



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΑΘΗΝΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Τίτλος Διπλωματικής Εργασίας

Εφαρμογή παρεμβατικού προγράμματος διαχείρισης του στρες και προαγωγής της υγείας σε ένα δείγμα γυναικών που έχουν υποστεί κακοποίηση. Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη.

Συγγραφείς- Ερευνήτριες:

Αναστασία Κόκκα, Κοινωνιολόγος

Μαρία Μικελάτου, Ψυχολόγος

Υπεύθυνοι καθηγητές:

Χρούσος Γ. Καθηγητής

Φούκα Γ. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Βάρβογλη Α. Διδάκτωρ

ΑΘΗΝΑ, 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
Περιεχόμενα πινάκων	3
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
1.1. Ορισμοί κακοποίησης.....	5
1.1.1. Οι μορφές της βίας είναι οι ακόλουθες:	6
1.1.2. Χαρακτηριστικά γυναίκας και άνδρα σε κακοποιητική σχέση	6
1.2. Επιδημιολογία σε Ελλάδα και κόσμο.....	8
1.3. Επιπτώσεις κακοποίησης σε γυναίκα, οικογένεια και κοινωνία	12
1.4. Ο ρόλος του στρες.....	18
1.5. Παρεμβάσεις που εμπεριέχουν το στρες σε κακοποιημένες γυναίκες	26
1.6. Στόχος της έρευνας.....	29
2.1. Τύπος, τόπος, χρόνος, εγκρίσεις, κριτήρια εισαγωγής/αποκλεισμού.....	30
2.2. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν	31
2.3. Το περιεχόμενο της παρέμβασης.	37
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	40
4.1. Ανάλυση αποτελεσμάτων.....	40
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	53
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	55

Περιεχόμενα πινάκων

Πίνακας 1. Δημογραφικά δεδομένα γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Πίνακας 2. Αρχικές μετρήσεις της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου.

Πίνακας 3. Οι μεταβολές των μετρήσεων μετά την παρέμβαση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης του στρες σε ένα δείγμα γυναικών που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία από τον σύντροφό τους. Η τυχαιοποιημένη αυτή κλινική μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο του 2015 έως τον Ιούνιο του 2015. Το δείγμα συλλέχθηκε από φορείς οι οποίοι παραχώρησαν άδεια για την συλλογή του δείγματος, ο κυριότερος ήταν η Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων. Συνολικά, πήραν μέρος στην έρευνα 60 γυναίκες, οι οποίες χωρίστηκαν τυχαία σε ομάδα παρέμβασης και σε ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα παρέμβασης (n=30) εφαρμόστηκε το πρόγραμμα Διαχείρισης του Στρες και Προαγωγής της Υγείας. Χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία, ώστε να εκτιμηθούν τα επίπεδα στρες, κατάθλιψης και άγχους, η αυτοεκτίμηση, η αυτοαποτελεσματικότητα, η καθημερινότητα και ο τρόπος αντιμετώπισης ενός γεγονότος, το κέντρο ελέγχου της υγείας και η μορφή της κακοποίησης. Η στατιστική ανάλυση έδειξε σημαντική μείωση στα επίπεδα του στρες, της κατάθλιψης, του άγχους, καθώς και αύξηση της αυτοεκτίμησης και βελτίωση του υγιεινού τρόπου ζωής, μείωση του Δείκτη Μάζας Σώματος, βελτίωση της αυτο-αποτελεσματικότητας. Με βάση αυτά τα ευρήματα παροτρύνουμε τους επαγγελματίες της υγείας να υιοθετήσουν τις τεχνικές διαχείρισης του στρες, ως ένα επιπλέον μέσο για την ενδυνάμωσή των γυναικών που δέχονται ή έχουν δεχτεί κακοποίηση.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Ορισμοί κακοποίησης

Σε μια προσπάθεια εννοιολογικού ορισμού της ενδοοικογενειακής βίας, θεωρείται αναγκαίο να προσδιοριστούν οι όροι που συνθέτουν την έννοια. Έτσι ως βία νοείται η όποια σωματική, λεκτική και ψυχολογική ή συναισθηματική βία, ο σεξουαλικός εξαναγκασμός και η παραμέληση, ανεξάρτητα από το αν η χρήση της βίας είναι επαναλαμβανόμενη ή συμβεί μια φορά. Ο άλλος όρος που συνθέτει την έννοια της ενδοοικογενειακής βίας, η οικογένεια, αναφέρεται όχι μόνο στην πυρηνική οικογένεια, αλλά και σε μια διευρυμένη μορφή της. Συνήθως όμως με τον όρο ενδοοικογενειακή βία προσδιορίζεται η βία που δέχεται η γυναίκα από έναν άνδρα σύντροφο- σύζυγο [1-5].

Ο ορισμός της βίας που υιοθετήθηκε το 1995 στην 4η Παγκόσμια Διάσκεψη Γυναικών και αναφέρεται στις παραγράφους 113 και 118 της Πλατφόρμας Δράσης του Πεκίνου, είναι ο εξής: Ο όρος «βία κατά των γυναικών» περιλαμβάνει κάθε πράξη βίας που στηρίζεται στο φύλο και έχει ως αποτέλεσμα ή είναι δυνατό να έχει ως αποτέλεσμα, την σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη ή πόνο για τις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων των απειλών τέτοιων πράξεων, τον εξαναγκασμό ή την αυθαίρετη στέρηση της ελευθερίας είτε αυτό προκύπτει στην δημόσια είτε στην ιδιωτική ζωή [6].

Σύμφωνα με το ΦΕΚ 232/ 24.11.2006/Τ.Α΄ ως ενδοοικογενειακή βία ορίζεται: α) η ενδοοικογενειακή σωματική βλάβη (η οποία μπορεί να είναι απλή πρόκληση πόνου, ελαφριά ή σοβαρή βλάβη, ψυχική βλάβη), β) η ενδοοικογενειακή παράνομη βία ή απειλή (όπως εξαναγκασμός, πρόκληση τρόμου ή ανησυχίας), γ) ο βιασμός, δ) η ενδοοικογενειακή προσβολή της γενετήσιας αξιοπρέπειας με ταπεινωτικά λόγια ή έργα. [2ΦΕΚ] [7].

Σκόπιμο είναι να αναφερθούν οι μορφές της ενδοοικογενειακής βίας, ώστε να γίνει κατανοητή η έννοια και να διευκρινιστούν όλες της οι διαστάσεις, δεδομένου ότι πολλές μορφές βίας δεν είναι εύκολα αντιληπτές τόσο από τη γυναίκα που κακοποιείται, όσο και από τον κοινωνικό της περίγυρο. Σε παλαιότερες εποχές διάφορες μορφές βίας, ακόμα και σωματικής, ενώ υφίσταντο, παρέμεναν εκτός ποινικής δίωξης, καθώς θεωρούταν οικογενειακή υπόθεση στην οποία δεν μπορούσε κάποιος να επέμβει. Από την δεκαετία του 1970 θεσπίζεται ένα πλαίσιο

προσδιορισμού κι ελέγχου μορφών βίας, που θεωρούνται ως «κακοποίηση», και η ενδο-οικογενειακή βία καταγγέλλεται, αν και, ακόμη στις μέρες μας, δύσκολα το «κακοποιημένο» άτομο παραδέχεται, καταγγέλλει και ζητά βοήθεια για όσα υπομένει [8].

1.1.1. Οι μορφές της βίας είναι οι ακόλουθες:

Η σωματική βία μπορεί να αναφέρεται σε ένα χαστούκι έως την βαριά σωματική κακοποίηση η οποία μπορεί να καταλήξει και σε εκ προθέσεως ανθρωποκτονία. Η ψυχολογική κακοποίηση μπορεί να είναι η ταπείνωση έως η πρόκληση βαριάς ψυχολογικής βλάβης, καθώς και κάθε συμπεριφορά που μειώνει την αυτοεκτίμηση και το αίσθημα ασφάλειας. Η ψυχολογική βία είναι πιο δύσκολο να αναγνωριστεί από το θύμα και αντιμετωπιστεί. Συχνά είναι αυτή που προϋπάρχει και προετοιμάζει την εκδήλωση της σωματικής. Η λεκτική βία είναι οι ύβρεις, ο εξεφτελισμός, οι απειλές, η τρομοκράτηση. Η σεξουαλική βία είναι ο εξαναγκασμός του θύματος να έρθει σε σεξουαλική πράξη με τον θύτη παρά τη θέληση του. Η παραμέληση είναι η στέρηση βασικών θεμελιωδών δικαιωμάτων του ανθρώπου, όπως είναι η στέρηση ελευθερίας, οικονομική στέρηση και εξάρτηση, μη παροχή ιατρικής φροντίδας, παραμέληση συναισθηματικής φροντίδας, αποστέρηση της εκπαίδευσης κτλ.[5,9,10].

Αξίζει να σημειωθεί ότι η σοβαρότητα της κακοποίησης δεν κρίνεται μόνο από τη μορφή την οποία παίρνει, αλλά και από το βαθμό θυματοποίησης. Είναι αναγκαίο να διευκρινιστεί ότι ένας συζυγικός καβγάς όσο έντονος και αν είναι, δεν αποτελεί κακοποίηση, εάν τα δύο μέλη είναι ισότιμα. Αντίθετα και η πιο ήπια μορφή βίας είναι κακοποίηση αν το ένα μέλος είναι ο θύτης και το άλλο το θύμα. Βασικό χαρακτηριστικό της κακοποίησης είναι η άσκηση επιβολής, η καθήλωση, η ύπαρξη θύτη και θύματος [9,10,11].

1.1.2. Χαρακτηριστικά γυναίκας και άνδρα σε κακοποιητική σχέση

1.1.2.1. Τα χαρακτηριστικά της γυναίκας:

Συχνά οι γυναίκες που έχουν υποστεί βία από τον σύντροφο τους έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αμφισβητούν τις ικανότητες τους και υποβαθμίζουν

οποιαδήποτε επιτυχία τους. Νιώθουν ότι οι ικανότητες τους δεν είναι αρκετές για να ανταπεξέλθουν σωστά στο νοικοκυριό, στο μαγείρεμα του σπιτιού ή ότι δεν είναι καλές σύζυγοι για τους άντρες τους.

Άλλο χαρακτηριστικό των κακοποιημένων γυναικών είναι ότι πιστεύουν σε όλους τους μύθους που επικρατούν για τις σχέσεις κακοποίησης. Ορισμένοι από τους μύθους είναι οι εξής: 1) Οι γυναίκες της μεσαίας τάξης δεν κακοποιούνται τόσο συχνά, ούτε τόσο έντονα όσο οι φτωχές γυναίκες. 2) Οι γυναίκες από ομάδες μειονοτήτων κακοποιούνται συχνότερα. 3) Οι κακοποιημένες γυναίκες δεν έχουν μόρφωση ούτε επαγγελματικές γνώσεις. 4) Οι δράστες είναι βίαιοι σε όλες τους τις σχέσεις (συναδελφικές, φιλικές και άλλες) 5) Οι δράστες είναι αποτυχημένοι στην επαγγελματική τους ζωή 6) Η κακοποιημένη γυναίκα θα είναι όλη της τη ζωή κακοποιημένη. 7) Μακροχρόνιες σχέσεις κακοποίησης μπορούν να αλλάξουν προς το καλύτερο. 8) Οι δράστες φανερώνουν τη βιαιότητα τους μέσα στο γάμο. 9) Οι κακοποιημένες γυναίκες αξίζουν την κακοποίηση τους.

Επίσης, οι γυναίκες που έχουν υποστεί βία από τον σύντροφο τους αντιμετωπίζουν το σπίτι και την οικογένεια τους με τον παραδοσιακό τρόπο. Πιστεύουν πολύ στα προκαθορισμένα στερεότυπα του γυναικείου ρόλου, είναι πεπεισμένες δηλαδή ότι η θέση τους είναι στο σπίτι. Ανεξάρτητα από το πόσο σημαντική είναι για εκείνες η εργασία τους είναι διατεθειμένες ανά πάσα στιγμή να την παρατήσουν, ώστε να ικανοποιήσουν τον άνδρα τους. Πολλές φορές μάλιστα, όταν για οικονομικούς λόγους συνεχίσουν να εργάζονται, σκέφτονται ότι όσο βρίσκονται στην εργασία τους διακόπτεται για λίγο η εξουσία του συντρόφου. Ο σύντροφος, ο οποίος ζηλεύει σε υπερβολικό βαθμό, κυρίως τη συναναστροφή της με τους άνδρες συναδέλφους της, την οδηγεί σε ενοχικές σκέψεις και έτσι μ' αυτόν τον τρόπο την αναγκάζει να εγκαταλείψει την εργασία της.

Είναι πολύ συχνό το ότι η γυναίκα που κακοποιείται αναλαμβάνει την ευθύνη για την βίαιη συμπεριφορά του άντρα της. Θεωρεί ότι εκείνη προκάλεσε το θυμό και κατ' επέκταση την έκρηξη του θύτη, λόγω δικής της λάθος συμπεριφοράς. Αυτό βέβαια δεν υφίσταται. Επίσης, βιώνει έντονο στρες και ψυχοσωματικά συμπτώματα. Οι γυναίκες αυτές ζουν κάτω από συνεχές στρες και φόβο. Επιπλέον είναι πολύ συχνό στις κακοποιητικές σχέσεις η γυναίκα να χρησιμοποιεί το σεξ ως μέσο για τη διατήρηση της ηρεμίας μέσα στη σχέση.

1.1.2.2. Τα χαρακτηριστικά του άνδρα που κακοποιεί

Ο άνδρας που κακοποιεί τη σύντροφο του έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση. Επίσης, πιστεύει και εκείνος στους μύθους που προαναφέρθηκαν, οι οποίοι είναι σχετικοί με τις κακοποιητικές σχέσεις. Όπως και η γυναίκα που κακοποιείται έτσι και ο άντρας-θύτης πιστεύει στον στερεότυπο ανδρικό ρόλο στο πλαίσιο της οικογένειας και στην ανδρική παραδοσιακή υπεροχή.

Ένα χαρακτηριστικό του άνδρα που κυριαρχεί έντονα στις κακοποιητικές σχέσεις είναι ότι ζηλεύουν παθολογικά. Ο δεσποτισμός, η ζηλοτυπία και η αδιακρισία είναι κυρίαρχα στον θύτη, ο οποίος για να αισθανθεί ασφαλής πρέπει να γνωρίζει όλες τις λεπτομέρειες της ζωής της γυναίκας του. Πολλές φορές ζητά να την πηγαινοφέρνει εκείνος στην εργασία της, ώστε να έχει τον έλεγχο. Παρά την κάθε προσπάθεια που ασκεί, ώστε να διασφαλίσει το ότι δεν του κρύβει κάτι, εκείνος δεν παύει να υποψιάζεται την γυναίκα.

Πολύ συχνά κατηγορεί άλλους για τις πράξεις του και στο επίπεδο της βίαιης πράξης αλλά και γενικότερα στους διάφορους τομείς της ζωής του. Επίσης, έχει πολύ έντονες αντιδράσεις στρες, τις οποίες προσπαθεί να αντιμετωπίσει πίνοντας αλκοόλ ή ξεσπώντας επάνω στη γυναίκα του. Είναι πολύ πιθανό να χρησιμοποιήσει το βίαιο σεξ για να αυξήσει την αυτοεκτίμηση του.

Είναι αξιοσημείωτη η σχέση που έχει ο άνδρας με τη μητέρα του, η οποία χαρακτηρίζεται ως ασυνήθιστη. Υπάρχει μεταξύ τους αγάπη και μίσος. Η μητέρα φαίνεται να ελέγχει και να καθορίζει την συμπεριφορά του. Τέλος, σύζυγος που κακοποιεί δεν πιστεύει πως η βίαιη συμπεριφορά του θα έχει αρνητικές συνέπειες [8].

1.2. Επιδημιολογία σε Ελλάδα και κόσμο

Στις περισσότερες χώρες, η ενδοοικογενειακή βία αναγνωρίζεται ως κοινωνικό πρόβλημα και συνδέεται άμεσα με το ζήτημα της ανισότητας των δύο φύλων. Διατρέχει όλες τις κοινωνίες καθώς εντοπίζεται σε όλους τους πολιτισμούς και πλήττει συνήθως τις γυναίκες και τα παιδιά. Σήμερα, οι ερευνητές αναγνωρίζουν τη σπουδαιότητα της καλής ποιότητας ερευνών που αφορούν την κακοποίηση των γυναικών, με αποτέλεσμα να γίνονται όλο και περισσότερες μελέτες πάνω στο θέμα αυτό. Οι επιδημιολογικές έρευνες παρέχουν μια σειρά από πλεονεκτήματα για την περιγραφή του φαινομένου της βίας. Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα,

είναι η παροχή γνώσης για τις διαστάσεις –ποσοτικές και ποιοτικές- που λαμβάνει το κοινωνικό αυτό φαινόμενο. Στη χώρα μας, διακρίνουμε την έκταση του φαινομένου της κακοποίησης των γυναικών, τόσο από τα στατιστικά αρχεία της Γενικής Γραμματείας Ισότητας των Φύλων όσο και από τις έρευνες διεξάγονται. Αν και τα περιστατικά της ενδοοικογενειακής βίας, συχνά δεν αναφέρονται στις αρχές, τα στοιχεία που παρέχονται από τους διεθνείς οργανισμούς για την ενδοοικογενειακή βία υποδηλώνουν τη μεγάλη έκταση του φαινομένου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μετά από ανασκόπηση ερευνών σε 35 χώρες, κατέδειξε πως το 10%-52% των γυναικών του δείγματος της έρευνας δήλωσε πως έχει κακοποιηθεί σωματικά από τον σύντροφο/σύζυγο, ενώ το 10%-30% των γυναικών του δείγματος δήλωσε πως έχει κακοποιηθεί σεξουαλικά από τον σύντροφο/σύζυγο [5].

Η μελέτη που έγινε από το Ευρωπαϊκό Λόμπυ Γυναικών δείχνει ότι η ενδοοικογενειακή βία είναι η συχνότερη μορφή βίας κατά των γυναικών. Τα ανησυχητικά ποσοστά των χωρών που πήραν μέρος στην έρευνα είναι τα ακόλουθα. Στην Ολλανδία το 13% των γυναικών που συμμετείχαν (1989) την συγκεκριμένη χρονική περίοδο, ήταν θύματα σεξουαλικής ή και σωματικής βίας. Στη Φιλανδία (1998), το 22% των γυναικών που βρίσκονταν σε γάμο ή συζούσαν με τον σύντροφο τους, είχαν υποστεί βία ή απειλές από εκείνον. Η έρευνα που διεξήγαγαν οι Dobash & Dobash σε δείγμα 1044 γυναικών – θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας (109 συνεντεύξεις και ανάλυση 933 περιστατικών που καταγγέλθηκαν στις διοικητικές και δικαστικές αρχές), κατέδειξε ότι κυρίως οι γυναίκες ήταν – σε συντριπτικό ποσοστό – τα θύματα οικογενειακής βίας [10,11,12].

Σύμφωνα με άλλες μελέτες:

- Το 2003, στην κλινική μαιευτικής και γυναικολογίας, στη Ζυρίχη, πήραν μέρος στην έρευνα 1772 γυναίκες πάνω από 15 ετών. Το 10% των γυναικών είχε υποστεί σωματική κακοποίηση κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών και ο 2% ανέφερε ότι δεχόταν σεξουαλική κακοποίηση στο παρόν. Περισσότερο από τα $\frac{3}{4}$ των γυναικών (76.8%) είχαν βιώσει κατά τη διάρκεια της ζωής τους τουλάχιστον ένα επεισόδιο ψυχολογικής κακοποίησης και έλεγχο της συμπεριφοράς τους από ένα κοντινό τους πρόσωπο. Το 43.6% ανέφερε σωματική κακοποίηση. Επίσης, 12.9% είχε βιώσει σεξουαλική κακοποίηση, είτε από τον σύντροφο, είτε από κάποιο κοντινό πρόσωπο.

- Σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελβετία, περίπου κάθε έβδομη γυναίκα, σε κάποια στιγμή της ζωής της, θα πέσει θύμα βίας, είτε ψυχολογικής είτε σωματικής [4,5].
 - Στην Πορτογαλία το 52,8% των γυναικών είχε υπάρξει θύμα βίας με δράστη το σύζυγο/ σύντροφο του, με κύρια μορφή βίας την ψυχολογική κακοποίηση.
 - Στη Γαλλία (2001) 1.350.000 γυναίκες υπήρξαν θύματα ενδοοικογενειακής βίας.
 - Στη Ρωσία 13.000 γυναίκες δολοφονούνται ετησίως, με δράστη το σύζυγο ή σύντροφο τους.
 - Στη Νορβηγία 10.000 γυναίκες αναζητούν την παροχή ιατρικής βοήθειας, εξαιτίας τραυματισμών που υπέστησαν από το σύζυγο/ σύντροφο τους.
 - Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 25% των γυναικών έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση από τον τωρινό ή τον πρώην σύζυγο/ σύντροφο κάποια στιγμή της ζωής τους.
 - Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό στην Ευρωπαϊκή επικράτεια πεθαίνουν ετησίως 1300 παιδιά έως 14 ετών λόγω ενδοοικογενειακής βίας. Από αυτά, κάθε εβδομάδα πεθαίνουν δύο στη Γερμανία και στην Αγγλία και τρία στην Γαλλία [5].
 - Στις Ηνωμένες Πολιτείες διεξήχθη μια έρευνα στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής έδειξε ότι οι δείκτες επιπολασμού της σωματικής ή/και σεξουαλικής κακοποίησης αυξήθηκε κατά 4% έως 20% καθώς προχωρούσε η εγκυμοσύνη. Η βία από τον σύντροφο, συνήθως, ξεκινά κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή το πρώτο διάστημα μετά τη γέννηση του παιδιού. Επίσης, υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ κακοποιείται το 12-15% των εγκύων γυναικών [4,14].
- Στις Ηνωμένες Πολιτείες πραγματοποιήθηκε έρευνα μεταξύ εγκύων γυναικών έδειξε ότι οι δείκτες σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης μεταξύ 4% και 20% αυξήθηκαν με την εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι το 12-15% των εγκύων κακοποιείται. Αυτό το ποσοστό είναι υψηλότερο από τις επιπλοκές που μπορεί να συμβούν σε μια έγκυο, πχ προ εκλαμψία, διαβήτη κύησης ή προδρομικός πλακούντας. [14,15,16]
- Στη Σαουδική Αραβία, σε μια cross-sectional έρευνα (Μάρτιος-Ιούλιος 2011), γυναίκες, έγγαμες οι οποίες παρακολουθούνταν από το κέντρο υγείας «Al-

Wazarat». Το δείγμα ήταν 750 γυναίκες απ τις οποίες το 69% είχαν δεχτεί συναισθηματική κακοποίηση, το 34% κοινωνική, το 26% οικονομική, το 20% σωματική, το 10% σεξουαλική. Τα χαρακτηριστικά των γυναικών που είχαν υποστεί κακοποίηση ήταν: η νεαρή ηλικία της γυναίκας, η μεγαλύτερη διάρκεια του γάμου, υψηλότερη μόρφωση της γυναίκας και χαμηλότερη του συζύγου, λιγότερα παιδιά, σύζυγος με πολλές γυναίκες, ο σύζυγος ήταν καπνιστής, μη επαρκές οικογενειακό εισόδημα. Το πιο συχνό χαρακτηριστικό των γυναικών αυτών ήταν ιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς 72% καθώς και ψυχιατρικά προβλήματα 58%. Επίσης πάνω από το 90% των παιδιών τους, υπέφεραν από ψυχολογικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς [17].

- Μια μελέτη στην κεντρική Ινδία, στο Maharashtra ανέφερε ότι το 38% απ τις 500 γυναίκες που ρωτήθηκαν είχαν δεχθεί επανειλημμένα βία. 44% χτυπήματα κατά την εγκυμοσύνη, 12% απειλές, 30% χρειάστηκαν ιατρική φροντίδα λόγω σωματικής κακοποίησης [18].
- Μια έρευνα διεξήχθη στο Ιράν, σε τρεις μαιευτικές και γυναικολογικές κλινικές της Τεχεράνης. Πήραν μέρος 1000 παντρεμένες γυναίκες, ηλικίας 15-64 ετών. Τα δεδομένα συλλέχτηκαν σε διάστημα 12 μηνών. Το ποσοστό της κακοποίησης ανέρχεται στο 59% [19].

Στην πρώτη πανελλαδική επιδημιολογική έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2003 από το Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας συμμετείχαν 1.200 γυναίκες, ηλικίας 18-60 ετών, από διάφορες περιοχές της Ελλάδας με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή το 58% των ερωτηθέντων έχουν υποστεί λεκτική και ψυχολογική βία και μόνο το 3.6% σωματική και το 3.5 εξαναγκασμό για σεξουαλική επαφή [10].

Μερικά χρήσιμα συμπεράσματα είναι τα ακόλουθα: Η στάση των ερωτώμενων απέναντι στην ενδοοικογενειακή βία διαφοροποιείται ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή. Οι γυναίκες που δεν αντιμετωπίζουν βία χαρακτηρίζουν ως σοβαρή εγκληματική πράξη την ενδοοικογενειακή βία, ενώ όσες την υφίστανται χρησιμοποιούν ήπιους χαρακτηρισμούς. Οι γυναίκες μεγαλύτερων ηλικιών δέχονται σε μεγαλύτερα ποσοστά καταχρηστική συμπεριφορά από ότι οι νεότερες γυναίκες. Επίσης παράγοντες που αυξάνουν την κακοποίηση είναι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Οι γυναίκες που έχουν υποστεί βία

σε προηγούμενες σχέσεις τους ή έχουν γίνει μάρτυρες βίας στην παιδική ηλικία έχουν αυξημένες πιθανότητες να παραμένουν σε βίαιες σχέσεις και να τις υφίστανται. Οι κακοποιημένες γυναίκες σε ποσοστό 33.3% αισθάνονται υπεύθυνες για την βίαιη συμπεριφορά του συντρόφου τους, αυτοενοχοποιούνται και προσπαθούν να ηρεμήσουν το δράστη, παρά να φύγουν από την καταχρηστική σχέση [10].

1.3. Επιπτώσεις κακοποίησης σε γυναίκα, οικογένεια και κοινωνία

Υπάρχουν πολλοί τρόποι εκδήλωσης της βίας (Ατομική, Ομαδική, Σωματική, Ψυχολογική, οικονομική, Κοινωνική, Πολιτική, Οικογενειακή κ.τ.λ.). Όταν αναφερόμαστε στη βία, αναφερόμαστε σε κάθε είδους συμπεριφορά ή συστηματική πολιτική συμπεριφοράς, η οποία έχει σκοπό τον εξαναγκασμό, την απομόνωσή ή την κυριαρχία πάνω στο θύμα. Είναι δηλαδή η κακοποίηση, σωματική, ψυχολογική ή και λεκτική, του ατόμου, που του προκαλεί ψυχολογικό ή σωματικό πόνο. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτή συμπεριλαμβάνει και την παραβίαση των δικαιωμάτων του θύματος.

Η βία κατά των γυναικών, αν και, τις τελευταίες δεκαετίες, έχει παρατηρηθεί πρόοδος στα θέματα που αφορούν την ισότητα, φαίνεται ότι υπάρχει ακόμη και είναι μεγίστης σημασίας η αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου, καθώς οι επιπτώσεις που προκύπτουν από αυτό, είναι πολλές και πολύ συχνά επιζήμιες, όχι μόνο για τα ίδια τα θύματα, αλλά και για τα άλλα μέλη της οικογένειας και της κοινωνίας. Η γυναικεία κακοποίηση δεν έχει εξαλειφθεί και συναντάται σε διαφορετικά και πολλά περιβάλλοντα και με θύματα όλων των μορφωτικών και οικονομικών επιπέδων. Οι επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής βίας φαίνεται να είναι περισσότερες για τις γυναίκες θύματα, από τους άνδρες θύματα, που βιώνουν αντίστοιχες καταστάσεις, κάτι που μας δείχνει ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες [20,21].

Όσον αφορά τις ίδιες γυναίκες-θύματα οι έρευνες δείχνουν ότι η συντροφική βία μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους. Αρχικά το ίδιο το θύμα υποφέρει από σωματικούς τραυματισμούς, στα οποία μπορεί να περιλαμβάνονται μώλωπες, κατάγματα, παραμορφώσεις κ.α. [22,23]. Επιπλέον, σωματικές ασθένειες -χρόνιοι πόνοι, αρθριτικά, νευρολογικές παθήσεις, καρδιαγγειακά προβλήματα, μόνιμες αναπηρίες, άσθμα, σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου κ.τ.λ.- μπορεί να βασανίζουν την γυναίκα που έχει υποστεί ή συνεχίζει να

κακοποιείται από το σύντροφό της [24,25,26]. Άλλες έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση, έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας, με δυσκολία στο περπάτημα, με δυσκολία κατά την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων και κάποιου είδους αναπηρία [27].

Οι γυναίκες αυτές, σε δεύτερο επίπεδο, είναι πιθανόν να νοσήσουν, κάποια στιγμή στη ζωή τους από σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες -κονδυλώματα, aids, σύφιλη κτλ., σε σχέση με γυναίκες που δεν έχουν υποστεί κακοποίηση [28].

Η συντροφική βία έχει και την ικανότητα επίσης να επηρεάζει αρνητικά τόσο την ποιότητα όσο και την ποσότητα του ύπνου στις γυναίκες-θύματα, ενώ σε περίπτωση εγκυμοσύνης είναι πιθανόν να αποβάλλουν το έμβρυο, να γεννήσουν πρόωρα, να υποφέρουν από ακανόνιστη κοιλιακή αιμορραγία, να έχουν αυξημένες κοιλιακές εκκρίσεις, να υποφέρουν από δυσμηνόρροια αλλά και από φλεγμονώδης νόσος της πυέλου [31,32].

Αξίζει να σημειώσουμε, επίσης, την εξασθένηση του ανοσοποιητικού τους συστήματος και την εμφάνιση σοβαρών ψυχοσωματικών νοσημάτων και τραυμάτων, όπως άγχος, στρες κτλ. και κατάθλιψη [33-38]. Η σχέση με το στρες, μάλιστα στις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν, φαίνεται να μην επηρεαζόταν από την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών και το εισόδημα [39]. Μάλιστα, τα συμπτώματα του στρες ήταν πιο έντονα, όταν υπήρχε συννοσηρότητα με κατάθλιψη [40] ή οι γυναίκες αντιμετώπιζαν τόσο σωματική όσο και σεξουαλική βία από το σύντροφό τους [35]. Σε άλλες έρευνες φάνηκε ότι γυναίκες που έχουν υποστεί συζυγική βία τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους εμφανίζουν περισσότερες σκέψεις αυτοκτονίας αλλά και απόπειρες, σε σχέση με μη κακοποιημένες γυναίκες [41].

Οι γυναίκες αυτές μπορεί να έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση, να εμφανίζουν κάποια σεξουαλική δυσλειτουργία, να υποφέρουν από διατροφικές διαταραχές και από ψυχαναγκαστική διαταραχή, καθώς και από μετατραυματικό στρες [42,43]. Σε περιπτώσεις κατάθλιψης και μετατραυματικού στρες, μάλιστα, οι γυναίκες που αντιμετώπιζαν πιο σοβαρή και πιο παρατεταμένη κακοποίηση, εμφάνιζαν γενικά υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων [44].

Τα θύματα αυτά τείνουν, από την άλλη, να απομονώνονται κοινωνικά και να διακόπτουν την επαγγελματική τους πορεία και είναι πολύ πιθανόν να εμφανίζουν και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (κάπνισμα, sex χωρίς προφυλάξεις κτλ)[45]. Τέλος οι γυναίκες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας κάνουν συχνή χρήση της

ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, επιβαρύνοντας με αυτό το τρόπο το εθνικό σύστημα υγείας [46].

Τα παιδιά έχουν το δικαίωμα να μεγαλώνουν σε ένα ασφαλές περιβάλλον και να βρίσκονται δίπλα σε γονείς που εμπιστεύονται και τα προσέχουν. Δυστυχώς, όμως, υπάρχουν πολλά παιδιά που βιώνουν το ακριβώς αντίθετο. Μερικά παιδιά μεγαλώνουν δίπλα σε γονείς που ο σύντροφος κακοποιεί τη μητέρα και είναι υποχρεωμένα να ζουν καθημερινά τον εφιάλτη της βίας της ενδοοικογενειακής, σηματοδοτώντας, κατά αυτό τον τρόπο, τη μνήμη και την ψυχή τους.

Η ενδοοικογενειακή βία εναντίον των γυναικών μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη σωματική, ψυχική και σεξουαλική υγεία των γυναικών, καθώς και την ποιότητα ζωής των παιδιών τους. Συχνά τα ίδια τα παιδιά φαίνεται να παίρνουν την ευθύνη για τις συγκρούσεις των δυο γονέων τους, ενώ κάποια από αυτά αρνούνται κατηγορηματικά, ότι έχουν βιώσει σκηνές βίας στο πλαίσιο της οικογένειας (αν και οι ίδιοι οι γονείς παραδέχονται ότι έχουν υπάρξει τα παιδιά τους μάρτυρες τέτοιων περιστατικών), μη αντέχοντας το συναισθηματικό φορτίο. Όταν ένας γονιός πέφτει θύμα κακοποίησης από τον άλλο γονιό, τότε τα παιδιά βιώνουν διπλή εγκατάλειψη, τρόμο, απόγνωση και απέραντη συναισθηματική μοναξιά. Υπάρχουν, μάλιστα, περιπτώσεις που τα ίδια τα παιδιά, πέφτουν και αυτά θύματα ψυχολογικής και σωματικής βίας, όπου θύτης είναι ένας επιθετικός και οξύθυμος πατέρας [47].

Η αντίδραση του κάθε παιδιού στα επεισόδια της ενδοοικογενειακής βίας, καθώς και η επιπτώσεις που αυτή θα έχει στο παιδί, εξαρτώνται από παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, από την ύπαρξη αδελφών και τη σειρά της γέννησής του, από την ιδιοσυγκρασία του κάθε παιδιού και την προσωπικότητά του, καθώς και από την εξελικτική φάση στην οποία βρίσκεται ή το οικογενειακό του ιστορικό. Η ενδοοικογενειακή βία φαίνεται να συνδέεται με την κατάθλιψη της μητέρας και η κατάθλιψη της μητέρας συνδέεται με τη χρήση των δυσπροσαρμοστικών πρακτικών ανατροφής των παιδιών, που σχετίζονται με την εμφάνιση διαφόρων προβλημάτων στο παιδί [48].

Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, συνήθως εκδηλώνουν σωματικά συμπτώματα, με τα πρωτεία να κατέχει ο κοιλιακός πόνος και οι πονοκέφαλοι, ενώ τείνουν να παλινδρομούν σε άλλα στάδια εξελικτικά και να εμφανίσουν συμπεριφορές μικρότερων ηλικιών. Φυσικά και δε λείπουν και τα προβλήματα στον ύπνο, οι εφιάλτες, η εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών, η υπερβολική εξάρτηση

το γονιό (προσκολλητική συμπεριφορά), το λεγόμενο άγχος αποχωρισμού, αλλά και η απάθεια και παθητικότητα [49].

Ορισμένα παιδιά από την άλλη ,εμφανίζουν και τα ίδια επιθετικότητα, προς άλλα παιδιά, τα αδέρφια τους ή ακόμη και ενηλίκους. Ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση αυτής της επιθετική συμπεριφοράς από την μεριά του παιδιού φαίνεται να είναι το στρες της μητέρας και η επιθετικότητα του πατέρα [50].

Αυτή η τραυματική εμπειρία της κακοποίησης αποτυπώνεται ακόμη και στο παιχνίδι ή τη συμπεριφορά αυτών των παιδιών, ενώ η κοινωνική συναναστροφή συνήθως αποφεύγεται από τα ίδια. Μερικά από τα παιδιά είναι δυνατόν να εμφανίσουν ακόμη και μετατραυματικό στρες, λόγω της στενής σωματική και συναισθηματική σχέση τους με τους γονείς τους [51].

Κατά τη διάρκεια της σχολικής φοίτησης, τα παιδιά προσπαθούν να μειώσουν τα αισθήματα ντροπής που αισθάνονται και αποφεύγουν να αναφέρουν σε τρίτους τα επεισόδια βίας από αυτά βιώνουν. Εμφανίζονται ως παιδιά με μειωμένη αυτοεκτίμησή και μειωμένη αισιοδοξία τους για το μέλλον. Συχνά τα ίδια αναφέρουν αισθήματα ενοχής ή εμφανίζουν επιθετικότητα σε διάφορα πλαίσια και με διάφορους αποδέκτες, ενώ οι σχέσεις τους με άλλα άτομα εμφανίζονται διαταραγμένες και η διάσπαση προσοχής ή οι διαταραχές μνήμης δε απουσιάζουν, καθιστώντας σχεδόν αδύνατη μια ομαλή μαθησιακή πορεία [52].

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η παιδική κακοποίηση σε συνδυασμό με την ενδοοικογενειακή βία, αυξάνουν τον κίνδυνο για ένα παιδί να εμφανίσει πολλαπλά προβλήματα στην εφηβεία [53].

Σε ένα εξελικτικό στάδιο πιο πάνω, οι νεαροί έφηβοι, παρουσιάζουν και αυτοί αισθήματα ντροπής και τείνουν να κατηγορούν τον εαυτό τους για τα επεισόδια βίας που ζουν μέσα στο σπίτι. Εξαιτίας αυτής της κατάστασης που επικρατεί, έχουν τάσεις φυγής και μπορεί να εγκαταλείψουν το σπίτι και την οικογένεια από μικρή ηλικία, ενώ παρουσιάζουν και τάσεις παραβατικότητας. Τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες δεν λείπουν και σε αυτή την ηλικιακή ομάδα [54].

Εκτός των παραπάνω, φαίνεται να επηρεάζονται και οι ερωτικές τους σχέσεις, καθότι είτε εμφανίζουν υπερβολική καχυποψία απέναντι στο άλλο φύλο, είτε δυσκολεύονται να διατηρήσουν σταθερές σχέσεις στην ενήλική τους ζωή επιλέγοντας το λάθος σύντροφο¹ ή μπορεί τα ίδια τα παιδιά στην ενηλικίωσή τους να επαναλαμβάνουν το μοτίβο της ενδοοικογενειακής κακοποίησης [55].

Πέρα από τα παραπάνω, τα παιδιά, ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας, μπορεί επίσης να τραυματιστούν κατά λάθος, μερικές φορές σοβαρά, ως ακούσια θύματα ενδοοικογενειακής βίας [56]. Τα μεμονωμένα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας, φαίνεται να επηρεάζουν το παιδί με τρόπο τέτοιο ώστε να εμφανίζει συμπτώματα μετατραυματικού στρες [57]. Αντίθετα, τα παιδιά που έχουν βιώσει μακροχρόνια ή επαναλαμβανόμενη ενδοοικογενειακή βία εκδηλώνουν μια πιο περίπλοκη κλινική εικόνα.

Οι επιπτώσεις της κακοποίησης των γυναικών από το σύντροφο έχουν αντίκτυπο όχι μόνο στην οικογένεια αλλά και γενικότερα στην κοινωνία. Τα παιδιά των γυναικών αυτών, που εκτίθενται στη βία, όπως αναφέραμε και παραπάνω, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν τα ίδια θύματα ή θύτες, αναπαράγοντας κατά αυτό τον τρόπο τον κύκλο της βίας. Με βάση μάλιστα τις αυξανόμενες αποδείξεις από μελέτες που διεξάγονται σε όλο τον κόσμο, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ενδοοικογενειακή βία παρεμποδίζει σημαντικά και την οικονομική ανάπτυξη και την ανάπτυξη [58].

Η κακοποίηση δημιουργεί μια ατμόσφαιρα φόβου, περιορίζοντας τις γυναίκες, οι οποίες δεν έχουν ελευθερία κινήσεων και δεν έχουν και την ικανότητα να συμμετέχουν στη δημόσια λήψη αποφάσεων, πλήττοντας με αυτό τον τρόπο και το βιοτικό τους επίπεδο. Κατά αυτό τον τρόπο, η κοινωνία αποδυναμώνεται πολιτικά, οικονομικά και πολιτισμικά. Από αυτή την απομόνωση των γυναικών η κοινωνία πλήττεται, καθότι έχουμε απώλεια εργατοωρών, ιατρικής δαπάνης και απώλειας εσόδων. Το έμμεσο κόστος από τον περιορισμό του ενεργητικού ρόλου, που μπορούν να αναλάβουν οι γυναίκες στην ανάπτυξη της τοπικής τους κοινωνίας, καταλήγει τελικά να είναι ανυπολόγιστο [59].

Από διάφορες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, βρέθηκε ότι οι γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση, δεν είναι το ίδιο παραγωγικές και δεν έχουν την ίδια γενική υγεία, αντοχή και προσοχή με γυναίκες, που δεν έχουν υποστεί κακοποίηση και ως εκ τούτου επηρεάζεται το ΑΕΠ και η οικονομική ανάπτυξη [60]. Η μείωση της παραγωγικότητας στο χώρο της εργασίας είναι αποτέλεσμα της μειωμένης αυτοεκτίμησης, της κατάθλιψης, των αυξημένων επιπέδων του στρες και άλλα θέματα ψυχικής και σωματικής υγείας που απορρέουν από τη βία που βιώνουν στο πλαίσιο του σπιτιού [61]. Οι απουσίες λοιπόν από το χώρο εργασίας και η μειωμένη παραγωγικότητα με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και σε απώλεια της θέσης εργασίας [62]. Από την άλλη η σχέση μεταξύ της κακοποίησης των γυναικών

και η χρήση της υγειονομικής περίθαλψης είναι εμφανής, δυσχεραίνοντας για άλλη μια φορά κατά αυτό τον τρόπο την οικονομία ενός κράτους [63].

