

**Η ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ
ΜΕΓΑΛΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ-
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΘΥΜΙΩΝ, ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΓΙΑ ΑΘΛΗΣΗ-ΚΙΝΗΣΗ
ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ.**

του

Στέφανου Όκκα

Μεταπτυχιακή διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για τη μερική
εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του
Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Άσκηση και Ποιότητα Ζωής» των
Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Δημοκρίτειου Παν/μίου
Θράκης και του Παν/μίου Θεσσαλίας στην κατεύθυνση «Φυσική Δραστηριότητα και
Αθλητική Αναψυχή».

Τρίκαλα

2011

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

1ος Επιβλέπων: Κουθούρης Χαρίλαος, Επίκ. Καθηγητής, ΠΘ

2ος Επιβλέπων: Κώστα Γεώργιος, Αναπληρωτής Καθηγητής, ΔΠΘ

3ος Επιβλέπων: Αλεξανδρής Κωνσταντίνος, Επίκ. Καθηγητής, ΑΠΘ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Όκκας Στέφανος: Η ενίσχυση της προαγωγής υγείας στον εργασιακό χώρο μεγάλων οργανισμών μέσα από την καταγραφή-διερεύνηση επιθυμιών, συμπεριφορών για άθληση-κίνηση και στοιχείων υγείας Ελλήνων εργαζομένων.

(Κάτω από την επίβλεψη του κ. Χαρίλαου Κουθούρη, Επίκουρου Καθηγητή)

Σκοπός της έρευνας ήταν να καταγραφούν οι επιθυμίες, οι αθλητικές-κινητικές συμπεριφορές και στοιχείων υγείας Ελλήνων εργαζομένων μεγάλων οργανισμών, ώστε να αναδείξει τρόπους και ενέργειες για μέτρα-πράξεις που θα προάγουν την υγεία τους και θα συμβάλουν σε οργανωτικά θέματα ανάπτυξης του εργασιακού-εταιρικού αθλητισμού τόσο σε εσωτερικό πλαίσιο ως μέρος του μοντέλου διαχείρισης υγείας στον εργασιακό χώρο όσο και σε ένα ευρύτερο πλαίσιο του τομέα 'Άθλησης για Όλους'. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 333 ενήλικες (180 άντρες, 153 γυναίκες), ανεξαρτήτου ηλικίας, που ασκούσανε καθιστικό επάγγελμα σε 6 μεγάλους δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς και επιχειρήσεις στην περιοχή της Αττικής. Χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αναπτυγμένο από το σύνδεσμο αθλητισμού επιχειρήσεων της Βιέννης προσαρμοσμένο για τις ανάγκες της έρευνας. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι το 78.7% των εργαζομένων ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας, επιθυμεί να συμμετέχει σε προγράμματα ευεξίας μέσω αθλητικών κινητικών ομάδων και 69.7% επιθυμεί τη συνεργασία με το ιατρό εργασίας. Η πλειονότητα των εργαζόμενων που συμμετείχαν στην έρευνα ανεξαρτήτου οργανισμού/επιχείρησης και πολιτικής για την προαγωγή υγείας που ακολουθείται στον χώρο εργασίας, έχουν αρκετές επιθυμίες αλλά και ανάγκες για ανάπτυξη και συντονισμό ποικίλων δράσεων με στόχο τη βελτίωση της υγείας τους και της ποιότητας ζωής τους. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων θα δώσει την δυνατότητα για καλύτερο σχεδιασμό προγραμμάτων υγείας-κίνησης-αναψυχής εργαζομένων.

Λέξεις κλειδιά: διαχείριση υγείας στον εργασιακό χώρο, εργασιακός-εταιρικός αθλητισμός, εταιρικά προγράμματα ευεξίας, φυσική δραστηριότητα εργαζομένων

ABSTRACT

Okkas Stefanos: The enhancement of health promotion in the workplace in large organizations through the registration-investigating desires, behaviors for sports-exercise and health elements of Greek employers.

(Under the supervision of Charilaos Kouthouris, Assistant Professor)

The aim of this research was to record the needs, the sports-motor behaviors and health elements of Greek employers in large organizations. Also demonstrates ways and actions for creating corporate wellness programs and the analysis of these elements will contribute to organizational development issues in the company sports. This research will help as part of the model “worksite health management” and also as in a wider context of the 'Sports for All'. The sample consisted of 333 adults (180 men, 153 women), regardless of age, who were having sitting job in 6 major public and private organizations and companies in the Attica region. It was used a questionnaire which developed by the company sports association of Vienna and adapted for the needs of this research. The results showed that the 78.7% of the employers regardless of gender and age would be pleased to participate in corporate wellness programs through sports-motor teams and the 69.7% would be pleased to cooperate with the company doctor. The majority of employers, who participated to this research regardless organization/company policy for worksite health promotion, had several desires and needs for development and coordination of various activities in order to improve their health and quality of life. The analysis of these results will give the opportunity for better planning of health-motor-recreation programs of the employers.

Key-Words: Worksite health management, company sport, corporate fitness, corporate wellness programs, physical activity employers

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Την εργασία την αφιερώνω στην οικογένειά μου για τη στήριξη, την υπομονή και την κατανόηση της και στους εκλιπόντες γονείς μου για τα εφόδια της πίστης και αφοσίωσης για μια καλύτερη ζωή.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|-----|
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | |
| ABSTRACT | |
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ | |
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ | ii |
| ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ | iv |
| ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ | v |
| ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ | vii |
| | |
| I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 1 |
| Σκοπός της έρευνας | 3 |
| Σημασία της έρευνας | 3 |
| Λειτουργικοί ορισμοί | 4 |
| Περιορισμοί-οριοθετήσεις | 5 |
| Ερευνητικές υποθέσεις | 5 |
| | |
| II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ | 6 |
| Θεώρηση της υγείας και η σχέση της με την αθλητική-κινητική δραστηριότητα .. | 6 |
| Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις σε σχέση με τις δραστηριότητες του εργασιακού-εταιρικού αθλητισμού | 7 |
| Αντιλήψεις και συσχετισμοί οφελών ανάμεσα στην άσκηση και στην ψυχική υγεία | 11 |
| Σύγχρονη θεώρηση για τη σχέση και τη λειτουργία της προαγωγής υγείας στον εργασιακό χώρο | 14 |
| Λειτουργίες προγραμμάτων του εργασιακού-εταιρικού αθλητισμού (Ε.Α.) και η οργανωτική του διάσταση | 23 |
| Οι δραστηριότητες του Ε.Α. στην κατεύθυνση της υγείας-κίνησης-αναψυχής και οφέλη αυτών | 28 |

| | |
|---|----|
| III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ | 33 |
| Δείγμα | 33 |
| Δειγματοληψία | 33 |
| Όργανο μέτρησης – Διαδικασία | 33 |
| Στατιστική ανάλυση | 33 |
| IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ | 35 |
| Στοιχεία για την επιχείρηση/οργανισμό | 35 |
| Στοιχεία για την αθλητική, κινητική συμπεριφορά των εργαζομένων. | 39 |
| Στοιχεία για την υγεία των εργαζομένων | 45 |
| Δημογραφικά στοιχεία | 50 |
| Αναλύσεις μεταβλητών σε σχέση με τις ηλικιακές κατηγορίες και τον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) | 54 |
| Πρώτο μέρος ερωτηματολογίου-Στοιχεία για την επιχείρηση/οργανισμό | 54 |
| Δεύτερο μέρος ερωτηματολογίου-στοιχεία αθλητικής/κινητικής συμπεριφοράς .. | 55 |
| Τρίτο μέρος ερωτηματολογίου – Στοιχεία Υγείας | 57 |
| V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ | 62 |
| VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 70 |
| VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 72 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

| | |
|--|----|
| Πίνακας 1. Περιγραφική στατιστική ανάλυση: Προϋποθέσεις υγείας στην εργασία. | 35 |
| Πίνακας 2. Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στις προϋποθέσεις υγείας στην εργασία | 36 |
| Πίνακας 3. Περιγραφική στατιστική ανάλυση: Τρόπους ενημέρωσης | 37 |
| Πίνακας 4. Διαφορές μεταξύ φύλων στην ερώτηση «Πως θα διαβαθμίζατε εσείς την εργασία σας;» | 39 |
| Πίνακας 5. Περιγραφική στατιστική ανάλυση για κατανομή χρόνου σε ώρες για άθληση και κινητική αναψυχή | 40 |
| Πίνακας 6. Περιγραφική στατιστική ανάλυση ηλικίας, βάρους και ύψους των εργαζομένων | 51 |
| Πίνακας 7. Περιγραφική στατιστική ανάλυση ηλικίας, βάρους και ύψους των δύο φύλων | 51 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

| | |
|--|----|
| Σχήμα 1. Κατευθύνσεις της διαχείρισης υγείας στον εργασιακό χώρο κατά Rudow (2004) | 15 |
| Σχήμα 2. Προαγωγή της υγείας και καταμερισμός των εννοιών κατά Ahrens (2004). | 16 |
| Σχήμα 3. Το κέντρο βάρους και οι επιλογές της Δ.Υ.Ε.Χ. κατά τους Badura και Steinke (2009) | 18 |
| Σχήμα 4. Πυραμίδα δράσης της Δ.Υ.Ε.Χ κατά τους Badura και Steinke (2009) | 19 |
| Σχήμα 5. “Το οίκημα της εργασιακής ικανότητας ” κατά τους Ilmarinen και Tempel (2002) | 21 |
| Σχήμα 6. Μοντέλο ενσωματωμένης διαχείρισης υγείας στον εργασιακό χώρο κατά την Wienemann (2011) | 22 |
| Σχήμα 7. Οργανωτικές μορφές του Ε.Α. κατά τον Tofahrn (1991) | 24 |
| Σχήμα 8. Δομές για αθλητικές και κινητικές ευκαιρίες στη λειτουργία των εταιριών και του εργασιακού βίου κατά τους Huber και Hahn (1996) | 26 |
| Σχήμα 9. Η μορφή του Ε.Α. κατά τον Luh (1998) | 27 |
| Σχήμα 10. Κύκλος διαδικασιών της διαχείρισης της υγείας στον εργασιακό χώρο.. | 32 |
| Σχήμα 11. Ποσοστά επιθυμιών των εργαζομένων για μέτρα-πράξεις | 37 |
| Σχήμα 12. Τομείς συνεργασίας για εφαρμογή δράσεων | 38 |
| Σχήμα 13. Συμμετοχή σε κατηγορίες αθλητικών/κινητικών δράσεων κατά περιόδους | 42 |
| Σχήμα 14. Συμμετοχή σε οργανωμένα πλαίσια εξάσκησης αθλημάτων | 43 |
| Σχήμα 15. Λόγοι που εμποδίζουν για περισσότερο επιθυμητή κινητική-αθλητική αναψυχή | 45 |
| Σχήμα 16. Καταγραφή συχνότερου μέσου μετακίνησης των εργαζομένων για την εργασία | 48 |
| Σχήμα 17. Κατηγορίες συμμετεχόντων βάση υπολογισμού δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) | 52 |
| Σχήμα 18. Ηλικιακές κατηγορίες και Δείκτης Μάζας Σώματος | 53 |
| Σχήμα 19. Συχνότητα ενοχλήσεων στη ράχη/αυχένα για τις ηλικιακές κατηγορίες.. | 57 |

| | |
|---|----|
| Σχήμα 20. Συχνότητα ενοχλήσεων στη ράχη/αυχένα για τις κατηγορίες ΔΜΣ | 57 |
| Σχήμα 21. Αντίληψη της Ποιότητας Ζωής | 71 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

| | |
|------------------|---|
| Α.Κ.Ο | Αθλητικές Κινητικές Ομάδες |
| Γ.Γ.Α | Γενική Γραμματεία Αθλητισμού |
| Δ.Μ.Σ | Δείκτης Μάζας Σώματος |
| Δ.Υ.Ε.Χ | Διαχείριση Υγείας στον Εργασιακό Χώρο |
| Ε.Α | Εργασιακός-Εταιρικός Αθλητισμός |
| Π.Υ.Ε.Χ | Προαγωγή Υγείας στον Εργασιακό Χώρο |
| Π.Υ.Κ.Α.Ε | Προγράμματα Υγείας-Κίνησης-Αναψυχής Εργαζομένων |
| Π.Ο.Υ | Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας |

**Η ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ
ΜΕΓΑΛΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ-ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ
ΕΠΙΘΥΜΙΩΝ, ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΓΙΑ ΑΘΛΗΣΗ-ΚΙΝΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ.**

Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (WHO, 1986) όρισε την προαγωγή υγείας ως «τη διαδικασία και την διευκόλυνση που παρέχει σε άτομα και κοινότητες ανθρώπων να αυξήσουν τον έλεγχο πάνω στους παράγοντες που επιδρούν στην υγεία τους και έτσι να βελτιώσουν την υγεία τους». Σε συνέχεια της διακήρυξης στην Οτάβα ήρθε να συμπληρώσει η διακήρυξη της Μπανγκόκ (WHO, 2005) την αναπτυξιακή κατεύθυνση της προαγωγής υγείας. Η μεγάλη διαφορά από την προηγούμενη διακήρυξη είναι η γενική παγκόσμια θέση, η οποία τονίζει, ότι ένα από τα θεμελιώδη δίκαια όλων των ανθρώπων χωρίς διακρίσεις, είναι η κατάκτηση ενός όσο το δυνατόν υψηλού επιπέδου υγείας. Ακόμη τονίζεται ότι για να κατακτηθούν τα επόμενα βήματα είναι αναγκαίες ισχυρές πολιτικές δράσεις, μεγάλη συμμετοχή και ένα συνεχιζόμενο ενδιαφέρον των αντιπροσώπων.

Την ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας σε δημόσιες και ιδιωτικές επιχειρήσεις, τα οποία μπορούν να μειώσουν τις ασθένειες και τις απουσίες των εργαζομένων έως και 36%, τονίζει το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Προαγωγής Υγείας στους Χώρους Εργασίας (ENWHP). Το Δίκτυο ιδρύθηκε το 1996 και το 2006 άρχισε να εφαρμόζει ειδική εκστρατεία με την ονομασία «Η Ευρώπη σε Κίνηση» με τη συμμετοχή μεγάλων επιχειρήσεων από 27 χώρες, με στόχο να θέσει κριτήρια ποιότητας καλών πρακτικών όσον αφορά συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία μέσα στον χώρο εργασίας. Το Δίκτυο έγινε ο βασικός οδηγός για κοινή δράση και διάδοση στον τομέα της Προαγωγής της Υγείας στην Εργασία σε όλη την ήπειρο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα 'Καθημερινή' (Μπουλουτζιά, 2008), το 60% των Ελλήνων εργαζομένων αναφέρουν ότι η εργασία επηρεάζει την κατάσταση της υγείας τους, τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε σωματικό επίπεδο, όταν ο μέσος όρος της Ευρώπης των «27» είναι 35%. Οι

μυοσκελετικές παθήσεις, η κόπωση, το στρες, οι πονοκέφαλοι και η ευερεθιστικότητα είναι τα πιο συχνά αναφερόμενα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την εργασία. Οι Έλληνες έρχονται τρίτοι -μετά τους Τούρκους και τους Ρουμάνους- στη λίστα με τους λαούς που εργάζονται περισσότερες ώρες την εβδομάδα, και σε ποσοστό που ξεπερνά το 40% δηλώνουν ότι δεν μπορούν να ισορροπήσουν μεταξύ της επαγγελματικής και της προσωπικής τους ζωής.

Την τελευταία δεκαετία πολλοί ερευνητές έχοντας σα βάση προηγούμενες μελέτες με θετικές ενδείξεις στην επίδραση της άθλησης-κίνησης στον εργασιακό χώρο ως μέρος της προαγωγής υγείας, κατευθυνθήκανε ερευνητικά στη δημιουργία κατάλληλων οργανωτικών πλαισίων ώστε να μπορούν να έχουν μια πιο ξεκάθαρη εικόνα για το κόστος και το όφελος των προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας στον Εργασιακό Χώρο (Π.Υ.Ε.Χ). Αξιόλογες μελέτες (Badura, Greiner, Rixgens, Ueberle & Behr, 2008; Badura & Hehlmann, 2003; Badura, Schröder & Vetter, 2009; Chenoweth 2007;) αναφέρουν θέληση από πλευράς εργαζομένων εν μέρει και από εργοδότες με βασικό μειονέκτημα την κουλτούρα και την δυσπιστία για πραγματικό όφελος μένοντας ως σκέψη βραχυπρόθεσμα και όχι μακροπρόθεσμα. Σημαντικό ρόλο στην καλλιέργεια της συνείδησης για δημιουργία και συμμετοχή σε προγράμματα Π.Υ.Ε.Χ. παίζει η πολιτική υγείας των χωρών. Επίσης κατέληξαν ότι για καλύτερα αποτελέσματα στην παρακίνηση και διατήρηση των προγραμμάτων Π.Υ.Ε.Χ είναι η δημιουργία ομάδων εργασίας ή οι αθλητικές κινητικές ομάδες, οι οποίες θεωρούνται αναγκαίες ως μέρος της Διαχείρισης Υγείας στον Εργασιακό Χώρο (Δ.Υ.Ε.Χ).

Σε αυτή την προσπάθεια καλούνται τόσο οι εργοδότες όσο και εργαζόμενοι του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα να συμβάλουν με ενέργειες που θα δημιουργήσουν τα απαραίτητα μέτρα-πράξεις για να ενισχύσουν την προαγωγή υγείας στον εργασιακό χώρο. Για μεγαλύτερη συμμετοχή και αναμενόμενα αποτελέσματα σε οργανωτικά πλαίσια δημιουργίας προγραμμάτων προαγωγής υγείας για άθληση και αναψυχή εργαζομένων ενδείκνυται ο οργανωμένος εργασιακός-εταιρικός αθλητισμός (E.A) σε συνεργασία με φορείς, ο οποίος όμως στην Ελλάδα παρουσιάζει αρκετές δυσλειτουργίες (Οκκας, 2006; Οκκας & Βεϊνόγλου, 2002).

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι να καταγραφούν οι επιθυμίες, οι αθλητικές-κινητικές συμπεριφορές και στοιχείων υγείας Ελλήνων εργαζομένων μεγάλων οργανισμών, ώστε να αναδείξει τρόπους και ενέργειες για μέτρα-πράξεις που θα προάγουν την υγεία τους και θα συμβάλουν σε οργανωτικά θέματα ανάπτυξης του εργασιακού-εταιρικού αθλητισμού τόσο σε εσωτερικό πλαίσιο ως μέρος του μοντέλου διαχείρισης υγείας στον εργασιακό χώρο όσο και σε ένα ευρύτερο πλαίσιο του τομέα 'Αθλησης για Όλους'.

Σημασία της έρευνας

Η άθληση και η αναψυχή των εργαζομένων έχει απασχολήσει πολλές έρευνες παγκοσμίως και έχουν κατατεθεί αρκετές εμπειριστατωμένες μελέτες στις τελευταίες δεκαετίες με αποτελέσματα θετικά ως προς την κατεύθυνση βελτίωσης της υγείας και κατά συνέπεια της ποιότητας ζωής των εργαζομένων.

Από την πλευρά των εργοδοτών το θέμα παίρνει διαφορετικές διαστάσεις και εξαρτάται άμεσα από την κουλτούρα των επιχειρήσεων-οργανισμών ως προς τη λειτουργία τους σε συνάρτηση με τον υγιή εργαζόμενο και το αποτέλεσμα που επιφέρει στα οφέλη των επιχειρήσεων-οργανισμών.

Στο σύγχρονο τρόπο διαχείρισης μεγάλων επιχειρήσεων-οργανισμών έχει εισέλθει με ιδιαίτερη σημασία ο τομέας της διαχείρισης υγείας στον εργασιακό χώρο διότι έχει διαπιστωθεί ότι η 'υγιής' επιχείρηση είναι άμεσα συνδεδεμένη με τον 'υγιή' εργαζόμενο.

Μια σημαντική περιοχή που ενισχύει το μοντέλο της διαχείρισης υγείας στον εργασιακό χώρο είναι η άθληση-κίνηση-αναψυχή των εργαζομένων τόσο κατά τη διάρκεια της εργασίας τους όσο και εκτός εργασίας. Για να μπορέσει να λειτουργήσει η συγκεκριμένη περιοχή και να φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα σε συνεργασία με τις άλλες περιοχές της διαχείρισης υγείας στον εργασιακό χώρο, χρειάζεται μια οργανωμένη δομή εσωτερικά και μια ευρύτερη οργανωτική δομή εξωτερικά σε ρόλο συμπληρωματικό, ενισχυτικό, ρυθμιστικό, συντονιστικό, επιμορφωτικό κ.α. Η έρευνα με τα αποτελέσματά της θα μπορέσει να συμβάλει σε αυτή την κατεύθυνση και να αποτελέσει έναν αρχικό οργανωτικό βηματισμό.

Λειτουργικοί ορισμοί

Προαγωγή υγείας: σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) είναι η διαδικασία και η διευκόλυνση που παρέχεται σε άτομα και κοινότητες ανθρώπων να αυξήσουν τον έλεγχο πάνω στους παράγοντες που επιδρούν στην υγεία τους και έτσι να βελτιώσουν την υγεία τους.

Προαγωγή υγείας στον εργασιακό χώρο (Π.Υ.Ε.Χ): κατά τη διακήρυξη του Λουξεμβούργου το 1997 τα μέλη του Ευρωπαϊκού Δικτύου Προαγωγής Υγείας στους Εργασιακούς Χώρους συμφώνησαν σε μια κοινή αντίληψη ότι η Π.Υ.Ε.Χ είναι η συνδυασμένη προσπάθεια των εργοδοτών, των εργαζομένων και της κοινωνίας των πολιτών για τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας των ανθρώπων στον εργασιακό χώρο.

Διαχείριση υγείας στον εργασιακό χώρο (Δ.Υ.Ε.Χ): είναι μια συστηματική διαδικασία μέσω αναλύσεων και στρατηγικών που προάγουν την υγεία στις επιχειρήσεις, στους δημόσιους και άλλους οργανισμούς.

Μια παρόμοια εκδοχή μας λέει ότι είναι ο συνειδητός έλεγχος και η ενσωμάτωση όλων των λειτουργικών μεθόδων-τρόπων με σκοπό τη διατήρηση της προαγωγής υγείας και της ικανοποίησης των απασχολούμενων.

Εργασιακός-Εταιρικός αθλητισμός (Ε.Α): χαρακτηρίζει κανείς τις οργανωμένες αθλητικές-κινητικές δραστηριότητες από εργαζόμενους του ίδιου κλάδου ή χώρου εργασίας που έχουν συστήσει και συμμετέχουν σε αθλητικά σωματεία εργαζομένων ή σε ελεύθερες ομάδες, οι ονομαζόμενες αθλητικές-κινητικές ομάδες εργαζομένων.

Αθλητική-κινητική συμπεριφορά (κινητική κουλτούρα): θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε ένα πεδίο δραστηριοτήτων, όπου οι άνθρωποι δια μέσου της φύσης και του περιβάλλοντος χώρου αναπτύσσουν, διαμορφώνουν, εκθέτουν συνειδητά και απρόσκοπτα ιδιαίτερες σωματικές δεξιότητες και ικανότητες για να βιώσουν σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο ένα σημαντικό όφελος και ευχαρίστηση.

Περιορισμοί-οριοθετήσεις

Η έρευνα περιορίστηκε σε εργαζόμενους με καθιστικό επάγγελμα και συγκεκριμένα σε χώρους γραφείων όπου ένας μεγάλος αριθμός βρίσκονται σε μεγάλους οργανισμούς και επιχειρήσεις. Η επιλογή του επαγγέλματος έγινε με βάση την «υποκινητικότητα» που παρουσιάζει το καθιστικό επάγγελμα και τα προβλήματα που δημιουργούνται κατά την μακρόχρονη ενασχόληση του. Επίσης η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Αττικής όπου εδρεύουν οι μεγαλύτεροι οργανισμοί αλλά και για λειτουργικούς λόγους. Η ανάλυση των δεδομένων δεν θα προσπαθήσει να διαχωρίσει τον δημόσιο από τον ιδιωτικό τομέα.

Ερευνητικές υποθέσεις

α) Ο μεγαλύτερος αριθμός των εργαζομένων σε κάθε μορφής επιχείρηση - ανεξαρτήτως της πολιτικής της επιχείρησης έναντι της παροχής προγραμμάτων και ευκαιριών για άθληση και υγεία – επιθυμεί να παρθούν μέτρα/πράξεις που θα βελτίωναν την υγεία τους.

β) Σαν δεύτερος προβληματισμός είναι ότι: οι αθλητικές-κινητικές ομάδες (Α.Κ.Ο) είναι το μέσο που θα συνεργαζότανε ευχάριστα σε μεγαλύτερο βαθμό οι εργαζόμενοι για μέτρα/πράξεις ως προς τη βελτίωση της υγείας τους στον εργασιακό χώρο ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας.

Με αυτή την υπόθεση και ενώ ο Ε.Α είναι εκείνη η οργανωτική δομή που μπορεί να ενισχύσει την προαγωγή της υγείας μέσα από δομημένες αθλητικές-κινητικές ομάδες σε κάθε επιχείρηση τόσο εντός της εργασίας όσο και εκτός, και να δώσει αρκετές δυνατότητες για άθληση και αναψυχή, έχει την σχετικά μικρότερη συμμετοχή εξάσκησης αθλητικών-κινητικών συμπεριφορών των εργαζομένων από τα υπόλοιπα οργανωμένα πλαίσια.

II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Θεώρηση της υγείας και η σχέση της με την αθλητική-κινητική δραστηριότητα

Σχετικά με τους ορισμούς της υγείας δεν έχουμε μια ξεκάθαρη θέση από πλευράς βιβλιογραφίας. Τον 19^ο αιώνα το προηγούμενο βίο-ιατρικό μοντέλο βασιζότανε πάνω σε μια αρνητική ορολογία για την υγεία, η οποία εκλαμβάνεται ως ‘η έλλειψη από την ασθένεια’. Η υγεία δεν αντιμετωπίζεται με υπευθυνότητα και τόσο το σώμα όσο και το πνεύμα το αντιλαμβανόμαστε ως διαχωρισμένες περιοχές και όχι άμεσα αλληλοεξαρτώμενες σύμφωνα με τους αρχαίους Έλληνες. Οι Freidl, Stronegger και Neuhold, (2001) αναφέρουν ότι οι ασθένειες πραγματοποιούνται και δημιουργούνται από βιοχημικές επιρροές και ότι ασθένεια είναι ή μια δυσλειτουργική βιολογική δομή ή μια δυσλειτουργία της φυσιολογίας. Κοινωνικές και ψυχολογικές επιρροές δεν δίνονται σε αυτό το μοντέλο με μεγάλη σημασία και για την ιατρική, η υγεία είναι η απουσία από την ασθένεια και ορίζεται μέσα από παθολογικές νόρμες και τις τιμές αυτών.

Το βίο-ιατρικό μοντέλο τον 20^ο αιώνα αναθεωρήθηκε από μια θετική ορολογία. Το βίο-ψύχο-κοινωνικό μοντέλο βλέπει την υγεία ως μια θετική λειτουργία της συνολικής κατάστασης, όπου οι ενεργητικοί ρόλοι του ατόμου για διατήρηση και προαγωγή της υγείας είναι στο επίκεντρο. Οι ασθένειες προκαλούνται μέσα από ένα εναλλασσόμενο παιχνίδι των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Το συγκεκριμένο μοντέλο τονίζει τον ενεργητικό ρόλο του κάθε ατόμου προς τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας. Υγεία και ασθένεια καθορίζονται κυρίως από την ποιότητα του περιβάλλοντος καθώς και από τις συνθήκες διαμονής, εργασίας και κυκλοφοριακού. Επίσης σημαντική συμβολή παρουσιάζουν οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες σ’ αυτή την συνεχιζόμενη αλληλουχία υγεία-ασθένεια. Εξίσου μεγάλη σημασία έχει η καθημερινότητα των ιδιαίτερων κοινωνικών ομάδων καθώς και το στύλ ζωής, το οποίο μπορεί να αναπτύσσει το άτομο σε αυτές τις συνθήκες.

Η άθληση-κίνηση-αναψυχή στον εργασιακό χώρο έχει βαθιές ρίζες μέσα στους χρόνους σε διεθνές επίπεδο, όπως και πολλές εμπειριστατωμένες έρευνες που

έχουν πραγματοποιηθεί μελετώντας τα οφέλη των εργαζομένων από τη δημιουργία και εφαρμογή προγραμμάτων με φυσικές δραστηριότητες και δράσεις υγείας. Ανάλογα με τις επιδράσεις από την πλευρά της φυσιολογίας μπορεί κάποιος να μιλά και για θετικές επιδράσεις στην ψυχική και κοινωνική υγεία των εργαζομένων από τα προγράμματα φυσικών δραστηριοτήτων στον εργασιακό χώρο. Σ' αυτά τα προγράμματα μπορεί να μετρηθεί μια αύξηση της ικανοποίησης, του 'να αισθάνομαι καλά' και γενικότερα της ευεξίας, μια μείωση του υποκειμενικά αντιλαμβανόμενου στρες, όπως επίσης αλλαγές σε γνωστικές διαδικασίες με παράδειγμα μια αλλαγή στη συμπεριφορά με κατεύθυνση ενός υγιούς αθλητικού τρόπου ζωής.

Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις σε σχέση με τις δραστηριότητες του εργασιακού-εταιρικού αθλητισμού.

Οι κοινωνιολογικές θεωρίες και οι επιστημονικές διερευνήσεις για το θέμα του εργασιακού-εταιρικού αθλητισμού εστιάζονται κυρίως στη σχέση ανάμεσα στην εργατική απασχόληση και την αθλητική-κινητική δραστηριότητα των εργαζομένων. Αυτή η θεωρία σημειώνεται ως "αντισταθμιστική" και είχε αρχίσει να αναπτύσσεται με την έναρξη της βιομηχανικής εποχής όπου εξέταζε τη σχέση της βιομηχανικής παραγωγής και την ενασχόληση των εργαζομένων με τα μαζικά κυρίως αθλήματα.

