



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων - Εξαρτησιολογία»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ
ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ**

ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ ΜΠΛΑΝΗ

A.M.: 7450352100022

Επιβλέπων: Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή: Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής,
Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
Πομίνι Βαλέρια, Εργαστηριακό Διδακτικό Προσωπικό ΕΔΙΠ, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
Τριανταφύλλου Καλλιόπη, PhD Κλινική Ψυχολογίας Επιστημονική Συνεργάτις, Ιατρική
Σχολή, ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ

ΜΑΡΤΙΟΣ, 2024

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	4
Περίληψη.....	5
Abstract.....	7
Εισαγωγή.....	9
Μέρος Α: Βιβλιογραφική ανασκόπηση	11
Κεφάλαιο 1: Συντροφική βία	11
1.1 Ορισμός συντροφικής βίας	11
1.2 Η κυκλική θεωρία της βίας	11
1.3 Μορφές άσκησης συντροφικής βίας.....	12
1.3.1 Σωματική βία.....	12
1.3.2 Ψυχολογική/συναισθηματική βία	13
1.3.3 Σεξουαλική βία	14
1.3.4 Οικονομική εκμετάλλευση	15
1.4 Επιδημιολογικά δεδομένα συντροφικής βίας	15
1.5 Προφίλ θύτη και θύματος συντροφικής βίας.....	17
1.5.1 Χαρακτηριστικά θύτη	17
1.5.2 Χαρακτηριστικά θύματος	17
1.6 Επιπτώσεις συντροφικής βίας	18
1.6.1 Σωματικές επιπτώσεις	18
1.6.2 Ψυχολογικές επιπτώσεις	19
Κεφάλαιο 2: Διαταραχή χρήσης αλκοόλ	21
2.1 Ορισμός διαταραχής χρήσης αλκοόλ.....	21
2.2 Επιδημιολογικά δεδομένα διαταραχής χρήσης αλκοόλ	25
2.3 Διαταραχή χρήσης αλκοόλ στον γυναικείο πληθυσμό	27
2.4 Αιτιοπαθογένεια διαταραχής χρήσης αλκοόλ	28
2.4.1 Βιολογικοί - Γενετικοί παράγοντες διαταραχής χρήσης αλκοόλ	29
2.4.2 Ψυχολογικοί παράγοντες διαταραχής χρήσης αλκοόλ.....	30
2.4.3 Περιβαλλοντικοί - Κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες διαταραχής χρήσης αλκοόλ ...	32
2.5 Επιπτώσεις διαταραχής χρήσης αλκοόλ.....	34
2.5.1 Επιπτώσεις διαταραχής χρήσης αλκοόλ στην σωματική υγεία	34
2.5.2 Επιπτώσεις διαταραχής χρήσης αλκοόλ στην ψυχική υγεία.....	36

2.5.2.1 Διαταραχές χρήσης ουσιών.....	38
2.5.2.2 Συναισθηματικές διαταραχές.....	38
2.5.2.3 Αγχώδεις διαταραχές.....	38
2.5.3 Κοινωνικές επιπτώσεις διαταραχής χρήσης αλκοόλ.....	39
Κεφάλαιο 3: Ποιότητα ζωής.....	40
3.1 Ορισμός ποιότητας ζωής	40
3.2 Η ποιότητα ζωής των γυναικών με ιστορικό συντροφικής βίας	42
3.3 Η ποιότητα ζωής των ατόμων με ιστορικό διαταραχής χρήσης αλκοόλ.....	44
Μέρος Β: Ερευνητικό μέρος.....	47
Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία.....	47
4.1 Δείγμα.....	47
4.2 Ερευνητική διαδικασία.....	47
4.3 Ερευνητικά εργαλεία	48
4.4 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας.....	50
4.5 Στατιστική ανάλυση.....	50
Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα.....	51
Κεφάλαιο 6: Συζήτηση.....	70
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	75
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	75
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	77

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών, με τίτλο «Αντιμετώπιση εξαρτήσεων - Εξαρτησιολογία», του τμήματος Ιατρικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον Καθηγητή Ψυχιατρικής στην Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και επιβλέπων καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας, κ. Θωμά Παπαρρηγόπουλο, για την ευκαιρία που μου έδωσε να εκπονήσω την παρούσα μελέτη καθώς και την υποστήριξη του καθ' όλη τη διάρκειά της. Επίσης, οφείλω τις ευχαριστίες μου στην επιστημονική συνεργάτιδα της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, κα Καλλιόπη Τριανταφύλλου, για την πολύτιμη βοήθειά, την άριστη επικοινωνία και τις εύστοχες υποδείξεις της.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στην κα Τάτση, προϊσταμένη τμήματος συμβουλευτικών υπηρεσιών της Γενικής Γραμματείας Ισότητας των φύλων, και στην κα Παλαιολόγου, στέλεχος του τμήματος καταπολέμησης της βίας κατά των γυναικών, για την συμβολή τους στη διασύνδεση με τα συμβουλευτικά κέντρα γυναικών. Επιπλέον, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στην κα Σεργέδου, Συντονίστρια Διευθύντρια Μονάδα Απεξάρτησης από το Αλκοόλ, ΨΝΑ, και την κα Νικολαΐδου, Επιμελήτρια Β', Μονάδα Απεξάρτησης από το Αλκοόλ, ΨΝΑ για την εμπιστοσύνη και την υποστήριξη τους ώστε να εκπονηθεί η παρούσα εργασία στο Συμβουλευτικό Σταθμό Απεξάρτησης Αλκοολικών 18 Άνω.

Επιπροσθέτως, δεν θα ήθελα να παραλείψω τους επαγγελματίες με τους οποίους συνεργάστηκα στα κέντρα στα οποία διεξήχθη η μελέτη. Συγκεκριμένα, τον κ. Πουλή και την κα Θεράπου στο Συμβουλευτικό Σταθμό Απεξάρτησης Αλκοολικών 18 Άνω, την κα Σιγανάκη στο Συμβουλευτικό Κέντρο Γυναικών του Δήμου Χαλανδρίου, την κα Σπανέα και την κα Κωστάκη στο Συμβουλευτικό Κέντρο Αθήνας ΓΓΔΟΠΠΦ και την κα Ροβόλα και την κα Τσεμπέρη στο Κέντρο Συμβουλευτικής Υποστήριξης Γυναικών του Δήμου Κερατσινίου - Δραπετσώνας.

Επίσης, νιώθω την ανάγκη να απευθύνω θερμές ευχαριστίες σε όλες τις γυναίκες που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, αφιερώνοντας σημαντικό προσωπικό χρόνο για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, χωρίς την συμβολή των οποίων δε θα ήταν δυνατή η διεκπεραίωση της συγκεκριμένης εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους μου, οι οποίοι αποτέλεσαν ένα ανεκτίμητο στήριγμα σε όλα τα στάδια της εργασίας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η συντροφική βία και η διαταραχή χρήσης αλκοόλ στον γυναικείο πληθυσμό αποτελούν δύο ζητήματα δημόσιας υγείας με ατομικές και κοινωνικές συνέπειες, η πιθανότητα συνύπαρξης και σύνδεσής τους δεν πρέπει να αγνοηθεί. Προηγούμενες μελέτες αναφέρουν συσχέτιση της συντροφικής βίας με τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ στον γυναικείο πληθυσμό αλλά και την επίπτωση τους στην ποιότητα ζωής και τις συναισθηματικές δυσκολίες.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη διερευνά τη συντροφική βία κατά των γυναικών και τη συσχέτιση της με την διαταραχή χρήσης αλκοόλ, εξετάζοντας παράλληλα τους παράγοντες της ποιότητας ζωής και των συναισθηματικών δυσκολιών, συμπεριλαμβανομένων του άγχους και της κατάθλιψης, με σκοπό την όσο το δυνατόν πληρέστερη καταγραφή του φαινομένου. Πιο συγκεκριμένα στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και των συναισθηματικών δυσκολιών στις γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας συγκριτικά με την ποιότητα ζωής και τις συναισθηματικές δυσκολίες στις γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας και διαταραχής χρήσης αλκοόλ.

