



Promocja zdrowia w miejskim przedsiębiorstwie komunikacyjnym

Analiza potrzeb pracowników i poziomu akceptacji dla programu zdrowotnego opracowanego w ramach projektu JACARDI

dr n. farm. Monika Karasiewicz^{a,b} (ORCID: 0000-0002-8373-037X)

mgr Agnieszka Hinc^a (ORCID: 0009-0009-7498-5045)

mgr Paulina Józwiak^a (ORCID: 0000-0002-4402-4229)

mgr Bogusz Giernaś^a (ORCID: 0009-0004-8730-9971)

dr hab. n. o zdr. Ewelina Chawłowska^a (ORCID: 0000-0002-1966-9498)



JACARDI

Joint action
cardiovascular diseases
and diabetes

Promocja zdrowia w miejscu pracy może przynosić korzyści pracownikom, pracodawcom i społeczeństwu – zwłaszcza jeśli jest dobrze zorganizowana, dopasowana do potrzeb i możliwie kompleksowa. Obecnie da się jednak zaobserwować nierówności w dystrybucji takich działań między różnymi grupami zawodowymi – przykładowo kierowcy autobusów i motorniczowie rzadko są ich beneficjentami. W artykule przedstawiono wybrane, wstępne wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród kierowców autobusów i motorniczych oraz menedżerów miejskiego przedsiębiorstwa komunikacyjnego, a także wśród reprezentantów branżowego związku zawodowego. Badania te zrealizowano w fazie przygotowawczej pilotażu programu zdrowotnego w ramach projektu JACARDI (European Union Joint Action on Cardiovascular Diseases and Diabetes), a dotyczyły one potrzeb zdrowotnych kierowców i motorniczych oraz poziomu akceptacji dla koncepcji promocji zdrowia w przedsiębiorstwie. Dane zebrane w okresie od czerwca 2025 r. do czerwca 2026 r. wskazują na rozpowszechnienie w tych grupach zawodowych przewlekłych problemów zdrowotnych i postaw niesprzyjających zdrowiu, a także na zainteresowanie środowiska kierowców i motorniczych oraz kadry zarządzającej zaproponowanym programem zdrowotnym. W świetle tych danych i obserwacji oraz w obliczu wyzwań na rynku pracy zasadne jest rozważenie pilotażu programów promocji zdrowia dla kierowców autobusów i motorniczych w Polsce.

Słowa kluczowe: promocja zdrowia w miejscu pracy, program zdrowotny, choroby przewlekłe, czynniki ryzyka, kierowcy autobusów i motorniczowie, miejskie przedsiębiorstwo komunikacyjne, JACARDI

Health promotion at a municipal public transport company. Analysis of employee needs and acceptance of a health programme developed under the JACARDI project

Workplace health promotion can benefit employees, employers, and society, particularly when it is well organised, tailored to employees' needs, and implemented comprehensively. At present, however, disparities exist in the availability of such initiatives across different occupational groups. For example, bus and tram drivers rarely benefit from workplace health promotion programmes. This article presents selected preliminary results from a survey conducted among bus drivers, tram drivers, managers of a municipal public transport company, and representatives of the sector's trade union. The study was carried out during the preparatory phase of a pilot health programme developed within the JACARDI (European Union Joint Action on Cardiovascular Diseases and Diabetes) project and focused on the health needs of bus and tram drivers, as well as on the level of acceptance of workplace health promotion initiatives. Data collected between June 2025 and June 2026 indicate the prevalence of chronic health problems and unhealthy behaviours within these occupational groups, as well as interest in the proposed health programme among both drivers and management staff. In light of these findings and observations, and given the challenges currently facing the labour market, it is reasonable to consider piloting workplace health promotion programmes for bus and tram drivers in Poland.

Keywords: workplace health promotion, health programme, chronic diseases, health risk factors, urban transport workers, bus and tram drivers, municipal transport company, JACARDI

^aUniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej, Pracownia Zdrowia Międzynarodowego, Poznań.

^bKontakt: mkarasiewicz@ump.edu.pl, jacardi@ump.edu.pl.

Wstęp

Zdrowie jest osobistym dobrem pracownika, ale też kapitałem zakładów pracy, kluczowym zasobem gospodarki narodowej i zdrowia publicznego [1]. Praca z kolei stanowi jeden z najważniejszych czynników determinujących zdrowie człowieka [2]. Określenie „zdrowie w miejscu pracy” kładzie nacisk na dwukierunkowe, wzajemne oddziaływanie zdrowia i pracy oraz przesądza o konieczności wspierania zdrowia i dobrostanu osób zatrudnionych. Obszar ten jest również przedmiotem badań i działań zdrowia publicznego [2].

Mając na względzie te relacje pomiędzy zdrowiem i pracą, część pracodawców angażuje się w promocję zdrowia w miejscu pracy – rozumianą jako wszelkie przedsięwzięcia, które mogą być podejmowane na rzecz zdrowia pracowników, a nie są wymagane na mocy prawa. Te inicjatywy wykraczają poza obligatoryjny zakres opieki profilaktycznej medycyny pracy, bezpieczeństwa i higieny pracy oraz innych uregulowanych prawnie działań dotyczących zdrowia w pracy [3]. Promocja zdrowia w miejscu pracy oznacza wspólne wysiłki pracodawców, pracowników i społeczeństwa, mające na celu polepszenie zdrowia i samopoczucia osób pracujących dzięki poprawie organizacji pracy i środowiska pracy w połączeniu z promowaniem aktywnego uczestnictwa i ze wspieraniem rozwoju osobistego [4]. Według innej definicji promocja zdrowia stanowi połączenie edukacji zdrowotnej z interwencją organizacyjną, polityczną lub ekonomiczną, skierowaną na zmiany środowiskowe sprzyjające zdrowiu [1]. Przejawia się to w kształtowaniu odpowiedniej kultury przedsiębiorstwa, wdrażaniu strategii i procedur, wprowadzaniu zmian w środowisku pracy i akcji służących dobremu zdrowiu [1]. Według ekspertów dopasowane do potrzeb oraz strategicznie zaplanowane inwestycje w obszarze zdrowia personelu potencjalnie przynoszą zauważalne korzyści zarówno pracownikom i pracodawcom, jak i społeczeństwu [1, 5].