Ο Κουκουρής (2009) αναφέρει ότι η προσπάθεια παροχής βιομηχανικής αναψυχής μέσω των αθλητικών προγραμμάτων από τους εργοδότες μεγάλων επιχειρήσεων και γενικεύτηκε στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Ο ίδιος αναφέρει ότι ο Rubin (1972) περιέγραψε τους λόγους αυτής της πολιτικής των επιχειρήσεων ως εξής: 1) Για να αυξήσουν την παραγωγικότητα, 2) Για να αυξήσουν τη διάρκεια παραμονής των εργαζομένων στην επιχείρηση, 3) για να προσελκύσουν προσωπικό υψηλής ποιότητας, 4) Για να διαφημίσουν την επιχείρηση, 5) Για να μειώσουν τις εργατικές διενέξεις και απεργίες, 6) Για να μετριάσουν την αντίδραση για τα χαμηλά ημερομίσθια, 7) Για να δημιουργήσουν στους εργαζόμενους συναισθήματα συγκατάθεσης και αποδοχής συνθηκών εργασίας που διαφορετικά θα ήταν απαράδεκτες, 8) Για να προκαταλάβουν τυχόν θέσπιση από το κράτος κανόνων σχετικών με τις αποδεκτές συνθήκες εργασίας, 9) Για να διασπάσουν την πειθαρχία των εργαζομένων που ήταν συνδικαλισμένοι, 10) Για να πληρώσουν λιγότερους φόρους καθώς ανέβαζαν τεχνητά το κόστος και 11) Για να ευεργετήσουν την ανθρωπότητα.

Ο Tofahrn (1992) που μελέτησε σε βάθος την κοινωνική διάσταση του εργασιακού-εταιρικού αθλητισμού αναφέρει ότι η “αντισταθμιστική” θεωρία ενώ δεν υπερασπίστηκε με την μορφή που είχε από τους κοινωνιολόγους Plessner (1967) και Habermas (1967) - οι δημοσιεύσεις των οποίων την θέτουν ως μη ολοκληρωμένη και με ασάφειες προσπάθησαν να την εμπλουτίσουν – έχει γίνει γνωστή και πολλές φορές μέρη αυτής εφαρμόζονται και σήμερα. Κατά τον Tofahrn (1992) ο Plessner θεωρεί ότι ο αθλητισμός χρησιμοποιείται ως αντισταθμιστική ανάγκη τόσο για τη φυσιολογία και το σώμα όσο και για την ψυχο-πνευματική καλλιέργεια. Συνεχίζοντας θεωρεί ότι η βιομηχανοποίηση έχει εγκαθιδρύσει έναν καταμερισμό της παραγωγής και η ευχαρίστηση των εργαζομένων για την “ιδία επιτυχία” συνεχώς ελαττώνεται με συνέπεια να έχει αντίκτυπο δυσαρέσκειας στο ψυχο-σωματικό γίνεσθαι. Μια ακόμα επιβάρυνση κατά τον Plessner έρχεται από την ανοικτή ταξική κοινωνία, στην οποία κυρίως ο καθένας έχει την ευκαιρία για κοινωνική άνοδο, αλλά όμως δεν το καταφέρνουν όλοι. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει αισθήματα κατωτερότητας και να οδηγήσει σε επιθετικότητα. Λόγω αυτής της ανάλυσης θεωρείται ότι μέσω του αθλητισμού από την μια πλευρά βρίσκει κανείς την καλύτερη δυνατότητα για αντιστάθμισμα της μονότονης και κινητικά φτωχής εργασίας και από την άλλη πλευρά επίσης εξασκεί κανείς μια υποκειμενικά γεμάτη νόημα βιωματική δραστηριότητα, μέσω της οποίας καταφέρνει να ξεπερνά στόχους.

Η ανάλυση του Tofahrn (1992) για την θέση του Habermas (1967) μας λέει ότι, ο Habermas διαχωρίζει την αντίληψη της αντισταθμιστικής απόδοσης στον αθλητισμό και στον ελεύθερο χρόνο, τον οποίο καταμερίζει σε τρεις περιοχές. Στην μία μιλά για την “αναγεννητική” λειτουργία, η οποία περιλαμβάνει την επαναφορά της σωματικής εργασιακής ικανότητας, η σημασία του ορισμού για τον Habermas έχει μια μειωμένη αντίληψη από την στιγμή που οι εργασιακές συνθήκες συνεχώς καλυτερεύουν. Οι επόμενες δυο περιοχές η “ανασταλτική “ και η “αντισταθμιστική” αντιπροσωπεύουν τη δυνατότητα για αυτοδιάθεση και προαιρετική κούραση κατά τον ελεύθερο χρόνο. Τόσο στην άποψη του Plessner όσο και στην άποψη του Habermas ασκήθηκε αρκετή κριτική, η εξωτερίκευση αυτής ήταν ιδιαίτερα απέναντι στη θέση της διαπιστωμένης θεωρίας σχετικά με την εμπειρική εκχώρηση αυτής. Γενικά κατακρίνετε, ότι στην πραγματικότητα δεν είναι δυνατόν η λεγόμενη αντισταθμιστική θεωρία να εκλεχθεί αντικειμενικά. Επίσης υπάρχουν αντιρρήσεις, ότι οι διαμορφωμένες κατηγορίες του Habermas μολονότι χρησιμοποιούνται, παρόλο αυτά

δεν καθορίζονται σε ποιες καταστάσεις και με ποιες συμπεριφορές ελεύθερου χρόνου προκύπτουν.

Σε αρκετές εμπειριστατωμένες αναλύσεις, οι οποίες εξετάσανε την αντισταθμιστική θεωρία – δηλαδή ερευνήσανε αν οι άνθρωποι που υπόκεινται σε ιδιαίτερες συνθήκες της σύγχρονης εργασίας, δείχνουν αυξανόμενη κινητοποίηση προς τις αθλητικές δραστηριότητες – προκύπτουν αντίθετα αποτελέσματα. Δείχνουν ότι άτομα που έχουν μονότονη εργασία και όχι ατομική, είναι λιγότερο ενεργητικοί στον αθλητισμό από αυτού που έχουν αυξημένες ευθύνες με μεγάλο εύρος αποφάσεων. Έτσι μπορεί να διαπιστώσει κανείς ότι το είδος εργασίας δεν είναι από μόνη της η κατάλληλη μέτρηση για να προβλεφθεί η αθλητική δέσμευση ενός ανθρώπου. Ο Tofahrn (1992) μας λέει πως μέσα από αυτό προκύπτει η απαίτηση για διαφοροποιημένη παρατήρηση διαφορετικών συνθηκών και καταστάσεων, όπως και επαγγελματικών ομάδων, για τη σχέση ανάμεσα στην εργασία και στον αθλητισμό αναψυχής.

Συνεχίζοντας την ανάλυση ο Tofahrn (1992) μας λέει πως πολλοί επιστήμονες βασισμένοι σε αυτά τα αποτελέσματα προχώρησαν σε άλλες απόψεις για να εξηγήσουν το φαινόμενο του μαζικού αθλητισμού στις μοντέρνες βιομηχανοποιημένες κοινωνίες. Έχοντας ως βάση την αντισταθμιστική θεωρία αναπτύσσονται οι ερευνητικές υποθέσεις της επιλογής, της απελευθέρωσης, της κοινωνικοποίησης και της αφοσίωσης μέσα από τελείως διαφορετικές αντιλήψεις. Οι θεωρίες αυτές συγκλίνουν μέσα από την ανάπτυξη και τις καινοτομίες της εργασιακής ζωής. Εξετάζονται περισσότερο οι ατομικές επιθυμίες, οι οποίες δε διαφαίνονται τόσο από τις επαγγελματικές δραστηριότητες όσο από τις συνθήκες ζωής.

Τα αποτελέσματα των ερευνών του Linde και του Heinemann (1974) – μας λέει ο Tofahrn (1992) - που αναπτύχθηκαν πάνω στις υποθέσεις της επιλογής και της απελευθέρωσης δείχνουν να υπάρχουν στατιστικές σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην αθλητική δέσμευση και δημογραφικών μεταβλητών όπως ηλικία, διαμονή, οικογενειακή κατάσταση κ.α. Σε μικρότερη κλίμακα υπάρχει ο συσχετισμός επάγγελμα και δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου. Γενικά διαπιστώνεται ότι οι δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και κατά συνέπεια οι φυσικές-αθλητικές αυξάνονται ανάλογα με το επίπεδο επαγγελματικών προσόντων. Ο Lüdtke (1975)

μέσα από την υπόθεση της κοινωνικοποίησης επιβεβαιώνει - κατά τον Tofahrn (1992) - τις προηγούμενες υποθέσεις, ότι η σχέση ανάμεσα στην εργασία και στον αθλητισμό καθορίζεται από τη δημογραφική συμπεριφορά του ελεύθερου χρόνου.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση διαπιστώθηκαν σε έρευνες των (Euler 1977; Linde & Heinemann, 1974) αναφέρει στο βιβλίο του ο Tofahrn (1992). Οι έρευνες δείχνανε, ότι οι νεαροί και αυτοί που ζουν χωρίς δεσμεύσεις (σχέση, γάμος, οικογένεια) είναι ενεργοί και έχουν μεγαλύτερη σχέση με τις ενασχολήσεις φυσικών και αθλητικών δραστηριοτήτων. Ο Euler σε μια άλλη έρευνα που εφαρμόστηκε σε εργαζόμενους βιομηχανιών σε αντίθετη κατεύθυνση από την αντισταθμιστική θεωρία, έδειξε ότι λόγω των υποχρεώσεων και των προβλημάτων στην ιδιωτική τους ζωή, οι εργαζόμενοι αποφεύγανε να αφιερώσουν παραπάνω ενέργεια για δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, σκεπτόμενοι ότι δεν θα μπορούν να αποδώσουν αρκετά στην εργασία τους. Συμφωνώντας ο Tofahrn στο συμπέρασμα του Euler αναφέρει ότι τα αποτελέσματα δεν θα μπορούν να γενικευτούν και θα ήταν ανακριβείς για άλλες καταστάσεις ή άλλες επαγγελματικές ομάδες.

Μια άλλη διάσταση του E.A. στην κοινωνιολογική θεωρία δίνει ο Oraschowski (1995). Στη θεωρία αυτή που ερευνά την ανάπτυξη των κοινωνιών στον περασμένο αιώνα μας λέει ότι από τη δεκαετία του πενήντα μέχρι και τη δεκαετία του εβδομήντα υπήρχε μια παθητικά προσανατολισμένη κατανάλωση (καναπές, φαγητό, ποτό και τηλεόραση). Στη συνέχεια ήρθε μια κοινωνική αλλαγή, στην οποία η ανάπτυξη του αθλητισμού ωφελήθηκε μέσα από τις νέες φιλοσοφίες για τον ελεύθερο χρόνο και τον τρόπο ζωής. Σε πέντε σημεία εστιάζει ο Oraschowski (1995) τις διαφοροποιήσεις: α) ενεργητικότητα ενάντια στην παθητικότητα, β) αυθορμητισμός και αυτό-ανάπτυξη ενάντια στην οργάνωση και στους υπολογισμούς, γ) κοινωνική επαφή ενάντια στην απομόνωση, δ) χαλάρωση και ευεξία ενάντια σε επιβαρύνσεις και στρες και ε) κέφι και ευχαρίστηση για τη ζωή ενάντια στη δυσαρέσκεια και στην πίεση απόδοσης. Συνεπώς οι νέες εργασίες του ελεύθερου χρόνου θα πρέπει να προσφέρουν μια αντιστάθμιση στον άνθρωπο από την υπολογιστική και απαιτητική εργασιακή καθημερινότητα. Επειδή η τηλεόραση δεν είναι η κατάλληλη και δεν συγκεντρώνει ως παράγοντας ισορροπίας στις αναφερόμενες αντικρουόμενες τάσεις, εισέρχεται ο αθλητισμός και οι φυσικές δραστηριότητες αναψυχής να παίζουν έναν ουσιαστικό ρόλο. Ο E.A. ως ένα ειδικό πλαίσιο θα πρέπει να αναπτύξει και να δώσει

την δυνατότητα στους εργαζόμενους/ες να κινητοποιηθούν στις κατευθύνσεις των επιθυμιών και αναγκών τους.

Αντιλήψεις και συσχετισμοί οφελών ανάμεσα στην άσκηση και στην ψυχική υγεία.

Στα μοντέλα της ψυχολογίας εκπορεύεται μια ισχύ στην αλληλουχία υγεία-ασθένεια. Για την ψυχολογία η υγεία είναι σε συνάφεια με το ‘να αισθάνομαι καλά’, με τη συγκινησιακή κατάσταση, με την υποκειμενική εκτίμηση της υγιούς κατάστασης, με το ενεργειακό και παρορμητικό επίπεδο, με την αυτό-αξιολόγηση και την αυτονομία. Για κάθε διάσταση περιλαμβάνονται τόσο σωματικές όσο και πνευματικές εμπειρίες, συναισθήματα και εκτιμήσεις (Friedl et al., 2001).

Σύμφωνα με τον Beuker (1986) έρευνες από τον τομέα της αθλητιατρικής δείχνουν ότι άτομα που έχουν ενεργή συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες έχουν λιγότερη τάση παχυσαρκίας σε σχέση με τα άτομα που έχουν λίγη έως καθόλου συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες. Συμπληρώνοντας ο Tofahrn (1992) μας λέει ότι πλούσιες επιστημονικές έρευνες διαπιστώνουν ότι η συχνή εξάσκηση κινητικών δραστηριοτήτων επιδρά προληπτικά ενάντια σε πληθυσμιακές ασθένειες.

Οι Abele, Brehm και Gall (1994) θέλοντας να αποτυπώσουν τους λόγους για τις θετικές επιρροές των αθλητικών και κινητικών δραστηριοτήτων στην ευεξία των ανθρώπων μέσα από βιολογικούς κανόνες σημειώνουν ότι “ένας υγιής οργανισμός έχει την τάση να προσαρμόζει σωματικές ενέργειες και σωματικές δεξιότητες-ικανότητες (αντοχή, δύναμη, ευλυγισία) στις σωματικές επιβαρύνσεις”. Επίσης σημειώνουν ότι αν σταματήσουν να υπάρχουν ανάλογες εντάσεις δημιουργούνται διάφορα είδη συναισθημάτων. Άρα μπορούμε να πούμε λοιπόν ότι όχι μόνο υπάρχει μια αλληλεξάρτηση μεταξύ αθλητικών δραστηριοτήτων και ευεξίας, αλλά ταυτόχρονα η ευεξία είναι και εξαρτώμενη από τις κινητικές δραστηριότητες.

Οι ερευνητές (Allmer, 1996; Altenberger, 1993; Brand et al., 2006; Boni, 2004; Cox & Miles, 1994; Gundlach, 1991; Gurtler, 1976; Hubner, 1973; Janssen, 1991; Kemter, 1970; Proper et al., 2002) μετά από διάφορες έρευνες κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα, όπως ότι οι συμμετέχοντες εργαζόμενοι μνημένοι από τα προγράμματα φυσικών δραστηριοτήτων προσδοκούν σε αύξηση της ευεξίας, γενικά ικανοποίηση ζωής και ικανοποιούνται από το αίσθημα χαλάρωσης και εκτόνωσης.

Οι έρευνες των (Brown & Siegel, 1988; Boni, 2004; Bos et al., 1993; Hahl & Sehling, 1998; Howard, Cunningham & Rechnitzer, 1984; Kaluza, Keller & Basler, 2001; Polenz & Becker, 1997; Proper et al., 2002; Voit, 2001) μέσα από κοινές προσεγγίσεις τονίζουν ότι η άθληση και η κίνηση στον εργασιακό χώρο, μπορούν, την σχέση ανάμεσα στις επαγγελματικές αξιώσεις (στρες) και στην υγεία να την προσαρμόσουν με θετικό τρόπο και να εξασκήσουν την αντισταθμιστική και επανορθωτική λειτουργία τους.

Οι αλλαγές στη συμπεριφορά εργαζομένων μελετήθηκαν από τους (Allmer, 1996; Altenberger, 1993; Gurtler, 1976; Lumkemann, 2001; Marshall, 2004; Nichols et al., 2000; Talvi, Jarvisalo & Knuts, 1999; Tofahrn, 1995) που κατέληξαν ότι η οργάνωση των προγραμμάτων άθλησης και κίνησης προσφέρουν καλές δυνατότητες σε αθλητικά ενεργούς ανθρώπους να παραμείνουν στην άθληση ή να δέχονται θετικά τον αθλητισμό ως παροχή. Τέλος η συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες μπορεί να οδηγήσουν τους εργαζόμενους σταδιακά σε αυτόνομες αθλητικά διαμορφωμένες περιοχές του ελεύθερου χρόνου και να δώσουν κίνητρο για έναν ενεργητικό τρόπο ζωής.

Οι παραπάνω αναφερόμενες θετικές επιδράσεις της άσκησης μέσω προγραμμάτων προαγωγής υγείας στην ψυχική υγεία των εργαζομένων είναι και πάλι ένα μεγάλο μέρος υποθετικής φύσεως που τα λιγοστά –και πολλές φορές καθόλου - αποτελέσματα μέσα από εμπειριστατωμένες μελέτες δεν μπόρεσαν να επικυρωθούν. Ο Voit (2001) κάνει μια ανασκόπηση μόνο τριών ερευνών, οι οποίες εξετάζουν την επίδραση των προγραμμάτων υγείας και άσκησης στη συναισθηματική ικανοποίηση –ευεξία και τη διάθεση. Η πρώτη έρευνα από τους Daley και Parfitt (1996) μιλά για σημαντικές διαφορές στο βαθμό ικανοποίησης και διάθεσης από τη συμμετοχή σε προγράμματα φυσικών δραστηριοτήτων τόσο ανάμεσα συμμετέχοντες και στους μη συμμετέχοντες όσο και ανάμεσα στους συμμετέχοντες και στην εν αναμονή ομάδα ελέγχου ($p < .01$). Επίσης οι Daley και Parfitt (1996), καταλήγουν σε έρευνά τους πως η συμμετοχή των εργαζομένων σε αθλητικά προγράμματα στον εργασιακό χώρο, έχει θετικές επιπτώσεις στη βελτίωση του αυτοσεβασμού και της αυτό-εκτίμησής τους. Συμπεραίνουν επίσης, πως για να αυξηθούν τα ποσοστά συμμετοχής των εργαζομένων σε ανάλογες αθλητικές δραστηριότητες, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία από τους ψυχολόγους και από τους γυμναστές, στο πως αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι τον εαυτό τους και το σώμα τους, και να βρεθούν τρόποι που θα

βελτιώνουν τις αντιλήψεις τους και θα αυξάνουν την αυτό-εκτίμησή τους και την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους (Daley & Parfitt, 1996). Από αυτά τα αποτελέσματα συγκλείνουν οι συγγραφείς, ότι η προαγωγή τέτοιων προγραμμάτων επιφέρουν ψυχολογικά οφέλη. Επίσης σε μια δεύτερη έρευνα που έγινε από τους Sutherland και Cooper (1990), βρεθήκανε εμπειριστατωμένες ενδείξεις για την υπόθεση, ότι η συχνή άσκηση μπορεί να βελτιώσει τη συναισθηματική ικανοποίηση, τη διάθεση (μείωση κατάθλιψης και φόβου) και την ικανότητα ελέγχου του στρες. Σε τελείως διαφορετικά αποτελέσματα κατέληξε η τρίτη έρευνα των Kerr και Vos (1993). Δεν μπόρεσαν να διαπιστώσουν καμιά σημαντική διαφορά από άποψη βαθμού ικανοποίησης και διάθεσης ανάμεσα στην πειραματική ομάδα και στην ομάδα ελέγχου.

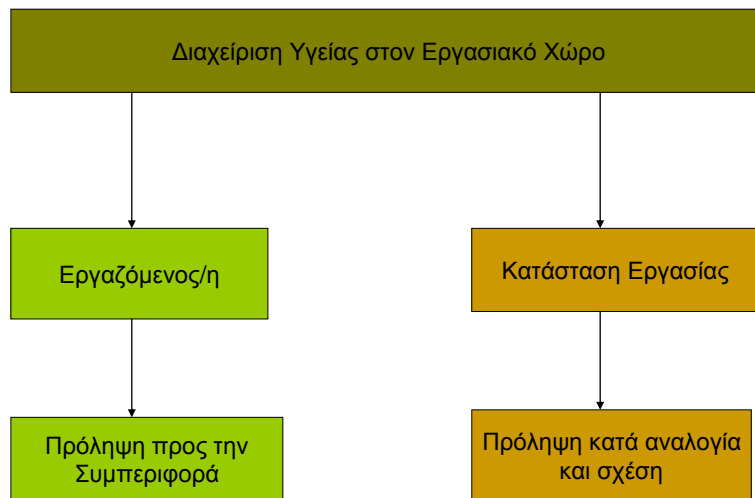
Ο Shephard (1996) σε μια εκτεταμένη ανασκόπηση 52 δημοσιευμένων ερευνών από το 1972-1994 πάνω σε συγκριτικά αποτελέσματα σχετικά με τις επιδράσεις των προγραμμάτων προαγωγής υγείας στον εργασιακό χώρο, κριτικάρει κυρίως το σημείο δυσκολίας τεκμηρίωσης της επίδρασης των προγραμμάτων σε ευεξία και ευχαρίστηση σε έρευνες χωρίς ομάδες ελέγχου, έτσι που να δυσκολεύεται η γενίκευση. Επειδή η τελευταία κριτική δεν ανταποκρίνεται σε καινούργιες έρευνες, μπορούμε να πούμε ότι τα προγράμματα υγείας και φυσικών δραστηριοτήτων στον εργασιακό χώρο μπορούν να έχουν θετική επίδραση στην ψυχική υγεία. Μολονότι τα αποτελέσματα αυτά δεν έχουν τεκμηριωθεί από πολλές έρευνες με υψηλή μεθοδολογική ποιότητα, παρόλα αυτά τα αποτελέσματα των Daley και Parfitt (1996) και των Sutherland και Cooper (1990) πρέπει να θεωρηθούν και να παρατηρηθούν με προσοχή. Τέλος έρχονται ακόμη οι διαπιστώσεις του Proper και συν. (2002) αναφορικά με το εργασιακό στρες. Η συγγραφική ομάδα ανάλυσε τέσσερις εργασίες οι οποίες ερευνούσανε την επίδραση των προγραμμάτων φυσικών δραστηριοτήτων στο εργασιακό στρες. Τρεις από τις τέσσερις δεν μπόρεσαν να τεκμηριώσουν καμιά σημαντικότητα στην επίδραση. Έτσι ο Proper και συν. (2002) κλείνουν συμπερασματικά, ότι ήταν αναποτελεσματικές οι ενδείξεις για την επίδραση των προγραμμάτων στο εργασιακό στρες.

Σύγχρονη θεώρηση για τη σχέση και τη λειτουργία της προαγωγής υγείας στον εργασιακό χώρο

Πολλοί επιστήμονες αναφέρονται την τελευταία δεκαετία στην δημιουργία του κατάλληλου μοντέλου της διαχείρισης υγείας στον εργασιακό χώρο ώστε να εμφανίζονται και τα κατάλληλα αποτελέσματα σε κόστος και όφελος, τόσο για τους εργοδότες και τις επιχειρήσεις όσο και για τους εργαζόμενους και το κοινωνικό σύνολο. Η εφαρμογή ενός μοντέλου και μιας διαχείρισης πρέπει να βασίζεται σε μια συνολική προσπάθεια από τα μέλη που απαρτίζουν και συνυπάρχουν σε ένα σύνολο που ονομάζεται εργασιακή ζωή.

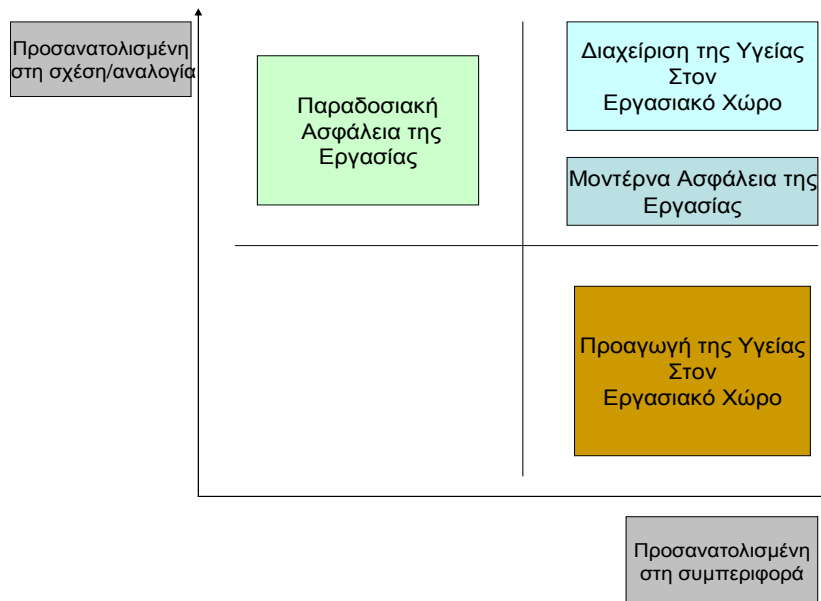
Από τις αρχές του 21^{ου} αιώνα πολλοί ερευνητές έχοντας σα βάση τις προηγούμενες μελέτες με θετικές ενδείξεις στην επίδραση της άθλησης-κίνησης στον εργασιακό χώρο ως μέρος της προαγωγής υγείας των εργαζομένων, κατευθυνθήκανε ερευνητικά στη δημιουργία κατάλληλων οργανωτικών πλαισίων ώστε να μπορούν να έχουν μια ποιο ξεκάθαρη εικόνα για το κόστος και το όφελος των προγραμμάτων Π.Υ.Ε.Χ. Αξιόλογες μελέτες των (Badura & Hehlmann, 2003; Badura et al., 2008; Badura, Schröder & Vetter, 2009; Chenoweth, 2007) αναφέρουν θέληση από πλευράς εργαζομένων εν μέρει και από την πλευρά των εργοδοτών να εμφανίζεται ως βασικό μειονέκτημα η κουλτούρα και η δυσπιστία για πραγματικό όφελος, σκεπτόμενοι βραχυπρόθεσμα και όχι μακροπρόθεσμα. Σημαντικό ρόλο στην καλλιέργεια της συνείδησης για δημιουργία και συμμετοχή σε προγράμματα Π.Υ.Ε.Χ. παίζει η πολιτική υγείας των χωρών. Επίσης κατέληξαν ότι για καλύτερα αποτελέσματα στην παρακίνηση και διατήρηση των προγραμμάτων Π.Υ.Ε.Χ είναι η δημιουργία ομάδων εργασίας ή οι αθλητικές κινητικές ομάδες οι οποίες θεωρούνται αναγκαίες ως μέρος της Δ.Υ.Ε.Χ.

Κατά τον Rudow (2004) οι ενέργειες της Δ.Υ.Ε.Χ προσανατολίζονται σε δυο κατευθύνσεις, μία προς τον εργαζόμενο/η και μία προς την κατάσταση και το περιβάλλον της εργασίας (βλ. Σχήμα 1), έτσι ώστε για τον εργαζόμενο/η ο σκοπός και στόχος να είναι η πρόληψη μέσω της συμπεριφοράς του και για τις συνθήκες της εργασίας η πρόληψη κατά αναλογία και σχέση χώρου εργασίας και εργαζόμενου.



Σχήμα 1. Κατευθύνσεις της διαχείρισης υγείας στον εργασιακό χώρο κατά Rudow (2004).

Ο Ahrens (2004) έκανε μια κατανομή των ορισμών και περιοχών που προσανατολίζονται τόσο προς την συμπεριφορά των εργαζομένων για θέματα υγείας όσο και προς τον προσανατολισμό της σχέσης και αναλογίας της εργασίας σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας. Σύμφωνα με τον καταμερισμό του Ahrens (βλ. Σχήμα 2) η παραδοσιακή ασφάλεια της εργασίας γίνεται πρωτεύων κομμάτι της κατεύθυνσης της αναλογίας και σχέσης της εργασίας σε θέματα προαγωγής υγείας, διότι η προαγωγή υγείας στον εργασιακό χώρο κατανέμετε περισσότερο προς την κατεύθυνση της συμπεριφοράς των εργαζομένων. Η παραδοσιακή ασφάλεια της εργασίας και η προαγωγή υγείας στον εργασιακό χώρο ενώνονται στον χώρο της διαχείρισης της υγείας στον εργασιακό χώρο, ενώ η μοντέρνα εκδοχή της ασφάλειας της εργασίας αναδεικνύεται ως ξεχωριστή περιοχή στον ίδιο χώρο.



Σχήμα 2. Προαγωγή της υγείας και καταμερισμός των εννοιών κατά Ahrens (2004).

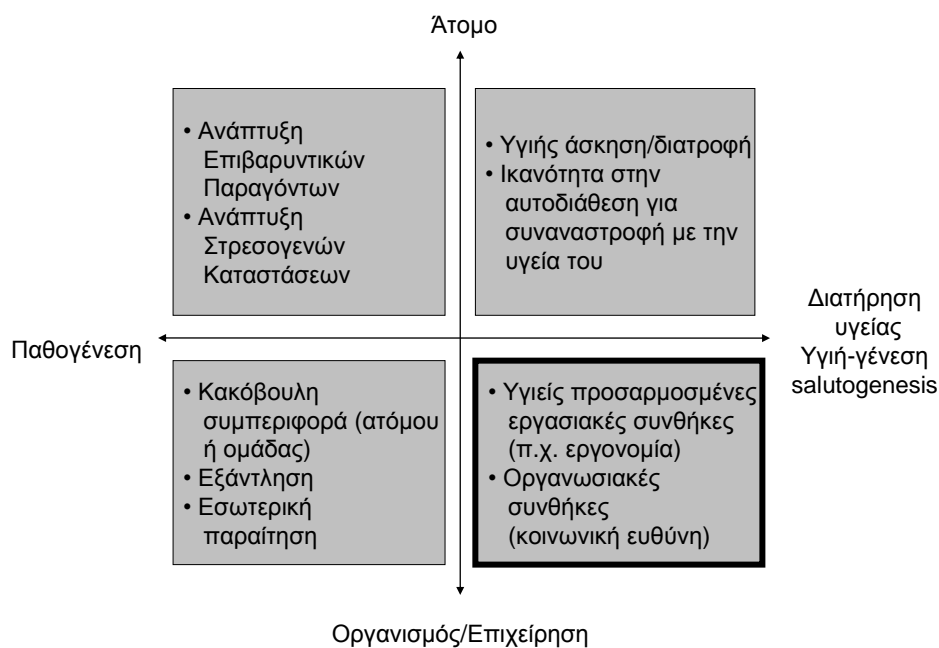
Αναλύοντας τις δυο κατευθύνσεις θα δούμε ότι την κατεύθυνση που είναι προσανατολισμένη στη συμπεριφορά, οι δράσεις της προαγωγής υγείας έχουν ως αποδέκτη το άτομο. Χαρακτηριστικό αυτών των δράσεων είναι η προαγωγή της υγείας μέσω της στάσης, της συμπεριφοράς και της συνήθειας του ατόμου. Για παράδειγμα από την κατηγορία «Συναναστροφή με το στρες», οι δράσεις θα μπορούσαν να είναι εκπαιδευτικές συναντήσεις για χαλάρωση ή διαχείριση χρόνου κ.α. Από την κατηγορία «Αναψυχή», οι δράσεις θα δημιουργούνταν μέσα από αθλητικές-, θεατρικές ομάδες, εκδρομές κ.α. Το χαρακτηριστικό των δράσεων προαγωγής υγείας που είναι προσανατολισμένες κατά την αναλογία και τη σχέση της εργασίας, δημιουργείται δια μέσου των δομών της επιχείρησης/οργανισμού, την οργάνωση των εργασιακών συνθηκών ή των παραγωγικών περιπτώσεων. Για παράδειγμα από την κατηγορία «Εργονομία», η δράση θα μπορούσε να ήταν οι τοποθετήσεις ειδικών καθισμάτων και τραπεζών για περιπτώσεις με καθιστικά επαγγέλματα. Αν δούμε δυο δράσεις που έχουν κοινά στοιχεία αλλά διαφορετικό προσανατολισμό ίσως γίνει κατανοητότερο μας λέει ο Tiwald (1992). Επιλέγοντας την κατηγορία «διατροφή» ο οργανισμός προσαρμόζει την καντίνα/κυλικείο, και τα αυτόματα που προσφέρουν είδη διατροφής με τρόφιμα ελεγμένα για την ποιότητα, ενώ δημιουργούνται εκπαιδευτικά σεμινάρια για θέματα διατροφής, η πρώτη περίπτωση δράσης είναι προσανατολισμένη στην αναλογία/σχέση εργασίας ενώ η δεύτερη περίπτωση δράσης προσανατολίζεται στη συμπεριφορά.