Αναγνωρίζοντας, λοιπόν, τη διάχυτη φύση του προβλήματος, οι ερευνητές έχουν αρχίσει όλο και περισσότερο να εξετάζουν τις οικονομικές επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής βίας, τόσο από την άποψη του οικονομικού κόστους στα θύματα, όσο και από τον ευρύτερο αντίκτυπο στις εθνικές οικονομίες. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορες χώρες έχουν προσπαθήσει να ποσοτικοποιήσουν τις συνολικές οικονομικές δαπάνες της ενδοοικογενειακής βίας. Ενδεικτικά, μια μελέτη του 2003 από το CDC εκτίμησε ότι η ενδοοικογενειακή βία κοστίζει στην οικονομία των ΗΠΑ περισσότερα από \$ 5,8 δις. μέσα σε ένα χρόνο [64]. Ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο, η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ενδοοικογενειακή βία κοστίζει στους ιδιώτες, το κράτος και στις επιχειρήσεις 23 δισεκατομμύρια £ ετησίως [65]. Επιπλέον, διάφορες μελέτες σε διάφορες αναπτυσσόμενες χώρες, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι επιπτώσεις που έχει στην υγεία των γυναικών, έχει επιπτώσεις και στην αναπαραγωγική υγεία [66].

Καταληκτικά, το κόστος της ενδοοικογενειακής βίας φαίνεται να είναι πολύ μεγάλο τόσο για την ίδια γυναίκα που πέφτει θύμα βίας στο πλαίσιο της ίδιας της, της οικογένειας και για το παιδί-μάρτυρα, αλλά και θύμα σε κάποιες περιπτώσεις και για την κοινωνία. Σωματικές και ψυχολογικές βλάβες, θάνατοι, αύξηση της χρήσης υπηρεσιών υγείας, αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών και των δημοσίων δαπανών για την υγεία, τραυματισμοί βρεφών ή μικρών παιδιών, αύξηση των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων, ψυχολογικές επιπτώσεις στα παιδιά, αύξηση στη ζήτηση νοσοκομειακών, κοινωνικών και σωφρονιστικών υπηρεσιών, είναι μόνο λίγα από αυτά που έχουν σημειωθεί στα αποτελέσματα ερευνών παγκοσμίως τις τελευταίες δεκαετίες. Η χειρότερη κοινωνική επίπτωση όμως είναι η αναπαραγωγή της βίας μέσω των παιδιών, η οποία υπονομεύει ολόκληρες γενεές. Τα παιδιά που βιώνουν σκληρές ενδοοικογενειακής βίας έχουν περισσότερες πιθανότητες, να γίνουν η επόμενη γενιά θυμάτων ή θυτών και να αναπτύξουν παραβατική συμπεριφορά με συνηθισμένες μορφές τη χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ, τη φυγή από το σπίτι και τα πολλαπλά προβλήματα στο σχολείο, καθιστώντας έτσι επιτακτική την ανάγκη μιας ολιστικής παρέμβασης και μείωσης τέτοιων περιστατικών.

1.4. Ο ρόλος του στρες

Στην εποχή μας, λόγω των γρήγορων ρυθμών και των αμέτρητων απαιτήσεων που κατακλύζουν τη ζωή μας, το στρες έχει συνδεθεί αναπόσπαστα με την ανθρώπινη δραστηριότητα. Αν και σε κανονικά επίπεδα, το στρες είναι ένας υγιής και έμφυτος μηχανισμός, που σκοπό έχει να βοηθήσει τον άνθρωπο να επιβιώσει και να ανταπεξέλθει σε δύσκολες και επικίνδυνες καταστάσεις, αρχίζει αυτό να αποτελεί πρόβλημα και να γίνεται επιβλαβές, όταν το βιώνει το άτομο σε μεγάλη ένταση και για μεγάλες χρονικές περιόδους και η αντίδραση του υποκειμένου σε αυτό ξεπερνά τα φυσιολογικά επίπεδα και αρχίζει να προκαλεί έντονη δυσφορία και δυσκολίες στην καθημερινή ζωή. Επομένως το να μπορεί το άτομο να διαχειρίζεται σωστά και αποτελεσματικά το στρες, είναι μέγιστης σημασίας στην εποχή μας, καθότι οι επιπτώσεις του στρες, αφού οι επιπτώσεις του στην ψυχολογική και οργανική μας υγεία είναι τεράστιες.

Για την κατανόηση του όρου, αλλά και κατ' επέκταση του ρόλου του στρες στη ζωή του ανθρώπου, πολλοί επιστήμονες έχουν επιχειρήσει να το εξηγήσουν, ο καθένας από την δική του οπτική γωνία. Η δυσκολία της περιγραφής του όρου και η διαδεδομένη καθημερινή του χρήση από μια μεγάλη μερίδα ανθρώπων, οδηγεί σε ασάφειες σχετικά με το πώς το σώμα ανταπεξέρχεται με τις ψυχοκοινωνικές, περιβαλλοντικές και φυσικές προκλήσεις [67,68]. Ανάμεσα στους ορισμούς που έχουν διατυπωθεί τα τελευταία χρόνια, οι οποίοι προσπαθούν να εξηγήσουν το ρόλο του στρες στη ζωή του ανθρώπου, αξίζει να αναφέρουμε τον ορισμό του Γεώργιου Χρούσου, που στρες είναι «η κατάσταση απειλής ή θεωρούμενης απειλής της ομοιόστασης, η οποία αποκαθίσταται μέσα από ένα σύνθετο πλέγμα συμπεριφορικών και φυσιολογικών ανταποκρίσεων προσαρμογής του οργανισμού». Το στρες, δηλαδή είναι άμεσα συνδεδεμένο με την ομοιόσταση, δηλαδή την αρμονική ισορροπία, σωματική και ψυχική, που έχει ένα ανθρώπινο ον. Νόσος είναι η έλλειψη αυτής της αρμονίας. Επομένως το στρες δεν είναι τίποτα άλλο από έναν μηχανισμό που βοηθάει τον άνθρωπο επιβιώσει και να ανταπεξέλθει σε δύσκολες καταστάσεις. Εξαρτάται από την ερμηνεία που δίνει ο κάθε άνθρωπος σε κάθε ερέθισμα [68,69,70].

Εν συντομία, η ενεργοποίηση του συστήματος του στρες και η ένταση με την οποία το βιώνει το κάθε άτομο, εξαρτάται από την ερμηνεία που δίνει ο άνθρωπος στα εξωτερικά ερεθίσματα. Το στρες είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του ατόμου και του περιβάλλοντός του. Ο κάθε άνθρωπος έχει διαφορετική αντίδραση

απέναντι στο στρες και ενώ για κάποιον μπορεί μια κατάσταση να είναι αντιμετωπίσιμη, για κάποιον άλλον η ίδια κατάσταση μπορεί να είναι εξαιρετικά δύσκολη και μη ανεχτή. Μπορεί μια κατάσταση να είναι πρόκληση ή και απειλή, είτε πραγματική είτε αντιλαμβανόμενη. Το αν μια κατάσταση θα χαρακτηριστεί ως στρεσογόνα για το άτομο, εξαρτάται από την εκτίμηση που θα κάνει το ίδιο και το αν πιστεύει ότι υπάρχει αναντιστοιχία στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, στις οποίες πρέπει να ανταποκριθεί, και στους πόρους/μέσα, που αυτό διαθέτει. Το άτομο νοηματοδοτεί και ερμηνεύει το κάθε εξωτερικό ερέθισμα, βασιζόμενος στην υποκειμενική του εμπειρία και γνώσεις. Από τα παραπάνω, μπορούμε να καταλάβουμε ότι το στρες εμπεριέχει τον παράγοντα της υποκειμενικότητας και κατ' επέκταση μπορεί να βιώνεται και να αντιμετωπίζεται διαφορετικά απ' τον καθένα [77].

Στον ανθρώπινο οργανισμό υπάρχουν τμήματα στον εγκέφαλο και την περιφέρεια, καθώς και ουσίες, οι μεσολαβητές του στρες, που τον βοηθούν να ανταποκριθεί στα στρεσογόνα ερεθίσματα και να επαναφέρει την υγιή ομοιόσταση ή εύσταση. Πιο συγκεκριμένα, μόλις η αμυγδαλή στον εγκέφαλο εντοπίσει την "απειλή" (στρεσογόνο παράγοντα), ενεργοποιεί αυτόματα τον υποθάλαμο του εγκεφάλου, ο οποίος απελευθερώνει χημικές ουσίες που κατευθύνονται στην υπόφυση και στόχο έχουν την ενεργοποίησή της. Η υπόφυση, στη συνέχεια ενεργοποιεί τα επινεφρίδια (πάνω από τα νεφρά), και αυτά εκκρίνουν με τη σειρά τους διάφορες στεροειδείς ουσίες (στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η κορτιζόλη, η λεγόμενη "ορμόνη του στρες") και αδρεναλίνη, η οποία στόχο έχει να τροφοδοτηθεί το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και να ενεργοποιήσει την έλευση σακχάρων από όλο το σώμα ώστε να παραχθεί η κατάλληλη ποσότητα ενέργειας για την αντιμετώπιση της «απειλής» [70,71,72].

Ως στρεσογόνος παράγοντας μπορεί να θεωρηθεί κάθε εξωτερικό ερέθισμα το οποίο προκαλεί στρες. Οι στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να είναι φυσικοί ή ψυχολογικοί, οξείς ή χρόνιοι, καθημερινά μικρά γεγονότα ή σοβαρές αλλαγές της ζωής. Πιο επιβλαβείς για την υγεία είναι οι χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες και οι καθημερινές μικροενοχλήσεις του περιβάλλοντος [69]. Παράγοντες οι οποίοι εντοπίζονται στο εξωτερικό περιβάλλον του ατόμου και δεν μπορούν ουσιαστικά να ελεγχθούν από αυτόν, ονομάζονται εξωτερικοί, ενώ παράγοντες που ουσιαστικά κατασκευάζονται από το άτομο ή ελέγχονται από αυτό, ονομάζονται εσωτερικοί. Παραδείγματα εξωτερικών παραγόντων σχετίζονται με το φυσικό περιβάλλον, τα

μεγάλα και απρόσμενα συχνά γεγονότα ζωής του ατόμου αλλά και τους καθημερινούς μικροπαράγοντες κινδύνου. Οι εσωτερικοί παράγοντες είναι σχετικοί με τις διάφορες επιλογές που κάνει το άτομο στον τρόπο ζωής του, αλλά και με ψυχοεσωποσωπικές επιρροές του. Στα γεγονότα ζωής μπορούμε να συμπεριλάβουμε και χαρούμενες και θλιβερές στιγμές και αλλαγές. (πένθος, γάμος, διακοπές κ.τ.λ.) Στους καθημερινούς μικροπαράγοντες κινδύνου εντάσσονται η κυκλοφορική συμφόρηση, οι συγκρούσεις, η έλλειψη χρόνου κτλ. Οι καθημερινοί μικροπαράγοντες δρουν αθροιστικά και είναι δυνατόν να προκαλέσουν πιο πολλά προβλήματα υγείας σε αντίθεση με τα μεγάλα γεγονότα ζωής.

Είναι δυνατόν, να κάνουμε κάποιες κατηγοριοποιήσεις του στρες, ανάλογα με τα διάφορα κριτήρια. Οι υποκατηγορίες αυτές προκύπτουν ανάλογα με τη διάρκεια του στρεσογόνου παράγοντα είναι [73]:

- Χρόνιο στρες (Chronic stress). Στρες που χαρακτηρίζεται από μεγάλη διάρκεια και έχει ως αποτέλεσμα την εξάντληση της ανταπόκρισης του οργανισμού και την απορρύθμισή του.
- Οξύ στρες (Acute stress). Αναφερόμαστε στην ενεργοποίηση του συστήματος του στρες, με τη διαφορά ότι όταν απομακρυνθεί ο στρεσογόνος παράγοντας ο οργανισμός επιστρέφει στα αρχικά επίπεδα [74].

Το στρες μπορεί να κατηγοριοποιηθεί και ανάλογα με τις συνέπειες που προκαλούνται από τα στρεσογόνα γεγονότα:

- Εύστρες (eustress). Το επονομαζόμενο και ως επιθυμητό στρες (desirable stress) ή και το καλό στρες (good stress). Το στρες λειτουργεί ευεργετικά και έχει διεγερτικό και αναζωογονητικό αποτέλεσμα για το άτομο. Μπορεί να λειτουργήσει και ως κινητήρια δύναμη.
- Μη επιθυμητό στρες/κακό στρες /Distress (undesirable stress, bad stress). Όταν το στρες έχει σωματικές, ψυχολογικές και συμπεριφορικές επιπτώσεις για τον οργανισμό. Θα μπορούσαμε να την χαρακτηρίσουμε ως η εσωτερική πίεση από κάποιον εξωτερικό στρεσογόνο παράγοντα [75].

Τέλος το στρες μπορεί να κατηγοριοποιηθεί:

- Το σωματικό στρες (physical stress). Εδώ αναφερόμαστε, κυρίως, στην ασυνήθιστη και υπερβολική προσπάθεια του σώματος καθώς και σε σωματικές συνθήκες που ακολουθούν το στρες. Αυτό χωρίζεται στη συνεχή παραγωγή ορμονών, ώστε το σώμα να είναι σε θέση να αντισταθεί, με σκοπό την αυξημένη αντίσταση του σώματος και σε μια έκτακτη ανάγκη που παρουσιάζεται ως σωματική βλάβη.
- Το ψυχολογικό στρες (psychological stress). Το στρες αυτό είναι αποτέλεσμα της πρόβλεψης ενός κινδύνου ή της κατασκευής ενός φανταστικού κινδύνου.
- Το κοινωνικό στρες (social stress). Το στρες αυτό προκύπτει από τις επιπτώσεις ατόμου- κοινωνίας, με κατεύθυνση προς το άτομο ή προς την κοινωνία [76].

Σε γενικές γραμμές, είναι φανερό ότι το στρες είναι μια ψυχοβιολογική διεργασία, η οποία αποτελείται από το ερέθισμα, την ερμηνεία και την αντίδραση. Το στρες δεν είναι τίποτα άλλο από μία απαίτηση για αλλαγή προσωρινή ή μόνιμη. Στην απαίτηση αυτή το άτομο καλείται να αναδιοργανωθεί και να αγωνιστεί, για να εξασφαλίσει μια νέα ισορροπία, μια νέα προσαρμογή. Αν δεν το καταφέρει, θα αποδιοργανωθεί ή θα βρει άλλους αντισταθμιστικούς μηχανισμούς για να μετριάσει την ένταση του στρεσογόνου ερεθίσματος (αυτοί οι μηχανισμοί μπορεί να είναι είτε επιβλαβείς για την υγεία του, όπως π.χ. το κάπνισμα, είτε ευεργετικές όπως π.χ. οι τεχνικές χαλάρωσης).

Οι γυναίκες γίνονται συχνά θύματα βίας στο πλαίσιο του γάμου ή μιας συμβίωσης και τις περισσότερες φορές οι σύντροφοι των γυναικών δεν έχουν κάποια ποινική ή άλλη συνέπεια. Τα περιστατικά που καταγράφονται, είναι πολύ λίγα, συγκριτικά με τα εκτιμώμενα περιστατικά. Τα προβλήματα, όμως που συχνά είναι η αιτία, ώστε γίνεται δύσκολη η καταγραφή των κρουσμάτων βίας στο πλαίσιο του σπιτιού, είναι δύο: το πρώτο είναι η δυσκολία διατύπωσης ενός κοινού ορισμού ενδοοικογενειακής βίας και το δεύτερο η σύγκριση στοιχείων από πολλές και διαφορετικές χώρες (κοινωνικό-πολιτισμικά συστήματα που συνηγορούν στη συντήρηση ή επικράτηση του φαινομένου και το νοσηματοδοτούν) [77,78].

Η βία αυτή συνήθως παραμένει κρυφή, κάτω από το πέπλο σιωπής του οικογενειακού βίου και για άλλο λόγο. Πολλές γυναίκες δυσκολεύονται να καταγγείλουν την κακοποίησή που υφίστανται και παγιδεύονται στη σιωπή, κάτι που

άτυπα νομιμοποιεί τη βία μέσα στα πλαίσια της οικογένειας., Ένας από τους λόγους της σιωπής αυτής είναι η ντροπή και ο φόβος για το κοινωνικό στίγμα και για τις αντιδράσεις του κοινωνικού περιγύρου. Άλλος λόγος είναι ότι οι γυναίκες ασυνείδητα αποδέχονται την υποδεέστερη θέση και τη βία από τον άνδρα, καθώς έχουν μεγαλώσει μέσα σε μια οικογένεια που είχε πατριαρχική δομή και συνηθιζόταν ο άντρας να διαθέτει περισσότερη δύναμη, μέσα επιβολής και τελικά περισσότερα προνόμια από τις γυναίκες. Πολλές αρνούνται να παραδεχτούν την κατάσταση καθότι φοβούνται ότι έχουν αποτύχει στον, επιβληθέντα από την κοινωνία, ρόλο της καλής συζύγου. Άλλες δεν καταφεύγουν σε κάποια δομή για βοήθεια και υπομένουν τη βία λόγω της μη οικονομικής του ανεξαρτησίας είτε γιατί πιστεύουν ότι η κατάσταση κάποτε θα βελτιωθεί. Αμέτρητες είναι οι περιπτώσεις των γυναικών που πέφτουν θύματα του συντρόφου τους, οι οποίοι άλλοτε εμφανίζονται τρυφεροί και γαλήνιου και άλλοτε έχουν ξεσπάσματα θυμού και βίας [79,80].

Κάτω από τις συνθήκες της κακοποίησης η συμβίωση και μόνο επιτείνει το στρες που αισθάνονται οι γυναίκες. Το στρες αυτό, που είναι χρόνιο και καθημερινό είναι επιβλαβές για την υγεία και πολλές φορές είναι η αιτία εμφάνισης σωματικών και ψυχικών ασθενειών. Η υποτίμηση, τα προσβλητικά λόγια, η περιφρόνηση, η σωματική βία, η απόρριψη και η συναισθηματική και οικονομική εξάρτηση προκαλούν στρες στη γυναίκα η οποία συχνά αισθάνεται ότι βρίσκεται σε αδιέξοδο [9].

Σε έρευνες έχει εξεταστεί η σχέση ψυχολογικού distress και κακοποίησης και έχει αποδειχτεί η συσχέτιση. Οι γυναίκες αυτές συχνά αντιμετωπίζουν κοινωνική αδυναμία προσαρμογής, προσωπική και κοινωνική απώλεια πόρων, αυξημένη νοσηρότητα [81].

Σε άλλες έρευνες συνδέεται η κακοποίηση με την μείωση της αυτοεκτίμησης. Η βία, συναισθηματική, λεκτική ή σωματική, μειώνει την αυτοεκτίμηση και αυξάνει το στρες [82-85].

Σε σύγκριση με μη-κακοποιημένες γυναίκες, οι γυναίκες που βιώνουν ενδοοικογενειακή βία πλήττονται δυσανάλογα από το στρες, την ψυχολογική δυσφορία και την κατάθλιψη. Σε μια μετα-ανάλυση που διερευνά τις ψυχικές διαταραχές, από τις οποίες υποφέρουν οι γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας, βρέθηκε ότι υποφέρουν από στρες, το ποσοστό του οποίου είναι τόσο υψηλό της τάξεως του 84% (σταθμισμένος μέσος όρος 64%) και τα ποσοστά της κατάθλιψης τόσο υψηλά της τάξεως του 69% [11,70].

Στο γενικό πληθυσμό τα ποσοστά αυτά κυμαίνονται 10% και 21%, αντίστοιχα [86]. Τέλος, έχει διαπιστωθεί ότι η κυριότερη μορφή στρες που πλήττει τις κακοποιημένες γυναίκες, είναι το Μετατραυματικό Στρες (PTSD). Οι γυναίκες θύματα βίας στη συζυγική τους ζωή, όπως και κάθε πρόσωπο που εκτίθεται κατ' επανάληψη σε τραυματισμούς, μπορεί να παρουσιάσουν καιρό μετά το χωρισμό, διαταραχές μετατραυματικού στρες (δυσκολία ύπνου, ύπνος ελαφρύς με εναγώνια ξυπνήματα στον παραμικρό θόρυβο, εφιάλτες που φέρνουν στο προσκήνιο το παρελθόν, αγχώδεις αναβιώσεις του τραυματικού γεγονότος κ.α.) [87-90]. Η σχέση μεταξύ συντροφικής βίας (ΒΕΣ) και του μετατραυματικού στρες έχει εδραιωθεί στη βιβλιογραφία. Ψυχολογική, σωματική και σεξουαλική συντροφική βία έδειξαν σημαντική συσχέτιση με υψηλής σοβαρότητας συμπτώματα του στρες και με τη διαταραχή του μετατραυματικού στρες [91].

Οι ίδιες οι γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση ανέφεραν ότι ως επί το πλείστον υπέφεραν από καταθλιπτικά συμπτώματα, είχαν τάσεις αυτοκτονίας και έκαναν υπέρμετρη χρήση ψυχοφαρμάκων. Οι στρεσογόνοι παράγοντες, που ταύτιζαν με τα αίτια της κακοποίησης ήταν οι οικονομικές δυσχέρειες, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ή αλκοόλ, η διακίνηση παράνομων ουσιών από το σύντροφο, η απώλεια της εργασίας και οι ψυχικές διαταραχές. Ακόμη σημείωσαν την αναζήτηση μόνιμης εργασίας, τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών, τη διαχείριση και το συντονισμό οικογενειακών θεμάτων γενικότερα [92].

Οι γυναίκες που έχουν υποστεί επανειλημμένες επιθέσεις από το σύντροφο και πολλαπλούς τύπους θυματοποίησης παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες χρήσης ναρκωτικών και περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας από τις γυναίκες που έχουν βιώσει ένα μόνο επεισόδιο της θυματοποίησης [93].

