ ), a nem ( $\chi^2=0,08$ ;  $p=0,951$ ) és az életkor ( $t(256)2,61$ ;  $p=0,753$ ) alapján. Az iskolai végzettség csökkenésével a függőség szintjének emelkedését igazoltuk, a változók között szignifikáns összefüggést tapasztaltunk ( $\chi^2=11,8$ ;  $p=0,019$ ). A közepesfokú függőséggel érintettek aránya négyszer magasabb volt a középfokú érettségi nélküli képzettségűeknél (13,2%), mint a felsőfokú végzettséggel rendelkezők (3,4%) esetében (középfokú érettségizettek 8,2%). A munkahelyen végzett tevékenység jellege alapján vizsgálva megállapítható, hogy a jelentősebb fizikai erőfeszítést igénylő munkakörökben dolgozók körében nagyobb arányban voltak azok, akik dohányoztak ( $\chi^2=25,63$ ;  $p<0,001$ ) [3. ábra] és a függőség mértéke is jellemzőbben közepes szintű volt körükben (ülő munkát 6,1%, álló munkát végzők 8,3%, fizikai erőfeszítést igénylő munka 13,6%;  $\chi^2=10,36$ ;  $p=0,035$ ).

A bináris logisztikus regressziós analízis alapján a teljes modellben a szociodemográfiai tényezők és a munka jellege kapcsolatot mutatott a dohányzással. Az eredmények szerint az életkor (EH=0,96; 95% megbízhatósági tartomány, MT: 0,94–0,97;  $p<0,001$ ) és az iskolai végzettség (EH=0,59; 95% MT: 0,49–0,72;  $p<0,001$ ) szignifikáns összefüggést jelzett a dohányzással. Ez a jelenség arra utal, hogy az életkor növekedésével, illetve magasabb iskolai végzettség esetén csökken a dohányzás esélye. A munka jellege szintén jelentős kapcsolatot igazolt (EH=1,34; 95% MT:

1,07–1,69;  $p=0,011$ ), a fizikai erőfeszítést igénylő munkatípus esetében nagyobb a dohányzás valószínűsége. Ugyanakkor a nem (EH=1,07; 95% MT: 0,82–1,41;  $p=0,582$ ) és a családi állapot (EH=1,18; 95% MT: 0,92–1,51;  $p=0,175$ ) esetében nem volt számottevő összefüggés a dohányzással. Az alkoholfogyasztási mintázatokat a résztvevők az elmúlt 30 napra visszaemlékezve adták meg [II. táblázat], az egyes italfélék fogyasztási gyakoriságának eredményeit összesítettük, a lehetséges 18 pontból a minta átlaga 0,93 pont volt (min=0 pont, max=15 pont, SD=1,69).