Κατά τον Ahrens (2004) διαφορά μεταξύ της παραδοσιακής ασφάλειας της εργασίας και της Π.Υ.Ε.Χ. θα μπορούσε να είναι η αντιμετώπιση του ίδιου του ανθρώπου/εργαζόμενου. Στην παραδοσιακή ασφάλεια της εργασίας παρατηρούμε τον άνθρωπο ως ένα ανίδεον για την ασφάλεια εμπλεκόμενο σε ένα ελλειμματικό μοντέλο, αδύναμα προσανατολισμένο και με κατεύθυνση την κατανόηση της παθογένειας, αντίθετα η Π.Υ.Ε.Χ αντιμετωπίζει τον άνθρωπο ως αυτόνομη ενεργή οντότητα, να συμμετέχει σε ένα ενισχυτικά προσανατολισμένο μοντέλο με κατεύθυνση την κατανόηση της διατήρησης της υγείας. Έτσι ενώ στην παραδοσιακή ασφάλεια της εργασίας η αποφυγή-εξάλειψη κινδύνων και επιβαρυντικών παραγόντων δια μέσω των εργασιακών συνθηκών με προσανατολισμό στην επιβάρυνση και δυνατότητα προοπτικής από την ασφάλεια, είναι σκοπός και στόχος, στην Π.Υ.Ε.Χ σκοπός και στόχος είναι η απόκτηση-διατήρηση των υγιούς οφελών δια μέσω των εργασιακών συνθηκών με αναπτυξιακή προοπτική προσανατολισμένη στην αξιοποίηση των πόρων. Στην Π.Υ.Ε.Χ ο προσανατολισμός της συμπεριφορά του εργαζόμενου έχει ως στόχο την αναγνώριση και τα οφέλη μέσα από ενέργειες σε διαμορφωμένους χώρους ώστε να υπάρχει η δυνατότητα της αντίληψης μέσα από ευκαιρίες, ενώ στο παραδοσιακό μοντέλο η αντίληψη και συνειδητοποίηση των κινδύνων γίνεται από τη διάγνωση ενεργειών σε επικίνδυνες καταστάσεις.

Σκοπός της μοντέρνας ασφάλειας της εργασίας είναι, η μείωση των επιβαρύνσεων με ταυτόχρονη προαγωγή προσωπικών, κοινωνικών και οργανωτικών συνθηκών. Μαζί επίσης περιλαμβάνει την προστασία από εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες, όπως επίσης τη διερεύνηση των συμπεριλαμβανομένων κινδύνων υγείας δια μέσω των εργασιακών συνθηκών.

Οι Badura και Steinke (2009) αντιλαμβάνονται τη Δ.Υ.Ε.Χ., ως την ανάπτυξη πλαισίων σε εργασιακές συνθήκες, εργασιακές δομές και διαδικασίες, η οποία έχει ως στόχο την προαγωγή υγιούς διοργάνωση από την εργασία και τον οργανισμό, όπως επίσης και την ικανότητα των εργαζομένων σε μια υγιούς προσανατολισμένη συμπεριφορά εντός και εκτός εργασίας. Στο σχήμα 3 αποδίδουν τις επιλογές της Δ.Υ.Ε.Χ. έτσι ώστε το κέντρο βάρους των επιλογών και των παρεμβάσεων της να προσαρμόζονται προς την πλευρά του ατόμου ή της επιχείρησης/οργανισμού. Αυτές οι παρεμβάσεις προς τους εργαζόμενους μπορούν να έχουν προσανατολισμό σε καταστάσεις παθογένειας (κίνδυνοι υγείας) ή σε προγράμματα προαγωγής της υγείας (δυναμικές υγείας). Ο όρος υγιή-γένεση είναι ο αντίστοιχος όρος για τον

salutogenesis= saluto στα λατινικά σημαίνει (υγεία) + η ελληνική ‘προέλευση’ από το genesis (γένεση). Πιο συγκεκριμένα, το "salutogenesis model" αφορά τη σχέση μεταξύ υγείας και άγχους και την αντιμετώπιση τους. Η σχέση ορίστηκε ως μια συνεχόμενη μεταβλητή, αυτό που ο Antonovsky (1997) - πρώτος χρησιμοποίησε τον όρο το 1981 - αποκαλεί "health-ease versus dis-ease continuum". Ο όρος salutogenesis περιγράφει μια προσέγγιση η οποία εστιάζει σε παράγοντες που υποστηρίζουν την ανθρώπινη υγεία και ευεξία, και το συσχετισμό τους σε παράγοντες που προκαλούν ασθένειες.



Σχήμα 3: Το κέντρο βάρους και οι επιλογές της Δ.Υ.Ε.Χ. κατά των Badura και Steinke (2009).

Για τους Badura και Steinke (2009) οι πολλά υποσχόμενες παρεμβάσεις είναι αυτές που αυξάνουν τη δυναμική υγείας και κατά αυτό τον τρόπο αναπτύσσουν την ευεξία και τους δεσμούς του οργανισμού. Από τις καταλληλότερες για αυτές τις κατευθύνσεις παρεμβάσεις, είναι αυτές προς την εκπαίδευση/κατάρτιση, προς τις εργασιακές συνθήκες και μέσω της κοινωνικής ευθύνης των επιχειρήσεων και των οργανισμών. Έτσι σε ένα κύκλωμα ενεργειών μέσα από τα κεφάλαια των επιχειρήσεων/οργανισμών, τις εργασιακές συνθήκες και τα κατάλληλα οργανογράμματα με τις ανάλογες αρμοδιότητες, η επένδυση στην υγεία σχετικά με

την ψυχική και σωματική κατάσταση, την αφοσίωση, τις οργανωτικές παθογένειες και τις ισορροπίες μεταξύ εργασίας και ζωής, θα φέρει άμεσα αποτελέσματα και θα συμβάλει στα αποτελέσματα που προσδοκά η οικονομία των επιχειρήσεων, η οποία τα συσχετίζει με τις απουσίες, την ποιότητα της απόδοσης, την παραγωγικότητα των εργαζομένων, τα εργατικά ατυχήματα και τις διάφορες διακυμάνσεις.

Οι Badura και συν. (2008) μας λένε πως παρά πολλές διαπιστώσεις και γνώσεις από τις επιστήμες της βιολογίας, ψυχολογίας και κοινωνιολογίας, τεκμηριώνουν, ότι εκτός από τις εργασιακές συνθήκες και την εκπαίδευση, η κοινωνική ευθύνη ενός οργανισμού έχει μια αποφασιστική επιρροή προς την υγεία, την ευεξία και την παρακίνηση των εργαζομένων εκτός από το αναμενόμενο επιχειρηματικό αποτέλεσμα. Οι Badura και Steinke (2009) αποτυπώνουν τις συγκεκριμένες δράσεις των παρεμβάσεων στον τομέα ενεργειών της διαχείρισης της υγείας στον εργασιακό χώρο μέσα από τον προσανατολισμό της πυραμίδας δράσης (βλ. Σχήμα 4).



Σχήμα 4: Πυραμίδα δράσης της Δ.Υ.Ε.Χ. κατά των Badura και Steinke (2009).

Παρατηρώντας την πυραμίδα δράσης της Δ.Υ.Ε.Χ., βλέπουμε πως η βάση της βασίζεται και καλλιεργείται μέσα από υπηρεσιακές συμφωνίες για τις βασικότερες λειτουργίες ώστε να αποδώσουν το καλύτερα αναμενόμενο αποτέλεσμα –

καλυπτόμενο πολλές φορές από μη εφαρμόσιμων νομικών πλαισίων και οδηγιών - που προσδοκά τόσο η εργοδοσία όσο και ο κάθε εργαζόμενος. Ένα από τα βασικά θεμέλια της πυραμίδας στη βάση της είναι η εργασιακή ικανότητα και η διάρκεια της. Τα τωρινά και μελλοντικά δημογραφικά προβλήματα ανάγκασαν πολλούς επιστήμονες να ερευνήσουν μεθόδους διατήρησης της εργασιακής ικανότητας σε όλη τη διάρκεια του εργασιακού βίου.

Σύμφωνα με τον Ilmarinen (2011) μετά από δεκαετίες ερευνών σχετικά με την απόδοση και την εργασία, όπως και για τις δημογραφικές ανακατατάξεις που θα διαφανούν τις επόμενες δεκαετίες - στην εργασία θα παραμένουν οι άνθρωποι περισσότερο κατά μέσο όρο - , κατέληξε στην αρχιτεκτονική της 'οικίας-ικανότητα εργασίας' (βλ. Σχήμα 5), το «οικοδόμημα» άρχισε να το διαμορφώνει μαζί με τον Tempel (Ilmarinen & Tempel, 2002). Το οίκημα αποτελείται από τέσσερις ορόφους, με τον πρώτο όροφο να θεωρείται ως βάση και ως ένα συνεχόμενα ανατροφοδοτούμενο μέρος για τη λειτουργία των άλλων ορόφων. Ο επόμενος όροφος περιλαμβάνει τη γνώση και την επάρκεια αυτής ώστε να νιώθει κάποιος ικανός και να βρίσκεται σε πλήρη ετοιμότητα για το εργασιακό περιβάλλον. Στο επόμενο πάτωμα υπάρχουν τα κύρια συστατικά της αξίας που μέσω αυτής γίνεται η διαδικασία της τοποθέτησης και τη συνοδεύουν και τα απαραίτητα κίνητρα. Στον τελευταίο όροφο δημιουργείται η εργασία που η απόδοσή της εξαρτάται από το εργασιακό περιβάλλον, το περιεχόμενο και τις αξιώσεις της. Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης η οργάνωση της εργασίας σε όλα τα επίπεδα με σύμμαχο στην όλη προσπάθεια την ομαδικότητα και τη συλλογικότητα μεταξύ των συνεργατών και τέλος η διαχείριση και η διεύθυνση της κάθε περιοχής της εργασίας σύμφωνα με τις κατευθύνσεις της ηγεσίας. Μεταξύ των ορόφων υπάρχει μια συνεχόμενη διάγνωση και ανάλυση των καταστάσεων ώστε έγκαιρα να δημιουργούνται οι απαραίτητες δράσεις για τις επιθυμητές βελτιώσεις. Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το 1981-1992 σε 6.000 εργαζόμενους/ες από τους Tuomi, Ilmarinen, Martikainen, Aalto και Klockars (1997), δείχνει ότι μεταξύ άλλων παραμέτρων που βελτιώνουν και προάγουν την εργασιακή ικανότητα είναι και η σωματική δραστηριότητα - αρκετές φορές έντονη - στον ελεύθερο χρόνο.

Βέβαια το οίκημα δε βρίσκεται μόνο του αλλά επηρεάζεται από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και σε μεγαλύτερο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον. Μέσα σε αυτούς τους τρεις χώρους σημαντικό ρόλο παίζει η πολιτική

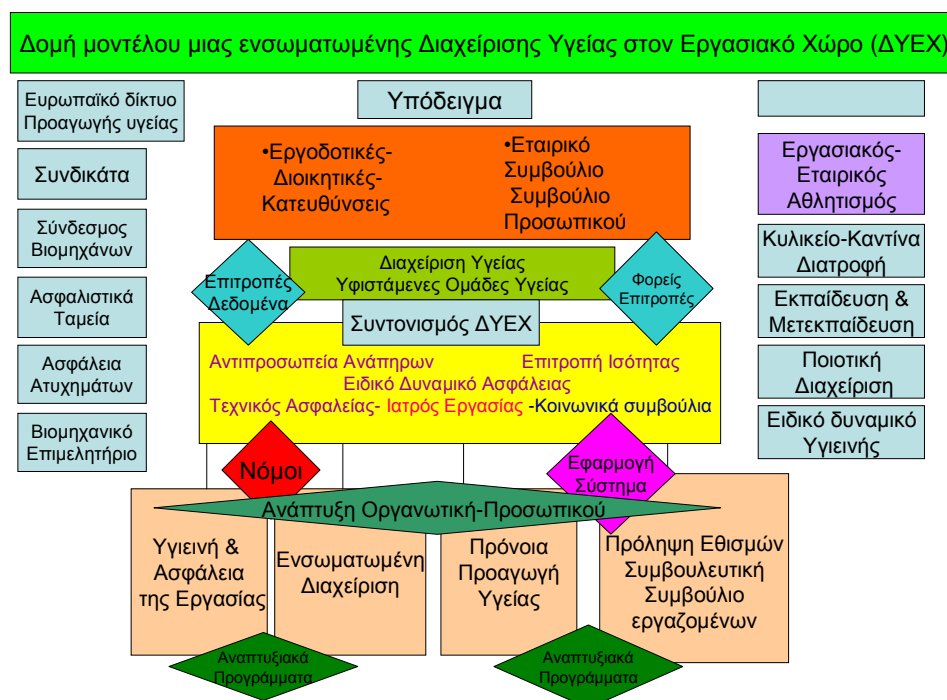
για την απασχόληση, την παιδεία, τις ρυθμίσεις για την εργασιακή ζωή και το χρόνο αυτής καθώς και το κοινωνικό δίκτυο προστασίας που αναπτύσσεται. Για τον Ilmarinen, οι στόχοι αυτών των πολιτικών θα πρέπει κατευθύνονται στο τρίπτυχο Οικονομική σταθερότητα – Ευεξία των Πολιτών – Απασχόληση και χαρακτηριστικά λέει πως: “ Η εργασία από μόνη της δε δημιουργεί καμία ικανότητα εργασίας και εργασιακή ικανότητα δε δημιουργεί από μόνη της καμία ικανότητα απασχόλησης”. Μέσα από τις εφαρμοζόμενες πολιτικές θα πρέπει να υπάρξει μια ισορροπία μεταξύ απαιτήσεων από την εργασία και αποδοτικότητας, ώστε το αποτέλεσμα να είναι το αναμενόμενο για το σύνολο και όχι να γέρνει πολλές φορές προς τις έντονες απαιτήσεις χωρίς τα απαραίτητα μέτρα-πράξεις, με άμεσο αντίκτυπο τον/την εργαζόμενο/η και κατά επέκταση το κοινωνικό σύνολο.



Σχήμα 5. “Το οίκημα της εργασιακής ικανότητας” κατά τους Ilmarinen και Tempel (2002).

Μία από τις περιοχές που ενεργούν σημαντικά στην αύξηση της εργασιακής ικανότητας είναι η υγεία σύμφωνα με το μοντέλο των Ilmarinen και Tempel (2002). Η υγεία που αποκτάται ή διατηρείται από τον τρόπο ζωής και την ανάλογη σωματική και ψυχική καταπόνηση στην εργασία με αποτέλεσμα τα προγράμματα προαγωγής υγείας στον εργασιακό χώρο να παίζουν ουσιαστικό ρόλο για τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Η Wienemann (2002) αναφέρει ότι το θέμα ‘υγεία’ αποκτά ουσιαστικό ρόλο στις μοντέρνες στρατηγικές διαχείρισης και διοίκησης των οργανισμών και επιχειρήσεων. Επίσης αναφέρει ότι ενώ τη δεκαετία του ’80 είχαμε ένα μοντέλο ισχύος διοίκησης, ακολούθησε η δεκαετία του ’90 με τα μοντέλα της στρατηγικής, ποιοτικής και νέας δημόσιας διοίκησης για να έρθουμε στην πρώτη δεκαετία του 21^{ου} αιώνα, που η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού και η διαχείριση της υγείας στον εργασιακό χώρο να εκλαμβάνονται ως βασικοί πυλώνες στη διοίκηση των οργανισμών (Wattendorff & Wienemann, 2004). Παρουσιάζει δε τη Δ.Υ.Ε.Χ ως μια διαδικασία όπου ο συνειδητός έλεγχος και η ενσωμάτωση όλων των λειτουργικών μεθόδων-τρόπων, λειτουργούν με σκοπό τη διατήρηση της προαγωγής υγείας και της ικανοποίησης των απασχολούμενων. Στο μοντέλο που παρουσιάζεται στο (βλ. Σχήμα 6) παρατηρούμε πως και πόσο αλληλένδετες είναι οι σχέσεις μεταξύ των εμπλεκόμενων περιοχών.



Σχήμα 6. Μοντέλο ενσωματωμένης διαχείρισης υγείας στον εργασιακό χώρο κατά Wienemann (2011).

Μέσα από την επεξεργασία των προαναφερθέντων μοντέλων τόσο της διατήρησης και αύξησης της εργασιακής ικανότητας όσο και της διαχείρισης της υγείας στον εργασιακό χώρο, παρατηρούμε ότι ο κοινός κρίκος που χρησιμοποιούν

είναι αυτός της προαγωγής υγείας, αλλά και συγκεκριμένα της προαγωγής υγείας στον εργασιακό χώρο και η ανάπτυξη συγκεκριμένων δράσεων αυτής.

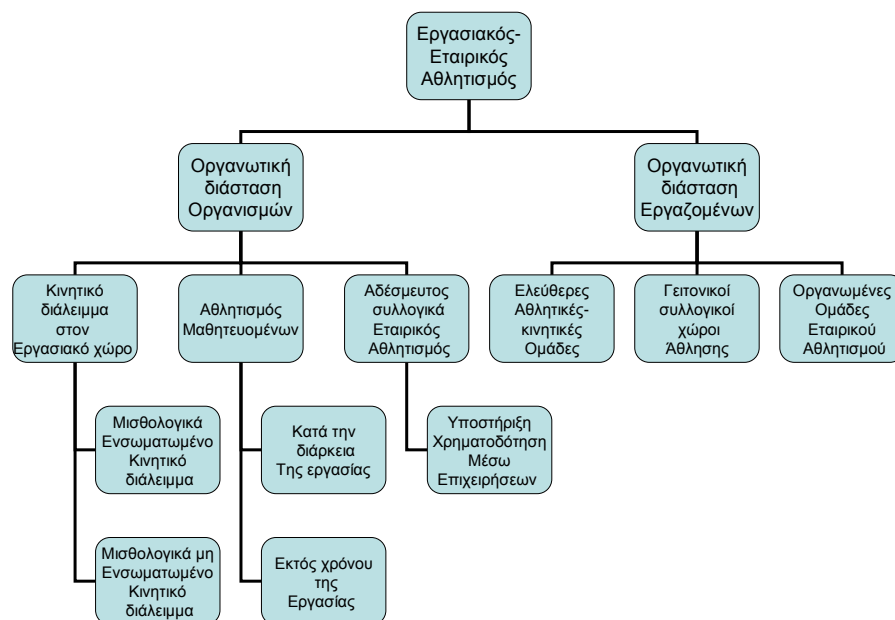
Παρατηρούμε ακόμα ότι ο εργασιακός–εταιρικός αθλητισμός εισχωρεί ως αναπόσπαστο μέρος του συνόλου. Κάτω από ποια οργανωτική διάσταση θα μπορούσε να δημιουργήσει - μέσα από δοκιμασμένες και αποτελεσματικές δράσεις - τις κατάλληλες προϋποθέσεις και να συμβάλλει στην κατεύθυνση της προαγωγής υγείας των εργαζομένων και κατά συνέπεια των οργανισμών; Είναι μια ερώτηση που απασχόλησε και απασχολεί αρκετούς επιστήμονες, αλλά προβληματίζει και όλους τους εμπλεκόμενους. Οι ιδιαιτερότητες των διαφόρων κρατών και οι πολιτικές αυτών, είναι συνήθως παράγοντες που καθορίζουν την κατεύθυνση προς την ανάπτυξη του κινήματος “ Άθληση για Όλους ” και κατά συνέπεια της άθλησης και αναψυχής των εργαζομένων.

Λειτουργίες του εργασιακού–εταιρικού αθλητισμού (E.A.) και η οργανωτική του διάσταση

Οι δομές του E.A. καθώς και οι οργανωτικές μορφές που πήρε στην πάροδο των χρόνων τόσο μέσα από τις παροχές των εργοδοτών, όσο και από τις αυτόνομες ενέργειες ομάδων εργαζομένων, δημιουργούν ένα σύμπλεγμα αυτό-οργάνωσης και οργανωμένων δομών με κοινούς και διαφορετικούς πολλές φορές λειτουργικούς σκοπούς και στόχους. Ο Tofahrn (1991) προσπάθησε να κάνει έναν καταμερισμό των οργανωτικών μορφών του E.A. (βλ. Σχήμα 7) τόσο από την πλευρά των εργοδοτών ή των επιχειρήσεων/οργανισμών όσο και από την πλευρά των εργαζομένων.

Από την πλευρά των οργανισμών προσανατολίζονται στην οργάνωση κινητικών διαλειμμάτων, είτε κατά τη διάρκεια της εργασίας είτε με το πέρας αυτής. Το κινητικό διάλειμμα κατά τον Tofahrn (1992) μπορεί να είναι οργανωμένο και σε συμφωνία με τους εργαζόμενους και εάν θα είναι μισθολογικά ενσωματωμένο ή όχι. Σύμφωνα με διεθνής βιβλιογραφικές αναφορές (Luh, 1998; Mitterbauer, 1994; Tiwald, 1992; Tofahrn, 1992) η διάρκεια του μπορεί να κυμαίνεται από 5 έως 15 λεπτά και συμβάλει ως μέρος των υγιεινών στάσεων και κινητικών συμπεριφορών. Ο Eichler (1972) αναφέρει πως το κινητικό διάλειμμα είναι ένα από τα πολλά κίνητρα για να παρακινηθεί κανείς προς τον αθλητισμό με υγιή προσανατολισμό, που από τους εργοδότες δε δίνετε η ανάλογη σημασία όσο τα κοινωνικά κίνητρα. Συνεχίζοντας αναφέρει πως στο μέλλον ο αθλητισμός θα έχει την πρόκληση να

προσαρμόσει τις δράσεις του σε όλες τις επιθυμίες των εργαζομένων. Η άλλη περιοχή που είναι διαδεδομένη και βρίσκει εφαρμογή και σήμερα, είναι η υποστήριξη κυρίως στελεχών που δεν ανήκουν ως μέλη σε οργανωμένες εταιρικές ομάδες. Σε αυτούς μπορεί η επιχείρηση να χρηματοδοτεί εξ ολοκλήρου (Αυθίνος, 1998) ή κατά ένα μέρος τις συνδρομές για του γυμναστηρίου. Ακόμα μπορεί να χρηματοδοτήσουν μέρος από την ενοικίαση χώρων άθλησης. Η περιοχή που αναφέρετε στον αθλητισμό μαθητευομένων δε βρίσκει εφαρμογή πλέον σε πολλές εταιρίες και προσδιορίζεται σε συγκεκριμένες ομάδες εργαζομένων που έχουν διαχωριστεί κατά μια έννοια από το πλαίσιο του Ε.Α. ή έχει δημιουργήσει άλλο περιεχόμενο.



Σχήμα 7. Οργανωτικές μορφές του Ε.Α. κατά τον (Tofahrn, 1991)

Από την πλευρά των εργαζομένων η οργάνωσή τους σύμφωνα με τον Tofahrn (1992) καταμερίζεται σε τρεις περιοχές. Η μία περιοχή αφορά την οργάνωση και τη λειτουργία οργανωμένων ομάδων Ε.Α., η οποία στηρίζεται κυρίως στα μέλη και διοικείται σε εθελοντική βάση. Λειτουργεί σε καθορισμένα πλαίσια και υποστηρίζεται από τους κατά τόπους αθλητικούς συνδέσμους και πολλές φορές τυγχάνει οικονομικής ενίσχυσης από τις επιχειρήσεις.

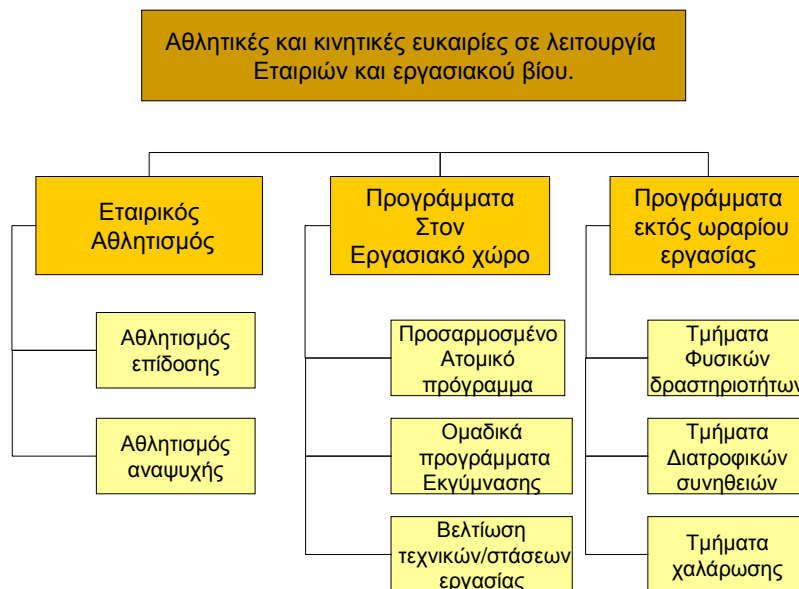
Διάφορα κράτη στον ευρωπαϊκό χώρο έχουν αναπτύξει σύμφωνα με τους (Όκκας, 2006; Όκκας, & Βεινόγλου, 2002) διάφορες οργανωτικές δομές τόσο σε

τοπικό και περιφερειακό επίπεδο, όσο και σε εθνικό, με σκοπό την υποστήριξη και διάδοση του Ε.Α. και τα οφέλη αυτού κυρίως προς τους εργαζόμενους αλλά και προς τους οργανισμούς/επιχειρήσεις. Οι ίδιοι και ο Αυθίνος (1998) αναφέρουν ότι στην Ελλάδα οι οργανωτικές δομές περιορίζονται στις διοργανώσεις ομαδικών αθλημάτων – κυρίως ποδόσφαιρο και καλαθοσφαίριση - από φορείς όπως, τα εργατικά κέντρα και από κλάδους εργαζομένων ενώ θα μπορούσαν να αναπτυχθούν σε μεγαλύτερο βαθμό με τη συμβολή τόσο των ιδιωτών όσο και των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης.

Όπως μας λέει ο Όκκας (2006) σχεδόν όλοι οι φορείς στην Ελλάδα που ασχολούνται με τον εργασιακό αθλητισμό αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα, καθώς υστερούν σε μία οργανωμένη διαχείριση / προώθηση των δραστηριοτήτων τους, με αποτέλεσμα να περιμένουν τις επιχορηγήσεις από τη Γενική Γραμματεία Αθλητισμού (ΓΓΑ) και πολλές φορές να σταματούν τις διεξαγωγές των πρωταθλημάτων λόγω έλλειψης χρημάτων και χώρων. Ένα άλλο αρνητικό στοιχείο από τη δραστηριοποίηση αυτών των φορέων είναι η μονομερής ανάπτυξη του αθλητισμού προς τη διοργάνωση πρωταθλημάτων και ελάχιστα έως καθόλου προς τη διοργάνωση δραστηριοτήτων που ωφελούν την υγεία και την αναψυχή των εργαζομένων. Επίσης, παρατηρείται ένα κενό όσον αφορά στην ενημέρωση / πρόληψη και αντιμετώπιση διαφόρων παθήσεων στους χώρους εργασίας. Τα τελευταία χρόνια κάποιες ιδιωτικές εταιρίες αναψυχής δραστηριοποιούνται στον τομέα της ενασχόλησης εργαζομένων με διάφορα αθλήματα και με δραστηριότητες αναψυχής.

Μια ακόμα σημαντική περιοχή που έχει οργανωτικό ενδιαφέρον για τους εργαζόμενους είναι οι γειτονικοί χώροι άθλησης και η λειτουργία αυτών. Αυτοί οι χώροι μπορεί να βρίσκονται εντός των επιχειρήσεων ή σε αθλητικά κέντρα συλλόγων και ιδιωτών που γειτνιάζουν. Σε αυτούς τους χώρους μπορούν να συμμετέχουν με καθορισμένα πλαίσια λειτουργίας όχι μόνο τα μέλη των οργανωμένων ομάδων Ε.Α. αλλά και από την τρίτη περιοχή των εργαζομένων, αυτής των ελεύθερων αθλητικών-κινητικών ομάδων όπως επίσης και το ευρύ κοινό ανάλογα τον χώρο και τη λειτουργία. Οι Α.Κ.Ο είναι συνήθως εργαζόμενοι που εξασκούνται περιστασιακά σε περιοχές του αθλητισμού και χρησιμοποιούν την άσκηση ως μέρος της αναψυχής τους, λαμβάνουν δε μέρος σε ευκαιρίες φυσικών δραστηριοτήτων που προσφέρουν οι επιχειρήσεις με ίδια κυρίως χρηματοδότηση.

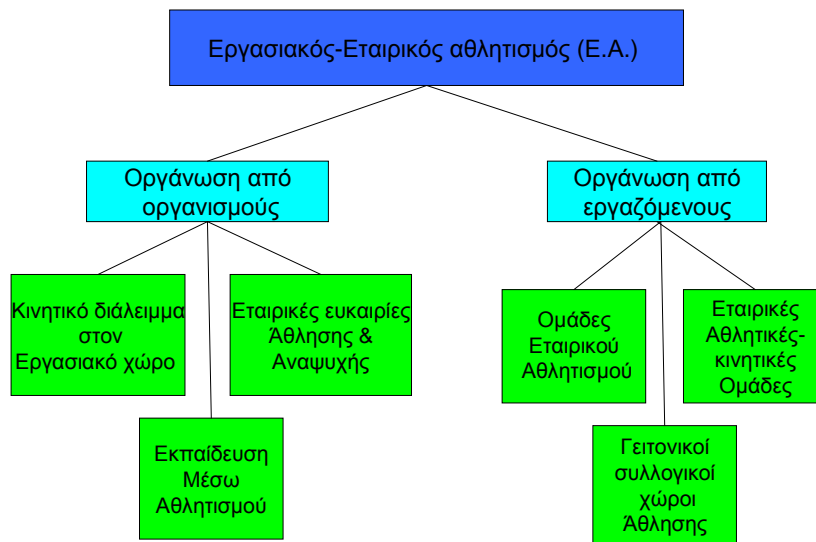
Οι Huber και Hahn (1996) λόγω της διάδοσης και εφαρμογής του Ε.Α. κυρίως σε αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης (Γερμανία, Γαλλία, Σκανδιναβικά κράτη) και επειδή υπήρξε εκτός από τον παραδοσιακό Ε.Α., μια ανάπτυξη προγραμμάτων εντός εργασιακού χώρου αλλά και εκτός εργασίας, δημιούργησαν μια διαφορετική κατανομή (βλ. Σχήμα 8).



