

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

MONITORING ÚROVNĚ PODPORY ZDRAVÍ ZAMĚSTNANCŮ NA PRACOVIŠTI
U VYBRANÝCH FIREM V OLOMOUCKÉM KRAJI

Diplomová práce
(magisterská)

Autor: Bc. Kateřina Staroňová
Studijní obor: Rekreologie
Vedoucí práce: Mgr. Michal Kudláček, Ph.D.
Olomouc 2017

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Kateřina Staroňová

Název magisterské práce: Monitoring úrovně podpory zdraví zaměstnanců na pracovišti u vybraných firem v Olomouckém kraji

Pracoviště: Katedra rekreologie

Vedoucí magisterské práce: Mgr. Michal Kudláček, Ph.D.

Rok obhajoby magisterské práce: 2017

Abstrakt: Diplomová práce sleduje podporu zdraví na pracovišti a úroveň pohybové aktivity zaměstnanců ve vybraných firmách v Olomouckém kraji, a to z hlediska pohlaví, pracovního zařazení, vzdálenosti pracoviště od místa bydliště a typu zaměstnání. Výzkumné šetření bylo prováděno pomocí online dotazníku složeného ze standardizovaných dotazníků IPAQ a COPSQ doplněných o vlastní anketu. Výzkumný soubor sestával ze 71 respondentů z šesti odlišných firem v Olomouckém kraji. Hlavním hodnoceným kritériem byla úroveň pohybové aktivity měřená v MET-minutách. Signifikantní rozdíly byly naměřeny ve faktoru pohlaví ve prospěch žen a ve sledování vlivu vzdálenosti pracoviště od místa bydliště na transportní pohybovou aktivitu, kde nejvyšší hodnoty dosáhli respondenti bydlící 1 – 3 km od svého pracoviště. Na základě výsledků je také možno konstatovat, že celých 75 % respondentů by ocenilo větší zájem ze strany zaměstnavatele o jejich zdraví.

Klíčová slova: podpora zdraví na pracovišti, životní styl, pohybová aktivita, efektivita práce, IPAQ, COPSQ.

Souhlasím s půjčováním závěrečné písemné práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical Identification

Author's first name and surname: Kateřina Staroňová

Title of the master's thesis: Monitoring the level of health promotion at the workplace in selected companies in the Olomouc region

Department: Department of Recreation and Leisure Studies

Supervisor: Mgr. Michal Kudláček, Ph.D.

The year of the presentation: 2017

Abstract: The thesis monitors the worksite health promotion and the level of physical activity in the environment of selected companies in the Olomouc region, specifically considering their sex, employment status, workplace distance from the place of residence and type of the employment. The survey was carried out using questionnaires IPAQ and COPSOQ with the addition of specific questions. The research sample consisted of 71 respondents from the six selected companies in the Olomouc region. The level of physical activity was measured in MET-mins per week and the results in IPAQ questionnaire showed significant differences in the factors of sex and distance of the workplace from the place of residence. Women reached higher level of physical activity than men and group of respondents living 1 – 3 km from the workplace had the highest level of physical activity during transport. In conclusion the 75 % of respondents would appreciate increased interest from their employer about the health of his employees.

Keywords: worksite health promotion, physical activity, lifestyle, work efficiency, IPAQ, COPSOQ.

I agree with lending the thessis within the librarian services.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Michala Kudláčka, Ph.D., a uvedla jsem všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 8. listopadu 2016

Děkuji Mgr. Michalovi Kudláčkovi, Ph.D. za metodickou pomoc, cenné rady a vstřícný přístup při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji své rodině a přátelům za jejich podporu a trpělivost při studiu a všem respondentům ochotným podílet se na výzkumném šetření.

OBSAH

1	ÚVOD	11
2	PŘEHLED POZNATKŮ	12
2.1	Zdraví a životní styl	12
2.1.1	Zdraví	12
2.1.2	Determinanty zdraví.....	13
2.1.3	Podpora zdraví	14
2.1.4	Životní styl	15
2.1.5	Optimalizace životního stylu	16
2.2	Pohybová aktivita.....	17
2.2.1	Doporučení pro pohybovou aktivitu	18
2.2.2	Ekonomický přínos pohybové aktivity	19
2.2.3	Pohybová aktivita a hromadná neinfekční onemocnění	20
2.2.4	Podpora pohybové aktivity	22
2.3	Zdraví a práce.....	24
2.3.1	Ergonomie práce	24
2.3.2	Bezpečnost a ochrana zdraví na pracovišti	25
2.3.3	Pracovní neschopnost.....	26
2.4	Podpora zdraví na pracovišti.....	28
2.4.1	První iniciativy v podpoře zdraví na pracovišti	29
2.4.2	Situace ve světě.....	30
2.4.3	Situace v České republice	31
2.4.4	Benefity podpory zdraví na pracovišti	33
2.4.5	Možnosti podpory zdraví na pracovišti.....	34
2.5	Příklady praxe podpory pohybové aktivity na pracovišti.....	36
2.5.1	Firmy nabízející programy podpory zdraví v ČR	36
2.5.2	Firmy s kvalitními programy podpory zdraví	42
3	CÍLE PRÁCE	45
3.1	Dílčí cíle	45
3.2	Výzkumné otázky.....	45
4	METODIKA.....	46
4.1	Charakteristika výzkumného souboru.....	46
4.2	Metodika sběru dat.....	47
4.3	Použité metody výzkumného šetření	48

4.3.1	IPAQ.....	48
4.3.2	COPSOQ.....	49
4.3.3	Vlastní anketa.....	49
4.4	Časová osa výzkumného šetření	50
4.5	Statistické zpracování dat.....	50
4.5.1	Použité statistické pojmy.....	51
5	VÝSLEDKY	52
5.1	IPAQ.....	52
5.1.1	Pohybová aktivita z hlediska pohlaví.....	52
5.1.2	Pohybová aktivita z hlediska pracovního zařazení	53
5.1.3	Pohybová aktivita z hlediska vzdálenosti pracoviště	55
5.1.4	Pohybová aktivita z hlediska typu zaměstnání.....	57
5.2	COPSOQ.....	59
5.2.1	Hodnocení úrovně stresu.....	59
5.2.2	Hodnocení subjektivně vnímaného zdraví	60
5.2.3	Hodnocení podráždění v práci	61
5.2.4	Hodnocení pracovního tempa	61
5.3	Vlastní anketa.....	62
5.3.1	Zájem zaměstnavatele o zdraví	62
5.3.2	Potřeba být fit pro výkon povolání.....	63
5.3.3	Nemocnost	64
6	DISKUSE.....	65
6.1	Limity práce	68
7	ZÁVĚRY	69
8	SOUHRN.....	71
9	SUMMARY.....	72
10	REFERENČNÍ SEZNAM.....	73
11	PŘÍLOHY.....	78

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Přehled pracovního zařazení jednotlivých respondentů	46
Tabulka 2. Přehled délky pracovního poměru jednotlivých respondentů	46
Tabulka 3. Přehled typu práce jednotlivých respondentů.....	46
Tabulka 4. Hodnocení PA podle pohlaví.....	52
Tabulka 5. Hodnocení PA podle pracovního zařazení	53
Tabulka 6. Hodnocení PA podle vzdálenosti pracoviště od místa bydliště.....	55
Tabulka 7. Hodnocení PA podle typu zaměstnání.....	57
Tabulka 8. Hodnocení úrovně stresu v práci v porovnání s výsledky COPSQ v Dánsku	59
Tabulka 9. Hodnocení úrovně subjektivně vnímaného zdraví v porovnání s výsledky COPSQ v Dánsku.....	60
Tabulka 10. Hodnocení úrovně podráždění v práci v porovnání s výsledky COPSQ v Dánsku	61
Tabulka 11. Hodnocení úrovně pracovního tempa v porovnání s výsledky COPSQ v Dánsku	61

SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Obrázek 1. Model determinant zdraví (Dolanský, 2008)	13
Obrázek 2. Vývoj průměrného procenta pracovní neschopnosti do roku 2013 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013)	27
Obrázek 3. Průměrné procento pracovní neschopnosti podle okresů v roce 2013 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013)	27
Obrázek 4. Podíl firem ve světě nabízejících programy podpory zdraví na pracovišti (Buck Consultants, 2010).....	30
Obrázek 5. Náhled poukázek firmy Sodexo (http://cz.benefity.sodexo.com/benefity/poukazky-pro-volny-cas)	38
Obrázek 6. Platební karta společnosti Benefit Plus (http://www.benefit-plus.eu/o-nas/)	40
Obrázek 7. Zastoupení jednotlivých firem ve výzkumném šetření	47
Obrázek 8. Schéma časové osy výzkumného šetření	50
Obrázek 9. Hodnocení PA podle pohlaví	52
Obrázek 10. Hodnocení PA podle pracovního zařazení	54
Obrázek 11. Hodnocení PA podle vzdálenosti od místa bydliště.....	56
Obrázek 12. Hodnocení PA podle typu zaměstnání	58
Obrázek 13. Hodnocení úrovně stresu při práci	59
Obrázek 14. Koláčový graf odpovědí respondentů	60
Obrázek 15. Výsledky otázky „Cítíte, že se Váš zaměstnavatel zajímá o Vaše zdraví?“	62
Obrázek 16. Výsledky otázky „Ocenili byste větší zájem ze strany zaměstnavatele v oblasti podpory zdraví na pracovišti?“	62
Obrázek 17. Výsledky otázky „Cítíte potřebu být fit pro výkon Vaší profese?“	63
Obrázek 18. Výsledky otázky „Kolikrát jste za uplynulý rok čerpali nemocenskou dovolenou?“	64
Obrázek 19. Výsledky otázky „Kolikrát jste za uplynulý rok čerpali řádnou dovolenou z důvodu nemoci/nevolnosti/úrazu?“	64

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	- body mass index
BOZP	- bezpečnost a ochrana zdraví při práci
COPSOQ	- Copenhagen Psychosocial Questionnaire
ČR	- Česká republika
ENWHP	- Evropské sítě podpory zdraví na pracovišti
EU	- Evropská unie
HDP	- hrubý domácí produkt
IPAQ	- International Physical Activity Questionnaire
ISO	- International Organization for Standardization
NRCWE	- National Centre for Working Environment
PA	- pohybová aktivita
SZÚ	- státní zdravotní úřad
ÚZIS	- Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	- World Health Organization

1 ÚVOD

Náklady na léčbu jednoho těžce obézního jedince činí zhruba 100 000 Kč ročně. V České republice se těchto pacientů vyskytuje okolo 200 000, čili celkové náklady se šplhají do výše 20 miliard Kč za rok. Také výdaje na léčbu hypertenze pravděpodobně přesahují 10 miliard ročně a při léčení rakoviny se jen za léky v České republice každý rok utratí okolo 10 miliard Kč. Náklady na léčebné výlohy těchto civilizačních chorob jsou každoročně značnou zátěží pro státní rozpočet, a přitom v mnoha státech světa už odborníci přišli na způsob, jak navrhnout politikům úsporná opatření. Preventivní programy na podporu zdraví a prevenci neinfekčních hromadných onemocnění způsobených převážně životním stylem jedince mohou podle The Trust for America's Health už během pěti let poskytnout návratnost 5,6 dolaru za každý investovaný dolar (Kříž, 2011).

Uvážíme-li, že většina produktivní části populace České republiky stráví práci zhruba třetinu života, zdá se logické začít s preventivními programy právě na pracovišti. Zaměstnavatel či přímý nadřízený je díky své pozici schopen aktivně vstupovat do životního stylu svého zaměstnance, dostupnými prostředky ho motivovat k většímu zájmu o své zdraví a k aktivnímu využití volného času a tím být prospěšný jedinci a jeho rodině, firmě i celé společnosti.

Nízká úroveň znalostí o ceně zdraví stejně jako dlouhodobý časový horizont přínosu však mohou být jedny z největších překážek pro zařazení těchto preventivních programů do praxe. Existuje zatím pouze několik tuzemských firem, které se touto problematikou komplexně zabývají a nabízejí své služby v oblasti podpory zdraví ve firmě. Poptávka po těchto službách v naší zemi prozatím neodpovídá světovému průměru, i když délka pracovní doby je u nás dle Českého statistického úřadu (2016) pátá nejvyšší v Evropě (průměrně 40,4 hodin týdně). S rostoucí pracovní dobou ale také klesá efektivita práce. Zařazením programů pro podporu zdraví na pracovišti se značně zvyšují šance pro zlepšení efektivity práce, snížení fluktuace pracovníků a zvýšení prestiže firmy mezi zaměstnanci stávajícími i potenciálními (Chenoweth, 2011).

V této práci nastíním právě problematiku podpory pohybové aktivity a podpory zdraví na pracovišti a jejích praktických příkladů z prostředí firem v naší zemi. V praktické části práce se pak věnuji rozboru dat sesbíraných od zaměstnanců několika vybraných firem v Olomouckém kraji a tyto vzájemně porovnávám.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Zdraví a životní styl

2.1.1 Zdraví

I přes zvyšující se snahu odborníků je v našich podmínkách pojem zdraví stále celkem nesprávně chápán jako stav člověka a výlučná doména medicíny a zdravotnictví. Zdraví jakožto proces by přitom měl být prvotně problémem samotného člověka, kdy chápání zdraví pouze jako nepřítomnosti nemoci není dostačující pohled na tuto problematiku. Nejčastější chybou v chápání pojmu zdraví v dnešní společnosti je jeho jednoduché rozdělení na *zdraví mám* (nejsem nemocen), tudíž mi nic nechybí, a *zdraví nemám* (jsem nemocen) a proto vyhledám příslušnou organizaci. Tento přístup je v souladu s konzumní filosofií společnosti a chápe zdraví spíš jako zboží, které lze na trhu sehnat.

Světová zdravotnická organizace (WHO) už v roce 1947 vyjádřila své stanovisko, že zdraví se týká celé osobnosti člověka: sféry fyzické, psychické i sociální. Zdraví tedy není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako celkový stav tělesného, psychického a sociálního blaha (tzv. well-being). Na této definici je třeba si povšimnout, že tento stav může být vyjádřen pouze na úrovni jakéhosi individuálního pocitu. Důležité totiž je, jak se člověk cítí, jak se vyrovnává s eventuálními problémy, či jak jim dokáže přizpůsobit svůj život. Z tohoto pojetí definice jasně vyplývá, že zdraví není stav, jak se může zpočátku jevit, ale jde o dlouhodobý rozmanitý proces. Díky tomu také můžeme hovořit o procesu posilování či podpoře zdraví – health promotion (Dohnal & Hodaň, 2008).

V průběhu uplynulých let proběhlo několik snah o úpravu zmíněné definice. Čeledová a Čevela (2010, 15) uvádí definici zdraví upravenou autorem Jarem Křivohlavým: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“.

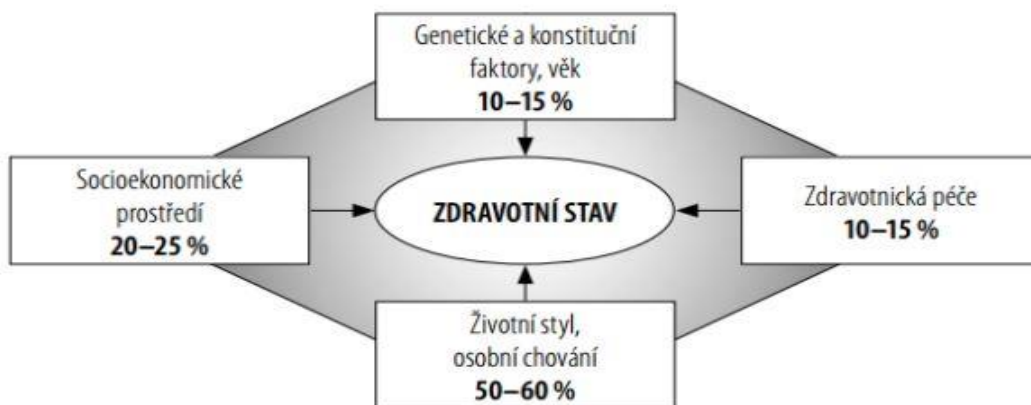
Jak autoři uvádí dále, zdraví je základní lidskou potřebou. Je cennou individuální i sociální hodnotou výrazně ovlivňující kvalitu života a hodnotou, zasluhující si celospolečenskou ochranu. Je třeba si uvědomit, že i když k dosažení co nejlepšího zdraví je velmi důležitá prevence, diagnostika i terapie, zdravotnické služby jej samy o sobě nezajistí. Zdraví je silně podmíněno tím, do jaké míry dokáží k jeho ochraně, udržení a rozvoji přispívat jednotliví občané a jakou oporu a motivaci najdou ve společnosti.

2.1.2 Determinanty zdraví

Zdraví člověka ovlivňuje několik okolností, a to jak pozitivních (posilujících zdraví), tak i negativních (oslabujících zdraví). Pojmem determinanty zdraví rozumíme souhrn faktorů, které podmiňují zdravotní stav lidí.

Dělíme je na faktory:

- vnitřní
 - genetické
- vnější
 - životní styl,
 - kvalita životního, sociálního a pracovního prostředí,
 - úroveň a kvalita zdravotní péče (Kubátová & Machová, 2006).



Obrázek 1. Model determinant zdraví (Dolanský, 2008)

Právě tento model (Obrázek 1) podporuje zmíněné definice, podle kterých je za svůj zdravotní stav nejvíce zodpovědný sám jedinec (životní styl, osobní chování 50 – 60 %) a naopak zdravotnická péče a genetické faktory ovlivňují konečný zdravotní stav člověka jen z 10 – 15 %.

2.1.3 Podpora zdraví

WHO už v roce 1986 definovala pojem podpora zdraví jasně a výstižně jako „proces umožňující jedincům zvýšit kontrolu nad determinantami svého zdraví a tak zlepšovat svůj zdravotní stav“. WHO zde velmi silně zdůrazňuje také individuální odpovědnost za zdraví prostřednictvím životního stylu každého jedince.

WHO stanovuje pět oblastí, ve kterých by se podpora zdraví měla realizovat:

- budování politiky veřejného zdraví,
- vytváření podporujícího prostředí,
- posilování komunitních vazeb,
- rozvíjení osobních dovedností,
- přeorientování zdravotnických služeb.

Dugdill (2009) dále rozvíjí myšlenku a zdůrazňuje význam posilování individuálních schopností člověka, jež přispívá k ovlivnění ekonomické, sociální a politické situaci s dopadem na veřejné zdraví. O'Donnel (2002) na tuto myšlenku navazuje a zdraví uvažuje jako hlavní nástroj pro uspokojující život. Pojem zdraví nekompromisně chápe jako hlubší entitu než jen zdraví fyzické – stejnou měrou dle autora jde také o psychické aspekty zdraví, jako například *stress coping* a *problem solving* dovednosti, a také o rovnováhu mezi využíváním zdravotnických služeb a vlastní zodpovědností za své zdraví. Proto také O'Donnel považuje za klíčové zaměřit programy podpory zdraví na subjektivní vnímání zdraví jedinců, jejich risk management a postoje ve využívání lékařské péče. Poukazuje na to, že na základě mnoha výzkumů na světové úrovni je dnes evidentní, že zdravý životní styl může být dán do přímé spojitosti s nižší úmrtností, nemocností, pracovní neschopností a s tím spojenými nižšími zdravotními výdaji. Na druhé straně autor připouští, že samotná přítomnost programů podpory zdraví automaticky nezajišťuje pozitivní výstupy. Tímto autor koresponduje s důležitostí již dříve zmiňovaných subjektivních a individuálních aspektů jedince.

Pojem podpora zdraví, „health promotion“, můžeme pro naše potřeby podle Čevely et al. (2014) chápat jako ochranu, posilování a rozvoj zdraví za využití všech prostředků, forem, aktivit a možností, které má společnost k dispozici. Podporou zdraví tedy rozumíme souhrn aktivit a opatření, která ovšem nesměřují pouze k předcházení nemocem, ale i ke zlepšení současného zdravotního stavu jednotlivce a celé komunity.

K základním předpokladům podpory zdraví pak můžeme zařadit podporu přímé účasti jednotlivce na uchování nebo zlepšení vlastního zdraví prostřednictvím pochopení významu změny postojů a dobrovolné změny v chování a životního stylu, tzn. převzetí spoluzodpovědnosti za vlastní zdraví.

2.1.4 Životní styl

V procesu utváření a udržování zdraví hraje nepopíratelně velmi důležitou roli životní styl daného jedince. Mezi základní prvky životního stylu ovlivňující kvalitu života jedince patří výživa, pohybová aktivita, práce, sexuální aktivita, duševní pohoda, sociální vztahy a odolnost vůči stresu či různým závislostem (Čeledová & Čevela, 2010).