Promocja zdrowia w miejscu pracy może pozytywnie wpływać na kształtowanie prozdrowotnego stylu życia i profilaktykę schorzeń, redukować ryzyko chorób somatycznych i wzmacniać zdrowie psychiczne [3]. Jest jednym z narzędzi umożliwiających: zapobieganie przedwczesnemu kończeniu aktywności zawodowej, zatrzymanie na rynku pracy osób w wieku emerytalnym i przeciwdziałanie spadkowi produktywności [3]. Sprzyja też lepszemu przygotowaniu przedsiębiorstw do wyzwań związanych ze

zmianami demograficznymi [3]. Troska o zdrowie może więc pomóc w ograniczeniu odpływu kierowców i przyczyniać się do rozwoju firmy [6, 7]. Jest to istotne, ponieważ zawód kierowcy autobusu jest trwale deficytowy w Polsce i Europie, co generuje poważne konsekwencje społeczno-ekonomiczne [8–10].

Celem artykułu jest przedstawienie potrzeb zdrowotnych i poziomu akceptacji dla koncepcji promocji zdrowia kierowców autobusów i motorniczych w miejskim przedsiębiorstwie komunikacyjnym – na podstawie wybranych wyników badań ankietowych uzyskanych w fazie przygotowawczej pilotażu programu zdrowotnego w ramach projektu JACARDI. Badania te przeprowadzono wśród kierowców autobusów i motorniczych oraz menedżerów miejskiego przedsiębiorstwa komunikacyjnego, a także wśród reprezentantów branżowego związku zawodowego. Opisane wyniki i płynące z nich wnioski mogą uzupełnić aktualną wiedzę oraz pomóc w rozwijaniu dobrych praktyk wspierających zdrowie w miejscu pracy.

Potrzeby zdrowotne kierowców i motorniczych

Praca zawodowego kierowcy wiąże się z wieloma specyficznymi wymaganiami i ograniczeniami wpływającymi na zdrowie [7, 8]. Kierowcy – podobnie jak inni pracownicy zmianowi – są grupą narażoną na zwiększone ryzyko występowania chorób sercowo-naczyniowych, otyłości, cukrzycy, bezdechu sennego, stresu, schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego oraz problemów zdrowia psychicznego [8, 11, 12]. Do ogólnego złego stanu zdrowia wielu kierowców przyczyniają się czynniki stylu życia, np. nieprawidłowa dieta, brak aktywności fizycznej i palenie tytoniu [8, 12, 13]. Problemy zdrowotne mogą znacząco wpływać na funkcjonowanie w pracy i bezpieczeństwo na drodze, ponieważ intensyfikują zmęczenie i zwiększają ryzyko popełnienia błędu w sytuacji krytycznej [8, 13, 14]. Choroby układu krążenia, cukrzyca czy otyłość mogą pogarszać jakość życia oraz powodować niesprawność i ograniczenie zdolności do pracy, a niekiedy nawet wykluczać z rynku pracy (zwłaszcza gdy są późno diagnozowane lub niewłaściwie leczone). W Polsce choroby sercowo-naczyniowe od lat należą do głównych przyczyn zgonów (w tym zgonów przedwczesnych), szczególnie w populacji mężczyzn w wieku aktywności zawodowej [15].

W świetle doniesień literaturowych kierowcy zatrudnieni w przedsiębiorstwach

komunikacji miejskiej mogą być – ze względu na kontekst pracy – grupą szczególnie narażoną na skutki niekorzystnych dla zdrowia zachowań, potrzebującą ukierunkowanych działań profilaktycznych i promocji zdrowia [13, 16–19]. O konieczności wdrażania takich interwencji wspomina m.in. ubiegłoroczny raport Komisji Europejskiej [8] – według niego najbardziej obiecującymi inicjatywami są ustrukturyzowane programy wielowymiarowe. Analiza dostępnego piśmiennictwa i dobrych praktyk prowadzi jednak do wniosku, że do tej pory wspomniana grupa zawodowa nie była traktowana priorytetowo w kontekście działań promujących zdrowie [20]. Wciąż brakuje rozwiązań dopasowanych do specyfiki pracy kierowców transportu miejskiego, choć – jak się wydaje – interwencje zaprojektowane adekwatnie do sposobu myślenia i kompetencji zdrowotnych kierowców mogłyby wzbogacić ich wiedzę i poprawić wskaźniki zdrowotne [18, 21].

Mimo że dotychczas większość publikacji naukowych opisujących zdrowie kierowców zawodowych koncentrowała się przede wszystkim na kierowcach samochodów ciężarowych [7], to jednak dostępne jest również piśmiennictwo dotyczące kierowców autobusów. Stanowi ono dobry punkt wyjścia dla projektowania programów promocji zdrowia w przedsiębiorstwach komunikacji miejskiej, ponieważ dzięki wnioskom z analiz psychospołecznych warunków pracy, zagrożeń w środowisku pracy, zachowań żywieniowych i wzorców jedzenia pod wpływem emocji czy zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego pozwala lepiej zrozumieć środowisko pracy i wybrane zachowania zdrowotne kierowców [13, 19, 22, 23]. Zdrowie w kontekście chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy rzadziej było obszarem zainteresowań [17, 18]. W literaturze wielokrotnie rekomendowano wdrażanie interwencji prozdrowotnych w grupie kierowców zawodowych, nie analizowano jednak opinii zainteresowanych stron – branżowych związków zawodowych czy menedżerów. Tymczasem ich perspektywa byłaby pomocna przy opracowywaniu ukierunkowanych i angażujących strategii promujących zdrowie w miejscu pracy [1, 5, 7].