Αποτελέσματα του έντονου στρες που βιώνουν οι γυναίκες στα πλαίσια μιας κακοποιητικής σχέσης, μπορεί να είναι οι ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, κακό πρόγραμμα ύπνου, κακή διατροφή, υπερβολικός φόρτος εργασίας και έλλειψη σωματικής άσκησης. Τα άτομα που βιώνουν στρες, προβαίνουν σε τέτοιου είδους συμπεριφορές θεωρώντας ότι αυτές δρουν αντισταθμιστικά και ότι θα τους χαλαρώσουν. Αντίθετα οι συμπεριφορές αυτές έχουν αρνητικές και συχνά μη αναστρέψιμες επιπτώσεις στην υγεία [94].

Το στρες επιδρά στο ανοσοποιητικό, ενδοκρινικό και το κεντρικό νευρικό σύστημα, με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαταραχών όπως η παχυσαρκία, η υπέρταση,

ο διαβήτης κ.τ.λ. Η απελευθέρωση της κορτιζόλης αυξάνει τα επίπεδα της γλυκόζης (η έκκριση της οποίας γίνεται από το ήπαρ) με σκοπό την άμεση παραγωγή σωματικής ενέργειας. Το παραπάνω υποδηλώνει, ότι σε περιπτώσεις που κάποια άτομα έρχονται αντιμέτωπα με το στρες, έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφανίσουν διαβήτη. Το σώμα χρειάζεται, επίσης, περισσότερο οξυγόνο, με αποτέλεσμα την αλλαγή του ρυθμού της αναπνοής, η οποία γίνεται πιο γρήγορη και ρηχή. Σε άτομα που έχουν δυσκολία στην αναπνοή το παραπάνω είναι δυνατόν να προκαλέσει δύσπνοια. Το στρες αυξάνει επίσης τη φλεγμονή, κάτι που είναι δυνατόν να ενεργοποιήσει τις κρίσεις άσθματος. Η ροή του αίματος αυξάνεται και καθοδηγείται προς τους μυς, καθώς το σώμα ετοιμάζεται για “μάχη”. Είναι πολύ πιθανόν να αρχίσει εφίδρωση, καθώς σε περίπτωση φυγής πρέπει το σώμα να παραμείνει δροσερό. Επίσης, το στρες μπορεί να επιδεινώσει ορισμένες παθήσεις του δέρματος, όπως η ψωρίαση ή τα εξανθήματα. Σε κάποιες περιπτώσεις το στρες είναι υπεύθυνο για την απελευθέρωση ισταμίνης, η οποία προκαλεί μία φλεγμονώδη αντίδραση που εκδηλώνεται διάφορα εξανθήματα. Σε περιπτώσεις έντονου στρες, η γαστρεντερική λειτουργία μειώνεται, για καλύτερη κατανομή της ενέργειας του σώματος, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της πέψης των τροφών και την απορύθμιση της δραστηριότητας του εντέρου. Το χρόνιο στρες μπορεί να οδηγήσει σε δυσκοιλιότητα, διάρροια, δυσπεψία, παλινδρόμηση ή φούσκωμα. Η κατανάλωση επίσης θερμιδογόνων τροφών, θα προκαλέσουν την απελευθέρωση σεροτονίνης, η οποία προκαλεί ευφορία στο άτομο και μειώνει για μικρό χρονικό διάστημα το στρες που αυτό βιώνει. Μπορεί μακροπρόθεσμα όμως, να προκαλέσει παχυσαρκία και διάφορα προβλήματα υγείας (διαβήτης, θρόμβωση αρτηριών κτλ). Τα αυξημένα επίπεδα της κορτιζόλης έχουν συνδεθεί με την κοιλιακή παχυσαρκία. Η κορτιζόλη μπορεί να αυξήσει την ποσότητα του λιπώδους ιστού στο σώμα, διευρύνοντας το μέγεθος των λιποκυττάρων. Το συμπαθητικό σύστημα ενεργοποιείται και η καρδιά αντλεί αίμα με πιο γρήγορους ρυθμούς. Αρχικά οι αλλαγές είναι αναστρέψιμες και λειτουργικές. Σε περιπτώσεις, όμως, χρόνιου στρες, επιφέρει αλλαγές που είναι μη αναστρέψιμες. Ο κίνδυνος καρδιακής νόσου αυξάνεται, καθώς και καρδιακής προσβολής ή και εγκεφαλικού επεισοδίου. Το ανοσοποιητικό σύστημα υπολειτουργεί προσωρινά, λόγω της “επιφυλακής” που βρίσκεται το σώμα, αυξάνοντας την ευπάθεια του. Το στρες μπορεί να αυξήσει τη φλεγμονή, που επιβαρύνει ένα ήδη επιβαρυνόμενο ιατρικό ιστορικό. Οι ορμόνες του οργανισμού, όπως είναι η αδρεναλίνη και η κορτιζόλη, μπορούν να προκαλέσουν αγγειακές αλλαγές, οι οποίες

«μεταφράζονται» σε πονοκεφάλους ή ημικρανίες διαρκείας. Επιπλέον, το άγχος προκαλεί ένταση στους μυς, οι οποίοι δυσχεραίνουν τις ημικρανίες [95,96,97].

Δε θα μπορούσαμε να μην αναφέρουμε επίσης τα αρνητικά συναισθήματα (θυμός, απογοήτευση, εκνευρισμός, θλίψη κ.τ.λ.), τις αρνητικές συμπεριφορές (παρορμητικότητα, αποφυγή, επιθετικότητα κ.τ.λ.), τις σωματικές αντιδράσεις (εφίδρωση, ταχυπαλμία, κόπωση κ.τ.λ.), καθώς και τις αρνητικές σκέψεις (θα αποτύχω, δε θα τα καταφέρω κ.τ.λ.) [98].

Το στρες παίζει σημαντικό ρόλο και στην εξέλιξη της κατάθλιψης, καθώς επιδρά στη συμπεριφορά των ατόμων. Συγκεκριμένα, συνδέεται με διάφορες καταθλιπτικές συμπεριφορές, σε τέτοιο βαθμό που μπορούμε να πούμε ότι όχι μόνο την προκαλεί αλλά ίσως ενισχύει και την εξέλιξή της [99].

Το στρες μπορεί επίσης στην ουσία να συρρικνώσει τον εγκέφαλο, μειώνοντας τη φαιά ουσία, στις περιοχές που συνδέονται με το συναίσθημα και τις ψυχολογικές λειτουργίες. Αυτό έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς οι αλλαγές στη φαιά ουσία μπορεί να είναι ένα πρώιμο σημάδι για μελλοντικά ψυχολογικά προβλήματα [100].

Το στρες επηρεάζει αρνητικά και την φυσιολογία του ύπνου, επιδρά στην ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε χρόνιες μορφές αϋπνίας [101].

Είναι, επίσης, γνωστό ότι στρεσογόνες εμπειρίες μπορεί να επηρεάσουν τις διαδικασίες μάθησης και μνήμης. Όταν ο οργανισμός εκκρίνει περισσότερη κορτιζόλη από όση χρειάζεται, εμποδίζει τον εγκέφαλο να διαμορφώσει νέες μνήμες. Κατά τη διάρκεια μιας οξείας κρίσης στρες, η ορμόνη παρεμβαίνει στους νευροδιαβιβαστές, τις χημικές ουσίες, που χρησιμοποιούν τα κύτταρα του εγκεφάλου για να επικοινωνούν μεταξύ τους. Αυτή η διαδικασία μπορεί να προκαλέσει δυσκολία στο άτομο να σκεφτεί σωστά ή να ανακτήσει μνήμες [102].

Οι ερευνητές ανακάλυψαν επίσης ότι το στρες βοηθά τα καρκινικά κύτταρα να επιβιώσουν από τα αντικαρκινικά φάρμακα. Το στρες φαίνεται να καθιστούν τα αντικαρκινικά φάρμακα λιγότερο αποτελεσματικά και τα καρκινικά κύτταρα φαίνονται να ενισχύονται από την αδρεναλίνη που παράγει ο οργανισμός σε καταστάσεις έντονου στρες [103].

Από την άλλη οι τεχνικές διαχείρισης του στρες παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα στα κύτταρα του ανοσοποιητικού τους συστήματος και κατ' επέκταση στην πορεία του καρκίνου [104].

Οι περισσότεροι ειδικοί της ψυχικής υγείας ήδη γνωρίζουν εδώ και πολλά χρόνια από την άμεση κλινική τους εμπειρία, ότι τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών ενηλίκων πελατών τους που υποφέρουν από αγχώδεις διαταραχές οφείλονται κατά κύριο λόγο σε τραυματικά επεισόδια σωματικής ή / και συναισθηματικής κακοποίησης που βίωσαν κατά τη διάρκεια του γάμου τους ή της συμβίωσης τους με το σύντροφό τους. Καταληκτικά η κακοποίηση είναι από τις κυριότερες αιτίες άγχους καθώς και άλλων ψυχολογικών και συναισθηματικών προβλημάτων [105]. Και από τα παραπάνω γίνεται εμφανής η ανάγκη να λυθεί το πρόβλημα με βασικό στόχο των κοινωνιών σήμερα να είναι η πρόληψη του φαινομένου, η οποία ξεκινά με την ανίχνευση της «ρίζας» του προβλήματος.

1.5. Παρεμβάσεις που εμπεριέχουν το στρες σε κακοποιημένες γυναίκες

Σε διάφορες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο εξωτερικό αλλά και στην Ελλάδα, έχει βρεθεί ότι ορισμένες τεχνικές διαχείρισης του στρες είναι δυνατόν να μειώσουν τα συμπτώματα του στρες και επιπλέον και τα αρνητικά αποτελέσματα του στρες, σε γυναίκες που έχουν βιώσει την ενδοοικογενειακή βία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η χρήση της τεχνικής “συναισθηματικής ενσυνειδητότητας” (mindfulness) με σκοπό τη μείωση του στρες που βιώνει μια κοινότητα γυναικών χαμηλού εισοδήματος, αφρικανικής αμερικάνικης καταγωγής, με ιστορικό ενδοοικογενειακής συντροφικής βίας, η οποία έχει παρουσιάσει συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Τα αποτελέσματα αυτής της πιλοτικής τυχαιοποιημένης κλινικής μελέτης (RCT) είναι πολύ ενθαρρυντικά [106].

Άλλες έρευνες δείχνουν ότι για να έχουμε τα βέλτιστα αποτελέσματα όσον αφορά την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση της βίας, που προέρχεται από το σύντροφο, θα πρέπει να συμπεριλάβουμε και να διδάξουμε στις γυναίκες τεχνικές διαχείρισης του θυμού και του στρες [107].

Γενικότερα, έχει βρεθεί ότι η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα και να ανακουφίσει τους ασθενείς γενικότερα, αλλά και ειδικότερα τις κακοποιημένες γυναίκες, από αγχώδεις διαταραχές, ψυχοσωματικές διαταραχές, βουλιμία, προβλήματα ελέγχου του θυμού, και γενικά το στρες [108]. Πιο πρόσφατες έρευνες νέων προγραμμάτων με εναλλακτικό περιεχόμενο έχουν δείξει ελπιδοφόρα αποτελέσματα. Μεταξύ αυτών των παρεμβάσεων για τα θύματα

επιζώντες της ενδοοικογενειακής βίας, μια σειρά από θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν αποδειχθεί ότι παράγουν βελτιώσεις στην συναισθηματική λειτουργία, με τα πιο θετικά αποτελέσματα να τα παρουσιάζει η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) [109].

Οι πρακτικές νου-σώματος (όπως η γιόγκα, Taichi, τσιγκόνγκ, η συναισθηματική ενσυνειδητότητα, ο διαλογισμός και οι διαφραγματικές αναπνοές), απασχολούν όλο και περισσότερο στη θεραπεία της μετατραυματικού στρες και συνδέονται με θετικές επιπτώσεις για το στρες που προκαλείται από την βία που έχουν υποστεί γυναίκες από το σύντροφό τους. Η χρήση αυτών των πρακτικών νου-σώματος, έχουν πολλαπλές θεραπευτικές επιδράσεις στις αντιδράσεις του στρες, συμπεριλαμβανομένων της μείωσης του στρες, της κατάθλιψης και του θυμού, και αυξάνουν την ανοχή στον πόνο, την αυτοεκτίμηση, τα επίπεδα ενέργειας, την ικανότητα χαλάρωσης, και την ικανότητα να αντιμετωπίσης στρεσογόνων καταστάσεων [110].

Οι διαφραγματικές αναπνοές και η προοδευτική χαλάρωση των μυών, δύο φορές την ημέρα, έδειξε ότι το στρες μειώθηκε σημαντικά μετά από 8 εβδομάδες ξεκούρασης, σε γυναίκες με ιστορικό συντροφικής κακοποίησης, αλλά δεν παρατηρήθηκαν σημαντικά αποτελέσματα για τις ώρες ύπνου, το κέντρο ελέγχου της υγείας, την κατάθλιψη και τους τρόπους αντιμετώπισης του στρες, που το άτομο χρησιμοποιεί [111].

Η ψυχο-εκπαίδευση, ο έλεγχος της αναπνοής, η εκπαιδευτική κατάρτιση για τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης, η γνωστική αναδόμηση, η εκμάθηση της επίλυσης προβλημάτων, ο σχεδιασμός ευχάριστων δραστηριοτήτων, καθώς και η πρόληψη των υποτροπών, σε θεραπεία που διεξήχθη σε 8 εβδομαδιαίες συνεδρίες, δείχνουν μια έντονη μείωση στα μετατραυματικά, καταθλιπτικά και σχετιζόμενα με το στρες συμπτώματα, τα οποία συνέχισαν και μετά το πέρας 12 μηνών από την παρέμβαση [112].

Με βάση την πεποίθηση ότι η θεραπεία από τη βία είναι μια κοινωνική, πνευματική, πολιτιστική και ψυχολογική διαδικασία σχεδιάστηκε από τους ερευνητές μια θεραπευτική προσέγγιση, που αποθάρρυνε την επαναλαμβανόμενη ιστορία της κατάχρησης βίας και χρησιμοποιούσε μια ολιστική, ολοκληρωμένη με εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως η προσευχή, ο διαλογισμός, η γιόγκα, ο καθοδηγούμενος οραματισμός, και η θεραπεία μέσω της τέχνης. Τα αποτελέσματα

της έρευνας αυτής ήταν θετικά και έδειξαν ότι το στρες των γυναικών μειώθηκε, ενώ βελτιώθηκε σε σημαντικό βαθμό η ποιότητα της ζωής τους [113].

Οι ειδικοί τονίζουν ότι, όποια και αν είναι τα συμπτώματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες με ιστορικό κακοποίησης στην οικογένεια (γυναίκες με μέτρια επίπεδα στρες, με ήπιο στρες, με υψηλά επίπεδα στρες και κατάθλιψης, υψηλά επίπεδα στρες), για τη θεραπεία τους, σημασία έχει η παροχή εξατομικευμένων παρεμβάσεων, που βασίζονται σε τεχνικές διαχείρισης του στρες και της κατάθλιψης, ειδικά για τις γυναίκες, των οποίων τα επίπεδα κινδύνου υψηλά [114].

Φαίνεται επίσης, ότι πολλές γυναίκες οι οποίες έχουν πέσει θύματα συντροφικής βίας, αναζητούν και οι ίδιες σωματική και ψυχική περίθαλψη και ιδιαίτερα προγράμματα εκμάθησης διαχείρισης του στρες, αποδεικνύοντας ότι και οι ίδιες γνωρίζουν ότι βιώνουν στρες και δεν είναι σε θέση να το αντιμετωπίσουν [115].

1.6. Στόχος της έρευνας

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν αρχικά η μείωση των επιπέδων του στρες, μέσα από την αλλαγή του τρόπου ζωής και την εκμάθηση των τεχνικών διαχείρισης του στρες στις γυναίκες που έχουν υποστεί συντροφική κακοποίηση, η μείωση της κατάθλιψης, η βελτίωση της ποιότητας ζωής, η βελτίωση της αυτοεκτίμησης και η ευεξία και η πνευματικότητα. Σε όλα τα παραπάνω αναμέναμε θετικά αποτελέσματα.

Εν συνεχεία επιχειρήσαμε να καταγράψουμε τους δείκτες υγείας, το ιατρικό ιστορικό και την ποιότητα του τρόπου ζωής του δείγματος, αναμένοντας μια συνολική διαταραχή αυτών εξαιτίας της κακοποίησης.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1. Τύπος, τόπος, χρόνος, εγκρίσεις, κριτήρια εισαγωγής/αποκλεισμού

Ο σχεδιασμός της μελέτης ήταν τύπου τυχαιοποιημένης κλινικής μελέτης (Randomized Control Trial, RCT). Η μελέτη διεξήχθη με την βοήθεια της Γενικής Γραμματείας Ισότητας των Φύλων, ύστερα από άδεια της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας, από τον Ιανουάριο του 2015 έως τον Ιούνιο του 2015. Φιλοξενήθηκαν ενημερωτικά φυλλάδια για την έρευνα στα κέντρα συμβουλευτικής που βρίσκονται υπό την εποπτεία της Γραμματείας Ισότητας των Φύλων και τα άτομα της έρευνας προσέρχονταν εθελοντικά. Άδεια δόθηκε γραπτώς και από την Δημοτική κοινωφελή επιχείρηση Λαυρίου, όπου ενημερώθηκαν τα άτομα σχετικά με την έρευνα και αυτά προσήλθαν εθελοντικά. Προφορική άδεια δόθηκε και από τη Μη Κυβερνητική Οργάνωση W.I.N. HELLAS, τα άτομα ενημερώθηκαν και προσήλθαν εθελοντικά. Τέλος, άδεια (μόνο για προφορική ενημέρωση των γυναικών που έχουν υποστεί κακοποίηση και απευθύνονταν στη δομή) δόθηκε και από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΕΚΚΑ), καθώς και από το Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία», όπου μοιράστηκαν ενημερωτικά φυλλάδια που αφορούσαν το πρόγραμμα. Δεν υπήρξε προσέλευση ατόμων από τις δύο τελευταίες δομές. Οι ερευνήτριες που πραγματοποίησαν την έρευνα είναι η Αναστασία Κόκκα, κοινωνιολόγος και η Μαρία Μικελάτου, ψυχολόγος, κάτω από την επίβλεψη του κυρίου Χρούσου Γ., της κυρίας Φούκα Γ. και της κυρίας Βάρβογλη Λ. Τα έξοδα που προέκυψαν από τη διενέργεια της έρευνας καλύφθηκαν από τις ερευνήτριες και δεν επιβάρυναν τις συμμετέχουσες στην έρευνα. Όλες οι προσωπικές πληροφορίες και τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν παρέμειναν απόρρητα και ήταν και θα είναι διαθέσιμα μόνο στις παραπάνω ερευνήτριες. Όλα τα άτομα συμμετείχαν στη μελέτη μόνο μετά από τη γραπτή συγκατάθεσή τους και αφού ενημερώθηκαν ξεχωριστά και πλήρως για τους σκοπούς και της διαδικασίες της έρευνας.

Στην έρευνα συμμετείχαν γυναίκες στον αριθμό συνολικά 60(N=60), σε κάθε ομάδα 30 άτομα. Οι γυναίκες που συμπεριλήφθησαν στην έρευνα έπρεπε να έχουν κακοποιηθεί στο παρελθόν ή στο παρόν από το σύντροφό τους(είτε σωματικά, είτε ψυχολογικά, είτε σεξουαλικά, είτε συνδυασμός αυτών), να γνωρίζουν να διαβάζουν και να γράφουν Ελληνικά, να μην παίρνουν συστηματική θεραπεία με τρικυκλικά χάπια, να μην έχουν μείζονα ψυχιατρική διαταραχή, να μην υπάρχει εθισμός από

ουσίες, να μην παίρνουν κορτιζόνη και να είναι 18-50 ετών. Αν κάποιος άτομο δεν πληρούσε τα παραπάνω κριτήρια, αυτομάτως αποκλειόταν από την έρευνα.

Το δείγμα των κακοποιημένων γυναικών αρχικά αξιολογήθηκε ως προς τα παραπάνω κριτήρια εισαγωγής ή αποκλεισμού. Οι κακοποιημένες γυναίκες που πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια συμπεριλήφθησαν στις δύο ομάδες βάσει τυχαίων αριθμών που προκύπτουν από διαδικτυακή γεννήτρια τυχαίων αριθμών βασισμένη στην κοσμική ακτινοβολία (random.org). Οι κακοποιημένες γυναίκες κάθε ομάδας ενημερώθηκαν για τους σκοπούς του προγράμματος με τον ίδιο τρόπο και γνώριζαν ότι η έρευνα αφορά στο στρες ατόμων που έχουν δεχτεί κακοποίηση. Μετά τη λήψη γραπτής συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια των αρχικών μετρήσεων. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια επιστρέφονταν πριν το πέρας μιας εβδομάδας περίπου.

Δεν υπήρχαν άτομα που εγκατέλειψαν τη μελέτη, πιθανόν λόγω της δικής τους απόφασης να παρακολουθήσουν το πρόγραμμα.

2.2. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν

Δείκτες Υγείας - Ιατρικό Ιστορικό – Ρουτίνα – Ποιότητα και τρόπος ζωής

Ερωτηματολόγιο Καθημερινότητας - Τρόπου Ζωής - Υγείας της Καθηγήτριας Δαρβίρη Χριστίνας, του Μ.Π.Σ. «Έλεγχος του στρες και προαγωγή της υγείας». Μέτρηση πριν και μετά την παρέμβαση [116].