Životní styl jako sociologická kategorie nepochybně zahrnuje takové stránky jako způsob využívání volného času, způsob nakládání s příjmy a typ spotřebního chování, jež jsou determinovány ekonomickou aktivitou jedince, jeho příjmem, úrovní dosaženého vzdělání, životní úrovní, sociálně-ekonomickým postavením, místem bydliště, kontakty a podobně (Foret & Paděra, 2007).

Z dostupných výzkumů a literatury je evidentní, že životní styl je založen na zjištěných vzorcích chování, které ovlivňují zdraví jedince v pozitivním či negativním smyslu. Je formován:

- individuálními osobnostními charakteristikami,
- sociálními podmínkami,
- vlastnostmi životního prostředí.

Na individuální úrovni se uplatňuje genetická vloha a osobnost jedince, jeho vrozené i získané charakteristiky, jeho postoje, potřeby, motivace aj. (Hrubá & Kunzová, 2013).

Dohnal a Hodaň (2008) životní styl popisují jako způsob, jak se člověk vyjadřuje a chová, jak se aktivně chápe svých úkolů v životě a jak se začleňuje do společenského dění. Předpokládá se, že životní styl nějakým způsobem vyjadřuje hodnoty a zájmy jedince. Životní styl je jakýmsi vyjádřením odchylky jedince od skupiny, je silně individualizován, nicméně do jisté míry ovlivněn životním způsobem skupiny, ve které se jedinec pohybuje. Životní styl je podle Hodaně (2007) projevem individuálního přístupu jedince k vlastnímu životu a vypovídá o kvalitě života člověka.

2.1.5 Optimalizace životního stylu

Osvojení si zdravého životního stylu je důležitou součástí prevence zdraví. Intervence vedoucí k pozitivní změně životního stylu je často náročné rozhodnutí. Jde o proces spojený s objektivními i subjektivními problémy souvisejícími se samotným procesem změny a změnou návyků, které intervenci doprovázejí. Změnu můžeme provést několika zásahy, ideálně jejich kombinací:

- změnou časové struktury,
- změnou obsahu určité oblasti,
- změnou stravovacích návyků,
- změnou pohybového režimu,
- změnou délky spánku (Dohnal & Hodaň, 2008).

Celá tato změna má charakter zásahu do stávajícího stavu, tato intervence vede k optimalizaci životního stylu. Mezi nejdůležitější vlastnosti optimalizovaného životního stylu patří skutečnost, že takový životní styl umožňuje uspokojování všech našich potřeb.

Optimalizace životního stylu tedy má vést nejen k relativně optimálnímu stavu, ale hlavně k pocitu optimální pohody (tzv. well-being) a harmonizaci všech našich činností vzhledem k individuálním možnostem a potřebám člověka. Podle Fialové (2006) má dominantní postavení ve změně životního stylu cílená, pravidelná a dlouhodobá pohybová aktivita. Ta musí být rovněž vhodně zvolená z hlediska druhu, objemu, intenzity a frekvence (Fiala & Fialová, 2003). Naopak nevhodně zvolená, jednostranná, nízká či nadměrná pohybová aktivita nevede ke zlepšení zdravotního stavu a může být příčinou zdravotních obtíží. Při indikování pohybové aktivity je také důležité nezapomínat na sociální a psychickou stránku účinku pohybové aktivity. Autoři konstatují, že biologicky sebelepší tělesná aktivita má své nedostatky, pokud je pro daného jedince deprimující, frustrující či sociálně degradující.

Proces optimalizace životního stylu je ovšem závislý na řadě podmiňujících činitelů jako je věk, pohlaví, aktuální zdravotní a výkonnostní úroveň, vzdělání a zájmy, ale i tradice a životní úroveň. Zásadní a nenahraditelnou úlohu však mezi těmito činiteli sehrávají *sociální role profesního charakteru*. Těmito sociálními rolím a činnostem totiž věnujeme nejdelší souvislou dobu každého dne, jsou fyzicky, psychicky i sociálně nejnáročnější a tedy i nejvíce vyčerpávají celý náš organismus (Hodaň, 2007).

Můžeme tedy konstatovat, že má-li životní styl být člověku prospěšný, je nutná

jeho optimalizace, kompenzující negativní vlivy lidské činnosti, životního a pracovního prostředí a upravující je ve prospěch optimálního stavu člověka ve sféře fyzické, psychické i sociální.

2.2 Pohybová aktivita

Pravidelná a cílená pohybová aktivita je v životě člověka důležitým ukazatelem chování pro udržení a zlepšení zdraví jedince i celé společnosti (Haskel et al., 2007). WHO (2003) definuje pohybovou aktivitu jako „jakoukoli aktivitu produkovanou kosterním svalstvem způsobující zvýšení tepové a dechové frekvence“. Je nutné ji tedy chápat jako celé spektrum činností v řadě oblastí lidského konání. Můžeme ji popisovat jako součást sportu, školních aktivit, hry nebo transportu.

V důsledku pravidelné pohybové aktivity o správné intenzitě a frekvenci dochází v lidském těle k morfologickým a funkčním změnám, které mohou zabránit vzniku určitých nemocí nebo jejich vznik oddálit a zlepšit naši výkonnost při tělesné námaze.

Mezi základní benefity pravidelné pohybové aktivity podle dokumentu EU Physical Activity Guidelines (2008) například patří:

- snížení rizika kardiovaskulárních chorob,
- prevence nebo oddálení vzniku arteriální hypertenze,
- dobrá výkonnost kardipulmonálních funkcí,
- stabilní výkonnost metabolických funkcí a snížený výskyt diabetu mellitu II. typu,
- zvýšený metabolismus tuků – snížení rizika výskytu obezity,
- snížené riziko určitých typů rakoviny,
- zlepšení zažívání a regulace střevního rytmu,
- zvýšení mineralizace kostí, které přispívá k prevenci osteoporózy,
- udržování motorických funkcí včetně síly a rovnováhy,
- udržování kognitivních funkcí a snížení rizika depresí a demence,
- zlepšení sebehodnocení a sebeúcty a zvýšení elánu a optimismu,
- nižší úroveň stresu a s tím spojená lepší kvalita spánku,
- snížení absence v práci.

Pohyb, jehož průvodním jevem je tělesná námaha, se tedy přímo podílí na tvorbě fyzického, psychického i sociálního zdraví. Ze smyslu tělocvičné (pohybové) aktivity obecně i z jejích jednotlivých druhů vyplývá, že je schopna velmi výrazně ovlivňovat celý život člověka ve všech jeho oblastech. Pohybová aktivita se jako základní složka tělesné kultury podílí na:

- zkvalitňování činností ve všech sférách života,
- tvorbě a uspokojování životních potřeb,
- tvorbě a kvalitě všech sociálních a ekonomických vztahů, do kterých lidé v průběhu svých činností vstupují,
- tvorbě systému všech životních hodnot a idejí, kterými jsou jednotlivé činnosti podmiňovány (Dohnal & Hodaň, 2008).

2.2.1 Doporučení pro pohybovou aktivitu

Aby pohybová aktivita v životě člověka zajišťovala výše popsané benefity, je třeba správně zvolit její intenzitu, frekvenci, dobu trvání a druh prováděné fyzické aktivity. Mezi odborníky se mohou tato doporučení lišit a existuje mnoho výzkumů věnujících se této problematice. Některé státy světa mají svá vnitrostátní doporučení pro pohybovou aktivitu, jež napomáhají zvyšovat povědomí o benefitech pravidelné pohybové aktivity mezi veřejností.

Odborníci v České republice vycházejí hlavně z doporučení uvedených v americké publikaci *Physical Activity Guidelines for Americans* (2008) a v dokumentu pro evropskou populaci *EU Physical Activity Guidelines* (2008). Mezi běžnou populací se stávají stále známějšími také doporučení na základě počtu provedených kroků za den.

Americká doporučení pro pohybovou aktivitu propagují u dospělého jedince alespoň 150 minut pohybové aktivity střední intenzity zatížení nebo 75 minut pohybové aktivity vyšší intenzity za týden či adekvátní kombinaci obou. Pokud od pohybové aktivity očekáváme další zdravotní benefity, měl by tento objem být zdvojnásoben. Doporučení dále uvádí, že pohybová aktivita by měla probíhat alespoň v desetiminutových úsecích a minimálně dvakrát do týdne by mělo být obsaženo i posilování velkých svalových skupin. *Physical Activity Guidelines for Americans* (2008) také zohledňují věk jedince a rozlišují doporučení pro děti a mládež, dospělou populaci a seniory.

EU Physical Activity Guidelines (2008) oproti tomu doporučuje dospělé populaci věnovat se pohybové aktivitě střední intenzity po dobu 30 minut pět dní v týdnu nebo vyšší intenzity minimálně po dobu 20 minut tři dny v týdnu. Stejně jako americká doporučení i ta evropská zohledňují i vliv silových cvičení a rozlišují doporučení dle věku cílové skupiny.

Dále odborníci předkládají také doporučení vztahující se k chůzi, respektive k dennímu počtu kroků. Výzkumy předpokládají, že dosažení již 10 tisíc kroků denně je množství pohybové aktivity přinášející zdravotní benefity (Tudor-Locke & Bassett, 2004). Autoři podle počtu kroků za den rozlišují životní styl lidí následovně:

- Méně než 5 000 kroků – sedavý životní styl,
- 5 000 – 7 499 kroků – málo aktivní životní styl,
- 7 500 – 9 999 kroků – poněkud aktivní životní styl,
- 10 000 – 12 499 kroků – aktivní životní styl,
- nad 12 500 kroků – vysoce aktivní životní styl.

2.2.2 Ekonomický přínos pohybové aktivity

Pohybová aktivita má nepopíratelný ekonomický přínos, a to hlavně v oblastech redukce léčebných nákladů, zvyšování produktivity práce a ve vytváření zdravějšího fyzického a sociálního prostředí. Z výše uvedeného je zřejmé, že ekonomické důsledky nízké úrovně pohybové aktivity negativně ovlivňují nejen jednotlivce, ale i celou společnost.

Pohybová inaktivita je podle Rodrigueze et al. (2011) pro státní pokladnu drahá nejen kvůli přímým výdajům spojených se zdravotní péčí a léčbou následných chronických onemocnění, ale také pro své nepřímé výdaje v podobě ztráty zaměstnání jedince či jeho získané dlouhodobé pracovní nezpůsobilosti. Stejní autoři také ve své publikaci odkazují na výzkumy Katzmarzyka a Janssena (2004), kteří stanovili cenu za pohybovou inaktivitu Kanadčanů v roce 2001 na 5,3 miliard amerických dolarů. Obezita německou vládu v roce 2001 stála mezi 2,7 a 5,6 milionů eur, jak uvádí autoři ve stejné publikaci s odkazem na Sandera a Begemanna (2003).

Podle ekonomů ve Spojených státech amerických už investice jednoho amerického dolaru do podpory pohybové aktivity vede k ušetření 3,2 amerických dolarů ve zdravotnictví. Podle výzkumu již z roku 1998 ušetří aktivní člověk průměrně 500 dolarů ročně na zdravotních výlohách. Dále WHO (2003) vypočítala, že náklady

na léčbu nemocí způsobené pohybovou inaktivitou v roce 2000 byly celých 75 miliard amerických dolarů, což činilo až 9,4 % z rozpočtu zdravotnictví. Zapojení pouhých 10 % lidí se sedavým životním stylem ve Spojených státech do aktivního životního stylu by ušetřilo až 5,6 miliard amerických dolarů ročně (Jones & Eaton, 1994).

Další americké studie ukázaly, že programy na podporu pohybové aktivity na pracovišti mohou snížit krátkodobou nemocnost o 6 – 32 % a tím odlehčit lékařským výlohám v USA o 20 – 55 % a zvýšit produktivitu o 2 – 52 % (WHO, 2003). Také bylo dokázáno, že pohybová terapie je finančně efektivnější než samotná léčba hypertenze nebo ischemické choroby srdeční – je více než dvakrát ekonomicky účinnější (Stephenson, Bauman, & Armstrong, 2000).

Z uvedeného můžeme odvodit, že pravidelná pohybová aktivita je přínosem nejen pro lidský organismus jako takový, nýbrž i pro fungování státu v rámci úspor výdajů ve zdravotnickém sektoru. Různé výzkumy odborníků a institucí z celého světa nám dokazují, že mnohé výdaje jsou způsobené právě absencí pravidelného pohybového režimu.

2.2.3 Pohybová aktivita a hromadná neinfekční onemocnění

„Hromadná neinfekční onemocnění jsou výsledkem konfliktu mezi pomalu se měnícím lidským genotypem a rychle se měnícím prostředím vlivem lidské činnosti. Genetické, v průběhu lidského života neovlivnitelné rizikové faktory jsou v interakci se silnými, ale ovlivnitelnými rizikovými faktory prostředí a životního stylu (Müllerová, 2014, 128).“ Jako hlavní ovlivnitelné rizikové faktory životního stylu pak autorka uvádí nedostatek pohybové aktivity, nezdravou výživu, kuřáctví a stres.

Světová zdravotnická organizace WHO (2003) odhaduje, že hromadná neinfekční onemocnění mají za příčinu až 60 % všech úmrtí na světě. Mezi tato onemocnění řadíme hlavně ischemickou chorobu srdeční, cévní mozkovou příhodu, poruchy hybného systému, nádorová onemocnění, hypertenzi či diabetes mellitus II. typu. Následuje několik alarmujících čísel a statistik udávající porovnání stavu pacientů v oblasti hromadných neinfekčních onemocnění v České republice.

V roce 2006 u nás na choroby srdce a cév zemřelo 23 810 mužů, což představuje 46,6 % všech úmrtí a 28 750 žen (51,9 % všech úmrtí). Další čísla udávají, že v roce 2006 bylo pod stálým dohledem praktického lékaře z důvodu srdečních a cévních onemocnění 1,6 milionů pacientů kvůli hypertenzi, 848 000 kvůli ischemické chorobě srdeční a 280 000 pacientů z důvodu cévních onemocnění mozku. V roce 2013

se s hypertenzí léčilo téměř 1,9 milionů pacientů. Počet pacientů s ischemickou chorobou srdeční a cévní nemocí mozku klesl oproti údajům z roku 2006 zhruba o 10 %. Více než 55 % všech úmrtí u nás jsou zapříčiněna právě chorobami srdce a cév. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006 a 2013).

Co se týče nadváhy a obezity, ani zde Česká republika se svými statistikami neopouští přední příčky v Evropě. Podle České obezitologické společnosti (Kunešová, 2006) má v České republice nadměrnou hmotnost 52 % dospělé populace, z čehož 35 % odpovídá kategorii nadváha a 17 % spadá do kategorie obezita. Prevalence nadváhy a obezity v České republice má nicméně neustále vzestupnou tendenci. V České populaci má nadměrnou hmotnost téměř 60 % mužů, u žen je toto číslo nižší a jeho hodnota je 47 %.

Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (2011) se taktéž počet evidovaných diabetiků neustále zvyšuje. Zatímco v roce 1975 jich bylo evidováno 234 071, na začátku roku 2010 se s diabetem léčilo již více než 783 000 osob a ke konci roku 2011 toto číslo vzrostlo přes 825 000 diabetiků, z čehož bylo 91,9 % pacientů léčeno s diabetem mellitu II. typu. Neustálý vzestupný trend potvrzuje i ročenka Ústavu zdravotnických informací a statistiky z roku 2013, kdy se celkové číslo všech léčených diabetiků vyšplhalo až na 861 647. Česká republika patří mezi země s vysokým výskytem diabetu mellitu II. typu, tento trend je způsoben změnou životního stylu 21. století a to hlavně nevhodnou životosprávou, nedostatečnou pohybovou aktivitou, vysokou konzumací alkoholických nápojů, kouřením, stresem a nedostatkem odpočinku a relaxace (Svačina, 2010).

Podle Stejskala (2004) je nejlepší, nejbezpečnější a ekonomicky nejméně náročné preventivní a léčebné opatření v boji s výše uvedenými onemocněními právě pravidelná pohybová aktivita spolu s přirozenou denní (habituální) pohybovou aktivitou.

2.2.4 Podpora pohybové aktivity

WHO v květnu 2004 vypracovala a přijala komplexní preventivní program *Globální strategie pro výživu, fyzickou aktivitu a zdraví*. V rámci tohoto dokumentu jsou zdravá výživa a pravidelná pohybová aktivita uváděny jako hlavní faktory v podpoře a udržení dobrého zdravotního stavu v průběhu lidského života. Tento program byl významným základem pro vytváření evropských a národních strategií podpory pohybové aktivity. Mezi nejdůležitější strategické dokumenty zaměřené na podporu pohybové aktivity v Evropě například patří (Müllerová, 2014):

- **Zelená kniha** (2005) – prosazování zdravé stravy a pohybové aktivity, prevence nadváhy, obezity a chronických chorob. Zejména zdůrazňuje nutnost prosadit výživu a pohybovou aktivitu do veřejné politiky na evropské úrovni.
- **Bílá kniha** (2007) – strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou. Cílem dokumentu je stanovit integrovaný přístup EU k omezení výskytu nemocí způsobených špatnou výživou, nadváhou a obezitou.
- **Bílá kniha o sportu** (2007) – definuje role sportu a navrhuje konkrétní kroky k odstraňování problémů při prosazování pohybové aktivity.

Následuje několik národních politických dokumentů týkajících se podpory zdraví a pohybové aktivity v ČR:

- **Zákon o ochraně veřejného zdraví** (2000) – podpora pohybové aktivity je zde uváděna do kontextu s podporou veřejného zdraví a vytvářením optimálních podmínek pro zdraví a zdravý růst jedince.
- **Zákon o podpoře sportu** (2001, novelizace 2005) – definuje základní pojmy jako sport, sport pro všechny apod. Dále je zde vymezena působnost Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstva zdravotnictví v oblasti podpory pohybové aktivity.
- **Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – zdraví pro všechny v 21. století**. Program je chápán jako otevřený dokument. Podpora pohybové aktivity je zde začleněna především do cílů zaměřených na všestranné zvýšení pohybové aktivity obyvatelstva prostřednictvím vytváření podmínek pro pohybovou aktivitu.

Pelclová (2015) prezentuje ve své publikaci problém podpory pohybové aktivity pro českou populaci jako klíčové politické a zdravotní téma. Nepopíratelné preventivní účinky pravidelné pohybové aktivity v oblasti hromadných neinfekčních onemocnění by měly být veřejnosti vštěpovány ze strany odborníků v oblasti zdravotní péče, vzdělávání a sportu, ale také odborníky ze sociálních sektorů s důrazem na dopad této problematiky nejen na jedince a jeho rodinu, ale i na státní zdravotní politiku a ekonomiku.

S názorem Pelclové se shoduje i Vašíčková (2015), jež prezentuje nedostatek pohybové aktivity v ČR jako naléhavý veřejně politický problém. Na základě tohoto se v ČR objektivně zhoršuje tělesná zdatnost a pohybová gramotnost celé populace, a to nejvíce u dětí a mládeže. Jedním z důvodů se jeví velmi nízká motivace k provádění pohybové aktivity. Motivace by měla pocházet primárně z rodiny, ale sekundárně není její úroveň dostačující ani ve školství a na pracovišti. Jak autorka dále uvádí, hypokinéza v dospělosti je pak důsledkem nedostatečné nabídky vhodných, přitažlivých a dostupných pohybových aktivit v dětském věku v rámci generace, z čehož plyne celá řada zdravotních komplikací na straně jedné a nízká dovednostní úroveň na straně druhé.

Závěry autorek podporuje i Brown (et al., 2009), jež na základě historického vývoje člověka popisuje pravidelnou pohybovou aktivitu jako zásadní součást života člověka. Pohybová aktivita nezajišťuje pouze jednodušší provedení běžných úkonů pracovního režimu jedince, ale musíme vyzdvihnout také její nepopíratelné pozitivní důsledky na celkové blaho člověka, jeho zdraví a kvalitu života osobního i pracovního.

2.3 Zdraví a práce

Práce či pracovní činnost je charakteristická výhradně pro člověka. Je to objektivně nezbytná podmínka jeho existence. Práci můžeme definovat jako proces mezi člověkem a přírodou, při kterém člověk využívá svého potenciálu k účelné produkci předmětů a služeb. Je to činnost sloužící k uspokojování jeho materiálních i nemateriálních potřeb (Dohnal & Hodaň, 2008).

Jak autoři dále uvádějí, převažující socioprofesionální role, jichž jsme nositeli, jsou vzhledem k jejich dlouhodobosti, jednostrannosti a podílu na volném čase rozhodujícími činiteli tvorby a struktury životního stylu. Plnění povinností plynoucích z těchto rolí rozhoduje o skutečném životním stylu jednotlivce. Hlavní roli hraje beze sporu pracovní zařazení – práce, profesionální role a pracovní prostředí jsou v tomto smyslu nejvíce ovlivňujícím činitelem. Z toho vyplývá, že individuální životní styl je důsledkem náhodné skladby činností vyplývajících z plnění socioprofesionálních rolí.

