

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΑΝΑΨΥΧΗΣ- ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΥΠΑΘΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΟΜΑΔΩΝ*

Σταύρος Φράγκος¹
Παναγιώτης Αντωνίου²

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η καταγραφή της ποιότητας ζωής ως προς τους τομείς της φυσικής και της γενικής διανοητικής υγείας, ευπαθών κοινωνικά ομάδων. Η φυσική και διανοητική υγεία εκπροσωπήθηκε από τις διαστάσεις: φυσική λειτουργικότητα, φυσικός ρόλος, σωματικός πόνος, αίσθηση γενικής υγείας, ζωηρόδα - ζωντάνια, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος και ειδική διανοητική υγεία. Όλα αυτά σε συνδυασμό με τον εντοπισμό και την καταγραφή των δραστηριοτήτων αναψυχής που προτιμούν οι ευπαθείς κοινωνικά ομάδες, όπως άνεργοι, άτομα με ειδικές ανάγκες, παλιννοστούντες. Το δείγμα αποτέλεσαν 81 άνεργοι, ενήλικες, ηλικίας 18-60 ετών, που λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους κατατάσσονταν στις κατηγορίες: α) παλιννοστούντες, β) άτομα με ειδικές ανάγκες, γ) άτομα με πολιτισμικές - θρησκευτικές ιδιαιτερότητες (μουσουλμάνοι).

Για την ταξινόμηση και κατανόηση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική. Εφαρμόσθηκε ανάλυση διακύμανσης ως προς έναν παράγοντα, για ανεξάρτητα δείγματα (one-way anova), 1^ο δείγμα: Παλιννοστούντες, 2^ο δείγμα: Άτομα με αναπηρίες, 3^ο δείγμα: Άτομα με πολιτισμικές - θρησκευτικές ιδιαιτερότητες (Μουσουλμάνοι). Ακόμη ανάλυση διακύμανσης ως προς δύο παράγοντες για ανεξάρτητα δείγματα (two-way anova), ανεξάρτητος παράγοντας: α) ειδική κοινωνική ομάδα, β) φύλο και μελετήθηκε η επίδραση του παράγοντα στις εξαρτημένες μεταβλητές. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική επίδραση του παράγοντα κοινωνική ομάδα στους παράγοντες «αίσθημα ζωντάνιας» και «φυσιολογική λειτουργικότητα», μεταξύ των παλιννοστούντων και των μουσουλμάνων. Οι άνδρες σε γενικές γραμμές είχαν καλύτερη αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής, από ό,τι οι γυναίκες. Το ίδιο παρατηρήθηκε και στα άτομα με ειδικές ανάγκες σε σχέση με τους παλιννοστούντες και τους μουσουλμάνους.

Λέξεις-κλειδιά: Ποιότητα ζωής, Ευπαθείς κοινωνικά ομάδες, Αναψυχή.

Εισαγωγή

Ο όρος «ποιότητα ζωής» βρίσκεται τα τελευταία χρόνια στην επικαιρότητα. Αποτελεί θέμα συζήτησης στην τηλεόραση, αναφέρεται σε διαφημίσεις, σε πολιτικές ομιλίες και σε τίτλους εφημερί-

* Τμήμα από μεταπτυχιακή διατριβή του Σ. Φράγκου.

1. Κοινωνικός λειτουργός (Msc), Διεύθυνση Πρόνοιας, Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Κομοτηνής, Επιστημονικός συνεργάτης στο Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο.
2. Επίκουρος καθηγητής (PhD), Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο.

δων. Το 1982, οι Kaplan και Bush πρότειναν τον όρο «σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα Ζωής» (Health related Quality of Life), προκειμένου να διαχωρίσουν από το γενικό όρο της Ποιότητας Ζωής τις πλευρές τις σχετιζόμενες με την κατάσταση υγείας του ατόμου. Ο συγκεκριμένος ρόλος ενσωματώνει τρεις βασικούς τομείς: την υποκειμενική αποτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου, την επίδραση της κατάστασης της υγείας στη λειτουργικότητα του ατόμου και τον περιορισμό της λειτουργικότητας, στους τομείς εκείνους που είναι απαραίτητοι, ώστε το άτομο να μπορεί να πραγματοποιεί τους επιδιωκόμενους στόχους της ζωής. Γενικά, επικρατεί ευρέως η αντίληψη ότι η Ποιότητα Ζωής πρέπει να περιλαμβάνει απόψεις που άπτονται της φυσικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και γενικής κατάστασης υγείας ενός ατόμου. Η αυξανόμενη χρήση του όρου δείχνει τη σημασία του τόσο σαν έννοια όσο και σαν ιδεατή κατάσταση (Farquhar, 1995, Schalock Bonham και Marchand, 1998). Ο τρόπος ζωής και ιδιαίτερα ο σύγχρονος επιδρά άμεσα στα επίπεδα της ποιότητας ζωής του ανθρώπου. Οι πρώτες αναφορές στην ποιότητα της ζωής έγιναν από τον Πλάτωνα, ο οποίος αναφέρει ότι ο Σωκράτης συζητούσε για την ποιότητα ζωής συγκρίνοντάς την με την ποσότητα (Παπαδοπούλου, 2002). Σύμφωνα με τον Hanestad (1990), η επικαιρότητα της έννοιας οφείλεται στο γεγονός ότι η ποιότητα ζωής έχει ένα θετικό χαρακτήρα και για το κάθε άτομο χωριστά αλλά και για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Ο όρος δεν χρησιμοποιείται μόνο στην καθημερινότητα, αλλά και στον επιστημονικό χώρο, από επιστήμες όπως η φυσική αγωγή, η κοινωνιολογία, η ψυχολογία, η ιατρική, η φιλοσοφία, η ιστορία και οι οικονομικές επιστήμες (Farquhar, 1995).

Κατά τον Bogenhold (2001), η θέση του κάθε ατόμου στην κοινωνία και το επίπεδο της ποιότητας ζωής του δεν είναι αποτέλεσμα της κοινωνικής τάξης στην οποία ανήκει, αλλά αποτέλεσμα της επίδρασης παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο, η υπηκοότητα, το έθνος και ειδικότερα ο τρόπος ζωής (life style) που υιοθετεί. Η εξατομίκευση των μελών της κοινωνίας και το πλήθος «τρόπων ζωής» που υπάρχουν στη σύγχρονη κοινωνία επιδρούν στον τρόπο που οι άνθρωποι οργανώνουν τον ελεύθερο χρόνο τους και στο πώς ξοδεύουν το εισόδημά τους.

Σύμφωνα με τους Trauer, Duckmanton και Chiu (1998), η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου μέσα από κατάλληλα προγράμματα αναψυχής, καθώς και η βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων μπορούν να αποτελέσουν πεδία επιστημονικής παρέμβασης με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ευπαθών κοινωνικά ομάδων.

Η εργασιακή απασχόληση (ανεργία ή εργασία, μερική ή πλήρη απασχόληση), αποτελεί βασικό παράγοντα που επιδρά στα επίπεδα ποιότητας ζωής στα μέλη μιας οικογένειας (Ο' Hara, 2001). Κάτι αντίστοιχο αναφέρει και ο Wong (2001). Η τοπική οικονομική ανάπτυξη και ειδικότερα οι θέσεις απασχόλησης, οι συνθήκες διαβίωσης, το πολιτισμικό επίπεδο επηρεάζουν άμεσα τα επίπεδα ποιότητας ζωής των ανθρώπων.

Οι δυνατότητες συμμετοχής σε δραστηριότητες αναψυχής κατά τον Bogenhold (2001), οφείλονται στην ταχεία ανάπτυξη του κοινωνικού πλούτου και στις πολλαπλές δυνατότητες που προσφέρει η σημερινή κοινωνία. Αυτό σημαίνει ότι είναι εφικτή η κοινωνική αλλαγή που θα οδηγήσει στην αύξηση της συμμετοχής όλων των ατόμων και περισσότερο των ατόμων που ανήκουν στις ευπαθείς κοινωνικά ομάδες. Το σημείο που επιδέχεται παρέμβαση είναι ο τρόπος ζωής (life style) και η στάση απέναντι στις συνθήκες της καθημερινότητας.

Η έννοια της ποιότητας ζωής τις τελευταίες δεκαετίες έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών, όλων των επιστημών. Όλο και περισσότερες έρευνες εστιάζουν στην έννοια της ποιότητας ζωής ειδικά σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (Schalock et al, 1998).

Κατά τους Thumboo, Fong, Machin, Chan, Soh, Leong, Feng, Thio και Boey (2003), το κοινωνικό - οικονομικό status είναι αυτό που επιδρά καταλυτικά στην ποιότητα ζωής. Η επίδραση επέρ-

χεται στις διάφορες κοινωνικές ομάδες, σε τομείς που σχετίζονται με τα βιολογικά, δημογραφικά, κοινωνικά, ψυχολογικά και συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά. Πραγματοποιώντας μια μακροχρόνια έρευνα (Απρίλιος 1998 - Ιανουάριος 1999) σε ασιατικές χώρες (Κίνα, Μαλαισία, Ινδία), χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο SF-36, διαπίστωσαν ότι το κοινωνικο-οικονομικό status επηρεάζει την ποιότητα ζωής στους τομείς: φυσιολογική λειτουργικότητα, γενική υγεία, διανοητική υγεία και συναισθηματικός ρόλος.

Τέτοιες μελέτες μπορούν να προσδιορίσουν τις κοινωνικές ομάδες σε ένα δεδομένο πληθυσμό με την φτωχότερη κατάσταση «ποιότητας ζωής», σε σχέση με γενετικούς, βιολογικούς, περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίες μπορούν να ωφεληθούν από παρεμβάσεις με στόχο τη βελτίωση. Ειδικά στην περιοχή της Θράκης όπου η πολυπολιτισμικότητα αποτελεί ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον χαρακτηριστικό, η μελέτη της ποιότητας ζωής θα πρέπει να θεωρείται πρόκληση.

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η καταγραφή της ποιότητας ζωής των ευπαθών κοινωνικά ομάδων παλιννοστούντων, ατόμων με ειδικές ανάγκες και ατόμων με πολιτισμικές - θρησκευτικές ιδιαιτερότητες (μουσουλμάνων), ως προς τους τομείς της φυσικής και της διανοητικής υγείας, προσεγγίζοντας διαστάσεις όπως φυσική λειτουργικότητα, φυσικός ρόλος, σωματικός πόνος, αίσθηση γενικής υγείας, ζωντάνια - ζωντάνια, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος και διανοητική υγεία. Όλα αυτά σε συνδυασμό με τον εντοπισμό και την καταγραφή των δραστηριοτήτων αναψυχής που προτιμούν οι ευπαθείς κοινωνικά ομάδες του δείγματος. Επίσης αναζητήθηκαν οι παράγοντες που επιδρούν στα επίπεδα της ποιότητας ζωής των ατόμων (σε όλα τα πεδία), καθώς και οι ομοιότητες ή οι διαφορές μεταξύ των ομάδων του εξεταζόμενου πληθυσμού.