Niedostatek badań opisujących promocję zdrowia adresowaną do kierowców autobusów i motorniczych w Polsce stworzył przestrzeń dla pilotażowego programu zdrowotnego w ramach europejskiego projektu JACARDI [24]. Łączy on elementy dobrych praktyk zorientowanych na czynniki ryzyka, przeciwdziałanie oraz samoopiekę w kontekście chorób układu krążenia i cukrzycy, opisanych

w literaturze, w wielowymiarowym podejściu zaadaptowanym dla komunikacji miejskiej [5, 25–27]. Program bazuje jednocześnie na doświadczeniach i dorobku merytorycznym wiodących krajowych instytucji zajmujących się promocją zdrowia publicznego i zdrowia osób pracujących, profilaktyką chorób cywilizacyjnych oraz bezpieczeństwem i higieną pracy. Na przestrzeni pięciu miesięcy uczestnicy programu mają zapewniony dostęp do: badań profilaktycznych, poradnictwa z zakresu diety i fizjoterapii czy wsparcia ze strony praktyka dialogu motywującego i pielęgniarstwa. Działania te są sprofilowane głównie pod kątem chorób układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy. Z szerszej perspektywy jest to inicjatywa, która ma tworzyć partnerstwa dla zdrowia, angażować przedstawicieli pracowników, menedżerów i ekspertów instytucji zdrowia publicznego w celu adaptacji promocji zdrowia do kontekstu przedsiębiorstwa. Program realizowany w ramach projektu JACARDI zakłada podejście: współprojektowania, inkluzywności, systematycznego monitorowania i końcowej oceny rezultatów oraz podejmowania działań na rzecz trwałości efektów.

Materiały i metody

Badania ankietowe z wykorzystaniem autorskich kwestionariuszy przeprowadzono na etapie projektowania i wdrażania pierwszej fazy programu zdrowotnego dla kierowców autobusów i motorniczych zatrudnionych w jednym z przedsiębiorstw objętych projektem JACARDI. Dane zbierano w okresie od czerwca 2025 r. do czerwca 2026 r. Badania były anonimowe, udział w nich był dobrowolny, a respondenci zostali poinformowani o celu badań.

Opracowanie pytań do ankiet poprzedzono przeglądem literatury i konsultacjami z ekspertami z zespołu projektu JACARDI. Badania prowadzono w czterech populacjach (tab. 1).

Analizę potrzeb w zakresie promocji zdrowia wśród kierowców autobusów i motorniczych (grupa A: $n = 227$) prowadzono w okresie od czerwca 2025 r. do października 2025 r. Zastosowano dobór wygodny badanej próby¹. Kryterium włączenia do badania było zatrudnienie na stanowisku kierowcy autobusu i/lub motorniczego oraz wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu. Autorskim narzędziem badawczym była anonimowa ankieta, samodzielnie wypełniana metodą papier–ołówek lub elektronicznie poprzez platformę

1 Dobór wygodny (ang. *convenience sampling*) – nielosowa metoda doboru próby, polegająca na wyborze uczestników ze względu na ich dostępność i bliskość.

Tabela 1. Grupy objęte badaniami ankietowymi
Table 1. Groups covered by the surveys

Grupa	Opis
Grupa A ($n = 227$)	Zawodowi kierowcy autobusów i motorniczowie z miejskiego przedsiębiorstwa komunikacyjnego, objętego projektem JACARDI
Grupa B ($n = 54$)	Uczestnicy wstępnie zrekrutowani (z grupy A) do pierwszej fazy pilotażu programu zdrowotnego w ramach projektu JACARDI
Grupa C ($n = 34$)	Delegaci zrzeszeni w ogólnopolskim branżowym związku zawodowym
Grupa D ($n = 60$)	Menedżerowie miejskiego przedsiębiorstwa komunikacyjnego, objętego projektem JACARDI

EUSurvey. Kwestionariusz zawierał pytania (zamknięte, półotwarte i otwarte) dotyczące samooceny stanu zdrowia, występowania chorób przewlekłych, stylu życia, zachowań i potrzeb zdrowotnych, a także metryczkę socjodemograficzną i zawodową.

Ankieta wstępna przeprowadzona wśród osób zrekrutowanych do pierwszej fazy programu (grupa B: $n = 54$) oprócz danych uczestnika zawierała pytania (otwarte i półotwarte) dotyczące motywacji i oczekiwań oraz udziału w innych programach zdrowotnych.

Podczas obrad Zjazdu Delegatów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Kierowców i Motorniczych w Łodzi wśród przedstawicieli szesnastu miast (grupa C: $n = 34$) przeprowadzono sondaż z wykorzystaniem anonimowej, autorskiej ankiet, zawierającej dwa pytania otwarte i jedno pytanie półotwarte. Kwestionariusz rozdano wszystkim uczestnikom spotkania.

Na warsztatach dla menedżerów przedsiębiorstwa objętego pilotażem programu zdrowotnego przeprowadzono badanie ankietowe (grupa D: $n = 60$) z wykorzystaniem kwestionariusza zawierającego trzy pytania, w tym dwa autorskie i jedno zaczerpnięte z raportu Puchalskiego i Goszczyńskiej [1]. Kwestionariusz rozdano wszystkim uczestnikom spotkania.

Uzyskano oświadczenie Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (nr KB-512/25), że badania ankietowe nie noszą cech eksperymentu medycznego.

Wyniki analizy potrzeb kierowców autobusów i motorniczych w zakresie promocji zdrowia (grupa A)

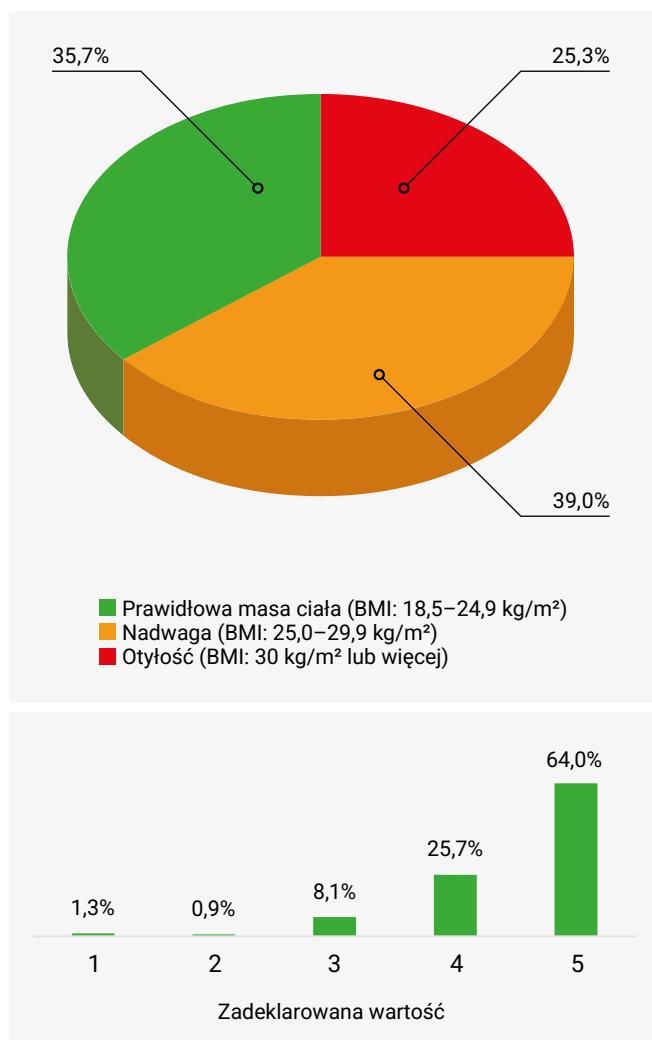
W badaniu potrzeb dotyczących promocji zdrowia wzięło udział 227 kierowców autobusów i motorniczych. Uczestnikami byli w większości mężczyźni ($n = 177$; 78% próby $n = 227$), głównie respondenci z polskim obywatelstwem ($n = 204$; 92,3% próby $n = 218$). Średnia wieku wyniosła $45,7 \pm 10$ lat, a staż pracy w zawodzie wyniósł 13,1 roku. Dominował średni poziom wykształcenia ($n = 110$; 50% próby $n = 220$).