Αξιολόγηση επιπέδων στρες

Κλίμακα κατάθλιψης, άγχους, στρες, (Depression Anxiety Stress Scale-21). Η κλίμακα DASS-21 απαρτίζεται από 3 υποκλίμακες: την υποκλίμακα που μετρά κατάθλιψη, την υποκλίμακα που μετρά άγχος και αυτήν που μετρά στρες [117]. Στην κάθε μια περιλαμβάνονται 7 ερωτήσεις τις οποίες το άτομο καλείται να απαντήσει μέσω μίας πενταβάθμιας κλίμακας Likert (0=δεν ίσχυε καθόλου για μένα, 4=ίσχυε για μένα πάρα πολύ). Για την εξαγωγή του σκορ, το άθροισμα πολλαπλασιάζεται επί 2. Το αποτέλεσμα που προκύπτει προσδιορίζει την βαρύτητα και ένταση των συμπτωμάτων ούτως. Όσο αυξάνει το σκορ τόσο μεγαλύτερα φαίνεται να είναι τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες βιώνει το υποκείμενο. Η κλίμακα αυτή έχει

σταθμιστεί στα Ελληνικά και παρουσιάζει καλή εσωτερική εγκυρότητα και αξιοπιστία [118]. (Cronbach's a coefficient, depression, 0.920 (αρχική), 0.893 (τελική), Anxiety, 0.888 (αρχική), 0.849 (τελική), Stress, 0.884 (αρχική), 0.857 (τελική)).

Κλίμακα αντιλαμβανόμενου στρες (Perceived Stress Scale, PSS 14), σταθμισμένη στα Ελληνικά [119]. Η κλίμακα αντιλαμβανόμενου στρες (PSS) είναι ένα εργαλείο αυτο-αναφοράς με 14 στοιχεία, το οποίο μετρά τον βαθμό στον οποίο καταστάσεις στη ζωή ενός ατόμου εκτιμούνται ως στρεσογόνες. Βαθμολογείται η συχνότητα των συναισθημάτων και των σκέψεων μέσα στον προηγούμενο μήνα σε μια 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (από 0=ποτέ έως 4=πολύ συχνά). Υπάρχουν επτά θετικά και επτά αρνητικά στοιχεία και η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται αθροίζοντας τη βαθμολογία κάθε στοιχείου, αφού πρώτα έχει γίνει αντιστροφή όλων των θετικών στοιχείων (ελάχιστη συνολική βαθμολογία=0, μέγιστη συνολική βαθμολογία=56). Υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν το υψηλότερο επίπεδο του αντιλαμβανόμενου στρες του ατόμου κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Η μέτρηση PSS θα γίνει κατά την έναρξη της παρέμβασης και στο τέλος των 8 εβδομάδων της παρακολούθησης. Έχουν καταγραφεί καλές ψυχομετρικές ιδιότητες αυτού του μέτρου εντός του ελληνικού πληθυσμού [120]. (Cronbach's a 0.802 (αρχική), 0.783 (τελική)).

Προσωπική συνέντευξη

Στο τέλος των 2 μηνών για τον αποκλεισμό πιθανής ύπαρξης μεγάλου στρεσογόνου γεγονότος (π.χ. απώλεια παιδιού) κατά την οποία θα χρησιμοποιηθεί η “Ταξινομική Κλίμακα Κοινωνικής Αναπροσαρμογής” (Social Readjustment Rating Scale) των Holmes και Rahe [121].

Αξιολόγηση Εστίας ελέγχου σχετιζόμενης με την υγεία

Κλίμακα Εστίας Ελέγχου Υγείας (HLC Scale)[122]. Η εστία ελέγχου υγείας μετρήθηκε χρησιμοποιώντας την κλίμακα Εστίας Ελέγχου Υγείας η οποία αποτελείται από 18 στοιχεία. Οι ερωτηθέντες εκφράζουν το επίπεδο της συμφωνίας στις 18 δηλώσεις σε μια 6-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (από 1=διαφωνώ απόλυτα έως 6=συμφωνώ απόλυτα). Η κλίμακα είναι χτισμένη πάνω σε τρεις υποκλίμακες

όπου η κάθε μια αποτελείται από 6 δηλώσεις, ονομαστικά είναι η “εσωτερική HLC” (HLC1), η “εξωτερική HLC”(HLC2), και η “τύχη” (HLC3). Η εσωτερική HLC (HLC1) μετρά το βαθμό στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι αυτός / αυτή είναι υπεύθυνη για την / κατάσταση της υγείας του. Η εξωτερική HLC (HLC2) και η τύχη (HLC3) αντιπροσωπεύουν την έκταση κατά την οποία άλλοι άνθρωποι (όπως οι γιατροί) ή η τύχη, αντίστοιχα, γίνονται αντιληπτά από τα άτομα ως οι κύριοι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας. Αθροίζοντας τις απαντήσεις για κάθε υποκλίμακα, υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν υψηλότερη αντοχή του κάθε τύπου της πίστης για την υγεία (το συνολικό εύρος βαθμολογίας είναι 6-36 για κάθε υποκλίμακα). Οι HLC μετρήσεις θα γίνουν κατά την έναρξη της παρέμβασης και στο τέλος των 8 εβδομάδων. Το όργανο έχει σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό. Η εσωτερική εγκυρότητα για κάθε υποκλίμακα βρέθηκε να είναι ικανοποιητική για τις αρχικές και τις τελικές μετρήσεις [123] (Cronbach’s a, Internal HLC, 0.685 (αρχικό), 0.670 (τελικό), Chance, 0.776 (αρχικό), 0.745 (τελικό) και External HLC, 0.680 (αρχικό), 0.639 (τελικό)).

Μέτρηση επιπέδου αυτοεκτίμησης

Για την εκτίμηση του επιπέδου αυτοεκτίμησης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο μέτρησης αυτοεκτίμησης του μεταπτυχιακού προγράμματος “Έλεγχος στρες και προαγωγής υγείας”. Η μέτρηση έγινε πριν και μετά την παρέμβαση. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 59 ερωτήσεις οι οποίες εστιάζουν σε έξι βασικούς τομείς, οι οποίοι επηρεάζουν το πώς αισθάνεται το άτομο για τον εαυτό του, πώς θεωρεί ότι το βλέπουν οι άλλοι και πώς αυτές οι πεποιθήσεις επηρεάζουν την εικόνα που έχει για τον εαυτό του και τη συμπεριφορά του. Το άτομο καλείται να απαντήσει τις ερωτήσεις με βάση μια κλίμακα τύπου Likert (1 = Ποτέ, 2 = Σχεδόν Ποτέ, 3 = Μερικές Φορές, 4 =Αρκετά Συχνά, 5 = Πολύ συχνά) η οποία εκφράζει το βαθμό (συχνότητα) που ισχύει κάθε πρόταση για εκείνο [124]. (Cronbach’s a, 0.952 (αρχικό) και 0.935 (τελικό)).

Spiritual Well-BeingScale (Κλίμακα Ευεξίας ως προς την Πνευματικότητα)

Αποτελείται από 20 ερωτήσεις, όπου ο ερωτώμενος κυκλώνει την αντίστοιχη απάντηση ανάλογα με τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας του [125]. Οι απαντήσεις που το άτομο μπορεί να δώσει είναι: “Συμφωνώ”, “Συμφωνώ σχετικά”, “Συμφωνώ πολύ”, “Διαφωνώ”, “Διαφωνώ σχετικά”, “Διαφωνώ πολύ”) [126]. (Cronbach’s a coefficient, Πνευματική Ευεξία, 0.877 (αρχικό), 0.865 (τελικό), Θρησκευτική Ευεξία, 0.910 (αρχικό), 0.901 (τελικό) και Υπαρξιακή Ευεξία, 0.751 (αρχικό) και 0.680 (τελικό)).

«Εργαλείο Ανίχνευσης Κακοποίησης Γυναικών» [Women Abuse Screening Tool – WAST] [127]

Το παραπάνω ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί στα ελληνικά. Σκοπός του είναι να ανιχνεύσει τη σωματική και συναισθηματική κακοποίηση, που υφίστανται οι γυναίκες στο πλαίσιο της οικογένειας [128]. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από οχτώ σύντομες ερωτήσεις αυτοαναφοράς και κάθε ερώτηση έχει τρεις πιθανές απαντήσεις, οι οποίες είναι ανάλογες με τη συχνότητα ή και την ένταση της κακοποίησης που ενδεχομένως δέχεται ο ερωτηθείς. Οι τρεις πρώτες ερωτήσεις έχουν στόχο να εξακριβώσουν αν το άτομο δέχεται κάποια μορφή κακοποίησης, ενώ οι υπόλοιπες πέντε προσπαθούν να εξακριβώσουν τη μορφή αυτής της κακοποίησης. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο παρουσιάζει υψηλή εσωτερική συνοχή και επαρκή αξιοπιστία. (Cronbach’s a, 0.809 (αρχικό) και 0.752 (τελικό)).

Ερωτηματολόγιο Γενικής Αυτεπάρκειας (Αυτοαποτελεσματικότητας)

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Αυτεπάρκειας σχεδιάστηκε από τους Schwarzer και Jerusalem το 1978 [129]. Σταθμίστηκε στην Ελλάδα και μεταφράστηκε στα ελληνικά, ενώ έχει σχεδιαστεί για μετρήσει την αυτεπάρκεια (self-efficacy) του ατόμου, δηλαδή τις πεποιθήσεις του για τις ικανότητες που έχει να αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις και να υπερνικά εμπόδια στην καθημερινή του ζωή [130]. Τα άτομα πρέπει να απαντήσουν σε μια κλίμακα τεσσάρων σημείων, από το 1 (καθόλου αληθές) μέχρι και το 4 (πολύ αληθές). Το τελικό αποτέλεσμα είναι το σύνολο των απαντήσεων για τον καθένα. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, όπως αυτή μετρήθηκε σε έλληνες ενήλικους, υπήρξαν ικανοποιητικές (.78).

Πρόκειται για μονοδιάστατη κλίμακα. (Cronbach α' , 0.884 (αρχικό) και 0.839 (τελικό).

Κλίμακα Εκτίμησης Τρόπων Αντιμετώπισης Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced [COPE])[131]

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης (coping strategies) αναφέρονται συχνά και ως τρόποι αντιμετώπισης του στρες ή αλλιώς οι μηχανισμοί που επιστρατεύει κάποιος με στόχο την αντιμετώπιση των απαιτήσεων του εξωτερικού ή του εσωτερικού περιβάλλοντος, απαιτήσεων που, συχνά, υπερβαίνουν τις δυνατότητες αντίδρασης του. Κάθε φορά που το άτομο απειλείται από κάποιο ψυχοπνευστικό ερέθισμα, που ενδεχομένως να του προκαλέσει ζημιά, απώλεια ή αποτελεί απειλή ή πρόκληση, ακολουθεί ένα μοτίβο αντιδράσεων και συμπεριφορών, τις στρατηγικές αντιμετώπισης, που σκοπό έχουν να αντιμετωπίσουν το ψυχοπνευστικό ερέθισμα. Τα άτομα που αντιμετωπίζουν αυτά τα ψυχοπνευστικά ερεθίσματα βιώνουν αντιφατικά συναισθήματα και αντιδρούν με το δικό τους ιδιαίτερο τρόπο, ενώ είναι δυνατόν να αντιμετωπίσουν προβλήματα, λόγω αυτών, καθώς και λόγω των στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν, σε διάφορους τομείς της ζωής τους.

Η Κλίμακα Εκτίμησης Τρόπων Αντιμετώπισης Προβλημάτων (COPE) έχει σχεδιαστεί με σκοπό την μελέτη της διαδικασίας αντιμετώπισης του στρες και εκτιμά τις ατομικές διαφορές, ενώ παρουσιάζει ισορροπία στη διερεύνηση των στρατηγικών που λειτουργούν και ως μόνιμα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και σαν τρόποι αντίδρασης σε εξειδικευμένα ερεθίσματα (disposition vs. situation issue). Δημιουργήθηκε από τους C. Carver και M. Scheier, ενώ προσαρμόστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από τους Π. Ρούσση, Σ. Τριλίβα και Γ. Κιοσέογλου [132]. Είναι μια κλίμακα αυτοαναφοράς, 60 προτάσεων και τα άτομα επιλέγουν το βαθμό στον οποίο χρησιμοποιούν 15 στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων γεγονότων. Οι παραπάνω 15 υποκλίμακες χωρίζονται σε α.) στρατηγικές, που αποσκοπούν στην επίλυση ενός προβλήματος (λήψη μέτρων [CP1], σχεδιασμός [CP2], αναβολή άλλων δραστηριοτήτων [CP3], αυτοσυγκράτηση [CP4], κοινωνική υποστήριξη-αναζήτηση πληροφοριών [CP5]) β.) στρατηγικές που αποσκοπούν στη ρύθμιση συναισθημάτων (κοινωνική υποστήριξη-συναισθηματική [CP6], θετική επανεκτίμηση [CP7], αποδοχή του προβλήματος [CP8], στροφή προς τη θρησκεία [CP9], συναισθηματική εκτόνωση [CP10], άρνηση [CP11], παραίτηση [CP12], νοητική αποδέσμευση [CP13], χρήση

χημικών ουσιών [CP14], χιούμορ [CP15]). Στην Ελλάδα, η κλίμακα αποτελείται από 52 ερωτήσεις και στις υποκλίμακες CP9, CP13, CP14 και CP15 αξιολογούνται με δύο και όχι τέσσερις ερωτήσεις. Η σύντομη μορφή της κλίμακας αποτελείται από 30 μόνο ερωτήσεις. Βαθμολογείται με βάση μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων, από το 1 έως το 4, και αθροίζουμε αυτούς τους βαθμούς των τεσσάρων ερωτήσεων, που αντιστοιχούν στην κάθε υποκλίμακα. Η υποκλίμακα CP1 περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 4, 23, 42, 52, η CP2 περιλαμβάνει τις 17, 29,35, 49, η CP3 τις 14, 30, 38, 48, η CP4 τις 9, 20, 37,44, η CP5 τις 3, 13, 28, 40, η CP6 τις 10, 21, 31, 46, η CP7 τις 1, 27, 34, 52, η CP8 τις 12, 19, 39, 47, η CP9 τις 7 και 43, η CP10 τις 3, 16, 26, 41, η CP11 τις 5, 25, 36, 50, η CP12 τις 8, 22, 33, 45, η CP13 τις 2 και 15, η CP14 τις 11 και 24 και η CP15 τις 18 και 32.

Η κλίμακα έχει βρεθεί ότι παρουσιάζει επαρκή αξιοπιστία και δομική εγκυρότητα. Πιο συγκεκριμένα η αξιοπιστία εσωτερική συνέπειας κυμαίνεται από 0,50 ως 0,96, ενώ μόνο δύο υποκλίμακες (άρνηση και νοητική αποδέσμευση) έχουν αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας κάτω του 0,60 και η καλή εγκυρότητα των υποκλιμάκων έχει ελεγχθεί με τις συσχετίσεις με άλλες μεταβλητές και την ανάλυση παραγόντων. (Cronbach's α , 0,50-0,96, ενώ μόνο δύο υποκλίμακες, άρνηση και νοητική αποδέσμευση, έχουν κάτω του 0,60).

Κλίμακα Κατάθλιψης του A. T. Beck (Beck Depression Inventory [BDI])

Η σοβαρότητα της κατάθλιψης, ως ψυχική νόσο, σε συνδυασμό με τη δυσκολία, που έχει αυτή να διαγνωστεί και την, συχνά, μη χορήγηση θεραπείας στους ασθενείς που νοσούν (και τις επακόλουθες επιπτώσεις, που αυτό έχει στους ίδιους και την οικογένειά τους), κάνουν σημαντική την ανάγκη για την ύπαρξη ψυχομετρικών εργαλείων, που βοηθούν στην πρώτη διάγνωση και εκτίμηση της κατάθλιψης. Για τον παραπάνω σκοπό, δημιουργήθηκε η Κλίμακα Κατάθλιψης του A. T. Beck, η οποία χρησιμοποιείται σήμερα διεθνώς [133].

Η κλίμακα αυτή πρόκειται για μια κλίμακα αυτοαναφοράς, η οποία αποτελείται από 21 θέματα και έχει σκοπό να καταγράψει τα νευροφυτικά και γνωστικά συμπτώματα της κλινικής κατάθλιψης . Και μετράει την κατάθλιψη σε ενήλικες και εφήβους άνω των 13 ετών. Συγγραφέας αυτής είναι ο A. T. Beck, με την πρώτη προσαρμογή στον ελληνικό πληθυσμό να γίνεται από τους Σ. Ντώνια και τον Ι. Δεμερτζή και μια επιπλέον προσαρμογή να γίνεται μετέπειτα από την Τ.

Αναγνωστοπούλου [134]. Κάθε θέμα του ερωτηματολογίου είναι σχεδιασμένο να περιγράφει ένα συγκεκριμένο καταθλιπτικό σύμπτωμα και αποτελείται από τέσσερις προτάσεις αυτοαξιολόγησης. Αυτές οι τέσσερις προτάσεις, εκφράζουν την βαρύτητα κάθε συμπτώματος και χαρακτηρίζουν την απουσία του συμπτώματος έως και τη μέγιστη σοβαρότητά του, βαθμολογώντας το άτομο από το 0, για πλήρη απουσία συμπτώματος, έως και το 3, για τη συχνή εμφάνιση του συμπτώματος. Τα άτομα, λαμβάνουν υπόψη τους τη διάθεσή τους κατά τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες και η συνολική του βαθμολογία σχηματίζεται από το άθροισμα όλων των απαντήσεων που δόθηκαν και το εύρος, της βαθμολογίας αυτής, είναι από 0 έως και το 63ⁱⁱ.

Η Κλίμακα έχει ικανοποιητική αξιοπιστία (εσωτερική και επαναληπτικών μετρήσεων) με το δείκτη Cronbach's α να είναι ίσος με 0,84 και επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, με υψηλή θετική συνάφεια με το άγχος και την αλεξιθυμία και με αρνητική συνάφεια με την κλίμακα εσωτερικής συγκρότησης.

Αξιολόγηση του προγράμματος από τους συμμετέχοντες

Η αξιολόγηση θα γίνει βάση της ερώτησης “Κατά πόσο το πρόγραμμα ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες σας;” η οποία θα απαντάται με βάση μιας κλίμακας από το 0 έως το 10, όπου 0=καθόλου και 10=απόλυτα.

2.3. Το περιεχόμενο της παρέμβασης.

Η ομάδα παρέμβασης παρακολούθησε ένα πρόγραμμα διαχείρισης του στρες και προαγωγής της υγείας διάρκειας 8 εβδομάδων και για κάθε άτομο. Την πρώτη εβδομάδα συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια, έγινε ενημέρωση σχετικά με το στρες, τον τρόπο ζωής, τη ρουτίνα και το κέντρο ελέγχου για την υγεία μαζί με την παρουσίαση ηλεκτρονικού ενημερωτικού υλικού. Υπήρξε επίσης και ενημέρωση σχετικά με το που θα βρει το άτομο τη σχετική βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε σε κάθε συνάντηση. Δόθηκαν συμβουλές για άσκηση, συστηματικό περπάτημα με τη βοήθεια βηματομετρητή και ρουτίνα, καθώς δόθηκε και βηματόμετρο και το πρόγραμμα των 8 εβδομάδων σε ηλεκτρονική μορφή. Προγραμματίστηκε το ραντεβού για την εκμάθηση των τεχνικών χαλάρωσης για την επόμενη εβδομάδα με συγκεκριμένη ημερομηνία και ώρα συνάντησης. Δόθηκε σε ηλεκτρονική μορφή ο πρακτικός οδηγός, ο οποίος αφορά την διαχείριση του στρες της κάθε ασθένειας ή

των ανθυγιεινών συμπεριφορών. Τέλος, επισημάνθηκε η σημασία της συστηματικής άσκησης και ενημερώθηκαν ότι κάθε εβδομάδα θα ελέγχεται.

Τη δεύτερη εβδομάδα τα άτομα ενημερώθηκαν για την εφαρμογή των τεχνικών των διαφραγματικών αναπνοών, τη σχετική βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε και έγινε και η εκμάθησή τους. (Οι διαφραγματικές αναπνοές παρουσιάστηκαν μέσω του Biofeedback-βιοανάδραση). Συστήθηκε ως οδηγία να πραγματοποιούνται οι τεχνικές χαλάρωσης δύο φορές την ημέρα (πρωί και βράδυ) και προγραμματίστηκε το ραντεβού για την επόμενη εβδομάδα, συγκεκριμένη ημερομηνία και ώρα συνάντησης.

Κατά τη συνάντηση της τρίτης εβδομάδας έγινε η εκμάθηση και η εφαρμογή της προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης, ενώ έγινε και η ενημέρωση για τη σχετική βιβλιογραφία. Η εκμάθηση της προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης έγινε μέσω CD (η ακρόαση του οποίου έγινε μαζί με το συμμετέχοντα). Συστήθηκε ως οδηγία να πραγματοποιούνται οι τεχνικές χαλάρωσης δύο φορές την ημέρα (πρωί και βράδυ) και δόθηκε και το CD της προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης. Προγραμματίστηκε το ραντεβού για την επόμενη εβδομάδα με συγκεκριμένη ημερομηνία και ώρα.