Η έρευνα έγινε στη Θράκη κατά τα έτη 2003-2004.

Η έννοια «Ποιότητα Ζωής»

Οι ορισμοί της ποιότητας ζωής είναι πολυάριθμοι και αρκετοί από αυτούς ασυμβίβαστοι μεταξύ τους, όπως και τα εργαλεία μέτρησής της (Farquhar, 1995). Αυτό που εκφράζει είναι η διανοητική, φυσιολογική και κοινωνική λειτουργικότητα, καθώς και η υγεία των ατόμων (WHOQOL, 1993).

Αδιαμφισβήτητο πρόκειται για μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια που δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί (Cummins, 1997, Αργυριάδου, Μελισσοπούλου, Κρασιά, Χαρίση, 1999). Εν τούτοις πρόκειται για μια έννοια ιστορική, δηλαδή το περιεχόμενό της αλλάζει σύμφωνα με τις οικονομικο - κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν κάθε φορά, τις αξίες της ζωής, το δυναμισμό των κοινωνικών ομάδων, καθώς και για μια έννοια δυναμική, αφού παρακινεί στην υπέρβαση και στη βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης (Βακαλιός, 1984). Αν και είναι δελεαστικό να αντιμετωπιστεί η έννοια της ποιότητας ζωής ως «προϊόν», εν τούτοις με αυτόν τον τρόπο κινδυνεύουν να χαθούν στοιχεία που δίνουν νόημα, σημαντικότητα και σκοπό στην ανθρώπινη ύπαρξη, όπως κοινωνικότητα, ζωντάνια, όρεξη για ζωή. Συνεπώς, χρειάζεται προσοχή στον καθορισμό της έννοιας, διότι η καλή ζωή είναι κάτι πολύ περισσότερο από προϊόντα που παράγονται, διανέμονται και καταναλώνονται (Massam, 2002).

Ο όρος «ποιότητα ζωής» συχνά χρησιμοποιείται αόριστα και χωρίς σαφή προσδιορισμό (Gill και Feinstein, 1994). Αυτό δεν αποτελεί έκπληξη εάν εξετάσει κανείς το ευρύ φάσμα που καλύπτει μια έννοια, η οποία περιλαμβάνει: α) τη φυσική λειτουργικότητα (δυνατότητα πραγματοποίησης καθημερινών δραστηριοτήτων π.χ. ικανότητα αυτο-συντήρησης, ικανότητα βαδίσματος), β) την ψυχολογική λειτουργικότητα (συναισθηματική και διανοητική υγεία) και γ) την κοινωνική λειτουργικότητα (σχέσεις με άλλους, συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες (Naughton και συνεργάτες, 1996).

Ως όρος, η ποιότητα ζωής, αναπτύχθηκε μέσα από έρευνες για τις συνθήκες ζωής στα τέλη του 19ου αιώνα και στις πρώτες δεκαετίες του 20ου, στις προηγμένες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής. Ουσιαστικά η έρευνα για την ποιότητα ζωής εμφανίστηκε αρχικά στις ΗΠΑ. Το 1929 ιδρύθηκε στις ΗΠΑ η πρώτη προεδρική επιτροπή για την καταγραφή των συνθηκών της ζωής διαφόρων στρωμάτων της αμερικανικής κοινωνίας και των τάσεων διαφοροποίησής τους (Βακαλιός, 1984). Από τη δεκαετία του 1930, ερευνητές από διαφορετικούς επιστημονικούς χώρους είχαν εκφράσει ενδιαφέρον για τον καθορισμό, την έρευνα και τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, χρησιμοποιώντας διάφορες οπτικές γωνίες. Το 1933 ένας κοινωνιολόγος στο Σικάγο, ο William Ogburn, πραγματοποίησε μια εκτεταμένη έρευνα η οποία, σύμφωνα με τον Sharpe (2000), διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην ανάγκη να γνωστοποιηθούν οι κοινωνικοί δείκτες και στη μετακίνηση της μελέτης της ποιότητας ζωής στις κοινωνικές επιστήμες. Ο βασικός σκοπός αυτής της μετακίνησης ήταν να επεκταθεί η γνώση των κοινωνικών συνθηκών και να βοηθηθεί η χάραξη μιας ενιαίας πολιτικής, με στόχο την ελεγχόμενη κοινωνική αλλαγή. Έτσι έγιναν κάποιες αρχικές προσπάθειες με τη μορφή πειραματισμού, αποσκοπώντας στη μελλοντική οργανωμένη χάραξη πολιτικής για τον προγραμματισμό της ποιότητας ζωής (Massam, 2002). Μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, στην Αμερική ο όρος «Ποιότητα Ζωής» συνδέθηκε άμεσα με την απόκτηση υλικών αγαθών, όπως π.χ. ένα σπίτι, ένα αυτοκίνητο, πολλές και νέες συσκευές (Alexander, Willems, 1981). Αργότερα η έννοια άρχισε να διευρύνεται. Στην έκθεση μιας επιτροπής ανάθεσης εθνικών στόχων το έτος 1960, υπό την επιβλεψη του προέδρου Αϊζενχάουερ, η ποιότητα ζωής συνδέθηκε με την εκπαίδευση, την υγεία και ευημερία, την οικονομική ανάπτυξη και την προστασία από τον κομμουνισμό. Κατόπιν, προς το τέλος της δεκαετίας του '60, μετά από σημαντικές πολιτικές και κοινωνικές αναταραχές έγινε μια μεταστροφή προς την προσωπική ελευθερία, στον ελεύθερο χρόνο, στη συγκίνηση και στην προσωπική φροντίδα. Μέχρι τη δεκαετία του 1970, είχε ανθίσει η μαζική μετακίνηση του πληθυσμού και συνοδεύτηκε από την έκδοση εξειδικευμένων περιοδικών όπως η «Έρευνα Κοινωνικών Δεικτών». Οι διεθνείς αντιπροσωπείες είχαν ως στόχο τη σύνταξη εκθέσεων για τις κοινωνικές συνθήκες στις διάφορες χώρες και ακόμη και σήμερα θεωρούν ως βασικό κομμάτι των δραστηριοτήτων τους, να δημοσιοποιούν τις αλλαγές των συνθηκών και την ανάγκη εξέτασης συγκεκριμένων κοινωνικών προβλημάτων όπως η έλλειψη στέγης, η ένδεια, τα ανθρώπινα δικαιώματα και η ανεργία (Massam, 2002, Sharpe, 2000). Από αυτό το σημείο και μετά ο όρος «Ποιότητα Ζωής» χρησιμοποιήθηκε για να δείξει ότι η «καλή ζωή» είναι κάτι περισσότερο από την απόκτηση υλικών αγαθών (Farquhar, 1995). Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι η οικονομική ανάπτυξη και ειδικά σε τοπικό επίπεδο, δεν επιδρά σημαντικά στην ποιοτική ζωή (Wong, 2001).

Όλοι σχεδόν οι συγγραφείς, αν και ο καθένας από άλλη σκοπιά, προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής τόσο με αντικειμενικές όσο και με υποκειμενικές παραμέτρους.

Κατά τους Renwick και Brown (1996), ποιότητα ζωής σημαίνει απλά, πόσο καλή είναι η ζωή του καθένα κατά την προσωπική του άποψη.

Η ποιότητα ζωής προσδιορίζει μια κατάσταση ευτυχίας η οποία συντίθεται με την ισορροπία των παραμέτρων: λειτουργική κατάσταση, φυσικά συμπτώματα, συναίσθημα μαζί με τις γνωστικές λειτουργίες και τέλος κοινωνικές σχέσεις (Αργυριάδου και συνεργάτες, 1999). Είναι η ευτυχία και η ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή και το περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένων των αναγκών και των επιθυμιών, των φιλοδοξιών, των προτιμήσεων τρόπου ζωής και άλλων απτών και άυλων παραγόντων που καθορίζουν τη γενική ευημερία. Όταν η ποιότητα της ζωής ενός ατόμου αθροίζεται στο κοινοτικό επίπεδο, η έννοια συνδέεται με τις υπάρχουσες κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες όπως η οικονομική δραστηριότητα, το κοινωνικό κλίμα, η ισότητα των πολιτισμών (Massam, 2002).

Ο Wheeler (1991) υποστήριξε ότι σφαιρικά, η έννοια της ευημερίας στρέφεται στη σύγκλιση επτά σημαντικών διαστάσεων του ατόμου: συγκινήσεις, πεποιθήσεις, ιδιοσυγκρασίες, συμπεριφορές, καταστάσεις, εμπειρία και υγεία. Ο Chamberlain το 1998 προσέγγισε την υποκειμενική ευημερία από μια μάλλον διαφορετική οπτική, υποστηρίζοντας ότι η έννοια αυτή περιλαμβάνει διάφορα γνωστικά, καθώς επίσης και συναισθηματικά κατασκευάσματα. Αυτά εντοπίζονται για να εκθέσουν μια τριμερή δομή που απαρτίζεται από: (α) την ικανοποίηση της ζωής, είτε αυτή έχει θετικές επιπτώσεις, είτε αρνητικές, (β) τις προσδοκίες και (γ) τις υποχρεώσεις του ατόμου απέναντι στο κοινωνικό σύνολο. Η ικανοποίηση της ζωής θεωρείται χαρακτηριστικά ως γνωστική (λογική), αντιμετώπιση της ζωής κάποιου. Τα συναισθηματικά στοιχεία της υποκειμενικής ευημερίας είναι πολύ δυσκολότερο να συνοψισθούν.

Παρόλα αυτά, υπάρχουν κάποιες αντικειμενικές διαστάσεις που περιγράφουν την έννοια της «ποιότητας ζωής» όπως φυσική και ψυχολογική υγεία, οικονομική κατάσταση, κοινωνικές σχέσεις (Αργυριάδου και συνεργάτες, 1999). Η έννοιά της έχει διάφορες ενδιαφέρουσες παραμέτρους: α) αναφέρεται στην ανθρώπινη ζωή μόνο, β) σπάνια, αν όχι ποτέ, χρησιμοποιείται στον πληθυντικό, γ) χρησιμοποιείται ως αδιαίρετος γενικός όρος που μπορεί να διευκρινιστεί η έννοιά του και δ) είναι δύσκολο να ταξινομηθεί σε οποιαδήποτε ειδική κατηγορία σχετικών κοινωνικών επιστημών (Massam, 2002).