Respondenci najczęściej oceniali swój stan zdrowia jako dobry ($n = 152$; 68,2% próby $n = 223$) lub bardzo dobry ($n = 36$; 16,1%). Spośród 225 ankietowanych 61,3% ($n = 138$) deklaroowało występowanie co najmniej jednego z analizowanych schorzeń lub czynników ryzyka zdrowotnego: nadciśnienia tętniczego, innej choroby układu krążenia, hipercholesterolemii, cukrzycy, otyłości, żylaków. U ponad połowy respondentów choroby układu krążenia lub cukrzyca występowały wśród najbliższych krewnych ($n = 115$; 55% próby $n = 209$). Zauważalnym problemem były dysfunkcje ze strony narządu ruchu. Niektórzy uczestnicy badania przyznali, że myśleli o zmianie charakteru pracy lub rezygnacji z pracy z powodu stanu zdrowia i/lub problemów ze zdrowiem ($n = 31$; 13,8% próby $n = 225$).

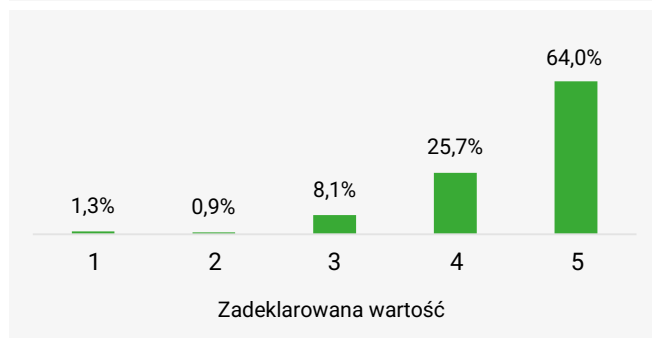
Odsetek osób zgłaszających regularne palenie tytoniu lub używanie wyrobów zawierających nikotynę wyniósł 19,7%. Jeśli chodzi o wyniki zdrowotne (dotyczące ciśnienia tętniczego, poziomu glukozy we krwi, poziomu cholesterolu oraz BMI²), część respondentów (od 3,6% próby $n = 223$ w przypadku ciśnienia tętniczego krwi do 16,5% próby $n = 206$ w przypadku BMI) nie wiedziała, w której z następujących kategorii je umieścić: prawidłowe, na granicy normy, nieprawidłowe. Ponad połowa uczestników badania ważyła się raz na miesiąc lub częściej ($n = 132$; 58,7% próby $n = 225$), a sześć na dziesięć osób twierdziło wprost, że nie zna swojego obwodu talii. Na podstawie deklarowanych wartości wzrostu i masy ciała oszacowano, że jedynie co czwarty respondent miał prawidłowe BMI, natomiast 35,7% mogło mieć otyłość. Strukturę respondentów według BMI przedstawiono na rys. 1.

Mniej niż 10% badanych osób prowadzi zdrowy styl życia, a ok. 5% nie chce lub nie jest w stanie niczego zmienić w tym zakresie. Swoją sprawność fizyczną ankietowani zazwyczaj oceniali (w skali od 1 do 5) na 3 ($n = 99$; 44% próby $n = 223$), przy czym tylko jedna czwarta osób kiedykolwiek konsultowała się z fizjoterapeutą. W zakresie zachowań żywieniowych odnotowano, że tylko 13% ($n = 29$ z próby $n = 223$) spożywa warzywa i owoce kilka razy dziennie,

2 BMI (ang. *body mass index*) – wskaźnik masy ciała.



Rys. 1. Charakterystyka respondentów według wartości BMI (na podstawie deklarowanej masy ciała i wzrostu)
Fig. 1. Characteristics of respondents by BMI categories (based on self-reported height and weight)



Rys. 2. Struktura populacji badanych ze względu na wartościowanie (przez przypisanie wag od 1 do 5) poprawy i utrzymania zdrowia
Fig. 2. Distribution of study population according to perceived importance (using a scale of 1 to 5) of maintaining and improving health status

a 16,6% ($n = 37$ z próby $n = 223$) skorzystało kiedykolwiek z porady dietetyka. Wśród kierowców autobusów i motorniczych 57% ($n = 126$ z próby $n = 221$) zadeklarowało, że obecnie w pracy robi coś (najczęściej w zakresie diety lub ruchu w trakcie przerw), aby utrzymać lub poprawić swoje zdrowie. Dla 89,7% ($n = 199$ z próby $n = 222$) utrzymanie/poprawa zdrowia stanowi ważny lub bardzo ważny aspekt (rys. 2).

W kontekście realizacji programu zdrowotnego respondenci najbardziej byli zainteresowani wsparciem w zakresie: regularnej aktywności fizycznej, utrzymania lub przywrócenia prawidłowej masy ciała, zdrowego odżywiania i regularnych kontroli zdrowia.

Wstępne wyniki dotyczące motywacji i oczekiwań uczestników programu zdrowotnego (grupa B)

Do pierwszej fazy programu zdrowotnego dla kierowców i motorniczych w ramach projektu JACARDI zgłosili się głównie mężczyźni ($n = 42$; 77,8% próby

$n = 54$). Średnia wieku wyniosła $46,7 \pm 9,2$ roku. Niemal wszyscy byli zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy.