Σχήμα 8. Δομές για αθλητικές και κινητικές ευκαιρίες στη λειτουργία των εταιριών και του εργασιακού βίου κατά των Huber και Hahn (1996).

Στις δομές των Huber και Hahn (1996) ασκήθηκε κριτική – κυρίως στη γερμανική βιβλιογραφία, όπου ο Ε.Α. είναι αρκετά οργανωμένος και διαδεδομένος - και στις τρεις κατανομές. Η κριτική αφορούσε κυρίως τη μη εξήγηση των διαχωρισμών και εννοιών του Ε.Α. Στη δεύτερη κατανομή η σύνδεση των προγραμμάτων για τη βελτίωση στάσεων/τεχνικών εργασίας έχουν μικρή σύνδεση με τα προγράμματα φυσικών δραστηριοτήτων, έτσι ώστε να συγκλίνουν στις γενικές δράσεις και μέτρα της προαγωγής υγείας. Στην τρίτη κατανομή για τα προγράμματα μετά το πέρας εργασίας δεν γίνεται ξεκάθαρο, αν η οργάνωση αυτών γίνεται από τον οργανισμό ή από άλλους φορείς.

Ο Luh (1998) σε μία ανάλυση για τη σχέση του Ε.Α. ανάμεσα στα ενδιαφέροντα των εργοδοτών και τις επιθυμίες των εργαζομένων, καταλήγει σε ένα νέο καταμερισμό (βλ. Σχήμα 9), όπου έχοντας ως βάση τον καταμερισμό του Tofahrn (1992) και με βάση των νέων στοιχείων, περικλύπτει και συγκεκριμενοποιεί τις περιοχές λειτουργιών του Ε.Α.



Σχήμα 9. Η μορφή του Ε.Α. κατά τον Luh (1998).

Κατά τον Luh (1998) ο Ε.Α. έχει τις δυνατότητες να αναπτύξει, είτε με την πλευρά των εργοδοτών είτε με την οργανωτική διάθεση των εργαζομένων, προγράμματα φυσικών δραστηριοτήτων τόσο εντός των επιχειρήσεων/οργανισμών και κατά τη διάρκεια της εργασίας, όσο και εκτός χώρου εργασίας. Η διαφορά με τον καταμερισμό του Tofahrn (1992) και το διαχωρισμό των Huber και Hahn (1996), είναι ότι η αναψυχή εισχωρεί και συγκαταλέγεται στην ίδια περιοχή με τον αθλητισμό.

Οι δραστηριότητες του Ε.Α. στην κατεύθυνση της υγείας-κίνησης-αναψυχής και οφέλη αυτών.

Οι δραστηριότητες του Ε.Α. τα προγράμματα που αναπτύσσονται στην κατεύθυνση της άθλησης και αναψυχής έχουν έναν πολύπλευρο προσανατολισμό. Προς μια κατεύθυνση είναι η άσκηση για δύναμη, για ενίσχυση της κάρδιο-αναπνευστικής λειτουργίας, και γενικά δραστηριότητες με σκοπό τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης.

Σε μια ανασκόπηση των Proper και συν. (2003) που έγινε σε λεπτομερώς ελεγμένες δημοσιευμένες έρευνες από το 1980 έως το 2000 και εξέταζε την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων φυσικών δραστηριοτήτων στον εργασιακό χώρο. Τα αποτελέσματα μετρούσανε σε πενταβάθμια κλίμακα, τη φυσική δραστηριότητα και κατάσταση, τη δύναμη, την ευκινησία, την κάρδιο-αναπνευστική λειτουργία, την κόπωση, το ΔΜΣ, τις μυοσκελετικές ασθένειες, τη γενική υγεία, χοληστερίνη και πίεση. Θετικές ενδείξεις παρουσίασαν οι φυσικές δραστηριότητες από οχτώ έρευνες με στατιστικά σημαντική βελτίωση της κινητικής συμπεριφοράς και του μεταβολισμού. Θετικές ήταν και προς τους συμμετέχοντες με μυοσκελετικές ενοχλήσεις κυρίως με τον περιορισμό των ενοχλήσεων της περιοχής ράχη/αυχένα. Δεν ήταν δυνατόν να οριστικοποιηθούν επαρκώς θετικές ενδείξεις για τις άλλες μεταβλητές, εκτός από περιορισμένες θετικές ενδείξεις στην ψυχο-σωματική κατάσταση σε σχέση με την κόπωση, ενώ καμία ένδειξη δεν βρέθηκε για βελτίωση των τιμών χοληστερόλης και πίεσης. Προφανώς σε πολλές φυσικές δραστηριότητες, ο συνδυασμός με τις διατροφικές συνήθειες θα έφερνε καλύτερα αποτελέσματα.

Προσανατολισμένες στην αναψυχή είναι οι δραστηριότητες που δημιουργούνται σε διήμερες εκδρομές που συνδυάζονται είτε με ήπιους περιπάτους στη φύση και με εξάσκηση αθλημάτων φύσης είτε με ανάπτυξη δεξιοτήτων και διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού. Κατά τον Κουθούρη (2009) ο χαρακτήρας των δράσεων για την ανάπτυξη δεξιοτήτων και διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού αλλάζει μορφές αναλόγως των στόχων και λειτουργούν σε ένα ασφαλές και ελεγχόμενο περιβάλλον. Σε ένα περιβάλλον της φύσης που κατά τον Κουκουρή (2009) ενώ όσοι ασχολούνται με τις υπαίθριες αθλητικές δραστηριότητες πρέπει να έχουν την ευκαιρία να ασκούνται μέσα στη φύση, από την άλλη μεριά όμως δημιουργούνται σοβαρές επιπτώσεις στο περιβάλλον. Σε αυτές τις περιπτώσεις η

καλλιέργεια συνείδησης σε περιβαλλοντολογικά θέματα των εμπλεκομένων σε υπαίθριες δραστηριότητες είναι ο μόνος σύμμαχος για ένα όσο το δυνατόν διατηρημένο οικοσύστημα.

Η λειτουργία του Ε.Α. είναι επίσης προσανατολισμένη στην κατεύθυνση της κοινωνικοποίησης. Μέσα από τις δραστηριότητες με ομαδικό χαρακτήρα, αναπτύσσονται δεξιότητες όπως το ομαδικό πνεύμα συνεργασίας, η σύσφιξη των σχέσεων, η άμεση επικοινωνία, η ικανοποίηση, η ευχαρίστηση κ.α. Ενδεικτικές δραστηριότητες είναι η συμμετοχή των οικογενειών σε δραστηριότητες Ε.Α., τα ετήσια αθλητικά φεστιβάλ, πολιτιστικές δράσεις σε συνεργασία με δραστηριότητες, κ.α. Όπως χαρακτηριστικά μας λέει ο Tofahrn (1992) υπάρχει έντονη κοινωνικοποίηση ανάμεσα στα άτομα των άτυπων ομάδων που από κοινού ασκούνται στον ίδιο χώρο. Κατά τον Eichler (1979) μετά από εμπειριστατωμένες μελέτες διαπιστώθηκε ότι ο εργασιακός χώρος του εργαζόμενου να γίνεται παθητικότερος με αποτέλεσμα να επηρεάζονται αρνητικά οι στάσεις και οι συμπεριφορές του κατά τον ελεύθερο χρόνο σε έναν επίσης παθητικό βαθμό με επιπτώσεις στο κοινωνικό σύνολο.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια των Europe Corporate Games 2004 στη Θεσσαλονίκη (N=209) από τους Χατζοπούλου, Γαργαλιάνος, Τριγώνης, και Όκκας (2005), διαπιστώθηκε πώς οι άντρες εργαζόμενοι συμμετέχουν σε προγράμματα εργασιακού αθλητισμού σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες. Ο κυριότερος λόγος που τους οδηγεί στην απόφασή τους για άθληση ήταν η διατήρηση της καλής υγείας και η βελτίωση της ποιότητας ζωής, ενώ ο σημαντικότερος αποτρεπτικός λόγος συμμετοχής στα προγράμματα άσκησης ήταν η έλλειψη ελεύθερου χρόνου.

Μια άλλη κατεύθυνση κατά τον Tofahrn (1992) είναι αυτή της πρόληψης που “ *λόγω αλλαγών των κοινωνικών δομών και εργασιών δημιουργούνται νέες ασθένειες που σχετίζονται με το σώμα και το πνεύμα* ” (Όκκας, 2006). Ενδεικτικές δραστηριότητες είναι η άσκηση για τη ράχη/ανχένα, για χαλάρωση, για κατάπτωση και συντονισμό, για καταπολέμηση του στρες, ενημέρωσης για θέματα διατροφής και άθλησης κ.α. Οι Τριγώνης, Ματσούκα, Κώστα, Αστραπέλλος και Υφαντίδου (2007) εφαρμόζοντας ένα πρόγραμμα ενημέρωσης και άσκησης για θέματα διατροφής και

καταπολέμησης του στρες, σε εργαζόμενους μιας επιχειρήσεως, διαπιστώσανε θετικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής τους.

Σε συνεργασία με γυμναστές, ψυχολόγους, διατροφολόγους ή φυσιοθεραπευτές, και με τις κατάλληλες ιατρικές οδηγίες ο E.A. μπορεί να λειτουργήσει και στη θεραπευτική κατεύθυνση ή στην αποκατάσταση. Ένα 12δεκάμηνο παρεμβατικό πρόγραμμα εφαρμόστηκε σε εργαζόμενους μιας ασφαλιστικής εταιρίας στη Γερμανία από τους Benner, Burnus και Ochs (2007). Στο πρόγραμμα υπήρξε συνεργασία διαφόρων κλάδων επιστημόνων και η παρέμβαση αφορούσε την εφαρμογή μεθόδων (κινητικών, εργονομικών κ.α.) που θα μειώνανε ενοχλήσεις από πόνους στην περιοχή της ράχης/αυχένα και κορμού γενικότερα σε εργαζόμενους που δηλώσανε την επιθυμία να συμμετέχουν μετά από ανάλυση ερωτηματολογίου. Ταυτόχρονα υπήρξε μια αναλυτική παρακολούθηση του πρωτόκολλου απουσιών από τρία χρόνια. Τα αποτελέσματα δείξανε σημαντική επίδραση των προγραμμάτων στη μείωση των πόνων και ενοχλήσεων του κορμού, ελάττωση των δημιουργουμένων συμπτωμάτων στρες και μείωση των απουσιών από την εργασία κατά 22%. Το κόστος απουσιών απασχολεί αρκετές οικονομίες επιχειρήσεων και οργανισμών και κατά επέκταση τις οικονομίες κρατών.

Σε αυτή την κατεύθυνση κινήθηκε η έρευνα των Carruth και Carruth (2009), στις ΗΠΑ. Η έρευνα ασχολήθηκε με μία εκτεταμένη λογιστική ανάλυση για τα κόστη που προκύπτουν από τις απουσίες της εργασίας λόγω ασθενειών, τα κόστη του τομέα υγείας, και ασφαλιστικών ταμείων και γενικά από μια μη υγιή εργασία, σε σχέση με προωθούμενες στρατηγικές και ανάπτυξη δραστηριοτήτων Π.Υ.Ε.Χ. Στην έρευνα αναφέρθηκαν δυο μεγάλες ανασκοπήσεις εργασιών σχετικά με το όφελος και το κόστος από την εφαρμογή της Π.Υ.Ε.Χ. Η μία ανασκόπηση που έκανε ο Aldana (2001) σε 73 εργασίες έδειξε ότι αν γίνει μια επένδυση στην προώθηση και εφαρμογή σωστά δομημένων δραστηριοτήτων της προαγωγής υγείας σε διάφορους εργασιακούς χώρους, αυτή γυρίζει πίσω με ένα όφελος για κάθε 1\$ γυρίζουν πίσω 3,5\$. Μια παρόμοια ανασκόπηση από 43 εργασίες που ανάλυσε ο Chapman (2003) έδειξε ότι από ανάλογες επενδύσεις στην κατεύθυνση της Π.Υ.Ε.Χ επέρχεται ένα ποσοστό 28% σε μείωση απουσιών από την εργασία, 26% γενική μείωση κόστους υγείας και 30% λιγότερες αποζημιώσεις, που αυτό μεταφράζεται σε ένα όφελος για κάθε 1\$ γυρίζουν πίσω 5,93\$. Η λογιστική ανάλυση των Carruth και Carruth (2009) κατέληξε στο

συμπέρασμα, πως ένας πολύ καλός δρόμος για τη μείωση του κόστους υγείας στις ΗΠΑ, είναι η όλο και περισσότερη προώθηση των εταιρικών προγραμμάτων ευεξίας.

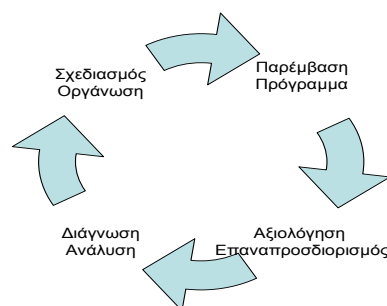
Οι Mc Gee, Bevan και Quadrello (2010) παρουσίασαν στο 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για την Υγεία και την Ασφάλεια της Εργασίας με τίτλο “Η πρόσληψη συμφέρει όλους” το πρόγραμμα “Fit for Work?” και την κατάσταση της ελληνικής αγοράς εργασίας σε σχέση με τις μυοσκελετικές διαταραχές. Τα αποτελέσματα της ανικανότητας και του πόνου που προκαλούν αυτές οι μυοσκελετικές διαταραχές, μπορούν να επηρεάσουν πολλές πτυχές της απόδοσης ενός ατόμου στην εργασία του, όπως: Αντοχή, Γνωστική ικανότητα ή συγκέντρωση, Ορθολογισμός/διάθεση, Κινητικότητα, Ευκινησία.

Χαρακτηριστικά αναφέρουν: *“Τα στοιχεία που παρουσιάζονται σε αυτή την αναφορά δείχνουν ότι μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων σε ηλικία εργασίας στην Ελλάδα, έχει επηρεαστεί, ή θα επηρεαστεί τα επόμενα χρόνια, από Μυοσκελετικές Διαταραχές. Αυτό μπορεί να έχει πολύ σοβαρές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις στα άτομα αυτά και τις οικογένειές τους, μπορεί να εμποδίσει την παραγωγική ικανότητα του συνόλου του εργατικού δυναμικού και της ελληνικής βιομηχανίας, και μπορεί να απορροφήσει πολλούς πόρους τόσο από το σύστημα υγείας όσο και από το σύστημα αποζημιώσεων.”*

Και στην κατεύθυνση της διαχείρισης, και συνεργασίας των εμπλεκόμενων, αναφέρουν: *“Εντοπίσαμε σημαντικά κλινικά, επιδημιολογικά, ψυχολογικά και οικονομικά στοιχεία, καθώς και γνώμες ειδικών για τη φύση, την έκταση και τις επιπτώσεις του προβλήματος των Μυοσκελετικών Διαταραχών στην Ελλάδα. Ωστόσο, φαίνεται ότι υπάρχει ακόμα έλλειψη συνοχής ή συναντίληψης και δράσης που να εστιάζει στον ασθενή Μυοσκελετικών Διαταραχών ως εργαζόμενο. Παρότι ο αριθμός των υπερασπιστών του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου όπως εφαρμόζεται σε όλες τις Μυοσκελετικές Διαταραχές αυξάνεται, κάποιιοι από αυτούς που μπορούν να επηρεάσουν περισσότερο τη συμμετοχή των εργαζόμενων με Μυοσκελετικές Διαταραχές στην αγορά εργασίας δεν έχουν ακόμα ενστερνιστεί τις αρχές του όσο εκτενώς θα μπορούσαν.”* (Mc Gee, Bevan & Quadrello, 2010).

Η κατηγορία των ελεύθερων αθλητικών-κινητικών ομάδων (Α.Κ.Ο.) παρουσιάζει ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον, γιατί σύμφωνα με τις μέχρι τώρα προσεγγίσεις της ψυχολογίας και της κοινωνιολογίας, αλλά και των αρχών του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, μέσω αυτών μπορούν να αναπτυχθούν αρκετά προγράμματα φυσικών δραστηριοτήτων σε διάφορες κατηγορίες εργαζομένων. Η ανάπτυξη των προγραμμάτων αυτών θα πρέπει να προσανατολίζονται στο τρίπτυχο υγεία-κίνηση-αναψυχή.

Η κάθε δραστηριότητα ή ένα πρόγραμμα-παρέμβαση που έχει ως στόχο να φέρει ένα επιθυμητό αποτέλεσμα σε ένα σύνολο προσδοκιών έχει ως απαραίτητα συστατικά και διαδικασίες ουσίας τη διάγνωση, το σχεδιασμό, την παρέμβαση, και την αξιολόγηση (βλ. Σχήμα 10), ώστε να μπορούν οι συστηματικές εφαρμογές της διαχείρισης της υγείας στον εργασιακό χώρο να έχουν την ανάλογη ποιότητα και αποδοτικότητα.



Σχήμα 10. Κύκλος διαδικασιών της διαχείρισης της υγείας στον εργασιακό χώρο.

Σε αυτή την κατεύθυνση κινήθηκε η παρακάτω έρευνα, δημιουργώντας το πρώτο οργανωτικό βήμα, το οποίο - μέσω της διάγνωσης και ανάλυσης των αποτελεσμάτων - να συμβάλει στην ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων υγείας-κίνησης-αναψυχής εργαζομένων (Π.Υ.Κ.Α.Ε.) από κάθε ενδιαφερόμενο οργανισμό, επιχείρηση ή φορέα. Τα Π.Υ.Κ.Α.Ε ονομάστηκαν έτσι γιατί θεωρήθηκε ότι μπορούν να αναπτυχθούν και να λειτουργήσουν και εκτός εργασιακού χώρου είτε ελεύθερα είτε υπό τη συνεργασία, εποπτεία φορέα και οργανισμού/επιχείρησης.

III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 333 ενήλικες (180 άντρες, 153 γυναίκες), ανεξαρτήτου ηλικίας, που ασκούσανε καθιστικό επάγγελμα σε 6 μεγάλους δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς και επιχειρήσεις στην περιοχή της Αττικής.

Δειγματοληψία

Η δειγματοληψία των οργανισμών και επιχειρήσεων έγινε τυχαία. Σε μια περίοδο γενικευμένης κρίσης – Ελληνική οικονομική κρίση (2010) - πολλοί από τους οργανισμούς που είχανε επιλεγεί για την έρευνα παρουσίασαν πολλές δυσλειτουργίες και μεγάλες καθυστερήσεις στην διανομή των ερωτηματολογίων παρόλο που υπήρξε η επιθυμία να τα μοιράσουν μόνοι τους εσωτερικά. Και ενώ υπήρξαν δύο διαφορετικές ημερομηνίες για την συλλογή των ερωτηματολογίων η ανταπόκριση δεν ήταν η αναμενόμενη. Ενώ η αρχική πρόβλεψη ήταν για 800 ερωτηματολόγια και 10 οργανισμούς και επιχειρήσεις, η συλλογή περιορίστηκε σε 389 ερωτηματολόγια, από τα οποία τα 56 ήτανε άκυρα. Επίσης από τους 10 οργανισμούς ανταποκριθήκανε οι 6, οι 2 όχι και οι 2 παρουσίασανε τις προαναφερόμενες δυσλειτουργίες.

Όργανο μέτρησης - Διαδικασία

Χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο 29 ερωτήσεων - αναπτυγμένο από το σύνδεσμο αθλητισμού επιχειρήσεων της Βιέννης - κατανοητό, ελεγμένο για την αξιοπιστία και εγκυρότητα, κατάλληλα προσαρμοσμένο στις ανάγκες της έρευνας, το οποίο ήταν χωρισμένο σε τρία μέρη. Στο πρώτο μέρος γινόταν η καταγραφή στοιχείων για τους εργοδότες/οργανισμούς ως προς τις προϋποθέσεις υγείας στην εργασία, τις επιθυμίες των εργαζομένων για μέτρα πράξεις στον εργασιακό χώρο ως προς την βελτίωση της υγείας τους, πώς θα επιθυμούσανε να ενημερωθούν και με ποιους θα συνεργαζότανε πιο ευχάριστα, όπως και για το χαρακτηρισμό της εργασίας τους με διαβάθμιση. Το δεύτερο μέρος περιλάμβανε στοιχεία για την αθλητική-

κινητική συμπεριφορά των εργαζομένων σχετικά με το είδος της άθλησης-κίνησης και το χρόνο που διαθέτουν για αυτή την ενασχόληση και τα όποια προβλήματα αντιμετωπίζουν. Στο τρίτο μέρος κάποιες ερωτήσεις ήταν προσαρμοσμένες για θέματα υγείας που απασχολούν την καθημερινότητα των εργαζομένων, όπως: «Πόσο συχνά είχατε πόνους στην ράχη/αυχένα τις τελευταίες εβδομάδες;», αλλά και κάποιες δημογραφικές. Σε κάποιες ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκε 5βάθμια κλίμακα και σε άλλες πολλαπλή επιλογή. Το ερωτηματολόγιο ήταν χωρισμένο σε τρία μέρη ως εξής:

1. Στοιχεία για την επιχείρηση/οργανισμό (5 ερωτήσεις)
2. Στοιχεία για την αθλητική-κινητική συμπεριφορά των εργαζομένων (9 ερωτήσεις)
3. Στοιχεία υγείας των εργαζομένων και δημογραφικά (15 ερωτήσεις).

Πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων υπήρξε τηλεφωνική επαφή και ενημερωτική συνάντηση με τις διευθύνσεις ανθρώπινου δυναμικού ή τις διευθύνσεις υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας. Τα ερωτηματολόγια δοθήκανε σε ίδιο χρονικό διάστημα και υπήρξε ενημερωτικό σημείωμα με γενικές διευκρινήσεις που αφορούν την έρευνα και τα μέρη του ερωτηματολογίου. Συνεργάτες στην προώθηση των ερωτηματολογίων καθώς και στη συλλογή αυτών ήταν οι διευθύνσεις ανθρώπινου δυναμικού. Υπήρξε και η εναλλακτική συλλογή των ερωτηματολογίων μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Στατιστική ανάλυση

Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση συχνοτήτων, το Student's t-test για ανεξάρτητα δείγματα και η ανάλυση χ^2 . Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS 13.0. Επίσης πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις ορισμένων μεταβλητών του ερωτηματολογίου σε σχέση με τις ηλικιακές κατηγορίες α) ≤ 40 ετών και >40 ετών καθώς και με τις επιμέρους κατηγορίες του Δείκτη Μάζας Σώματος (φυσιολογικός, υπέρβαρος, παχύσαρκος).

IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μέρος πρώτο – Στοιχεία για την επιχείρηση/οργανισμό

Με βάση τους μέσους όρους (βλ. Πίνακα 1) και τις τυπικές αποκλίσεις στην ερώτηση 1: «Ποιες προϋποθέσεις υγείας υπάρχουν ή υπήρχαν στο χώρο εργασίας;», τα αποτελέσματα των απαντήσεων είναι κάτω του μετρίου (<3), τόσο στις εργοδοτικές κατευθύνσεις (2.22), όσο και στις βοηθητικές στάσεις (2.33). Στον εργασιακό κύκλο υγείας ο μέσος όρος είναι ακόμη χαμηλότερος (1.8).

Πίνακας 1. Περιγραφική στατιστική ανάλυση: Προϋποθέσεις υγείας στην εργασία

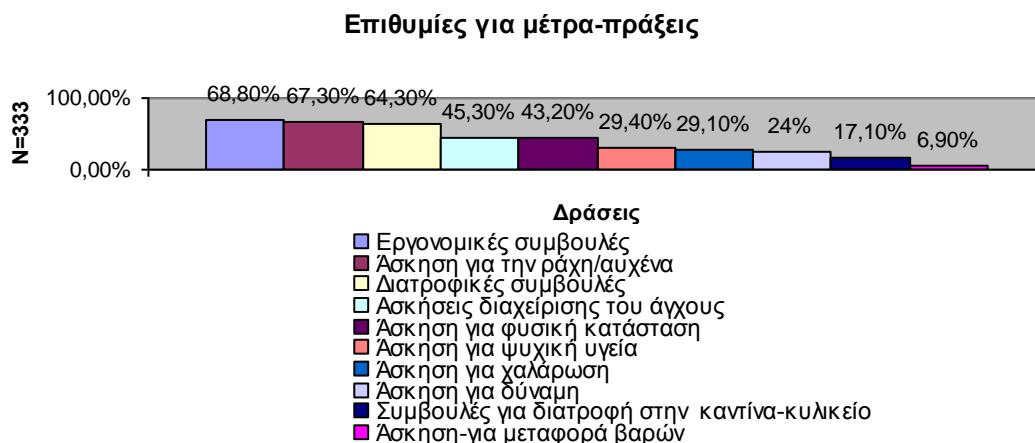
| | N | Ελάχιστη τιμή | Μέγιστη τιμή | Μέσος Όρος | Τυπική απόκλιση |
|---|-----|---------------|--------------|------------|-----------------|
| Εργοδοτικές κατευθύνσεις στην προαγωγή υγείας | 333 | 1 | 5 | 2.22 | .819 |
| Βοηθητικές στάσεις στη θέση εργασίας | 333 | 1 | 5 | 2.33 | .759 |
| Εργασιακός κύκλος υγείας | 333 | 1 | 5 | 1.80 | .901 |

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στις μεταβλητές «Εργοδοτικές κατευθύνσεις στην προαγωγή υγείας» και «Εργασιακός κύκλος υγείας», με τα θηλυκό φύλο να σκοράρει υψηλότερα και στις 2 μεταβλητές ($2.31 \pm .82$, έναντι $2.13 \pm .81$, $t=-2.01$, $p<.05$ και $1.91 \pm .96$ έναντι $1.71 \pm .84$, $t=-2.06$, $p<.04$, αντίστοιχα, βλ. Πίνακα 2).

Πίνακας 2. Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στις προϋποθέσεις υγείας στην εργασία

| | Φύλο | N | Μέσος Όρος | Τυπική απόκλιση | t | Βαθμός σημαντικότητας |
|---|----------|-----|-------------|-----------------|-------------|-----------------------|
| Εργοδοτικές κατευθύνσεις στην προαγωγή υγείας | Άνδρες | 180 | 2.13 | .808 | 2.01 | .045 |
| | Γυναίκες | 153 | 2.31 | .823 | | |
| Βοηθητικές στάσεις στη θέση εργασίας | Άνδρες | 180 | 2.35 | .728 | .591 | .555 |
| | Γυναίκες | 153 | 2.30 | .795 | | |
| Εργασιακός κύκλος υγείας | Άνδρες | 180 | 1.71 | .837 | 2.06 | .040 |
| | Γυναίκες | 153 | 1.91 | .962 | | |

Αναφορικά με την ερώτηση πολλαπλών επιλογών: «Ποια μέτρα-πράξεις για τη βελτίωση της υγείας θα επιθυμούσατε στην εργασία σας;», η πλειονότητα των εργαζομένων ενδιαφέρεται για «Εργονομικές συμβουλές» (68.8%), «Άσκηση-ενημέρωση για τη ράχη και τον αυχένα» (67.3%), για «Διατροφικές συμβουλές» (64.3%), ενώ ακολουθούν το ενδιαφέρον για «Συμβουλές διαχείρισης του άγχους» (45.3%) και «Άσκηση για καρδιαγγειακή υγεία και ευρωστία» (43.2%). Με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν τα υπόλοιπα μέτρα όπως: «Άσκηση για ψυχική κατάπτωση και συντονισμό» 29.4 %, «Άσκηση για δύναμη» 24%, «Συμβουλές για διατροφή στην καντίνα» 17.1%, και τέλος «Άσκηση-ενημέρωση για μεταφορά βαρών» 6.9% (βλ. Σχήμα 11). Άξιο σχολιασμού είναι το γεγονός ότι <50% επιθυμούν συμβουλές για καρδιαγγειακή ευρωστία και λιγότερο από το 1/3 (24%) ασκήσεις δύναμης, καθώς αυτό υποδηλώνει άγνοια σχετικά με τα οφέλη που αποκομίζει κάποιος με υψηλά επίπεδα κάρδιο-αναπνευστικής ικανότητας και δύναμης, σε σχέση με παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, αλλά και με τη συνολική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις σε σχέση με το φύλο διαπιστώθηκαν στις ερωτήσεις που αφορούσαν τις ασκήσεις για την καταπολέμηση του άγχους (γυναίκες: 52.3%, άνδρες: 39.4%, $\chi^2=5.50$, $dif=1$, $p<.019$) και την καρδιαγγειακή υγεία και ευρωστία (γυναίκες: 36.6%, άνδρες: 48.9%, $\chi^2=5.09$, $dif=1$, $p<.024$).



Σχήμα 11. Ποσοστά επιθυμιών των εργαζομένων για μέτρα-πράξεις

Στην τρίτη ερώτηση με πενταβάθμια κλίμακα: με ποιους τρόπους θα επιθυμούσατε να ενημερωθείτε για τα παραπάνω μέτρα-πράξεις, οι εργαζόμενοι επιθυμούν να ενημερωθούν πολύ μέσω ομαδικής συμβουλής 43.2% απ' ότι πολύ μέσω ατομικής συμβουλής 19.2% και κυρίως μέσω εκπαίδευση 44.1%, ενώ μέσω διαλέξεων μέτρια επιθυμεί το 39% και πολύ το 36.6% των εργαζομένων. Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα.