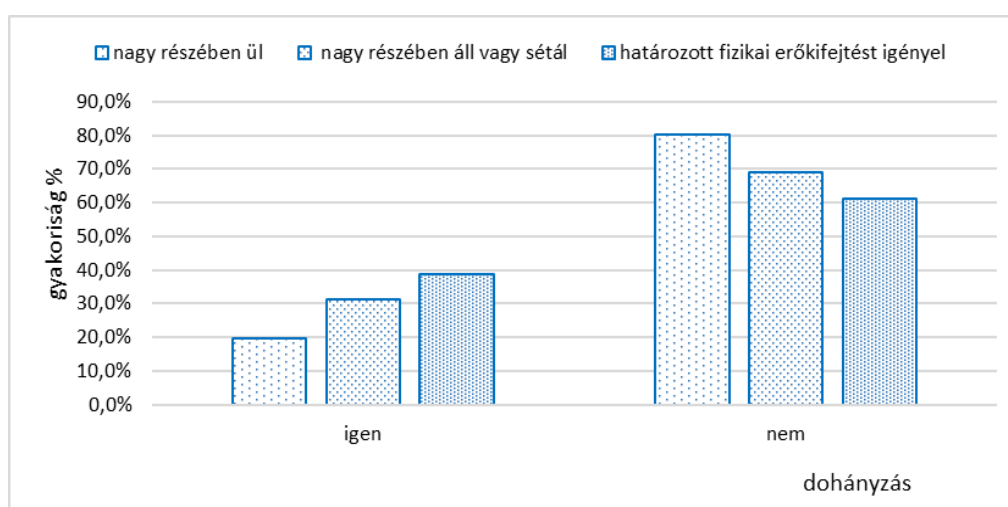
Az alacsony alkoholtartalmú italok fogyasztásának átlagértéke a férfiak (M=1,3), nők (M=0,5;  $t(1350)60,97$ ;  $p<0,001$ ), egyedülállók (M=1,9), házások (M=0,8); elváltak (M=0,7;  $F(2,1326)5,36$ ;  $p<0,001$ ) körében magasabb volt. Az iskolai végzettség alapján számottevően nem különbözött ezen italfélék fogyasztásának átlagértéke ( $F(2,1314)1,22$ ;  $p=0,299$ ), de az életkor előrehaladtával minimálisan csökkent ( $r=-0,06$ ;  $p=0,012$ ). A munkahelyen végzett tevékenység típusa alapján a 4. ábrán látható, hogy az alacsony alkoholtartalmú italok fogyasztásának átlagértéke nagyobb volt a fizikai erőfeszítést igénylő munkakört betöltők esetében ( $F(2,1338)6,08$ ;  $p<0,001$ ). A teljes logisztikus regressziós modellben kapcsolatot mutatott a szociodemográfiai tényezők, a munka jellege és az alkoholfogyasztás. A vizsgált változók közül kizárólag a nem bizonyult jelentős prediktornak (EH=0,28; 95% MT: 0,22–0,35;  $p<0,001$ ), ami arra utal, hogy a nemek között jelentős különbség van, nők körében alacsonyabb az alkoholfogyasztás esélye. Az életkor (EH=0,99; 95% MT: 0,98–1,04;  $p=0,211$ ), az iskolai végzettség (EH=1,12; 95% MT: 0,93–1,35;  $p=0,213$ ), a családi állapot (EH=0,81; 95% MT: 0,64–1,05;  $p=0,065$ ) és a munka jellege (EH=1,09; 95% MT: 0,88–1,34;  $p=0,422$ ) és az alkoholfogyasztás között nem igazolódott statisztikailag szignifikáns összefüggés.

**2. ábra** A mindennapi tevékenység keretében végzett testmozgás átlagértéke a munkahelyen végzett tevékenység jellege alapján vizsgálva (n=1342)