Pracoviště je místo, kde zaměstnanci stráví mnoho hodin denně pravidelně několik dní v týdnu. Tato koncentrace zaměstnanců umožňuje zaměstnavatelům účinně a cíleně poskytovat programy spojené s podporou a udržením zdraví svých zaměstnanců a asistovat v řízení strategií na podporu a rozvoj.

2.3.1 Ergonomie práce

Ergonomie je mezioborová disciplína, jejímž cílem je přizpůsobení pracovních podmínek možnostem člověka. Je oborem lidské činnosti, který integruje poznatky humanitních a technických vědních disciplín. Ergonomie optimalizuje lidskou činnost tak, že stanoví vhodné rozměry a tvary nástrojů a pracovních zařízení, umístěním a tvarem ovládacích prvků strojů a dalších předmětů užívaných člověkem. Cílem ergonomie je tedy ideální zapojení člověka v pracovních podmínkách a to ve smyslu udržení zdraví, psychické i fyzické pohody, bezpečnosti práce a optimální výkonnosti. Ergonomové usilují, aby používané předměty a nástroje odpovídaly svým tvarem co nejlépe pohybovým možnostem a fyziologickým rozměrům těla člověka (Pelclová, 2014).

Autorka dále rozebírá důležité aspekty ergonomie, jakými jsou například výška pracovní desky stolu a rozměry desky při práci s počítačem, konstrukce pracovní sedačky, která by měla být stabilní, s výškově nastavitelným sedákem. Zádová opěrka sedačky je v ideálním případě nastavitelná jak výškově, tak i úhlem svého sklonu.

Mezi důležité ukazatele ergonomie patří práce se světlem – kontrasty mezi

znaky a pozadím na obrazovce musí být regulovatelné, obrazovka nastavitelná podle potřeb pracovníka a je důležité vyvarovat se reflexům a odleskům způsobeným svítidly či jinými zdroji světla. Při práci s počítačem je také důležité, aby klávesnice byla oddělená od obrazovky pro zvolení nejvhodnější pracovní polohy.

Ergonomie práce napomáhá snižovat zdravotní opotřebení a fyzickou zátěž jedince při práci a měla by proto být důležitým aspektem při tvorbě programů podpory zdraví zaměstnance na pracovišti.

2.3.2 Bezpečnost a ochrana zdraví na pracovišti

Podle zákoníku práce (Jakubka, 2010) je zaměstnavatel povinen vytvářet a zlepšovat bezpečné a zdravé pracovní podmínky ve všech činnostech a na všech úrovních řízení. Dále je zaměstnavatel povinen všestranně pečovat o bezpečnost a ochranu zdraví osob, které se s jeho vědomím zdržují na jeho pracovištích. Tyto úkoly vedoucí k bezpečnosti a ochraně zdraví při práci plní zaměstnavatel jednak vhodnou organizací práce a také systémem opatření k prevenci rizik.

Zákon prevenci rizik definuje jako systematickou a soustavnou činnost zaměstnavatele s cílem využít všech opatření vyplývajících z právních a ostatních předpisů směřujících k cíli předcházet rizikům. Pokud se rizika zvyšují, pak je cílem zaměstnavatele tato rizika odstraňovat, a tam, kde jsou rizika neodstranitelná, je minimalizovat.

V České republice upravuje požadavky bezpečnosti a ochrany zdraví při práci v pracovněprávních vztazích a o zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při činnosti nebo poskytování služeb mimo pracovněprávní vztahy zákon č. 309/2006 Sb., který doplňuje již zmiňovaný zákoník práce. Tento zákon ukládá zaměstnavateli zajišťovat a provádět úkoly v hodnocení a prevenci rizik možného ohrožení života nebo zdraví zaměstnanců. Zaměstnavatel přihlíží k nebezpečí při práci, k jejich znalostem a dovednostem, odborné připravenosti a vykonávané práci (Kočí, Kopecká & Stiebitz, 2013).

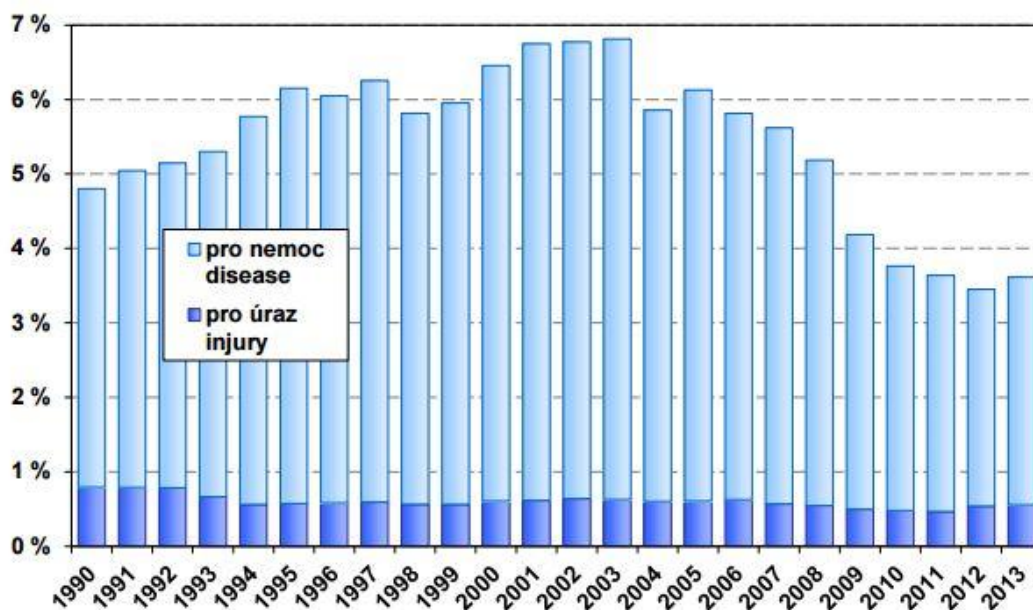
2.3.3 Pracovní neschopnost

Pracovní neschopnost je stav člověka, který je ze zdravotních důvodů dočasně uznán neschopným k výkonu svého zaměstnání. Jedinec má v době pracovní neschopnosti zvláštní práva, na druhou stranu však nesmí v této době vykonávat činnost, za kterou by měl příjem.

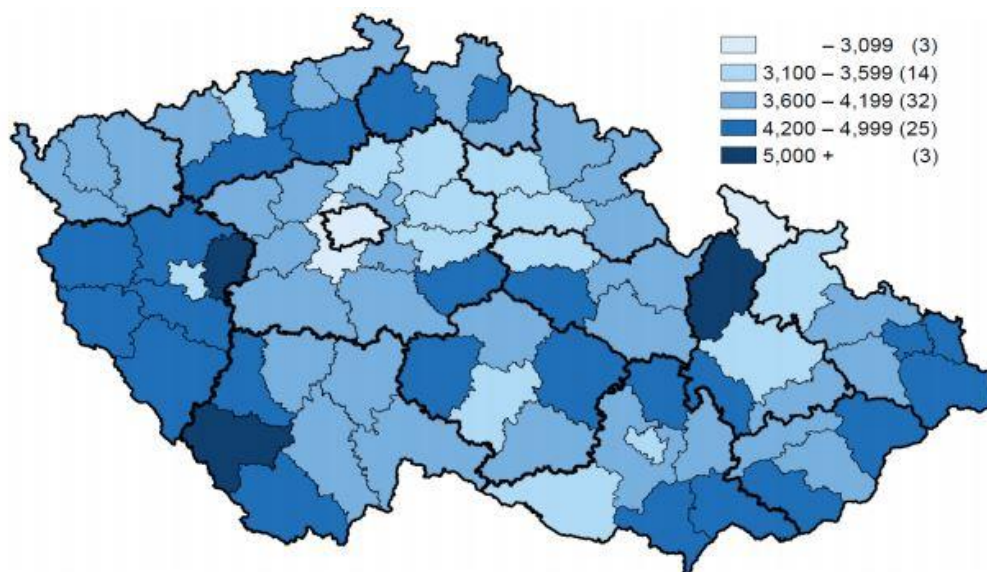
Za 1. až 3. pracovní den dočasné pracovní neschopnosti nenáleží zaměstnanci žádná náhrada mzdy. Za 4. až 14. kalendářní den dočasné pracovní neschopnosti vyplácí zaměstnavatel zaměstnanci náhradu mzdy (= 60 % redukováného průměrného výdělku). Nemocenské se vyplácí za kalendářní dny od 15. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti a končí dnem skončení pracovní neschopnosti, nejdéle však po dobu 380 kalendářních dní. Nemocenské je vypláceno správou sociálního zabezpečení a to ve výši 60 % denního vyměřovacího základu (Portál veřejné správy, 2016).

V České republice je ročně okolo 2,5 milionů případů pracovní neschopnosti z důvodu nemoci (rok 2008). Podíl nemocí, kterým lze předcházet, v uvedeném roce činil okolo 80 %, což dělá 2 milionů případů. Při průměrném trvání neschopnosti 35 dní to představuje 191 780 ztracených let. Pokud uvažujeme, že roční příspěvek jednoho pracujícího člověka do HDP činí v průměru 785 000 Kč, celková ztráta na HDP tedy tvoří téměř 150 miliard Kč/rok.

Pokud takto uvažujeme dále, dopočítáme se, že pokud by se efektivní primární prevencí snížil počet pracovních neschopností o 5 %, přineslo by to do HDP 7,5 miliard Kč ročně. Při investici 500 – 750 milionů Kč/rok do primární prevence by tato intervence byla z hlediska snížení pracovní neschopnosti reálná a nákladově efektivní (Státní zdravotní ústav, 2010).



Obrázek 2. Vývoj průměrného procenta pracovní neschopnosti do roku 2013
(Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013)



Obrázek 3. Průměrné procento pracovní neschopnosti podle okresů v roce 2013
(Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013)

2.4 Podpora zdraví na pracovišti

Sociální změny v Evropě mají za příčinu snižující se počet pracovních sil a nevýhodný poměr sociálně závislých občanů. Proto jsou zapotřebí lepší pracovní podmínky a delší zaměstnanost. Prodloužení pracovní kariéry dřívějším nástupem na trh práce, dobrá úroveň zdraví v pracovních letech a později odchod do důchodu jsou základní předpoklady pro zvýšení míry zaměstnanosti všech generací.

Jak uvádí Vavřínová (2006), práce a růst národního hospodářství spolu se sociální soudružností společnosti velmi ovlivňují zdraví celé populace a nezaměstnanost je pak jedním z hlavních rizikových faktorů pro zdraví. Díky neustálým změnám pracovních podmínek a technologií vznikají nové hrozby a větší nároky na pracovní schopnost. Spojitost mezi prací a obecným zdravím pracující populace je zjevná, pracoviště tedy nabízí důležité místo pro působení veřejného zdravotnictví.

Přestože většina států má národní portfolia svých pracovníků obsahující data ohledně jejich zdravotního stavu, zranění a potřebné legislativy, informace o hromadných neinfekčních onemocněních a rizika plynoucí z nezdravého životního stylu jsou nejméně často řešená témata. Většina zemí také provádí národní výzkumy a vzdělávání v této oblasti, ale distribuce jejich výsledků a doporučení je velmi nerovná.

I přes dostatečné znalosti v oblasti hromadných neinfekčních onemocnění a jejich neblahý dopad na osobní i pracovní životy jedinců, pouze některé země vybudovaly národní informační systém zastřešující aspekty zdraví zaměstnanců. Důležitost problémů podpory zdraví na pracovišti nadále není dostatečně prezentována, a to jak v médiích, tak i mezi běžnou populací (WHO, 2013).

Worksite Health Promotion je běžně užívaným anglickým termínem pro podporu zdraví na pracovišti. Obecně se jedná o set strategických a taktických rozhodnutí vedoucích k optimalizaci zdraví zaměstnance a pracovní výkonnosti společným úsilím zaměstnanců, jejich rodin, zaměstnavatelů a celé společnosti (Chenoweth, 2011).

Čevela (2014) popisuje podporu zdraví na pracovišti jako strategie doplňující péči o zdraví zaměstnanců. Zavádění a uskutečňování těchto aktivit není povinné, přesto již mnoho zaměstnavatelů uznává význam podpory zdraví zaměstnanců, která může po určité době přinést snížení krátkodobé i dlouhodobé pracovní neschopnosti i snížení pracovních úrazů, zlepšení spokojenosti a zdraví zaměstnanců vedoucí ke zvýšení produktivity práce, zlepšení pověsti a atraktivity podniku a další výhody. Jejich význam narůstá se stárnutím populace a tedy i pracovní síly a s přímým hrazením nemocenských

dávek zaměstnavatelem.

Jak autor dále uvádí, „podporou zdraví na pracovišti rozumíme souhrn organizačních, vzdělávacích, motivačních a technických aktivit a programů zaměřených tak, aby podporovaly zdravý životní styl a vedly zaměstnance a jejich rodinné příslušníky k ozdravení vlastního životního stylu (Čevela et al., 2014, 192).“

2.4.1 První iniciativy v podpoře zdraví na pracovišti

První známky podpory zdraví na pracovišti se začaly objevovat v 1. polovině sedmdesátých let ve Spojených státech amerických a to hlavně skrze podporu pohybové aktivity tamějších zaměstnanců. Majitelé velkých společností se snažili, s vědomím značného potenciálu pohybové aktivity pro zdraví člověka, redukovat rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění u důležitých pracovníků společností, především u představitelů vrcholového managementu. Tyto iniciativy vyústily v takzvané „corporate fitness“ programy. Hlavním úkolem bylo poskytnout podmínky zaměstnancům pro provádění pohybové aktivity přímo na pracovišti.

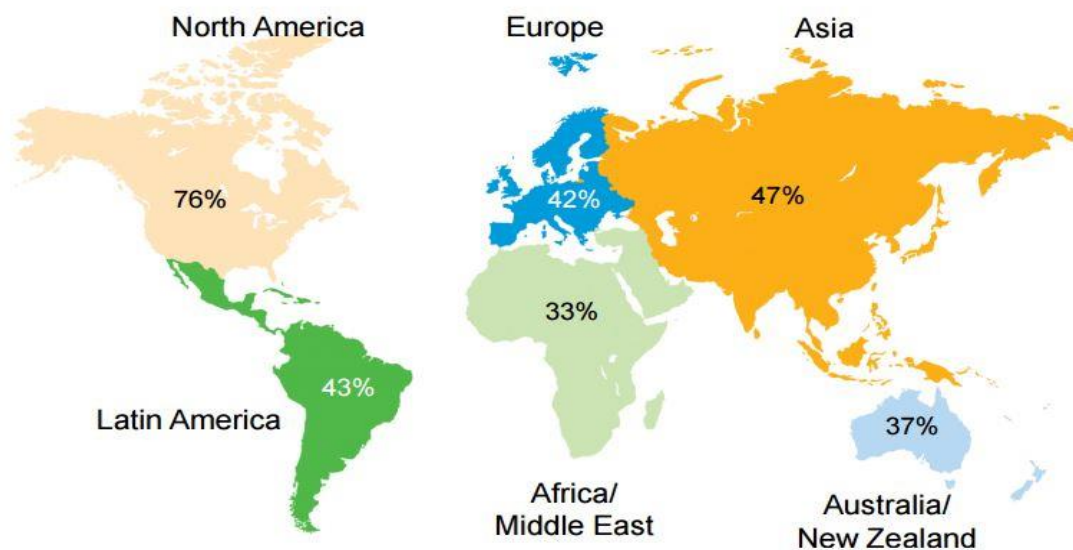
V osmdesátých letech se v době ekonomického růstu tyto programy začaly objevovat i v dalších státech (Austrálie, Kanada, Finsko) a byly postupně zaměřovány i na další zaměstnance, nejen na řídicí pracovníky.

V devadesátých letech pak v USA, Austrálii a dalších zemích nastal přesun ke komplexním programům podpory zdravého životního stylu na pracovišti. V některých zemích se začínaly tvořit první ucelené národní strategie podpory zdraví na pracovišti. Příkladem je australský program „Národní zdravotní projekt na pracovišti“, jež byl zaměřen na podporu pohybové aktivity, zdravé výživy, snížení počtu kuřáků a snížení konzumace alkoholu (Hamřík et al., 2009).

2.4.2 Situace ve světě

Programů podpory zdraví na pracovišti nejvíce využívají zaměstnavatelé ve Spojených státech amerických. Je tomu tak z toho důvodu, že právě v USA mají specifický systém zdravotního pojištění. Zhruba dvě třetiny ekonomicky aktivních obyvatel USA jsou pojištěny u soukromých zdravotních pojišťoven a zhruba 70 – 80 % těchto zaměstnanců jsou pojištěna právě jako skupina zaměstnanců určitého podniku prostřednictvím svého zaměstnavatele (Barták, 2010).

Americkým zaměstnavatelům tuto povinnost neukládá žádný zákon, nicméně většina z nich tyto služby poskytují jako součást svých sociálních programů. Pojištění firmy nabízejí pro své zaměstnance i jejich rodinné příslušníky. Zaměstnavatelé v USA mají velký zájem na dobrém zdravotním stavu svých zaměstnanců, protože si již uvědomují, že čím zdravější pracovníky ve firmě mají, tím více nákladů ušetří na jejich pojištění (Obrázek 4).



Obrázek 4. Podíl firem ve světě nabízejících programy podpory zdraví na pracovišti (Buck Consultants, 2010)

2.4.3 Situace v České republice

V České republice je podpora zdraví chápána jako strategie doplňující současný systém péče o zdraví při práci, kde ale na rozdíl od bezpečnosti práce a ochrany zdraví při práci doposud neexistují pro poskytování podpory zdraví v podnicích právní požadavky ani povinná infrastruktura (Lipšová et al, 2005).

Stejný problém zmiňují i Hobza a Šlachta (2010) a poukazují na fakt, že v ČR není podpora zdraví na pracovišti nikterak legislativně vymezena, ani ekonomicky či daňově zvýhodněna. Autoři však popisují podporu zdraví na pracovišti pro české zaměstnavatele jako výzvu a strategii, která doplňuje péči o zdraví zaměstnanců v souvislosti s preventivními zdravotními prohlídkami, pracovním prostředím a podmínkami a normami.

V České republice máme ze zákona povinné veřejné zdravotní pojištění založené na principu solidarity zdravých s nemocnými a bohatých s chudými. Pojišťovny mají povinnost uhradit zdravotnickým zařízením poskytnutou péči na základě vzájemných smluvních vztahů. Vzhledem k vysokému stupni tohoto sociálního zabezpečení pak většina českých obyvatel stále spoléhá na stát jako hlavního garanta veřejného i individuálního zdraví. V současném systému nejsou zakódovány prvky podporující iniciativu firem nebo jednotlivců k péči o zdravý životní styl (Hobza & Šlachta, 2010).

I přes nevymezenou legislativu a nedostatečnou finanční podporu ze strany státu i v České republice v posledních letech mnoho zaměstnavatelů uznává význam podpory zdraví na pracovišti, snaží se tyto aktivity realizovat nebo se na jejich realizaci připravuje.

Ministerstvem zdravotnictví řízený **Státní zdravotní ústav (SZÚ)** ve svém programu *Podpora zdraví na pracovišti* vypisuje celostátní soutěž *Podnik podporující zdraví*. Soutěže se zúčastnily a ocenění za rok 2015 dostaly známé firmy, jako například: Škoda auto, RWE Česká republika, T-Mobile Czech Republic, a.s., Nestlé Česko atd. Vyjmenované firmy jsou většinou velké nadnárodní společnosti, které k programům podpory zdraví na pracovišti přistupují zodpovědně a řídí se svou celosvětovou strategií podpory zdraví na pracovišti (SZÚ, 2015).

Od 1. 1. 2006 existuje na SZÚ tzv. **Národní kontaktní centrum** (National contact office) využívající především metodických pokynů Evropské sítě podpory zdraví na pracovišti (European Network for Workplace Health Promotion – ENWHP) a podílející se na organizaci Národní sítě podpory zdraví na pracovišti ČR. Kritéria hodnocení kvality podpory zdraví na pracovišti byla v roce 1999 ENWHP rozdělena

do šesti sekcí, které společně dávají komplexní obraz kvality podpory zdraví na pracovišti.

Jedná se o tyto sekce:

- podpora zdraví na pracovišti a politika závodu,
- lidské zdroje a organizace práce,
- plánování podpory zdraví na pracovišti,
- společenská zodpovědnost,
- uplatňování podpory zdraví na pracovišti,
- výsledky podpory zdraví na pracovišti (Dvořáková et al., 2012).