Την τέταρτη εβδομάδα πραγματοποιήθηκε η συνάντηση για να ενημερωθούν τα άτομα για τη «Γνωσιακή Αναδόμηση» και την «Ευγνωμοσύνη». Δόθηκαν ασκήσεις με θέμα τη γνωσιακή αναδόμηση (π.χ. καταγραφή θετικών και αρνητικών σκέψεων) και την ευγνωμοσύνη (π.χ. καταγραφή θετικών στοιχείων) με ηλεκτρονική μορφή και ενημερώθηκε το άτομο ότι θα συζητηθούν την επόμενη εβδομάδα. Προγραμματίστηκε το ραντεβού για την επόμενη εβδομάδα, με συγκεκριμένη ημερομηνία και ώρα.

Την πέμπτη εβδομάδα ενημερώθηκαν τα άτομα με παρουσίαση σχετικού υλικού για τη διατροφή. Όπως σε κάθε συνάντηση, παρουσιάστηκε και η σχετική βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε. Τα άτομα ενδυναμώθηκαν για να συνεχίσουν το πρόγραμμα.

Στη συνάντηση της έκτης εβδομάδας έγινε εκμάθηση και εφαρμογή της τεχνικής χαλάρωσης του καθοδηγούμενου οραματισμού. Ο καθοδηγούμενος οραματισμός διδάχθηκε μέσω CD (η ακρόαση του οποίου έγινε μαζί με το συμμετέχοντα). Συστήθηκε ως οδηγία να πραγματοποιείται δύο φορές την ημέρα (πρωί και βράδυ) και δόθηκε σε μορφή CD. Προγραμματίστηκε ραντεβού για τον επανέλεγχο της επόμενης εβδομάδας (δόθηκε συγκεκριμένη ημερομηνία και ώρα συνάντησης).

Την έβδομη εβδομάδα έγινε επανέλεγχος των τεχνικών χαλάρωσης και ενθάρρυνση υιοθέτησης υγιεινών τρόπων συμπεριφοράς, ενώ προγραμματίστηκε το τελευταίο ραντεβού για την επόμενη εβδομάδα (συμφωνήθηκε συγκεκριμένη ημερομηνία και ώρα συνάντησης).

Τη τελευταία εβδομάδα (όγδοη εβδομάδα) συμπληρώθηκαν εκ νέου τα ερωτηματολόγια, επιστράφηκαν οι καταγραφές των τεχνικών χαλάρωσης και του βηματομετρητή, έγινε επίλυση σχετικών ερωτήσεων, διευκρινίσεων και αποριών και αξιολογήθηκε από τους συμμετέχοντες το πρόγραμμα Παρέμβασης.

Πιο συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια αυτών των οχτώ εβδομάδων, κάθε άτομο συμβουλευτήκε να κάνει μια τεχνική χαλάρωσης 2 φορές την ημέρα. Αρχικά, έπρεπε να ξεκινάει οπωσδήποτε με διαφραγματικές αναπνοές και προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, ενώ στη συνέχεια με την εκμάθηση του καθοδηγούμενου οραματισμού ήταν δυνατόν να γίνει αντικατάσταση, ανάλογα με το τι ταίριαζε στο άτομο περισσότερο. Επίσης σε κάθε συνεδρία γινόταν ποιοτική αξιολόγηση των αλλαγών (οφέλη) λόγω της παρέμβασης, όπως τις ανέφερε το άτομο. Οδηγίες από τις ερευνήτριες, δίνονταν καθ' όλη τη διάρκεια της παρέμβασης.

Η παρακολούθηση της συμμόρφωσης και η αντιμετώπιση των πιθανών προβλημάτων των γυναικών γινόταν 1 φορά την εβδομάδα, ενώ τα άτομα ενθαρρύνονταν να επικοινωνούν με τις ερευνήτριες τηλεφωνικώς για οποιονδήποτε λόγο. Στο τέλος των 2 μηνών χορηγούνταν και συμπληρώνονταν εκ νέου όλα τα αρχικά ερωτηματολόγια και από τις δύο ομάδες. Ακολούθως, γινόταν η χορήγηση του CD των τεχνικών χαλάρωσης και στην ομάδα ελέγχου (wait-list control group).

Οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου, στην αρχή και στο τέλος της μελέτης, συμπλήρωναν τα ίδια ερωτηματολόγια με αυτά της ομάδας παρέμβασης (αξιολόγησης και άλλων μετρήσεων) προκειμένου να αξιολογηθεί η επίδραση του στρες στην κατάσταση της υγείας τους. Η διαφορά με την ομάδα παρέμβασης εντοπίζεται στο ότι τα άτομα της ομάδας ελέγχου παρέλαβαν τα CD's των τεχνικών χαλάρωσης στο τέλος της μελέτης, ως κίνητρο συμμετοχής τους στην έρευνα. Η παρακολούθηση της ομάδας ελέγχου διήρκεσε επίσης 2 μήνες.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. Ανάλυση αποτελεσμάτων

Στον πίνακα 1 βλέπουμε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα. Οι γυναίκες που συμμετείχαν ήταν όλες μέσης ηλικίας τόσο στην ομάδα παρέμβασης (μέσος όρος 47.23 έτη) όσο και στην ομάδα ελέγχου (μέσος όρος 48.77 έτη). Το σωματικό βάρος των γυναικών στην ομάδα παρέμβασης ήταν κατά μέσο όρο 68.1 κιλά και στην ομάδα ελέγχου 70.6 κιλά, ενώ ο μέσος όρος του ύψους των γυναικών στην ομάδα παρέμβασης ήταν 161.9εκ και 163.1εκ για την ομάδα ελέγχου. Οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος βρίσκονταν σε γάμο σε ποσοστό 60% στην ομάδα παρέμβασης και 66.7% στην ομάδα ελέγχου. Ακολουθούν οι γυναίκες που είχαν πάρει διαζύγιο από τον σύντροφο τους σε ποσοστό 26.7% στην παρέμβασης και 23.3% στην ελέγχου. Επιπλέον, κατά πλειοψηφία οι γυναίκες του δείγματος συμβίωναν, σε ποσοστό 70% στην ομάδα παρέμβασης και 86.7% στην ελέγχου. Το 23.3% των γυναικών στην ομάδα ελέγχου φρόντιζε άτομα με ειδικές ανάγκες.

Όσον αφορά την εκπαίδευση, στην πλειοψηφία τους οι γυναίκες ήταν απόφοιτες λυκείου 33.3% στην παρέμβασης και 43.3% στην ελέγχου. Επιπλέον, στην ομάδα παρέμβασης οι περισσότερες ήταν άνεργες, σε ποσοστό 46.7%, ενώ στην ελέγχου ήταν 53.3% εργαζόμενες με πλήρη απασχόληση. Όσον αφορά την ικανοποίηση από το εισόδημα, υπήρξε μέτρια ικανοποίηση 40% στην ομάδα παρέμβασης και 46.7% στην ελέγχου. Για το οικογενειακό εισόδημα υπήρξε μέτρια ικανοποίηση 46.7% στην ομάδα παρέμβασης και 50% στην ομάδα ελέγχου. Οι γυναίκες τόσο στην ομάδα παρέμβασης σε ποσοστό 56.7% όσο και στην ελέγχου 60%, δεν κάπνιζαν. Χαρακτήρισαν την υγεία τους, και οι δύο ομάδες, καλή σε ποσοστό 66.7% στην ομάδα παρέμβασης και 56.7% στην ελέγχου.

Τα είδη της κακοποίησης που είχαν δεχτεί οι ερευνώμενες ήταν ψυχολογική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση. Το πιο συχνό είδος κακοποίησης ήταν η ψυχολογική, αμέσως μετά η σωματική και τέλος, σε αρκετά πιο μικρό βαθμό η σεξουαλική κακοποίηση.

Στον πίνακα 2 μπορούμε να δούμε τις διάφορες μεταβλητές που μετρήθηκαν ως προς το μέσο όρο και την τυπική απόκλιση, τόσο για την ομάδα παρέμβασης όσο και για την ομάδα ελέγχου. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην κοινωνική υποστήριξη και τον ψυχικό έλεγχο (Social Support and Mental Control) ($p=0,004$). Επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε στο κέντρο Ελέγχου της Υγείας όσον αφορά την αντίληψη του ατόμου για την ευθύνη του εαυτού του (Health Locus of Control Internal) ($p=0.001$), στην κλίμακα Dass στο κομμάτι του άγχους (Dass Anxiety) ($p=0.005$). Επίσης, ως προς την αντιμετώπιση μιας κατάστασης (coping άρνηση) βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην άρνηση αυτής ($p=0.004$), καθώς και στην παραίτηση από μια κατάσταση (coping παραίτηση) (0.02).

Ο πίνακας 3 δείχνει τις μεταβολές που παρατηρήθηκαν στην κάθε μέτρηση μετά την παρέμβαση. Αρχικά μπορούμε να δούμε ότι στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε μείωση της μέσης τιμής του Αντιλαμβανόμενου στρες κατά 7.1 μονάδες, ενώ στην ομάδα ελέγχου αυξήθηκε το στρες μετά την παρέμβαση κατά 1.5 μονάδα. Το Cronbach στην ομάδα παρέμβασης ήταν 0.802 και 0.783 στην ομάδα ελέγχου. Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.000$). Επίσης παρατηρήθηκε αύξηση της αυτοεκτίμησης 12.1 μονάδες παρέμβασης, ενώ στην ομάδα ελέγχου μειώθηκε κατά 2.9 μονάδες. Το Cronbach ήταν 0.952 στην πρώτη ομάδα και 0.935 στη δεύτερη. Υπάρχει και εδώ στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.000$).

Στην ομάδα παρέμβασης, αυξήθηκαν οι διαιτητικές επιλογές κατά 2.8 μονάδες, ενώ μειώθηκαν κατά 0.03 μονάδα στην ομάδα ελέγχου. Το Cronbach ήταν 0.403 στην πρώτη ομάδα και 0.326 στη δεύτερη. Επίσης υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p= 0.000$). Αύξηση υπήρξε και στην αποφυγή βλαβερών συνηθειών κατά 1.5 μονάδα στο μέσο όρο της ομάδας παρέμβασης, ενώ υπήρξε μείωση κατά 0.2 μονάδα στην ομάδα ελέγχου. Το Cronbach ήταν 0.575 και 0.383 αντίστοιχα. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.003$). Κατά τη δεύτερη μέτρηση υπήρξε επίσης αύξηση στην ομάδα παρέμβασης, στις καθημερινές συνήθειες κατά 3.7 μονάδες και μείωση στην ομάδα ελέγχου κατά 0.2 μονάδες. Το Cronbach ήταν 0.796 στην πρώτη ομάδα και 0.786 στη δεύτερη. Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά. ($p=0.000$). Επιπλέον, όσον αφορά την οργάνωση της σωματικής άσκησης υπήρξε αύξηση στην ομάδα παρέμβασης κατά 1.4 μονάδες και στην ελέγχου αυξήθηκε κατά 0.03 μονάδες. Το Cronbach ήταν 0.727 στην πρώτη ομάδα και 0.684 στη δεύτερη. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.003$). Στην μέτρηση της κοινωνικής υποστήριξης και του ψυχικού ελέγχου υπήρξε αύξηση κατά 1.6 μονάδα

στην ομάδα παρέμβασης και μείωση κατά 1 μονάδα στην ομάδα ελέγχου. Το Cronbach ήταν 0.680 στην πρώτη ομάδα και 0.591 στη δεύτερη. Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.000$). Στον υγιεινό τρόπο ζωής και προσωπικό έλεγχο υπήρξε αύξηση κατά 10.9 μονάδες στην παρέμβασης ενώ μειώθηκε στην ελέγχου κατά 1.5 μονάδα. Στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.000$).

Το Κέντρο Ελέγχου της υγείας ως προς τον έλεγχο που έχει το άτομο για τον ίδιο του τον εαυτό μειώθηκε κατά 0.4 μονάδα στην ομάδα παρέμβασης, καθώς και στην ομάδα ελέγχου κατά 0.2 μονάδα. Το Cronbach ήταν 0.685 στην πρώτη ομάδα και 0.670 στη δεύτερη. Το Κέντρο Ελέγχου της υγείας ως προς την τύχη, αυξήθηκε κατά 0.1 μονάδα στην παρέμβασης και στην ελέγχου κατά 0.4 μονάδα. Το Cronbach ήταν 0.776 και 0.745 αντίστοιχα. Το Κέντρο Ελέγχου της υγείας ως προς τον έλεγχο που έχουν οι άλλοι για τα πράγματα που συμβαίνουν μειώθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 0.4 μονάδες και στην ελέγχου κατά 0.16. Το Cronbach ήταν 0.680 στην πρώτη ομάδα και 0.639 στη δεύτερη.

Στη μέτρηση της κατάθλιψης σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Dass Depression η κατάθλιψη μειώθηκε κατά 3.4 στην ομάδα παρέμβασης και αυξήθηκε κατά 2.2 μονάδες. Το Cronbach ήταν 0.920 στην πρώτη ομάδα και 0.893 στη δεύτερη. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.000$). Στη μέτρηση του άγχους σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Dass Anxiety, το άγχος μειώθηκε κατά 4,2 μονάδες στην ομάδα παρέμβασης και αυξήθηκε στην ομάδα ελέγχου κατά 2.8 μονάδες. Το Cronbach ήταν 0.888 στην πρώτη ομάδα και 0.849 στη δεύτερη. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.000$). Επιπλέον, στη μέτρηση του στρες σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Dass Stress, το στρες μειώθηκε κατά 3.9 μονάδες στην ομάδα παρέμβασης και αυξήθηκε στην ομάδα ελέγχου κατά 2.3 μονάδες. Το Cronbach ήταν 0.884 στην πρώτη ομάδα και 0.857 στη δεύτερη. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.000$).

Στη μέτρηση της κατάθλιψης σύμφωνα με το Beck Depression Inventory , υπήρξε μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης κατά 5.8 μονάδες στην παρέμβασης και αύξηση κατά 4.3 στην ομάδα ελέγχου. Το Cronbach ήταν 0.895 στην πρώτη ομάδα και 0.903 στη δεύτερη. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.000$).

Η πνευματική ευεξία αυξήθηκε κατά 1.4 μονάδα στην παρέμβασης και μειώθηκε κατά 0.8 μονάδα στην ομάδα ελέγχου. Το Cronbach ήταν 0.877 στην πρώτη ομάδα και 0.865 στη δεύτερη. Η θρησκευτική ευεξία (Religious Well Being), δηλαδή

η σχέση με τον θεό, αυξήθηκε στην ομάδα παρέμβασης και στην ομάδα ελέγχου κατά 0.3 μονάδα. Το Cronbach ήταν 0.910 και 0.901 αντίστοιχα. Η υπαρξιακή ευεξία (Existential Well Being) αυξήθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 1.1 μονάδα και μειώθηκε στην ομάδα ελέγχου κατά 1.1. Το Cronbach ήταν 0.751 στην πρώτη ομάδα και 0.680 στη δεύτερη.

Στην μέτρηση για την αντιμετώπιση μιας κατάστασης (Cope) και πιο συγκεκριμένα στην λήψη μέτρων υπήρξε αύξηση στην ομάδα παρέμβασης κατά 0.5 μονάδα και μειώθηκε στην ομάδα ελέγχου κατά 0.5 μονάδα. Ο σχεδιασμός ως προς την αντιμετώπιση μιας κατάστασης αυξήθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 0.5 μονάδα και μειώθηκε στην ομάδα ελέγχου κατά 0.5. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.005$). Η αναβολή αυξήθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 0.3 και μειώθηκε στην ομάδα ελέγχου κατά 0.003. Η Αυτοσυγκράτηση αυξήθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 0.5 και αυξήθηκε στην ομάδα ελέγχου κατά 0.003. Η κοινωνική υποστήριξη και αναζήτηση πληροφοριών αυξήθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 1.03 μονάδα και μειώθηκε στην ομάδα ελέγχου κατά 0.2. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.004$). Η συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη αυξήθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 0.5 μονάδα και μειώθηκε στην ομάδα ελέγχου κατά 0.2.

Η θετική επανεκτίμηση αυξήθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 1 μονάδα και αυξήθηκε στην ομάδα ελέγχου κατά 0.2. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.003$). Η αποδοχή μειώθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 0.9 μονάδα και μειώθηκε και στην ομάδα ελέγχου κατά 0.2. Η στροφή προς τη θρησκεία μειώθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 0.03 μονάδα και αυξήθηκε στην ομάδα ελέγχου κατά 0.2. Η εκτόνωση αυξήθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 0.3 μονάδα και μειώθηκε και στην ομάδα ελέγχου κατά 0.1. Η άρνηση αυξήθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 0.5 μονάδα και αυξήθηκε και στην ομάδα ελέγχου κατά 0.3. Η παραίτηση αυξήθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 0.1 μονάδα και μειώθηκε και στην ομάδα ελέγχου κατά 0.03.

Επιπλέον, αυξήθηκε η νοητική αποδέσμευση στην ομάδα παρέμβασης κατά 0.9 μονάδα και μειώθηκε και στην ομάδα ελέγχου κατά 0.2. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.001$). Η χρήση ουσιών μειώθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 0.2 μονάδα και αυξήθηκε και στην ομάδα ελέγχου κατά 0.6. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.009$). Το χιούμορ αυξήθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 0.1 μονάδα και αυξήθηκε και στην ομάδα ελέγχου κατά 0.2. Η

αυτοαποτελεσματικότητα αυξήθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 2 μονάδες και αυξήθηκε και στην ομάδα ελέγχου κατά 0.7. Ο Δείκτης Μάζα Σώματος (BMI) μειώθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 0.2 μονάδες και αυξήθηκε και στην ομάδα ελέγχου κατά 0.06. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.003$). Τέλος, η κακοποίηση μειώθηκε στην ομάδα παρέμβασης κατά 0.8 μονάδα και μειώθηκε επίσης και στην ομάδα ελέγχου κατά 0.3 μονάδα. Το Cronbach ήταν 0.809 στην πρώτη ομάδα και 0.903 στη δεύτερη.

Για τις ακόλουθες μεταβλητές το effect size ήταν ισχυρό: Αντιλαμβανόμενο στρες ($rho=0.6$), Αυτοεκτίμηση($rho=0.6$), υγιεινός τρόπος ζωής($rho=0.6$), Dass Κατάθλιψη ($rho=0.7$), άγχος ($rho=0.8$), στρες ($rho=0.8$), Beck κατάθλιψη ($rho=0.8$).

Μέτριο ήταν το effect size για τις υγιεινές διατροφικές επιλογές ($rho=0.5$), Αποφυγή βλαβερών διατροφικών επιλογών ($rho=0.4$), Καθημερινή Ρουτίνα ($rho=0.5$), Οργάνωση Σωματικής Άσκησης ($rho=0.4$), Κοινωνική υποστήριξη και ψυχικός έλεγχος ($rho=0.5$), Κοινωνική υποστήριξη και αναζήτηση πληροφοριών ($rho=0.4$), Θετική Επανεκτίμηση ($rho=0.4$), Χρήση Ουσιών ($rho=0.3$), Δείκτης Μάζας Σώματος ($rho=0.4$).

Τέλος, χαμηλό Effect Size βρέθηκε στις παρακάτω μεταβλητές: Εσωτερικό Κέντρο Ελέγχου της Υγείας ($rho=0.2$), Κέντρο Ελέγχου της Υγείας και τύχη ($rho=0.05$), Εξωτερικό Κέντρο Ελέγχου ($rho=0.06$), Πνευματική Ευεξία ($rho=0.2$), Θρησκευτική Ευεξία ($rho=0.04$), Υπαρξιακή Ευεξία ($rho=0.3$), Λήψη μέτρων ($rho=0.1$), Σχεδιασμός ($rho=0.4$), Αναβολή ($rho=0.08$), Αυτοσυγκράτηση ($rho=0.2$), Συναισθηματική Κοινωνική Υποστήριξη ($rho=0.2$), Αποδοχή ($rho=0.2$), Στροφή στη θρησκεία ($rho=0.1$), Εκτόνωση ($rho=0.2$), Άρνηση ($rho=0.05$), Παραίτηση ($rho=0.003$), Νοητική Αποδέσμευση ($rho=0.04$), Χιούμορ ($rho=0.04$), Αυτοεκτίμηση ($rho=0.2$), Κακοποίηση ($rho=0.2$).

Τέλος, καμία από τις συμμετέχουσες στην έρευνα δεν αποκλείστηκε λόγω κάποιου στρεσογόνου γεγονότος.

Πίνακας 1. Δημογραφικά δεδομένα γυναικών.