Forrás: saját szerkesztés

**3. ábra** A dohányzási szokás a munkahelyen végzett tevékenység jellege alapján vizsgálva (n=1314)



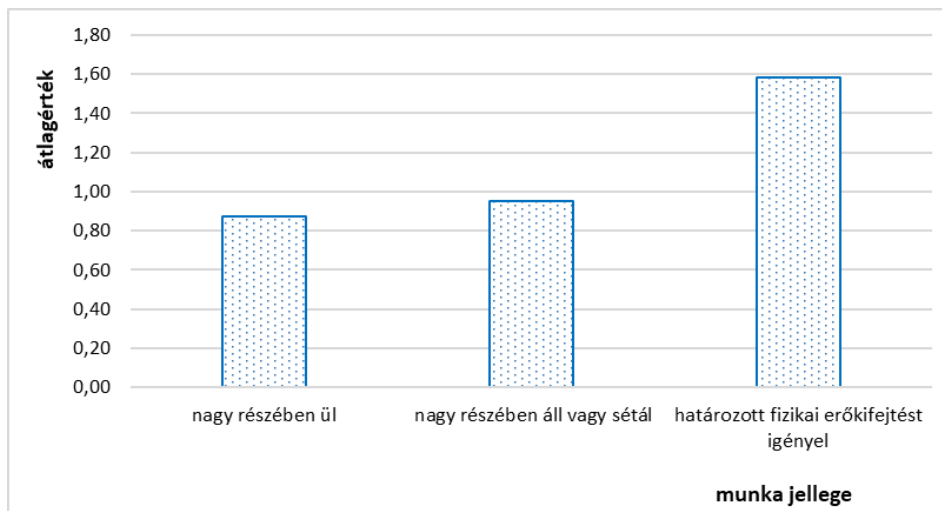
Forrás: saját szerkesztés

**II. táblázat** Az egyes alkoholfajták fogyasztási gyakorisága az utóbbi 30 napra visszagondolva (n=1341)

	0-szor	1-2-szer	3-5-ször	6-9-szer	10-19-szer	20-39-szer	40-nél többször
sör	65,9%	16,1%	11,8%	3,1%	1,9%	1,1%	0,1%
alkoholos üdítőital	89,7%	6,5%	3,1%	0,5%	0%	0,2%	0%
bor	89,7%	6,5%	3,1%	0,4%	0%	0,3%	0%
égetett szeszesital	70,8%	19,8%	7,3%	1,6%	0,3%	0,2%	0%

Forrás: saját szerkesztés

**4. ábra** Az alacsony alkoholtartalmú italok fogyasztásának átlagértéke a munkahelyen végzett tevékenység jellege alapján vizsgálva (n=1341)



Forrás: saját szerkesztés

## MEGBESZÉLÉS

A válaszadók harmada krónikus betegségről számolt be, leggyakoribbak a szív- és érrendszeri, endokrin (pl. cukorbetegség, pajzsmirigybetegségek) és légzőszervi betegségek voltak. Az egészségi állapot szubjektív megítélése alapján a minta többsége jó vagy kielégítő kategóriába tartozott. A túlsúlyosak és elhízottak aránya 63,7% volt, ami jelentős kockázatot jelent a krónikus betegségek további alakulásában. Az OTÁP 2019-es hazai eredményei közel azonos adatokat (68%) említenek, melyben a felnőttek csaknem kétharmada volt túlsúlyos vagy elhízott (Bakacs 2020). A dolgozók döntő többsége ülő munkát végzett (74%). Loyen és munkatársai tanulmányában kedvezőbb képet ír le, az Európai Unióban a munkavállalók közel 40%-a tölti munkaidejének nagy részét ülve, 18%-uk napi 7,5 óránál is többet ül (Loyen, Ploeg, Bauman, Brug és Lakerveld 2016), a különbség vélhető oka, hogy mintákban a fizikai erőfeszítést igénylő munkakörökben dolgozók aránya kismértékű volt. A fizikai munkát végzők körében gyakoribb volt a krónikus betegség előfordulása, ami összefügghet a fokozott terheléssel és a munkakörülményekkel, de egyéni életmódbeli tényezőkkel is. Az ülő életmód, a magas túlsúly/elhízás aránya és a krónikus betegségek előfordulása egymást erősítő rizikótényezők. A férfiak pszichés jólléte

szignifikánsan magasabb volt, mint a nőké, ami Susánszky és munkatársai (2006) eredményeivel volt szinkronban. Vizsgálatunk adatai alapján a résztvevők több mint háromnegyede naponta fogyasztott zöldséget és gyümölcsöt, ami kedvezőbb képet mutatott, mint nagymintás hazai vizsgálatok (Pfau, Müller, Bács és Bácsné Bába, 2018), ugyanakkor a fennmaradó közel egynegyed még mindig ritkábban iktatja be ezeket étrendjébe. A fogyasztás mértéke nem mutatott különbséget nem, életkor vagy munkavégzés tekintetében, ugyanakkor a családi állapot és az iskolai végzettség meghatározó tényezőnek bizonyult. Ez arra utal, hogy a társas kapcsolatok és a magasabb iskolázottság elősegítik az egészségesebb táplálkozási szokások kialakulását. Az üres kalóriák fogyasztása főként a fiatalabbakra, a férfiakra és az egyedülállókra jellemző, ami hosszabb távon egészségkockázatot jelent. Az üres kalóriák fogyasztásánál az életkor előrehaladtával csökkenő tendencia volt megfigyelhető. Az iskolai végzettség és a munkavégzés típusa ebben az esetben nem mutatott befolyásoló szerepet. Figyelmet kell fordítani a fiatal felnőttek és az egyedülállók edukációjára, valamint az alacsonyabb végzettségűek körében az egészséges táplálkozással kapcsolatos gyakorlati ismeretek terjesztésére. Fontos továbbá az egészségtelen nassolnivalók és üdítők helyettesítése könnyen elérhető, ízletes és megfizethető alternatívákkal, valamint a közösségi és családi étkezések ösz-

tönzése, amelyek hozzájárulhatnak az egészség-tudatosabb választásokhoz és hosszú távon az egészségi állapot javításához.