Tato kritéria mají sloužit jako pomoc a vodítko v plánování, uplatňování a hodnocení projektů podpory zdraví na pracovišti, například pro zaměstnavatele, vedení podniku, pracovníky v oblasti podpory zdraví nebo externí auditory kvality.

2.4.4 Benefity podpory zdraví na pracovišti

Respektovat a opatrovat své zaměstnance není pouze ceněnou slušností, jedná se také o kvalitní obchodní strategii. Chenoweth (2011) na základě několika výzkumů uvádí, že nejzákladnějšími důvody pro zakládání intervencí na podporu zdraví na pracovišti jsou:

- snaha zaujmout a udržet kvalitní zaměstnance,
- udržet a zlepšit zdraví svých zaměstnanců,
- zvýšit morálku zaměstnanců,
- zvýšit pracovní výkonnost zaměstnanců,
- snížit náklady na zdravotní péči.

Lipšová et al. (2005) mezi výhody, které podpora zdraví zaměstnanců firmy přináší, řadí zejména zlepšení pracovní pohody a zdraví zaměstnanců a z toho plynoucí pokles krátkodobé a především dlouhodobé pracovní neschopnosti a zvýšení produktivity práce. Dále dochází ke snížení počtu chorob souvisejících s prací a pracovních úrazů a v neposlední řadě také ke zlepšení pověsti a atraktivity podniku u pracujících i konkurence.

Chenoweth (2011) dále podrobněji rozvádí důvody k začlenění podpory zdraví na pracovišti do politiky firmy a vyzdvihuje hlavně následující:

- **pracovní absence** – lehčí onemocnění způsobují až polovinu všech neplánovaných absencí v práci,
- **dostupnost** – na pracovišti lze nabídnout osvětové a motivační programy velkému množství lidí najednou,
- **stárnutí pracujících populace** – celosvětový problém se stárnutím populace a s ním spojený nárůst zdravotních nákladů,
- **obchodní kontakty** – různé akce na podporu zdraví mohou pomoci navázat spolupráci s novými obchodními partnery,
- **konkurence** – poskytováním zajímavých zdravotních benefitů si firma snaží udržet své zaměstnance a zlepšit jejich pracovní morálku,
- **výše zdravotního pojištění** – za posledních 50 let vzrostla výše zdravotního pojištění hrazeného zaměstnavatelem v USA o 1 000 %,
- **pověst firmy** – programy podpory zdraví na pracovišti kladně ovlivňují pověst firmy u jejích zaměstnanců i u konkurence,

- **snaha držet krok s rostoucím celonárodním zájmem** – firmy, které chtějí udávat tempo na trhu, si nemohou dovolit ignorovat trendy zlepšování pracovního zdraví,
- **produktivita** – produktivita práce zdravých zaměstnanců jednoznačně předčí nasazení nemocných lidí,
- **náklady** – co se týče nákladů na odškodňování zaměstnanců, existují programy úspěšné při léčbě jednotlivých případů i při návratu do pracovního procesu.

Snížení krátkodobé i dlouhodobé pracovní neschopnosti, zlepšení spokojenosti a zdraví zaměstnanců vedoucí ke zvýšení produktivity práce či zlepšení atraktivity podniku jsou jen některé z výhod zavedení programů podpory zdraví na pracovišti. Jejich význam však bude dále narůstat s předpokládaným stárnutím populace a tedy i pracovní síly a s plánovaným přímým hrazením nemocenských dávek zaměstnavatelem.

2.4.5 Možnosti podpory zdraví na pracovišti

Již v předchozích kapitolách jsme nastínili, že zaměstnavatel má široké pole působnosti v otázce podpory zdraví jeho zaměstnanců v pracovním procesu. Jsou známy příklady dobrých praxí, kde se může vedoucí pracovník firmy inspirovat. Je důležité mít na paměti, že při začleňování programů podpory zdraví na pracovišti do firmy by měly kompetentní osoby mít na vědomí několik principů, bez nichž se projekt nemusí podařit. Janečková s Jirkovskou (2013) uvádějí čtyři principy zmíněné v Lucemburské deklaraci, které jsou důležité pro účinnou podporu zdraví:

- **participace**
 - zahrnout do projektu všechny aktéry, kteří v organizaci působí,
- **integrace**
 - programy musí být součástí všech podstatných rozhodnutí na všech úrovních podniku,
- **projektový management**
 - dodržovat problem-solving cycle (cyklus řešení problémů). Tento cyklus probíhá v následujících krocích: analýza potřeb, nastavení priorit, plánování, zavedení, neustálá kontrola a evaluace.

- **komplexnost**

- zavedení individuálních i environmentálně orientovaných opatření z různých oborů
- kombinace strategie snižování rizik se strategií rozvoje ochranných faktorů a zdravotního potenciálu.

Kirstenová (2010) uvádí nejpopulárnější prvky podpory zdraví na pracovišti mezi americkými zaměstnanci:

- biometrický zdravotní screening (krevní tlak, cholesterol, tělesný tuk),
- posouzení zdravotních rizik,
- výkonné screeningové programy,
- očkování,
- členské slevy do posiloven nebo fitness klubů.

Hobza & Šlachta (2010) prezentují jako nejvhodnější program na podporu zdraví na pracovišti kombinaci těchto prvků:

- zavádění nekuřáckých programů,
- osvětových dnů zdraví,
- programů zvyšování pohybové aktivity,
- prevenci traumatického poškození z práce,
- programů na zvládání stresu,
- prevenci a kontrolu obezity,
- ozdravení výživy,
- prevenci nádorových, kardiovaskulárních a akutních respiračních onemocnění.

Mezi další lukrativní prvky programů na podporu zdraví na pracovišti můžeme uvést přítomnost fitness vybavení na pracovišti nebo fyzioterapeuta, využívání motivačního systému zaměstnaneckých benefitů, internetové zdroje pro zdravý životní styl, wellness zpravodaje, koučing životního stylu, programy na redukování hmotnosti, lekce zdravé výživy, zdravotní výuka a jiné.

2.5 Příklady praxe podpory pohybové aktivity na pracovišti

V České republice nalezneme několik firem věnujících se problematice podpory zdraví na pracovišti na požadované úrovni. V této kapitole si uvedeme firmy nabízející kvalitní služby v této oblasti i společnosti, které těchto služeb využívají k podpoře zdraví svých zaměstnanců.

2.5.1 Firmy nabízející programy podpory zdraví v ČR

○ Sodexo

Sodexo je francouzskou firmou zaměřující se na zaměstnanecké benefity a dárkové poukázky. Firma byla založena v roce 1966 Pierrem Bellonem v Marseilles a v současné době je na přední pozici ve službách pro kvalitní životní styl. Náplní práce společnosti Sodexo je navrhovat a řídit řešení zaměstnaneckých benefitů a služeb u klientské společnosti a tím zlepšovat kvalitu života zaměstnanců těchto firem.

Dceřiná společnost působící v ČR pod názvem Sodexo Pass Česká republika a.s. byla založena v roce 1994 a má pobočky v osmi městech po celé republice. Hlavní myšlenkou společnosti je snaha o zlepšování kvality života jednotlivců, zvyšování jejich motivace a efektivity a tím pomáhat firmám a jejím zaměstnancům k lepším pracovním výkonům.

Společnost Sodexo se také významně angažuje v oblasti udržitelného rozvoje a to hlavně s projektem *Projekt pro lepší budoucnost*, ve kterém řeší problémy týkající se tržního prostředí. Hlavními oblastmi projektu jsou: zodpovědný zaměstnavatel, zlepšování zdraví a životní úrovně, podpora a rozvoj místních komunit a skupin, rozvoj trvale udržitelných vztahů s dodavateli a zlepšení řízení v oblasti životního prostředí. V oblasti udržitelného rozvoje získala společnost v roce 2014 již po sedmé v řadě ocenění RobecoSAM „Gold Class“.

Rozsah služeb a nástrojů nabízených společnostmi Sodexo je velmi pestrý a různorodý. Společnost se angažuje například v armádě, vzdělávání, ve sportu a volném čase, průmyslu, administrativě, ale i ve službách týkajících se seniorů. Největším přínosem v oblasti podpory zdraví na pracovišti je však její systém zaměstnaneckých benefitů, kdy nabízí benefity šité na míru konkrétním zákazníkům – firmám.

Mezi základní nástroje těchto zaměstnaneckých benefitů patří **poukázky v oblasti stravování zaměstnanců** (Gastro Pass), **poukázky pro volný čas** (Flexi Pass,

Fokus Pass, Relax Pass, Vital Pass, Holiday Pass, Smart Pass), **dárkové poukázky pro zaměstnance** (Dárkový Pass) a **finanční benefity**. Firma se snaží tyto benefity nabízet a využívat pro motivaci a ocenění zaměstnanců klientských firem.

V rámci tématu podpory zdraví na pracovišti si blíže přiblížíme rozdělení poukázek pro volný čas:

- **Flexi Pass** – „volný čas na přání“. Zahrnuje partnerské provozovny v oblastech kultury, sportu, relaxace a cestování, podpory zdraví a prevenci i osobního rozvoje. Poukázka umožňuje účast na více než 10 000 různých volnočasových aktivitách. Tyto poukázky jsou dostupné v hodnotách 100 Kč, 200 Kč, 500 Kč a 1 000 Kč a daňové zvýhodnění lze uplatnit do výše 20 000 Kč na zaměstnance a rok.
- **Fokus Pass** – univerzální poukázka pro využití k cestování, kulturnímu či sportovnímu vyžití nebo vzdělávání pro instituce veřejného sektoru podle vyhlášky 353/2015 Sb. o Fondu kulturních a sociálních potřeb. Stejně jako u Flexi Passu lze uplatnit do výše 20 000 Kč na zaměstnance a rok.
- **Relax Pass** – poukázky zaměřeny na podporu aktivit v oblasti kultury, sportu a relaxace. Tyto šeky jsou přichystány se specifickým zaměřením a zaměstnavatel je tedy může použít v případě, že chce své zaměstnance nasměrovat při výběru aktivit. Je možno vybrat si ze sítě 5 000 partnerů.
- **Vital Pass** – poukázky podporující zaměstnance v péči o zdraví. Je možné je využít u 3 000 partnerů, například v optikách, lázeňských a rehabilitačních zařízeních, prodejnách zdravotních potřeb či lékárnách.
- **Holiday Pass** – další specificky zaměřené poukázky. Podporují rekreaci a cestování jak po Česku, tak do zahraničí. Zaměstnanci využívají služeb cestovních kanceláří i některých z menších chat či penzionů u více než 1 400 partnerů. Na výši příspěvku u této poukázky se vztahuje legislativní limit ve výši 20 000 Kč.
- **Smart Pass** – poskytují možnost rozvinout znalosti a dovednosti například v jazykových školách, autoškolách nebo v rozvojových uměleckých kurzech. Síť partnerů tvoří více 500 organizací.



Obrázek 5. Náhled poukázek firmy Sodexo (<http://cz.benefity.sodexo.com/benefity/poukazky-pro-volny-cas>)

Společnost Sodexo nabízí také program **Cafeteria mojeBenefity**, kdy klasické poukázky nahrazuje kartou **Flexi Pass CARD**, která je plnohodnotným platebním nástrojem pro nákup a čerpání benefitů. Kartou mohou uživatelé platit prostřednictvím platebního terminálu některého obchodníka ze široké sítě partnerů v celé ČR. Zaměstnanci mají detailní přehled o svých transakcích a zůstatcích přímo v rámci Cafeteria mojeBenefity.

Pro platbu v programu Cafeteria mojeBenefity je možno využít také moderní platební nástroj **ePASS**, kdy se jedná o elektronickou poukázku sloužící jako oprávnění k využití služeb u obchodníka. Nákup se uskutečňuje přímo v Cafeteria mojeBenefity a využívá prostředí emailu a SMS.

○ **Benefit Plus**

Společnost Benefit plus působí na českém trhu od roku 2003, od roku 2007 na Slovensku a v roce 2012 otevřela svou první zahraniční pobočku ve Varšavě. V současné době spravuje benefitové programy pro zaměstnance ve více než 120 nejvýznamnějších společnostech v České republice i na Slovensku. Hlavní misí společnosti je snaha o maximalizaci návratnosti investic zaměstnavatelů do benefitů.

Benefit Plus opět využívá principu poukázek, posouvá ho ale o kousek dál než například společnost Sodexo. Benefit plus zaměstnavatelům nabízí dílčí i ucelené programy na podporu zdravého životního stylu zaměstnanců a současně svůj program nabízí jako motivační nástroj manažerům a majitelům firem. Zásadní rozdíl ale přichází v tom, že veškeré stravenky, transakce a odměny společnost Benefit Plus nabízí online.

V nabídce nalézáme dva základní produkty: **e-stravenky**, nabízející moderní a snadný způsob firemního stravování a program **Cafeteria Benefit Plus**, kde si zaměstnanci svévolně objednávají služby ve zvolené oblasti. K oběma nástrojům dostane uživatel jednu platební kartu (Obrázek 6) k užití ve stravovacích zařízeních i v oblasti sportu či kultury:

- **e-stravenky** – fungují jako klasická platební karta. Zaměstnanci obdrží stravenkové účty v aplikaci Benefit Plus, které kompletně spravuje a řídí společnost Benefit Plus. Zaměstnavatel svým pracovníkům pouze rozdává tyto platební karty s informací o výši kreditu. V internetové aplikaci Benefit Plus zaměstnanci naleznou kompletní přehled míst, kde lze e-stravenkovou kartou platit. Platba probíhá na běžném bankovním terminále a zaplatit lze přesně na koruny, odpadá tedy problém s neochotou vrátit peníze do výše hodnoty klasické stravenky.
- **Cafeteria Benefit Plus** – prostřednictvím tohoto programu mohou zaměstnanci objednávat služby z oblasti sportu, kultury, cestování, zdraví nebo vzdělávání. Umožňuje také spravovat i komplikované interní benefity, jako jsou stravenky, týmové benefity, příspěvky na penzijní připojištění nebo nákup dodatečné dovolené. Zaměstnavatel stanoví uživatelům pouze rozpočet, ze kterého mohou čerpat, a výběr z dostupné nabídky je pak už na vůli zaměstnanců.



Obrázek 6. Platební karta společnosti Benefit Plus (<http://www.benefit-plus.eu/o-nas/>)

Společnost Benefit Plus je jediná na českém trhu, která nabízí komplexní online řešení zaměstnaneckých benefitů a stravenek na jednom místě. K platbě stravenkovými poukázkami i k objednání zaměstnancem vybraných benefitů využívá jednu platební kartu.

o **Zdravý podnik s.r.o.**

Firma Zdravý podnik byla založena v Olomouci v roce 2013 a zabývá se návrhem komplexu proměn ochraňujících zdraví, které zvyšují odolnost zaměstnanců vůči pracovní zátěži, brání zvýšené fluktuaci zaměstnanců, zvyšují kreativní i mentální výkonnost pracovních týmů a vytváří unikátní pilíř pro moderní společensky zodpovědnou firmu i její firemní kulturu.

Mezi základní nástroje firmy Zdravý podnik s.r.o. patří **kompensační cvičení, poradenství v oblasti ergonomie a workshopy pro motivaci zaměstnanců:**

- **kompensační cvičení** – kompenzační cvičení dlouhodobě eliminuje negativní důsledky pravidelného jednostranného zatížení a nutí cvičence opakovaně přemýšlet nad svým chováním k vlastnímu zdraví. Zdravý podnik (2016) uvádí, že 3 cvičenci z 10ti během intervence přestali v průběhu prvního půl roku cvičení kouřit, 4 cvičenci z 10ti aktivně pečují o svou fyzickou kondici a 2 cvičenci z 10ti začali více přemýšlet nad stravováním.

Firma Zdravý podnik s.r.o. nabízí kompenzační cvičení ve třech variantách:

- kompenzace pravidelné *práce na PC*,
 - kompenzace pravidelné *práce ve výrobě*,
 - kompenzace pravidelné *práce v sociálních službách*.
- **výběr kancelářského nábytku** – v tomto bodě dává společnost velký důraz na správnou ergonomii a výběr správného kancelářského nábytku. V poradenství s kancelářským nábytkem nabízí Zdravý podnik tyto produkty:
 - *ErgoAudit* – jedná se o diagnostiku a zhodnocení pracoviště z pohledu zdraví,
 - *ErgoÚprava* – zaměření na konkrétní úpravy pro vytvoření zdravého pracovního místa,
 - *ErgoPoradenství* – poradenství při nákupu vhodného kancelářského nábytku pro sedavé zaměstnání.
 - **motivace zaměstnanců** – účelem workshopu je především motivace samotných zaměstnanců k péči o své zdraví. Během workshopu je předkládána sada jednoduchých nástrojů k péči o zdraví z oblasti ergonomie, kompenzačního cvičení a základního doporučení k pohybové aktivitě. Workshopy firma Zdravý podnik nabízí ve dvou variantách:
 - workshop „*pracujte zdravě!*“ *k práci na PC*,
 - workshop „*pracujte zdravě!*“ *k práci ve výrobě*.

Firma Zdravý podnik nabízí v současné době nejlépe zpracovaný koncept podpory zdraví na pracovišti v Olomouckém kraji a její vizí do budoucna je zlepšit zdravotní stav co největšího počtu českých zaměstnanců a tím i změnit návyky společnosti jako celku k lepšímu.

2.5.2 Firmy s kvalitními programy podpory zdraví

V příkladech dobré praxe lze jmenovat hlavně podniky vyhlášené v každoroční soutěži Podnik podporující zdraví. Uvedeme si případové studie dvou výherců s tímto oceněním – Škoda Auto, a.s. a Česká rafinérská, a.s.

○ **Škoda Auto, a.s.**

Firma Škoda Auto, a.s. je největší český výrobce automobilů. Společnost sídlí v Mladé Boleslavi a byla založena v roce 1895 Václavem Laurinem a Václavem Klementem. V rámci ČR má další dva výrobní závody v Kvasinách a ve Vrchlabí a jako odštěpný závod vlastní Střední odborné učiliště strojírenské. Jediným jejím vlastníkem je od roku 2007 společnost Volkswagen Finance Luxemburg S. A.

Škoda Auto je dlouhodobě největší českou firmou podle tržeb, největším českým exportérem a jedním z největších českých zaměstnavatelů. Společnost byla celkem čtrnáctkrát vyhlášena českou firmou roku v soutěži Českých 100 nejlepších. V roce 2016 společnost již po třetí za sebou obhájila prvenství v kategorii Zaměstnavatel regionu 2016 nad 5000 zaměstnanců, které v rámci 14. ročníku ocenění Sodexo Zaměstnavatel roku vyhlašuje Klub zaměstnavatelů.

Program podpory zdraví ve společnosti Škoda Auto tvoří 3 základní oblasti (Hobza & Šlachta, 2010):

- **Ochrana zdraví zaměstnanců ve společnosti**
 - jednou z nejdůležitějších priorit v oblasti péče o zaměstnance.
 - společnost vyvíjí aktivity v oblasti pracovní-lékařské péče, které přesahují rámec zákonných požadavků. Svým zaměstnancům poskytuje společnost vlastní lékaře a jednotlivá pracoviště jsou rozdělena do preventivních obvodů.
- **Speciální preventivní programy pro včasné rozpoznání rizikových faktorů:**
 - kardiiovaskulární program,
 - program onkologické prevence,
 - prevence osteoporózy u žen po menopauze,
 - program odvykání kouření,
 - program psychosociální péče.

- **Další preventivní programy zaměřené na podporu a udržení zdraví:**

- očkování proti chřipce,
- vitamín C před zimním obdobím,
- cestovní očkování a poradenství,
- rehabilitační programy,
- ozdravné rekondiční pobyty.

Komplexnost systému této nadstandardní péče o zdraví zaměstnanců dodává existence podnikové zdravotní pojišťovny „Zdravotní pojišťovna Škoda“. Dále firma spolupracuje se specializovaným rekondičním centrem Medispo s.r.o. v rámci řešení rekondičních pohybových aktivit zaměřených na zdravotní a preventivní pohybovou aktivitu.

- **Česká rafinérská, a.s.**

Česká rafinérská, a.s. je jediným zpracovatelem ropy a největším výrobcem ropných produktů v České republice. Provozuje rafinérie v Litvínově a Kralupech nad Vltavou. Společnost byla založena 28. dubna 1995. Česká rafinérská se řadí mezi nejvýznamnější tuzemské společnosti. Velký důraz klade na společenskou zodpovědnost a dobré vztahy v regionech, kde působí. Od roku 2015 je vlastněná společností UNIPETROL, a.s.

Je držitelem certifikátu ISO 9001, ISO 14001 a OHSAS 18001 (důležité systémové certifikace kvality v České republice). Dále je společnost Česká rafinérská oceněna titulem Bezpečný podnik, Podnik podporující zdraví a získala ocenění „Responsible Care“ - odpovědné podnikání v chemii.