Η θεώρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να είναι υποκειμενική (αξιολογείται από το ίδιο το άτομο με κριτήρια υποκειμενικά) καθώς και αντικειμενική όπου καθορίζεται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών (Υφαντόπουλος, 2001). Επίσης ο Βακαλιός (1984), θεωρεί ότι η ποιότητα ζωής συνδέεται με δύο στοιχεία. Το πρώτο είναι η ποιότητα των αντικειμενικών όρων της ζωής του ανθρώπου, φυσικών και κοινωνικών, και το δεύτερο αναφέρεται στο είδος και στον τρόπο ζωής που διάγουν οι άνθρωποι. Για το ίδιο θέμα οι Trauer, Duckmanton, Chiu (1998) αναφέρουν ότι, η ποιότητα ζωής έχει δύο όψεις. Την υποκειμενική, που περιλαμβάνει την προσωπική γνώμη του ατόμου για την ποιότητα ζωής του (*αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής*) και την αντικειμενική, η οποία περιλαμβάνει μερικά αντικειμενικά δεδομένα που ορίζουν τα επίπεδα ποιότητας ζωής.

Τι είναι όμως αυτό, ειδικά στις ευπαθείς κοινωνικά ομάδες, που επηρεάζει την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής; Κατά τους Schalock, Bonham, Marchand (1998), όπως διατυπώνεται στην έρευνά τους, μελετώντας 237 ενήλικες (άτομα ευπαθούς κατηγορίας), αυτό που επηρέαζε άμεσα την υποκειμενική τους άποψη για την ποιότητα της ζωής τους, ήταν η εργασία, η αίσθηση αξιοπρέπειας και η αντιλαμβανόμενη ικανοποίηση ζωής. Έμμεσα αυτό που επηρέαζε ήταν η αποδοχή και η ένταξη στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Ενώ αυτό που δεν τους επηρέαζε καθόλου, ήταν ο παράγοντας καταναλωτική δύναμη, ηλικία, προβλήματα επικοινωνίας και μετακίνησης. Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής προσδιορίζει το πόσο καλά ένα άτομο λειτουργεί στην καθημερινή του ζωή και την προσωπική του γνώμη για τη ζωή του.

Είναι επομένως δύσκολο να δοθεί ο ορισμός της «Ποιότητας Ζωής» και αυτό διότι σχετίζεται με το υποκειμενικό αίσθημα της ευτυχίας.

Στο ερώτημα γιατί δεν υπάρχει παγκοσμίως κανένας αποδεκτός ορισμός της ποιότητας ζωής, δίδονται οι ακόλουθες απαντήσεις: α) οι ψυχολογικές διαδικασίες που σχετίζονται με την ποιότητα της ζωής μπορούν να περιγραφούν και να ερμηνευθούν μέσω πολλών εννοιολογικών φίλτρων και γλωσσών, β) η έννοια της ποιότητας της ζωής έχει πολύ μεγάλη αξία, γ) περιλαμβάνει την κατανόηση των ανθρώπινων διαδικασιών αύξησης και εξελίξης, τη μέση διάρκεια ζωής των ατόμων εντός των κοινοτήτων και το βαθμό στον οποίο αυτές οι ψυχολογικές διαδικασίες επηρεάζονται από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και τα μεμονωμένα συστήματα αξιών.

Επειδή λοιπόν δεν υπάρχει κανένας λειτουργικός ορισμός για την ποιότητα ζωής, οι Dissart και Deller (2000) υποστηρίζουν ότι έχουν προκύψει κάποιοι συγγενείς όροι όπως ευημερία, επίπεδο διαβίωσης, βιοτικό επίπεδο, ικανοποίηση ζωής, ευτυχία και ηθικό.

Μια σημαντική σύγχρονη άποψη για την ποιότητα ζωής είναι ότι μέσω των ανθρώπινων ενεργειών μπορεί να αλλάξει. Ο ισχυρισμός είναι ότι η ποιότητα ζωής μπορεί να ελεγχθεί, να τροποποιηθεί και να βελτιωθεί. Αυτή η προσέγγιση χαρακτηρίζει την ποιότητα ζωής ως προϊόν, ως μια απτή παραγωγή. Ουσιαστικά υποστηρίζει ότι η ποιότητα ζωής συνεπάγεται την εσωτερική και εξωτερική εμπειρία, αντιλήψεις, συμπεριφορές, αξίες σε συνδυασμό με τη γενετική προέλευση του καθένα που του παρέχει αίσθηση ευημερίας και εμπειρίες.

Η βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ατόμων γίνεται ένας όλο και περισσότερο σημαντικός στόχος ενός μεγάλου αριθμού κοινωνικών και συμπεριφοριστικών επιστημονικών ερευνητικών τομέων, από την υγειονομική περίθαλψη ως την ψυχολογία, συμπεριλαμβανομένου και του προγραμματισμού. Μαζί με αυτό το αυξανόμενο ενδιαφέρον, επιχειρείται μια προσπάθεια να ενδυμασθεί η έννοια της ποιότητας της ζωής, έτσι ώστε να μπορεί να καλύψει ένα ευρύ φάσμα ενδιαφερόντων για τον καθορισμό και την έρευνά της.

Η έννοια «Αναψυχή»

Η αναψυχή ορίζεται ως ένα ευχάριστο συναίσθημα ψυχοσωματικής ανακούφισης που προσφέρει η ανάπαυση, η χαλάρωση, η ψυχαγωγία (Μπαμπινιώτης, 1998). Ενώ ο Γεωργοπαπαδάκος (2002) την ερμηνεύει ως ξεκούραση και ψυχαγωγία.

Κατά τον Torkildsen (1999), α) καταγράφεται ως μια τάση του ατόμου να ικανοποιήσει κάποια εσωτερική του επιθυμία, β) ορίζεται μέσα στα πλαίσια του ελεύθερου χρόνου, γ) έχει σημασία για το άτομο προσωπικά, αλλά και για την κοινωνία, δ) αποτελεί ένα είδος σωματικής και πνευματικής άσκησης και ε) αποτελεί γενικότερα μια ευχάριστη εμπειρία. Η αναψυχή δεν περιλαμβάνει μόνο τις υπαίθριες δραστηριότητες, αλλά και ένα σύνολο δραστηριοτήτων σωματικών και πνευματικών, όπου η ενασχόληση με αυτές μπορεί να οδηγήσει σε οφέλη σωματικά, ψυχικά καθώς και πνευματικά για τους συμμετέχοντες (Scherl, 1989). Ενώ κατά τον Κουθούρη (2001), αναψυχή είναι μία ψυχική, πνευματική, σωματική κατάσταση, μία ευεξία, ένα φρεσκάρισμα, στην οποία το άτομο οδηγείται ως αποτέλεσμα της εθελοντικής του ενασχόλησης με δραστηριότητες δικής του επιλογής στη διάρκεια του ελεύθερου του χρόνου.

Σύμφωνα με τους Carpenter και Howe (1985), ως βασικά της χαρακτηριστικά έχει το ότι α) είναι ενεργητική και β) πραγματοποιείται κατά τον ελεύθερο χρόνο. Ενώ σύμφωνα με τον Curtis (1979) η αναψυχή είναι εθελοντική, τα αποτελέσματά της είναι θετικά και δεν υπάρχει οικονομική ή επαγγελματική επιδίωξη για τον συμμετέχοντα. Η κατηγοριοποίηση των δραστηριοτήτων «αναψυχής» εξαρτάται από κριτήρια, όπως: i) ο τρόπος της εμπλοκής του συμμετέχοντα (ενεργητικός ή αδρανής), ii) η συμβολή του συμμετέχοντα στην παραγωγή ή την κατανάλωση της δραστηριότητας, iii) ο έλεγχος που ασκεί στο τελικό αποτέλεσμα (τυχερά παιχνίδια ή παιχνίδια γνώσεων / δεξιοτήτων), iv) κατά πόσο οι δραστηριότητες όπου συμμετέχει είναι της ελεύθερης επιλογής κάθε πολίτη ή τελούνται κάτω από κοινωνικό ή κρατικό έλεγχο, ή ακόμη απαγορεύονται από το νόμο (Κουθούρης, 2001).

Κατά τον Benjamin Franklin (αναφέρεται από Umberger, 2002), η αναψυχή έχει μια θετική εικόνα. Ο ελεύθερος χρόνος εάν δεν αξιοποιηθεί σωστά οδηγεί στη δημιουργία προβλημάτων που πηγάζουν από την αδράνεια.

Μεθοδολογία της έρευνας

Δείγμα:

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 81 άνεργοι, ενήλικες ($N=81$), άνδρες, γυναίκες, ηλικίας 18-60 ετών ($\bar{x}=31$) των κατηγοριών:

Παλιννοστούντες: 29

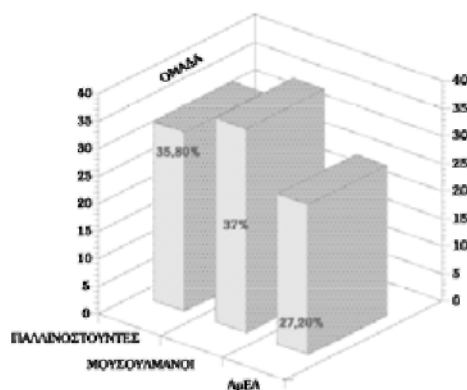
Άτομα με ειδικές ανάγκες: 22

Άτομα με πολιτισμικές - θρησκευτικές ιδιαιτερότητες (μουσουλμάνοι): 30

Το δείγμα προέρχεται από τους καταλόγους ανέργων του ΟΑΕΔ περιοχής Θράκης.

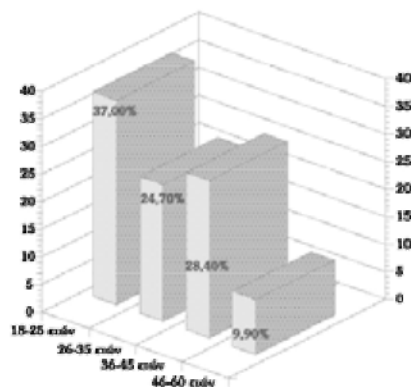
Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος:

Από το σύνολο του δείγματος προέκυψε ότι το 35,80% ήταν παλιννοστούντες, το 37% άτομα με πολιτισμικές - θρησκευτικές ιδιαιτερότητες (Μουσουλμάνοι) και το 27,20% άτομα με ειδικές ανάγκες (Σχ. 1).



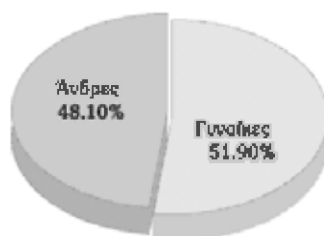
Σχήμα 1. Είδος ομάδας

Το 37% του δείγματος ήταν ηλικίας 18 έως 25 ετών, το 24,70% ήταν ηλικίας 26-35 ετών, το 28,40% ήταν ηλικίας 36 έως 45 ετών, ενώ το 9,90% ήταν ηλικίας 46 ετών και άνω (Σχ. 2).