Μέθοδος: Συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 62 γυναικών (μέσος όρος ηλικίας 39,6 έτη, SD=10,7 έτη), οι οποίες απευθύνονται σε Συμβουλευτικά Κέντρα Υποστήριξης Γυναικών και στον Συμβουλευτικό Σταθμό Απεξάρτησης Αλκοολικών στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, από τον Νοέμβριο του 2022 έως τον Οκτώβριο του 2023. Το δείγμα προήλθε από ωφελούμενες τριών Συμβουλευτικών Κέντρων Υποστήριξης Γυναικών στην Αθήνα, το Χαλάνδρι και το Κερατσίνι- Δραπετσώνα και έναν Συμβουλευτικό Σταθμό Απεξάρτησης Αλκοολικών στην Κυψέλη. Για την ανίχνευση της συντροφικής βίας χρησιμοποιήθηκε το Εργαλείο Προβολής Κακοποίησης Γυναικών (Woman Abuse Screening Tool - WAST), ενώ για την ανίχνευση της διαταραχής χρήσης αλκοόλ το Τεστ Εντοπισμού Δυσλειτουργιών από την Χρήση Αλκοόλ: Εκδοχή Αυτοαναφοράς (Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT). Επιπλέον οι ωφελούμενες κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με την ποιότητα ζωής τους στο Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας Σύντομη Εκδοχή (World Health Organization Quality of Life Brief Version - WHOQOL-BFEEF), τις συναισθηματικές τους δυσκολίες στη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) και σε ερωτήσεις σχετικά με δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

Αποτελέσματα: Η πλειονότητα των συμμετεχουσών αναφέρει ότι έχει υποστεί συναισθηματική κακοποίηση (75,8%), σωματική κακοποίηση (21%) και σεξουαλική κακοποίηση (1,6%) και το (51,6%) αυτών παρουσιάζει και διαταραχή χρήσης αλκοόλ. Το 37,1% των συντρόφων των συμμετεχουσών έκανε την χρονική περίοδο της έρευνας χρήση ουσιών ενώ το 40,3% έκανε και στο παρελθόν. Επιπλέον, το 67,7% του δείγματος φαίνεται να έχει πέσει θύμα κακοποιητικής συμπεριφοράς υψηλής έντασης. Το 50% του δείγματος

κρίνει την κατάσταση της υγείας του μέτρια ή κακή εκ του οποίου το 33,3% πάσχει από χρόνια ψυχιατρικά προβλήματα.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία πρώτη προσπάθεια αποτύπωσης της σχέσης της συντροφικής βίας με την διαταραχή χρήσης αλκοόλ, εξετάζοντας τους παράγοντες της ποιότητας ζωής και των συναισθηματικών δυσκολιών. Τα ευρήματα που προκύπτουν καταδεικνύουν πως οι γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας αλλά και οι γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας και διαταραχής χρήσης αλκοόλ αποτελούν ιδιαίτερα ευάλωτους πληθυσμούς με έκπτωση στη ποιότητα ζωής και ανάπτυξη συννοσηρότητας ψυχικών διαταραχών και σωματικών νοσημάτων. Ειδικότερα, μεγαλύτερης έντασης συναισθηματική και σωματική κακοποίηση αλλά και μεγαλύτερη ένταση στη σχέση με τον σύντροφο σχετιζόταν με μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψη. Η συντροφική βία και η διαταραχή χρήσης αλκοόλ συνεπάγονταν χειρότερες κοινωνικές σχέσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες μόνο με ιστορικό συντροφική βία αξιολογούσαν χειρότερα τις κοινωνικές σχέσεις τους.

Λέξεις κλειδιά: Συντροφική βία, διαταραχή χρήσης αλκοόλ, γυναίκες, ποιότητα ζωής, συναισθηματικές δυσκολίες

Abstract

Introduction: Intimate partner violence and alcohol use disorder among women are two public health issues that bring both individual and social consequences, the possibility of co-occurrence and association between them should not be ignored. Previous studies refer to association between intimate partner violence and alcohol use disorder among women and also the effects on quality of life and emotional difficulties.

Aim: This study investigates the intimate partner violence against women in relation to alcohol use disorder, examining also the factors of quality of life and emotional difficulties along with anxiety and depression, with the intention of recording this phenomenon as completely as possible. More particularly, the aim of this study is the investigation of quality of life and emotional difficulties in women with history of intimate partner violence in comparison to the quality of life and emotional difficulties in women with history of intimate partner violence and alcohol use disorder.

Method: This cross sectional study was conducted based on a sample of 62 women (mean age 39,6 years, SD=10,7 years) who turn to Women's Counseling Centers and Counseling and Treatment Station for Alcohol Dependence in Athens, from November 2022 to October 2023. The sample was derived from 3 Women's Counseling Centers in Athens, Halandri and Keratsini-Drapetsona and one Counseling and Treatment Station for Alcohol Dependence in Kypseli. Women Abuse Screening Tool (WAST) and Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), two self administered questionnaires were used in order to detect intimate partner violence and alcohol use disorder respectively. In addition, beneficiaries answered two more self administered questionnaires World Health Organization Quality of Life Brief Version (WHOQOL-BFEF) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) as regards their quality of life and emotional difficulties and also questions about the demographics.

Results: The majority of the participants report that they have suffered emotional abuse (75,8%), physical abuse (21%), sexual abuse (1,6%) and 51,6% of them also developed alcohol use disorder. 37,1% of the participants' partners used substances during the period when the study was conducted, while 40,3% also used substances in the past. Moreover, 67,7% of surveyed women appear to have suffered high intensity abuse. 50% of surveyed women rate their overall health, fair or poor while 33,3% of which suffer chronic psychiatric problems.

Conclusion: This study is a first attempt to survey the association between intimate partner violence and alcohol use disorder, examining the factors of quality of life and emotional difficulties. The research findings indicate that both women with history of intimate partner violence and women with history of intimate partner violence and alcohol use disorder are particularly vulnerable populations, which have poor quality of life and are at risk for developing comorbidity of mental disorders and physical diseases. More specifically, both

intense emotional and physical violence and tension in the intimate relationship lead to high percentage of depression. Intimate partner violence and alcohol use disorder implied poor social relationships. Women, in particular, with history of intimate partner violence evaluate worse their social relationships.

Key words: intimate partner violence, alcohol use disorder, women, quality of life, emotional difficulties.

Εισαγωγή

Η συντροφική βία (intimate partner violence) αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα κοινωνικής και δημόσιας υγείας που επηρεάζει εκατομμύρια γυναίκες παγκοσμίως (Monckton Smith, 2020). Στις πιο ακραίες περιπτώσεις, η συντροφική βία οδηγεί σε δολοφονία των γυναικών, την πιο ακραία μορφή φίμωσης του ατόμου. Περίπου το 38,6% όλων των γυναικοκτονιών διαπράττονται από τους συντρόφους τους (Stöckl et al., 2013). Το ποσοστό αυτό αναλογεί σε πάνω από 30.000 δολοφονημένες γυναίκες ετησίως (UNODC, 2019). Η συντροφική βία ορίζεται ως η σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική κακοποίηση που υφίστανται οι γυναίκες από τους νυν ή πρώην συντρόφους τους (Spencer & Stith, 2020). Περίπου μία στις τρεις γυναίκες βιώνουν κάποια μορφή συντροφικής βίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους (WHO, 2013). Η συντροφική βία έχει συνδεθεί με πολλά οξέα και χρόνια προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής χρήσης ουσιών (Sugg, 2015). Επίσης, η συντροφική βία μπορεί να συνδεθεί με την ύπαρξη ψυχολογικού τραύματος ή άλλων ψυχικών διαταραχών, οι οποίες είναι πιθανόν να οδηγήσουν στη διαταραχή χρήσης αλκοόλ, ως μηχανισμό αντιμετώπισης (Gielen et al., 2016).