	Ομάδα Παρέμβασης (N=30)	Ομάδα Ελέγχου (N=30)	P-value
Μ.Τ. Ηλικία ± Τ.Α.	47.23±9.96	48.77±8.90	0.532
Μ.Τ. Βάρος ± Τ.Α.	68.1±12.8	70.6±12.1	0.450
Μ.Τ. Ύψος ± Τ.Α.	161.9±6.01	163.6±5.6	0.265
Οικογενειακή κατάσταση N(%)			
Άγαμος	4(13.3%)	3(10%)	0.854
Έγγαμος:	18(60%)	20(66.7%)	
Διαζύγιο:	8(26.7%)	7 (23.3%)	
Κατάσταση Συγκατοίκησης (N%)			
Συμβιώνω	21 (70%)	26 (86.7%)	0.210
Μένω μόνος	9 (30%)	4 (13.3%)	
Φροντίδα Ατόμων με Αναπηρία N(%)			
Ναι	0(0%)	7(23.3%)	0.011
Όχι	30 (100%)	23 (76.7%)	
Εκπαίδευση N(%)			
Δημοτικό	3(10%)	0(0%)	0.469
Γυμνάσιο	5(16.7%)	5(16.7%)	
Λύκειο	10(33.3%)	13(43.3%)	
ΙΕΚ/ΤΕΕ	6(20%)	7(23.3%)	
ΤΕΙ/ΑΕΙ	6(20%)	5(16.7%)	

Εργασιακή κατάσταση N(%)			
Ανεργη	14(46.7%)	7(23.3%)	0.025
Πλήρης Απασχόληση	6(20%)	16 (53.3)	
Μερικής Απασχόληση	10(33.3%)	7(23.3%)	
Ικανοποίηση από το εισόδημα (%)			0.024
Καθόλου	12(40%)	3(10%)	
Λίγο	6(20%)	5(16.7%)	
Μέτρια	12(40%)	14(46.7%)	
Πολύ	0(0%)	4(13.3%)	
Ικανοποίηση από οικογενειακό εισόδημα (%)			0.064
Καθόλου	7(23.3%)	1(3.3%)	
Λίγο	8(26.7%)	9(30%)	
Μέτρια	14(46.7%)	15 (50%	
Πολύ	1(3.3%)	5(16.7%)	
Κάπνισμα N(%):			0.965
Ναι	12(40%)	11(36.7%)	
Όχι	17(56.7%)	18(60%)	
Πρώην	1(3.3%)	1(3.3%)	
Κατάσταση Υγείας N(%):			0.466
Κακή	0	1(3.3%)	

Μέτρια	7(23.3%)	5(16.7%)	
Καλή	20(66.7%)	17(56.7%)	
Πολύ καλή	3(10%)	6(20%)	
Εξαιρετική	0	1 (3.3%)	

Πίνακας 2. Αρχικές μετρήσεις της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου.

	Ομάδα Παρέμβασης (N=30)	Ομάδα Ελέγχου (N=30)	P-value
M.T. Αντιλαμβανόμενο στρες ± T.A.	32.4±7.9	31±5.6	0.5
M.T. Αυτοεκτίμηση± T.A.	174.6±34	191.8±27.9	0.06
M.T. Υγιεινές διαιτητικές επιλογές ± T.A.	14.7±2.5	15.3±3.2	0.5
M.T. Αποφυγή βλαβερών διατροφικών επιλογών ± T.A.	9.2±2.2	10.3±2.7	0.1
M.T. Καθημερινή Ρουτίνα ± T.A.	18.8±3.9	16.9±5.2	0.08
M.T. Οργάνωση σωματικής άσκησης ± T.A.	4.2±1.7	3.9±2	0.4
M.T. Κοινωνική υποστήριξη και ψυχικός έλεγχος ± T.A.	10.4±2.5	12.2±3.2	0.04*
M.T. Υγιεινός τρόπος ζωής και προσωπικός έλεγχος ± .T.A.	57.4±9.3	58.6±11.6	0.8

M.T. Εσωτερικό Κέντρο Ελέγχου της Υγείας ± T.A.	28.2±3.6	24.6±4.9	0.01*
M.T. Κέντρο Ελέγχου της Υγείας και τύχη ± T.A.	17.1±6.5	18.1±6.7	0.5
M.T. Εξωτερικό Κέντρο Ελέγχου της Υγείας ± T.A.	23.1±5.9	22.9±4.6	0.8
M.T. Κατάθλιψη ± T.A.	8.3±5.6	6±4.7	0.053
M.T. Άγχος ± T.A.	9±5.4	5.2±3.7	0.005*
M.T. Στρες ± T.A.	10.8±5.2	9.2±4.8	0.3
M.T. Διαγνωστική κλίμακα της κατάθλιψης (BDI) ± T.A.	39.1±9.3	37.9±9.5	0.7
M.T. Πνευματική Ευεξία ±T.A.	74.8±18.5	72.1±16.7	0.5
M.T. Θρησκευτική Ευεξία ±T.A.	37.6±13.3	34.6 ±12.6	0.4
M.T. Υπαρξιακή Ευεξία ±T.A.	37.2±7.3	37.4± 8.6	0.8
M.T. Λήψη μέτρων(Cope) ±T.A.	10.5±2.7	10.4±3.1	0.8
M.T. Σχεδιασμός ± T.A.	10.7±2.5	10.8±3.1	0.7
M.T. Αναβολή ± T.A.	9.8±2.2	9.9±2.2	0.8
M.T. Αυτοσυγκράτηση ±T.A.	10±2.5	10.4±2.7	0.5
M.T. Κοινωνική υποστήριξη-Αναζήτηση πληροφοριών ±T.A.	10.7±2.6	10.2±3.3	0.4
M.T. Συναισθηματική Κοινωνική Υποστήριξη ±T.A.	10.9±3.1	9.5±3.2	0.1

Μ.Τ. Θετική Επανεκτίμηση ±Τ.Α.	11.9±2.1	10.8±2.3	0.06
Μ.Τ. Αποδοχή της κατάστασης ±Τ.Α.	11.1±2.4	10.8±2.5	0.6
Μ.Τ. Στροφή στη θρησκεία ±Τ.Α.	4.8± 2.3	4.4±2.1	0.5
Μ.Τ. Εστίαση και εκτόνωση συναισθημάτων ±Τ.Α.	10.9±2.7	10.2±2.6	0.4
Μ.Τ. Άρνηση ±Τ.Α.	7±2.5	9±2.6	0.004*
Μ.Τ. Παραίτηση ±Τ.Α.	6.7±2.5	8.1±2.6	0.02*
Μ.Τ. Νοητική αποδέσμευση ±Τ.Α.	5±1.5	5±1.7	0.9
Μ.Τ. Χρήση Ουσιών ±Τ.Α.	3.2±1.4	3.2±1.6	0.9
Μ.Τ. Χιούμορ ±Τ.Α.	3.1±1.3	3.2±1.3	0.6
Μ.Τ. Αυτοαποτελεσματικότητα ±Τ.Α.	25.3±5.9	24.8±5.5	0.4
Μ.Τ. Δείκτης Μάζας Σώματος ±Τ.Α.	25.9±4.5	26.6±5.7	0.7
Μ.Τ. Κακοποίηση ±Τ.Α.	18.5±2	17.3±3.2	0.2
*Επίπεδο σημαντικότητας $p<0,05$			

Πίνακας 3. Οι μεταβολές των μετρήσεων μετά την παρέμβαση.

	Ομάδα Παρέμβασης (N=30)	Ομάδα Ελέγχου (N=30)	p-value	Μέγεθος επίδρασης rho
--	-------------------------------	----------------------------	---------	-----------------------------

Δ_M.T. Αντιλαμβανόμενο στρες ± T.A.	-7.1±5.6	1.5±6.2	0.000*	0.6
Δ_M.T. Αυτοεκτίμηση± T.A.	12.1±18.6	-2.9±15.7	0.000*	0.6
Δ_M.T. Υγιεινές διαιτητικές επιλογές ± T.A.	2.8±2.4	-0,03±2.8	0.000*	0.5
Δ_M.T. Αποφυγή βλαβερών διατροφικών επιλογών ± T.A.	1.5±1.6	-0.2±1.8	0.003*	0.4
Δ_M.T. Καθημερινή Ρουτίνα ± T.A.	3.7±2.9	-0.2±3.5	0.000*	0.5
Δ_M.T. Οργάνωση σωματικής άσκησης ± T.A.	1.4±1.4	0.03±1.5	0.003*	0.4
Δ_M.T. Κοινωνική υποστήριξη και ψυχικός έλεγχος ± T.A.	1.6±1.9	-1±2.6	0.000*	0.5
Δ_M.T. Υγιεινός τρόπος ζωής και προσωπικός έλεγχος ± T.A.	10.9±8	-1.5±11	0.000*	0.6
Δ_M.T. Εσωτερικό Κέντρο Ελέγχου της Υγείας ± T.A.	-0.4±3.9	-0.2±2.5	0.3	0.2
Δ_M.T. Κέντρο Ελέγχου της Υγείας και τύχη ± T.A.	0.1±4.3	0.4±3.02	0.7	0.05
Δ_M.T. Εξωτερικό Κέντρο Ελέγχου της Υγείας ± T.A.	-0.4±2.3	-0.16±1.9	0.6	0.06
Δ_M.T. Κατάθλιψη ± T.A.	-3.4±4.15	2.2±3.3	0.000*	0.7
Δ_M.T. Άγχος ± T.A.	-4.2±3.8	2.8±2.9	0.000*	0.8
Δ_M.T. Στρες ± T.A.	-3.9±3.6	2.3±2.2	0.000*	0.8

Δ_M.T. Διαγνωστική κλίμακα της κατάθλιψης (BDI) ± T.A.	-5.8±4.5	4.3±3.8	0.000*	0.8
Δ_M.T. Πνευματική Ευεξία ±T.A.	1.4 ±7.8	-0.8 ±5.9	0.2	0.2
Δ_M.T. Θρησκευτική Ευεξία ±T.A.	0.3 ±4.5	0.3 ±3.3	0.7	0.04
Δ_M.T. Υπαρξιακή Ευεξία ±T.A.	1.1 ±4.2	-1.1±3.4	0.061	0.3
Δ_M.T. Λήψη μέτρων(Cope) ±T.A.	0.5 ±2.1	-0.3 ±1.8	0.4	0.1
Δ_M.T. Σχεδιασμός ± T.A.	0.5± 1.7	-0.5 ±1.3	0.005*	0.4
Δ_M.T. Αναβολή ± T.A.	0.3 ±1.5	-0.03± 1.6	0.5	0.08
Δ_M.T. Αυτοσυγκράτηση ±T.A.	0.5± 1.7	0.03± 1.3	0.2	0.2
Δ_M.T. Κοινωνική υποστήριξη- Αναζήτηση πληροφοριών ±T.A.	1.03±1.6	-0.2 ±1.7	0.004*	0.4
Δ_M.T. Συναισθηματική Κοινωνική Υποστήριξη ±T.A.	0.5±1.7	-0.2±1.7	0.1	0.2
Δ_M.T. Θετική Επανεκτίμηση ±T.A.	1 ±1.5	0.2 ±1.4	0.003*	0.4
Δ_M.T. Αποδοχή της κατάστασης ±T.A.	-0.9± 1.7	-0.2± 1.5	0.1	0.2
Δ_M.T. Στροφή στη θρησκεία ±T.A.	-0.03±0.7	0.2 ±0.8	0.3	0.1
Δ_M.T. Εστίαση και εκτόνωση συναισθημάτων	0.3 ±2	-0.1 ±1.6	0.2	0.2

±T.A.				
Δ_M.T. Άρνηση ±T.A.	0.5± 1.6	0.3 ±1.6	0.7	0.05
Δ_M.T. Παραίτηση ±T.A.	0.1 ±2.2	-0.03±2.3	0.9	0.003
Δ_M.T. Νοητική αποδέσμευση ±T.A.	0.9± 1.2	-0.2 ±1.2	0.001*	0.04
Δ_M.T. Χρήση Ουσιών ±T.A.	-0.2 ±0.9	0.6±1.2	0.009*	0.3
Δ_M.T. Χιούμορ ±T.A.	0.1 ±1.1	0.2 ±0.9	0.7	0.04
Δ_M.T. Αυτοαποτελεσματικότητα ±T.A.	2.0 ±2.8	0.7 ±3.1	0.1	0.2
Δ_M.T. Δείκτης Μάζας Σώματος ±T.A.	-0.2± 0.3	0.06±0.4	0.003*	0.4
Δ_M.T. Κακοποίηση ±T.A.	-0.8±1.5	-0.3± 1	0.2	0.2
<p>Για την σύγκριση ανάμεσα στις ομάδες: Για τις κατηγορικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε το chi-square και για τα ποσοτικά δεδομένα χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ του Mann Whitney U</p> <p>*P<0.05</p>				

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εφαρμογή ενός παρεμβατικού προγράμματος μείωσης του στρες και προαγωγής της υγείας σε γυναίκες με ιστορικό ενδοοικογενειακής βίας, λόγω της «ευαλωτότητας» τους σε σχέση με το στρες, το άγχος, την καταθλιπτική συμπτωματολογία, τις διαταραχές ύπνου αλλά και τη γενικότερη διαταραχή σε επίπεδο καθημερινής ζωής και ρουτίνας. Μάλιστα, μια τέτοια συνολική και πολύπλευρη παρέμβαση, σε επίπεδο διαχείρισης στρες, βελτίωσης των καθημερινών διαιτητικών επιλογών και φυσικής άσκησης αλλά και δεξιοτήτων για καλύτερη αντιμετώπιση απαιτητικών παραγόντων, φιλοδοξούσε να έχει πολλαπλά οφέλη και στην ενδυνάμωσή τους και στην αυτό-αποτελεσματικότητα καθώς και αυτοεκτίμησή τους, στοιχεία που φαίνεται να πλήττονται καθοριστικά εξαιτίας της παρατεταμένης έκθεσης σε μια βίαιη καθημερινότητα.

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που φαίνεται να επιφέρουν θετικά αποτελέσματα στις περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας είναι, η Διαχείριση στρες, η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT), καθώς και τεχνικές όπως η γιόγκα και το EMDR [106-108,110-112,135]. Η Γνωσιακή Θεραπεία καθώς και άλλες συμβουλευτικές κυρίως, παρεμβάσεις που στόχευαν στην εκπαίδευση των γυναικών πάνω στην αναγνώριση και διαχείριση περιστατικών και συντροφικών σχέσεων βίας, είχαν θετικά αποτελέσματα στην αποφυγή της επαναθυματοποίησης τους [110,136].

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με προγενέστερες έρευνες πάνω σε γυναίκες με ιστορικό κακοποίησης. Πιο συγκεκριμένα, το παρεμβατικό πρόγραμμα που υλοποιήσαμε οδήγησε α) σε σημαντική μείωση των επιπέδων στρες, κατάθλιψης και άγχους. Παρόμοιες κλινικές δοκιμές που είχαν εφαρμόσει τεχνικές Διαχείρισης του Στρες, CBT αλλά και την EMDR κατέληξαν σε εξίσου αξιόλογες μειώσεις στο στρες και την αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία [106-110, 135], β) σε αύξηση της αυτοεκτίμησης και του ελέγχου της υγείας [111,112], καθώς και γ) σε βελτίωση της καθημερινότητας και της ρουτίνας [111].

Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα σχετικής μελέτης στην οποία εφαρμόστηκε η τεχνική EMDR σε γυναίκες θύματα βίας, έδειξε σημαντική μείωση των επιπέδων άγχους, αλλά και του PTSD σε σύγκριση με άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις [135].

Σε άλλη έρευνα που εφήρμοσε CBT, διάρκειας 3 μηνών (N=37), οι 32 γυναίκες που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα μείωσαν σημαντικά τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες. Σε μια άλλη έρευνα, αναφέρεται ότι σε δείγμα 53 κακοποιημένων γυναικών που επιλέχτηκαν με τυχαιοποίηση πραγματοποιήθηκαν δύο προγράμματα παρέμβασης. Στο ένα πρόγραμμα (N=28) μεταξύ άλλων ακολουθήθηκε η τεχνική της έκθεσης και στο άλλο πρόγραμμα (N=25) η τεχνική αυτή αντικαταστάθηκε με την εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας. Η θεραπεία διήρκεσε 8 εβδομάδες. Η ψυχο-εκπαίδευση, ο έλεγχος της αναπνοής, η εκπαιδευτική κατάρτιση για τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης, η γνωσιακή αναδόμηση, η εκμάθηση της επίλυσης προβλημάτων, ο σχεδιασμός ευχάριστων δραστηριοτήτων, καθώς και η πρόληψη των υποτροπών, δείχνουν μια έντονη μείωση στα μετατραυματικά, καταθλιπτικά και σχετιζόμενα με το στρες συμπτώματα, τα οποία συνέχισαν και μετά το πέρας 12 μηνών από την παρέμβαση [112]. Τέλος, τα αποτελέσματα μιας αντίστοιχης κλινικής δοκιμής έδειξαν ότι οι διαφραγματικές αναπνοές και η προοδευτική χαλάρωση των μυών, βοήθησαν στην μείωση του στρες, εν αντιθέσει με την δική μας μελέτη, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικά αποτελέσματα για τις ώρες ύπνου, το κέντρο ελέγχου της υγείας, τη κατάθλιψη και τους τρόπους αντιμετώπισης του στρες, που το άτομο χρησιμοποιεί [111].

Παρόλα τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα, η μελέτη αυτή συγκεντρώνει έναν αριθμό περιορισμών. Πρώτος περιορισμός ήταν η δυσκολία στην εύρεση και συλλογή του δείγματος. Αυτό το γεγονός αποδόθηκε στην διστακτικότητα ή και άγνοια των γυναικών να αναζητήσουν τρόπους αντιμετώπισης, να εμπιστευτούν και να συνεργαστούν. Ένας άλλος περιορισμός είναι ο φόβος των γυναικών να απαντήσουν με ειλικρίνεια στα ερωτηματολόγια, επειδή είχαν το φόβο της έκθεσης προσωπικών και ευαίσθητων δεδομένων, παρά τις διαβεβαιώσεις των ερευνητριών για την απόλυτη τήρηση ανωνυμίας τους. Ακόμα, η συγκεκριμένη μελέτη δεν ήταν τυφλή, καθώς τόσο οι ερευνήτριες όσο και οι συμμετέχουσες γνώριζαν ότι ήταν ομάδα παρέμβασης. Η γνώση αυτή μπορεί να επιδράσει ως placebo, καθώς το άτομο μπορεί να αναμένει ότι η παρέμβαση θα το επηρεάσει θετικά στο ζώή του. Ακόμα, όλα τα δεδομένα που συλλέχτηκαν προέρχονταν από ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, κάτι που μπορεί να επιφέρει σφάλματα ανάκλησης. Τέλος, ήταν σαφής η αδυναμία επιβεβαίωσης της τήρησης του προγράμματος διαχείρισης του στρες και προαγωγής της υγείας παρότι δόθηκε στις συμμετέχουσες ημερολόγιο καταγραφής της

εφαρμογής της παρέμβασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έρευνα αυτή αποτελεί μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή σε γυναίκες με ιστορικό ενδοοικογενειακής βίας. Τα αποτελέσματα είναι εξαιρετικά σημαντικά, μιας και καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ψυχοκοινωνικών ωφελειών, το οποίο περιλαμβάνει όχι μόνο βελτίωση των δεικτών ψυχικής υγείας και σωματική δραστηριότητας αλλά την αύξηση της ποιότητας της ζωής των γυναικών μέσα από την συνεχή ενδυνάμωσή τους. Αν και το δείγμα ήταν σχετικά μικρό η άμεση και έμμεση θετική επίδραση της παρέμβασης μας προτρέπει να συστήσουμε την εισαγωγή και εφαρμογή τέτοιων μη φαρμακευτικών προγραμμάτων σε γυναίκες, θύματα οικογενειακής βίας. Μια υιοθέτηση αντίστοιχων παρεμβάσεων σε κλινικά πλαίσια θα μπορούσε να μεγιστοποιήσει τα οφέλη τόσο μιας ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, όσο και της παροχής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας και πρόληψης, μιας και το άτομο ενδυναμώνεται προκειμένου να διεκδικήσει μια καλύτερη ζωή βασιζόμενο στις δικές του δεξιότητες και ικανότητες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Spinellis C.D. (1997). *Crime in Greece in Perspective*, Athens: Sakkoulas.
2. Πετρουλάκη, Κ. (2009). *Βία μεταξύ ερωτικών συντρόφων: Ανίχνευση, αξιολόγηση και τεκμηρίωση σε δομές του συστήματος υγείας*, στο Νικολαΐδης Γ. και Σταυριανάκη Μ. (επιμ.), *Βία στην Οικογένεια: Τεκμηριωμένη Πρακτική και Τεκμήρια από την Πρακτική*, Αθήνα: ΚΨΜ.
3. Κατσίκη, Γ. (2009). «*Πολιτισμικά ζητήματα στην ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών: Προβληματισμοί για την έρευνα καταγραφής*», στο Νικολαΐδης Γ. και Σταυριανάκη Μ. (επιμ.), *Βία στην Οικογένεια: Τεκμηριωμένη Πρακτική και Τεκμήρια από την Πρακτική*, Αθήνα: ΚΨΜ.
4. Flury, M., Nyberg, E., & Riecher-Rössler, A. (2010). Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Wkly*, 140(w13099), 6.
5. García-Moreno, C., Jansen, H.A.F.M., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C. (2005) WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Brussels: World Health Organization.
6. García-Moreno, C., Jansen, H.A.F.M., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C. (2005) WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Brussels: World Health Organization.
7. Ηνωμένα Έθνη (Τμήμα Δημόσιας Πληροφόρησης). «4η Παγκόσμια Διάσκεψη Γυναικών», Πεκίνο 14-15 Σεπτεμβρίου 1995.
8. Νομοθετικό κείμενο: ΦΕΚ 232 / 24.11.2006/. Α'.
9. Walker, L. (1989). *Η κακοποιημένη γυναίκα*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
10. Hirigoyen, M. (2005). *Η κακοποιημένη γυναίκα. Η βία μέσα στο ζευγάρι*. Αθήνα: Πατάκη.
11. Αρτινοπούλου, Β., Φαρσεδάκης, Ιακ. (2003) *Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών: Πρώτη Πανελλαδική Επιδημιολογική Έρευνα*. Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας (ΚΕΘΙ), Αθήνα.
12. Logan, T. K., Walker, R., Jordan, C. E., & Leukefeld, C. G. (2006). *Women and victimization: Contributing factors, interventions, and implications*. American Psychological Association.