Σχήμα 2. Ηλικιακή κατανομή δείγματος

Σε ό,τι αφορά την κατανομή φύλου του δείγματος, το 48,10% ήταν άνδρες, ενώ το 51,90% ήταν γυναίκες (Σχ. 3).



Σχήμα 3. Κατανομή φύλου

Όργανο μέτρησης

Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36 (www.sf-36.org). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο (παράρτημα Ι) που μετρά την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής. Αποτελείται από 40 ερωτήσεις με δυνατότητες απάντησης σε 5βάθμια κλίμακα (0=«καθόλου», 1=«λίγο», 2=«μέτρια», 3=«αρκετά», 4=«πολύ» & 5=«πάρα πολύ»). Στο τέλος εντοπίζει οκτώ διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

- Φυσική λειτουργικότητα (Physical Functioning). Περιλαμβάνει οριοθετήσεις στις φυσικές δραστηριότητες εξαιτίας προβλημάτων υγείας.
- Φυσικός ρόλος (Role - Physical). Εμπεριέχει οριοθετήσεις σε συνηθισμένες δραστηριότητες εξαιτίας σωματικών προβλημάτων υγείας.
- Σωματικός πόνος (Body Pain). Περιλαμβάνει την αίσθηση σωματικού πόνου.
- Γενική υγεία (General Health). Εμπεριέχει γενικές αντιλήψεις για την υγεία.
- Ζωντάρδα - Ζωντάνια (Vitality). Περιλαμβάνει ζωτικότητα σε μια διάσταση ενέργειας ή κόπωσης.
- Κοινωνική λειτουργικότητα (Social Functioning). Εμπεριέχει οριοθετήσεις στις κοινωνικές δραστηριότητες εξαιτίας φυσικών ή συναισθηματικών προβλημάτων.
- Συναισθηματικός ρόλος (Role - Emotional). Περιλαμβάνει οριοθετήσεις στις συνηθισμένες δραστηριότητες εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων.
- Διανοητική υγεία (Mental Health). Εμπεριέχει τη γενική πνευματική υγεία (ψυχολογική πίεση ή ευημερία).

Έτσι προσδιορίζει τους παράγοντες που σχετίζονται με τη φυσιολογική, τη διανοητική και την κοινωνική λειτουργικότητα του δείγματος (Bowling και συνεργάτες, 1999).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί παγκοσμίως σε πολλές έρευνες που είχαν ως αντικείμενο τους τη μέτρηση της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής. Οι Ware και Sherbourne (1992), Hays και Sherbourne (1993) το χρησιμοποίησαν σε ιατρικές μελέτες, καθώς και σε γενικές πληθυσμιακές έρευνες, για να προσεγγίσουν το προφίλ υγείας και να εκτιμήσουν μέτρα για την υγεία. Οι Brazier, Harper, Jones, O'Carthain και Thomas (1992) υποστηρίζουν ότι το SF-36 είναι ένα πολλά υποσχόμενο όργανο μέτρησης. Σχετίζεται με τη μέτρηση της αντίληψης του γενικού πληθυσμού για την ποιότητα ζωής, είναι εύκολο στη χρήση, αποδεκτό από τους ερωτώμενους και εκπληρώνει τα αυστηρά κριτήρια της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας. Τέλος υποστηρίζουν ότι, η χρήση του σε επισήμες συναφείς με την υγεία και με ομάδες ειδικών κατηγοριών θα ήταν μια ενδιαφέρουσα πρόκληση. Οι Aaronson, Acquardo, Alonso, Apolone και Bucquet (1992), στα πλαίσια εφαρμογής ενός διεθνούς, τετραετούς προγράμματος για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, μετέφρασαν και υιοθέτησαν το ερωτηματολόγιο SF-36, σε περισσότερες από 15 χώρες καλύπτοντας τις διεθνείς προϋποθέσεις που απαιτούνται σε σχετικές διεθνείς έρευνες. Οι McHorney, Ware και

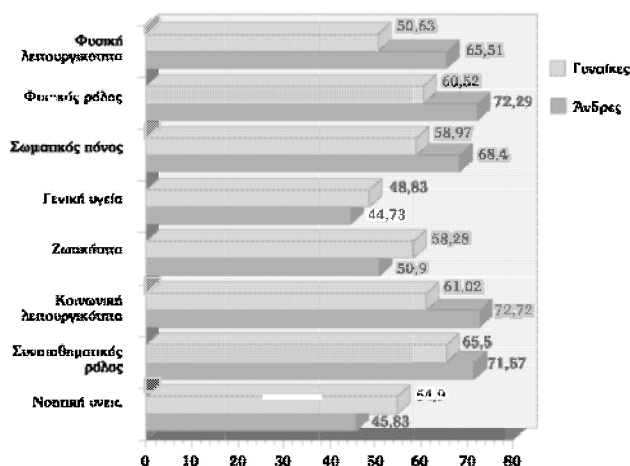
Raczek (1993), συνέκριναν το SF-36 με άλλα παραδοσιακά ψυχομετρικά ερωτηματολόγια και διαπίστωσαν την εγκυρότητά του μέσα από τεστ εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Το ίδιο διαπίστωσαν και οι Garratt, Ruta, Abdalla, Buckingham και Russell (1993) προσθέτοντας ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι συνεπές ως προς το περιεχόμενο του, είναι ιδανικό για μια έγκυρη μέτρηση του επιπέδου υγείας, αλλά θα πρέπει να αναπροσαρμόζεται με το πέρασμα του χρόνου. Οι Anderson, Aaronson και Wilkin (1993) υποστηρίζουν ότι έχει γίνει πρόοδος στις διεθνείς μετρήσεις της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία, καθώς οι μετρήσεις που αναφέρονταν στη βιβλιογραφία μέχρι τότε δεν ήταν απολύτως ακριβείς. Θεωρούν ότι η έλλειψη εμφανών διαφορών μεταξύ των χωρών στην ιεράρχηση των συνθηκών υγείας, σε βασικές μετρήσεις της ποιότητας ζωής, βοηθά στην ανάπτυξη διεθνών, εφαρμόσιμων οργάνων μέτρησης. Οι Jenkison, Wright και Coulter (1994) εξέτασαν την εσωτερική συνοχή και την εγκυρότητα του συγκεκριμένου οργάνου μέτρησης ειδικά σε πληθυσμούς με διαφορετικά επίπεδα υγείας και διαπίστωσαν την καταλληλότητά του. Η μετάφραση του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα έγινε από ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, στα πλαίσια υλοποίησης μεταπτυχιακής διατριβής με τίτλο «Ποιότητα ζωής και άσκηση στους μαθητές της Β/βάθμιας εκπαίδευσης» (Χριστοδουλής, 2004).

Τέλος το δείγμα ρωτήθηκε, για το «πώς δαπανά τον ελεύθερο χρόνο», για να είναι εφικτή η προσέγγιση της έννοιας της αναψυχής.

Αποτελέσματα

Ποιότητα ζωής σε σχέση με το φύλο

Σε μια κλίμακα μέτρησης των διαστάσεων της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής, όπου το 1 αντιπροσωπεύει τη χειρίστη κατάσταση και το 100 την ιδανική μορφή ποιότητας ζωής, διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες του δείγματος, σε όλες τις διαστάσεις εκτός της «διανοητικής υγείας», της αίσθησης γενικής υγείας και της ζωτικότητας, υπερτέρησαν των γυναικών (Σχ. 4).



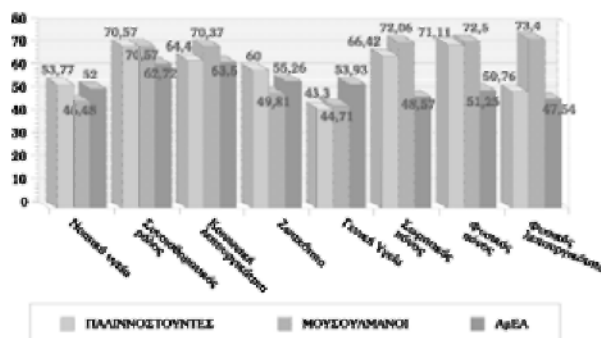
Σχήμα 4. Απόλυτες τιμές Π.Ζ. σε σχέση με το φύλο (1-100)

Εφαρμόστηκε t-test για ανεξάρτητα δείγματα για να εξετασθεί η επίδραση του παράγοντα φύλου στις ειδικές κλίμακες μέτρησης των μέσων όρων του δείγματος και διαπιστώθηκε ότι:

- Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών ($M=65,50$) και γυναικών ($M=50,63$) ως προς τη φυσική λειτουργικότητα, $p=0.004 < 0.05$ και $t_{(73,81)}=2.985$.

- ☞ Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών ($M=68,46$) και γυναικών ($M=58,97$) ως προς την αίσθηση σωματικού πόνου, $p=0.035<0.05$ και $t_{(76,81)}=2.150$.
- ☞ Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών ($M=50,90$) και γυναικών ($M=58,28$) ως προς την αίσθηση ζωντάνιας, $p=0.012<0.05$ και $t_{(69,81)}=-2.572$.
- ☞ Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών ($M=45,83$) και γυναικών ($M=54,90$) ως προς την αίσθηση διανοητικής υγείας, $p=0.001<0.05$ και $t_{(75,81)}=-3.593$.
- ☞ Ως προς τις υπόλοιπες διαστάσεις της ποιότητας ζωής δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p>0,05$).

Ποιότητα ζωής σε σχέση με την κοινωνική ομάδα

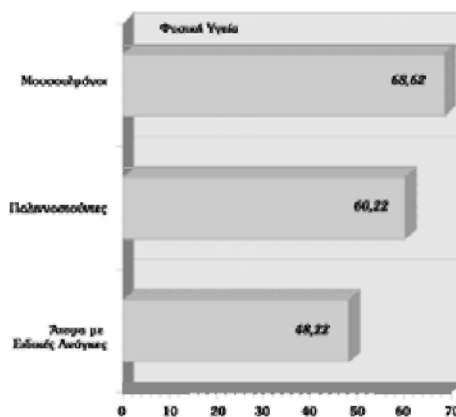


Σχήμα 5. Απόλυτες τιμές ΠΖ σε σχέση με την κοινωνική ομάδα (1-100)

Από την ανάλυση διακύμανσης ως προς έναν παράγοντα διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του παράγοντα «Κοινωνική Ομάδα» στη Φυσιολογική λειτουργικότητα (Physical functioning): $F_{(2,74)}=13.471$, $p<0.05$

Φυσική υγεία σε σχέση με την κοινωνική ομάδα

Ως προς τη Φυσική Υγεία (Physical Health), η οποία αποτελεί τη συνισταμένη των: φυσική λειτουργικότητα, φυσικός ρόλος, σωματικός πόνος και γενική υγεία, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι: Οι μουσουλμάνοι προσεγγίζουν την τιμή του 68,62, οι παλιννοστούντες το 60,22 και τα άτομα με ειδικές ανάγκες το 48,22 (Σχ. 6).