Παρότι το αλκοόλ αποτελεί μια νόμιμη ουσία και καταναλώνεται περισσότερο από τις άλλες ουσίες, ίσως είναι από τις πιο επικίνδυνες. Η διαταραχή χρήσης αλκοόλ (alcohol use disorder) είναι μία από τις κύριες αιτίες του παγκόσμιου φόρτου ασθενειών και τραυματισμών (Pakri Mohamed et al., 2018). Η κατανάλωση αλκοόλ, πολλές φορές, μπορεί να ανακουφίσει ψευδώς την εσωτερική ένταση που αισθάνεται κάποιος. Γι' αυτόν τον λόγο, τα άτομα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ συχνά καταναλώνουν όλο και μεγαλύτερες ποσότητες για να βοηθηθούν σε υπάρχουσες συναισθηματικές δυσκολίες ή/και για να αντιμετωπίσουν ή απλώς να αντέξουν κάποιες καταστάσεις. Άτομα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ τείνουν να παρουσιάζουν και άλλες ψυχολογικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (Howe et al., 2021). Η υπόθεση της αυτοθεραπείας υποδηλώνει ότι τα άτομα που έχουν βιώσει συντροφική βία μπορεί να καταναλώνουν αλκοόλ για να ανακουφίσουν τα συναισθήματα τους. Οι συσχετίσεις μεταξύ της συντροφικής βίας και της διαταραχής χρήσης αλκοόλ μεταξύ των γυναικών έχουν τεκμηριωθεί ευρέως, με πολλές μελέτες να εντοπίζουν αυξημένο επιπολασμό της συντροφικής βίας σε γυναίκες με διαταραχή χρήσης αλκοόλ και σε γυναίκες που αναζητούν θεραπεία για την διαταραχή (Meyer et al., 2019).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και των συναισθηματικών δυσκολιών στις γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας συγκριτικά με την ποιότητα ζωής και τις συναισθηματικές δυσκολίες στις γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας και διαταραχής χρήσης αλκοόλ. Το πρώτο μέρος αφορά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο ορίζεται η συντροφική βία και αναλύονται οι μορφές άσκησης της, ενώ παρουσιάζονται επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά

με την συντροφική βία κατά των γυναικών. Στη συνέχεια, σκιαγραφείται το προφίλ και τα χαρακτηριστικά τόσο του θύτη όσο και του θύματος. Τέλος, αναφέρονται οι σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις του φαινομένου.

Στο δεύτερο κεφάλαιο ορίζεται η διαταραχή χρήσης αλκοόλ και με συγκεκριμένη αναφορά στον γυναικείο πληθυσμό και περιγράφονται τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής. Στη συνέχεια, παραθέτονται τα επιδημιολογικά δεδομένα και η πολυπαραγοντική αιτιοπαθογένεια της διαταραχής χρήσης αλκοόλ. Επιπλέον, εξετάζονται οι επιπτώσεις της διαταραχής στη σωματική και την ψυχική υγεία καθώς και οι κοινωνικές επιπτώσεις.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται ορισμός της ποιότητας ζωής. Τέλος, περιγράφεται η ποιότητα ζωής των γυναικών με ιστορικό συντροφικής βίας καθώς και με ιστορικό διαταραχής χρήσης αλκοόλ.

Στο δεύτερο μέρος της παρούσας εργασίας γίνεται περιγραφή της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται η μεθοδολογία στην οποία στηρίχθηκε η ερευνητική διαδικασία, περιγράφοντας το δείγμα, την ακολουθία της ερευνητικής διαδικασίας, τα ερευνητικά εργαλεία, τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας και την στατιστική ανάλυση.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης και τέλος, το έκτο και τελευταίο κεφάλαιο εστιάζει στη συζήτηση.

Μέρος Α: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Κεφάλαιο 1: Συντροφική Βία

1.1 Ορισμός συντροφικής βίας

Η βία κατά των γυναικών ορίζεται ως «κάθε πράξη βίας με βάση το φύλο που οδηγεί ή είναι πιθανό να οδηγήσει σε σωματική, σεξουαλική ή ψυχική βλάβη ή ταλαιπωρία σε γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων απειλών τέτοιων πράξεων, εξαναγκασμού ή αυθαίρετης στέρησης ελευθερίας, είτε εμφανίζεται στη δημόσια είτε στην ιδιωτική ζωή» (United Nations, 1993).

Ως συντροφική βία (Intimate Partner Violence) ορίζεται η κακοποίηση ή επιθετικότητα που εμφανίζεται σε μια ρομαντική σχέση. Ο όρος «σύντροφος» αναφέρεται τόσο σε νυν και πρώην συζύγους, μη έγγαμους συντρόφους και φίλους/φίλες του ίδιου ή αντίθετου φύλου. Η συντροφική βία μπορεί να ποικίλλει ως προς την συχνότητα και την σοβαρότητα της και μπορεί να κυμαίνεται από ένα επεισόδιο βίας που θα μπορούσε να έχει μόνιμο αντίκτυπο έως χρόνια και σοβαρά επεισόδια για πολλά χρόνια. Η συντροφική βία μπορεί να θέσει σε λειτουργία συγκεκριμένα μοντέλα συμπεριφοράς, τα οποία θα παραμείνουν σταθερά για ολόκληρη τη ζωή (CDC, 2021).

1.2 Η κυκλική θεωρία της βίας

Η βία ακολουθεί ένα συγκεκριμένο σχήμα με έναν κύκλο συμβάντων, στα οποία η ένταση ανεβαίνει συνεχώς μέχρι να συμβεί ένα οξύ περιστατικό κακοποίησης και στη συνέχεια ο σύντροφος είτε μετανιώνει για τη συμπεριφορά του, είτε παύει απλώς να κακοποιεί την γυναίκα για ένα χρονικό διάστημα. Τρεις διακριτές φάσεις εμφανίζονται στον κύκλο της βίας, οι οποίες ποικίλουν σε χρόνο και ένταση.

Η πρώτη φάση του κύκλου της βίας, η οποία ονομάζεται αύξηση της έντασης, χαρακτηρίζεται από την δημιουργία της έντασης και συμβαίνουν κάποια μικρότερης σημασίας επεισόδια κακοποίησης. Το άγχος αρχίζει να κλιμακώνεται σε αυτή τη φάση του κύκλου. Η γυναίκα προβαίνει σε απόπειρες να ηρεμήσει τον σύντρόφό της, όπως είναι η εκδήλωση ευγενικής συμπεριφοράς μέχρι και η προσωρινή αποχώρηση της από κοντά του. Η διάρκεια αυτής της φάσης μπορεί να κρατήσει μεγάλο χρονικό διάστημα.

Φάση της έκρηξης ονομάζεται η δεύτερη φάση του κύκλου της βίας. Η έλλειψη ελέγχου

και τα σοβαρά επεισόδια κακοποίησης διαφοροποιούν αυτή τη φάση από την προηγούμενη. Σωματικά χτυπήματα, πολλαπλοί τραυματισμοί ακόμα και γυναικοκτονία προκαλούνται σε αυτή τη φάση. Χρονικά συντομότερη είναι η δεύτερη φάση σχετικά με τη πρώτη και την τρίτη φάση. Η διάρκεια της συνήθως κυμαίνεται από δύο έως και είκοσι τέσσερις ώρες. Έχουν όμως αναφερθεί και περιπτώσεις στις οποίες η γυναίκα βιώνει μια σταθερή περίοδο τρόμου για μία εβδομάδα ή και περισσότερο χρονικό διάστημα.