Kutatásunk eredményei szerint a fizikai aktivitás tekintetében jelentős különbségek figyelhetők meg a résztvevők körében. A minta közel fele (42,4%) egyáltalán nem végzett mérsékelt intenzitású testmozgást az elmúlt héten, ugyanakkor több mint 40% három óránál többet fordított ilyen jellegű aktivitásra. Szerdahelyi és Bácsné Bába (2022) felnőttek körében végzett felmérésében hasonlóan igazolták, hogy a mintába bevont felnőttek az egészségmegőrzéshez szükséges aktivitási szintet nem érték el. Kutatásunkban férfiak körében szignifikánsan többen voltak azok, akik heti három óránál hosszabb ideig mozogtak, míg a nők inkább az egy-három órás kategóriába tartoztak. A rendszeres, szabadidőben végzett fizikai aktivitás hiánya különösen a középkorú és idősebb, valamint a családban élő felnőttek körében jelent problémát. A munkahelyen végzett tevékenység jellege is számottevően hatott: a fizikai megterheléssel járó munkát végzők szabadidejükben kevesebbet sportoltak. Ugyanakkor a mindennapi mozgásformák bizonyos mértékig pótolják a hiányzó sporttevékenységet, ezek jelentős mértékben hozzájárultak a fizikai aktivitás teljes mennyiségéhez, mely férfiaknál, alacsonyabb végzettségűeknél, házasoknál és a fizikai erőfeszítést igénylő munkakörökben dolgozóknál magasabb szintet ért el, valamint az életkor előrehaladtával is növekedett. Ez arra utal, hogy az idősebbek inkább a mindennapi tevékenységeken keresztül maradnak aktívak, míg a fiatalabbak körében a szabadidősport a jellemzőbb. A fizikai aktivitást ösztönző programok tervezésénél figyelembe kell venni az életkort, a családi állapotot és a munkavégzés jellegét. A fiatalabbak esetében a sport és a szabadidős testmozgás népszerűsítése lehet hatékony, míg az idősebb korosztály számára a mindennapi életbe integrálható mozgásformák – például gyaloglás, kerékpározás, kerti munka – előtérbe helyezése lehet célravezető. A családosoknál és az elváltaknál hangsúlyt kell fektetni a közös tevékenységekre, például családi programokra. Munkahelyi szinten pedig az ülőmunkát végzőknél a rendszeres szünetek, rövid tornagyakorlatok, míg fizikai munkát végzőknél a regenerációt támogató mozgásformák lehetnek javasoltak.

Mintánk 22,9%-a tartozott a dohányzó csoportba, míg Seaton és munkatársai (2020) ennél kedvezőbb képet kapott kutatásában (14,4%), amit