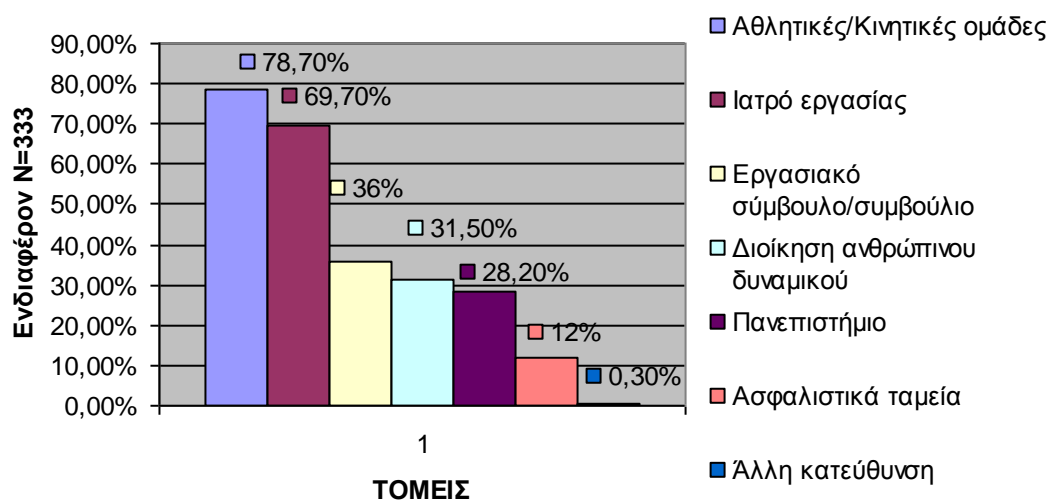
Πίνακας 3. Περιγραφική στατιστική ανάλυση: Τρόπους ενημέρωσης

| | N | Ελάχιστη τιμή | Μέγιστη τιμή | Μέσος Όρος | Τυπική απόκλιση |
|------------------|-----|---------------|--------------|------------|-----------------|
| Ατομική συμβουλή | 333 | 1 | 5 | 2.75 | 1.223 |
| Ομαδική συμβουλή | 333 | 1 | 5 | 3.23 | 1.179 |
| Εκπαίδευση | 333 | 1 | 5 | 3.72 | 1.002 |
| Διαλέξεις | 333 | 1 | 5 | 3.22 | .943 |
| Κανένα μέτρο | 333 | 1 | 1 | 1.00 | .000 |

Στην ερώτηση 4: Με ποιους θα συνεργαζόσασταν ευχάριστα, οι εργαζόμενοι είχαν τη δυνατότητα να απαντήσουν με πολλαπλές επιλογές ανάμεσα στον ιατρό

εργασίας, τον εργασιακό σύμβουλο/συμβούλιο, τη διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού, τα ασφαλιστικά ταμεία, τις αθλητικές/κινητικές ομάδες και το πανεπιστήμιο ενώ μπορούσαν να δηλώσουν μια άλλη κατεύθυνση ή με κανέναν. Τα αποτελέσματα έδειξαν (βλ. Σχήμα 12) ότι η πλειονότητα των εργαζομένων επιθυμεί να συνεργαστεί με αθλητικές/κινητικές ομάδες 78.7% και με τον ιατρό εργασίας 69,7%, ακολουθώντας τομείς όπως εργασιακό σύμβουλο/συμβούλιο 36%, διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού 31.5%, πανεπιστήμιο 28.2%, και τα ασφαλιστικά ταμεία με 12%, ενώ κάποια άλλη κατεύθυνση απάντησε το 0.3% των εργαζομένων. Οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων στις συγκεκριμένες ερωτήσεις δεν ήταν στατιστικά σημαντικές, με εξαίρεση την ερώτηση για τα ασφαλιστικά ταμεία (άνδρες: 16.7%, γυναίκες: 6.5%, $\chi^2=8.03$, $df=1$, $p<.005$). Η σημαντικότητα της συγκεκριμένης καταγραφής αναδεικνύει το πνεύμα συνεργασίας που επιθυμούν οι εργαζόμενοι από τους τομείς που μπορούν να συμβάλουν στην προαγωγή της υγείας τους.

ΤΟΜΕΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΡΑΣΕΩΝ



Σχήμα 12. Τομείς συνεργασίας για εφαρμογή δράσεων

Στην πέμπτη ερώτηση: Η εργασία μπορεί να είναι σωματικά, ψυχικά και πνευματικά επίπονη. Πως θα διαβαθμίζατε εσείς την εργασία σας; Οι εργαζόμενοι είχαν την δυνατότητα μέσα από 5βάθμια κλίμακα 1=καθόλου έως 5=πάρα πολύ να αξιολογήσουν την εργασία τους κατά πόσο επίπονη είναι. Η ανάλυση (t-test) έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων και στις 3 παραμέτρους. Οι άντρες αξιολογούν την εργασία τους ως περισσότερο σωματικά επίπονη, ενώ οι

γυναίκες πιο πολύ ψυχικά και πνευματικά (βλ. Πίνακα 4). Με βάση τις απαντήσεις αυτές θα πρέπει τα μέτρα πρόληψης να διαφοροποιούνται σε σχέση με τα δύο φύλα, στοχεύοντας στους αντίστοιχους παράγοντες.

Πίνακας 4. Διαφορές μεταξύ φύλων στην ερώτηση «Πως θα διαβαθμίζατε εσείς την εργασία σας;»

| | Φύλο | N | Μέσος Όρος | Τυπική απόκλιση | t | Βαθμός σημαντικότητας |
|-----------------------|----------|-----|------------|-----------------|--------|-----------------------|
| Σωματική καταπόνηση | Ανδρες | 180 | 2.34 | .885 | 2.855 | .005 |
| | Γυναίκες | 153 | 2.05 | .944 | | |
| Ψυχική καταπόνηση | Ανδρες | 180 | 3.76 | .735 | -2.050 | .041 |
| | Γυναίκες | 153 | 3.94 | .868 | | |
| Πνευματική καταπόνηση | Ανδρες | 180 | 3.53 | .712 | -2.181 | .030 |
| | Γυναίκες | 153 | 3.71 | .777 | | |

Μέρος δεύτερο – Στοιχεία για την αθλητική, κινητική συμπεριφορά των εργαζομένων

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου που αφορούσε την καταγραφή στοιχείων για την αθλητική-κινητική συμπεριφορά των εργαζομένων στην καθημερινότητα, η έρευνα προσπάθησε να αντλήσει στοιχεία από την ερώτηση 1: Πόσες ώρες αφιερώνετε κατά μέσο όρο την εβδομάδα για α) περπάτημα-βόλτα, β) για αθλητικές διοργανώσεις-εκδηλώσεις και γ) για να ασκηθείς ο ίδιος δραστήρια. Επίσης η ερώτηση 2: Πόσες ώρες έχετε ελεύθερο χρόνο για άθληση/αναψυχή σε Σαββατοκύριακα τον μήνα, συμπλήρωνε την καταγραφή ελεύθερου χρόνου ως προς την αξιοποίησή του για την κατεύθυνση της αθλητικής-κινητικής αναψυχής.

Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον (Πίνακα 5) δείχνουν μια διαφοροποίηση στην κατανομή του χρόνου κυρίως ως προς τις ώρες που αφιερώνει κάποιος για αθλητικές διοργανώσεις-εκδηλώσεις, με συμμετοχή λιγότερο από το 1/3 των ερωτηθέντων (N=102) να αφιερώνει από 1-8 ώρες την εβδομάδα σε «αθλητικές διοργανώσεις-εκδηλώσεις» την εβδομάδα. Η κατανομή του χρόνου που αφιερώνει

ένας εργαζόμενος για «περπάτημα-βόλτα» την εβδομάδα περιορίζεται σε ένα $M.O=2.38$ ώρες και για να «ασκηθεί ο ίδιος δραστήρια» σε ένα $M.O=1.99$ ώρες σε μια συμμετοχή ερωτηθέντων ($N=255$) και ($N=252$) αντίστοιχα. Μια μεγαλύτερη απόκλιση μεταξύ ελάχιστου και μέγιστου ελεύθερου χρόνου για άθληση/αναψυχή σε σαββατοκύριακα τον μήνα σε ώρες έχουμε από τις απαντήσεις $n=321$ ερωτηθέντων από τους 333 του συνόλου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ώρες που αφιερώνει ένας εργαζόμενος σε σαββατοκύριακα τον μήνα για άθληση/αναψυχή είναι από 1 ώρα έως 60, δίνοντας έτσι έναν $M.O=11.71$ ώρες τον μήνα. Χωρίς να μπορούμε να βγάλουμε κάποια ασφαλή συμπεράσματα για τον ελεύθερο χρόνο που αφιερώνετε από το σύνολο των ερωτηθέντων και με την ένδειξη από το σύνολο των επιμέρους ερωτήσεων της ερώτησης 1, ότι πιθανώς να μην κατανοήθηκε επαρκώς το περιεχόμενο των ερωτήσεων. Εντούτοις όμως τα αποτελέσματα μας δείχνουν μια εβδομαδιαία «υποκινητικότητα» και ένα περιορισμένο ελεύθερο χρόνο για άθληση και κινητική αναψυχή. Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα.

Πίνακας 5. Περιγραφική στατιστική ανάλυση για κατανομή χρόνου σε ώρες για άθληση και κινητική αναψυχή

| | N | Ελάχιστη Γιμή | Μέγιστη Τιμή | Μέσος Όρος | Τυπική απόκλιση |
|---|-----|------------------|-----------------|---------------|--------------------|
| Ώρες για περπάτημα-βόλτα την εβδομάδα | 255 | 1 | 15 | 2.38 | 1.901 |
| Ώρες για αθλητικές διοργανώσεις-εκδηλώσεις την εβδομάδα | 102 | 1 | 8 | 2.06 | 1.061 |
| Ώρες για να ασκηθείς ο ίδιος δραστήρια την εβδομάδα | 252 | 0 | 10 | 1.99 | 1.221 |
| Ώρες για άθληση στα Σαββατοκύριακα/μήνα | 321 | 1 | 60 | 11.71 | 7.158 |

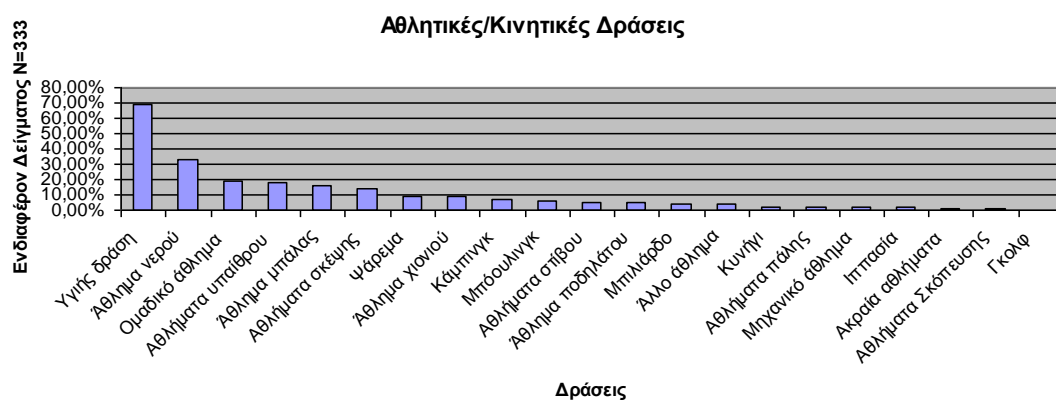
Στην ερώτηση 3: Είστε σε θέση να ασκηθείτε σε κάποια αθλητική/κινητική δραστηριότητα, οι ερωτηθέντες εργαζόμενοι απαντήσανε: 14 «Όχι καθόλου» με

ποσοστό 4.2% σε σύνολο (N=333), 63 εργαζόμενοι απαντήσανε: «Ναι με περιορισμούς» σε ποσοστό 18.9% και οι υπόλοιποι 256 εργαζόμενοι απαντήσανε: «Ναι» σε ποσοστό 76.9%. Υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δυο φύλων στις μεταβλητές «Ναι» (άντρες: 80% , γυναίκες:73.2% $\chi^2=2.254$, $dif=2$, $p<.324$), «Ναι με περιορισμούς» (άντρες:16.7% , γυναίκες:21.6% $\chi^2=2.248$, $dif=2$, $p<.325$).

Σε συνέχεια της ερώτησης 3, έρχεται η ερώτηση 4 που ζητάει να χαρακτηρίσει ο κάθε ερωτώμενος τον εαυτό του ως προς το τι είδους αθλητικός τύπος είναι. Τα αποτελέσματα δείξαν ότι: το 14.1% των εργαζομένων (N=47) χαρακτηρίζει τον εαυτό του «καθόλου αθλητικό τύπο», το 72.1% των εργαζομένων (N=240) χαρακτηρίζει τον εαυτό του «περιστασιακό αθλητικό τύπο», το 10.5% των εργαζομένων (N=35) χαρακτηρίζει τον εαυτό του «αθλητικό τύπο προσανατολισμένο σε επίδοση» και το 3.3% των εργαζομένων (N=11) χαρακτηρίζει τον εαυτό του «αθλητικό τύπο αγώνων». Στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα είχαμε στο χαρακτηρισμό «περιστασιακό αθλητικό τύπο» (γυναίκες:77.1% , άνδρες:67.8%, $\chi^2=4.216$, $dif=3$, $p<.239$).

Στην πέμπτη ερώτηση ζητήθηκε από τους εργαζόμενους να καταγράψουν σε ποιες κατηγορίες αθλημάτων και κινητικών δράσεων δραστηριοποιούνται κατά περίοδοι. Σε κάθε κατηγορία αθλημάτων το ερωτηματολόγιο παρείχε διάφορα παραδείγματα από αθλήματα, ώστε να γίνει ποιο κατανοητό προς τους ερωτώμενους. Η υγιής δράση -όπως π.χ. φυσική κατάσταση, τρέξιμο, ευλυγισία, γιόγκα, τάι-τσι κ.α. – έρχεται πρώτη σε συμμετοχή με ποσοστό 69.4% (βλ. Σχήμα 13) και ακολουθεί με ποσοστό 32.7% η ενασχόληση με το υγρό στοιχείο συμπεριλαμβανόμενες τόσο τις δράσεις ναυτικών αθλημάτων κωπηλασία, ιστιοπλοΐα, κανό όσο και δράσεις όπως κολύμπι, κολύμβηση και καταδύσεις. Ένα ποσοστό που θα μπορούσε να είναι αρκετά μεγαλύτερο, αν αναλογιστεί κανείς ότι η Ελλάδα βρέχεται σε μια τεράστια έκταση από θάλασσα με σημαντικό αριθμό λιμνών και ποταμών. Στη συνέχεια ακολουθούν τα ομαδικά αθλήματα σε ποσοστό 19.2% . Ένα αρκετά καλό ποσοστό 18% παίρνουν τα αθλήματα υπαίθρου π.χ. ορειβασία, αναρρίχηση, πεζοπορία. Το ποσοστό θα μπορούσε να είναι αρκετά μεγαλύτερο σύμφωνα με τις καιρικές συνθήκες και τις πολυμορφικές δυνατότητες που παρουσιάζει το περιβάλλον της Ελλάδας. Τα αθλήματα μπάλας π.χ. τένις, πινγκ-πονγκ, μπάντμιντον κ.α. έχουν επίσης ένα καλό ποσοστό 15.6%, με δυνατότητα αύξησης, έχοντας ως πλεονέκτημα το εύκολο χώρο

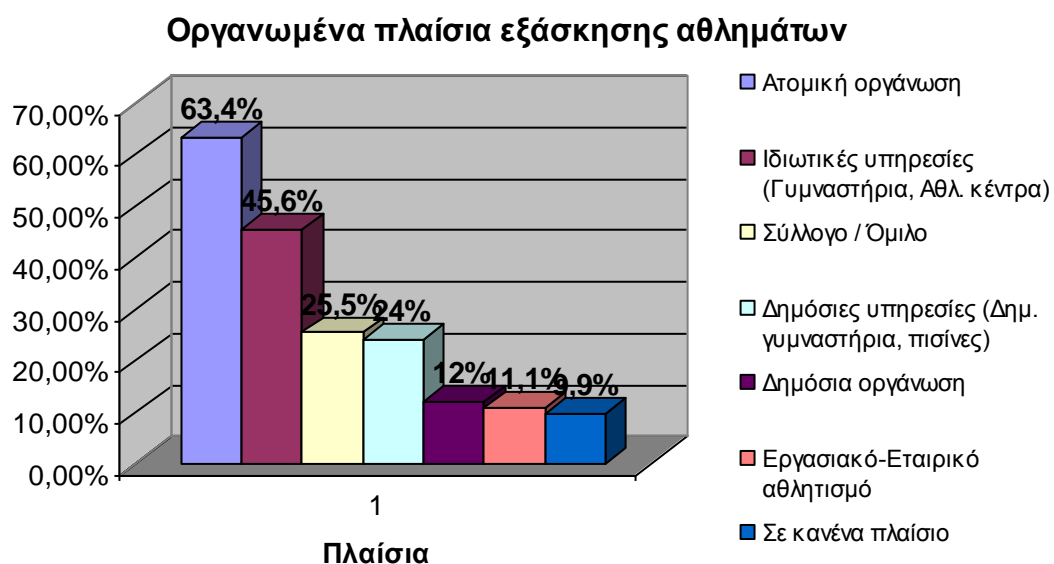
δημιουργίας της δραστηριότητας. Στο ίδιο ποσοστό περίπου κινούνται και τα αθλήματα σκέψης σκάκι κ.α. με 14.1%. Με το ίδιο ποσοστό 9.3% των εργαζομένων να δραστηριοποιείτε τόσο σε δράσεις αθλημάτων χιονιού όσο και στην δραστηριότητα του ψαρέματος. Το κάμπινγκ με ποσοστό 7.2% και το ποδήλατο με 4.8%, συνεχίζουν, με το ποσοστό τους να γεννά ερωτηματικά ως προς την έλλειψη κουλτούρας ή και την έλλειψη βιώματος ως προς την σημασία και τα οφέλη της δραστηριότητας. Ενδιάμεσα το μπόουλινγκ – μια ιδιαίτερα αναπτυσσόμενη δραστηριότητα τα τελευταία χρόνια- με ποσοστό 6.3% και το μπιλιάρδο με συμμετοχή στο 4.5%, δυο δραστηριότητες με περισσότερο ψυχαγωγικό χαρακτήρα. Ένα ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό 5.4% διέγραψε η κατηγορία αθλημάτων στίβου π.χ. τρέξιμο, άλματα, τρίαθλο όπως και προσανατολισμό. Τα αθλήματα πάλης π.χ. καράτε, ταεκ-βο-ντο κ.α. επίσης το ποσοστό τους είναι μικρό 2.1% , μολοντί υπάρχει μια ιδιαίτερη αύξηση στις μικρές ηλικίες, οπότε πιθανώς να υπάρξει αύξηση στις επόμενες δεκαετίες στους ενήλικες. Στο ίδιο ποσοστό 2.1% ακολουθεί το κυνήγι και τέλος οι κατηγορίες αθλημάτων όπως: μηχανικά αθλήματα 1.8%, ιππασία 1.8%, ακραία αθλήματα 1.5%, αθλήματα σκόπευσης 0.6% και γκολφ 0.3%. Ενώ ένα άλλο άθλημα-δραστηριότητα π.χ. χορό επέλεξε το 3.6% των εργαζομένων.



Σχήμα 13. Συμμετοχή σε κατηγορίες αθλητικών/κινητικών δράσεων κατά περιόδους

Ως συνέχεια της προηγούμενης ερώτησης ακολουθεί η ερώτηση 6: Σε ποια οργανωμένα πλαίσια εξασκείτε αυτά τα αθλήματα; οι ερωτώμενοι είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν παραπάνω από ένα πλαίσιο. Οι εργαζόμενοι απάντησαν (βλ. Σχήμα 14) ως εξής: Το οργανωμένο πλαίσιο εξάσκησης μιας αθλητικής-κινητικής δραστηριότητας με το μεγαλύτερο ποσοστό είναι η «ατομική οργάνωση» με 63.4% και οι «ιδιωτικές υπηρεσίες» όπως γυμναστήρια, αθλητικά κέντρα κ.α. με

45.6%. Σε «σύλλογο-όμιλο» ασκούνται το 25.5% των συμμετεχόντων του ερωτηματολογίου, το 24% χρησιμοποιεί τις δημόσιες υπηρεσίες π.χ. δημοτικά γυμναστήρια, δημοτικά προγράμματα άθλησης, το 12% συμμετέχει σε δημόσιες οργανώσεις, το 11.1% σε δράσεις του Ε.Α, ενώ το 9.9% δεν δραστηριοποιείται σε κανένα πλαίσιο. Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις σε σχέση με το φύλο υπήρξε για την εξάσκηση των αθλημάτων σε πλαίσια των «συλλόγων-ομίλων» (άνδρες:31.1%, γυναίκες:19% $\chi^2=6.430$ $df=1$ $p< .01$), στο πλαίσιο που προσφέρουν οι δημόσιες υπηρεσίες (άνδρες:27.8%, γυναίκες:19.6% $\chi^2=3.024$ $df=1$ $p< .08$) και στα πλαίσια που προσφέρουν οι διαφορετικές οργανώσεις του «εργασιακού-εταιρικού αθλητισμού» (άνδρες:19.4%, γυναίκες:1.3% $\chi^2=27.546$ $df=1$ $p<.001$).



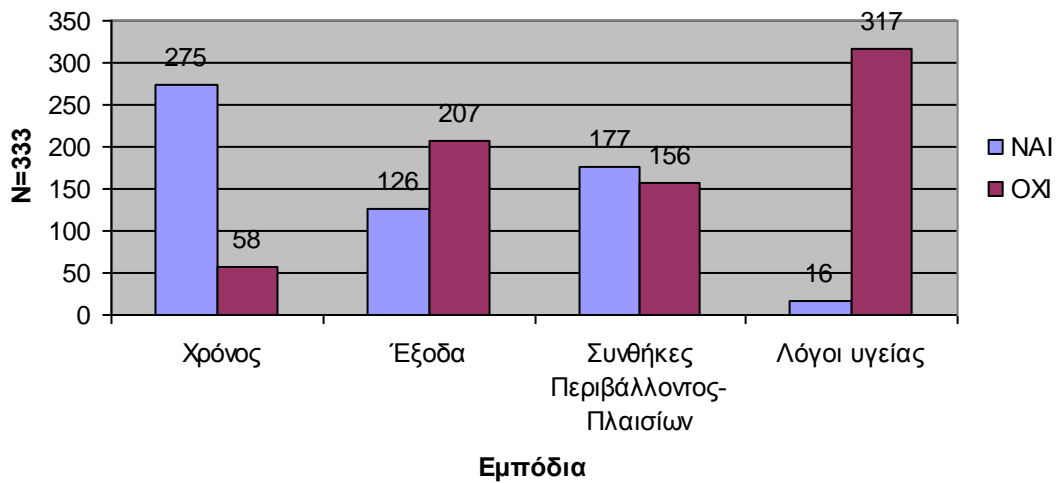
Σχήμα 14. Συμμετοχή σε οργανωμένα πλαίσια εξάσκησης αθλημάτων

Στην επόμενη ερώτηση (7): Πόσο μεγάλη είναι η δαπάνη σε χρόνο (ώρες) κάθε μήνα για την ενασχόληση με αυτά τα αθλήματα, οι 325 από τους 333 εργαζόμενους που απαντήσανε, περιορίσανε τον χρόνο από 1 ώρα μέχρι 80 ώρες ώστε ο μέσος όρος να είναι σε 17.41 ώρες μηνιαίως. Εδώ βέβαια πρέπει να συνυπολογίσουμε και την δαπάνη σε χρόνο που χρειάζεται κάποιος σε ένα μεγάλο αστικό κέντρο για να πάει σε ένα αθλητικό κέντρο ή ένα γυμναστήριο. Οι επόμενες ερωτήσεις του δεύτερου μέρους 8 και 9 θα μας δείξουν μια καλύτερη εικόνα για το χρόνο.

Στην ερώτηση (8): Θα εξασκούσατε αυτό το άθλημα/δραστηριότητα ευχαρίστως συχνότερα, είχαμε τις εξής απαντήσεις: «ευχαρίστως κάπως συχνότερα», απαντήσανε 203 εργαζόμενοι από τους 333 σε ποσοστό 61% και «ευχαρίστως πολύ συχνότερα» οι 92 σε ποσοστό 27.6%. Δηλαδή το 88.6% θα επιθυμούσανε πιο συχνή κινητική-αθλητική αναψυχή, ενώ 37 εργαζόμενοι από τους 333 σε ποσοστό 11.1% απαντήσανε ότι «επαρκεί όπως είναι» και μόνο ένας σε ποσοστό 0.3% απάντησε ότι θα επιθυμούσε «κάπως λιγότερο». Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις σε σχέση με το φύλο είχαμε στις μεταβλητές «ευχαρίστως κάπως συχνότερα» (άνδρες:68.3%, γυναίκες:52.3%), «ευχαρίστως πολύ συχνότερα» (άνδρες:23.9%, γυναίκες:32%) και «επαρκεί όπως είναι» (άνδρες:7.2%, γυναίκες:15.7%) $\chi^2=11.657$ dif=3, $p<.009$. Από τα αποτελέσματα βλέπουμε το γυναικείο φύλο να έχει μια μεγαλύτερη επιθυμία για πιο συχνή άσκηση.

Σε συνέχεια της ερώτησης (8) έρχεται η ερώτηση (9) που ζητά από τους εργαζόμενους: Εάν ευχαρίστως συχνότερα, ποιοι λόγοι σας εμποδίζουν για αυτό; Σε αυτή την ερώτηση οι εργαζόμενοι μπορούσαν να δηλώσουνε παραπάνω από ένα εμπόδιο, έτσι είχαμε τα εξής αποτελέσματα: όπως βλέπουμε και στο Σχήμα 15, «ο χρόνος» με ποσοστό 82.6% είναι ο παράγοντας που παίζει τον ανασταλτικότερη αιτία για την επιθυμία περισσότερης κινητικής-αθλητικής αναψυχής, ακολουθούν οι «συνθήκες περιβάλλοντος-πλαισίων» με ποσοστό 53.2%, «τα έξοδα» με ποσοστό 37.8% και τέλος οι «λόγοι υγείας» με ποσοστό 4.8%. Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στα δυο φύλα είχαμε στον παράγοντα «συνθήκες περιβάλλοντος-πλαισίων» που χαρακτηρίζουν το παράγοντα ως εμπόδιο (άνδρες: 65%, γυναίκες: 39.2%, $\chi^2=22.081$, dif=1, $p<.01$).

Εμπόδια για περισσότερο κινητική αναψυχή



Σχήμα 15. Λόγοι που εμποδίζουν για περισσότερο επιθυμητή κινητική-αθλητική αναψυχή

Μέρος Τρίτο – Στοιχεία για την υγεία των εργαζομένων

Στο τρίτο μέρος των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου ζητήθηκαν από τους εργαζόμενους να απαντήσουν σε ερωτήσεις που καταγράφουν συνήθη προβλήματα υγείας σε καθιστικά επαγγέλματα αλλά και γενικότερες κινητικές συμπεριφορές, όπως επίσης και ερωτήσεις για μέρος της ψυχικής τους υγείας. Στην ερώτηση (1): Πόσο συχνά είχατε πόνους στη ράχη/αυχένα τις τελευταίες εβδομάδες; «Ποτέ» απαντήσανε οι 132 εργαζόμενοι σε ποσοστό 39.6%, «Μια φορά την εβδομάδα ή λιγότερο» απαντήσανε οι 161 εργαζόμενοι σε ποσοστό 48.3%, «2-3 ημέρες» απαντήσανε οι 31 εργαζόμενοι σε ποσοστό 9.3%, «4-6 ημέρες» απαντήσανε οι 4 εργαζόμενοι σε ποσοστό 1.2%, ενώ «κάθε μέρα» απάντησε το 1.5% με 5 εργαζόμενους.

Στην ερώτηση 2: Εάν είχατε πόνους στη ράχη/αυχένα, πόσο διαρκούσανε οι πόνοι κατά τη διάρκεια της ημέρας; «Ποτέ» απαντήσανε οι 148 εργαζόμενοι σε ποσοστό 44.4%, «1-2 ώρες» απαντήσανε 157 εργαζόμενοι σε ποσοστό 47.1%, «3-5 ώρες» απαντήσανε 19 εργαζόμενοι σε ποσοστό 5.7%, «6-10 ώρες» 3 εργαζόμενοι σε ποσοστό 0,9% και «όλη την ημέρα» 6 εργαζόμενοι σε ποσοστό 1.8%.

Σε συνέχεια των μυοσκελετικών προβλημάτων και τις ενοχλήσεις στην περιοχή ράχη/αυχένα έρχεται η ερώτηση 3 που ρωτά «εάν σας ενόχλησαν οι πόνοι στη ράχη/αυχένα τις τελευταίες εβδομάδες στη διάρκεια του ύπνου». Σε αυτή την περίπτωση τα αποτελέσματα δείχνανε λιγότερες ενοχλήσεις σε σχέση με τη διάρκεια της ημέρας. Συγκεκριμένα 239 εργαζόμενοι σε ποσοστό 71.8% απάντησε «Ποτέ», 68 εργαζόμενοι σε ποσοστό 20.4% απαντήσανε «λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα» και σε μικρότερα ποσοστά ακολούθησαν οι απαντήσεις «μία φορά την εβδομάδα» 3.6%, «Δύο φορές την εβδομάδα» 3.3%, «Κάθε δεύτερη νύχτα» 0.6% και «Κάθε νύχτα» το 0.3%. Και στις τρεις ερωτήσεις που αφορούσαν ενοχλήσεις και πόνοι στην περιοχή ράχη/αυχένα δεν αποτυπώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Στην ερώτηση 4 «Μπορείτε να σηκώνεστε από την καρέκλα;», 279 εργαζόμενοι σε ποσοστό 83.8% απαντήσανε «Χωρίς δυσκολίες», 45 εργαζόμενοι σε ποσοστό 13.5% απαντήσανε «Με μια μικρή δυσκολία» και 9 εργαζόμενοι σε ποσοστό 2.7% απαντήσανε «Με μέτριες δυσκολίες», ενώ «Με μεγάλη δυσκολία» και «Μόνο με βοήθεια» δεν απάντησε κανένας εργαζόμενος. Από τα αποτελέσματα δεν φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα.

Μια ερώτηση που διερευνά επίσης τα πιθανά μυοσκελετικά προβλήματα και την ευλυγισία ήταν η 5, όπου ζητούσε από τους εργαζόμενους να απαντήσουν σε μια διαβάθμιση πέντε σημείων στην ερώτηση «Μπορείτε να σκύψετε;». Το μεγαλύτερο ποσοστό 60.1% (200 εργαζόμενοι) απάντησε «Εύκολα», το 33.3% (111) των εργαζόμενων απάντησε «Όχι τελείως εύκολα» και οι 22 εργαζόμενοι σε ποσοστό 6.6% απαντήσανε «Μέτρια», ενώ «Πολύ λίγο» και «Αδύνατο» δεν απάντησε κανένας εργαζόμενος. Στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα υπήρξε στην μεταβλητή «Μέτρια» με τους άνδρες να παρουσιάζουν μια δυσκινησία έναντι των γυναικών (άνδρες:8.9%, γυναίκες:3.9%, $\chi^2=3.985$, $df=2$, $p<.136$). Βέβαια σε ένα πιθανό ειδικό τεστ ευλυγισίας για εργαζόμενους με καθιστικό επάγγελμα τα αποτελέσματα να είναι τελείως διαφορετικά από τα δηλωμένα.