Φάση της συμφιλίωσης ονομάζεται η τρίτη φάση του κύκλου της βίας. Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από εκδηλώσεις υπερβολικής αγάπης, ευγένειας και γενικότερες συμπεριφορές μεταμέλειας από τον σύντροφο. Ο σύντροφος αναγνωρίζει ότι φέρθηκε άσχημα και προσπαθεί να εξιλεωθεί με κάθε τρόπο αλλά δεν αναλαμβάνει την ευθύνη για τις πράξεις του, αντιθέτως επιμένει ότι η συμπεριφορά της συντρόφου τον εξώθησε στη διάπραξη βίας. Η μετατροπή της κακοποιημένης γυναίκας σε ψυχολογικό θύμα ολοκληρώνεται κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης. Η κυκλική θεωρία της βίας βοηθά στη διαδικασία κατανόησης του πώς οι κακοποιημένες γυναίκες μετατρέπονται σε θύματα και αποκτούν το αίσθημα αδυναμίας (Coleman, 1997· Pagelow, 1992· Walker, 1999).

1.3 Μορφές άσκησης συντροφικής βίας

Ως μορφές άσκησης της συντροφικής βίας αναφέρονται η σωματική βία, η ψυχολογική/συναισθηματική βία, η σεξουαλική βία και η οικονομική εκμετάλλευση. Η συντροφική βία αναφέρεται σε οποιαδήποτε συμπεριφορά μέσα σε μία σχέση μεταξύ συντρόφων, η οποία προκαλεί σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική βλάβη (WHO, 2012). Ένα περιστατικό κακοποίησης μπορεί να περιλαμβάνει μεμονωμένες ή πολλαπλές μορφές εκδήλωσης βίας (Breiding et al., 2015).

1.3.1 Σωματική βία

Ο όρος κακοποίηση ταυτίζεται με την σωματική βία. Η σωματική βία είναι η σκόπιμη χρήση σωματικής βίας με την πιθανότητα πρόκλησης πόνου, τραυματισμού, αναπηρίας ή ακόμα και θανάτου. Η σωματική κακοποίηση συνοδεύεται σε πολλές περιπτώσεις και με ψυχολογική και σεξουαλική κακοποίηση (EIGE, 2017).

Η σωματική βία περιλαμβάνει αλλά δεν περιορίζεται μόνο σε γδαρσίματα, σπρωξίματα, αρπάγματα, δαγκωματιές, πτώσεις, πνιγμούς, τραβήγματα μαλλιών, χαστούκια, γροθιές, καψίματα, χτυπήματα, απειλή υπό την χρήση όπλου, χρήση περιορισμών του σώματος, της δύναμης και της κίνησης από κάποιο άτομο ενάντια σε ένα άλλο άτομο. Η σωματική βία περιλαμβάνει επίσης τον εξαναγκασμό άλλων ατόμων να διαπράξουν οποιαδήποτε από τις

παραπάνω πράξεις (Breiding et al., 2015). Σοβαροί σωματικοί τραυματισμοί μπορεί να προκύψουν ανάλογα με τη σοβαρότητα και τη συχνότητα της κακοποίησης. Η σωματική βία μπορεί να οδηγήσει σε ένα φαύλο κύκλο βίας, που μπορεί να φτάσει ορισμένες φορές ακόμα και στο θάνατο (Tjaden & Thoennes, 2000).

1.3.2 Ψυχολογική/συναισθηματική βία

Η ψυχολογική βία επιτυγχάνεται με τη χρήση λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, η οποία σκοπεύει στην πρόκληση συναισθηματικού ελέγχου (Breiding et al., 2015). Η λεκτική βία εμπεριέχει ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών, οι οποίες κυμαίνονται από φωνές και εξυβρίσεις έως και λεκτικό εξευτελισμό και λεκτική τρομοκράτηση. Η αυτοεκτίμηση του θύματος λεκτικής βίας πλήττεται έχοντας ως αποτέλεσμα τον υποβιβασμό και τον εξευτελισμό (Archer, 2000). Η ψυχολογική βία είναι πολύ πιο δύσκολα μετρήσιμη συγκριτικά με τις άλλες μορφές βίας καθώς δεν αποτελεί φανερή μορφή βίας επειδή δεν εκδηλώνεται με σωματικές πράξεις βίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις η ψυχολογική βία μπορεί να μην γίνεται αντιληπτή επειδή είναι συγκαλυμμένη και χειριστική (Breiding et al., 2015).

Η ψυχολογική βία μπορεί να περιλαμβάνει την φραστική επιθετικότητα (π.χ., αποδοκιμασία, ταπεινωτική συμπεριφορά και συμπεριφορά θυμού με τρόπο που φαίνεται επικίνδυνος, χρήση λέξεων, χειρονομιών ή όπλων για την επικοινωνία της πρόθεσης πρόκλησης θανάτου, αναπηρίας, τραυματισμού ή σωματικής βλάβης), τον καταναγκαστικό έλεγχο (π.χ. περιορισμός της πρόσβασης στα μέσα μεταφοράς και στον κοινωνικό περίγυρο - φίλους και οικογένεια-, παρακολούθηση του τόπου διαμονής και των επικοινωνιών ενός ατόμου, παρακολούθηση ή παρεμβολή στην ηλεκτρονική επικοινωνία χωρίς άδεια), τις απειλές (π.χ. πρόκληση βλάβης στον εαυτό τους, στην σύντροφο ή σε αγαπημένο πρόσωπο της συντρόφου), την απειλή και έλεγχο της σεξουαλικής υγείας (π.χ. εξαναγκασμός συντρόφου να εμπλακεί σε σεξουαλικές πράξεις ή σεξουαλική επαφή όταν το άτομο είτε δεν θέλει είτε δεν μπορεί να συναινέσει, άρνηση χρήσης αντισυλληπτικής μεθόδου, καταναγκαστική εγκυμοσύνη και αποβολές), την εκμετάλλευση της ευπάθειας του θύματος (π.χ. μεταναστευτικό καθεστώς και αναπηρία), την εκμετάλλευση της ευπάθειας του θύτη (π.χ. χρήση πραγματικής ή υποτιθέμενης αναπηρίας και μετανάστευση για τον έλεγχο ή τον περιορισμό των επιλογών του θύματος «Αν καλέσεις την αστυνομία, θα απελαθώ»), τα παιχνίδια μυαλού «gaslighting» (π.χ. παρουσίαση ψευδών πληροφοριών στο θύμα με σκοπό να αμφιβάλουν για τη μνήμη και την αντίληψή τους), την καταδίωξη «stalking» (π.χ. επαναλαμβανόμενες και ανεπιθύμητες τηλεφωνικές κλήσεις, επαναλαμβανόμενα και

ανεπιθύμητα μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, παρακολούθηση, αποστολή αντικειμένων που το θύμα δεν θέλει, καταπάτηση περιουσιακών στοιχείων κ.α.) (Breiding et al., 2015).

Συχνά η ψυχολογική βία συνυπάρχει με άλλες μορφές βίας από το σύντροφο καθώς προηγείται και σε πολλές περιπτώσεις προετοιμάζει το έδαφος για την εκδήλωση σωματικής, σεξουαλικής και οικονομικής βίας (Murphy & O' Leary, 1989). Οι πράξεις ψυχολογικής βίας μπορούν σημαντικά να επηρεάσουν τον αντίκτυπο άλλων μορφών βίας από το σύντροφο. Ο αντίκτυπος της ψυχολογικής βίας από έναν σύντροφο είναι εξίσου σημαντικός όπως αυτή της σωματικής βίας (Follingstad et al., 1990).