vélhetően az esetcsoport demográfiai különbségei magyaráznak. A dohányzás szorosan összefüggött az iskolai végzettséggel, az életkorral és a munkavégzés jellegével. Míg a fiatalabb felnőttek körében nagyobb volt a dohányzók aránya, az idősebbeknél jellemzőbb volt a magasabb súlyossági szint. Az alacsonyabb iskolai végzettség fokozta a dohányzás és a nikotinfüggőség kockázatát. A munkavégzés jellege szintén szoros kapcsolatban állt a dohányzással. Azok, akik fizikai erőfeszítést igénylő munkakörökben dolgoztak, nagyobb arányban voltak dohányosok, körükben magasabb volt a közepes függőség. Ez arra utal, hogy a munkahelyi környezet és terhelés jelentős rizikótényezőt képviselhet a dohányzási szokások alakulásában. Dohányzás visszaszorítására irányuló prevenciós programokat elsősorban az alacsonyabb iskolai végzettségűek és a fizikai munkát végzők körében célszerű intenzíven megvalósítani. Kiemelten fontos lenne számukra könnyen elérhető leszokást támogató szolgáltatásokat biztosítani, valamint a munkahelyi egészségfejlesztő programoknak jelentős szerepe lehet a dohányzás elleni küzdelemben. A háttérváltozók alapján jól kirajzolódott, hogy a férfiak és az egyedülállók gyakrabban fogyasztottak alacsony alkoholtartalmú italokat. Az iskolai végzettség nem mutatott szignifikáns kapcsolatot az alkoholfogyasztási szokással, míg az életkor előrehaladtával enyhe, de szignifikáns csökkenés volt tapasztalható. Ugyanakkor a munkahelyen végzett tevékenység jellege befolyásolta a fogyasztási szokásokat: a fizikai erőfeszítést igénylő munkakörben dolgozók szignifikánsan gyakrabban fogyasztottak alkoholt, mint az ülő vagy álló munkát végzők. A társas kapcsolatok és a munkakörnyezet jelentős tényezők lehetnek a fogyasztási szokások alakulásában. Az alkoholprevenciós és egészségfejlesztő programokban célszerű külön figyelmet fordítani a fizikai munkát végzőkre és az egyedülállókra, akik körében a kockázat magasabb. Fontos a közösségi támogató rendszerek erősítése, alternatív szabadidős lehetőségek biztosítása, amelyek az alkoholfogyasztás helyett más kikapcsolódási formákat kínálnak.

Regressziós analízis alapján fizikai aktivitás és a táplálkozás vizsgálata során a szociodemográfiai, illetve a munka jellege tényezők szignifikáns, ugyanakkor alacsony magyarázó erejű kapcsolatot mutattak, ahol elsősorban a nem és az életkor bizonyult meghatározó tényezőnek. Mindez arra utal, hogy az egészségmagatartás alakulását valószínűleg további, jelen vizsgálatban nem sze-

repló pszichoszociális és környezeti tényezők is befolyásolják. Az eredmények alapján a dohányzási szokásokat elsősorban az életkor, az iskolai végzettség és a munka jellege befolyásolta, ami arra utal, hogy a társadalmi és munkakörnyezeti tényezők szerepet játszhatnak az egészségkockázati magatartás kialakulásában. Ezzel szemben az alkoholfogyasztás esetében kizárólag a nem mutatott szignifikáns kapcsolatot, ami a nemek közötti viselkedésbeli különbségekre enged következtetni.

A munkahely egyedülálló lehetőséget biztosít a hatékony egészségfejlesztésre. Az egyéni beavatkozásokat és a környezeti, szervezeti szintű intézkedéseket kombinálni szükséges, illetve a többkomponensű megközelítések eredményei lehetnek ígéretesek (Cillekens és mtsai., 2020). A munkahelyi egészségfejlesztési erőfeszítéseknek rugalmas megközelítéseket kell alkalmazniuk a munkavállalók elkötelezettségének maximalizálása érdekében (Kilpatrick és mtsai., 2017). A munkavállalók egészségfejlesztése kulcsfontosságú a munkahelyek fenntarthatósága és a dolgozók teljesítménye szempontjából is (Berencsi, Pelyák, Fehér, 2025).

## KÖVETKEZTETÉS

Felmérésünk eredményei alapján a munkavállalók körében több, egymást erősítő egészségkockázati tényező van jelen: a túlsúly és elhízás magas aránya, a krónikus betegségek gyakorisá-