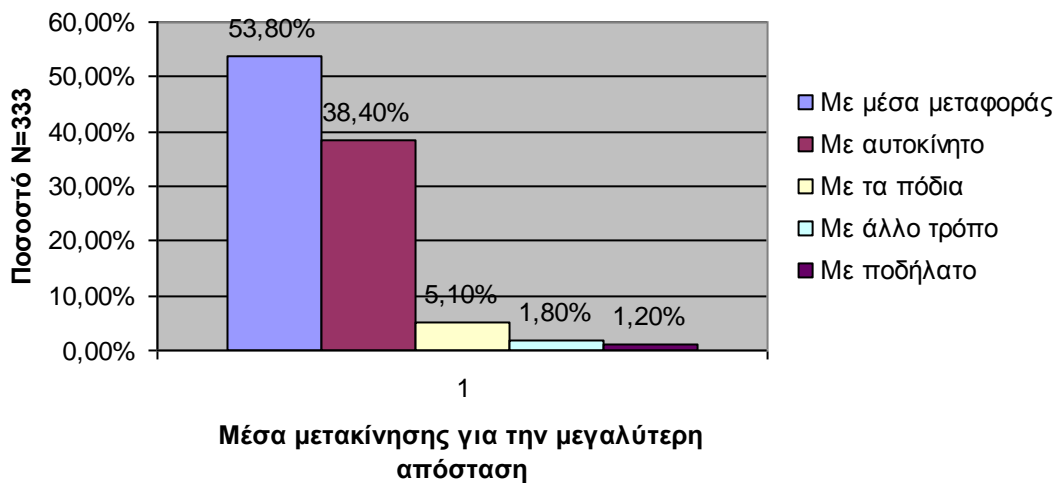
Στην επόμενη ερώτηση « Μπορείτε να περπατήσετε 100 μέτρα; » ζητήθηκε από τους εργαζόμενους να απαντήσουν ανάμεσα σε τέσσερις διαβαθμίσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 70.9% των εργαζομένων (110 άνδρες και 126 γυναίκες) μπορούν και περπατούν «Γρήγορα χωρίς στάση», το 25.8% των εργαζομένων (60 άνδρες και 26 γυναίκες) μπορούν και περπατούν τα 100 μέτρα «Αργά χωρίς στάση»

και το 3.3% των εργαζομένων (10 άνδρες και 1 γυναίκα) μπορούν και περπατούν «Αργά με το λιγότερο μία στάση», ενώ κανένας εργαζόμενος δεν απάντησε ότι περπατά τα 100 μέτρα «Μόνο με βοήθεια». Από το μέγεθος του δείγματος (180 άνδρες, 153 γυναίκες) και από τα αποτελέσματα διαφαίνεται μια ελαφρώς καλύτερη «κινητικότητα» από πλευράς γυναικών, παρουσιάζοντας στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο στη μεταβλητή «Γρήγορα χωρίς στάση» (άνδρες:61.1%, γυναίκες:82.4% $\chi^2=19.831$, $dif=2$, $p<.001$) όσο και στην μεταβλητή «Αργά χωρίς στάση» (άνδρες:33.3%, γυναίκες:17%, $\chi^2=19.831$, $dif=2$, $p<.001$)

Η ερώτηση 7 «Μπορείτε να ανέβετε τα σκαλιά του επόμενου ορόφου ενός σπιτιού;» ήταν επίσης στην κατεύθυνση διερεύνησης για την ευχέρεια κίνησης των εργαζομένων με μια διαβάθμιση πέντε σημείων δυσκολίας. Τα αποτελέσματα ήταν ως εξής: Οι 246 εργαζόμενοι (122 άνδρες και 124 γυναίκες) απαντήσανε με ποσοστό 73.9% «Χωρίς δυσκολία», οι 82 εργαζόμενοι (55 άνδρες και 27 γυναίκες) απαντήσανε με ποσοστό 24.6% «Με κάποια δυσκολία» και το 1.5% των εργαζομένων (3 άνδρες και 2 γυναίκες) απαντήσανε «Με το λιγότερο ένα διάλειμμα», ενώ κανένας εργαζόμενος δεν απάντησε στις διαβαθμίσεις δυσκολιών «Μόνο με βοήθεια» και «Αδύνατο». Και σε αυτή την ερώτηση διακρίνουμε μια μικρή διαφοροποίηση μεταξύ των δύο φύλων στη μεταβλητή «Με κάποια δυσκολία» (άνδρες:30.6%, γυναίκες:17.6%, $\chi^2=7.638$ $dif=2$, $p<.02$).

Η ερώτηση 8: «Πως καλύπτετε το μεγαλύτερο μέρος της απόστασης μέχρι την εργασία σας;» συμπληρώνει τις ερωτήσεις που καταγράφουν την «κινητικότητα» των εργαζομένων κατά το εργασιακό ωράριο. Τα αποτελέσματα της καταγραφής (βλ. Σχήμα 16) είχαν ως εξής: Το πιο συχνό μέσο μεταφοράς που χρησιμοποιούν οι εργαζόμενοι για να καλύψουν το μεγαλύτερο μέρος της απόστασης μέχρι την εργασία είναι «Με μέσα μεταφοράς» με ποσοστό 53.8%, «Με αυτοκίνητο» 38.4%, «Με τα πόδια» 5.10% και «Με το ποδήλατο» 1.20% ενώ 1.8% των εργαζομένων χρησιμοποιεί ένα άλλο μέσο για να καλύψει το μεγαλύτερο μέρος της απόστασης μέχρι την εργασία και συγκεκριμένα το μηχανάκι ή τη μοτοσικλέτα. Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις διαπιστώθηκαν μεταξύ των δύο φύλων ως προς την χρήση του αυτοκινήτου (άνδρες: 42.2% , γυναίκες 34%, $\chi^2= 2.370$, $dif=1$, $p<.12$), στην χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς (άνδρες: 51.1%, γυναίκες 56.9%, $\chi^2= 1.101$, $dif=1$, $p<.29$) και με τα πόδια (άνδρες: 3.3%, γυναίκες 7.2%, $\chi^2=2.539$, $dif=1$, $p<.11$).

Συχνότερο μέσο μετακίνησης για την εργασία



Σχήμα 16. Καταγραφή συχνότερου μέσου μετακίνησης των εργαζομένων για την εργασία.

Στην επόμενη ένατη ερώτηση «Θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας ανάλογα με την ηλικία σας γενικά», υπήρξε η διαβάθμιση μεταξύ των μεταβλητών: άριστη, καλή, γενικά ευχαριστημένος/η, όχι τόσο καλή, και κακή. Η ερώτηση ήθελε να αποτυπώσει εκτός από τον χαρακτηρισμό της κατάστασης της υγείας, και το βαθμό ψυχολογικής αισιοδοξίας τόσο των εργαζομένων ως σύνολο αλλά και μεταξύ των δυο φίλων. Τα αποτελέσματα δείχνανε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 39.2% των εργαζομένων χαρακτηρίζουν την υγεία τους ανάλογα με την ηλικία «Όχι τόσο καλή», στη συνέχεια ακολουθεί ο χαρακτηρισμός «Γενικά ευχαριστημένος/η» με ποσοστό 37.2%, αμέσως μετά το 12% των εργαζομένων που συμμετείχανε στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χαρακτήρισε την υγεία του «Καλή» και το 10.5% των εργαζομένων τη χαρακτήρισε «Κακή» ενώ μόνο 0.6% των εργαζομένων χαρακτήρισε την υγεία του ανάλογα με την ηλικία του «Άριστη». Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις παρουσιάστηκαν μεταξύ των δύο φίλων κυρίως στις μεταβλητές «Όχι τόσο καλή» (άνδρες:34.4%, γυναίκες 45.8%), «Γενικά ευχαριστημένος/η» (άνδρες: 41.7%, γυναίκες: 32%), «Καλή» (άνδρες: 15.6%, γυναίκες: 7.8%) και «Κακή» (άνδρες: 7.8%, γυναίκες: 13.7% , $\chi^2=11.624$, $df=4$, $p<.02$). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες αισθάνονται λιγότερο υγιείς ανάλογα με την ηλικία τους από ότι οι άντρες που δείχνουν να υπερτερούν στον ψυχολογικό παράγοντα.

Και η δέκατη ερώτηση διερευνούσε την έννοια της αυτό-εκτίμησης, ρωτώντας τους εργαζόμενους «Πως θα εκτιμούσατε συνολικά την ποιότητα της ζωής σας σε σύγκριση με πριν 10 χρόνια;». Και εδώ είχαμε υπήρξε μια διαβάθμιση πέντε σημείων. Τα αποτελέσματα δείχναν τα εξής: Το 58% των εργαζομένων εκτιμά ότι δεν έχει εισέλθει «Καμία αλλαγή» στην ποιότητα ζωής τους, με ποσοστό 17.7% απαντήσανε οι εργαζόμενοι που εκτιμούν ότι η ποιότητα της ζωής τους σε σύγκριση με πριν 10 χρόνια είναι «Τώρα λίγο καλύτερα», ένα ισοδύναμο περίπου ποσοστό 16.5% των εργαζομένων απάντησε «Τώρα λίγο χειρότερα», τη μικρότερη εκτίμηση αποτύπωσε το 6.9% των εργαζομένων απαντώντας «Τώρα πολύ χειρότερα», ενώ μόνο το 0.9% των εργαζομένων απάντησε «Τώρα πολύ καλύτερα». Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων είχαμε στην εκτίμηση της μεταβλητής «Καμία αλλαγή» με τους άντρες να σκοράρουν περισσότερο (άντρες:61.1%, γυναίκες:54.2%, $\chi^2=6.480$, $dif=4$, $p<.166$) και στη μεταβλητή «Τώρα λίγο καλύτερα» (άντρες:18.3%, γυναίκες:17% $\chi^2=2.462$, $dif=1$, $p<.117$), ενώ οι γυναίκες σκοράρισαν περισσότερο στην μεταβλητή «Τώρα λίγο χειρότερα» (άντρες:16.1%, γυναίκες:17% $\chi^2=6.480$, $dif=4$, $p<.162$) και στη μεταβλητή «Τώρα πολύ χειρότερα» (άντρες:3.9%, γυναίκες:10.5%, $\chi^2=6.552$, $dif=4$, $p<.166$). και σε αυτή την ερώτηση διαγράφεται μέσω της χαμηλότερης αυτό-εκτίμησης των γυναικών έναντι των αντρών μια αδυναμία στον ψυχολογικό παράγοντα από την πλευρά των γυναικών.

Δημογραφικά στοιχεία

Οι τελευταίες πέντε ερωτήσεις αφορούσαν το προφίλ των εργαζομένων που εκτός από τις συνηθισμένες δημογραφικές ερωτήσεις για εκπαίδευση, ηλικία και φύλο, υπήρχαν ερωτήσεις για το κάπνισμα ή μη και για την διερεύνηση του δείκτη μάζας σώματος ως παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν θέματα που σχετίζονται με την υγεία των εργαζομένων. Τα αποτελέσματα είχαν ως εξής: Στην ερώτηση «Είστε καπνιστής;» οι εργαζόμενοι έπρεπε να ψηφίσουν με Ναι ή Όχι. Το αποτέλεσμα έδειξε ότι το 54.7% των εργαζομένων δεν χρησιμοποιεί το κάπνισμα σε αντίθεση με το 45.3% που δήλωσε ότι καπνίζει. Μεταξύ των δύο φύλων υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το κάπνισμα, με τους άνδρες να καπνίζουν περισσότερο με ποσοστό 56.1% από τις γυναίκες που δηλώνουν ότι καπνίζουν σε ποσοστό 32.7%, $\chi^2=18.321$, $df=1$, $p<.001$.

Στην ερώτηση «Ποια εκπαίδευση έχετε;» τα αποτελέσματα δείχναν ότι οι εργαζόμενοι στην πλειονότητά τους έχουν τελειώσει την ανώτατη και ανώτερη εκπαίδευση σε ποσοστό 63.1% και έχει αποκτήσει μεταπτυχιακούς τίτλους σε ποσοστό 22.2%, ενώ με το ίδιο ποσοστό 7.2% των εργαζομένων δηλώσανε ότι είναι τελειόφοιτοι μετά-δευτεροβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και μόνο ένας εργαζόμενος από τους συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσε υποχρεωτική εκπαίδευση. Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα.

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε πήρανε μέρος συνολικά 333 εργαζόμενοι (180 άντρες και 153 γυναίκες) και στις τελευταίες δυο ερωτήσεις ζητήθηκε από τους εργαζόμενους η ηλικία τους και το βάρος-ύψος ώστε να υπάρξει η δυνατότητα υπολογισμού του δείκτη μάζας σώματος. Τα αποτελέσματα είχαν ως εξής: Η ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα κυμαινόταν από 20 έτη έως 61 έτη (βλ. Πίνακα 6 και Πίνακα 7) και ο μέσος όρος της ηλικίας να είναι $M.O=40.23$, για τους άνδρες $M.O=42.58$ και για τις γυναίκες $M.O=37.47$. Στον παράγοντα ηλικία για τις ανάγκες της έρευνας έγινε μια επιμέρους κατηγοριοποίηση. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε δυο ομάδες, η μια ομάδα είχε ηλικίας ≤ 40 ετών και η άλλη ομάδα >40 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 55.5% των εργαζομένων (άνδρες:76, γυναίκες:109) ήταν ≤ 40 ετών και το 44.4% των εργαζομένων (άνδρες:104, γυναίκες:44) ήταν >40 ετών. Στατιστικά σημαντικές διαφορές υπήρχαν και στις δυο ομάδες με τους άνδρες να υπερσχύουν στις ηλικίες των >40 ετών (άνδρες: 57.8% , γυναίκες: 28.8%,

$\chi^2=28.207$, $dif=1$, $p<.001$) και τις γυναίκες να υπερισχύουν στις ηλικίες των ≤ 40 ετών (άνδρες:42.%, γυναίκες 71.2%).

Πίνακας 6: Περιγραφική στατιστική ανάλυση ηλικίας, βάρους και ύψους των εργαζομένων

| | N | Ελάχιστη Τιμή | Μέγιστη Τιμή | Μέσος Όρος | Τυπική Απόκλιση |
|------------------|-----|---------------|--------------|------------|-----------------|
| Πόσο ετών είστε; | 333 | 20 | 61 | 40.23 | 7.671 |
| Βάρος | 333 | 48 | 165 | 79.83 | 15.202 |
| Ύψος | 333 | 154 | 193 | 174.26 | 8.341 |

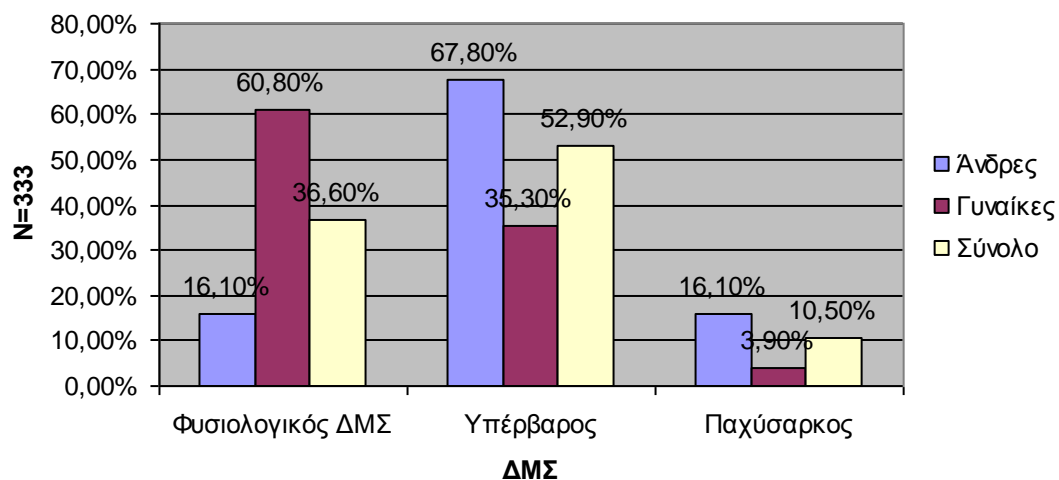
Πίνακας 7: Περιγραφική στατιστική ανάλυση ηλικίας, βάρους και ύψους των δύο φύλων

| | Φύλο | N | Μέσος Όρος | Τυπική Απόκλιση |
|------------------|----------|-----|------------|-----------------|
| Πόσο ετών είστε; | Αρσενικό | 180 | 42.58 | 6.975 |
| | Θηλυκό | 153 | 37.47 | 7.551 |
| Βάρος | Αρσενικό | 180 | 89.68 | 9.743 |
| | Θηλυκό | 153 | 68.23 | 11.940 |
| Ύψος | Αρσενικό | 180 | 180.34 | 5.318 |
| | Θηλυκό | 153 | 167.11 | 4.836 |

Για την μεταβλητές βάρους και ύψους, εκτός από τους μέσους όρους που παρουσιάζονται στους πίνακες 6 και 7, η έρευνα προχώρησε σε μια κατηγοριοποίηση των συμμετεχόντων ανάλογα με το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ). Τα αποτελέσματα δείχνανε τα εξής: Βάση των αναλύσεων που γίνανε το μεγαλύτερο ποσοστό του συνόλου των συμμετεχόντων ήταν υπέρβαροι: 52.9% με τους άνδρες να υπερισχύουν των γυναικών (άνδρες: 67.8%, γυναίκες: 35.3%, $\chi^2=73.253$, $dif=2$, $p<.001$), το μεγάλο ποσοστό των υπέρβαρων ήρθε και συμπλήρωσε το ποσοστό των παχύσαρκων: 10.5% με τους άνδρες και σε αυτή την κατηγορία να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική

διαφορά έναντι των γυναικών (άνδρες: 16.1%, γυναίκες: 3.9% $\chi^2=73.253$, $dif=2$, $p<.001$) και τέλος φυσιολογικό ΔΜΣ παρουσίασαν 122 εργαζόμενοι σε ποσοστό 36,6% επί του συνόλου (βλ. Σχήμα 17). Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση υπήρξε και σε αυτή την κατηγορία ανάμεσα στα δύο φύλα, με τις γυναίκες να παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό έναντι των ανδρών (άνδρες:16.1%, γυναίκες:60.8%, $\chi^2=76.541$, $dif=2$, $p<.001$).

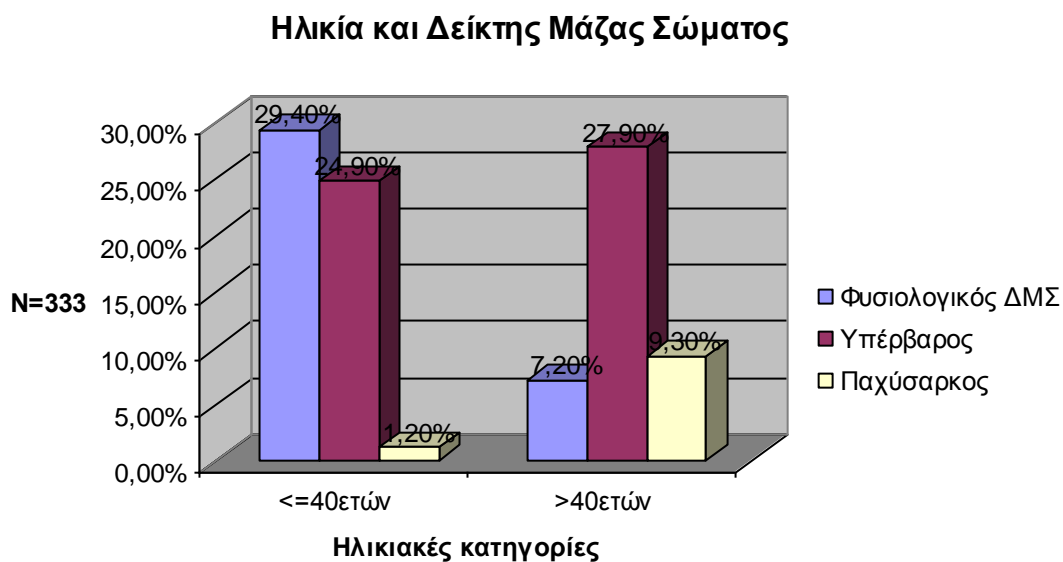
Κατηγορίες συμμετεχόντων βάση δείκτη μάζας σώματος



Σχήμα 17. Κατηγορίες συμμετεχόντων βάση υπολογισμού δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ)

Επειδή η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε εργαζόμενους με καθιστικό επάγγελμα όπου διαχρονικά σχετίζονται και πολλές παθήσεις και δημιουργούνται νέες επαγγελματικές ασθένειες από μυοσκελετικά και καρδιαγγειακά προβλήματα, θεωρήθηκε να γίνει σε ορισμένες μεταβλητές ανάλυση σε σχέση με την ηλικία (≤ 40 ετών και >40 ετών) – θεωρώντας ότι μετά την ηλικία 40+ αρχίζουν οι πρώτες ενδείξεις δυσλειτουργιών σύμφωνα με την ιατρική βιβλιογραφία- και το ΔΜΣ με τις κατηγορίες του (φυσιολογικός, υπέρβαρος, παχύσαρκος) ως ρυθμιστικό παράγοντα επιβαρύνσεων. Οι αναλύσεις έγιναν σε συγκεκριμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που είχαν μια βάση συσχετισμού με τις δυο νέες μεταβλητές και με σκοπό μια αρχική διερεύνηση αυτών για μελλοντικές διεγυρευμένες έρευνες.

Αν παρατηρήσουμε τις αναλύσεις των εργαζομένων ανάλογα με τον ΔΜΣ και τις ηλικίες, θα δούμε ότι η πλειονότητα των εργαζομένων με ηλικία >40ετών είναι υπέρβαροι με ποσοστό 27.9% επί του συνόλου, παχύσαρκοι 9.3% και λιγότερο με φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος 7.2% (βλ. Σχήμα 18) έναντι των εργαζομένων με ηλικία <=40ετών που είναι υπέρβαροι με ποσοστό 24.9% επί του συνόλου, παχύσαρκοι 1.2% και περισσότερο με φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος με ποσοστό 29.4% επί του συνόλου. Στατιστικά σημαντικές διαφορές υπήρξαν ανάμεσα στις ηλικιακές κατηγορίες και των κατηγοριών ΔΜΣ, με σημαντικότερες αυτές των «φυσιολογικών» (<=40ετών: 53%, >40ετών:16%, $\chi^2 = 62.948$, dif=2 $p<.001$) και των «παχύσαρκων» (<=40ετών:2.2%, >40ετών:20.9%, $\chi^2 = 62.948$, dif=2 $p<.001$) ενώ σταθερό εμφανίζεται το ποσοστό των «υπέρβαρων» με μικρή αύξηση στην ηλικιακή κατηγορία >40ετών (<=40ετών:47.2%, >40ετών:52.8%).



Σχήμα 18. Ηλικιακές κατηγορίες και Δείκτης Μάζας Σώματος

Αναλύσεις μεταβλητών σε σχέση με τις ηλικιακές κατηγορίες και τον ΔΜΣ

Πρώτο μέρος ερωτηματολογίου-Στοιχεία για την επιχείρηση/οργανισμό

Αναφορικά με την ερώτηση πολλαπλών επιλογών: «Ποια μέτρα-πράξεις για τη βελτίωση της υγείας θα επιθυμούσατε στην εργασία σας;» επιλέχθηκαν οι μεταβλητές που είχανε το μεγαλύτερο ποσοστό επιθυμιών όπως: την «Άσκηση-ενημέρωση για τη ράχη/αυχένα» σε σχέση με τις κατηγορίες ΔΜΣ είχαμε τα εξής αποτελέσματα: Το 37% επί του συνόλου που επιθυμούσανε την συγκεκριμένη δράση ανίκανε στην κατηγορία «υπέρβαρος», το 20.1% στην κατηγορία «φυσιολογικός» και το 9.9% στην κατηγορία «παχύσαρκος». Στατιστικά σημαντικές διαφορές υπήρξαν σε σχέση με τις κατηγορίες, με την κατηγορία «παχύσαρκος» και «υπέρβαρος» να υπερτερούν της κατηγορίας «φυσιολογικός» (παχύσαρκος:94.3%, υπέρβαρος:70.5%, φυσιολογικός:54.9%, $\chi^2=20.866$ dif=2 $p<.001$). Σχετικά με τις ηλικιακές κατηγορίες το 38.1% επί του συνόλου που επιθυμούσαν την συγκεκριμένη δράση ήταν ηλικίας >40ετών και το 29.1% ήταν ηλικίας ≤40ετών. Υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις κατηγορίες ηλικιών (>40ετών:56.7%, ≤40ετών:43.3% $\chi^2=41.604$ dif=1 $p<.001$).

Στο μέτρο/πράξη «εργονομικές συμβουλές» που ήταν επιθυμητό από την πλειονότητα των ερωτηθέντων με ποσοστό 68.8% δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο ανάμεσα στις ηλικιακές κατηγορίες όσο και στις κατηγορίες με διαφορετικό δείκτη μάζας σώματος.

Στο μέτρο/πράξη «διατροφικές συμβουλές» που ήταν επιθυμητό από το 64.3% των ερωτηθέντων είχαμε στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις κατηγορίες ΔΜΣ με τις κατηγορίες «παχύσαρκος» και «υπέρβαρος» να υπερτερούν της κατηγορίας «φυσιολογικός» (παχύσαρκος:82.9%, υπέρβαρος:68.8%, φυσιολογικός:52.5%, $\chi^2=14.214$ dif=2 $p<.001$). Σχετικά μικρή στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε και σε σχέση με τις ηλικιακές κατηγορίες με τους ενήλικες >40 ετών να επιθυμούν περισσότερες συμβουλές σχετικά με τη διατροφή (>40ετών:70.3%, ≤40ετών:59.5% $\chi^2=4.184$ dif=1 $p<.04$).

Στο μέτρο/πράξη «Άσκηση για καρδιαγγειακή ευρωστία –φυσική κατάσταση» που ήταν επιθυμητό από το 43.2% των ερωτηθέντων είχαμε στατιστικά

σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις κατηγορίες ΔΜΣ με τις κατηγορίες «παχύσαρκος» και «υπέρβαρος» να υπερτερούν της κατηγορίας «φυσιολογικός» (παχύσαρκος:54.3%, υπέρβαρος:52.3%, φυσιολογικός:27%, $\chi^2=20.621$ dif=2 $p<.001$). Και στις ηλικιακές κατηγορίες είχαμε στατιστικά σημαντική διαφορά με τους ενήλικες >40 ετών να επιθυμούν περισσότερο ενημέρωση και άσκηση για καρδιαγγειακή ευρωστία (>40ετών:54.1%, ≤40ετών:34.6% $\chi^2=12.686$ dif=1 $p<.001$).

Στο μέτρο/πράξη «Άσκηση καταπολέμησης/διαχείρισης άγχους» που ήταν επιθυμητό από το 45.3% των ερωτηθέντων είχαμε στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις κατηγορίες ΔΜΣ με τις κατηγορίες «φυσιολογικός» και «υπέρβαρος» να υπερτερούν της κατηγορίας «παχύσαρκος» (παχύσαρκος:9.3%, υπέρβαρος:45%, φυσιολογικός:45.7%, $\chi^2=9.788$ dif=2 $p<.007$). Δεν είχαμε ουσιαστικές στατιστικές διαφορές σε σχέση με τις ηλικιακές κατηγορίες.

Στην ερώτηση «Με ποιους θα συνεργαζόσασταν ευχάριστα» η ανάλυση πραγματοποιήθηκε για τις μεταβλητές «Αθλητικές κινητικές ομάδες» και «Ιατρό εργασίας» που είχανε τα μεγαλύτερα ποσοστά επιθυμιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις κατηγορίες ΔΜΣ με τους «παχύσαρκος» και «υπέρβαρος» να υπερισχύουν στην επιθυμία συνεργασίας με τις «Αθλητικές κινητικές ομάδες» (υπέρβαρος:84.1%, παχύσαρκος:82.9%, φυσιολογικός:69.7%, $\chi^2=9.337$ dif=2 $p<.009$). Για τις ηλικιακές κατηγορίες δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αντίθετα για τη μεταβλητή «Ιατρό εργασίας» είχαμε στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις ηλικιακές κατηγορίες (≤40ετών:63.2%, >40ετών:77.7% $\chi^2=8.135$ dif=1 $p<.004$), ενώ οι κατηγορίες ΔΜΣ δεν παρουσίασαν στατιστικές διαφοροποιήσεις.

Δεύτερο μέρος ερωτηματολογίου-στοιχεία αθλητικής/κινητικής συμπεριφοράς

Στην ερώτηση «Είστε σε θέση να ασκηθείτε σε κάποια αθλητική/κινητική δραστηριότητα;» παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μόνο σε σχέση με τις ηλικιακές κατηγορίες για τις μεταβλητές «Ναι με περιορισμούς» με τους ηλικιακά >40ετών να σκοράρουν περισσότερο (≤40ετών:13%, >40ετών:26.4%) ενώ στη μεταβλητή «Ναι» αντίθετα (≤40ετών:84.3%, >40ετών:67.6% $\chi^2=13.014$ dif=2 $p<.001$).

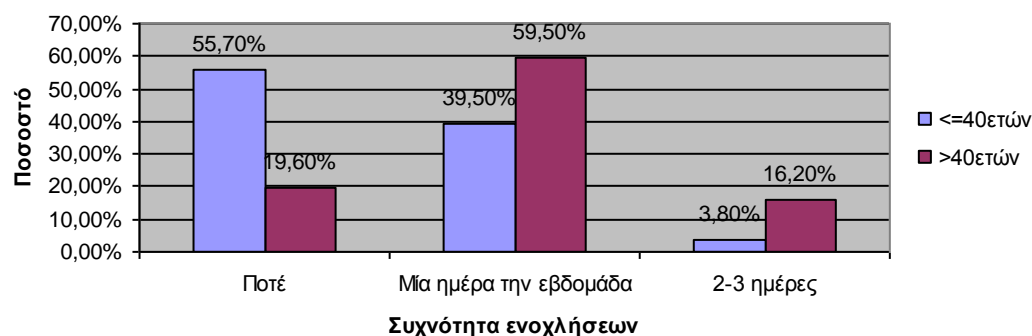
Στην επόμενη ερώτηση «πώς θα χαρακτηρίζατε εσάς» παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις ηλικιακές κατηγορίες σε σχέση με τη μεταβλητή «καθόλου αθλητικός τύπος» με τους >40ετών να υπερισχύουν (<=40ετών:8.1%, >40ετών:21.6%) και για την μεταβλητή «προσανατολισμένος στην επίδοση» να υπερισχύει η κατηγορία <=40ετών (<=40ετών:15.7%, >40ετών:4.1%) ενώ μικρή διαφορά υπήρξε στην μεταβλητή «αθλητικό τύπο αγώνων» (<=40ετών:4.9%, >40ετών:1.4%) $\chi^2=24.307$ $dif=3$ $p<.001$. Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στη μεταβλητή «Περιστασιακός αθλητικός τύπος» όπου δήλωσε ότι το χαρακτηρίζει το 72.1% επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Σχετικά με τις κατηγορίες ΔΜΣ είχαμε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις σε όλες τις μεταβλητές με κυριότερες αυτές των «καθόλου αθλητικός τύπος» (υπέρβαρος:10.2%, παχύσαρκος:31.4%, φυσιολογικός:14.8%) και στη μεταβλητή «Περιστασιακός αθλητικός τύπος» (υπέρβαρος:75%, παχύσαρκος:65.7%, φυσιολογικός:69.7%) $\chi^2=14.350$ $dif=6$ $p<.02$.