1.3.3 Σεξουαλική βία

Η σεξουαλική βία ορίζεται ως οι σεξουαλικές πράξεις που διαπράττονται ή επιχειρούνται από άλλο άτομο χωρίς να δοθεί ελεύθερα η συναίνεση του θύματος ή εναντίον κάποιου που δεν είναι σε θέση να συναινέσει ή να αρνηθεί. Η συγκατάθεση για τις σεξουαλικές πράξεις δεν μπορεί να συμβεί εξαιτίας διαφόρων παραγόντων, οι οποίοι δημιουργούν ανικανότητα, έλλειψη συνείδησης ή/και έλλειψη επίγνωσης και συχνά δεν είναι μεμονωμένοι αλλά συνυπάρχουν. Αυτοί οι παράγοντες είναι η ηλικία του θύματος, η ασθένεια του, η διανοητική ή σωματική αναπηρία του, ο ύπνος, η απώλεια των αισθήσεων, η οποία μπορεί να ευθύνεται στην εκούσια ή ακούσια κατανάλωσης αλκοόλ, ναρκωτικών ή/και φαρμάκων. Η αδυναμία άρνησης συμμετοχής σε σεξουαλικές πράξεις μπορεί να συμβεί και λόγω χρήσης ή κατοχής όπλων, χρήσης ή απειλών σωματικής βίας, εκφοβισμού ή καταναγκαστικής πίεσης και κατάχρησης εξουσίας από το σύντροφο (Breiding et al., 2015).

Η σεξουαλική βία χωρίζεται σε πέντε κατηγορίες, οποιαδήποτε από τις οποίες συνιστά σεξουαλική βία, είτε έχει ολοκληρωθεί, είτε έχει γίνει απόπειρα. Η πρώτη κατηγορία είναι ο βιασμός ή διείσδυση στο θύμα. Αυτό περιλαμβάνει ολοκλήρωση ή απόπειρα αναγκαστικής ή διευκολυνόμενης από αλκοόλ, ναρκωτικά ή/και φάρμακα ανεπιθύμητης κολπικής, στοματικής ή πρωκτικής διείσδυσης. Η αναγκαστική διείσδυση λαμβάνει χώρα μέσω της χρήσης σωματικής βίας από τον δράστη εναντίον του θύματος ή απειλών για σωματική βλάβη του θύματος. Η δεύτερη κατηγορία είναι όταν το θύμα αναγκάζεται να διεισδύσει σε κάποιον άλλο (π.χ. στον δράστη ή σε κάποιον άλλον). Η τρίτη κατηγορία είναι η ψυχολογικά μη συναινετική διείσδυση. Αυτή περιλαμβάνει περιστατικά καταναγκασμού στα οποία το θύμα δέχθηκε προφορική πίεση ή εκφοβισμό ή κατάχρηση εξουσίας για να συναινέσει κολπική, στοματική ή πρωκτική διείσδυση. Η τέταρτη κατηγορία αναφέρεται στην ανεπιθύμητη σεξουαλική επαφή. Αυτή περιλαμβάνει το σκόπιμο άγγιγμα του θύματος ή τον

εξαναγκασμό του θύματος να αγγίζει τον δράστη, είτε απευθείας είτε πάνω από τον ρουχισμό, στα γεννητικά όργανα, στον πρωκτό, στη βουβωνική χώρα, στο στήθος, στους γλουτού ή στο εσωτερικό του μηρού χωρίς τη συγκατάθεση του θύματος. Η πέμπτη και τελευταία κατηγορία αφορά τις ανεπιθύμητες σεξουαλικές εμπειρίες χωρίς επαφή. Αυτή περιλαμβάνει ανεπιθύμητα σεξουαλικά συμβάντα που δεν είναι σωματικής φύσης και συμβαίνουν χωρίς τη συγκατάθεση του θύματος. Παραδείγματα περιλαμβάνουν ανεπιθύμητη έκθεση σε σεξουαλικές καταστάσεις (π.χ. πορνογραφία), λεκτική ή συμπεριφορική σεξουαλική παρενόχληση, απειλές σεξουαλικής βίας για την επίτευξη κάποιου άλλου σκοπού ή/και ανεπιθύμητη κινηματογράφηση, λήψη ή διάδοση φωτογραφιών σεξουαλικής φύσης (Breiding et al., 2015).

1.3.4. Οικονομική εκμετάλλευση

Ως οικονομική κακοποίηση ορίζεται ο έλεγχος και η αφαίρεση χρημάτων, ο εξαναγκασμός και γενικότερα η αφαίρεση του δικαιώματος να διαχειρίζεται μια γυναίκα μόνη της τη μισθοδοσία της ή το μερίδιο που της αναλογεί από τα έσοδα (Haley & Haley, 2000). Η οικονομική βία περιλαμβάνει πράξεις, οι οποίες σκοπεύουν στον έλεγχο των περιουσιακών στοιχείων και των εσόδων της συντρόφου (Gelles, 1997).

Η οικονομική κακοποίηση υλοποιείται μέσω του συντρόφου, ο οποίος απαιτεί να γνωρίζει κάθε στιγμή για οποιοδήποτε οικονομική συναλλαγή της συντρόφου και να γίνεται μόνο κατόπιν δικής του απόφασης. Ο σύντροφος είναι πιθανόν να απαγορεύει τη συμμετοχή της συντρόφου στην αγορά εργασίας, αποσπώντας της και τα όποια έσοδα λαμβάνει, ώστε να καθίσταται οικονομικά εξαρτώμενη. Οι πρακτικές αυτές σε συνδυασμό με τη γενικότερη αδυναμία της συντρόφου είναι πολύ πιθανό να οδηγήσουν σε γενικότερη απομόνωση (Gelles, 1997).

Η οικονομική αποστέρηση είναι μια μορφή ελέγχου της οποίας η φύση μπορεί να είναι είτε σωματική είτε ψυχολογική (Αρτινοπούλου και Φαρσεδάκη, 2003). Η ψυχολογική ή η οικονομική βία δεν καταλήγουν πάντα και σε σωματική βία, που αποτελεί την πιο φανερή μορφή βίας (Krebs et al., 2011).

1.4 Επιδημιολογικά δεδομένα συντροφικής βίας

Οι πραγματικές διαστάσεις του φαινομένου της συντροφικής βίας δεν είναι πλήρως ορατές, καθώς μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό των περιστατικών γίνεται γνωστό στις αρμόδιες αρχές. Οι πηγές από τις οποίες αντλούμε πληροφορίες για την έκταση του φαινομένου είναι οι έρευνες, τα αστυνομικά και ιατρικά αρχεία και οι αιτήσεις διαζυγίων

(Βλάχου, 2007).

Παγκοσμίως, σχεδόν το ένα τρίτο των γυναικών (27%) ηλικίας 15-49 ετών που ήταν σε σχέση αναφέρουν ότι έχουν υποστεί κάποιας μορφής σωματική ή/και σεξουαλική βία από τον σύντροφό τους (WHO, 2021a). Οι πιο ανεπτυγμένες χώρες με υψηλό εισόδημα έχουν μικρότερα ποσοστά βίας σε σχέση με τις χώρες που έχουν χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Στην Ευρώπη η βία έναντι των γυναικών εκτιμάται στο 20%, 25% στην Αμερική, 27% στην Ασία και 33% στην Αφρική (Leight, 2022).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής 1 στις 3 γυναίκες αναφέρει κάποιο σοβαρό επεισόδιο σωματικής συντροφικής βίας στη ζωή της από το οποίο τραυματίστηκε, 1 στις 5 γυναίκες έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση από το σύντροφό της ενώ το 14% των γυναικών έχουν παρακολουθηθεί συστηματικά («stalking») από το σύντροφο τους (Breiding et al., 2015). Επιπλέον 1 στις 4 γυναίκες φοβάται και ανησυχεί για την ασφάλεια της, 1 στις 3 γυναίκες έχει συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες, 1 στις 8 γυναίκες χρειάζεται ιατρική φροντίδα και 1 στις 6 γυναίκες χρειάζεται νομική βοήθεια. Σεξουαλική βία, σωματική βία ή/και καταδίωξη από το σύντροφο δηλώνει περίπου το 41% των γυναικών, αναφέροντας επιπτώσεις που σχετίζονται με τη συντροφική βία κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Πάνω από 61 εκατομμύρια γυναίκες έχουν βιώσει ψυχολογική βία από το σύντροφό τους κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Breiding et al., 2015· Leemis et al., 2022).