Zdecydowana większość ($n = 40$; 74,1%) nie korzystała i nie planowała skorzystać z innego programu zdrowotnego.

Motywacjami do udziału w programie zdrowotnym były: chęć zadbania o zdrowie lub potrzeba kontroli wynikająca z wewnętrznej motywacji lub predyspozycji do chorób przewlekłych ($n = 38$; 70,4%), dolegliwości zdrowotne związane ze stylem życia ($n = 12$; 22,2%) i – po równo – wiek jako czynnik ryzyka oraz charakter pracy, który nie jest obojętny dla zdrowia ($n = 9$; 16,7%).

Uczestnicy najczęściej oczekiwali: możliwości skorzystania z porad dietetycznych ($n = 33$; 61,1%) i fizjoterapeutycznych ($n = 24$; 44,4%), redukcji masy ciała ($n = 24$; 44,4%), poprawy stanu zdrowia ($n = 21$; 38,9%), poprawy samopoczucia ($n = 11$; 20,4%) oraz – po równo – lepszej kontroli choroby przewlekłej związanej z układem krążenia i/lub cukrzycy ($n = 10$; 18,5%) oraz utrzymania lub poprawy zdolności do pracy ($n = 10$; 18,5%).

Opinie na temat założeń programu promocji zdrowia (grupy C i D)

Pilotaż programu zdrowotnego jest w trakcie wdrażania, więc wyniki ewaluacji nie są jeszcze dostępne. Z założenia interwencja jest skierowana na profilaktykę chorób układu krążenia i cukrzycę – obejmuje zwiększenie dostępu zarówno do badań profilaktycznych pomocnych w motywowaniu do zmiany zachowań zdrowotnych, jak i do poradnictwa w obszarze stylu życia, realizowanego w kontakcie bezpośrednim (indywidualnie i grupowo) oraz z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych. Koncepcja ta zyskała zainteresowanie i pozytywny odbiór ze strony uczestników obrad Zjazdu Delegatów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Kierowców i Motorniczych. Spotkanie to było okazją do zebrania anonimowych ankiet od reprezentantów 16 miast ($n = 34$). Jak sugerują pisemne odpowiedzi respondentów na otwarte pytanie ($n = 28$; 82,4%), proponowane podejście do promocji zdrowia jest unikatowe i uznawane m.in. za ciekawe, pomocne, potrzebne, przydatne czy mile widziane w innych miastach.

Założenia interwencji z zakresu promocji zdrowia w miejscu pracy były też oceniane w anonimowym badaniu ankietowym przeprowadzonym wśród menedżerów i członków zarządu przedsiębiorstwa ($n = 60$), w którym realizowany jest pilotaż w ramach projektu JACARDI. Większość respondentów ($n = 38$; 63,3%) na pytanie otwarte odpowiedziała, że ta inicjatywa: jest wartościowa i potrzebna, zwiększa świadomość zdrowotną pracowników, promuje zdrowy styl życia i wzmacnia wizerunek firmy. Ankietowane osoby podkreślały potrzebę kontynuowania i rozwijania tych działań w dłuższej perspektywie oraz rozszerzenia programu na inne grupy zawodowe i zwiększenia jego dostępności. Część menedżerów nie podzieliła się swoją refleksją na temat pilotażu programu (28,3% – brak komentarza, 8,3% – brak wystarczającej znajomości programu).

Zdaniem menedżerów ($n = 60$) na dobrostan pracowników wpływają zwłaszcza: wzmacnianie ich wiedzy na temat zdrowia, rozwijanie ich kompetencji zdrowotnych i tworzenie wspierającego środowiska pracy (tab. 2). Ponad połowa ($n = 35$; 59,3% próby $n = 59$) nie zgadza się ze stwierdzeniem, że troska o zdrowie pracowników jest ich prywatnym obowiązkiem lub obowiązkiem państwa, nie zaś firmy zatrudniającej. Niewielu kierowników ($n = 7$; 11,7% próby $n = 60$) jest zdania, że zamiast dbać o zdrowie pracowników,

firma powinna im zapewnić wyższe zarobki, by pracownicy sami się zajęli własnym zdrowiem. Nikt nie uważa, że aby dobrze zadbać o zdrowie pracowników, wystarczy przestrzegać przepisów bhp. Według 89,8% ankietowanych (*n* = 53 z próby *n* = 59) dbanie o zdrowie personelu w zakresie szerszym, niż wymaga tego prawo, stanowi inwestycję w rozwój organizacji.

Dyskusja

Wyniki zaprezentowane w artykule są zgodne z dotychczasowymi doniesieniami: populacja kierowców, mimo że z reguły subiektywnie ocenia swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, jest grupą zawodową zgłaszającą znaczne rozpowszechnienie czynników ryzyka i przewlekłych problemów zdrowotnych. W badaniu własnym 84,3% ankietowanych kierowców autobusów i motorniczych uznało swój stan zdrowia za dobry lub bardzo dobry (dla porównania w pracy Brodie i in. z 2021 r. [18] dobre, bardzo dobre lub doskonałe zdrowie deklarowało 79,3% respondentów), a jednocześnie 61,3% zgłosiło występowanie co najmniej jednego problemu zdrowotnego. W pracy Złotkowskiej i in. z 2011 r. zanotowano, że wśród schorzeń wymienianych przez kierowców autobusów (*n* = 113) najczęstsze były nadciśnienie tętnicze (29,2%) i zaburzenia gospodarki lipidowej (12,4%) [17]. Pomiar przeprowadzone przez zespół Złotkowskiej wykazały, że odsetek osób z podwyższonymi wartościami ciśnienia tętniczego krwi wyniósł