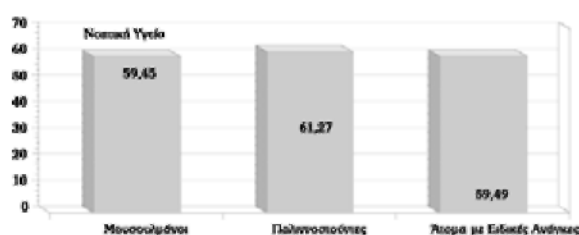


Σχήμα 6. Απόλυτες τιμές φυσικής υγείας σε σχέση με κοινωνική ομάδα (1-100)

Από την ανάλυση διακύμανσης ως προς έναν παράγοντα διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του παράγοντα «Κοινωνική Ομάδα» στη Φυσική υγεία (Physical Health): $F_{(2,65)}=25.748$, $p<0.05$.

Για τον εντοπισμό των στατιστικά σημαντικών διαφορών εφαρμόστηκε το τεστ πολλαπλών συγκρίσεων Scheffe και διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ όλων των υποομάδων.

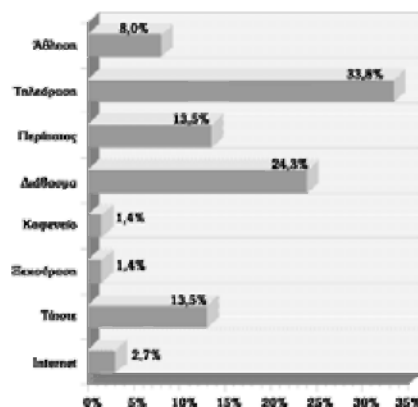
Διανοητική υγεία σε σχέση με την κοινωνική ομάδα



Σχήμα 7. Απόλυτες τιμές νοητικής υγείας σε σχέση με κοινωνική ομάδα (1-100)

Από την ανάλυση διακύμανσης ως προς έναν παράγοντα διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική επίδραση του παράγοντα «Κοινωνική Ομάδα» στη Διανοητική Υγεία (Mental Health): $F_{(2,63)}=0,375$, $p=0.689$, $p>0.05$.

Είδος δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου και κοινωνική ομάδα



Σχήμα 8. Είδος δραστηριότητας ελεύθερου χρόνου

Εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης ως προς έναν παράγοντα και διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική επίδραση του παράγοντα «Κοινωνική Ομάδα», στο είδος δραστηριότητας ελεύθερου χρόνου: $F_{(2,71)}=1.322$, $p=0,273$, $p>0.05$.

Συζήτηση

Το δείγμα επέδειξε αρχικά πολλές επιφυλάξεις στο να συμμετέχει στην έρευνα, πιθανόν διότι φοβούνταν για τη χρήση των προσωπικών τους δεδομένων. Ειδικά τα άτομα με ειδικές ανάγκες

ήταν πολύ δύσκολο να εντοπισθούν και να προσεγγισθούν, διότι η πρόσβαση στα αντίστοιχα μπτρώα είναι αρκετά δύσκολη. Αυτοί που συνεργάστηκαν περισσότερο στη διεξαγωγή της έρευνας ήταν τα άτομα με θρησκευτικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, δηλαδή οι μουσουλμάνοι και ακολουθήσαν με ελάχιστη διαφορά οι παλιννοστούντες. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι από τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες που μελετήθηκαν, αυτή που είναι περισσότερο ενσωματωμένη στο κοινωνικό γίγνεσθαι είναι η ομάδα των ατόμων με πολιτισμικές και θρησκευτικές ιδιαιτερότητες, οι μουσουλμάνοι και ακολουθούν οι παλιννοστούντες. Τα άτομα με ειδικές ανάγκες παρουσίασαν μια τάση περιθωριοποίησης και αποστασιοποίησης από τα γεγονότα. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι υπηρεσίες που τους παρέχονται από την κοινωνία γενικότερα είναι μειωμένες, με συνέπεια την υιοθέτηση μειωμένων προσδοκιών αντίστοιχα. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που διαιώνίζει μια στάσιμη κατάσταση.

Αναφορικά με το φύλο των συμμετεχόντων στην έρευνα, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες ανταποκρίθηκαν εξίσου στην πρόσκληση για συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Αυτό δείχνει ότι το φύλο δεν επέδρασε στη στάση του δείγματος απέναντι στην έρευνα. Σε ό,τι αφορά την ηλικιακή κατανομή του δείγματος, αυτοί που συμμετείχαν περισσότερο ήταν ηλικίας 18-25 ετών, ενώ δυσκολία ως προς την προσέγγισή τους και συνεπώς μειωμένη συμμετοχή είχαν άτομα της μέσης ηλικίας, 45-60 ετών. Επομένως συμπεραίνεται ότι οι νεότερες ηλικίες είναι περισσότερο πρόθυμες στο να συμμετέχουν σε τέτοιου είδους διαδικασίες, όπως η παρούσα έρευνα. Άλλωστε γενικότερα από τη φύση τους οι νέοι είναι περισσότερο δεκτικοί σε κάθε καινοτομία και λιγότερο συντηρητικοί από ό,τι οι ηλικιωμένοι.

Αυτό που πρέκυψε από τα αποτελέσματα σε ό,τι αφορά την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής, δηλαδή στο πώς αντιλαμβάνονται τα ίδια τα άτομα την ποιότητα της ζωής τους, είναι ότι σε γενικές γραμμές, έχουν μέτρια ποιότητα ζωής με φθίνουσα τάση. Υπάρχουν κάποιες αισθητές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ειδικά για τους τομείς: Φυσική λειτουργικότητα, Σωματικός Πόνος, Ζωντάνια και Διανοητική υγεία. Στις δύο πρώτες διαστάσεις, δηλαδή φυσική λειτουργικότητα και σωματικός πόνος, οι άνδρες ξεπερνούν τις γυναίκες, ενώ στις δύο τελευταίες, ζωντάνια και διανοητική υγεία, συμβαίνει το αντίθετο. Στο συνολικό δείγμα οι τιμές κυμάνθηκαν στη μέση της διαβαθμισμένης κλίμακας από το ένα έως το εκατό, που απεικονίζει την χειρίστη και την άριστη ποιότητα ζωής. Δηλαδή αισθάνονται ότι η ζωή τους βαίνει σε μια μετριότητα. Αυτή η μετριότητα απεικονίζει μια έλλειψη διάθεσης για βελτίωση της ποιότητας ζωής, σε συνδυασμό με την αίσθηση της απογοήτευσης και της ματαιότητας. Συνεπώς τα μέτρα και οι δράσεις που θα σχεδιασθούν με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των ανθρώπων, θα πρέπει να λάβουν σοβαρά υπόψη τους το αρνητικό κλίμα που ήδη υπάρχει και την πρωταρχική ανάγκη αντιμετώπισης και ανατροπής του.

Σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής (φυσική λειτουργικότητα, φυσικός ρόλος, σωματικός πόνος, αίσθηση γενικής υγείας, αίσθηση ζωντάνιας, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος και διανοητική υγεία), διαφαίνεται ότι ποσοσιαία προηγούνται τα άτομα με πολιτισμικές και θρησκευτικές ιδιαιτερότητες, ακολουθούν οι παλιννοστούντες και αρκετά χαμηλότερα έπονται τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Συνεπώς τα άτομα με πολιτισμικές και θρησκευτικές ιδιαιτερότητες δείχνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένα από την ποιότητα της ζωής τους. Αυτό όμως, πιθανώς δεν υποδηλώνει ικανοποίηση και αυτάρκεια, αλλά έλλειψη στόχων, προσδοκιών καθώς και απογοήτευση χωρίς την αναμονή κάποιας ελπίδας για βελτίωση της κατάστασης. Το γεγονός ότι τα άτομα με ειδικές ανάγκες φαίνεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένα από τις υπόλοιπες ομάδες, υποδηλώνει ένα συγκριτικά υψηλότερο επίπεδο απαιτήσεων και προσδοκιών. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι το κοινωνικό περιβάλλον τους λειτουργεί υποστηρικτικά, διατηρώντας την ελπίδα για ευημερία και τον «πήχη» των απαιτήσεων σε υψηλά επίπεδα. Σε μια ενδιάμεση

κατάσταση βρίσκεται η ομάδα των παλιννοστούντων, δηλαδή σε ένα επίπεδο μέτριας ικανοποίησης από τη ζωή τους, όπου ταυτόχρονα απουσιάζει η προστασία του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι η φυσική υγεία (physical health), η οποία αποτελεί τη συνισταμένη των: φυσική λειτουργικότητα, φυσικός ρόλος, σωματικός πόνος και γενική υγεία, επηρεάζεται σύμφωνα με τα αποτελέσματα από τον παράγοντα ειδική κοινωνική ομάδα. Συγκεκριμένα οι μουσουλμάνοι παρουσίασαν αυξημένη αίσθηση για τη φυσική τους υγεία, που αποτελεί το ήμισυ της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής. Δε συνέβη το ίδιο και για το υπόλοιπο ήμισυ, δηλαδή τη διανοητική υγεία (mental health), που αποτελεί τη συνισταμένη των: ζωτάνια, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος και αίσθηση γενικής υγείας, και η οποία δεν επηρεάζεται από τον παράγοντα ειδική κοινωνική ομάδα.

Σε ό,τι αφορά το είδος των δραστηριοτήτων που επιλέγουν στον ελεύθερο χρόνο τους τα άτομα, διαφαίνεται ότι προτιμούν να βλέπουν τηλεόραση ή να μην κάνουν απολύτως τίποτα και ένα ελάχιστο μόνο ποσοστό αθλείται. Εξάγεται το συμπέρασμα ότι οι ευπαθείς κοινωνικά ομάδες δεν απολαμβάνουν την ποιοτική διάσταση του ελεύθερου χρόνου, που θα μπορούσε να περιλαμβάνει δραστηριότητες αναψυχής, όπως φυσικές δραστηριότητες, υπαίθριες δραστηριότητες αναψυχής και δραστηριότητες που συμβάλλουν στην ανάταση της πνευματικής τους υγείας, ως συστατικό της ευρύτερης ποιότητας της ζωής τους. Αυτό οφείλεται λιγότερο στον προσωπικό παράγοντα, δηλαδή άγνοια, ανεπάρκεια, έλλειψη γνώσης και περισσότερο στην έλλειψη σχεδιασμού και εφαρμογής κατάλληλων προγραμμάτων αναψυχής από την πολιτεία ή από ιδιωτικούς φορείς.