Για τους εργαζόμενους που απαντήσανε στην ερώτηση «ποιοι είναι οι λόγοι που σας εμποδίζουν» να εξασκήσουν συχνότερα τις δραστηριότητες των αρεσκειών τους, είχαμε στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή-εμπόδιο «Συνθήκες Περιβάλλοντος-Πλαισίων» σε σχέση με τις ηλικιακές κατηγορίες (<=40ετών:44.3%, >40ετών:64.2% $\chi^2=13.030$ $dif=1$ $p<.001$) που σε συνδυασμό με το γενικό εμπόδιο του χρόνου που δηλώθηκε από το 82.6% των ερωτηθέντων δείχνει για τους >40ετών να έχουν μεγαλύτερη ανάγκη αλλαγής συνθηκών σχετικά με την προαγωγή υγείας στον εργασιακό χώρο. Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις υπήρξαν στην ίδια μεταβλητή «Συνθήκες Περιβάλλοντος-Πλαισίων» σε σχέση με τις κατηγορίες ΔΜΣ (υπέρβαρος:67%, παχύσαρκος:77.1%, φυσιολογικός:26.2% $\chi^2=57.246$ $dif=2$ $p<.001$). Σημαντικότερος λόγος είναι για τους <=40ετών το εμπόδιο «έξοδα» διαγράφοντας στατιστική διαφορά σε σχέση με >40ετών (<=40ετών:43.2%, >40ετών:31% $\chi^2=5.171$ $dif=1$ $p<.02$).

Τρίτο μέρος ερωτηματολογίου – Στοιχεία Υγείας

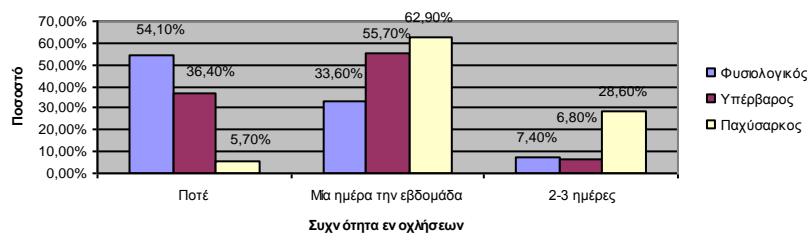
Στην ερώτηση «Πόσο συχνά είχατε πόνους στη ράχη/αυχένα τις τελευταίες εβδομάδες» αρκετές στατιστικές σημαντικές διαφορές τόσο στις ηλικιακές όσο και στις κατηγορίες ΔΜΣ με κυριότερες στις μεταβλητές των απαντήσεων «Ποτέ» (≤ 40 ετών:55.7%, >40 ετών:19.6%), για την απάντηση «Μια μέρα την εβδομάδα ή λιγότερο» (≤ 40 ετών:39.5%, >40 ετών:59.5%) και για την απάντηση «2-3 ημέρες» (≤ 40 ετών:3.8%, >40 ετών:16.2%) $\chi^2=51.530$ $dif=4$ $p<.001$ (βλ. Σχήμα 19). Στις ίδιες μεταβλητές είχαμε στατιστικές σημαντικές διαφορές και για τις κατηγορίες ΔΜΣ (βλ. Σχήμα 20). Για τη μεταβλητή «Ποτέ» (υπέρβαρος:36.4%, παχύσαρκος:5.7%, φυσιολογικός:54.1%), για τη μεταβλητή «Μια μέρα την εβδομάδα ή λιγότερο» (υπέρβαρος:55.7%, παχύσαρκος:62.9%, φυσιολογικός:33.6%) και για την απάντηση «2-3 ημέρες» (υπέρβαρος:6.8%, παχύσαρκος:28.6%, φυσιολογικός:7.4%), $\chi^2=46.459$ $dif=8$ $p<.001$).

Ηλικιακές κατηγορίες και συχνότητα ενοχλήσεων στη ράχη/αυχένα



Σχήμα 19. Συχνότητα ενοχλήσεων στη ράχη/αυχένα για τις ηλικιακές κατηγορίες.

Κατηγορίες ΔΜΣ και συχνότητα ενοχλήσεων στη ράχη αυχένα



Σχήμα 20. Συχνότητα ενοχλήσεων στη ράχη/αυχένα για τις κατηγορίες ΔΜΣ.

Στις ίδιες αναλογίες ως προς την κατεύθυνση των διαφοροποιήσεων σε σχέση με τις ηλικιακές και τις κατηγορίες ΔΜΣ είχαμε και στην ερώτηση «Πόσο διαρκούσανε οι πόνοι κατά τη διάρκεια της ημέρας;». Για τις ηλικιακές κατηγορίες είχαμε τις εξής στατιστικά σημαντικές διαφορές: Στην απάντηση «Ποτέ» (≤ 40 ετών:60.5%, >40 ετών:24.3%), στην απάντηση «1-2 ώρες» (≤ 40 ετών:35.1%, >40 ετών:62.2%), και στην απάντηση «3-5 ώρες» (≤ 40 ετών:2.7%, >40 ετών:9.5%) $\chi^2=45.383$ $dif=4$ $p<.001$. Για τις κατηγορίες ΔΜΣ είχαμε τις εξής στατιστικά σημαντικές διαφορές: Στην απάντηση «Ποτέ» (υπέρβαρος:43.2%, παχύσαρκος:11.4%, φυσιολογικός:55.7%), στην απάντηση «1-2 ώρες» (υπέρβαρος:52.8%, παχύσαρκος:65.7%, φυσιολογικός:33.6%), και στην απάντηση «3-5 ώρες» (υπέρβαρος:3.4%, παχύσαρκος:22.9%, φυσιολογικός:4.1%) $\chi^2=51.763$ $dif=8$ $p<.001$.

Σε μεγαλύτερο βαθμό επίσης νιώθανε ενοχλήσεις στη ράχη/αυχένα κατά τη διάρκεια του ύπνου οι κατηγορία ΔΜΣ «παχύσαρκος» και ηλικιακή κατηγορία >40 ετών με κάποια μικρά ποσοστά να νιώθουν επίσης επιβαρύνσεις από τις κατηγορίες «φυσιολογικός» και ≤ 40 ετών. Τα αποτελέσματα είχανε ως εξής: Στην απάντηση «Ποτέ» (≤ 40 ετών:80%, >40 ετών:61.5%), στην απάντηση «Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα» (≤ 40 ετών:16.8%, >40 ετών:25%), και στην απάντηση «Μια φορά την εβδομάδα» (≤ 40 ετών:2.2%, >40 ετών:5.4%) $\chi^2=25.663$ $dif=5$ $p<.001$. Για τις κατηγορίες ΔΜΣ είχαμε τις εξής στατιστικά σημαντικές διαφορές: Στην απάντηση «Ποτέ» (υπέρβαρος:77.3%, παχύσαρκος:31.4%, φυσιολογικός:75.4%), στην απάντηση «Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα» (υπέρβαρος:19.3%, παχύσαρκος:42.9%, φυσιολογικός:15.6%), και στην απάντηση «Μια φορά την εβδομάδα» (υπέρβαρος:1.1%, παχύσαρκος:14.3%, φυσιολογικός:4.1%) $\chi^2=46.192$ $dif=10$ $p<.001$.

Για τις ερωτήσεις «Μπορείτε να σηκώνεστε από την καρέκλα», «Μπορείτε να σκύψετε», «Μπορείτε να περπατήσετε 100 μέτρα», και «Μπορείτε να ανέβετε τα σκαλιά του επόμενου ορόφου ενός σπιτιού» που με τις διάφορες διαβαθμίσεις μπορούσανε οι συμμετέχοντες να δηλώσουν το βαθμό ευλυγισίας και ευκινησίας, είχαμε επίσης σημαντικές στατιστικές διαφοροποιήσεις και στις δυο κατηγορίες (ηλικιακές και ΔΜΣ). Συγκεκριμένα στην ερώτηση «Μπορείτε να σηκώνεστε από την

καρέκλα» για τις ηλικιακές κατηγορίες σημειώθηκαν σημαντικές στατιστικές διαφοροποιήσεις σε σχέση με τη μεταβλητή της απάντησης «Χωρίς δυσκολίες» (≤ 40 ετών:96.8%, >40 ετών:67.6%), στην απάντηση «Με μια μικρή δυσκολία» (≤ 40 ετών:3.2%, >40 ετών:26.4%) και στην απάντηση «Με μέτριες δυσκολίες» (≤ 40 ετών:0%, >40 ετών:6.1%) $\chi^2=52.101$ $dif=2$ $p<.001$. Για τις κατηγορίες ΔΜΣ είχαμε τις εξής διαφορές σε σχέση με τη μεταβλητή της απάντησης «Χωρίς δυσκολίες» (φυσιολογικός:94.3%, υπέρβαρος:83.5%, παχύσαρκος:48.9%), στην απάντηση «Με μια μικρή δυσκολία» (φυσιολογικός:4.1%, υπέρβαρος:13.6%, παχύσαρκος:45.7%) και στην απάντηση «Με μέτριες δυσκολίες» (φυσιολογικός:1.6%, υπέρβαρος:2.8%, παχύσαρκος:5.7%) $\chi^2=43.338$ $dif=4$ $p<.001$.

Στην ερώτηση «Μπορείτε να σκύψετε» σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών κατηγοριών σε σχέση με τη μεταβλητή της απάντησης «Εύκολα» (≤ 40 ετών:74.6%, >40 ετών:41.9%), σε σχέση με την απάντηση «Όχι τελείως εύκολα» (≤ 40 ετών:24.9%, >40 ετών:43.9%) και με την απάντηση «Μέτρια» (≤ 40 ετών:0.5%, >40 ετών:14.2%) $\chi^2=46.780$ $dif=2$ $p<.001$. Για τις κατηγορίες ΔΜΣ είχαμε τις εξής διαφορές σε σχέση με τη μεταβλητή της απάντησης «Εύκολα» (φυσιολογικός:78.7%, υπέρβαρος:56.8%, παχύσαρκος:11.4%), σε σχέση με την απάντηση «Όχι τελείως εύκολα» (φυσιολογικός:18.9%, υπέρβαρος:36.4%, παχύσαρκος:68.6%) και με την απάντηση «Μέτρια» (φυσιολογικός:2.5%, υπέρβαρος:6.8%, παχύσαρκος:20%) $\chi^2=55.029$ $dif=4$ $p<.001$. Και από τις δυο ερωτήσεις και τις αναλύσεις παρατηρούμε μια δυσλειτουργία της ευλυγισίας με περισσότερο δύσκαμπτους τους εργαζόμενους με ΔΜΣ «παχύσαρκος» κυρίως, αλλά και με ένα σημαντικό ποσοστό στους υπέρβαρους και στους >40 ετών.

Στις επόμενες δύο ερωτήσεις για το περπάτημα και το ανέβασμα του επόμενου ορόφου όπου ήθελαν να αποτυπώσουν τον βαθμό φυσικής κατάστασης και κάρδιο-αναπνευστικής λειτουργίας σημειώθηκαν τα εξής αποτελέσματα: στην ερώτηση «Μπορείτε να περπατήσετε 100 μέτρα» είχαμε στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις ηλικιακές κατηγορίες σε σχέση με τη μεταβλητή της απάντησης «Γρήγορα χωρίς στάση» (≤ 40 ετών:84.9%, >40 ετών:53.4%), με την απάντηση «Αργά χωρίς στάση» (≤ 40 ετών:15.1%, >40 ετών:39.2%) και με την απάντηση «Αργά με το λιγότερο μια στάση» (≤ 40 ετών:0%, >40 ετών:7.4%) $\chi^2=43.673$ $dif=2$ $p<.001$. Για τις κατηγορίες ΔΜΣ είχαμε τις εξής διαφορές σε σχέση με τη μεταβλητή της απάντησης «Γρήγορα χωρίς στάση» (φυσιολογικός:85.2%, υπέρβαρος:69.3%,

παχύσαρκος:28.6%), σε σχέση με την απάντηση «Αργά χωρίς στάση» (φυσιολογικός:13.1%, υπέρβαρος:27.3%, παχύσαρκος:62.9%) και με την απάντηση «Αργά με το λιγότερο μια στάση» (φυσιολογικός:2.5%, υπέρβαρος:3.4%, παχύσαρκος:8.6%) $\chi^2=42.782$ $dif=4$ $p<.001$.

Στην ερώτηση «μπορείτε να ανέβετε τα σκαλιά του επόμενου ορόφου» παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις ηλικιακές κατηγορίες σε σχέση με τη μεταβλητή της απάντησης «Χωρίς δυσκολίες» (≤ 40 ετών:85.4%, >40 ετών:59.5%), με την απάντηση «Με κάποια δυσκολία» (≤ 40 ετών:14.6%, >40 ετών:37.2%) και με την απάντηση «Με το λιγότερο ένα διάλειμμα» (≤ 40 ετών:0%, >40 ετών:3.4%) $\chi^2=30.748$ $dif=2$ $p<.001$. Για τις κατηγορίες ΔΜΣ είχαμε τις εξής διαφορές σε σχέση με τη μεταβλητή της απάντησης «Χωρίς δυσκολίες» (φυσιολογικός:83.6%, υπέρβαρος:73.3%, παχύσαρκος:42.9%), σε σχέση με την απάντηση «Με κάποια δυσκολία» (φυσιολογικός:15.6%, υπέρβαρος:25%, παχύσαρκος:54.3%) και με την απάντηση «Με το λιγότερο ένα διάλειμμα» (φυσιολογικός:0.8%, υπέρβαρος:1.7%, παχύσαρκος:2.9%) $\chi^2=23.558$ $dif=4$ $p<.001$.

Οι επόμενες δυο ερωτήσεις που μετρούσανε την έννοια της αυτό-εκτίμησης παρουσίασαν τα εξής αποτελέσματα: Στην ερώτηση «Θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας ανάλογα με την ηλικία σας γενικά...» το 39.6% των ερωτηθέντων (N=333) απάντησε «Όχι τόσο καλή» όπου παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις ηλικιακές κατηγορίες (≤ 40 ετών:52.4%, >40 ετών:23.6%), διαφορές είχαμε και στην απάντηση «Γενικά ευχαριστημένος» (37.2% επί του συνόλου, ≤ 40 ετών:29.2%, >40 ετών:47.3%) με τους >40 ετών να παρουσιάζουν μια καλύτερη εικόνα στην εκτίμηση της υγείας τους που βασίζεται προφανώς όχι μόνο στην σωματική αλλά κυρίως στην ψυχική τους υγεία, οι ίδιες διαφορές επιβεβαιώνονται και στις απαντήσεις «Καλή» (12% επί του συνόλου, ≤ 40 ετών:3.8%, >40 ετών:22.7%) και «Κακή» (10.5% επί του συνόλου, ≤ 40 ετών:14.1%, >40 ετών:6.1%) $\chi^2=52.885$ $dif=4$ $p<.001$.

Παρόμοιες στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις σε σχέση με τις ηλικιακές κατηγορίες παρουσιάστηκαν και στην ερώτηση «Πως θα εκτιμούσατε την ποιότητα της ζωής σας σε σύγκριση με πριν 10 χρόνια;». Για την απάντηση «Καμία αλλαγή» (58% επί του συνόλου, ≤ 40 ετών:60%, >40 ετών:55.4%) είχαμε μικρή διαφορά ενώ για τις απαντήσεις «Τώρα λίγο καλύτερα» (17,7% επί του συνόλου, ≤ 40 ετών:6.5%,

>40ετών:31.8%), την απάντηση «Τώρα λίγο χειρότερα» (16.5% επί του συνόλου, <=40ετών:24.3%, >40ετών:6.8%) και την απάντηση «Τώρα πολύ χειρότερα» (6.9% επί του συνόλου, <=40ετών:9.2%, >40ετών:4.1%) διαφάνηκε μια εκτίμηση απαισιοδοξίας σε μεγαλύτερο βαθμό από την κατηγορία <=40ετών σε σχέση με την κατηγορία >40ετών $\chi^2=52.187$ $dif=4$ $p<.001$. Προφανώς οι οικονομικές και εργασιακές συνθήκες που βίωνανε οι συμμετέχοντες στη διάρκεια της έρευνας να παίζουν πρωτεύων ρόλο στην καλλιέργεια της χαμηλής αυτό-εκτίμησης.

Τέλος στην ερώτηση αν καπνίζουν οι $n=151$ εργαζόμενοι που απαντήσανε «Ναι» σε σύνολο $N=333$ εργαζομένων παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο στις ηλικιακές όσο και στις κατηγορίες ΔΜΣ ως εξής: για όσους καπνίζουν (43.5% επί του συνόλου) οι >40ετών παρουσιάζουν μεγαλύτερη εξάρτηση σε σχέση με τους <=40ετών (<=40ετών:34.1%, >40ετών:59.5% $\chi^2=21.413$ $dif=1$ $p<.001$). Για τις κατηγορίες ΔΜΣ είχαμε στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το κάπνισμα με τις κατηγορίες «υπέρβαρος» και «παχύσαρκος» να παρουσιάζουν μεγαλύτερη εξάρτηση (φυσιολογικός:32.6%, υπέρβαρος:50%, παχύσαρκος:65.7% $\chi^2=15.162$ $dif=2$ $p<.001$).

V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Εμπειριστατωμένες μελέτες διεθνώς έχουν καταλήξει ότι ο ‘υγιής’ εργαζόμενος είναι η προϋπόθεση για το ‘υγιές’ αποτέλεσμα που καλείται να φέρει μέσα από τη συμμετοχή του στο εργασιακό περιβάλλον. Οι προτροπές των διεθνών οργανισμών υγείας στην κατεύθυνση της προαγωγής της υγείας και στους εργασιακούς χώρους δίνει τη δυνατότητα σε αρκετούς παθητικούς εργαζόμενους να ενημερωθούν, να ευαισθητοποιηθούν, να εκπαιδευτούν και να καλλιεργήσουν σε συνεργασία με τους ενεργούς συναδέλφους τους και την εργοδοσία υγιέστερους τρόπους ζωής.

Σύμφωνα με τους (Ahrens, 2004; Badura & Hehlmann, 2003; Badura et al., 2008; Badura et al., 2009; Badura & Steinke 2009; Chenoweth, 2007; Rudow, 2004; Wienemann, 2002) μια σημαντική περιοχή που ενισχύει το μοντέλο της διαχείρισης υγείας στον εργασιακό χώρο είναι η άθληση-κίνηση-αναψυχή των εργαζομένων τόσο κατά τη διάρκεια της εργασίας τους όσο και εκτός εργασίας. Για να μπορέσει να λειτουργήσει η συγκεκριμένη περιοχή και να φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα σε συνεργασία με τις άλλες περιοχές της διαχείρισης υγείας στον εργασιακό χώρο (Δ.Υ.Ε.Χ.), χρειάζεται μια οργανωμένη δομή εσωτερικά και μια ευρύτερη οργανωτική δομή εξωτερικά σε ρόλο συμπληρωματικό, ενισχυτικό, ρυθμιστικό, συντονιστικό, επιμορφωτικό κ.α. Η έρευνα με τα αποτελέσματά της προσπάθησε να συμβάλει σε αυτή την κατεύθυνση, έτσι ώστε να αποτελέσει έναν αρχικό οργανωτικό βηματισμό.

Από την ανάγνωση των αποτελεσμάτων και την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, παρατηρούμε μια γενική ταύτιση από το περιβάλλον επιθυμιών-αναγκών των εργαζομένων με τις προσπάθειες συγκρότησης οργανωμένων πλαισίων εντός και εκτός εργασιακού χώρου, όπου οι σκοποί και στόχοι τους συγκλίνουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των εργαζομένων με αναμενόμενα κοινωνικοοικονομικά οφέλη.

Η έρευνα περιορίστηκε σε μεγάλους οργανισμούς και επιχειρήσεις για λόγους καλύτερης σύνδεσης των αποτελεσμάτων με τις εφαρμοζόμενες σύγχρονες διοικήσεις

και την εισχώρηση σε αυτές του συντονισμού της Δ.Υ.Ε.Χ. Ένας άλλος περιορισμός ήταν η επιλογή της περιοχής (Αττική) και η επιλογή του επαγγέλματος (καθιστικό), με το σκεπτικό ότι οι μεγάλοι οργανισμοί/επιχειρήσεις βρίσκονται σε μεγαλύτερο βαθμό στην περιοχή της Αττικής, προς την οποία η αύξηση των επαγγελματιών των υπηρεσιών σε μεγάλα μεγέθη είναι φανερή και την τάση αυτή τη συναντούμε σε μεγάλες πόλεις, επίσης ένα από τα επαγγέλματα που ασκούνται ως σύνηθες σε μεγάλες πόλεις ανάλογα με την “υποκινητικότητα” τους είναι τα καθιστικά.

Στην πρώτη ερευνητική υπόθεση, ότι “ο μεγαλύτερος αριθμός των εργαζομένων σε κάθε μορφής επιχείρηση - ανεξαρτήτως της πολιτικής της επιχείρησης έναντι της παροχής προγραμμάτων και ευκαιριών για άθληση και υγεία – επιθυμεί να παρθούν μέτρα/πράξεις που θα βελτιώναν την υγεία τους” τα αποτελέσματα προσέγγισαν την υπόθεση και έδειξαν τα εξής:

- α) Οι εργαζόμενοι βαθμολόγησαν τις παροχές των επιχειρήσεων/οργανισμών προς την προαγωγή της υγείας στον εργασιακό χώρο κάτω του μετρίου <3.
- β) Οι συμμετέχοντες στην έρευνα επιθυμούν μέτρα/πράξεις που θα βελτιώνανε την υγεία τους σε αρκετά μεγάλο ποσοστό με δράσεις κυρίως: εργονομικές συμβουλές 68.8%, άσκηση για τη ράχη/αυχένα 67.3%, και διατροφικές συμβουλές 64.3%, συμβουλές διαχείρισης του άγχους 45.3% και άσκηση για καρδιαγγειακή υγεία και ευρωστία 43.2%.

Στη δεύτερη ερευνητική υπόθεση, ότι “οι αθλητικές-κινητικές ομάδες είναι το μέσο που θα συνεργαζότανε ευχάριστα σε μεγαλύτερο βαθμό οι εργαζόμενοι για μέτρα/πράξεις που θα βελτιώναν την υγεία τους στον εργασιακό χώρο ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας” τα αποτελέσματα έδειξαν όντως ότι:

Η πλειονότητα των εργαζομένων επιθυμεί να συνεργαστεί με τις Α.Κ.Ο. 78.7% και με τον ιατρό εργασίας 69.7%, ακολουθώντας τομείς όπως εργασιακό σύμβουλο/συμβούλιο 36%, διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού 31.5%, πανεπιστήμιο 28.2%. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη μεταβλητή «αθλητικές/κινητικές ομάδες» και στις μεταβλητές φύλου και ηλικίας, παρά μόνο στην ανάλυση σχετικά με το δείκτη μάζας σώματος (υπέρβαρος:84.1%, παχύσαρκος:82.9%, φυσιολογικός:69.7%, $\chi^2=9.337$ dif=2 $p<.009$).

Η έρευνα μαζί με την υπόθεση ότι οι εργαζόμενοι θα συνεργαζότανε καλύτερα σε μεγαλύτερο ποσοστό με τις Α.Κ.Ο, έθεσε τον προβληματισμό ότι ενώ ο

Ε.Α. είναι εκείνη η οργανωτική δομή - σύμφωνα με τη βιβλιογραφία - που μπορεί να ενισχύσει την προαγωγή της υγείας μέσα από δομημένες αθλητικές-κινητικές ομάδες σε κάθε επιχείρηση τόσο εντός της εργασίας όσο και εκτός, και να δώσει αρκετές δυνατότητες για άθληση και αναψυχή, έχει τη σχετικά μικρότερη συμμετοχή εξάσκησης αθλητικών-κινητικών συμπεριφορών των εργαζομένων από τα υπόλοιπα οργανωμένα πλαίσια. Τα αποτελέσματα (βλ. Σχήμα 14) συμπίπτουν με τον προβληματισμό και κατατάσσουν τον Ε.Α. στην προτελευταία θέση από τα οργανωμένα πλαίσια με ποσοστό 11.1%, όταν στις πρώτες θέσεις ήταν η ατομική οργάνωση με 63.4%, ιδιωτικές υπηρεσίες - γυμναστήρια 45.6%, σύλλογος/όμιλος 25.5%, δημόσιες υπηρεσίες 24%. Επίσης τα μεγαλύτερα εμπόδια για περισσότερο εξάσκηση των δραστηριοτήτων που επιθυμούν είναι ο χρόνος και οι συνθήκες περιβάλλοντος-πλαισίων. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν τους προβληματισμούς των (Αυθίνος, 1998; Όκκας 2006; Όκκας & Βεϊνόγλου, 2002) ότι ο Ε.Α. στην Ελλάδα δυσλειτουργεί, δεν έχει αναπτυχθεί ενώ υπάρχει προοπτική και δεν έχει αναπτύξει την κατεύθυνση της προαγωγής υγείας και της κινητικής αναψυχής τόσο στον εργασιακό χώρο όσο και εκτός.

Μια πρόσθετη ανάλυση επιχειρήθηκε στην έρευνα σχετικά με τον διαχωρισμό των συμμετεχόντων στις ηλικιακές κατηγορίες >40ετών και ≤40ετών σε αντίθεση με τις έρευνες των Tuomi, Ilmarinen, Martikainen, Aalto και Klockars (1997), όπου έχουν ως αφετηρία τα 45 έτη για τη φθίνουσα πορεία της εργασιακής ικανότητας. Η επιλογή αυτή έγινε διότι πιστεύουμε ότι οι σωματικές επιβαρύνσεις δρουν συσσωρευτικά από μικρότερες ηλικίες και η πρόληψη μέσω της Π.Υ.Ε.Χ και των προγραμμάτων υγείας-κίνησης-αναψυχής εργαζομένων (Π.Υ.Κ.Α.Ε.) θα πρέπει να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση από την κατηγορία 40+, όπου η πλειονότητα των εργαζομένων βρίσκεται προς στην κορύφωση των επαγγελματικών, οικογενειακών και κοινωνικών επιρροών που συμβάλλουν θετικά ή αρνητικά στην μακρά διάρκεια της επιθυμητής εργασιακής ικανότητας σύμφωνα με τους Ilmarinen & Tempel (2002).

Επίσης έγινε η ανάλυση επιμέρους μεταβλητών του ερωτηματολογίου σε σχέση με τον ΔΜΣ. Η επιλογή αυτή χρησιμοποιήθηκε για να προσπαθήσει να διαγνώσει μέσα από την ανάλυση του προφίλ των εργαζομένων, αν επιδρά ο ΔΜΣ στις ενοχλήσεις που δέχεται κατά τη διάρκεια της εργασίας και εκτός αυτής. Η ανασκόπηση των Proper και συν. (2003) αφήνει ανοικτό το θέμα των επιδράσεων και

των συσχετισμών του ΔΜΣ με τις φυσικές δραστηριότητες στον εργασιακό χώρο και τις ενδείξεις επηρεασμών αυτών στη γενική φυσική κατάσταση, αλλά με θετικές ενδείξεις στην κινητική συμπεριφορά και στο μεταβολισμό. Σύμφωνα με την ιατρική βιβλιογραφία το περιττό βάρος και η παχυσαρκία είναι επιβαρυντικοί παράγοντες σε συνδυασμό με απουσία σωματικής δραστηριότητας για ασθένειες που σχετίζονται με καρδιαγγειακά νοσήματα, εγκεφαλικά, διαβήτη, μυοσκελετικές διαταραχές, ψυχικές παθήσεις κ.α. Γνωρίζουμε από στοιχεία του Π.Ο.Υ. ότι το 80% των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα και ζαχαρώδη διαβήτη και το 30% των θανάτων από καρκίνο, θα μπορούσαν να προληφθούν μέσω στοχευμένων δράσεων δημόσιας υγείας που προωθούν την υγιεινή διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα (ΔΜΣ, ηλικιακές κατηγορίες) και των αποτελεσμάτων από την ερώτηση 2 του πρώτου μέρους σχετικά με την επιθυμία των ερωτηθέντων για: άσκηση για τη ράχη/αυχένα με ποσοστό 67.3%, υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις κατηγορίες ΔΜΣ, με την κατηγορία «παχύσαρκος» και «υπέρβαρος» να υπερτερούν στην επιθυμία του μέτρου της κατηγορίας «φυσιολογικός» $p < .001$. Και σχετικά με τις ηλικιακές κατηγορίες το 38.1% επί του συνόλου που επιθυμούσαν την συγκεκριμένη δράση ήταν ηλικίας >40 ετών και το 29.1% ήταν ηλικίας ≤ 40 ετών $p < .001$.

Σίγουρα δεν θα μπορούσαν να βγουν ασφαλή συμπεράσματα από την καταγραφή και μόνο των στοιχείων της έρευνας χωρίς την εφαρμογή κάποιων παρεμβατικών προγραμμάτων, ωστόσο υπάρχουν οι ενδείξεις που συμπίπτουν με έρευνες των ανασκοπήσεων. Ο σκοπός της έρευνας άλλωστε δεν ήταν η τεκμηρίωση, αλλά να μπορέσει να κάνει μια δοκιμαστική ανάλυση-διάγνωση των στοιχείων ώστε να έχει τη δυνατότητα να σκιαγραφήσει, να σχεδιάσει και να εφαρμόσει τα ανάλογα Π.Υ.Κ.Α.Ε. Επίσης να αναδείξει τρόπους και ενέργειες, που θα προάγουν την υγεία των εργαζομένων και θα συμβάλουν σε οργανωτικά θέματα ανάπτυξης του εργασιακού-εταιρικού αθλητισμού τόσο σε εσωτερικό πλαίσιο ως μέρος του μοντέλου διαχείρισης υγείας στον εργασιακό χώρο όσο και σε ένα ευρύτερο πλαίσιο του τομέα 'Αθλησης για Όλους'. Η κατάλληλη εφαρμογή ανάλογων προγραμμάτων φέρνουν θετικά αποτελέσματα όπως το παρεμβατικό πρόγραμμα των Benner, Burnus και Ochs (2007), όπου και οι πόνοι της ράχης/αυχένα μειώθηκαν και υπήρξε 22% μείωση απουσιών από την εργασία.