48,7%, przekroczenie normy cholesterolu całkowitego zaobserwowano u 66,4% osób, a glikemii – u 24,8%. Podobnie w artykule Chowańca z 2021 r. przytoczono literaturę wskazującą na wysokie narażenie kierowców zawodowych na choroby sercowo-naczyniowe [19]. Jak wynika z danych zawartych w tej publikacji, 94% kierowców autobusów potwierdziło, że wykonywany przez nich zawód jest obciążony wysokim poziomem ryzyka [19]. Zgodnie z deklaracjami kierowców autobusów i motorniczych dotyczącymi wzrostu i masy ciała można uznać, że w tym środowisku problem nadmiernej masy ciała (zidentyfikowany na podstawie kalkulacji BMI) jest bardzo powszechny. Zaledwie 25,3% ankietowanych osób miało wynik prawidłowy, natomiast 39% miało nadwagę, a u 35,7% można było podejrzewać otyłość. We wcześniejszym doniesieniu Złotkowskiej i in. 18,6% kierowców miało prawidłowe wartości BMI, a 31,9% – wartości świadczące o otyłości [17]. Jeszcze wyższą częstość występowania otyłości (58,8%) odnotowano wśród australijskich kierowców autobusów – jedynie 15,7% miało prawidłową wartość BMI [18]. Różnice te można tłumaczyć m.in. wyższą średnią wartością wieku respondentów – w przypadku Brodie i wsp. [18] wynosiła ona 52 lata, a w badaniu autorskim – 45,7 roku. W przedsiębiorstwie objętym projektem JACARDI zaobserwowano, że przypisywanie zdrowiu dużego znaczenia współwystępuje z niektórymi niekorzystnymi zachowaniami zdrowotnymi lub z ograniczoną wiedzą na temat własnych

parametrów zdrowotnych. Może to wskazywać na: niewystarczającą dostępność lub skuteczność edukacji zdrowotnej, ograniczone korzystanie z profilaktyki oraz utrudnioną umiejętność zarządzania zdrowiem w świetle wymagań, jakie stawia praca. Problemem pozostaje np. uzależnienie od wyrobów zawierających nikotynę – w badaniu autorskim regularnie sięgało po nie 19,7% osób (w porównaniu z 31,3% odnotowanym przez Złotkowską i in. [17]). Niski odsetek osób deklarujących zdrowy styl życia, a także ograniczone spożycie warzyw i owoców oraz ostrożna ocena sprawności fizycznej znajdują odzwierciedlenie w innych obserwacjach [18]. W populacji kierowców i motorniczych ankietowanych na potrzeby projektu JACARDI tylko 13,0% spożywało warzywa i owoce kilka razy dziennie. Dla porównania, w australijskim badaniu co najmniej dwie porcje owoców dziennie miało w diecie 44,0% respondentów, a minimum pięć porcji warzyw dziennie – 11,0% [18]. Z badań Baran i in. opublikowanych w 2026 r. wynika, że kierowcy autobusów miejskich mimo wszystko mają zdrowe nawyki żywieniowe niż kierowcy autobusów dalekobieżnych [13]. W literaturze podkreśla się zasadność projektowania interwencji prozdrowotnych dostosowanych do specyficznych potrzeb, w tym dotyczących przygotowywania zdrowych posiłków czy pogłębiania wiedzy na temat strategii radzenia sobie ze stresem [13, 18]. Istnieje też zapotrzebowanie na działania z zakresu profilaktyki zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego [23].

Tabela 2. Promocja zdrowia z perspektywy menedżerów miejskiego przedsiębiorstwa komunikacyjnego
Table 2. Managerial perspective on workplace health promotion in municipal public transport company

Pytanie		Próba	Odpowiedź		<i>n</i>	%
Jakie podejścia w zakresie promocji zdrowia w miejscu pracy mogłyby się przełożyć najbardziej na dobrostan pracownika (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)?		<i>n</i> = 60	Wzmocnianie wiedzy i umiejętności pracowników o zdrowiu		38	63,3
			Tworzenie wspierającego zdrowie środowiska pracy		38	63,3
			Wdrażanie polityk wspierających dobrostan pracownika		17	28,3
			Stosowanie zachęt (motywowanie pracownika)		35	58,3
			Inna odpowiedź		4	6,7
Proszę o ustosunkowanie się do poniższych stwierdzeń.*	a) Troska o zdrowie pracowników to obowiązek ich samych lub państwa, a nie zadanie zatrudniającej ich firmy.	<i>n</i> = 59	Tak		16	27,1
			Nie		35	59,3
			Trudno powiedzieć		8	13,6
	b) Zamiast dbać o zdrowie pracowników, firma powinna dać im więcej zarobić, by sami się nim zajęli.	<i>n</i> = 60	Tak		7	11,7
			Nie		43	71,7
			Trudno powiedzieć		10	16,7
	c) By dobrze zadbać o zdrowie pracowników, wystarczy przestrzegać przepisów bhp.	<i>n</i> = 60	Tak		0	0
			Nie		56	93,3
			Trudno powiedzieć		4	6,7
	d) Dbanie o zdrowie personelu, idące dalej, niż wymaga prawo, to inwestycja w przyszłość i rozwój organizacji.	<i>n</i> = 59	Tak		53	89,8
			Nie		1	1,7
			Trudno powiedzieć		5	8,5

* Pytanie zostało zaczerpnięte z raportu [1] i wykorzystane w badaniu w niezmienionej formie.

W opisanym badaniu własnym 13,8% kierowców autobusów i motorniczych zadeklarowało, że z powodu stanu zdrowia i/lub problemów ze zdrowiem myślało o zmianie charakteru pracy lub rezygnacji z pracy. Natomiast według Chowańca zwolnienie się z pracy kiedykolwiek rozważało 71% respondentów, przy czym 18% – z powodu męczącej i stresującej pracy, często wykonywanej w pośpiechu, a 5% – z powodu dolegliwości zdrowotnych [19]. W badaniu Brodie i in. 14,2% kierowców autobusów zgłaszało, że nie chce lub nie potrzebuje zmian w obszarze zachowań zdrowotnych [18], podczas gdy w badaniu autorskim ten odsetek wyniósł ok. 5%. Jak wiadomo na podstawie obserwacji Brodie i in., ze sformułowaniem, że łatwo jest być aktywnym fizycznie w czasie dnia pracy, nie zgadzało się 35,1% kierowców autobusów, a ze zdaniem, że łatwo jest zdrowo się odżywiać w czasie dnia pracy – 27,5% [18]. Obecne badanie sugeruje, że 57% kierowców autobusów i motorniczych robi coś w pracy dla utrzymania i/lub poprawy swojego zdrowia (dba o dietę lub odpowiednią dawkę ruchu). Wcześniej wykazano, że zdolność kierowców do wprowadzania pozytywnych zmian silnie zależy od czynników organizacyjnych, strukturalnych i osobistych, co powinno zostać uwzględnione w ukierunkowywaniu promocji zdrowia w miejscu pracy [3, 18].