Σύμφωνα με τους Schalock και συνεργάτες (1998), η ποιότητα ζωής αποτελεί κριτήριο αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται σε άτομα με ειδικές ανάγκες. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι γνώμες τους, σε κάθε σχεδιασμό και εφαρμογή των προγραμμάτων που τους αφορούν.

Τα επίπεδα της ποιότητας ζωής ενός πληθυσμού συνδέονται άμεσα με την τοπική οικονομική ανάπτυξη. Οι θέσεις εργασίας, ο πολιτισμικός χαρακτήρας της περιοχής, οι συνθήκες διαβίωσης, έχουν τον αντίκτυπό τους στην ποιότητα της ζωής του πληθυσμού (Wong, 2001). Το αντίθετο αναφέρουν οι Schalock, Bonham και Marchand (1998). Στα πλαίσια μιας έρευνας που πραγματοποιήσαν για να εντοπίσουν τους παράγοντες που επιδρούν στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής, διαπίστωσαν ότι η καταναλωτική δύναμη δεν είναι σημαντική. Αυτό που μετρά είναι η αντιλαμβανόμενη ικανοποίηση ζωής, η αντιλαμβανόμενη αξιοπρέπεια και η εργασία. Κάτι αντίστοιχο υποστηρίζουν και οι Dasgupta και Weale (2002). Θεωρούν ότι το κατά κεφαλήν εισόδημα δεν είναι ένας επαρκής δείκτης για την ποιότητα ζωής σε μια κοινωνία. Διάφοροι κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες, όπως παραδείγματος χάριν, το επίπεδο εκπαίδευσης και οι πολιτικές ελευθερίες μπορούν να αξιολογήσουν αποτελεσματικά το επίπεδό της. Συμφωνώντας ο Farquhar (1995), αποδίδει μεγάλη βαρύτητα στην κοινωνικότητα που αναπτύσσεται μέσα από τις κοινωνικές επαφές των ατόμων και την χαρακτηρίζει ως το βασικότερο συστατικό για μια καλή ποιότητα ζωής. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι όντως το δείγμα, είχε χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής και ταυτόχρονα μειωμένο εισόδημα. Η κοινωνική λειτουργικότητα που σχετίζεται με την κοινωνικότητα κυμάνθηκε επίσης σε χαμηλά επίπεδα.

Η ζωή, κατά τον Massam (2002), είναι η αντανάκλαση των επιλογών των ατόμων μέσα στα όρια των περιορισμών και των πληροφοριών. Τα γονίδια, δηλαδή η κληρονομικότητα, και το εισόδημα συμβάλλουν στις ευκαιρίες που παρουσιάζονται. Η οικογένεια, η κοινωνία και ο τόπος γέννησης επηρεάζουν τις απόψεις γι' αυτό που είναι σημαντικό στον καθορισμό μιας ποιοτικής ζωής. Οι προσωπικές και οι συλλογικές αναμνήσεις και ιστορίες του παρελθόντος, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση απόψεων για την ποιότητα ζωής. Η έρευνα του Massam επιδιώκει να συμ-

βάλει στον προσδιορισμό της έννοιας της ποιότητας ζωής ως βασικό στοιχείο του αρμόδιου κρατικού προγραμματισμού. Σε γενικές γραμμές, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η ποιότητα ζωής είναι αναπόσπαστο μέρος του κρατικού προγραμματισμού, καθώς μεμονωμένα, σε ατομικό επίπεδο, η ποιότητα ζωής είναι ένα προσωπικό θέμα, ιδιωτικού ενδιαφέροντος. Οι μελέτες για τον προγραμματισμό της στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στην υπόθεση ότι οι παραλλαγές της μπορούν να προσδιοριστούν και ότι μπορούν και πρέπει να ληφθούν καθοδηγητικά μέτρα ώστε να εκμηδενιστούν οι διαφορές. Εν τούτοις υπάρχει μικρή σύγκλιση των απόψεων μεταξύ των μελετητών και των ειδικών που σχεδιάζουν πολιτικές ως προς τον ακριβή ορισμό της ποιότητας ζωής, τα επιμέρους συστατικά που τη συνθέτουν και τον τρόπο που συγκεκριμένοι σχεδιασμοί τη βελτιώνουν.

Κατά τον Metz (1999), σημαντικό ρόλο στα επίπεδα ποιότητας ζωής έχει και η ικανότητα (μέσα από τις παρεχόμενες δυνατότητες) μετακίνησης για την κάλυψη διαφόρων αναγκών όπως: Μετακίνηση για να συναντήσει κάποιος κάποια πρόσωπα ή κάποια μέρη, μετακίνηση για να «ξεδώσει» μέσα από την απόδραση και τέλος μετακίνηση με στόχο την κοινωνικοποίηση. Η συγκεκριμένη άποψη υποστηρίζεται από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, δεδομένου ότι το δείγμα δεν είχε δυνατότητες μετακίνησης, εξαιτίας του χαμηλού εισοδήματος. Αυτό το συμπέρασμα δεν προέκυψε από τα ερωτηματολόγια, αλλά από τις συνεντεύξεις και από τα μητρώα ανέργων.

Η χάραξη πολιτικής στους τομείς των κοινωνικών υπηρεσιών, της οικονομικής ανάπτυξης, του περιβαλλοντικού προγραμματισμού και της διαχείρισής του, εστιάζει συχνά στην προστασία και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής για τα άτομα, τις κοινότητές τους και τις περιοχές όπου ζουν (Massam, 2002). Οι πρόσφατες μελέτες για την ποιότητα ζωής περιλαμβάνουν τις έρευνες που εκπονούνται από το πρόγραμμα ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών σε επίπεδο κρατών, για να παρέχουν μια ταξινόμηση των κρατών από την άποψη ενός ανθρώπινου δείκτη ανάπτυξης (Human Development Index, HDI). Αυτός ο δείκτης υπολογίζεται χρησιμοποιώντας τα εμπειρικά αποτελέσματα σε τρεις βασικούς δείκτες σχετικά με την εκπαίδευση, την υγεία και το εισόδημα. Ένα απλό μοντέλο για επιπρόσθετη στήριξη αυτού του δείκτη χρησιμοποιείται για να υπολογίσει τα μονοδιάστατα αποτελέσματα, με τη χρήση τυποποιημένων τιμών των μη επεξεργασμένων στοιχείων.

Διαφαίνεται να υπάρχει μια συναίνεση στο γεγονός ότι στον καθορισμό της ποιότητας της ζωής υπάρχουν δυο θεμελιώδη σύνολα συστατικών και διαδικασιών που λειτουργούν: εκείνα που σχετίζονται με έναν εσωτερικό ψυχολογικό μηχανισμό που παράγει μια αίσθηση ικανοποίησης ή ικανοποίησης με τη ζωή και εκείνα που σχετίζονται με τις εξωτερικές συνθήκες, οι οποίες επιδρούν στον εσωτερικό μηχανισμό. Σε ό,τι αφορά το πρώτο σύνολο, έχουν χρησιμοποιηθεί όροι όπως ατομική ποιότητα ζωής, υποκειμενική ευημερία ή ικανοποίηση ζωής. Για το δεύτερο σύνολο, τη δεύτερη διάσταση, υπάρχουν διαφορετικά επίπεδα και χρησιμοποιούμενοι όροι όπως αστική ποιότητα ζωής, κοινοτική ποιότητα ζωής, περιβαλλοντική ποιότητα ζωής. Δεδομένου ότι η ποιότητα ζωής είναι μια τόσο σύνθετη και πολύπλευρη έννοια, συχνά υποστηρίζεται ότι είναι σημαντικό να συνδυαστούν οι δυο διαστάσεις για να αποδίδεται μια πλήρης εικόνα (Massam, 2002). Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκε η υποκειμενική αντίληψη που προκύπτει κατά βάση από τον εσωτερικό ψυχολογικό μηχανισμό, όμως αυτός σίγουρα επηρεάζεται από το εξωτερικό περιβάλλον, που είναι ανεπαρκές. Η υποκειμενική άποψη του κάθε ατόμου για την ποιότητα της ζωής του σχετίζεται άμεσα με τις προσδοκίες του, τις εμπειρίες του καθώς και το κοινωνικό περιβάλλον.

Όσον αφορά στη μειωμένη συμμετοχή σε δραστηριότητες άθλησης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, με ταυτόχρονα χαμηλά διαμορφωμένη ποιότητα ζωής, προκύπτει ότι υπάρχει η ανάγκη δημιουργίας κατάλληλων προγραμμάτων άσκησης και αναψυχής. Την ανάγκη αυτή καλείται να καλύψει η πολιτεία, αφού προς το παρόν, δύσκολα ο ιδιωτικός τομέας θα μπορέσει να ανταποκριθεί σε μία τέτοια ανάγκη. Αυτό διότι το οικονομικό κέρδος είναι ο κινητήριος μοχλός του

ιδιωτικού τομέα, ενώ οι συγκεκριμένοι πελάτες των ιδιωτικών φορέων έχουν ελάχιστους οικονομικούς πόρους, για να είναι σε θέση να απαιτούν ένα ικανοποιητικό επίπεδο παροχής υπηρεσιών.

Η ποιότητα ζωής ενός ατόμου επηρεάζεται σημαντικά από το κοινωνικό του περιβάλλον. Ως εκ τούτου, υπάρχει μια ισχυρή συλλογική ή δημόσια διάσταση της ποιότητας ζωής που συμπληρώνει τις ατομικές παραμέτρους και έτσι το κοινωνικό περιβάλλον σχετίζεται με πολλούς τρόπους με την ατομική ποιότητα ζωής (Massam, 2002).

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Όπως προέκυψε από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, το φύλο επιδρά στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής. Αυτό σημαίνει ότι ο σχεδιασμός και η εφαρμογή των εκάστοτε προγραμμάτων καθώς και ο προσανατολισμός των διάφορων ερευνών θα πρέπει να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τον παράγοντα φύλο. Οι ιδιαιτερότητες και οι ανάγκες των ανδρών και των γυναικών είναι διαφορετικές, ασχέτως αν τα δικαιώματά τους θα πρέπει να είναι ίσα και ίδια. Αυτό αποδεικνύει το πόσο απαραίτητη είναι στον ερευνητικό χώρο, η επισήμανση των ιδιαιτεροτήτων αυτών. Αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων φύλο και κοινωνική ομάδα στην ποιότητα ζωής δεν διαπιστώθηκε. Αντίθετα διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική κύρια επίδραση του παράγοντα ειδική κοινωνική ομάδα. Συνεπώς συμπεραίνεται ότι κάθε ομάδα, δηλ. μουσουλμάνοι, παλιννοστούντες, ΑμΕΑ, έχει διαφορετικά επίπεδα αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής. Ερωτήματα όπως το ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τις προσδοκίες του πληθυσμού, με τι είναι ικανοποιημένος ο μέσος πολίτης, τι γνωρίζει για τις παροχές που μπορεί και πρέπει να παρέχει η πολιτεία, μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενα μελέτης νέων ερευνών.

Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων προέκυψε επίσης ότι το είδος κοινωνικής ομάδας επιδρά στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής. Συνεπώς, όπως στον παράγοντα φύλο, έτσι και στον παράγοντα είδος κοινωνικής ομάδας κρίνεται απαραίτητος ο εντοπισμός των διαφορών και των ιδιαιτεροτήτων στο σχεδιασμό και την υλοποίηση των προγραμμάτων που προσβλέπουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι ο παράγοντας ειδική κοινωνική ομάδα δεν επιδρά στο είδος των δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου. Το να είναι κανείς μουσουλμάνος ή παλιννοστούντας ή άτομο με ειδικές ανάγκες δεν επιδρά στον τρόπο με τον οποίο θα αξιοποιήσει τον ελεύθερο χρόνο του. Νέες έρευνες στο αντικείμενο θα αποδείξουν εάν αυτό ισχύει ή όχι. Κοινό χαρακτηριστικό όλων των ομάδων είναι ότι δαπανά ένα μεγάλο μέρος του ελεύθερου χρόνου παρακολουθώντας τηλεόραση. Το πιθανότερο είναι ότι αυτό ισχύει για ένα μεγάλο μέρος του ευρύτερου πληθυσμού της Ελλάδας, αλλά αυτό δεν μπορεί να αποτελεί άλλοθι για την απουσία προγραμμάτων και κινήτρων συμμετοχής σε προγράμματα άσκησης και αναψυχής για ευπαθείς κοινωνικά ομάδες.

Τα αποτελέσματα από τις μελέτες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αξιολογηθούν πολιτικές, να επανεκτιμηθούν θέσεις και να διαμορφωθούν οι κατάλληλες στρατηγικές μάρκετινγκ και μάνατζμεντ (Seik, 2001). Η παρούσα έρευνα μπορεί να είναι πιλοτική για τη χώρα μας σε ό,τι αφορά το αντικείμενό της. Πιθανά ερωτήματα που μπορούν να απαντήσουν νέες σχετικές έρευνες είναι τα εξής: Γιατί υπάρχουν διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ γεωγραφικών περιοχών και ατόμων; Δεν υπάρχει κανένα απλό ή ακόμη και σύνθετο επεξηγηματικό μοντέλο ή κάποιος τρόπος που να το προβλέπει και να απολαμβάνει ευρείας αξιοπιστίας για το χειρισμό και την επεξεργασία εμπειρικών στοιχείων (Massam, 2002). Τα κληρονομικά πλεονεκτήματα, η γενετική προδιάθεση, οι περιβαλλοντικοί περιορισμοί και οι ευκαιρίες, καθώς

επίσης και οι συλλογικές ενέργειες των κυβερνήσεων και των κεντρικών αρχών, συνδυάζονται και παράγουν συμπεριφορές και προσδοκίες, ανάγκες και απαιτήσεις, δικαιώματα και υποχρεώσεις που αλληλεπιδρούν και παράγουν σχέδια και μοντέλα ποιότητας ζωής, μεταξύ των ατόμων και των περιοχών που αυτά ζουν.

Γιατί κάποιοι άνθρωποι είναι ευτυχισμένοι και πλήρεις, σύμφωνα με πραγματικά ή ιδεατά δεδομένα ποιότητας ζωής, ενώ την ίδια στιγμή, κάποιοι άλλοι, που φαίνεται να ζουν με τις ίδιες συνθήκες είναι δυστυχισμένοι και υποφέρουν; Η αναζήτηση των απαντήσεων σε αυτά τα θεμελιώδη ερωτήματα εξακολουθεί να προκαλεί όλους όσους ψάχνουν τη γνώση για την ανθρώπινη φύση και ειδικά εκείνους που επιδιώκουν να επιφέρουν θετικές αλλαγές στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων μέσω παρεμβατικών σχεδιασμών (Massam, 2002). Ειδικά στην περιοχή της Θράκης όπου η πολυπολιτισμική συνύπαρξη είναι στοιχείο που προκαλεί ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον, η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ευπαθών κοινωνικά ομάδων χρήζει άμεσης προτεραιότητας.

Οι μελέτες που έχουν ως θέμα τους την ποιότητα ζωής αφού προσδιορίσουν τις προβληματικές γεωγραφικές περιοχές, τα αίτια δυσαρέσκειας, τις κοινωνικο - δημογραφικές επιρροές, μπορούν να βοηθήσουν στη διαμόρφωση των κατάλληλων στρατηγικών που θα οδηγήσουν στην ανάπτυξη της ποιότητας ζωής (Seik, 2001).

Οι Gabriel, Matthey και Wascher (2003) υποστηρίζουν ότι με σεβασμό στα ατομικά δικαιώματα, η μείωση των δαπανών για τους αυτοκινητοδρόμους, η αυξημένη κυκλοφοριακή συμφόρηση και η ατμοσφαιρική ρύπανση φαίνεται να εξηγούν το μέγεθος της επιδείνωσης στις χώρες που παρουσιάζουν ήδη μια πτωτική πορεία στην ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμπίπτουν με τα προαναφερόμενα, καθώς εντοπίζεται η σημασία του υποβαθμισμένου περιβάλλοντος στα χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής. Σε αντιδιαστολή, χώρες με βελτιωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής, εξαιτίας μιας ποικιλίας αιτιών, συμπεριλαμβανομένων και των κρατικών και τοπικών φορολογικών επιβαρύνσεων, παρουσιάζουν μια εικόνα καλών περιβαλλοντικών συνθηκών, αυξημένων δαπανών για το οδικό δίκτυο και μειωμένου χρόνου μετακινήσεων.

Τα τελευταία χρόνια, η εμφανής αύξηση των προβλημάτων της κυκλοφοριακής συμφόρησης και του συνωστισμού γενικά, η ποιότητα της εκπαίδευσης και η πληθυσμιακή δομή έχουν οδηγήσει σε εκτενείς συζητήσεις στα μέσα επικοινωνίας που αφορούν στην εξέλιξη της ποιότητας της ζωής σε επίπεδο τοπικό αλλά και κρατικό.

Εν τούτοις ελάχιστα είναι γνωστά για τις αλλαγές στο πέρασμα του χρόνου στη διανομή των δικαιωμάτων των τοπικών κοινωνιών, την εκτίμηση αυτών των δικαιωμάτων από τα νοικοκυριά και τις επιχειρήσεις και συνεπώς τις επιδράσεις τους στην ποιότητα της ζωής.

Κατά τους Diener και Rahtz (2000), τα άτομα που επικεντρώνονται περισσότερο σε ρεαλιστικούς στόχους, έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής και πνευματικής υγείας σε σύγκριση με τα άτομα που θέτουν μη ρεαλιστικούς στόχους. Κατά την εξέταση της σταθερότητας και της αλλαγής της υποκειμενικής ευημερίας, συμπεραίνεται ότι η υποκειμενική ευημερία ταυτόχρονα τροποποιείται ανάλογα με τις περιστάσεις και τα βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου και ότι οι παράγοντες της προσωπικότητας και του περιβάλλοντος επηρεάζουν τη μακρόχρονη υποκειμενική ποιότητα της ζωής.

Η άριστη ποιότητα ζωής σχετίζεται με περισσότερη εκπαίδευση - μόρφωση, συναισθηματική υποστήριξη, φυσιολογική λειτουργικότητα, οικογενειακή ικανοποίηση, ταυτοποίηση στην τοπική κοινότητα, πνευματική υγεία και απουσία ανίας κατά την αναψυχή. Στο συγκεκριμένο σύγγραμμα γίνεται αναφορά σε μια θεωρία κατά της κατάθλιψης, που βασίζεται στην χαμηλού επιπέδου ποιότητα ζωής, με παρεμβάσεις που εστιάζουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ως θεραπεία σε ψυχολογικά προβλήματα. Η υποκειμενική ποιότητα ζωής γίνεται ένα σύνθετο συνθετικό της εκτίμησης

του ευρύτερου συστήματος υγείας, συμπληρώνοντας τις μετρήσεις των φυσιολογικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων.

Η Wong (2001) τονίζει την ανάγκη παραδοσιακών παραγόντων και παραγόντων ποιότητας ζωής στον χώρο της παραγωγικής ικανότητας των ανθρώπων. Όμως, το μήνυμα κλειδί είναι ότι οι ακαδημαϊκοί δεν θα πρέπει να υπερτονίζουν την αναγκαιότητα έμφασης στην ύπαρξη παραγόντων ποιότητας ζωής και να αγνοούν τους πιο βασικούς τοπικούς παράγοντες στην αναπτυξιακή διαδικασία. Υπάρχει σχέση αίτιου και αιτιατού μεταξύ της ποιότητας ζωής και της οικονομικής επιτυχίας η οποία απαιτεί περαιτέρω έρευνα και ανάλυση.

Εν κατακλείδι, η σκληρή πραγματικότητα για τον κόσμο είναι ότι ένα εκατομμύριο άνθρωποι δεν θα επιζήσουν αυτή την εβδομάδα. Περίπου πεντακόσια εκατομμύρια έχουν ζήσει τους κινδύνους του πολέμου, τη μοναξιά της φυλάκισης, την αγωνία του βασανιστηρίου και τους πόνους της φτώχειας και της ανέχειας. Όσοι έχουν τρόφιμα στο ψυγείο τους, ενδύματα στην πλάτη τους, μια στέγη πάνω από το κεφάλι τους και μια θέση στον ύπνο, είναι μεταξύ των κορυφαίων προνομιούχων 8% του πλανήτη (Massam, 2002). Εάν ο επιστημονικός κόσμος ενδιαφέρεται για το υπόλοιπο 92% του πληθυσμού του πλανήτη, τότε θα πρέπει να ληφθούν δραστικά μέτρα που να οδηγούν στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- Aaronson, N., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., Bungay, K., Fukuhara, S., Candek, B., (1992). International quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research*, vol. 1, pp. 349-351.
- Alexander J.L. and Willems E.P., (1981). Quality of life: some measurement requirements. *Arch. Physiotherapy. Med. Rehabilitation*, pp. 62, 261.
- Anderson, R., Aaronson, N., Wilkin, D., (1993). Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Quality of Life Research*, vol. 2, pp. 369-395.
- Barrow, H.M., (1983). *Man and Movement. Principles of Physical Education*. Lea Febiger Publ. Philadelphia, 167.
- Bell, D., Kahn, C., (1996). Assessing health status via the World Wide Web. Cimino, JC, ed. *Proceedings of the AMIA Annual Fall Symposium*. Philadelphia: Hanley & Belfus, pp. 338-342.
- Bogenhold, D., (2001). Social Inequality and the Sociology of Life Style: Material and Cultural Aspects of Social Stratification. *The American Journal of Economics and Sociology* 60 no 4, pp. 829-47.
- Bowling, A., Bond, M., Jenkinson, C., Lamping, D., (1999). Short Form 36 (SF-36) Health Survey Questionnaire: which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus Survey in Britain, the Health Survey for England and the Oxford Healthy Life Survey. *J Public Health Med. Sep*; 21(3): pp. 255-70.
- Brazier, J., Harper, R., Jones, N., Ocathain, A., Thomas, K., Usherwood, T., Westlake, L., (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*, vol. 305, pp. 160-164.
- Carpenter, G., & Howe, C., (1985). *Programming Leisure Experiences. A Cyclical Approach*. New Jersey: Prentice - Hall.