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σύμφωνα με ετήσια έκθεση 13 εκατομμύρια γυναίκες γίνονται θύματα βίαιων συμπεριφορών (European Union Agency for Fundamental Rights, 2018). Σύμφωνα με έρευνα που έλαβαν μέρος πάνω από 42.000 γυναίκες, ηλικίας από 18 έως 74 ετών από 28 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 1 στις 3 γυναίκες έχει υποστεί σωματική βία από την ηλικία των 15 ετών και άνω, 1 στις 8 γυναίκες έχει υποστεί οικονομική βία, 1 στις 2 γυναίκες έχει βιώσει ψυχολογική βία, 1 στις 5 γυναίκες έχει βιώσει συστηματική παρακολούθηση «stalking» και 1 στις 20 γυναίκες έχει πέσει θύμα βιασμού από τον σύντροφό της. Συνολικά κάθε εβδομάδα 50 γυναίκες χάνουν τη ζωή τους εξαιτίας της ενδοοικογενειακής βίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

Όσον αφορά την Ελλάδα, το 19% των γυναικών υφίστανται σωματική ή/ και σεξουαλική βία, το 18% υφίσταται μόνο σωματική βία, το 33% αντιμετωπίζει ψυχολογική βία, 9% υφίσταται ψυχολογική βία με οικονομική κακοποίηση, το 24% ψυχολογική κακοποίηση με συμπεριφορές ελέγχου, το 25% ψυχολογική κακοποίηση με καταχρηστική συμπεριφορά και το 5% σεξουαλική βία (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). Σύμφωνα

με στοιχεία του 2018, το 18% των γυναικών εμφανίζεται να έχει υποστεί βία από σύντροφο στη διάρκεια της ζωής του ενώ το 5% κατά το τελευταίο έτος (Leight, 2022).

1.5 Προφίλ θύτη και θύματος συντροφικής βίας

1.5.1 Χαρακτηριστικά θύτη

Οι σύντροφοι που χρησιμοποιούν βία εναντίον των συντρόφων τους συχνά εμφανίζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Η εθνική, θρησκευτική και πολιτιστική ταυτότητα καθώς και η κοινωνική και οικονομική κατάσταση δεν έχουν σχέση με την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς (Παπαμιχαήλ, 2005). Οι σύντροφοι είναι πολλές φορές αγχώδεις με έλλειψη ενσυναίσθησης στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, ανασφάλεια, συναισθηματική εξάρτηση από την σύντροφο τους και έχουν ως κύριο χαρακτηριστικό την παθολογική ζήλια, η οποία συνήθως πυροδοτεί τα βίαια ξεσπάσματα τους (Murphy & O'Leary, 1993). Ως μέσο αντιστάθμισης για τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις που βιώνουν πολλοί άνδρες στην καθημερινότητα τους και στο εργασιακό περιβάλλον τους χρησιμοποιείται η βία προς την σύντροφό τους και η διαταραχή χρήσης αλκοόλ και ουσιών, με σκοπό να νιώθουν σημαντικοί και να επανακτούν την αίσθηση της αυτοεκτίμησης και του ελέγχου, καθώς είναι άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση (Tift, 1993). Επιπλέον για να αυξήσουν την αυτοεκτίμησή τους χρησιμοποιούν την σεξουαλική επαφή σαν μια βίαιη πράξη. Οι δράστες κακοποίησης έχουν τις πεποιθήσεις της παραδοσιακής υπεροχής των αντρών και του στερεοτυπικού ανδρικού ρόλου, που διέπουν τις κακοποιητικές συντροφικές σχέσεις. Οι δράστες παρουσιάζουν μια διπλή προσωπικότητα, κατηγορούν άλλους για τις πράξεις τους, έχουν ένα ασυνήθιστο δέσιμο με την μητέρα τους και αρνούνται ότι έχουν κάποιο πρόβλημα (Walker, 1999). Το προφίλ των ανδρών αυτών μοιάζει με άτομα που έχουν πρόβλημα στον έλεγχο των παρορμήσεών τους (Παπαμιχαήλ, 2005).

1.5.2 Χαρακτηριστικά θύματος

Οι γυναίκες που υφίστανται συντροφική βία μοιράζονται κάποια κοινά γνωρίσματα, τα οποία είναι η ελλιπής αυτοεκτίμηση, η εσωστρέφεια προκειμένου να μην αποκαλυφθεί η βίαιη συμπεριφορά που υφίστανται, η υιοθέτηση παθητικής στάσης και παραδοσιακών προκαθορισμένων ρόλων των φύλων και η εξάρτηση από τον σύντροφό τους (Παπαμιχαήλ, 2005). Χαρακτηριστικά όπως η συνεχής υποτίμηση των επιτευγμάτων τους και αμφισβήτηση των ικανοτήτων τους από τις ίδιες, είναι πιθανό να απορρέουν από τη συνεχή κριτική και μείωση που υφίστανται από τους συντρόφους τους, καθώς επηρεάζεται η κρίση τους. Το μορφωτικό επίπεδο, η επαγγελματική και οικονομική κατάσταση των γυναικών δεν

αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση συντροφικής βίας εναντίον τους, μολονότι οι παράγοντες αυτοί καθιστούν το επίπεδο δυσκολίας της αποδέσμευσης τους από την βίαιη συντροφική σχέση υψηλό (Gelles & Pedrick Cornell, 1990). Οι γυναίκες αισθάνονται ενοχές γιατί δέχονται την ευθύνη που τους αποδίδουν οι σύντροφοι τους για τις βίαιες πράξεις τους ενώ δεν αποδέχονται τον τρόπο και τον θυμό που νιώθουν οι ίδιες. Οι κακοποιημένες γυναίκες έχουν την πεποίθηση ότι αν αλλάξουν οι ίδιες την συμπεριφορά τους θα αλλάξει και η βίαιη συμπεριφορά του συντρόφου τους, και όταν αυτό δεν συμβαίνει αισθάνονται ακόμα χειρότερα (Walker, 1999).

Οι γυναίκες που είναι θύματα συντροφικής βίας έχουν έντονες αντιδράσεις λόγω του στρες που βιώνουν και παρουσιάζουν ψυχοσωματικά συμπτώματα. Πολλές φορές χρησιμοποιούν τις σεξουαλικές πράξεις ως μέσο για τη διατήρηση των σχέσεων τους (Walker, 1999). Συχνά παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, διαταραχή μετατραυματικού στρες και αυτοκτονικούς ιδεασμούς (Gelles & Pedrick Cornell, 1990). Επιπλέον, συχνά καταφεύγουν στην κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών, ώστε να διαχειριστούν την κακοποίηση που βιώνουν (Echo et al., 2015).

Η θυματοποίηση καθίσταται πιθανότερη όταν υπάρχουν σχετικοί παράγοντες όπως είναι η προηγούμενη κακοποίηση της γυναίκας ως παιδί, ειδικά από την πατρική φιγούρα, η προέλευσή της από μειονοτικές κοινωνικές ομάδες, η εξάρτηση από το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά και η κακή οικονομική κατάσταση. Είναι πιο πιθανό να μείνουν στη βίαιη σχέση οι γυναίκες που έχουν βιώσει κακοποίηση κατά την παιδική τους ηλικία καθώς έχουν αναπτύξει ανοχή στη βία (Yount & Li, 2009).

1.6 Επιπτώσεις συντροφικής βίας

Η συντροφική βία εκτός από ένα παγκόσμιο κοινωνικό φαινόμενο αποτελεί και ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας που προκαλεί πολλές ατομικές και κοινωνικές συνέπειες. Η συντροφική βία συμβάλλει καταλυτικά τόσο στην εμφάνιση και διατήρηση σωματικών, ψυχικών και σεξουαλικών νοσημάτων όσο και στην ανάπτυξη συννοσηρότητας (Pallitto et al., 2013).