W badaniu własnym najczęściej wskazywane przez menedżerów podejścia w zakresie promocji zdrowia w miejscu pracy o potencjale wpływu na dobrostan pracownika dotyczyły wzmacniania wiedzy i umiejętności o zdrowiu oraz tworzenia wspierającego zdrowie środowiska pracy. Według Brodie i in. to sami kierowcy (a nie miejsca pracy czy branża transportowa) powinni ponosić największą odpowiedzialność za zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną (80,0%) [18]. Warto nadmienić, że ponad połowa menedżerów w firmie objętej projektem JACARDI (59,3%) nie zgodziła się ze stwierdzeniem, że troska o zdrowie pracowników jest obowiązkiem ich samych lub państwa, nie zaś firmy zatrudniającej. W raporcie z reprezentatywnego badania opinii kadry na temat odpowiedzialności firmy za troskę o zdrowie pracowników wyżej wspomnianemu sformułowaniu zaprzeczyło 40,3% ankietowanych [1]. Ze zdaniem, że dbanie o zdrowie personelu w zakresie wykraczającym poza wymagania prawa stanowi inwestycję w przyszłość i rozwój organizacji, zgodziło się 89,8% menedżerów ankietowanych w ramach badania projektu JACARDI, podczas gdy w raporcie Puchalskiego i in. z 2025 r. jest mowa o 41,4% [1]. Różnica ta może wynikać z faktu, że

badanie własne wśród menedżerów było poprzedzone prelekcją na temat założeń programu zdrowotnego dla kierowców i motorniczych. Z wcześniejszych badań Puchalskiego i in. wynika, że do najczęstszych przyczyn podejmowania nieobligatoryjnych działań prozdrowotnych przez firmy należą: chęć podniesienia produktywności i efektywności pracy, osobista postawa dyrektora/prezesa, empatyczna potrzeba zarządu, by zadbać o pracowników, chęć pokazania pracownikom, że firma troszczy się o ich zdrowie, chęć rozwijania dobrych relacji społecznych i wzmocnienia morale [1]. Podobne wyniki uzyskali Brodie i in., wykazując, że menedżerowie postrzegają działania na rzecz zdrowia kierowców jako korzystną inwestycję, choć dostrzegają też liczne bariery utrudniające ich realizację [18].

Programy promocji zdrowia skierowane do kierowców zawodowych powinny być zróżnicowane i dostosowane do specyfiki pracy [7, 13]. Literatura potwierdza, że pracodawcy mają duże potrzeby dotyczące ich wsparcia w realizacji programów promocji zdrowia [3, 18]. Wśród trudności w firmach wymienia się ograniczony dostęp do wiedzy eksperckiej oraz nierówności we wdrażaniu promocji zdrowia w zależności od kondycji zakładu pracy, liczebności personelu i charakteru pracy. Obecnie zaledwie 8% firm gromadzi i analizuje informacje charakteryzujące zbiorczo obraz zdrowia personelu – szerzej niż w kontekście absencji czy obowiązkowej oceny ryzyka. Niewiele z tych firm udostępnia pracownikom swoje ustalenia, a tylko w co drugiej są one przedstawiane zarządowi czy dyrekcji [28]. Firmy, które wykazują aktywność w promocji zdrowia w miejscu pracy, nie przywiązują wystarczającej wagi do oceny podejmowanych działań [3]. Barrierami wydają się więc względy finansowe, organizacyjne i merytoryczne oraz nieadekwatność interwencji do potrzeb grupy docelowej [1, 18, 28]. Projektowanie programów we współpracy przedsiębiorstw z sektorem nauki może pomóc w wypracowaniu dobrych praktyk i pokonywaniu problemów z realizacją nieobligatoryjnych interwencji dla zdrowia w miejscu pracy.

Wśród mocnych stron przedstawionych w artykule badań można wymienić:

- analizę potrzeb zdrowotnych i poziomu akceptacji promocji zdrowia w grupie zawodowej, która jest niewystarczająco poznana w kontekście profilaktyki chorób układu krążenia i cukrzycy;
- uwzględnienie perspektywy kierowców autobusów i motorniczych, menedżerów oraz przedstawicieli związku zawodowego;

- aplikacyjny charakter i możliwość wykorzystania do współprojektowania interwencji zdrowotnej realizowanej w ramach międzynarodowego projektu JACARDI.

Ograniczenia, które należy wziąć pod uwagę przy interpretacji wyników i wniosków, obejmują przekrojowy charakter badań, deklaratorywność danych, wygodny dobór próby ankietowanych kierowców autobusów i motorniczych oraz brak grupy porównawczej, a ponadto – pozyskanie opinii wyłącznie od menedżerów przedsiębiorstwa objętego projektem JACARDI oraz delegatów tylko jednego ogólnopolskiego branżowego związku zawodowego.

Podsumowanie

Przedstawione w artykule wyniki w połączeniu z analizą dostępnej literatury potwierdzają, że wskazywana przez innych autorów potrzeba realizacji programów zdrowotnych adresowanych do kierowców transportu miejskiego pozostaje aktualna i niezaspokojona. Choć konieczne są dalsze badania, obejmujące większe populacje uczestników oraz szersze grono kluczowych podmiotów, zaobserwowano akceptację dla pilotażowego wdrażania strategii promocji zdrowia kierowców autobusów i motorniczych. Szansę na wypracowanie dobrych praktyk zwiększają partnerstwa pracodawców z sektorem nauki.

Projekt JACARDI otrzymał dofinansowanie z programu EU4Health 2021–2027 na podstawie umowy grantowej nr 101126953.