Základní okruhy programu podpory zdraví ve společnosti Česká rafinérská a příklady projektů (Hobza & Šlachta, 2010):

- **životní styl** a jeho celkové pozitivní ovlivnění:
 - Zdravě a bezpečně v kanceláři,
 - PROBETA – PROstředí BEz TABáku,
 - zvládání psychické zátěže a její minimalizace – antistresový program,
- **podpora pohybu:**
 - AKTIVITALITA – podpora pohybu a duševní pohody,
 - NEVA – NEváhej nad VÁhou,

- **speciální prevence vybraných chorob:**
 - screening osteoporózy pro seniory,
 - zátěžové EKG u manažerů,
- **ostatní podpůrné akce:**
 - zdravotní poradna pro zaměstnance,
 - očkování proti chřipce (jedna z možností výběru),
 - masáže.

3 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem této práce je zjistit úroveň podpory zdraví na pracovišti a úroveň pohybové aktivity zaměstnanců u vybraných firem v Olomouckém kraji.

3.1 Dílčí cíle

1. Zjištění úrovně pohybové aktivity u zaměstnanců z hlediska jejich pohlaví, věku, vzdálenosti od bydliště, typu zaměstnání a délky pracovního poměru pomocí dotazníku IPAQ.
2. Zjištění úrovně zdraví a stresu na pracovišti a její porovnání s reprezentativním vzorkem pomocí dotazníku COPSOQ.
3. Zjištění vlastních preferencí a subjektivního vnímání důležitosti zdraví a jeho podpory.
4. Prezentace výsledků zástupcům vybraných firem.

3.2 Výzkumné otázky

1. Jaká je úroveň pohybové aktivity zaměstnanců?
2. Je rozdíl mezi úrovní pohybové aktivity u mužů a žen?
3. Jak se bude lišit úroveň pohybové aktivity na základě pracovní pozice zaměstnanců, místa bydliště a délky pracovního poměru?
4. Jak vnímají problematiku podpory zdraví a pohybové aktivity sami zaměstnanci?

4 METODIKA

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor zahrnoval 71 respondentů, z nichž bylo 39 mužů a 32 žen. Průměrný věk dotazovaných byl 40 let, kdy nejmladšímu respondentovi bylo 23 let a nejstaršímu 64 let. Výzkumné šetření probíhalo od 4. srpna 2016 do 1. září 2016 pomocí online dotazníku šířeného elektronickou poštou.

Tabulka 1. Přehled pracovního zařazení jednotlivých respondentů

Pracovní zařazení	n
Administrativa/sekretariát	21
IT specialista	4
Management	12
Obsluha zákazníka/Obchod	5
Technický pracovník	17
Zdravotnický a fyzioterapeutický personál	12

Tabulka 2. Přehled délky pracovního poměru jednotlivých respondentů

Délka poměru	n
méně než 1 rok	5
1 - 2 roky	8
3 - 5 let	10
5 - 10 let	13
10 - 20 let	18
nad 20 let	17

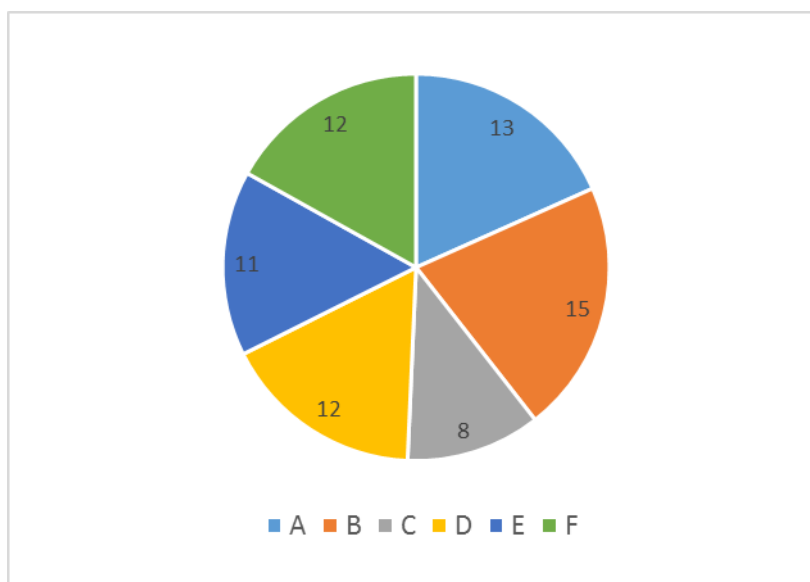
Tabulka 3. Přehled typu práce jednotlivých respondentů

Typ práce	n
Sedavé (7 - 8 hodin sedavé práce denně)	28
Převážně sedavé (5 - 6 hodin sedavé práce denně)	27
Sedavá i fyzická práce v rovnováze	7
Převážně fyzické (5 - 6 hodin fyzické práce denně)	7
Fyzické (7 - 8 hodin fyzické práce denně)	2

4.2 Metodika sběru dat

Při výběru respondentů do výzkumného šetření byl kladen důraz na rovnoměrné rozložení zaměstnanců z několika firem z Olomouckého kraje. Firmy byly oslovovány náhodně se snahou o obsažení co nejširšího spektra pracovního zaměření. Celkem bylo osloveno 26 firem, z nichž 6 potvrdilo spolupráci. Podmínkou pro oslovení bylo sídlo firmy v Olomouckém kraji a minimální počet 10 zaměstnanců. Ze získaného výzkumného souboru nebylo použito odpovědi od 7 respondentů z důvodu neplnění uvedených kritérií.

Samotné výzkumné šetření tedy probíhalo v šesti na sobě nezávislých firmách v Olomouckém kraji. Do firem byly rozeslány odkazy na dotazník v online prostředí společnosti www.surveymonkey.com. Vyplnění dotazníku nebylo časově nijak omezeno, dotazník však nebylo možné v průběhu vyplňování ukládat a vracet se k němu později.



Obrázek 7. Zastoupení jednotlivých firem ve výzkumném šetření

4.3 Použité metody výzkumného šetření

V dotazníkovém šetření bylo celkem 36 otázek rozdělených do tří segmentů. Byly použity dva mezinárodní standardizované dotazníky (krátká verze IPAQ, COPSOQ) a set vlastních otázek zaměřených na podporu zdraví ve firmě.

4.3.1 IPAQ

IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) byl vytvořen ke sledování úrovně pohybové aktivity dospělé populace (15 – 69 let) a má krátkou a dlouhou verzi. Jednotlivé výsledky je možné vzájemně porovnávat na národní i mezinárodní úrovni. V dotazníku bereme v potaz pohybovou aktivitu prováděnou za posledních 7 dní. Respondenti sami určují úroveň své pohybové aktivity a rozlišují její charakter, určují četnost a délku trvání (Kudláček & Frömel, 2012).

V rámci výzkumu této diplomové práce byla použita krátká verze dotazníku, která se dotazuje na tři specifické druhy aktivit – chůze, středně zatěžující PA a intenzivní PA. Jednotlivé položky jsou strukturovány tak, aby poskytly nezávislý výsledek pro chůzi, středně zatěžující a intenzivní PA i celkové kombinované skóre charakterizující celkovou úroveň PA.

Údaje z IPAQ můžeme uvádět jako kontinuální proměnné, kdy k rozlišení energetické náročnosti slouží hodnota METs ($1 \text{ MET} = 3,5 \text{ ml O}_2/\text{kg}^{-1}/\text{min}^{-1}$), což jsou násobky energetického výdeje v klidu. MET skóre dále vynásobíme dobou trvání aktivity v minutách a dostaneme výsledky v tzv. MET-minutách.

Pro potřeby této práce bylo využito otázek zaměřujících se na pohybovou aktivitu, aktivní přesuny a dobu strávenou sezením či v motorových prostředcích. Tyto otázky jsou součástí krátké verze IPAQ. Krátká verze dotazníku IPAQ byla jedním ze tří segmentů výzkumného šetření.

4.3.2 COPSQ

Dotazník COPSQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) vytvořilo NRCWE (National Centre for Working Environment) v roce 2007 v Dánsku. Tento dotazník slouží k hodnocení psychosociálního prostředí na pracovišti. Díky jednoduchému systému pro vyhodnocování je možné, aby byl dotazník vyhodnocen samostatně v dané firmě bez nutnosti kontaktování externí firmy či zapojení složitých statistických postupů (COPSQ II, 2007).

V dotazníku je použit velmi jednoduchý systém odpovědí. Obvykle nacházíme uzavřené odpovědi, kde si respondenti vybírají z pěti možností obodovaných 0, 1, 2, 3 nebo 4 body. S číselným skórem pak dále pracujeme při vyhodnocování jednotlivých skupin respondentů. Běžným postupem je porovnání výsledků podle metodiky COPSQ s reprezentativním vzorkem 3 517 respondentů pracujících v Dánsku.

Standardizovaný dotazník COPSQ zkoumá několik kategorií – psychosociální pracovní prostředí, otázky týkající se práce v návaznosti na soukromý a rodinný život, dále nalezneme otázky zabývající se společností jako takovou a v závěru nalezneme také otázky týkající se zdraví a pohody zaměstnanců. V této práci byl použit právě tento set otázek týkajících se zdraví zaměstnanců, které byly následně vyhodnoceny dle metodiky COPSQ.

4.3.3 Vlastní anketa

Posledním segmentem online výzkumného šetření byly otázky v rámci vlastní ankety. Tyto otázky byly zaměřeny hlavně na pracovní život respondentů a využití volného času. Použity byly otázky na pracovní zařazení, délku pracovního poměru, typ zaměstnání, vzdálenost bydliště od práce a v neposlední řadě na úroveň podpory zdraví ze strany zaměstnavatele. Zde byly otázky cíleny na možnosti firmy (přítomnost kuchyňky, sprch, kolárny, úroveň firemních benefitů, zájem zaměstnavatele o zdraví pracujících atd.) i subjektivní vnímání důležitosti zdraví pro výkon práce. Nechyběly ani otázky na téma preferovaných pohybových aktivit či možnosti pro čerpání dovolené. Celkem bylo v tomto segmentu zařazeno 18 otázek.

4.4 Časová osa výzkumného šetření



Obrázek 8. Schéma časové osy výzkumného šetření

4.5 Statistické zpracování dat

Zpracování dat proběhlo ve statistickém programu STATISTICA 10 a MS Office Excel 2016. V programu Excel bylo provedeno základní řazení a třídění odpovědí a tvorba tabulek a grafů. Samotné statistické zpracování proběhlo v programu STATISTICA. K posouzení signifikantních rozdílů mezi kategoriemi byl použit statistický Mann-Whitney U test. K zjištění vzájemných závislostí naměřených hodnot mezi různými skupinami bylo využito neparametrického testu Kruskal-Wallis ANOVA. V tomto testu byl také dopočítán koeficient „effect size“ η^2 .

4.5.1 Použité statistické pojmy

- *Aritmetický průměr (M)* je statistickou veličinou vyjadřující typickou hodnotu popisující soubor mnoha hodnot. Je roven součtu všech hodnot souboru vydělených jejich počtem.
- *Směrodatná odchylka (SD)* uvádí, jak se od sebe liší typické případy v souboru zkoumaných čísel. Má-li hodnotu malou, jsou si prvky souboru vzájemně podobné. Při vyšší hodnotě jsou prvky značně rozdílné.
- *Medián (Mdn)* je hodnota, která dělí řadu vzestupně seřazených výsledků na dvě stejně početné poloviny.
- *Kvartilové rozpětí (IQR)* se používá pro míru variability a definuje se jako rozdíl mezi dolním kvantilem (rozděluje množinu hodnot ve čtvrtině) a horním kvantilem (rozděluje množinu hodnot ve třech čtvrtinách).
- *Hladina významnosti (p)* udává rozdíl mezi dvěma nezávislými soubory. Platí, že čím nižší je hodnota p, tím vyšší je rozdíl. Statisticky významný údaj je hodnota nižší než 0,05.
- *Koeficient effect size (η^2)* určuje věcnou významnost mezi hodnotami, kdy:
 - $\eta^2 \leq 0,06$ značí malý efekt,
 - $\eta^2 = 0,06 - 0,14$ značí střední efekt,
 - $\eta^2 \geq 0,14$ značí velký efekt.

Koeficient effect size jsme dopočítali pomocí rovnice:

$$\eta^2 = H/(n-1)$$

H - vypočítaná hodnota Krukal-Wallisova testu,

n - celkový rozsah souboru (Sigmund & Sigmundová, 2010).

5 VÝSLEDKY

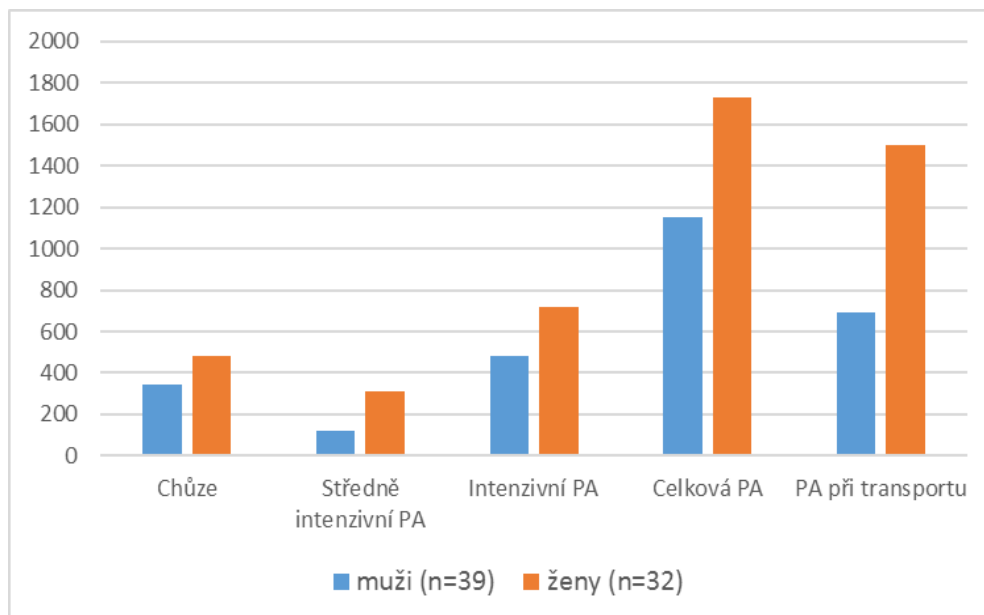
5.1 IPAQ

5.1.1 Pohybová aktivita z hlediska pohlaví

Tabulka 4. Hodnocení PA podle pohlaví

	Pohlaví	n	U	Z	p
Chůze	muž	39	472,5	1,75	0,08
	žena	32			
Středně intenzivní PA	muž	39	474,5	1,76	0,09
	žena	32			
Intenzivní PA	muž	39	531,5	1,07	0,29
	žena	32			
Celková PA	muž	39	505,5	1,36	0,17
	žena	32			
PA při transportu	muž	39	326,5	3,43	0
	žena	32			

Legenda: n – počet respondentů, U – testované kritérium, Z – standardní skóre, p – hladina významnosti, *červeně jsou zvýrazněny statisticky významné hodnoty



Obrázek 9. Hodnocení PA podle pohlaví

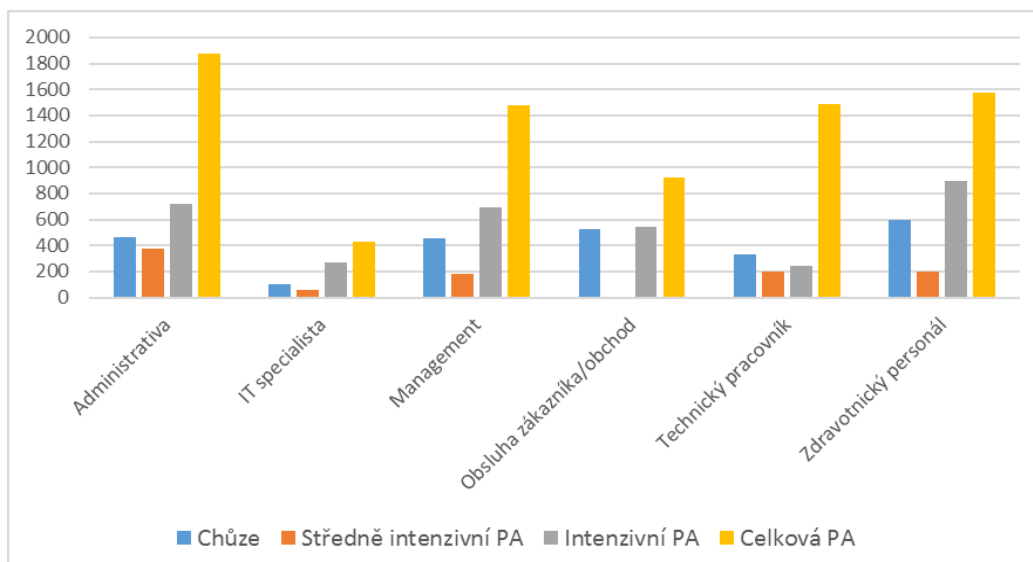
Ve všech kategoriích jsme zaznamenali vyšší hodnotu pohybové aktivity u žen. Největší rozdíl můžeme pozorovat v kategorii „PA při transportu“, kdy ženy převyšovaly muže o 800 MET-min/týden. Signifikantní rozdíl jsme Mann-Whitney U testem zaznamenali právě v této kategorii ($Z = 3,43$; $U = 326,5$; $p = 0$).

5.1.2 Pohybová aktivita z hlediska pracovního zařazení

Tabulka 5. Hodnocení PA podle pracovního zařazení

	<i>Pracovní pozice</i>	<i>n</i>	<i>H</i>	<i>p</i>	<i>η²</i>
Chůze	Administrativa/Sekretariát	21	4,36	0,5	0,06
	IT specialista	4			
	Management	12			
	Obsluha zákazníka/Obchod	5			
	Technický pracovník	17			
	Zdravotnický personál	12			
Středně intenzivní PA	Administrativa/Sekretariát	21	3,26	0,66	0,05
	IT specialista	4			
	Management	12			
	Obsluha zákazníka/Obchod	5			
	Technický pracovník	17			
	Zdravotnický personál	12			
Intenzivní PA	Administrativa/Sekretariát	21	5,6	0,35	0,08
	IT specialista	4			
	Management	12			
	Obsluha zákazníka/Obchod	5			
	Technický pracovník	17			
	Zdravotnický personál	12			
Celková PA	Administrativa/Sekretariát	21	7,13	0,21	0,1
	IT specialista	4			
	Management	12			
	Obsluha zákazníka/Obchod	5			
	Technický pracovník	17			
	Zdravotnický personál	12			

Legenda: n – počet respondentů, H – Kruskal-Wallis ANOVA, p – hladina významnosti, η² – koeficient „effect size“



Obrázek 10. Hodnocení PA podle pracovního zařazení

Při sledování pohybové aktivity v závislosti na pracovním zařazení můžeme pozorovat několik odlišností, i přesto, že žádné signifikantní rozdíly zaznamenány nebyly. Největší rozdíl je mezi celkovou PA respondentů z kategorie Administrativa a IT specialistů. Zde je rozdíl 1 400 MET-min/týden ve prospěch administrativních pracovníků (Obrázek 10).

Nejvyšší hodnotu intenzivní PA ve volném čase jsme naměřili u zdravotnického personálu (900 MET-min/týden) a nejmenší u technických pracovníků (240 MET-min/týden). Hodnoty středně intenzivní PA jsou vesměs vyrovnané, až na kategorii Obsluha zákazníka/obchod, kde byla naměřena nulová hodnota.