ga, a fizikai aktivitás elégtelensége, a dohányzás és az alkoholfogyasztás bizonyos csoportokban való koncentrálódása. A rizikómagatartások és az egészségi állapot szoros kapcsolatban állnak szociodemográfiai jellemzőkkel (életkor, nem, iskolai végzettség, családi állapot) és a munkavégzés jellegével. Ez azt mutatja, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés hatékonysága érdekében célzott, differenciált beavatkozások szükségesek. Jövőben is az edukációs tevékenységek egyik fő kérdésköre a testsúlykontroll és az egészséges táplálkozás, különösen az alacsonyabb iskolai végzettségű dolgozók esetében. Az egészség-tanácsadás fókuszába tartozó további területek a fizikai aktivitás ösztönzése, a mentális egészség és pszichés jóllét támogatása, a dohányzás visszaszorítása, a dohányzásról való leszokást segítő technikák alkalmazása, az alkoholfogyasztás csökkentése, a célzott egészségügyi szűrések (kardiovaszkuláris, metabolikus, szájüregi) végzése. Külön figyelmet szükséges fordítani a munkahelyi egészségfejlesztő programok tekintetében a fizikai munkát végzők bevonására és személyre szabott edukációjára. Összességében kutatásunk megerősítette, hogy a STAFÉTA program elemei kulcsfontosságúak a munkahelyi egészségfejlesztésben, mivel a komplex, több területet érintő tevékenységek a leghatékonyabbak, amelyek figyelembe veszik a dolgozók munkakörülményeit, életkorát, társas helyzetét és iskolai végzettségét. A munkahelyi egészségfejlesztés nem pusztán a célcsoport elérésének eszköze, hanem egyben a kockázatok mérséklését és az egészséggel kapcsolatos kompetenciák fejlesztését is szolgálja.

## HIVATKOZÁSOK

Bakacs, M. (2020). Országos Táplálkozási És Tápláltsági Állapot vizsgálat kutatási jelentés a felnőttek táplálkozásának, tápláltsági állapotának trendjeiről 2009-2014-2019. OGYÉI.

Berencsi, A., Pelyák, L., & Fehér, A. (2025). Well-being a munkahelyen, avagy figyelünk-e a munkavállalók egészségmegőrzésére. Új Munkaügyi Szemle, 6(1), 4-14. [doi.org/10.58269/umsz.2025.1.1](https://doi.org/10.58269/umsz.2025.1.1)

Bezzina, A., Clarke, E. D., Ashton, L., Watson, T., & James, C. L. (2024). Workplace health promotion programs targeting smoking, nutrition, physical activity, and obesity in men: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Health Education & Behavior, 51(1), 113-127. [doi.org/10.1177/109019812312083](https://doi.org/10.1177/109019812312083)

Cantonnet, M. L., Aldasoro, J. C., & Oyarbide, I. R. (2022). Well-Being through workplace health promotion interventions by European enterprises. Safety Science, 151, 105736. [doi.org/10.1016/j.ssci.2022.105736](https://doi.org/10.1016/j.ssci.2022.105736)

Cillekens, B., Lang, M., Van Mechelen, W., Verhagen, E., Huysmans, M. A., Holtermann, A., ... & Coenen, P. (2020). How does occupational physical activity influence health? An umbrella review of 23 health outcomes across 158 observational studies. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1474-1481. doi: [10.1136/bjsports-2020-102587](https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102587)

Coenen, P., Robroek, S. J., Van Der Beek, A. J., Boot, C. R., Van Lenthe, F. J., Burdorf, A., & Oude Hengel, K. M. (2020). Socioeconomic inequalities in effectiveness of and compliance to workplace health promotion programs: an individual participant data (IPD) meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 112. [doi.org/10.1186/s12966-020-01002-w](https://doi.org/10.1186/s12966-020-01002-w)

Jørgensen, M. B., Villadsen, E., Burr, H., Punnett, L., & Holtermann, A. (2016). Does employee participation in workplace health promotion depend on the working environment? A cross-sectional study of Danish workers. *BMJ Open*, 6(6), e010516. [doi.org/10.1136/bmjopen-2015](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015).

Kilpatrick, M., Blizzard, L., Sanderson, K., Teale, B., Jose, K., & Venn, A. (2017). Barriers and facilitators to participation in workplace health promotion (WHP) activities: results from a cross-sectional survey of public-sector employees in Tasmania, Australia. *Health Promotion Journal of Australia*, 28(3), 225-232. doi: [org/10.1071/HE16052](https://doi.org/10.1071/HE16052)

Loyen, A., van der Ploeg, H. P., Bauman, A., Brug, J., & Lakerveld, J. (2016). European sitting championship: prevalence and correlates of self-reported sitting time in the 28 European Union member states. *PloS one*, 11(3), e0149320. [doi.org/10.1371/journal.pone.0149320](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149320)

Peñalvo, J. L., Sagastume, D., Mertens, E., Uzhova, I., Smith, J., Wu, J. H., ... & Mozaffarian, D. (2021). Effectiveness of workplace wellness programmes for dietary habits, overweight, and cardiometabolic health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 6(9), e648-e660.