Poglądy i opinie wyrażone w niniejszej publikacji są wyłącznie poglądami i opiniami autorów i nie muszą odzwierciedlać stanowiska Unii Europejskiej oraz Europejskiej Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia i Cyfryzacji (HaDEA). Ani Unia Europejska, ani HaDEA nie mogą ponosić za nie odpowiedzialności.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Puchalski K., Goszczyńska E., *Ruch w interesie zdrowia. Promocja zdrowia i aktywności fizycznej w zakładach pracy w Polsce. Wyniki reprezentatywnego badania 1032 średnich i dużych firm*, Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, 2025.
- [2] Pokorski J., Sakowski P., Golinowska S., *Zdrowie w pracy*, [w:] S. Golinowska [red.], *Zdrowie publiczne. Wymiar społeczny i ekologiczny*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2022.
- [3] Goszczyńska E., Puchalski K., Janiszewska-Desperak M., *Raport zawierający zestawienie istniejących opracowań dotyczących zachowań sprzyjających zdrowiu pracowników możliwych do wykorzystania w projekcie. Analiza międzynarodowej literatury naukowej na temat skuteczności programów promocji zdrowia w zakładach pracy w kontekście starzenia się populacji wraz z rekomendacjami dotyczącymi potrzeb i możliwości wdrożenia takich programów w warunkach polskich w obecnej i ewentualnie przyszłej edycji NPZ*, Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, 2022.

[4] *Healthy Employees in Healthy Organisations*, European Network for Workplace Health Promotion, 2018; <https://www.enwhp.org/?i=portal.en.mission-and-vision>.

[5] Rantala E., Lindström J., Valve P., *Fostering employees' wellbeing, health, and work participation: Toolkit for workplaces*, Helsinki: CHRODIS PLUS Joint Action, 2020; <https://chrodis.eu/wp-content/uploads/2021/01/chrodis-plus-d8.2-toolkit-for-workplaces.pdf>.

[6] Świeboda J. i in., *50 sposobów jak zatrzymać kierowcę w firmie i doprowadzić do jej rozwoju*, Wrocław: Polski Instytut Transportu Drogowego, 2023.

[7] Guest A.J., i in., *Cardiometabolic risk factors and mental health status among truck drivers: a systematic review*, „BMJ Open”, 2020, 10: e038993; doi: 10.1136/bmjopen-2020-038993.

[8] *Road safety thematic report – Professional Drivers of HGVs and buses*, Brussels: European Road Safety Observatory, European Commission, Directorate General for Transport, 2025.

[9] Sas P., Surmiak Ł., *Barometr zawodów 2026. Raport podsumowujący badanie w Polsce. Prognoza zapotrzebowania na pracowników*, Kraków: Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie, 2025; <https://barometrzawodow.pl/#>.

[10] *Intelligence Briefing: Driver Shortage Report 2023, Passenger – Europe. Executive Summary*, Geneva: International Road Transport Union, 2023.

[11] Greenfield R. i in., *Truck drivers' perceptions on wearable devices and health promotion: a qualitative study*, „BMC Public Health”, 2016, 16: 677; doi: 10.1186/s12889-016-3323-3.

[12] Cendales V. i in., *Mental health outcomes among urban public transport workers: A systematic literature review*, „Journal of Transport & Health”, 2024, 36: 101804; doi: 10.1016/j.jth.2024.101804.

[13] Baran P. i in., *Eating behaviour and emotional eating patterns of urban and long-distance bus drivers – a comparative analysis using the HUEBS, SSES and SEES scales*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine”, 2026, 33(1): 67–74; doi: 10.26444/aaem/207736.

[14] Najmiec A., Kapica Ł., *Uwarunkowania bezpieczeństwa ruchu drogowego. Przyczyny zaburzeń uwagi kierowców. Poradnik dla kierowców zawodowych*, Warszawa: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, 2025.

[15] Wojtyniak B., Smaga A., Goryński P., *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025*, Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, 2025.

[16] Najmiec A., *Psychospołeczne warunki pracy kierowcy autobusu komunikacji miejskiej*, „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka”, 2012, 11: 7–11.

[17] Złotkowska R. i in., *Częstość występowania i czynniki ryzyka chorób układu krążenia w populacji kierowców autobusów miejskich*, „Medycyna Środowiskowa”, 2011, 14(3): 49–53.

[18] Brodie A. i in., *Australian bus drivers' modifiable and contextual risk factors for chronic disease: A workplace study*, „PloS one”, 2021, 16(7): e0255225; doi: 10.1371/journal.pone.0255225.

[19] Chowaniec M., *Zagrożenia w środowisku pracy kierowcy zawodowego na przykładzie Miejskiego Przedsiębiorstwa Komunikacyjnego w Nowym Sączu*, „Transport Miejski i Regionalny”, 2021, 11–12: 3–11.

[20] *Best Practice Portal on Public Health*, Brussels: Directorate-General for Health and Food Safety, 2026; <https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal>.

[21] Varela Mato V. i in., *The Impact of a Novel Structured Health Intervention for Truckers (SHIFT) on Physical Activity and Cardiometabolic Risk Factors*, „Journal of Occupational and Environmental Medicine”, 2018, 60(4): 368–376; doi: 10.1097/JOM.0000000000001128.

[22] Kapica Ł., Najmiec A., Baka Ł., *Psychosocial working conditions of urban and long-distance bus drivers*, „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka”, 2022, 4: 18–22; doi: 10.54215/BP.2022.04.10.Kapica.

[23] Makki F. i in., *Musculoskeletal disorders among bus drivers: a systematic review and meta-analysis*, „International Journal of Occupational Safety and Ergonomics”, 2026, 32(1): 58–66; doi: 10.1080/10803548.2025.2499350.

[24] Strona internetowa projektu JACARDI; <https://jacardi.eu>.

[25] Clemes S.A. i in., *The effectiveness of the Structured Health Intervention For Truckers (SHIFT): a cluster randomised controlled trial (RCT)*, „BMC Medicine”, 2022, 20(1): 195; doi: 10.1186/s12916-022-02372-7.

[26] Chang S.L. i in., *Quasi-experimental design for using an interactive social media intervention program to improve truck drivers' health beliefs and eating behaviors*, „BMC Public Health”, 2022, 22(1): 1486; doi: 10.1186/s12889-022-13883-6.

[27] Sorensen G. i in., *Tobacco use cessation and weight management among motor freight workers: results of the gear up for health study*, „Cancer Causes & Control”, 2010, 21(12): 2113–2122; doi: 10.1007/s10552-010-9630-6.

[28] Goszczyńska E., Korzeniowska E., Puchalski K., *Zarządzanie zdrowiem personelu w kontekście starzenia się społeczeństwa. Raport z reprezentatywnego badania 1000 średnich i dużych zakładów pracy w Polsce*, Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, 2018.



19 WRZEŚNIA

DZIEŃ PRACOWNIKA SŁUŻBY BHP