13. European womens lobby. (1999). Unveilling the hidden data on domestic violence in the EU, European policy action center of violence against women.
14. Gloor, D., & Frauen M.H. (2004). Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum. Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie, Zürich. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann der Stadt Zürich und MaternitéInselhof Triemli (Hrg.).
15. McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*, 267(23), 3176–8.
16. McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K. (1996). Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight. *Nurs Res.*, 45(1), 37–42.
17. Gazmararian, J.A., Lazorick, S., Spitz, A.M., Ballard, T.J., Saltzman, L.E., Marks, J.S. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA*, 275(24):1915–20.
18. Barnawi, F. H. (2015). Prevalence and Risk Factors of Domestic Violence Against Women Attending a Primary Care Center in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Interpersonal Violence*, 0886260515587669.
19. Jain, D., Sanon, S., Sadowski, L., Hunter, W. (2004). Violence against women in India: evidence from rural Maharashtra, India. *Rural and Remote Health* 4, 304.
20. Agae, S., & Eslami, S. (2007). Domestic violence against women attending gynecologic outpatient clinics. *Archives of Iranian Medicine*, 10(3), 309-315.
21. Ansara, D. L., & Hindin, M. J. (2011). Psychosocial consequences of intimate partner violence for women and men in Canada. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(8), 1628-1645.
22. Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., & del Río-Lozano, M. (2007). Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *The European Journal of Public Health*, 17(5), 437-443.

23. Grisso, J. A., Wishner, A. R., Schwarz, D. F., Weene, B. A., Holmes, J. H., & Sutton, R. L. (1991). A population-based study of injuries in inner-city women. *American Journal of Epidemiology*, *134*(1), 59-68.
24. Varvaro, F. F., & Lasko, D. L. (1993). Physical abuse as cause of injury in women: information for orthopaedic nurses. *Orthopaedic Nursing*, *12*(1), 37-41.
25. McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F., DeChant, H. K., ... & Derogatis, L.R. (1995). The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of internal medicine*, *123*(10), 737-746.
26. Coker, A.L., Smith, P.H., Bethea, L., King, M.R., & McKeown, R.E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of family medicine*, *9*(5), 451.
27. Cascardi, M., Langhinrichsen, J., & Vivian, D. (1992). Marital aggression: Impact, injury, and health correlates for husbands and wives. *Archives of internal medicine*, *152*(6), 1178-1184.
28. Ellsberg, M., Jansen, H.A., Heise, L., Watts, C.H., & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, *371*(9619), 1165-1172.
29. Dunkle, K.L., Jewkes, R.K., Brown, H.C., Gray, G.E., McIntyre, J.A., & Harlow, S.D. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *The lancet*, *363*(9419), 1415-1421.
30. Sato-DiLorenzo, A., & Sharps, P.W. (2007). Dangerous intimate partner relationships and women's mental health and health behaviors. *Issues in mental health nursing*, *28*(8), 837-848.
31. Scheffer Lindgren, M., & Renck, B. (2008). 'It is still so deep-seated, the fear': psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *15*(3), 219-228.

32. Akyuz, A., Seven, M., Şahiner, G., & Bilal, B. (2013). Studying the effect of infertility on marital violence in Turkish women. *International journal of fertility & sterility*, 6(4), 286.
33. Devries, K.M., Kishor, S., Johnson, H., Stöckl, H., Bacchus, L.J., Garcia-Moreno, C., & Watts, C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*, 18 (36), 158-170.
34. Coker, A.L., Smith, P.H., Bethea, L., King, M.R., & McKeown, R.E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of family medicine*, 9(5), 451.
35. Hathaway, J.E., Mucci, L.A., Silverman, J.G., Brooks, D.R., Mathews, R., & Pavlos, C.A. (2000). Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. *American journal of preventive medicine*, 19(4), 302-307.
36. Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature. *International journal of family medicine*, 2013 (2013), Article ID 313909, 15 pages.
37. Fortin, I., Guay, S., Lavoie, V., Boisvert, J.M., & Beaudry, M. (2012). Intimate partner violence and psychological distress among young couples: Analysis of the moderating effect of social support. *Journal of Family Violence*, 27(1), 63-73.
38. Tolman, R.M., & Wang, H.C. (2005). Domestic violence and women's employment: Fixed effects models of three waves of women's employment study data. *American journal of community psychology*, 36(1-2), 147-158.
39. Bonomi, A.E., Anderson, M.L., Rivara, F.P., & Thompson, R.S. (2007). Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. *Journal of Women's Health*, 16(7), 987-997.
40. Salehi Fadardi, J. (2009). A comparative study of anxiety, stress, and depression in physically abused and non-abused Iranian wives. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 3.

41. Savas, N., & Agridag, G. (2010). The relationship between women's mental health and domestic violence in semirural areas: a study in Turkey. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 23(3):399-407.
42. Ellsberg, M., Jansen, H.A., Heise, L., Watts, C.H., & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 371(9619), 1165-1172.
43. Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής. (2012). Η Ενδοοικογενειακή βία στην Ελλάδα, Prolepsis.
44. Chandra, P.S., Satyanarayana, V.A., & Carey, M.P. (2009). Women reporting intimate partner violence in India: associations with PTSD and depressive symptoms. *Archives of women's mental health*, 12(4), 203-209.
45. Woods, S.J., Hall, R.J., Campbell, J.C., & Angott, D.M. (2008). Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(6), 538-546.
46. Coker, A.L., Derrick, C., Lumpkin, J.L., Aldrich, T.E., & Oldendick, R. (2000). Help-seeking for intimate partner violence and forced sex in South Carolina. *American journal of preventive medicine*, 19(4), 316-320.
47. Tolman, R. M., & Rosen, D. (2001). Domestic violence in the lives of women receiving welfare mental health, substance dependence, and economic well-being. *Violence against women*, 7(2), 141-158.
48. Wildin, S. R., Williamson, W. D., & Wilson, G. S. (1991). Children of battered women: Developmental and learning profiles. *Clinical pediatrics*, 30(5), 299-304.
49. Dehon, C., & Weems, C.F. (2010). Emotional development in the context of conflict: The indirect effects of interparental violence on children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(3), 287-297.

50. Howell, K.H., Graham-Bermann, S.A., Czyz, E., & Lilly, M. (2010). Assessing resilience in preschool children exposed to intimate partner violence. *Violence and Victims, 25*(2), 150-164.
51. Holden, G.W., & Ritchie, K.L. (1991). Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems: Evidence from battered women. *Child development, 62*(2), 311-327.
52. Levendosky, A.A., Bogat, G.A., & Martinez-Torteya, C. (2013). PTSD symptoms in young children exposed to intimate partner violence. *Violence against women, 1077801213476458*.
53. Howell, K.H. (2011). Resilience and psychopathology in children exposed to family violence. *Aggression and Violent Behavior, 16*(6), 562-569.
54. Moylan, C.A., Herrenkohl, T.I., Sousa, C., Tajima, E.A., Herrenkohl, R.C., & Russo, M.J. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of family Violence, 25*(1), 53-63.
55. Margolin, G., & Vickerman, K.A. (2011). Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: I. Overview and issues. *Prof Psychol Res Pr. 38*(6): 613–619.
56. Anderson, K., Danis, F., & Havig, K. (2011). Adult daughters of battered women: Recovery and posttraumatic growth following childhood adversity. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, 92*(2), 154-160.
57. Gomez, A.M., Speizer, I.S., & Moracco, K.E. (2011). Linkages between gender equity and intimate partner violence among urban Brazilian youth. *Journal of Adolescent Health, 49*(4), 393-399.
58. Nelson, K.G. (1984). The innocent bystander: the child as unintended victim of domestic violence involving deadly weapons. *Pediatrics, 73*(2), 251-252.
59. Silvern, L., & Kaersvang, L. (1989). The traumatized children of violent marriages. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*.

60. Day, T., McKenna, K., & Bowlus, A. (2005). The Economic Costs of Violence Against Women: An Evaluation of the Literature. Expert brief compiled in preparation for the Secretary-General's in-depth study on all forms of violence against women. London, Ontario:United Nations.
61. Howitt, P. (2005). Health, human capital, and economic growth: a schumpeterian perspective. *Health and economic growth: Findings and policy implications*, 19-40.
62. Morrison, A.R., & Orlando, M.B. (1999). *Social and economic costs of domestic violence: Chile and Nicaragua*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
63. AuCoin, K., & Beauchamp, D. (2007). *Impacts and consequences of victimization, GSS 2004*. Canadian Centre for Justice Statistics.
64. Sheridan, D.J., & Nash, K.R. (2007). Acute injury patterns of intimate partner violence victims. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(3), 281-289.
65. Gazmararian, J.A., Petersen, R., Spitz, A.M., Goodwin, M.M., Saltzman, L. E., & Marks, J.S. (2000). Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions. *Maternal and child health journal*, 4(2), 79-84.
66. Walby, S. (2004). *The cost of domestic violence*. London: Department of Trade and Industry.
67. Morrison, A., & Orlando, M.B. (2004). The costs and impacts of gender-based violence in developing countries: Methodological considerations and new evidence. Retrieved on 25/10/2015, Available at: <http://siteresources.worldbank.org/INTGENDER/Resources/costsandimpactsofgbv.pdf>
68. McEwen, B.S. (2000). Allostasis and allostatic load: implications for neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*, 22(2), 108-124.
69. Chrousos, G.P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews Endocrinology*, 5(7), 374-381.
70. Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). Stress. *Appraisal, and coping*, 725.

71. Chrousos, G.P., & Gold, P.W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders: overview of physical and behavioral homeostasis. *JAMA*, 267(9), 1244-1252.
72. Taylor, C.B., Conrad, A., Wilhelm, F.H., Neri, E., DeLorenzo, A., Kramer, M. A., ... & Spiegel, D. (2006). Psychophysiological and cortisol responses to psychological stress in depressed and nondepressed older men and women with elevated cardiovascular disease risk. *Psychosomatic Medicine*, 68(4), 538-546.
73. de Kloet, E.R. (2003). Hormones, brain and stress. *Endocrine regulations*, 37(2), 51-68.
74. Website: <http://www.stress.org/daily-life/>, Last accessed on 23/10/2015.
75. Hellhammer, D.H., Stone, A., Hellhammer, J., & Broderick, J. (2010). Measuring stress. *Encyclopedia of behavioural neuroscience*, 186-191.
76. McEwen, B.S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England journal of medicine*, 338(3), 171-179.
77. Humphrey, J.H. (2005). *Anthology of Stress Revisited: Selected Works of James H. Humphrey*. Nova Publishers.
78. American Psychological Association. (1996). Presidential Task Force on Violence, & the Family. *Violence and the family: Report of the American Psychological Association presidential task force on violence and the family*. American Psychological Association.
79. Fahlberg, V. (2003). Domestic violence in immigrant communities: Barriers to service utilization. Retrieved on 15/10/2015 from http://www.researchgate.net/publication/253995207_Domestic_Violence_in_Immigrant_Communities_Barriers_to_Service_Utilization.
80. Boonzaier, F. (2008). If the man says you must sit, then you must sit': The relational construction of woman abuse: Gender, subjectivity and violence. *Feminism & Psychology*, 18(2), 183-206.

81. DeKeseredy, W.S. (2011). Feminist contributions to understanding woman abuse: Myths, controversies, and realities. *Aggression and Violent Behavior, 16*(4), 297-302.
82. Johnson, D.M., Zlotnick, C., & Perez, S. (2008). The relative contribution of abuse severity and PTSD severity on the psychiatric and social morbidity of battered women in shelters. *Behavior Therapy, 39*(3), 232-241.
83. Aguilar, R.J., & Nightingale, N.N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of family violence, 9*(1), 35-45.
84. Orava, T.A., McLeod, P.J., & Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive symptomatology, and self-esteem of women in transition from abusive relationships. *Journal of Family Violence, 11*(2), 167-186.
85. Sweeney, A.C., Weitlauf, J.C., Manning, E.A., Sze, J.A., Waldrop, A.E., & Hasser, C. (2013). Intimate partner violence: perspectives on universal screening for women in VHA primary care. *Women's Health Issues, 23*(2), e73-e76.
86. Craparo, G., Gori, A., Petrucci, I., Cannella, V., & Simonelli, C. (2014). Intimate partner violence: relationships between alexithymia, depression, attachment styles, and coping strategies of battered women. *The journal of sexual medicine, 11*(6), 1484-1494.
87. Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of family violence, 14*(2), 99-132.
88. Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry, 52*(12), 1048-1060.
89. Partner, W.E. (2014). Fear of Past Abusive. *Violence Against Women, 20*(2), 208-227.

90. Kemp, A., Rawlings, E.I., & Green, B.L. (1991). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in battered women: A shelter sample. *Journal of Traumatic Stress, 4*(1), 137-148.
91. Street, A.E., & Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: Examining the roles of shame and guilt. *Violence and victims, 16*(1), 65-78.
92. DeCou, C.R., Lynch, S.M., Cole, T.T., & Kaplan, S.P. (2015). Coping Self-Efficacy Moderates the Association Between Severity of Partner Violence and PTSD Symptoms Among Incarcerated Women. *Journal of Traumatic Stress, 28*(5), 465-468.
93. Sullivan, T.P., & Holt, L.J. (2008). PTSD symptom clusters are differentially related to substance use among community women exposed to intimate partner violence. *Journal of traumatic stress, 21*(2), 173-180.
94. Krishnan, S.P., Hilbert, J.C., & McNeil, K.A. (2001). *Understanding Domestic Violence in Multi Ethnic Rural Communities: A Focus on Collaborations Among the Courts, the Law Enforcement Agencies, and the Shelters*. National Institute of Justice.
95. Messman-Moore, T.L., & Long, P.J. (2000). Child sexual abuse and revictimization in the form of adult sexual abuse, adult physical abuse, and adult psychological maltreatment. *Journal of interpersonal violence, 15*(5), 489-502.
96. Pelletier, J.E., Lytle, L.A., & Laska, M.N. (2015). Stress, Health Risk Behaviors, and Weight Status Among Community College Students. *Health Education & Behavior, 1090198115598983*.
97. Taylor, C.B., Conrad, A., Wilhelm, F.H., Neri, E., DeLorenzo, A., Kramer, M. A., ... & Spiegel, D. (2006). Psychophysiological and cortisol responses to psychological stress in depressed and nondepressed older men and women with elevated cardiovascular disease risk. *Psychosomatic Medicine, 68*(4), 538-546.

98. de Kloet, E.R. (2003). Hormones, brain and stress. *Endocrine regulations*, 37(2), 51-68.
99. Dayton, T. (2000). *Trauma and addiction: Ending the cycle of pain through emotional literacy*. Health Communications.
100. Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., ... & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386-389.
101. Ansell, E.B., Rando, K., Tuit, K., Guarnaccia, J., & Sinha, R. (2012). Cumulative adversity and smaller gray matter volume in medial prefrontal, anterior cingulate, and insula regions. *Biological psychiatry*, 72(1), 57-64.
102. Basta, M., Chrousos, G.P., Vela-Bueno, A., & Vgontzas, A.N. (2007). Chronic insomnia and the stress system. *Sleep medicine clinics*, 2(2), 279-291.
103. Schwabe, L., Joëls, M., Roozendaal, B., Wolf, O.T., & Oitzl, M.S. (2012). Stress effects on memory: an update and integration. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(7), 1740-1749.
104. Hassan, S., Karpova, Y., Baiz, D., Yancey, D., Pullikuth, A., Flores, A., ... & Kulik, G. (2013). Behavioral stress accelerates prostate cancer development in mice. *The Journal of clinical investigation*, 123(2), 874.
105. Antoni, M.H., Lutgendorf, S.K., Blomberg, B., Carver, C.S., Lechner, S., Diaz, A., ... & Cole, S.W. (2012). Cognitive-behavioral stress management reverses anxiety-related leukocyte transcriptional dynamics. *Biological psychiatry*, 71(4), 366-372.
106. Eisikovits, Z., & Band-Winterstein, T. (2015). Dimensions of suffering among old and young battered women. *Journal of Family Violence*, 30(1), 49-62.
107. Dutton, M.A., Bermudez, D., Matas, A., Majid, H., & Myers, N.L. (2013). Mindfulness-based stress reduction for low-income, predominantly

- African American women with PTSD and a history of intimate partner violence. *Cognitive and behavioral practice*, 20(1), 23-32.
108. Leisring, P.A. (2013). Physical and emotional abuse in romantic relationships motivation for perpetration among college women. *Journal of interpersonal violence*, 28(7), 1437-1454.
109. Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J., Sawyer, A.T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440.
110. Eckhardt, C.I., Murphy, C.M., Whitaker, D.J., Sprunger, J., Dykstra, R., & Woodard, K. (2013). The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner Abuse*, 4(2), 196-231.
111. Kim, S.H., Schneider, S.M., Kravitz, L., Mermier, C., & Burge, M.R. (2013). Mind-body practices for posttraumatic stress disorder. *Journal of investigative medicine: the official publication of the American Federation for Clinical Research*, 61(5), 827.
112. Michalopoulou, E., Tzamalouka, G., Chrousos, G.P., & Darviri, C. (2015). Stress Management and Intimate Partner Violence: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Family Violence*, 1-8.
113. Crespo, M., & Arinero, M. (2010). Assessment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner. *The Spanish journal of psychology*, 13(02), 849-863.
114. Allen, K.N., & Wozniak, D.F. (2010). The language of healing: Women's voices in healing and recovering from domestic violence. *Social Work in Mental Health*, 9(1), 37-55.
115. Hughes, H.M., Cangiano, C., & Hopper, E.K. (2011). Profiles of distress in sheltered battered women: Implications for intervention. *Violence and victims*, 26(4), 445-460.

116. Dichter, M.E., & Rhodes, K.V. (2011). Intimate partner violence survivors' unmet social service needs. *Journal of Social Service Research, 37*(5), 481-489.
117. Darviri, C., Alexopoulos, E.C., Artemiadis, A.K., Tigani, X., Kraniotou, C., Darvyri, P., & Chrousos, G.P. (2014). "The Healthy Lifestyle and Personal Control Questionnaire (HLPCQ): a novel tool for assessing Self-Empowerment through a constellation of daily activities". *Public Health, 14*:995.
118. Lovibond, S.H., & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd. Ed.). Sydney: Psychology Foundation.
119. Lyrakos, G.N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). P03-561 - Translation and Validation Study of the Depression Anxiety Stress Scale in the Greek General Population and in a Psychiatric Patient's Sample. *European Psychiatry, 26*, 1731.
120. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 385-396.
121. Andreou, E., Alexopoulos, E.C., Lionis, C., Varvogli, L., Gnardellis, C., Chrousos, G.P., & Darviri, C. (2011). Perceived stress scale: Reliability and validity study in greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 8*(8), 3287-3298.
122. Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). "The Social Readjustment Rating Scale". *J Psychosom Res, 11*(2), 213-8.
123. Wallston, K.A., Wallston, B.S. & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs, 6*, 160-170.
124. Karademas, E.C. (2009). Effects of exposure to the suffering of unknown persons on health-related cognitions, and the role of mood. *Health, 13*(5), 491-504.
125. Self-esteem
126. Paloutzian, R.F., & Ellison, C.W. (1982). Subjective measures of spiritual well-being. *Review of Religious Research, 25*, 351-364.
127. Darvyri, P., Galanakis M., Avgoustidis A.G., Vasdekis S., Artemiadis A., Tigani X., Chrousos G.P., & Darviri C. (2014). "The Spiritual Well-

- Being Scale (SWBS) in Greek Population of Attica". *Psychology*, 5, 1575-1582.
128. WAST
129. Vivilaki, V.G., Dafermos, V., Daglas, M., Antoniou, E., Tsopelas, N.D., Theodorakis, P.N., Brown, J.B. & Lionis, C. (2009). Identifying Intimate Partner Violence (IPV) during the postpartum period in a Greek sample. *Arch Womens Ment Health* DOI 10.1007/s00737-010-0155-5 .
130. Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
131. Glynou, E., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1994). Greek Adaptation of the General Self-Efficacy Scale. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/greek.htm>.
132. Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
133. Roussis, P., Triliva, S., Kioseoglou G. (2002). Coping Orientation to Problems Experienced (COPE). In A. Stalikas, S. Triliva & P. Roussis (ed). Psychometric measurements in Greece. Athens: Ellinika Grammata, pp. 289-290.
134. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendeson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
135. Tzemos, I., (1991). Standardization of BDI questionnaire for the Greek population, Dissertation. Athens: University of Athens.
136. Tarquinio, C., Brennstuhl, M.-J., Rydberg, J.A., Schmitt, A., Mouda, F., Lourel, M., & Tarquinio, P. (2012). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of victims of domestic violence: A pilot study. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 62(4), 205-212.
137. Kiely, M., El-Mohandes, A. A., El-Khorazaty, M. N., & Gantz, M. G.

(2010). An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: A randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, 115(2 Pt 1), 273.