1.6.1 Σωματικές επιπτώσεις

Οι σωματικές επιπτώσεις της συντροφικής βίας έχουν αντίκτυπο στην σωματική, σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία. 1 στις 4 γυναίκες που βιώνουν καταδίωξη, σωματική και σεξουαλική βία από τον σύντροφο τους αναφέρουν τραυματισμούς, χρήση των

υπηρεσιών υγείας, φόβο και σεξουαλική συστολή. Μόνο το 34% των γυναικών που τραυματίζονται από συντρόφους λαμβάνουν ιατρική φροντίδα για τους τραυματισμούς τους (Truman & Morgan, 2014).

Οι σωματικές συνέπειες οι οποίες προκύπτουν από την άσκηση συντροφικής βίας μπορεί να περιλαμβάνουν μώλωπες, διαστρέμματα, διασεισεις, αιματώματα, εκδορές, καψίματα, γενικότερους μυϊκούς και σκελετικούς τραυματισμούς (π.χ. θλάσεις, τραυματισμό κεφαλής και σπονδυλικής στήλης), κατάγματα, βλάβες στα δόντια, την όραση και την ακοή (Grisso et al, 1991· Heise & Garcia Moreno, 2002· Mullerman et al, 1996). Εκτός από τραυματισμούς υπάρχουν και παθήσεις ή συμπτώματα που συχνά δεν έχουν αναγνωρίσιμη ιατρική αιτία ή είναι δύσκολο να διαγνωστούν. Σε αυτές τις παθήσεις ή τα συμπτώματα, τα οποία φαίνεται να συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με το χρόνιο άγχος που βιώνουν τα θύματα κακοποίησης, συγκαταλέγονται η δυσπεψία, η διάρροια ή δυσκοιλιότητα, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, τα στομαχικά έλκη, η σπαστική κολίτιδα, το σύνδρομο χρόνιου πόνου, η ινομυαλγία και η επιδείνωση του άσθματος (Cascardi et al., 1992· Coker et al, 2000· Heise & Garcia Moreno, 2002· McCauley et al, 1998· Plichta & Falik, 2001). Στις μακροχρόνιες επιπτώσεις της συντροφικής βίας αναφέρονται η γενική δυσφορία, οι επιληπτικές κρίσεις, η μόνιμη βλάβη στην όραση και την ακοή, οι οσφυαλγίες και μυαλγίες, οι έντονοι πονοκέφαλοι, τα καρδιαγγειακά νοσήματα (π.χ. υπέρταση), ο καρκίνος, η ναυτία και η αϋπνία (Walker, 1993· WHO, 2013).

Η συντροφική βία προκαλεί αρνητικές συνέπειες και στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των γυναικών (Campbell, 2002· Campbell & Soeken, 1999· Champion & Shain, 1998· Gazmararian et al., 1995). Στις αρνητικές αυτές επιπτώσεις συμπεριλαμβάνονται η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, η άμβλωση (πολλές φορές μη ασφαλής), τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα συμπεριλαμβανομένου του ιού HIV, λόγω των εξαναγκαστικών σεξουαλικών επαφών, επιπλοκές στην εγκυμοσύνη, φλεγμονώδη νόσο της πυέλου, λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος και σεξουαλική δυσλειτουργία (Campbell et al., 2008· Heise et al., 1999· Heise et al., 1995). Η συντροφική βία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συσχετιστεί με αποβολή, θνησιγένεια, καθυστερημένη προγεννητική φροντίδα, πρόωρο τοκετό, ενδομήτρια αιμορραγία και εμβρυϊκό τραυματισμό. Οι επιπτώσεις στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία ευθύνονται για ένα ποσοστό της μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας (WHO, 2013).

1.6.2 Ψυχολογικές επιπτώσεις

Οι ψυχολογικές συνέπειες της συντροφικής βίας περιλαμβάνουν συμπτώματα κατάθλιψης

και άγχους, διατροφικές διαταραχές, διαταραχή μετατραυματικού στρες, κατάχρηση ουσιών και τάσεις αυτοκτονίας (Pico-Alfonso et al. 2006· Truman & Morgan, 2014· WHO, 2013).

Τα ψυχολογικά τραύματα της γυναίκας που υφίσταται κακοποίηση εκδηλώνονται ως συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες και αυτή η κατάσταση ονομάζεται «σύνδρομο κακοποιημένης γυναίκας». Το σύνδρομο αυτό περιλαμβάνει διάφορα συναισθήματα και συμπεριφορές όπως ο φόβος, το άγχος, η κατάθλιψη, το σοκ, ο θυμός, ο εξευτελισμός, η ενοχή, η σύγχυση σκέψης, οι φορτικές αναμνήσεις και η μη ελεγχόμενη αναβίωση των τραυματικών γεγονότων (Παπαμιχαήλ, 2005). Η διαταραχή μετατραυματικού στρες μπορεί να εκδηλωθεί μετά από έξι μήνες έως και χρόνια μετά από το τραυματικό γεγονός. Τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες περιλαμβάνουν την αναβίωση του τραυματικού συμβάντος μέσω αναμνήσεων ή εφιαλτών και την αποφυγή όσων ενδέχεται να θυμίσουν το γεγονός και επηρεάζουν την αντίληψη της γυναίκας και οξύνουν την αίσθηση αδυναμίας της (Brown et al., 2005). Όσο σοβαρότερες και συχνότερες είναι οι βίαιες επιθέσεις και συγκεκριμένα οι σωματικές κακοποιήσεις τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να αναπτύξει το θύμα τη διαταραχή (Dutton et al., 2006). Η διαταραχή μετατραυματικού στρες μπορεί να συνυπάρχει με επιθετικότητα, κατάθλιψη, καρδιαγγειακές ασθένειες, κατανάλωση ή κατάχρηση αλκοόλ ή/και ουσιών και ελλιπή φροντίδα της υγείας (Brown et al., 2005).

Η έκθεση σε οποιαδήποτε μορφή συντροφικής βίας συνδέεται με την ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης (Lövestad, 2017). Αναδρομική μελέτη κοορτής υποστηρίζει ότι η συντροφική βία έχει επίπτωση στην ανάπτυξη συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και σοβαρής ψυχικής ασθένειας (Chandan et al., 2020). Δύο άλλες συγχρονικές μελέτες υποδεικνύουν ότι η άσκηση οποιασδήποτε μορφής συντροφικής βίας αυξάνει κατά προσέγγιση 1,5 έως 3 φορές την πιθανότητα ανάπτυξης μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και 1,5 έως 2 φορές την πιθανότητα ανάπτυξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Beydoun et al., 2012· Yuan & Hesketh, 2021). Συγχρονική μελέτη, που έλαβε χώρα στην Αφρική το 2013, σε δείγμα εγκύων συσχέτισε συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης με την άσκηση συντροφικής βίας εναντίον τους (Mapayi et al., 2013).

Η βία με την οποία έρχεται αντιμέτωπη μία γυναίκα, ενδέχεται να την επηρεάσει ως προς τη χρήση ουσιών και αλκοόλ, αφού έπειτα από κάποιο συμβάν κακοποίησης, πολλά άτομα προβαίνουν στην χρήση ή κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών, ώστε να αντιμετωπίσουν και να μειώσουν τα συναισθήματα αποστροφής (Στρατίκη, 2006). Οι γυναίκες που έχουν υποστεί συντροφική βία έχουν αυξημένες πιθανότητες να ξεκινήσουν την χρήση ουσιών (NIDA,