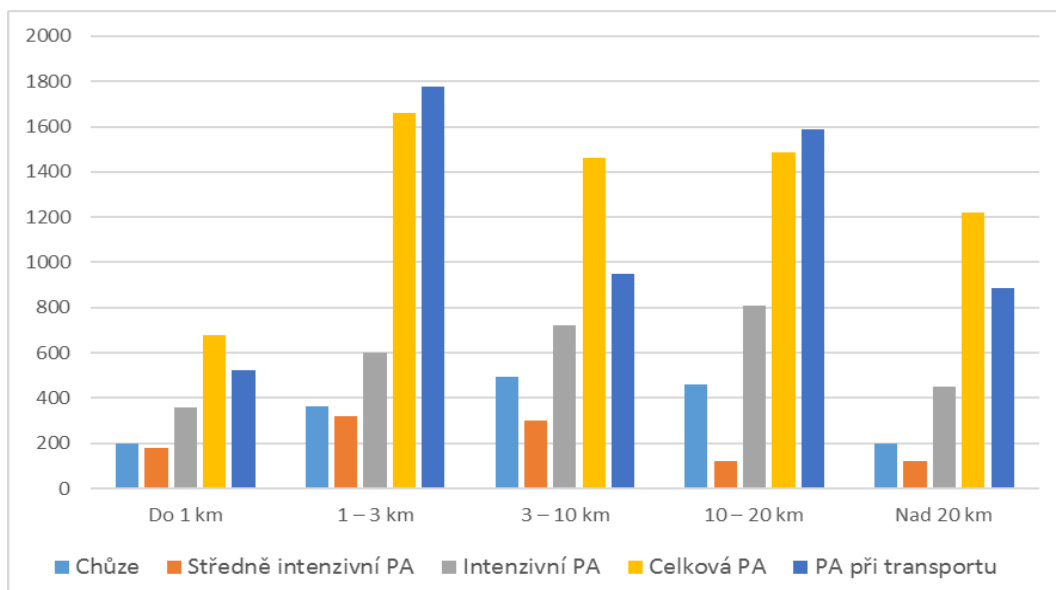
Ve sledovaných hodnotách celkové PA, chůze a intenzivní PA sledujeme střední efekt významnosti mezi hodnotami podle koeficientu effect size η^2 (celková PA: $\eta^2 = 0,1$; chůze: $\eta^2 = 0,06$, intenzivní PA: $\eta^2 = 0,08$).

5.1.3 Pohybová aktivita z hlediska vzdálenosti pracoviště

Tabulka 6. Hodnocení PA podle vzdálenosti pracoviště od místa bydliště

	<i>Vzdálenost bydliště od práce</i>	<i>n</i>	<i>H</i>	<i>p</i>	η^2
Chůze	Do 1 km	5	5,34	0,25	0,08
	1 – 3 km	12			
	3 – 10 km	17			
	10 – 20 km	13			
	Nad 20 km	24			
Středně intenzivní PA	Do 1 km	5	0,97	0,91	0,01
	1 – 3 km	12			
	3 – 10 km	17			
	10 – 20 km	13			
	Nad 20 km	24			
Intenzivní PA	Do 1 km	5	1,24	0,87	0,02
	1 – 3 km	12			
	3 – 10 km	17			
	10 – 20 km	13			
	Nad 20 km	24			
Celková PA	Do 1 km	5	0,88	0,93	0,01
	1 – 3 km	12			
	3 – 10 km	17			
	10 – 20 km	13			
	Nad 20 km	24			
PA při transportu	Do 1 km	5	10,06	0,04	0,14
	1 – 3 km	12			
	3 – 10 km	17			
	10 – 20 km	13			
	Nad 20 km	24			

*Legenda: n – počet respondentů, H – Kruskal-Wallis ANOVA, p – hladina významnosti, η^2 – koeficient „effect size“ *červeně jsou zvýrazněny statisticky významné hodnoty*



Obrázek 11. Hodnocení PA podle vzdálenosti od místa bydliště

Při sledování výsledků úrovně pohybové aktivity ve vztahu se vzdáleností pracoviště od místa bydliště (Tabulka 6) pozorujeme signifikantní rozdíly v kategorii PA při transportu a to v hladině významnosti ($p = 0,04$; $H = 10,06$) i velký efekt koeficientu effect size ($\eta^2 = 0,14$).

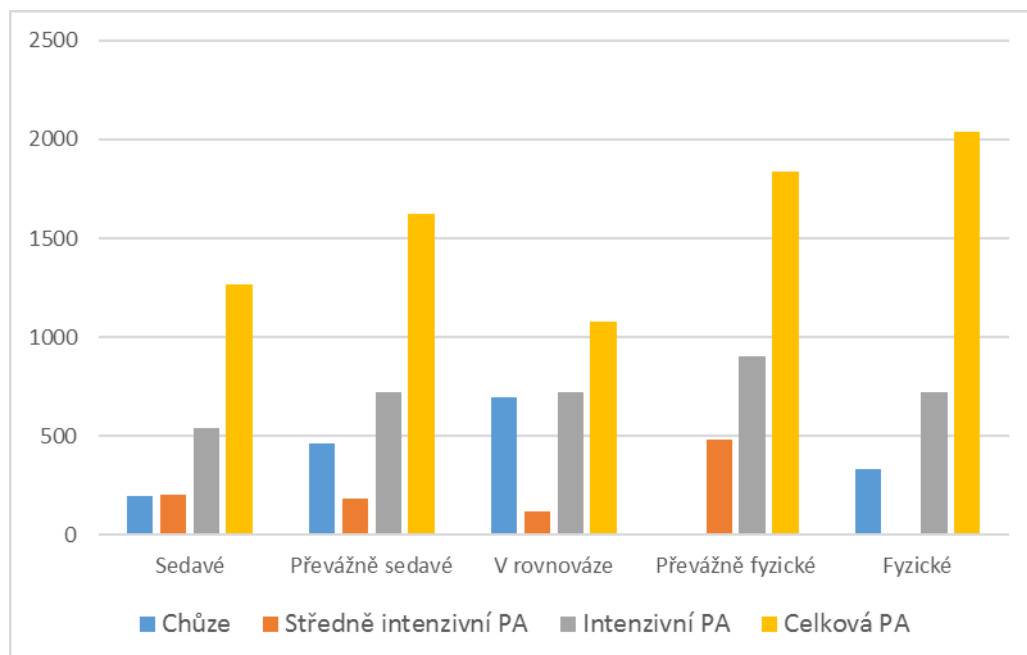
Tyto rozdíly jsou patrné také z Obrázku 11, kde nejvyšší hodnoty transportní PA dosahují respondenti z kategorie 1 – 3 km s 1 800 MET-min/týden. Nejmenších hodnot PA při transportu dosáhli respondenti bydlící 1 km od místa výkonu práce (525 MET-min/týden). V ostatních kategoriích nepozorujeme podobné rozdíly.

5.1.4 Pohybová aktivita z hlediska typu zaměstnání

Tabulka 7. Hodnocení PA podle typu zaměstnání

	<i>Typ zaměstnání</i>	<i>n</i>	<i>H</i>	<i>p</i>	η^2
Chůze	sedavé	28	3,32	0,51	0,05
	převážně sedavé	27			
	v rovnováze	7			
	převážně fyzické	7			
	fyzické	2			
Středně intenzivní PA	sedavé	28	6,54	0,16	0,09
	převážně sedavé	27			
	v rovnováze	7			
	převážně fyzické	7			
	fyzické	2			
Intenzivní PA	sedavé	28	3,58	0,47	0,05
	převážně sedavé	27			
	v rovnováze	7			
	převážně fyzické	7			
	fyzické	2			
Celková PA	sedavé	28	1,81	0,77	0,03
	převážně sedavé	27			
	v rovnováze	7			
	převážně fyzické	7			
	fyzické	2			

Legenda: n – počet respondentů, H – Kruskal-Wallis ANOVA, p – hladina významnosti, η^2 – koeficient „effect size“



Obrázek 12. Hodnocení PA podle typu zaměstnání

Nejvyšší hodnotu celkové PA jsme naměřili u respondentů s fyzicky zaměřeným zaměstnáním (2 000 MET-min/týden, Obrázek 12). Hodnoty chůze, středně intenzivní PA a intenzivní PA však v této kategorii nevybočují. Nulovou hodnotu u chůze vykazují respondenti s převážně fyzickým zaměstnáním a nulovou hodnotu středně intenzivní PA respondenti s fyzickým zaměstnáním.

Podle hladiny významnosti p nenacházíme signifikantní rozdíly (Tabulka 7). Podle koeficientu věcné významnosti η^2 však shledáváme střední efekt praktické významnosti pro proměnnou středně intenzivní PA ($\eta^2 = 0,09$).

5.2 COPSOQ

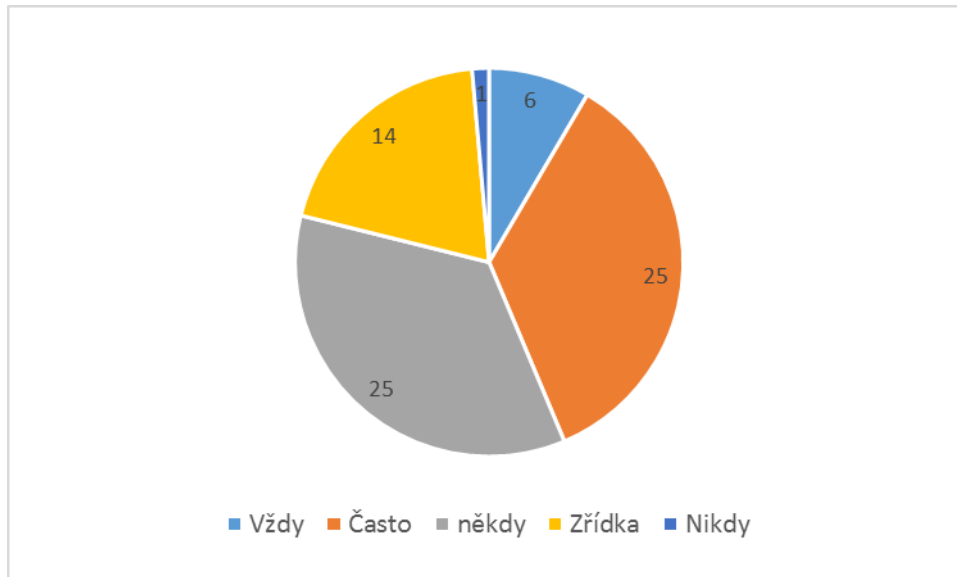
5.2.1 Hodnocení úrovně stresu

Tabulka 8. Hodnocení úrovně stresu v práci v porovnání s výsledky COPSOQ v Dánsku

	<i>Zkoumaný soubor</i>	<i>COPSOQ (Dánsko)</i>
<i>n</i>	71	3 517
<i>M</i>	2,7	2,3
<i>SD</i>	2,8	1,5

Legenda: n – počet respondentů, M – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka

Míra stresu u zkoumaného souboru je podle hodnoty aritmetického průměru o 0,4 vyšší než u reprezentativního vzorku dotazníku COPSOQ v Dánsku (Tabulka 8).



Obrázek 13. Hodnocení úrovně stresu při práci

Při otázce na hodnocení úrovně stresu při práci odpovědělo 35 % respondentů, že jsou ve stresu *často* a 35 % *někdy*. Pouze jeden respondent nepracuje ve stresu *nikdy* a 6 respondentů ze zkoumaného souboru je pod stresem v práci *vždy*.

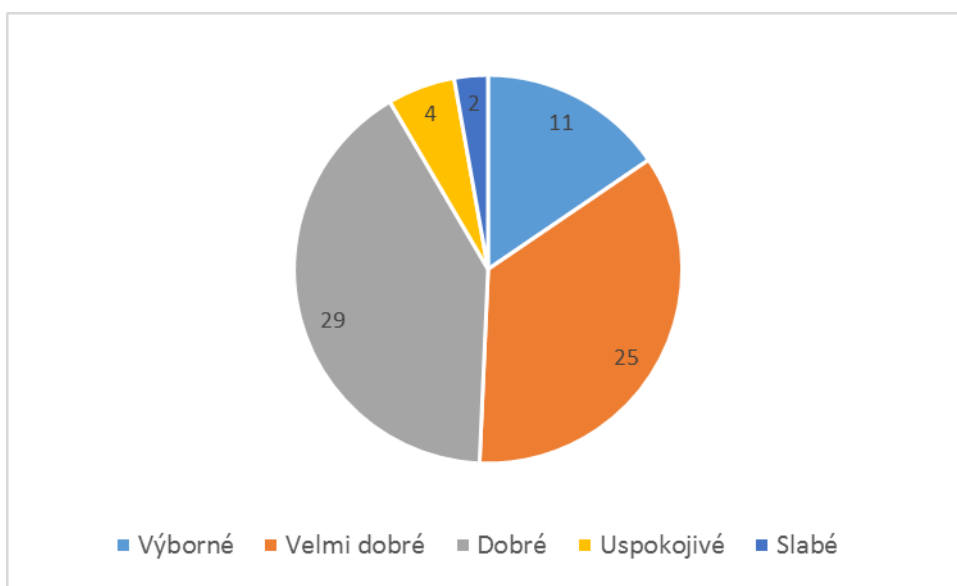
5.2.2 Hodnocení subjektivně vnímaného zdraví

Tabulka 9. Hodnocení úrovně subjektivně vnímaného zdraví v porovnání s výsledky COPSOQ v Dánsku

	<i>Zkoumaný soubor</i>	<i>COPSOQ (Dánsko)</i>
<i>n</i>	71	3 517
<i>M</i>	2,5	2,6
<i>SD</i>	1,4	0,8

Legenda: n – počet respondentů, M – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka

Při porovnání odpovědí zkoumaného souboru se souborem z Dánska nenacházíme signifikantní rozdíly v oblasti vnímání zdraví zaměstnancem.



Obrázek 14. Koláčový graf odpovědí respondentů

Na otázku „Jak hodnotíte úroveň Vašeho zdraví v posledních 4 týdnech?“ (Obrázek 14) vybralo pouze 11 respondentů (15 %) nejvyšší možnou příčku (*výborné*), 35 % respondentů označilo své zdraví jako *velmi dobré*, 42 % jako *dobré* a pouze dva respondenti považují své zdraví za *slabé*.

5.2.3 Hodnocení podráždění v práci

Tabulka 10. Hodnocení úrovně podráždění v práci v porovnání s výsledky COPSQ v Dánsku

	<i>Zkoumaný soubor</i>	<i>COPSQ (Dánsko)</i>
<i>n</i>	71	3 517
<i>M</i>	3,3	2,3
<i>SD</i>	1,4	1,5

Legenda: n – počet respondentů, M – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka

Respondenti zapojení do výzkumu v této diplomové práci jsou v práci častěji podráždění než dánské pracovníky zapojení do výzkumu COPSQ a to v aritmetickém průměru o hodnotu 1,0 (Tabulka 10). Pouze jeden respondent vybral možnost *vždy* při otázce „Jak často jste se cítil/a podrážděně v práci v posledních 4 týdnech?“. Největší část respondentů (29 odpovědí = 41 %) vybralo možnost *zřídka*.

5.2.4 Hodnocení pracovního tempa

Tabulka 11. Hodnocení úrovně pracovního tempa v porovnání s výsledky COPSQ v Dánsku

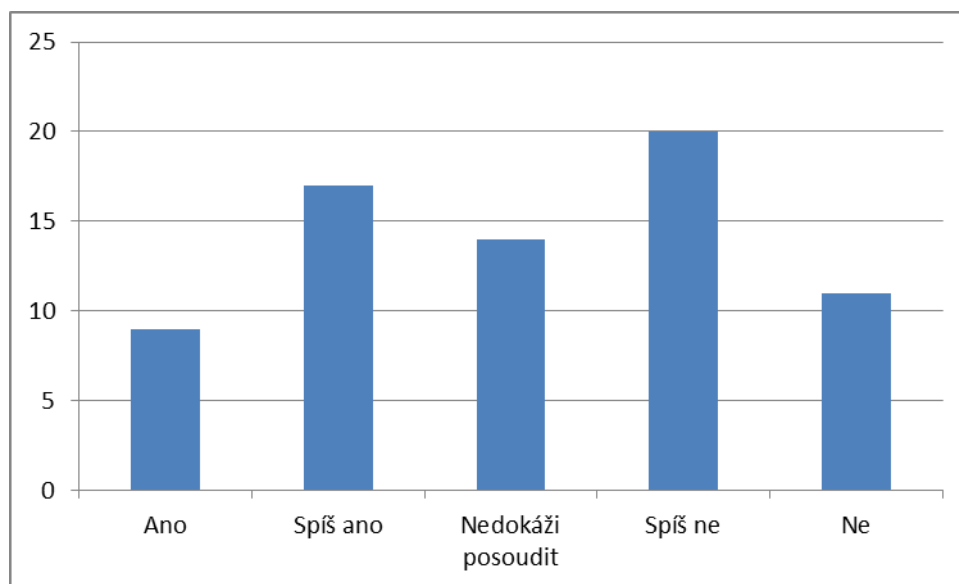
	<i>Zkoumaný soubor</i>	<i>COPSQ (Dánsko)</i>
<i>n</i>	71	3 517
<i>M</i>	2,3	4,7
<i>SD</i>	2,8	1,6

Legenda: n – počet respondentů, M – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka

V otázce „Je nezbytné držet během práce vysoké pracovní tempo?“ je Aritmetický průměr u zaměstnanců ze zkoumaného souboru o 2,4 nižší než naměřené hodnoty u dánských respondentů. Pouze 7 respondentů odpovědělo, že musí udržovat vysoké pracovní tempo v práci *vždy*. Většina (43 respondentů) odpověděla, že pracují ve vysokém tempu *často*.

5.3 Vlastní anketa

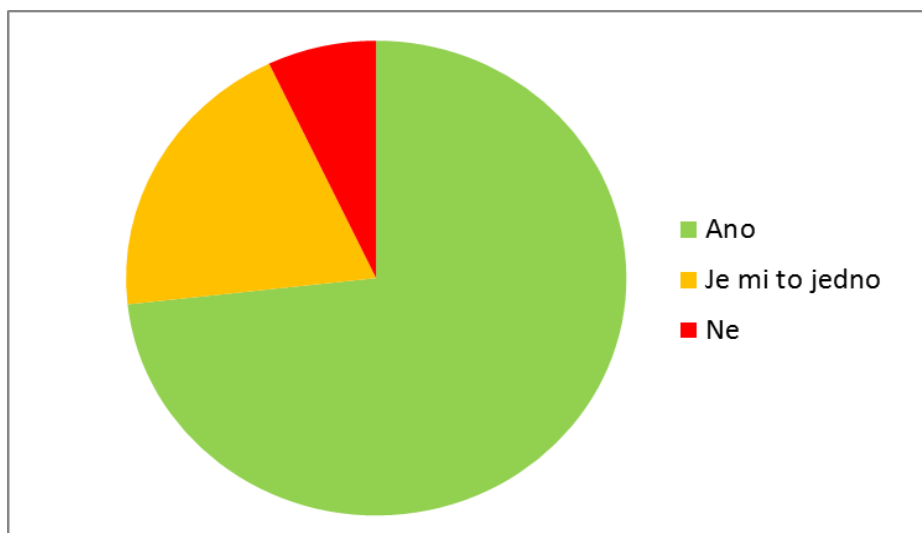
5.3.1 Zájem zaměstnavatele o zdraví



Obrázek 15. Výsledky otázky „Cítíte, že se Váš zaměstnavatel zajímá o Vaše zdraví?“

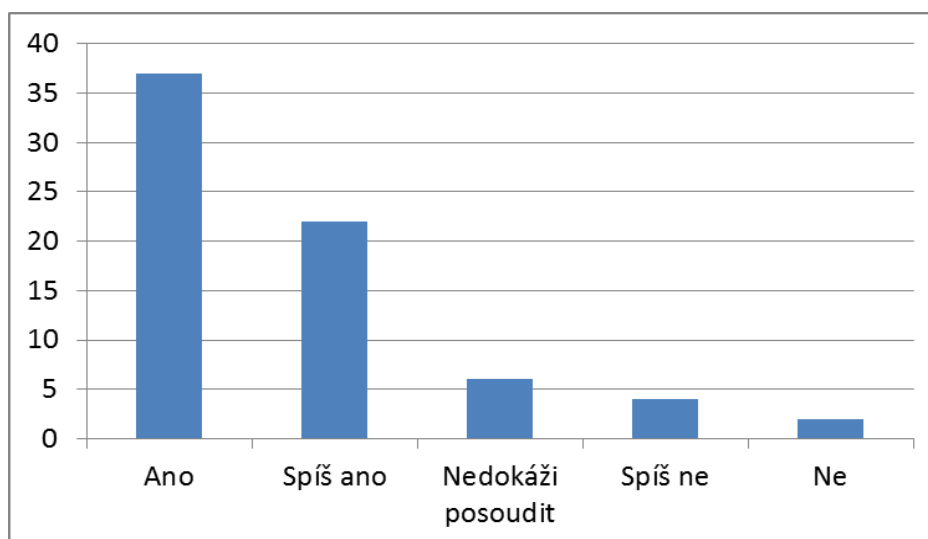
Z výsledků je patrné subjektivní vnímání zájmu zaměstnavatele o zdraví svých zaměstnanců. Nejvíce (20) respondentů *spíš nevnímá* zájem ze strany zaměstnavatele.

V dotazníkovém šetření byla položena také otázka: „Ocenili byste větší zájem ze strany zaměstnavatele v oblasti podpory zdraví na pracovišti?“ (Obrázek 16), kde kladně odpovědělo celých 73 % (53 respondentů) a pouze 7 % (5 respondentů) záporně. 20 % (14 respondentů) využilo neutrální odpovědi.