Pfau, C., Müller, A. É., Bács, Z., & Bácsné Bába, É. (2018). Az egészséges táplálkozás szerepe és jelentősége. *Táplálkozásmarketing*, 5(1), 49-63.

Proper, K. I., & van Oostrom, S. H. (2019). The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes—a systematic review of reviews. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(6), 546-559. [doi.org/10.5271/sjweh.3833](https://doi.org/10.5271/sjweh.3833)

Robroek, S. J., Oude Hengel, K. M., van der Beek, A. J., Boot, C. R., van Lenthe, F. J., Burdorf, A., & Coenen, P. (2020). Socio-economic inequalities in the effectiveness of workplace health promotion programmes on body mass index: An individual participant data meta-analysis. *Obesity Reviews*, 21(11), e13101. [doi.org/10.1111/obr.13101](https://doi.org/10.1111/obr.13101).

Schaller, A., Stassen, G., Baulig, L., & Lange, M. (2024). Physical activity interventions in workplace health promotion: objectives, related outcomes, and consideration of the setting—a scoping review of reviews. *Frontiers in Public Health*, 12, 1353119. [doi.org/10.3389/fpubh.2024.1353119](https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1353119)

Seaton, C. L., Bottorff, J. L., Caperchione, C. M., Johnson, S. T., & Oliffe, J. L. (2020). The association between Men's health behaviors and interest in workplace health promotion. *Workplace Health & Safety*, 68(5), 226-235. [doi.org/10.1177/2165079919885957](https://doi.org/10.1177/2165079919885957)

Susánszky, É., Konkoly, T. B., Stauder, A., & Kopp Mária. (2006.). A WHO Jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7.(2.), 247-255. [doi: 10.1556/Ment-1.7.2006.3.8](https://doi.org/10.1556/Ment-1.7.2006.3.8)

Szerdahelyi, Z., & Bácsné Bába, É. (2022). Fizikai aktivitás összetevőinek vizsgálata Hajdúböszörmény felnőtt lakossága körében. *Gradus*, 9(1). 1-13. [doi.org/10.47833/2022.1.ART.001](https://doi.org/10.47833/2022.1.ART.001)

Varga-Felföldi, E. (2025). Jelenlegi trendek a munkahelyi egészségfejlesztésben. Új Munkaügyi Szemle, 6(2), 77-84. [doi.org/10.58269/umsz.2025.2.7](https://doi.org/10.58269/umsz.2025.2.7)

Vargas-Martínez, A. M., Romero-Saldaña, M., & De Diego-Cordero, R. (2021). Economic evaluation of workplace health promotion interventions focused on Lifestyle: Systematic review and meta-analysis. Journal of Advanced Nursing, 77(9), 3657-3691. [doi.org/10.1111/jan.14857](https://doi.org/10.1111/jan.14857)

EMMI egészségügyi szakmai irányelve. (2019.). Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a dohányzásról való leszokás támogatásáról. Egészségügyi Közlöny, 59.(2.), 194-246.

## Információk a szerzőkről

### Karácsony Ilona

Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Alapozó, Szülésznői és Védőnői Intézet, Pécs; Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Prevenációs Főosztály, Budapest  
[ilona.karacsony@etk.pte.hu](mailto:ilona.karacsony@etk.pte.hu)

### Surján Orsolya

Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Budapest

### Bertókné Tamás Renáta

Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Prevenációs Főosztály, Budapest

### Árváné Egri Csilla

Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Prevenációs Főosztály, Budapest

### Szóllósi Gergő József

Debreceni Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Társadalomtudományi Koordinációs Kutatóközpont, Debrecen; Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Prevenációs Főosztály, Budapest

### Székelyhidi Éva

Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Prevenációs Főosztály, Budapest

Copyright © 2026 Karácsony Ilona, Surján Orsolya, Bertókné Tamás Renáta, Árváné Egri Csilla, Szóllósi Gergő József, Székelyhidi Éva. Kiadó: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licen szerződés alapján.