- Chamberlain, K., (1998). On the structure of subjective well-being. *Social Indicators Research*, vol. 20, pp. 581-604.
- Cummins, R.A., (1997). Self rated quality of life scales: Measuring quality of life of people with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, vol. 10, pp. 199-217.
- Curtis, E.J., (1979). *Recreation Theory and Practice*. St. Louis: The C.V. Mosby.
- Dasgupta, P., Weale, M., (2002). On measuring the quality of life. *World Development*, vol. 20, issue 1, pp. 119-131.
- Diener, E. & Rahtz, R., (2004). Advances in quality of life theory and research. Book review. *Quality of Life Research*, vol. 13, pp. 869-870.
- Dissart, J.C. and Deller, S.C., (2000). Quality of life in the planning literature. *Journal of Planning Literature*, vol. 15, pp. 135-161.
- Editorial Advisory Board, (1972). Charter for leisure. *Leisure Today*, pp. 315.
- Farquhar, M., (1995). Elderly Peoples Definitions of Quality of Life. *Social Science Medicine*, vol. 41, no 10, pp. 1439-1446.
- Gabriel, S., Matthey, J., Wascher, W., (2003). Compensating differentials and evolution in the quality of life among U.S. states. *Regional Science and Urban Economics*, vol. 33, pp. 619-649.
- Garratt, A., Ruta, D., Abdalla, M., Buckingham, J., Russell, I., (1993). The SF-36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *BMJ*, vol. 306, pp. 1440-1444.
- Giannias, D., (1997). Quality of life structural analysis. *Journal of Environmental Management*, vol. 49, pp. 157-166.
- Gill, M., Feinstein AR., A., (1994). Critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*; 272: 619-26.
- Goalter, F., Dowers, S., & Baxter, M., (1995). The Impact of Social Class and Education on Sports Participation: Some Evidence from the General Household Survey. In Roberts, K., (Ed.), *Leisure and Social Stratification* (pp. 59-71). *Leisure Studies Association, Publication No 53*.
- Hanestad, B., (1990). Errors of measurement affecting the reliability and validity of data acquired from self-assessed quality of life. *Scand. J. Caring Sci.* 4, 29.
- Hays, R., Sherbourne, C., Mazel, R., (1993). The rand 36-Item Health Survey 1.0 *Health Economics*, vol. 2, pp. 217-227.
- Jenkinson, C., Wright, L., Goulter, A., (1994). Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample. *Quality of Life Research*, vol. 3, pp. 7-12.
- Kaplan, R.M., Bush, J.W., (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 61-80.
- Laforge, R., Rossi, J., Prochaska, J., Velicer, W., Levesque, D., McHorney, C., (1999). Stage of Regular Exercise and Health-Related Quality of Life. *Preventive Medicine*, vol. 28, pp. 349-360.
- Lyons, R., Perry, H., Littlepage, B., (1994). Evidence for the validity of the Short-form 36 Questionnaire (SF-36) in an elderly population. *Age & Ageing*, vol. 23, pp. 182-184.
- Massam, B., (2002). Quality of life: public planning and private living. *Progress in Planning*, vol. 58, pp. 141-227.

- McHorney, C., Kosinski, M., Ware, J., (1994). Comparisons of the costs and quality of norms for the SF-36 health survey collected by mail versus telephone interview: results from a national survey. *Medical Care*, vol. 32, pp. 551-567.
- McHorney, C., Ware, J., Raczek, A., (1993). The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, vol. 31, pp. 247-263.
- Metz, D., (1999). Mobility of older people and their quality of life. *Transport Policy*, vol. 7, no 2, pp. 149-152.
- Mull, R.F., Bayless, K.G., Ross, C.M., & Jamieson, L.M., (1997). *Recreational Sport Management (3rd Ed.)*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Naughton, M.J., Shumaker S.A., (1996). Assessment of health-related quality of life. In: Furberg CD, DeMets DL, eds. *Fundamentals of Clinical Trials*. 3rd ed. St. Louis: Mosby Press.
- O'Hara, B., (2001). When Quality of Life is the Goal (employment, Canada). *Briarpatch Magazine*, 30, no 8, pp. 15-18.
- Renwick, R., Brown, I., (1996). The center for health promotions conceptual approach to quality of life: being, belonging and becoming. *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation*, Sage, Thousand Oaks, pp. 75-88.
- Sharpe, A., (2000). *A survey of indicators of economic and social well-being*. Background paper prepared for Canadian policy research networks. (www.cprn.org).
- Seik, F., (2001). Quality of life in cities. *Cities*, vol. 18, issue 1, pp. 1-2.
- Schalock, R., Bonham, G., Marchand, C., (1998). Consumer based quality of life assessment: a path model of perceived satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, vol. 23, pp. 77-87.
- Scherl, L.M., (1989). Self in wilderness: Understanding the psychological benefits of individual - wilderness interaction through self-control. *Leisure Sciences*, 11, 123-135.
- Tamburi, M., Rosso, S., Gamba, A., Mencaglia, E., De Conno, F., Ventafridda, V., (1992). A Therapy impact questionnaire for quality-of-life assessment in advanced cancer research. *Annex of Oncology*, 3: pp. 565-570.
- Thumboo, J., Fong, K., Machin, D., Chan, S., Soh, C., Leong, K., Feng, P., Thio, S., Boey, M., (2003). Quality of life in an urban Asian population: the impact of ethnicity and socio-economic status. *Social Science & Medicine*, vol. 56, no 8, pp. 1761-1772.
- Torkildsen, G., (1999). *Leisure and Recreation Management (4th Ed.)*. London: E & FN SPON.
- Trauer, T., Duckmanton, R., Chiu, E., (1998). A Study of the Quality of Life of the severely mentally ill. *The International Journal of Social Psychiatry* 44, no 2, pp. 79-91.
- Wallace, N., (1996). Doing the Figures. *Health Club Management*, March: 19-20.
- Ware, J., (1992). The mos 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* vol. 30, pp. 473-483.
- Wheeler, R., (1991). The theoretical and empirical structure of general well-being. *Social Indicators Research*, vol. 24, pp. 71-79.
- Whelan, J.P., Meyers, A.W., & Donovan, C., (1995). Competitive recreational athletes: A multisystemic approach. In S.M. Murphy (Ed.). *Sport Psychology Interventions* (pp. 71-116). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Wong, C., (2001). The relationship between quality of life and local economic development: An empirical study of local authority areas in England. *Cities*, vol. 18, issue 1, pp. 25-32.

World Health Organization (1998). The World Health Organization quality of life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, vol. 46, no 12, pp. 1569-1585.

www.popokp.gr

www.SF-36.org

www.oaed.gr

Ελληνόγλωσσση

Αλεξανδρίδης, Κ., Carroll, B., (2000). Εφαρμογή ενός δημογραφικού μοντέλου συμμετοχής για το σχεδιασμό προγραμμάτων αθλητισμού αναψυχής, *Άθληση και Κοινωνία, περιοδικό αθλητικής επιστήμης*, τεύχος 24, σελ. 36-47.

Αργυριάδου, Α., Μελισσοπούλου, Χ., Κρανιά, Ε., Χαρίση, Α., Παχούμη, Χ., Λυγιδάκης, Α., Φωτιάδου, Λ., Καραγιαννίδου, Α., Αφράντου, Θ., Χαραλαμπίδου, Μ., Λιονής, Χ., (1999). Ηλικιωμένοι και ποιότητα ζωής: Εκτίμηση καθημερινών δραστηριοτήτων και κοινωνικής κατάστασης σε άτομα με γνωστικές και συναισθηματικές διαταραχές. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 11(2): 109-117.

Βακαλίδης, Θ., (1984). *Ποιότητα Ζωής: Προβληματισμοί-Κατευθύνσεις*. Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών.

Γεωργοπαπαδάκος, Ε., (2002). *Ελληνικό Νοελληνικό λεξικό*, εκδόσεις Μαλλιάρη, Αθήνα.

Θεοδωράκης, Ν., Γουλιμάρης, Δ., (2003). Δημογραφικά χαρακτηριστικά και παράμετροι άθλησης ως παράγοντες διαφοροποίησης των προθέσεων συμπεριφοράς των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα «Άθληση και Γυναίκα». *Γυναίκα και άθληση*, τόμος 2, τεύχος 1, σελ. 37-49.

Κουθούρης, Χ., (2001). *Η ποιότητα των υπηρεσιών σε υπαίθριες δραστηριότητες αναψυχής*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Μπαμπινιώτης, Γ., (1998). *Λεξικό Νέας Ελληνικής Γλώσσας*, εκδοτικό κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα.

Παλαιολόγος, Ν., Χλέτσος, Μ., (1997). Για τα μέτρα προστασίας και αύξησης της απασχόλησης των «ευπαθών» κοινωνικών ομάδων. «Τετράδια του ΙΝ.Ε.», *Ρύθμιση νέων μορφών εργασίας και κοινωνικής προστασίας προς το 2000*, τεύχος 10-11.

Παπαδοπούλου, Δ., (2002). Από την κοινωνική ευπάθεια στον κοινωνικό αποκλεισμό. *Μελέτες του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ - ΑΔΕΔΥ*, Αθήνα.

Ροντογιάννης, Γ., (1990). Υγεία και μαζικός αθλητισμός. *Αθλητική Επιστήμη, Θεωρία και Πράξη*, No 1, σελ. 9-24.

Ταξιλιδάρης, Κ., Γουλιμάρης, Δ. και Ματσούκα, Ο., (2000). Τα προγράμματα «Άθληση για όλους» του Δ.Ο.Ν.Α.Α. Κομοτηνής και η συνεργασία της τοπικής κοινωνίας με την πανεπιστημιακή κοινότητα. *Η Ελλάδα σε κίνηση* 3, σελ. 27-29.

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Προστασίας, (2002). *Υπουργική Απόφαση 30339/10.04.2002*.

Χρόνη, Σ., (2001). Δραστηριότητες αθλητισμού αναψυχής στην Ελλάδα. Ποιες είναι αυτές; *Φυσική Δραστηριότητα και Ποιότητα Ζωής*. Ηλεκτρονικό περιοδικό, Ειδικό τεύχος: *Διοίκηση Δραστηριοτήτων Αναψυχής*, 20-27.