Obrázek 16. Výsledky otázky „Ocenili byste větší zájem ze strany zaměstnavatele v oblasti podpory zdraví na pracovišti?“

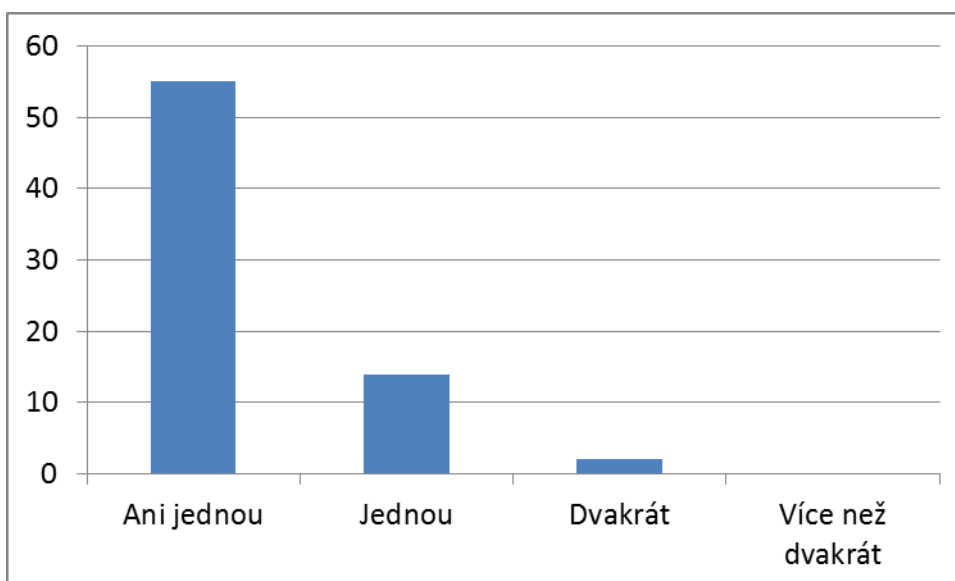
5.3.2 Potřeba být fit pro výkon povolání



Obrázek 17. Výsledky otázky „Cítíte potřebu být fit pro výkon Vaší profese?“

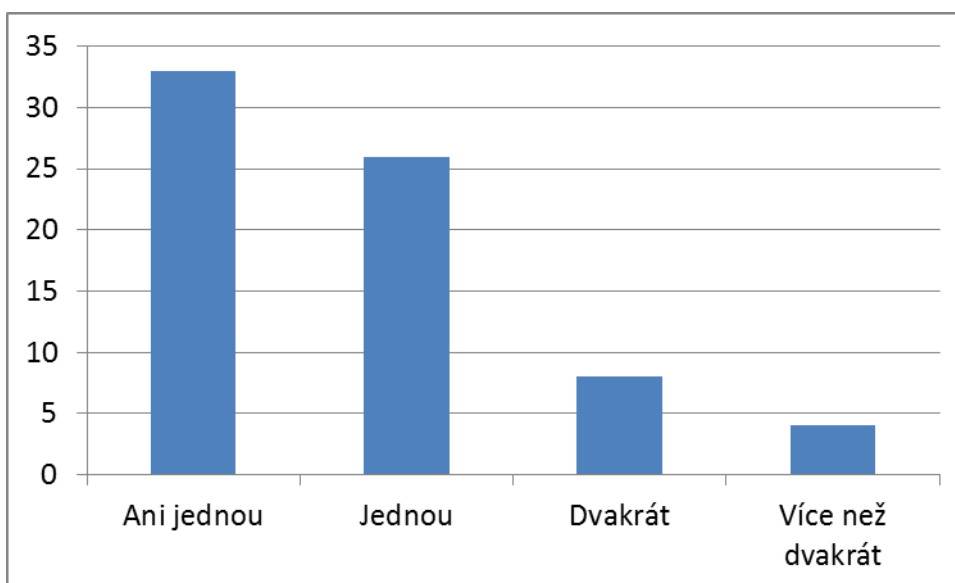
Z vyhodnocení odpovědí na otázku ohledně potřeby být fit pro výkon povolání plyne, že 52 % (37 respondentů) si uvědomuje spojitost mezi úrovní fyzického zdraví a profesním výkonem. Pouze dva respondenti (3 %) zvolili možnost *ne*.

5.3.3 Nemocnost



Obrázek 18. Výsledky otázky „Kolikrát jste za uplynulý rok čerpali nemocenskou dovolenou?“

55 respondentů (78 %) za uplynulý rok ani jednou nečerpalo nemocenskou. Jednou muselo čerpat nemocenskou 14 respondentů (20 %) a dvakrát pouze 2 respondenti (2 %).



Obrázek 19. Výsledky otázky „Kolikrát jste za uplynulý rok čerpali řádnou dovolenou z důvodu nemoci/nevolnosti/úrazu?“

70 % respondentů, kteří uvedli, že alespoň jednou čerpali řádnou dovolenou z důvodu nemoci, v předchozí otázce uvedlo, že nemocenskou nečerpali v posledním roce ani jednou. 75 % respondentů odpovídajících, že dovolenou z důvodu nemoci čerpali dvakrát, navíc v uplynulém roce také jednou čerpalo nemocenskou.

6 DISKUSE

V průběhu historického vývoje společnosti byla pohybová aktivita vždy nedílnou součástí životního stylu jedinců. Byla základním předpokladem pro zajištění potravy, zabezpečení rodiny a domova a později hlavním prostředkem k transportu do místa zaměstnání či za vzděláním. S technickým rozvojem v posledních dekádách se však lidem usnadnil život natolik, že adekvátní pohybová aktivita téměř vymizela z běžného života u většiny lidské populace. Že je úroveň pohybové aktivity u běžné populace nedostačující, dokládá i Kalman et al. (2009), který uvádí jako hlavní důvod vysoké prevalence nadváhy a obezity a dalších neinfekčních onemocnění právě nedostatečnou úroveň pohybové aktivity v kombinaci s nadměrným energetickým příjmem.

Dalším výrazným negativem je pokles výdeje energie v důsledku nárůstu sedavého způsobu zaměstnání a nárůstu osobní dopravy (Střídecká & Hlúbik, 2009). Zrychlující se životní tempo klade neustále vyšší nároky na zvládnání pracovní i rodinné zátěže. Snahou současné odborné veřejnosti v oblasti podpory pohybové aktivity a zdraví je tedy propagovat benefity pravidelné pohybové aktivity, její přínosy osobnímu i pracovnímu životu člověka, zpřístupnit ji jedincům všech věkových i sociálních vrstev a přispět tak k opětovnému začlenění pohybové aktivity na přední příčky žebříčku hodnot.

V této práci byly výsledky úrovně pohybové aktivity vybraných jedinců sesbírány pomocí krátké verze standardizovaného dotazníku IPAQ. Výsledky z dotazníku IPAQ prezentují především subjektivní hodnocení pohybové aktivity vykonané za uplynulý týden. Z důvodu rozmanitosti zkoumaného souboru i odlišností pracovního zařazení jedinců, pohlaví a věku nebylo možno předpokládat, v jakých hodnotách se výsledky budou pohybovat.

Hodnotící protokol IPAQ udává, že hodnoty průměrné PA vyšší než 600 MET-min/týden řadíme do skupiny středně aktivní a hodnoty vyšší než 3 000 MET-min/týden do skupiny vysoce aktivní. Skupina respondentů v tomto zkoumaném souboru dosáhla průměrné celkové PA v hodnotě 1 983 MET-min/týden, čímž se dostává vysoko nad hranici středně aktivní skupiny, ale nedosahuje hodnoty pro zařazení do kategorie vysoce aktivní. V porovnání s výzkumem Mítáše a Frömela (2011) prováděného v letech 2005 – 2009 na území celé České republiky (n = 8 256) je úroveň celkové PA tohoto zkoumaného souboru hluboko pod průměrem obyvatel České republiky,

kdy muži dosáhli průměrných hodnot vyšších než 6 000 MET-min/týden a ženy hodnot vyšších než 5 000 MET-min/týden. Domnívám se, že tuto nesrovnalost způsobuje především velikost zkoumaného souboru, kdy se při $n = 71$ zvyšuje náchylnost ke zkreslení.

Výzkum Mitáše a Frömela (2011) tedy poukazuje na skutečnost, že muži jsou všeobecněji aktivnější než ženy. Ke stejnému závěru svou studií dospěl i Suchomel a Sigmundová (2011), jež zaznamenali signifikantní rozdíly ve prospěch mužů v hodnotě PA při transportu a v zaměstnání, a dále výzkum Frömela, Baumana a Nykodýma (2006), kde muži dosáhli lepších výsledků v celkové PA než ženy. Z výsledků této práce je však patrné, že ženy předčily muže v celkové PA, středně intenzivní PA, chůzi i transportní PA a tím se staví do opozice zmíněným výzkumům. Pouze intenzivní PA byla ve skupině žen i mužů téměř vyrovnaná. Průměrný věk obou skupin je velmi podobný (muži 39 let, ženy 41 let) a téměř vyrovnané je i procento zastoupení jednotlivých pohlaví (muži 55 %, ženy 45 %).

Další signifikantní rozdíly byly zjištěny ve zkoumání závislosti mezi úrovní pohybové aktivity a vzdálenosti pracoviště od místa bydliště. Nejvyšší úroveň hodnoty transportní PA byla naměřena u respondentů bydlících 1 – 3 km od místa pracoviště (1 779 MET-min/týden). To odpovídá výsledkům stockholmského výzkumu Stigella a Schantze (2015), kteří u svého zkoumaného souboru ($n = 471$) naměřili nejvyšší hodnotu transportní PA (cyklistika a chůze) v mediánu 2,9 – 3 km. Druhá nejvyšší hodnota transportní PA výzkumu této diplomové práce (1 588-MET min/týden) byla naměřena u skupiny respondentů bydlících 10 – 20 km od pracoviště, kde se dá předpokládat, že se jedná o výhradně cyklistickou formu dojíždění. I zde můžeme sledovat paralelu se zmíněným výzkumem (Stigell & Schantz, 2015), kde v cyklistice vykazovali nejvyšší úroveň transportní PA respondenti při mediánu odpovídajícímu 9 km.

Kategorie s nejvyšší naměřenou transportní PA (1 – 3 km a 10 – 20 km) jsou také skupiny s nejvyšší celkovou týdenní PA (1 661 MET-min/týden a 1 484 MET-min/týden) oproti ostatním kategoriím (do 1 km, 3 – 10 km, nad 20 km). To souhlasí se studií Briana et al. (2014) prezentující pozitivní vliv úrovně PA při transportu do zaměstnání a zpět na úroveň celkové PA v pracovních dnech. Tvrzení podporují i závěry Chaix et al. (2014) a Audrey, Proctera, & Coopera (2014) o pozitivním vlivu PA při transportu na úroveň celkové PA za týden. Naopak nejnižších

hodnot PA (intenzivní PA, celková PA a transportní PA) ve výzkumném souboru této práce dosahuje skupina respondentů pracujících do 1 km od místa bydliště. To může být způsobeno i nízkým počtem respondentů v této kategorii (n = 5).

V souvislosti s proměnnými pracovního zařazení a typu zaměstnání nebyly zaznamenány signifikantní rozdíly ve vztahu k úrovni pohybové aktivity. Jediným významnějším rozdílem byla nízká hodnota PA ve všech sledovaných úrovních (chůze, středně intenzivní PA, intenzivní PA a celková PA) u skupiny respondentů pracujících v IT sektoru. Můžeme tedy předpokládat, že tato skupina respondentů vykazuje nižší hodnotu PA nejen v zaměstnání, ale i ve svém volném čase. Tento předpoklad podporuje i výzkumná studie amerických odborníků (Fotheringham, Wonnacott, & Owen, 2000), kde byla účastníkům výzkumu měřena úroveň práce s počítačem a její vliv na životní styl (n = 697). Ti, kterým byla naměřena vysoká úroveň práce s počítačem (> 8 hodin týdně), byli náchylnější k sedavému životnímu stylu a nedostatku pohybové aktivity a naopak respondenti patřící do kategorie nízké úrovně práce s počítačem (< 3 hodiny týdně) odpovídali životnímu stylu s dostatečnou úrovní pohybové aktivity. Skupina IT specialistů v této práci dosahuje průměrně 525 MET-min/týden, čímž se i podle hodnotícího protokolu IPAQ řadí do skupiny málo aktivních.

Do dotazníkového šetření byly zahrnuty i otázky z dánského standardizovaného dotazníku COPSQ. Zde byla sledována úroveň stresu a podráždění v práci, pracovní tempo zaměstnanců a subjektivní hodnocení vlastního zdraví v posledních čtyřech týdnech. Získané odpovědi byly pak porovnávány s reprezentativním vzorkem z Dánska (n = 3 517).

Největší rozdíl byl naměřen v otázce na úroveň podráždění v práci v posledních 4 týdnech. Zkoumaný soubor v negativním smyslu předčil dánský soubor v aritmetickém průměru o hodnotu 1,0. Podle Jeklové a Reitmayerové (2006) je ideální měnit pracovní pozici každých 4 – 6 let jako prevence syndromu vyhoření a nadměrnému podráždění v práci. Průměrně však v České republice téměř jedna třetina pracujících zůstává na pozici 10 – 20 let, mnohdy i celý život. 48 respondentů (68 %) v tomto dotazníkovém šetření uvedlo, že je 5 a více let na jedné pozici. Dle mého názoru může právě tato skutečnost být důvodem vyšší úrovně naměřeného podráždění při práci.

Zajímavého rozdílu bylo naměřeno také v otázce na nutnost dodržování vysokého pracovního tempa. Oproti dánské skupině je výsledek výzkumného souboru této práce v průměru o hodnotu 2,4 nižší. Respondenti ze zkoumaného souboru jsou tedy nuceni držet vysoké pracovní tempo mnohem méně než dánský reprezentativní vzorek. Dokládají to i údaje z evropské databáze statistických údajů Eurostat (2016), kdy průměrná produktivita práce v pracovním týdnu na osobu za rok 2015 je v České republice 79,4 % průměru zemí Evropské unie (všechny země EU = 100 %), kdežto v Dánsku je to 112,6 %. V přepočtu na jednu odpracovanou hodinu je tento rozdíl ještě markantnější, v České republice jde pak o průměr 73,6 %, v Dánsku 125,9 %. Jinými slovy údaje z Eurostatu i z výzkumného šetření této práce dokládají, že pracovní nasazení Čechů je pod evropským průměrem.

Z výsledků vlastní ankety dotazníkového šetření je patrné, že využití prvků podpory zdraví na pracovišti je ve vybraných firmách nestejněměrné, nicméně za kladný znak považují to, že v každé z těchto firem nacházíme alespoň nějaké nástroje podpory zdraví. 52 % dotázaných pocítuje nutnost být fit pro výkon povolání a 73 % respondentů by uvítalo větší zájem svého zaměstnavatele o podporu zdraví na pracovišti. Můžeme tedy předpokládat, že samotným pracovníkům není úroveň jejich zdraví lhostejná a programy podpory zdraví na pracovišti by ve většině případů uvítali.

6.1 Limity práce

Za limity této práce může být považováno následující:

- doba, po kterou probíhalo dotazníkové šetření – období prázdnin a dovolených a stav počasí mohou být prvky výrazně ovlivňující úroveň pohybové aktivity,
- malý počet respondentů – při vyšším počtu dotazovaných by výsledky byly směrodatnější a přesnější,
- absence nástrojů objektivního výzkumného šetření (krokoměr, actigraf) – odpovědi respondentů mohou být zkresleny subjektivním vnímáním, zvláště u otázek IPAQ často pozorujeme nadhodnocení pohybové aktivity.

7 ZÁVĚRY

Na základě online dotazníkového šetření jsme zkoumali úroveň pohybové aktivity a úroveň podpory zdraví na pracovišti u vybraných firem v Olomouckém kraji. Pro dosažení stanovených cílů jsme použili standardizovaných dotazníků IPAQ a COPSOQ v kombinaci s otázkami vlastní ankety. Výzkumným šetřením jsme došli k následujícím závěrům:

IPAQ

1. Pohlaví

- Celkový úhrn PA u mužů byl 1 155 MET-min/týden a u žen 1 728 MET-min/týden. Ženy byly tedy v tomto šetření pohybově aktivnější než muži.
- Ženy byly aktivnější i v ostatních sledovaných kategoriích (chůze, středně intenzivní PA, intenzivní PA, PA při transportu).
- Signifikantní rozdíly jsme při sledování PA v závislosti na pohlaví našli v kategorii PA při transportu ve prospěch žen.

2. Pracovní zařazení

- Skupina IT specialistů dosáhla nejnižších hodnot PA v kategoriích chůze, intenzivní PA a celková PA.
- Nejvyšších hodnot v celkové PA dosáhla skupina administrativních pracovníků (1 878 MET-min/týden), v intenzivní PA však měla nejvyšší skóre skupina zdravotnického personálu (900 MET-min/týden).

3. Vzdálenost pracoviště

- Zaregistrovali jsme signifikantní rozdíly ve vztahu mezi PA při transportu a vzdáleností bydliště od místa pracoviště. Nejvyšší úroveň transportní PA dosáhla skupina respondentů bydlící ve vzdálenosti 1 – 3 km od pracoviště (1 779 MET-min/týden) a skupina bydlící 10 – 20 km od pracoviště (1 588 MET-min/týden).
- V ostatních skupinách další výkyvy zaznamenány nebyly, pouze respondenti bydlící do 1 km od pracoviště vykazovali nejnižší úroveň v chůzi, středně intenzivní PA, transportní PA i celkové PA.

4. Typ zaměstnání

- Nebyly zaznamenány žádné signifikantní rozdíly v PA podle typu zaměstnání, přesto výsledky ukazují, že respondenti s fyzickým zaměstnáním vykazují nejvyšší úroveň celkové PA (2 040 MET-min/týden) oproti ostatním skupinám.

COPSOQ

- Zkoumaný soubor vykazuje vyšší hladinu stresu než reprezentativní vzorek z dánského výzkumu o hodnotu aritmetického průměru 0,4.
- Respondenti jsou o hodnotu aritmetického průměru 1,0 více podráždění v práci než dánský vzorek dotazovaných.
- Při sledování úrovně pracovního tempa byli respondenti tohoto výzkumu nuceni udržovat vysoké pracovní tempo o hodnotu aritmetického průměru 2,4 méně často než dotazovaní z Dánska.

Vlastní anketa

- 31 respondentů (44 %) *spíš nevnímá* nebo *nevnímá* zájem ze strany zaměstnavatele o zdraví zaměstnanců a jeho podporu.
- 52 respondentů (73 %) by ocenilo větší zájem ze strany zaměstnavatele o oblast podpory zdraví na pracovišti.
- 70 % respondentů čerpajících alespoň jednou řádnou dovolenou z důvodu nemoci uvedlo, že nemocenskou nečerpali v posledním roce ani jednou.

8 SOUHRN

Práce se zabývá sledováním možností a účinků podpory zdraví na pracovišti. Blíže se pak zaměřuje na prostředí vybraných firem v Olomouckém kraji, kde ve výzkumném šetření zkoumá úroveň pohybové aktivity a úroveň podpory zdraví ve vztahu k zaměstnancům s ohledem na jejich pohlaví, pracovní zařazení, vzdálenost pracoviště od místa bydliště a typ zaměstnání.

Teoretická část práce se zabývá základními pojmy potřebnými pro pochopení tematiky. Stěžejními prvky přehledu poznatků jsou zdraví a životní styl, pohybová aktivita z hlediska hromadných neinfekčních onemocnění a jejího ekonomického přínosu společnosti a podpora pohybové aktivity. Dále se práce zabývá historickým vývojem a aktuálním stavem podpory zdraví zaměstnanců na pracovišti a vypichuje i příklady firem s dobrou praxí této problematiky.

Praktická část práce byla uskutečněna výzkumným šetřením, jež probíhalo pomocí krátkých verzí dotazníků IPAQ a COPSQ doplněných o vlastní anketu důležitou pro bližší zkoumání prostředí firem. Výzkumný soubor sestával ze 71 respondentů (32 žen a 39 mužů) z šesti různých firem v Olomouckém kraji. Průměrný věk dotazovaných byl 40 let, kdy nejmladšímu bylo 23 let a nestaršímu 64 let. Výzkumné šetření probíhalo v průběhu čtyř týdnů pomocí online dotazníku šířeného elektronickou poštou.

Při sledování výsledků v dotazníku IPAQ byly zaznamenány signifikantní rozdíly vzhledem ke zkoumanému faktoru pohlaví ve prospěch žen a k faktoru vzdálenosti pracoviště od místa bydliště, kde nejvyšší transportní PA vykazovala skupina respondentů bydlících 1 – 3 km od pracoviště. Důležité rozdíly se objevily také ve výsledcích dotazníku COPSQ, kde zkoumaný soubor vykazuje vyšší úroveň stresu a podráždění v práci a naopak menší úroveň pracovního tempa oproti reprezentativnímu vzorku z Dánska. Ve výsledcích otázek z vlastní ankety považujeme za nejdůležitější zjištění aktuálního stavu úrovně znalostí respondentů o problematice podpory zdraví na pracovišti a jejich zájem o praktické zavedení těchto programů.