Αν προσπαθήσουμε να σκιαγραφήσουμε το προφίλ των εργαζομένων που συμμετείχαν στην έρευνα και με βάση τα αποτελέσματα, θα δούμε ότι:

- α) Ο μέσος όρος της ηλικίας των 333 εργαζόμενων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν $M.O=40.23$ με τους άνδρες να έχουν $M.O= 42.58$ και οι γυναίκες $M.O=37.4$.
- β) Είχανε υψηλή εκπαίδευση με ποσοστό 63.1 (ΑΕΙ/ΤΕΙ) και με ποσοστό 22.2 (μεταπτυχιακούς τίτλους).
- γ) Το 54.7% των εργαζομένων δεν χρησιμοποιεί το κάπνισμα σε αντίθεση με το 45.3% που δήλωσε ότι καπνίζει, με τους άνδρες να καπνίζουν περισσότερο με ποσοστό 56.1% από τις γυναίκες που δηλώνουν ότι καπνίζουν σε ποσοστό 32.7%, ($p<.001$). Οι >40ετών παρουσιάζουν μεγαλύτερη εξάρτηση σε σχέση με τους ≤ 40 ετών $p<.001$, καθώς και οι «υπέρβαροι» και οι «παχύσαρκοι» σε σχέση με τους «φυσιολογικούς» ως προς το ΔΜΣ ($p<.001$).
- δ) Σύμφωνα με τον ΔΜΣ το μεγαλύτερο ποσοστό του συνόλου των συμμετεχόντων ήταν υπέρβαροι: 52.9% με τους άνδρες να υπερισχύουν των γυναικών $p<.001$, το μεγάλο ποσοστό των υπέρβαρων ήρθε και συμπλήρωσε το ποσοστό των παχύσαρκων: 10.5% με τους άνδρες και σε αυτή την κατηγορία να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά έναντι των γυναικών $p<.001$, και τέλος φυσιολογικό ΔΜΣ παρουσίασαν 122 εργαζόμενοι σε ποσοστό 36,6% επί του συνόλου με τις γυναίκες να παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό έναντι των ανδρών ($p<.001$).

Το αθλητικό-κινητικό προφίλ των εργαζομένων μας δείχνει από τα αποτελέσματα ότι:

- α) Η κατανομή του χρόνου που αφιερώνει ένας εργαζόμενος για «περπάτημα-βόλτα» την εβδομάδα περιορίζεται σε ένα $M.O=2.38$ ώρες και για να «ασκηθεί ο ίδιος δραστήρια» σε ένα $M.O=1.99$ ώρες
- β) Το 76.9% ήταν σε θέση να ασκηθεί με την κατηγορία ≤ 40 ετών να δείχνει μεγαλύτερη προθυμία έναντι των >40ετών, ενώ 18.9% δηλώνει «Ναι με περιορισμούς» με τους >40ετών να υπερισχύουν στατιστικά των ≤ 40 ετών $p<.001$.
- γ) Το 72.1% των εργαζομένων ($N=240$) χαρακτηρίζει τον εαυτό του «περιστασιακό αθλητικό τύπο», το 14.1% «καθόλου αθλητικό τύπο», το 10.5% «αθλητικό τύπο προσανατολισμένο σε επίδοση» και το 3.3% «αθλητικό τύπο αγώνων».
- δ) Η υγιής δράση -όπως π.χ. φυσική κατάσταση, τρέξιμο, ευλυγισία, γιόγκα, τάϊ-τσι κ.α. - έρχεται πρώτη σε συμμετοχή σε αθλητικές-κινητικές δραστηριότητες που εξασκούν κατά περιόδους - με ποσοστό 69.4% (βλ. Σχήμα 13) και ακολουθεί με

ποσοστό 32.7% η ενασχόληση με το υγρό στοιχείο. Στη συνέχεια ακολουθούν τα ομαδικά αθλήματα σε ποσοστό 19.2%, 18% παίρνουν τα αθλήματα υπαίθρου, τα αθλήματα μπάλας π.χ. τένις κ.α. 15.6%, τα αθλήματα σκέψης σκάκι κ.α. με 14.1%, με το ίδιο ποσοστό 9.3% των εργαζομένων να δραστηριοποιείτε τόσο σε δράσεις αθλημάτων χιονιού όσο και στην δραστηριότητα του ψαρέματος, το κάμπινγκ 7.2% και το ποδήλατο με 4.8%. Ενδιάμεσα το μπόουλινγκ – μια ιδιαίτερα αναπτυσσόμενη δραστηριότητα τα τελευταία χρόνια- με ποσοστό 6.3% και το μπιλιάρδο με συμμετοχή στο 4.5%, δυο δραστηριότητες με περισσότερο ψυχαγωγικό χαρακτήρα.

ε) Το οργανωμένο πλαίσιο εξάσκησης μιας αθλητικής-κινητικής δραστηριότητας με το μεγαλύτερο ποσοστό είναι η «ατομική οργάνωση» με 63.4% και οι «ιδιωτικές υπηρεσίες» με 45.6%. Σε «σύλλογο-όμιλο» ασκούνται το 25,5%, το 24% χρησιμοποιεί τις δημόσιες υπηρεσίες π.χ. δημοτικά γυμναστήρια, το 12% συμμετέχει σε δημόσιες οργανώσεις, το 11.1% σε δράσεις του εργασιακού-εταιρικού αθλητισμού, ενώ το 9.9% δεν δραστηριοποιείται σε κανένα πλαίσιο.

στ) Το 88.6% θα επιθυμούσαν πιο συχνή κινητική-αθλητική αναψυχή, ενώ 11.1% απάντησαν ότι «επαρκεί όπως είναι».

ζ) «ο χρόνος» με ποσοστό 82.6% είναι ο παράγοντας που παίζει τον ανασταλτικότερη αιτία για την επιθυμία περισσότερης κινητικής-αθλητικής αναψυχής, ακολουθούν οι «συνθήκες περιβάλλοντος-πλαισίων» 53.2%, «τα έξοδα» 37.8% και τέλος οι «λόγοι υγείας» με ποσοστό 4.8%. Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στα δυο φύλα είχαμε στον παράγοντα «συνθήκες περιβάλλοντος-πλαισίων» (άνδρες: 65%, γυναίκες: 39.2%, $p < .01$).

Για το προφίλ των εργαζομένων σχετικά με τα στοιχεία της υγείας μας δείχνει ότι:

α) Το 48.3% των εργαζομένων νιώθει ενοχλήσεις ή πόνοι μια φορά την εβδομάδα ή λιγότερο στην περιοχή της ράχης/αυχένα, 9.3% 2-3 ημέρες, ενώ το 39.6% δεν νιώθει ποτέ.

β) Το 13.5% σηκώνεται «Με μια μικρή δυσκολία» από την καρέκλα και το 2.7% «Με μέτριες δυσκολίες», ενώ το υπόλοιπο ποσοστό δεν έχει δυσκολίες.

γ) Το 33.3% (111) των εργαζόμενων απάντησε «Όχι τελείως εύκολα» στην ερώτηση σχετικά με το αν μπορούν να σκύψουν και το 6.6% απάντησε «Μέτρια».

δ) Το 25.8% των εργαζομένων μπορούν και περπατούν τα 100 μέτρα «Αργά χωρίς στάση» και το 3.3% των εργαζομένων περπατούν «Αργά με το λιγότερο μία στάση»,

ενώ «Γρήγορα χωρίς στάση» περπατά το 70.9% από τα αποτελέσματα διαφαίνεται μια ελαφρώς καλύτερη «κινητικότητα» από πλευράς γυναικών ($p < .001$).

ε) Το 24.6% αυτών ανεβαίνουν την σκάλα του επόμενου ορόφου «Με κάποια δυσκολία».

στ) Η ηλικιακή κατηγορία >40ετών ($p < .001$) και οι κατηγορίες «υπέρβαρος» και «παχύσαρκος» ($p < .001$) νιώθουν τις περισσότερες και συχνότερες ενοχλήσεις στην περιοχή ράχη/αυχένα, ενώ έχουν τη λιγότερη ευλυγισία και τη χειρότερη φυσική κατάσταση ($p < .001$).

ζ) Το πιο συχνό μέσο μεταφοράς που χρησιμοποιούν οι εργαζόμενοι για να καλύψουν το μεγαλύτερο μέρος της απόστασης μέχρι την εργασία είναι «Με μέσα μεταφοράς» με ποσοστό 53.8%, «Με αυτοκίνητο» 38.4%, «Με τα πόδια» 5.10% και «Με το ποδήλατο» 1.20% ενώ 1.8% των εργαζομένων χρησιμοποιεί ένα άλλο μέσο.

η) Το 39.2% των εργαζομένων χαρακτηρίζουν την υγεία τους ανάλογα με την ηλικία «Όχι τόσο καλή», 37.2%, είναι «Γενικά ευχαριστημένος/η», το 12% χαρακτηρίζει την υγεία του «Καλή» και το 10.5% «Κακή». Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες αισθάνονται λιγότερο υγιείς ανάλογα με την ηλικία τους από ότι οι άντρες που δείχνουν να υπερτερούν στον ψυχολογικό παράγοντα ($p < .02$).

θ) Το 58% των εργαζομένων εκτιμά ότι δεν έχει εισέλθει «Καμία αλλαγή» στην ποιότητα ζωής τους σε σχέση με πριν 10 χρόνια, το 17.7% εκτιμούν ότι η ποιότητα της ζωής τους σε σύγκριση με πριν 10 χρόνια είναι «Τώρα λίγο καλύτερα», το 16.5% εκτιμά «Τώρα λίγο χειρότερα» και το 6.9% εκτιμά πως «Τώρα πολύ χειρότερα».

ι) Η ηλικιακή κατηγορία >40ετών παρουσιάζουν μια καλύτερη εικόνα στην εκτίμηση της υγείας τους που βασίζεται προφανώς όχι τόσο στη σωματική όσο κυρίως στην ψυχική τους υγεία, η οποία διαφαίνεται και στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής τους στο πέρασμα των χρόνων.

Τέλος εξετάζοντας το προφίλ των εργαζομένων σε σχέση με τις απόψεις τους για τις ενέργειες και δράσεις που επιθυμούν για την ανάπτυξη της προαγωγής υγείας στον εργασιακό χώρο έδειξε μέσα από τα αποτελέσματα ότι:

α) Οι εργαζόμενοι/ες εργάζονται σε ένα εργασιακό περιβάλλον όπου οι προϋποθέσεις στην κατεύθυνση της υγείας είναι κάτω του μετρίου <3.

β) Επιθυμούν μια ποικιλία από μέτρα/πράξεις που θα βελτιώνανε την υγεία τους, που ανάλογα του καθιστικού τους επάγγελμα, η επιθυμία τους εστιάζεται περισσότερο στις δράσεις: εργονομικές συμβουλές 68.8%, άσκηση για τη ράχη/αυχένα 67.3%, και

διατροφικές συμβουλές 64.3%, συμβουλές διαχείρισης του άγχους 45.3% και άσκηση για καρδιαγγειακή υγεία και ευρωστία 43.2%.

γ) Οι εργαζόμενοι/ες επιθυμούν να ενημερωθούν για δράσεις ποιο πολύ μέσω ομαδικής συμβουλής 43.2%, μέσω ατομικής συμβουλής 19.2%, μέσω εκπαίδευση 44.1% και μέσω διαλέξεων το 36.6% των εργαζομένων.

δ) Η πλειονότητα των εργαζομένων επιθυμεί να συνεργαστεί με αθλητικές/κινητικές ομάδες 78.7% και με τον ιατρό εργασίας 69.7%, ακολουθώντας τομείς όπως εργασιακό σύμβουλο/συμβούλιο 36%, διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού 31.5%, πανεπιστήμιο 28.2%, και τα ασφαλιστικά ταμεία με 12%.

ε) Οι άντρες εργαζόμενοι αξιολογούν την εργασία τους ως περισσότερο σωματικά επίπονη, ενώ οι γυναίκες πιο πολύ ψυχικά και πνευματικά.

Η μεθοδολογία της έρευνας έδειξε από την ανάλυση-διάγνωση των αποτελεσμάτων, ότι μπορεί να αποτελέσει έναν τρόπο διερεύνησης - μέσα από τα διάφορα προφίλ των εργαζομένων σε σχέση με την εργασία και την αθλητική-κινητική συμπεριφορά - και να ενισχύσει την Π.Υ.Ε.Χ με βάση τη σύγχρονη διαχείριση της υγείας στον εργασιακό χώρο και σύμφωνα με τις θεωρίες και τις πρόσφατες έρευνες.

VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα αποτελέσματα του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου που αφορούσε περισσότερο την οργανωτική διάσταση σχετικά με τις δράσεις υγείας και κινητικής αναψυχής στον εργασιακό χώρο, παρατηρούμε μια έντονη επιθυμία όπως και ανάγκη για μια οργανωμένη διαχείριση της προαγωγής υγείας στον εργασιακό χώρο.

Οι εργαζόμενοι επέλεξαν περισσότερο τον συνδυασμό αθλητικών/κινητικών ομάδων και ιατρό εργασίας σε συνεργασία με τη διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού, ως μέσω συνεργασίας για την ανάπτυξη των δράσεων που επιθυμούν. Και στον παράγοντα της ενημέρωσης οι εργαζόμενοι έδειξαν ότι επιθυμούν να ενισχύσουν περισσότερο τις γνώσεις τους μέσω της εκπαίδευσης και ομαδικής συμβουλής, αλλά και μέσω διαλέξεων. Από τα παραπάνω συμπεράσματα των υποθέσεων και από την ανάλυση των προφίλ των εργαζομένων σχετικά με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, την αθλητική-κινητική τους συμπεριφορά αλλά και από τα στοιχεία υγείας που δηλώθηκαν από τους εργαζόμενους μπορούμε να πούμε ότι:

Η πλειονότητα των εργαζόμενων που συμμετείχαν στην έρευνα ανεξαρτήτου οργανισμού/επιχείρησης και πολιτικής για την προαγωγή υγείας που ακολουθείτε στον χώρο εργασίας, έχουν αρκετές επιθυμίες αλλά και ανάγκες για ανάπτυξη και συντονισμό ποικίλων δράσεων με στόχο τη βελτίωση της υγείας τους.

Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αναπτύχθηκε οι εργαζόμενοι που συμμετέχουν στις Α.Κ.Ο αναπτύσσουν αρκετά κοινωνικά οφέλη με θετικές επιπτώσεις στην ψυχο-σωματική κατάσταση, και η δομή που θα μπορούσε να αναπτύξει - σε συνεργασία με άλλους φορείς και την Δ.Υ.Ε.Χ. - αθλητικές δραστηριότητες και τα Π.Υ.Κ.Α.Ε, είναι η δομή ενός ή περισσότερων συστημάτων εντός και εκτός εργασιακού χώρου, με αντικείμενο την αθλητική και κινητική αναψυχή καθώς και την προαγωγή υγείας των εργαζομένων.

Τόσο οι οδηγίες του παγκόσμιου οργανισμού υγείας και των ευρωπαϊκών οργανισμών για την προαγωγή της υγείας στον εργασιακό χώρο, όσο και η επιστημονική γνώση με τις συνεχώς αναλυτικότερες διαπιστώσεις κάνουν σαφές το πλαίσιο ανάπτυξης και εφαρμογής διαφόρων προγραμμάτων. Η Ελλάδα ως αναπτυσσόμενη χώρα και με δεδομένου της συγκυρίας που βιώνει λόγω της οικονομικής κρίσης, οφείλει να κατευθύνει και να δημιουργήσει μέσα από τις δομές των συστημάτων τα κατάλληλα πλαίσια για την Π.Υ.Ε.Χ, ώστε να βελτιώσει τα μελλοντικά κοινωνικοοικονομικά μεγέθη.

Σύμμαχοι σε αυτή την προσπάθεια θα πρέπει να είναι όλοι οι εμπλεκόμενοι, έχοντας ως εφόδιο την αρχαία ελληνική φιλοσοφία και επιστήμη που εκφράζεται μέσα από τα λόγια του Ιπποκράτη: *“Αν καθένας μας είχε το σωστό μέτρο σε διατροφή και κίνηση, θα είχαμε βρει τον σίγουρο δρόμο για την υγεία”*, αλλά και από τη σύγχρονη οργανωσιακή κουλτούρα και επιστήμη μέσα από τα λόγια ενός σύγχρονου επιστήμονα του Πinarinen που λέει ότι: *“Συνταξιοδοτική μεταρρύθμιση χωρίς μεταρρύθμιση της εργασιακής ζωής δεν αποδίδει”*.

Η επιθυμία ενός ατόμου και κατά επέκταση ενός εργαζόμενου να ζει, να εργάζεται και να συναναστρέφεται σε ένα υγιές περιβάλλον, είναι μια προσδοκία που μπορεί να κατακτηθεί μόνο με την συμμετοχή, τη γνώση και τη διάθεση ενός συνόλου ενεργειών που εμπερικλείονται και καλλιεργούνται μέσα του και σε συνάρτηση με τις καταστάσεις και τις συνθήκες του εξωτερικού περιβάλλοντος του (βλ. Σχήμα 21).



Σχήμα 21. Αντίληψη της Ποιότητας Ζωής.

VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abele, A., Brehm, W. & Gall, T. (1994). Sportliche Aktivität und Wohlbefinden. In: Abele, A., Becker, P. (Hg.). *Wohlbefinden: Theorie – Empirie – Diagnostik*. (pp. 279-296) Weinheim: Juventa.
- Ahrens, D. (2004). Ökonomische Aspekte gesundheitsbezogener Interventionen im Setting Betrieb. In: *Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung*; (pp. 191–219). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Allmer, H. (1996). *Erholung und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Altenberger, H. (1993). Sportpädagogische Überlegungen für einen präventiven Gesundheitssport im Betrieb. *Sportunterricht*, 42 (6), 235-243.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*., Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Αυθίνος, Ι. (1998). *Άσκηση – Άθληση, Κινητική Αναψυχή - Οργανωτική διάσταση*. Αθήνα.
- Badura, B. & Hehlmann, T. (2003). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunde Organisation*. Berlin und Heidelberg: Springer.
- Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Berlin und Heidelberg: Springer.
- Badura, B., Schröder, H. & Vetter, C. (2009). *Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*. Berlin und Heidelberg: Springer.

- Badura, B. & Steinke, M. (2009). *Betriebliche Gesundheitspolitik in der Kernverwaltung von Kommunen. Eine explorative Fallstudie zur aktuellen Situation*. Hans-Böckler-Stiftung.
- Becker, P. (2001). *Modelle der Gesundheit - Ansätze der Gesundheitsförderung*, Höfling: Siegfried/Gieseke Otto (Hrsg).
- Becker, P. (2001). *Gesundheitsoffensive Prävention - Gesundheits-Förderung und Prävention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik*; München: Abwerb-Verlag KG.
- Benner, V., Burnus, M. & Ochs, S. (2007). Ergebnisse eines Interventionsprogramms zur betrieblichen Gesundheitsfürsorge: Signifikante Reduktion von Rückenbeschwerden, subjektive Abnahme von Stress-Symptomen und Reduzierung von Fehlzeiten. *Ergo-Med.* (6), 162-167.
- Becker, Fr. (1986). „Wer Sport treibt, lebt gesünder.“ Erkenntnisse präventiver Sportmedizin. In: Franke, Elk (Hg.). *Sport und Gesundheit* (pp. 41-52). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Bos, K., Opper, E. & Polenz, W. (1993). *Betriebliche Gesundheitsförderung durch Bewegung und Sport*. Frostings, Entwicklung, Projekte, 35-43.
- Boni, N. (2004). Exercise and physical fitness: The impact on work outcomes, cognition and psychological well-being for police. *Australasian Centre for Policing Research*, (10) 1-8.
- Brand, R., Schlicht, W., Grossmann, K. & Duhnsen, R. (2006). Effects of a physical exercise intervention on employees' perception of quality of life: a randomized controlled trial. *Social and Preventive Medicine*, (51), 14-23.
- Brown, J.D. & Siegel, J.M. (1988). Exercise as a buffer of life stress: A prospective study of adolescent health. *Health Psychology*, (7), 341-353.

- Carruth, P. J. & Carruth A. K. (2009). Cost Accounting Implications for Corporate Wellness Programs. *Journal of Business & Economics Research*. (7), 25-30.
- Chenoweth, D. H. (2007). *Worksite Health Promotion, 2nd Edition*. Προγράμματα Υγείας και Άθλησης στον Εργασιακό Χώρο. Επιμέλεια Τριγώνης Γ. (2008). Αθήνα: Τελέθριον.
- Cox, M.H. & Miles, D.S. (1994). Workplace Active Living and Total Quality Management: A Paradigm for a new Corporate Culture. In: H.A. Quinney, L. Gauvin & A.E. Wall (Eds.), *Towards Active Living* (pp. 179-186). Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Daley, A.J. & Parfitt, G. (1996). Good health – It is worth it? Mood states, physical Well-being, job satisfaction, and absenteeism in members and non-members of a British corporate health and fitness club. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69, 121-134.
- Eichler, G. (1972). Betriebssport als Breitensport – was wünscht der Arbeitnehmer? In: *Europa- Komitee für Firmen und Betriebssport: Referate der 6 Konferenz*. Hamburg: Europa- Komitee für Firmen und Betriebssport.
- Eichler, G. (1979). *Spiel und Arbeit – Zur Theorie der Freizeit*. Stuttgart.
- ENWHP - European Network for Workplace Health Promotion.
Ημερομηνία ανάκτησης: 27-11-2009
www.enwhp.org
- Freidl, W., Stronegger, W.-J. & Neuhold, Ch. (2001): Gesundheit in Wien – Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey. *Gesundheitsberichterstattung Wien*. Studie S1/2001. Magistrat der Stadt Wien.
- Gundlach, G. (1991). Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In: J. Haisch & H.-P. Zeitler (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (pp.145-171). Heidelberg: Asanger.

- Gurtler, D. (1976). Die Bewegungspause am Arbeitsplatz. In: Deutscher Sportbund (DSB), *Modellseminar „Sport im Arbeitsleben“* (pp. 40-53). Frankfurt am Main: Deutscher Sportbund.
- Hahl, V. & Sehling, M. (1998). Fit im Beruf – ein betrieblich gefordertes individuelles Ausdauertraining zur Prävention im Herz-Kreislauf-Bereich. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 14, 184-186.
- Howard, J.H., Cunningham, D.A. & Rechnitzer, P.A. (1984). Physical activity as a moderator of life events and somatic complaints: A longitudinal study. *Canadian Journal of Applied Sport Science*, 9, 195-200.
- Huber, G. & Hahn, C. (1996). Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz - Betriebssport. In: H. Rieder, G. Huber & J. Werle, *Sport mit Sondergruppen* (pp. 543-553). Schorndorf: Hofmann.
- Hubner, A. (1973). *Gesunderhaltung durch Ausgleichsgymnastik im Betrieb*. Diss. der Universität Tübingen. Stuttgart: A. W. Gentner Verlag.
- Ilmarinen, J. (2011). Arbeitsfähig bis 67. Get das? Generationen Management. Ημερομηνία ανάκτησης: 05-12-2011
<http://www.generationen-management.com/wp-content/uploads/2011/01/A-Juhani-Ilmarinen.pdf>
- Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2002). *Arbeitsfähigkeit 2010 - Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?* Ed. M. Giesert. VSA-Verlag.
- Janssen, H. (1991). Zur Frage der Effektivität und Effizienz betrieblicher Gesundheitsförderung – Ergebnisse einer Literaturrecherche. *Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung*, (3), 1-7.
- Kaluza, G., Keller, S. & Basler, H.-D. (2001). Beanspruchungsregulation durch Sport? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9 (1), 26-31.

- Kerr, J.H. & Vos, M.C.H. (1993). Employee fitness programmes, absenteeism and general well-being. *Work and Stress*, 7 (2), 179-190.
- Kemter, K.H. (1970). Betriebssport – freiwillige Sozialleistung der Unternehmer oder gewinnbringende Investition? *Leibeserziehung*, 19 (2), 46-48.
- Κουθούρης, Χ. (2009). *Υπαίθριες δραστηριότητες αναψυχής – Ακραία αθλήματα*. Θεσσαλονίκη: Χριστοδουλίδη.
- Κουκουρής, Κ. (2009). *Η κοινωνική διάσταση του αθλητισμού*. Θεσσαλονίκη.
- Luh, A. (1998). *Betriebsport zwischen Arbeitgeberinteressen und Arbeitnehmerbedürfnissen*. Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Lumkemann, D. (2001). Bewegungsforderung und Gesundheitsmanagement in Unternehmen. *Personalführung*, (9), 20-28.
- Mc Gee, R., Bevan, St. & Quadrello, T. (2010). Fit for Work; Μυοσκελετικές Διαταραχές και η Ελληνική Αγορά Εργασίας. *Πρακτικά 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για την Υγεία και την Ασφάλεια της Εργασίας “Η πρόσληψη συμφέρει όλους”*. Αθήνα.
- Marshall, A. (2004). Challenges and opportunities for promoting physical activity in the workplace. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7 (1), 60-66.
- Maslow, A.H., (1999). *Motivation und Persönlichkeit*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Mitterbauer, G. (1994). *Neue Wege für den Betriebssport*. Innsbruck: Sports Consulting.
- Μπουλουτζιά, Π. (2008). Ασθένειες που πλήττουν εργαζόμενους στην Ελλάδα. *Εφημερίδα Καθημερινή* (06-06-2008). Αθήνα.

- Nichols, J., Wellmann, E., Caparosa, S., Sallis, J. F., Calfas, K. J. & Rowe, R. (2000). Impact of a worksite behavioural skill intervention. *American Journal of Health Promotion*, 14 (4), 218-221.
- Όκκας, Στ. (2006). Εργασιακός-Εταιρικός Αθλητισμός. Στο Δ. Γαργαλιάνος & Μ. Ασημακόπουλος, *Δομή και Οργάνωση του Ελληνικού Αθλητισμού* (σελ. 379-385). Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Όκκας, Στ. & Βεϊνόγλου, Ν. (2002). Οργανωτικές δομές του εργασιακού αθλητισμού σε ευρωπαϊκές χώρες-Προοπτικές ανάπτυξης της άθλησης και αναψυχής του Έλληνα εργαζόμενου. *Πρακτικά 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελλ.Ε.Δ.Α.* Εύοσμος Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Διοίκησης Αθλητισμού.
- Opaschowski, Horst W., 1995. *Freizeitökonomie: Marketing von Erlebniswelten.* Opladen: Leske + Budrich.
- Proper, K.I., Staal, B.J., Hildebrandt, V.H., van der Beek, A.J. & van Mechelen, W. (2002). Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 28 (2), 75-84.
- Proper, K.I., Koning, M., van der Beek, A.J., Hildebrandt, V.H., Bosscher, R.J. & van Mechelen, W. (2003). The Effectiveness of Worksite Physical Activity Programs on Physical Activity, Physical Fitness, and Health. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 13, 106-117.
- Rudow, B. (2004). *Das gesunde Unternehmen, Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz, Personalpflege.* München, Wien: Oldenburg Verlag.
- Shepard R.J. (1996): Worksite Fitness and Exercise Programs: A Review of Methodology and Health Impact. *American Journal of Health Promotion*, 10 (6), S. 436 – 452.

- Sutherland, J. V., & Cooper, L. C. (1990). Exercise and stress management: fit Employees- Healthy organizations? *International Journal Sport Psychology*, 21, 202-217.
- Sutherland, V. J., & Cooper, C. L. (1990). *Understanding stress: A psychological perspective for the health professions*. London: Chapman and Hall.
- Talvi, A., Jarvisalo, J. O. & Knute, L. R. (1999). A health promotion programme for oil refinery employees: changes of health promotion needs observed at three years. *Journal of Occupational Medicine*, 49 (2), 93-101.
- Tiwald, H. (1992). *Gesundheit und die Interessen des Unternehmens*.
 Ημερομηνία ανάκτησης: 18-12-2009.
http://www.horst-tiwald.de/wisstexte/unternehmen/gesundheit_und_unternehmensinteressen.DOC
- Tofahrn, KW. (1991). *Arbeit und Betriebssport. Eine empirische Untersuchung bei Grossunternehmen im Jahre 1989*. Berlin.
- Tofahrn, K. (1992). *Soziologie des Betriebssportes*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Tofahrn, K. (1995). Die Bedeutung des Betriebssports für die Unternehmenskultur.
 In: J. Rode & H. Philipp (Hrsg.), *Sport in Schule, Verein und Betrieb* (S. 77-94).
 Sankt Augustin: Academia Verlag.
- Τριγώνης, Ι., Ματσούκα, Ο., Κώστα, Γ., Αστραπέλλος, Κ. & Υφαντίδου, Γ. (2007). Η επίδραση της εφαρμογής προγραμμάτων ενημέρωσης, υγείας και άσκησης στο στρες και στην ποιότητα ζωής των εργαζομένων. *Πρακτικά 8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελλ.Ε.Δ.Α.* Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Διοίκησης Αθλητισμού.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Martikainen R, Aalto L & Klockars M (1997). Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981—1992. *Scand J Work Environ Health*. 23 (1), 58-65.

Wattendorff, F. & Wienemann, E. (2004): Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Gesundheit mit System. *Unimagazin, Zeitschrift der Universität Hannover*, 4, (5), 28-31

WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion.

Ημερομηνία ανάκτησης: 29-11-2009

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

WHO (2005). Bangkok Charter for Health Promotion.

Ημερομηνία ανάκτησης: 29-11-2009

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/

Wienemann, E. (2002). Betriebliches Gesundheitsmanagement. Referat zum 1.

Kongress für betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz "Gesünder arbeiten in Niedersachsen", Braunschweig (2002). Ημερομηνία ανάκτησης: 02-12-2011

http://www.wa.uni-hannover.de >WA-Konzepte > WA_BGMKonzept.pdf

Wienemann, E. (2011). Integriertes betriebliches Gesundheitsmanagement.

Ημερομηνία ανάκτησης: 02-12-2011

http://www.dgb-bremen.de/themen/arbeitsschutzkonferenz-17/Material_Integriertes-betriebliches-Gesundheitsmanagement_E.Wienemann.pdf

Χατζοπούλου Α., Γαργαλιάνος Δ., Τριγώνης Ι., Όκκας Σ. (2005). Τα κίνητρα συμμετοχής και τα οφέλη των εργαζομένων από την συμμετοχή τους στα "Europe corporate games". *Πρακτικά 13^ο Διεθνές Συνέδριο Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού*. Κομοτηνή: Τ.Ε.Φ.Α.Α. Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου.