9 SUMMARY

This thesis works with the topic of the possibilities and effects of worksite health promotion. It focuses on the environment of selected companies in the Olomouc region where it summarizes the level of physical activity and the level of worksite health promotion specifically considering their sex, employment status, workplace distance from the place of residence and type of the employment.

Theoretical part of the thesis deals with basic concepts which are important for understanding the topic. Key elements in the survey findings are health and lifestyle, physical activity in terms of chronic diseases and its economic impact and physical activity promotion. Furthermore the thesis follows up the historical progression of the worksite health promotion and it highlights the practical examples of companies regarding this issue.

The survey was carried out using questionnaires IPAQ and COPSOQ with the addition of specific questions for better description of the companies' environment. The research sample consisted of 71 respondents (32 women and 39 men) from the six selected companies from the Olomouc region. The average age of respondents was 40 years when the youngest was 23 and the oldest 64. The survey was conducted during four weeks through online questionnaire distributed via email.

Results in IPAQ questionnaire showed significant differences in the factors of sex and distance of the workplace from the place of residence. Women had higher level of physical activity than men and group of respondents living 1 – 3 km from the workplace had the highest level of physical activity during transport. Important differences were found also in COPSOQ questionnaire where we noted increased level of stress and frustration and lower level of work rate than recorded in a representative sample of COPSOQ from Denmark. In the part regarding the worksite health promotion questions the most important results are the level of knowledge and attitudes of the respondents in the field of worksite health promotion and its programmes.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

- Audrey, S., Procter, S., & Ashley, R. (2014). The contribution of walking to work to adult physical activity levels: a cross sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 11, 37–44.
- Barták, M. (2010). *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer.
- Benefit Plus. (2016). *Profil společnosti*. Retrieved 1. 9. 2016 on the World Wide Web: <http://www.benefit-plus.eu/o-nas/>
- Brian, E. S., Moudon, A. V., Kang, B., Hurvitz, P. M., & Zhou, Ch. (2014). Relation Between Higher Physical Activity and Public Transit Use. *American Journal of Public Health*. 104(5), 854–859.
- Brown, D. R., Heath, G. W., & Martin, S. L. (2009). *Promotion Physical Activity: A Guide for Community Action*. Human Kinetics.
- Buck Consultants. (2012). *Working Well: What's next for wellness?* Retrieved 25. 8. 2016 on the World Wide Web: <https://www.buckconsultants.com/portals/0/events/2012/web/wa-working-well-what-next-wellness-2012-1212.pdf>
- Česká rafinérská. (2016). *Profil společnosti*. Retrieved 4. 9. 2016 on the World Wide Web: <http://www.crc.cz/cz/profil-spolecnosti.aspx>
- Český statistický úřad. (2016). *Češi tráví v práci průměrně 40,4 hodiny týdně*. Retrieved 6. 10. 2016 on the World Wide Web: <https://www.czso.cz/csu/czso/cesi-travi-v-praci-prumerne-404-hodiny-tydne>
- Čevela, R., Čeledová, L., Holčík, J., Kalvach, Z., & Kubů, P. (2014). *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Čevela, R., & Čeledová, L. (2010). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Dohnal, T., & Hodaň, B. (2008). *Rekreologie*. Olomouc: HANEX.
- Dolanský, H. (2008). *Věřejné zdravotnictví*. Opava: Slezská univerzita.
- Dugdill, L., Crone, D., & Murphy, R. (2009). *Physical Activity and Health Promotion: Evidence-based Approaches to Practice*. Blackwell Publishing Ltd. United Kingdom.
- Dvořáková, Z., et al. (2012). *Řízení lidských zdrojů*. C.H. Beck Praha.
- European Commission (2008). *Physical Activity Guidelines: Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity*. European Commission:

Brussels.

- Eurostat. (2016). *Labour productivity per person employed and hour worked (EU28=100)*. Retrieved 10. 10. 2016 on the World Wide Web: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcod e=tesem160&language=en>
- Fiala, Z., & Fialová, D. (2003). Zásady pohybové aktivity v primární prevenci. *Hygiena*, 48(2), 94–101.
- Fialová, D. (2006). Integrační pohybový program v primární prevenci vybraných civilizačních onemocnění. *Česká kinantropologie*, 10(1), 137–152.
- Foret, M., & Paděra, J. (2007). Zdravý životní styl a spotřeba potravin, nápojů a cigaret v České republice. *Sborník Mendelovy zemědělské a lesnické univerzity v Brně*, 23(6), 215–226.
- Fotheringham, M. J., Wonnacott, R. L., & Owen, N. (2000). Computer use and physical inactivity in young adults: Public health perils and potentials of new information technologies. *Annals of Behavioral Medicine*. 22(4), 269–275.
- Frömel, K., Bauman, A., & Nykodým, J. (2006). Intenzita a objem pohybové aktivity 15 až 69 leté populace České republiky. *Česká kinantropologie*. 1(10), 13–29.
- Haskel, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, E., Steven, N., Franklin, B. A. ... Bauman, A. (2007). Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116(9), 1081–1093.
- Hobza, V., & Šlachta, R. (2010). Uplatňování systému podpory zdraví na pracovišti v České republice. *Tělesná kultura*, 33(2), 63–81.
- Hodaň, B. (2006). *Sociokulturní kinantropologie I.: Úvod do problematiky*. Brno: Masarykova univerzita.
- Hodaň, B. (2007). *Sociokulturní kinantropologie II.: Systémové pojetí tělesné kultury*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hrubá, D., & Kunzová, Š. (2013). Chování a zdraví I – Životní styl a komplexní choroby. *Hygiena* 58(1), 23–28.
- Chaix, B., Kestens, Y., Duncan, S., Merrien, C., & Thierry, B. (2014). Active transportation and public transportation use to achieve physical activity recommendations? A combined GPS, accelerometer, and mobility survey study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 11, 124–135.
- Chenoweth, D. (2011). *Worksite Health Promotion*. Human Kinetics.

- IPAQ. (2005). *Manuál pro zpracování a analýzu dat Mezinárodního dotazníku pohybové aktivity (IPAQ) – krátká a dlouhá verze.*
- IPAQ. (2016). *IPAQ Scoring Protocol.* Retrieved 7. 10. 2016 on the World Wide Web: <https://sites.google.com/site/theipaq/scoring-protocol>
- Jakubka, J. (2010). *Zákoník práce 2010 v praxi.* Praha: Grada Publishing, a.s.
- Janečková, H., & Jirkovská, B. (2013). Pracovní podmínky a podpora zdraví v pečujících profesích. *Zdravotnictví v České republice, 3-4*, 34.
- Jeklová, M., & Reitmazerová, E. (2006). *Syndrom vzhoreni.* Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Jones, T., & Eaton, C. (1994). Cost-benefit analysis of walking to prevent coronary heart disease. *Archives of family medicine* 3(8), 703-710.
- Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost.* Olomouc: ORE Institut.
- Kirsten, W. (2010). Making the Link between Health and Productivity at the Workplace – A Global Perspective. *Industrial Health, 48*, 251–255.
- Kočí, M., Kopecká, M., & Stiebitz J. (2013). *Průvodce odborně způsobilých osob.* Nakladatelství ANAG.
- Kožená, L., & Lipšová, V. (2011). Podnik podporující zdraví – poznatky z průběhu soutěže 2005 – 2010. *Pracovní lékařství* 63, 24–28.
- Kříž, J. (2011). Prevence a ekonomika. *Hygiena, 56*(3), 89–94.
- Kubátová, D. & Machová, J. (2006). *Výchova ke zdraví pro učitele.* Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem.
- Kudláček, M., & Frömer, K. (2012). *Sportovní preference a pohybová aktivita studentek a studentů středních škol.* Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kunešová, M. (2006). Obezita v České republice: životní styl a obezita v České republice – hlavní zjištění studie. *Tisková konference.* Praha.
- Lipšová, V., Šamánek, J., & Vavřinová, J. (2005). *Kritéria kvality podpory zdraví na pracovišti.* Státní zdravotní ústav Praha.
- Mitáš, J., & Frömel, K. (2011). Pohybová aktivita dospělé populace České republiky: přehled základních ukazatelů za období 2005 – 2009. *Tělesná kultura. 34*(1), 9–11.
- Müllerová, D. (2014). *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví.* Karolinum press Praha.
- O'Donnel, M. P. (2002). *Health Promotion in the Workplace.* Delmar Thomson Learning.

- Pelclová, D. (2014). *Nemoci z povolání a intoxikace*. Praha: Karolinum.
- Pelclová, J. (2015). *Physical activity in the lifestyle of the adult and senior population in the Czech Republic*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Portál veřejné správy. *Nemocenské pojištění*. Retrieved 25. 8. 2016 on the World Wide Web: <https://portal.gov.cz/portal/obcan/situace/191/193/4547.html>
- Rodríguez, P., Kesenne, S., & Humphreys, B. R. (2011). *The Economics of Sport, Health and Happiness*. Edwar Elgar Publishing Limited, UK.
- Sigmund, E., & Sigmundová, D. (2010). *Statistická a věcná významnost a použití koeficientů velikosti účinku při hodnocení dat o pohybové aktivitě*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Sodexo. (2016). *Profil společnosti*. Retrieved 1. 9. 2016 on the World Wide Web: <http://cz.sodexo.com/home/o-nas/profil-spolecnosti.html>
- Státní zdravotní ústav: Krajská hygienická stanice Pardubického kraje. (2010). *Efektivita primární prevence nemocí*. Retrieved 9. 6. 2016 on the World Wide Web: <http://www.khspce.cz/obory-cinnosti/usek-zdravotni-politiky/ke-stazeni/>
- Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se správně hýbat*. Břeclav: Presstempus.
- Stephenson, J., Bauman, A., & Armstrong, T. (2000). *The costs of illness attributable to physical inactivity*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- Stigell, E., & Schantz, P. (2015). Active Commutin Behaviors in a Nordic Metropolitan Setting in Relation to Modality, Gender, and Health Recommendations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 12(12), 15626–15648.
- Střídecká, H., & Hlúbik, P. (2009). Program rozšířené prevence Armády České republiky. *Hygiena*. 54(4), 117–121.
- Suchomel, A., & Sigmundová, D. (2011). Pohybová aktivita mužů a žen Libereckého regionu z hlediska denních činností. *Tělesná kultura*. 34(1), 108–118.
- Svačina, Š. (2010). *Diabetologie*. Praha: Triton.
- Škoda Auto. (2016). *Proč Škoda?*. Retrieved 4. 9. 2016 on the World Wide Web: http://www.skoda-kariera.cz/proc-skoda/#ExtendableModuleWebPart_2
- Tudor-Locke, C., & Bassett, D. R. Jr. (2004). How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sport Medicine*, 34(1), 1–8.
- U.S. Department of Health and human services. (2008). *Physical Activity Guidelines for Americans*. U.S. Department of Health and Human Services: Washington.

- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2013). *Zdravotnická ročenka České republiky*. Praha: Autor.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2011). *Zdravotnická ročenka České republiky*. Praha: Autor.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2006). *Zdravotnická ročenka*. Praha: Autor.
- Vašíčková, J. (2015). *Pohybová gramotnost v České republice*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vavšincová, J. (2006). *Podpora zdraví ve světě práce: Podpora zdraví na pracovišti jako nástroj pro zlepšování a prodloužení pracovního života*. Retrieved 2. 9. 2016 on the World Wide Web: http://www.szu.cz/uploads/documents/cpl/podpora_zdravi/zdravi_ve_svete_prace.pdf
- World Health Organisation. (2013). *WHO Global Plan of Action on Workers' Health (2008 – 2017): Baseline for Implementation*. WHO: Geneva.
- World Health Organisation. (2003). *European Regional Consultation Meeting Report*. WHO: Geneva.
- World Health Organisation. (1986). *WHO – Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneve: Autor.
- Zdravý podnik. (2016). *Služby*. Retrieved 2. 9. 2016 on the World Wide Web: <http://www.zdravypodnik.cz/sluzby/>

11 PŘÍLOHY

Dotazníkové šetření

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Staroňová a jsem studentkou posledního semestru magisterského oboru Rekreatologie - Management životního stylu a zdraví na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. Touto cestou Vás žádám o vyplnění krátkého dotazníku na téma Podpora zdraví na pracovišti. Údaje zde vyplněné budou pod naprostou anonymitou použity pro zpracování výzkumu do mé diplomové práce v rámci dotazníkového šetření na uvedené téma.

Vyplnění dotazníku zabere v průměru 15 minut a je třeba vyplnit jej najednou. Vyplněním tohoto dotazníku současně udělíte svůj souhlas s následným anonymním zpracováním dat pro účely této diplomové práce.

Velmi Vám děkuji za Vaši ochotu a čas.

Kateřina Staroňová

1. Vaše pohlaví
 - muž
 - žena
2. Váš věk při posledních narozeninách: __let
3. Uveďte prosím jméno firmy, která je Vaším současným zaměstnavatelem:
 - _____
4. Vaši pracovní pozici byste zařadil/a do kategorie:
 - management
 - výroba
 - administrativa/sekretariát
 - obsluha zákazníka
 - zdravotnický a fyzioterapeutický personál
 - IT specialista
 - technický pracovník
 - jiné, prosím uveďte: ...

5. Pro stávající firmu pracujete:
 - méně než jeden rok
 - 1 – 2 roky
 - 3 – 5 let
 - 5 – 10 let
 - 10 – 20 let
 - nad 20 let
6. Vaše zaměstnání hodnotíte jako
 - sedavé (7 – 8 hodin sedavé práce denně)
 - převážně sedavé (5 – 6 hodin sedavé práce denně)
 - sedavá a fyzická práce v rovnováze
 - převážně fyzické (5 – 6 hodin fyzické práce denně)
 - fyzické (7 – 8 hodin fyzické práce denně)
7. Jak daleko je místo výkonu Vaší práce od Vašeho místa bydliště?
 - Do 1 km
 - 1 – 3 km
 - 3 – 10 km
 - 10 – 20 km
 - nad 20 km
8. Jaké pohybové aktivitě se ve svém volném čase nejčastěji věnujete:
 - běh
 - plavání
 - cyklistika
 - turistika
 - lyžování
 - raketové sporty
 - kolektivní sporty
 - fitness/posilovna
 - skupinové lekce
 - in-line
 - horolezectví/lezení na umělé stěně
 - jiné, prosím uveďte: ...

9. Cítíte, že se Váš zaměstnavatel zajímá o Vaše zdraví?
- ano
 - spíš ano
 - nedokáži posoudit
 - spíš ne
 - ne
10. Cítíte potřebu být fit pro výkon Vaší profese?
- ano
 - spíš ano
 - nedokáži posoudit
 - spíš ne
 - ne
11. Můžete si v pracovní době svévolně vybrat, kdy čerpáte pracovní přestávku z důvodu jídla či odpočinku?
- vždy
 - často
 - někdy
 - zřídka
 - nikdy
12. Které z následujících prvků jsou Vám k dispozici na pracovišti:
- odpočinková a společenská místnost pro zaměstnance
 - sprchy pro zaměstnance
 - kuchyňka pro zaměstnance
 - nabídka seminářů a přednášek o zdravém životním stylu
 - možnost výběru ze tří a více jídel v podnikovém stravovacím zařízení
 - tělocvična či jiná místnost pro chvilkový aktivní odpočinek
 - kvalitní nábytek pro výkon sedavého zaměstnání
 - kolárna pro zaměstnance
 - čistička či zvlhčovač vzduchu
 - možnost využít profesionálního poradenství (psycholog, fyzioterapeut, zdravotnická péče, ...)
 - žádné
 - jiné, prosím uveďte: ...

13. Který popis nejlépe odpovídá Vaší pracovní době?
- jednosměnný provoz
 - dvousměnný provoz
 - třisměnný provoz
 - nepřetržitý provoz
 - pružná pracovní doba
 - volná pracovní doba
14. Kolikrát za poslední rok jste čerpali nemocenskou dovolenou?
- ani jednou
 - jednou
 - dvakrát
 - více než dvakrát
15. Kolikrát za poslední rok jste čerpali řádnou dovolenou z důvodu nemoci/nevolnosti?
- ani jednou
 - jednou
 - dvakrát
 - více než dvakrát
16. Jaké další benefity vedle mzdy od zaměstnavatele dostáváte?
- žádné
 - Sodexo poukázky (Relax Pass)
 - Cafeterie
 - možnost proplacení placené pohybové aktivity zaměstnavatelem
 - příspěvky na dovolenou
 - přednášky a semináře na téma životní styl a zdraví
 - sportovní firemní akce
 - Benefit plus
 - oděvné
 - jiné, prosím uveďte: ...

17. Ocenili byste větší zájem ze strany zaměstnavatele v oblasti podpory zdraví na pracovišti?
- ano
 - je mi to jedno
 - ne
18. V kolika dnech během posledních 7 dnů jste cestoval/a motorovým dopravním prostředkem, jako např. vlakem, autobusem, autem nebo tramvají?
- _ dnů v týdnu
19. Kolik času jste obvykle strávila v jednom z těchto dnů cestováním ve vlaku, autobusu, autě, tramvaji nebo jiném motorovém dopravním prostředku (v průměru za jeden den)?
- _ hodin a _ minut denně
20. V kolika dnech během posledních 7 dnů jste jezdil/a na kole nepřetržitě alespoň 10 minut při přesunu z místa na místo?
- _ dnů v týdnu
21. Kolik času jste obvykle strávil/a v jednom z těchto dnů jízdou na kole z místa na místo (v průměru za jeden den)?
- _ hodin a _ minut denně
22. V kolika dnech během posledních 7 dnů jste chodil/a nepřetržitě alespoň 10 minut při přesunu z místa na místo?
- _ dnů v týdnu
23. Kolik času jste obvykle strávil/a v jednom z těchto dnů chůzí z místa na místo (v průměru za jeden den)?
- _ hodin a _ minut denně
24. Nezapočítávejte chůzi, kterou jste uvedl/a již dříve. V kolik dnech během posledních 7 dnů jste chodil/a nepřetržitě alespoň 10 minut ve svém volném čase?
- _ dnů v týdnu
25. Kolik času jste obvykle strávil/a chůzí v jednom z těchto dnů ve svém volném čase (v průměru za jeden den)?
- _ hodin a _ minut denně

26. Berte v úvahu pouze takovou pohybovou aktivitu, kterou jste prováděl/a nepřetržitě alespoň 10 minut. V kolika dnech během posledních 7 dnů jste prováděl/a intenzivní pohybovou aktivitu ve svém volném čase, jako např. aerobick, rychlou jízdu na kole nebo rychlé plavání?
- _ dnů v týdnu
27. Kolik času jste obvykle strávil/a v jednom z těchto dnů prováděním intenzivní pohybové aktivity ve svém volném čase (v průměru za jeden den)?
- _ hodin a _ minut denně
28. Opět berte v úvahu pouze takovou pohybovou aktivitu, kterou jste prováděl/a nepřetržitě alespoň 10 minut. V kolika dnech během posledních 7 dnů jste prováděl/a středně zatěžující pohybovou aktivitu ve svém volném čase, jako např. jízdu na kole běžným tempem, plavání běžným tempem a tenisovou čtyřhru?
- _ dnů v týdnu
29. Kolik času jste obvykle strávil/a v jednom z těchto dnů ve svém volném čase prováděním středně zatěžující pohybové aktivity (v průměru za jeden den)?
- _ hodin a _ minut denně
30. Kolik času denně jste obvykle strávil/a sezením v pracovních dnech během posledních 7 dnů?
- _ hodin a _ minut denně
31. Kolik času denně jste obvykle strávil/a sezením ve víkendových dnech během posledních 7 dnů (v průměru za jeden den)?
- _ hodin a _ minut denně
32. Jak hodnotíte úroveň Vašeho zdraví v posledních 4 týdnech:
- výborné
 - velmi dobré
 - dobré
 - uspokojivé
 - slabé

33. Je nezbytné držet během práce vysoké pracovní tempo?

- vždy
- často
- někdy
- zřídka
- nikdy

34. Pracujete ve vysokém pracovním tempu během celého dne?

- vždy
- často
- někdy
- zřídka
- nikdy

35. Jak často jste se v práci cítil/a pod tlakem/ve stresu v posledních 4 týdnech?

- vždy
- často
- někdy
- zřídka
- nikdy

36. Jak často jste se v práci cítil/a podrážděně v posledních 4 týdnech?

- vždy
- často
- někdy
- zřídka
- nikdy