2017). Το ιστορικό χρόνιας κακοποίησης μπορεί να οδηγήσει σε πιο σοβαρή εξάρτηση καθώς και αυξημένη συννοσηρότητα (Fernández-Montalvo et al., 2015). Ειδικότερα, η σωματική ή/και η σεξουαλική βία συνδέεται με την κατάχρηση ουσιών με πολύπλοκους τρόπους και η εν λόγω σχέση μπορεί να εξηγηθεί τουλάχιστον με τρεις τρόπους. Ο πρώτος τρόπος αναφέρει ότι η χρήση ουσιών έχει ως έκβαση την κακοποίηση. Ο δεύτερος τρόπος υποστηρίζει πως η κακοποίηση έχει ως συνέπεια την χρήση ουσιών και ο τρίτος τρόπος υποστηρίζει πως η χρήση ουσιών και η κακοποίηση διέπονται από μια αμφίδρομη σχέση (Στρατίκη, 2006). Σε μια ξεχωριστή κατηγορία κακοποίησης περιλαμβάνεται ο εθισμός των γυναικών καθώς οι σύντροφοι τους τις εκμεταλλεύονται κατά τη διάρκεια της επήρειας τους από εξαρτησιογόνες ουσίες αλλά και τις εκβιάζουν με την στέρηση των ουσιών, ώστε να συμφωνήσουν μαζί τους ή να προβούν σε πράξεις (Swan et al., 2000). Σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιήθηκαν το 2013, 2014 και 2015 υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της συντροφικής βίας και της κατανάλωσης αλκοόλ. Συγκεκριμένα, η έκθεση των γυναικών σε συντροφική βία συνδέθηκε με επακόλουθη διαταραχή χρήσης αλκοόλ (Devries et al., 2014). Σε άλλη μελέτη αποδείχθηκε ότι τα θύματα συντροφικής βίας αναζήτησαν θεραπεία για διαταραχή χρήσης αλκοόλ (Schonbrun et al., 2013). Επιπλέον, τα σοβαρότερα συμπτώματα άγχους και μετατραυματικού στρες των γυναικών και η ισχυρή άσκηση σωματικής βίας εναντίον τους συσχετίστηκαν με αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών (Jaquier et al., 2015).

Κεφάλαιο 2: Διαταραχή χρήσης αλκοόλ

2.1 Ορισμός διαταραχής χρήσης αλκοόλ

Η λέξη αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη «al kohl» και η επιστημονική ορολογία του είναι αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη. Το κοινό ψυχοδραστικό συστατικό το οποίο περιέχεται σε όλα τα οινοπνευματώδη ποτά είναι η αιθανόλη, η οποία ανήκει στην ομάδα των «αλκοολών» (Μαλλιώρα, 2010). Παγκοσμίως καταναλώνονται αλκοολούχα ποτά για ποικίλους λόγους, είτε κατά τη διάρκεια ενός γεύματος ή δείπνου, είτε για αγχόλυση, είτε για ψυχολογική ευφορία, είτε για βελτίωση της καλλιτεχνικής έμπνευσης (Liang & Olsen, 2014). Το αλκοόλ αποτελεί πηγή ευφορίας, αλλά και αιτία σοβαρών επιπτώσεων στα περισσότερα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, εκ των οποίων το νευρικό είναι το πιο ευαίσθητο (Liang & Olsen, 2014).

Η επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε μια σύνθετη ασθένεια, η

οποία χαρακτηρίζεται από επίμονη και έντονη αναζήτηση, που έχει αποτέλεσμα την απώλεια ελέγχου στην κατανάλωση αλκοόλ, την εμμονική ενασχόληση με αυτό, τον εξαναγκασμό στην αναζήτηση αλκοόλ ή την αδυναμία διακοπής του και την ανάπτυξη ανοχής και εξάρτησης με την πάροδο του χρόνου. Η επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ οδηγεί σε ανοχή και εκδήλωση στερητικού συνδρόμου, με σωματική και ψυχολογική εξάρτηση και απώλεια της ικανότητας ελέγχου στην ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ (Liang & Olsen, 2014). Η διαταραχή χρήσης αλκοόλ (Alcohol Use Disorder) χαρακτηρίζεται από μειωμένη ικανότητα διακοπής ή ελέγχου της χρήσης αλκοόλ παρά τις δυσμενείς σωματικές, ψυχικές, κοινωνικές και επαγγελματικές συνέπειες. Είναι μια διαταραχή φάσματος, η οποία μπορεί να είναι ήπια, μέτρια ή σοβαρή και περιλαμβάνει τις καταστάσεις που μερικοί άνθρωποι αναφέρουν ως «κατάχρηση αλκοόλ», «εξάρτηση από το αλκοόλ» ή στην καθομιλουμένη με τον όρο «αλκοολισμός» (Gilbert et al., 2019).

Παγκοσμίως, η διαταραχή χρήση αλκοόλ κατατάσσεται μεταξύ των πιο διαδεδομένων ψυχικών διαταραχών. Τα άτομα με αυτήν την διαταραχή εμφανίζουν σοβαρές επιπτώσεις στη συνολική τους υγεία και στο οικογενειακό, φιλικό και κοινωνικό τους περιβάλλον. Η διαταραχή χρήση αλκοόλ είναι δυνατόν να προκαλέσει μόνιμες αλλαγές στον ανθρώπινο εγκέφαλο, οι οποίες καθιστούν τους ανθρώπους ευάλωτους σε υποτροπή (Gilbert et al., 2019).

Για να διαγνωστεί ένα άτομο με διαταραχή χρήση αλκοόλ πρέπει να πληροί ορισμένα διαγνωστικά κριτήρια. Η διάγνωση πραγματοποιείται σύμφωνα με κριτήρια βασισμένα σε ένα σύνολο βιολογικών, ψυχολογικών, συμπεριφορικών και κοινωνικών συνεπειών, οι οποίες απορρέουν από την κατανάλωση αλκοόλ. Παγκοσμίως, η διαταραχή χρήση αλκοόλ ορίζεται από τις πιο πρόσφατες εκδόσεις των εξής εγχειριδίων, του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]) και της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (International Classification of Disease [ICD]). σύμφωνα με λειτουργικά κριτήρια ως η συνεχιζόμενη χρήση αλκοόλ παρά τις αρνητικές ψυχολογικές, βιολογικές, συμπεριφορικές και κοινωνικές συνέπειες, Για τον ορισμό της διάγνωσης πρέπει να πληρούνται συγκεκριμένες προϋποθέσεις, όπως να υφίστανται ένας ελάχιστος αριθμός λειτουργικών κριτηρίων κατά την ίδια χρονική περίοδο, με συνεχιζόμενη κατανάλωση αλκοόλ παρά τις αρνητικές βιολογικές, ψυχολογικές, συμπεριφορικές και κοινωνικές συνέπειες (Carvalho et al., 2019).

Η έκδοση DSM-IV του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών και η έκδοση ICD-10 της Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων

Υγείας υποδιαιρούν τις διαταραχές χρήσης ουσιών, σε εξάρτηση και σε μια δευτερεύουσα κατηγορία, η οποία ονομάζεται «κατάχρηση» στο DSM-IV και «επιβλαβής χρήση» στο ICD-10. Η πιο πρόσφατη έκδοση το DSM-V ενσωματώνει τις δύο κατηγορίες σε μια ενιαία έννοια, τη διαταραχή που εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια χρήσης ουσιών και κυμαίνεται από ήπια έως σοβαρή (Minozzi et al., 2018). Σύμφωνα με το DSM-V, ο τωρινός κλινικός ορισμός προϋποθέτει να πληρούνται τουλάχιστον 2 από τα 11 κριτήρια, τα οποία αποτελούν προβλήματα που έχουν προκληθεί από την κατανάλωση αλκοόλ. Η σοβαρότητα της διαταραχής προσδιορίζεται ανάλογα με τον αριθμό των κριτηρίων που πληρούνται (Edenberg & McClintick, 2018). Η διαταραχή στο ICD-11 διαγιγνώσκεται ως «εξάρτηση από το αλκοόλ» ή ως «βλαβερό πρότυπο της χρήσης αλκοόλ» (Carvalho et al., 2019).

Η διάγνωση της διαταραχής χρήσης αλκοόλ καθίσταται προβληματική λόγω του διευρυμένου χάσματος μεταξύ των δυο παραπάνω διαγνωστικών συστημάτων και των διαφόρων εκδόσεων τους. Επιπρόσθετα, λόγω της ετερογένειας υπάρχουν προφανείς δυσκολίες στην μελέτη και στον ακριβή προσδιορισμό της διαταραχής χρήσης αλκοόλ καθώς και στο σχεδιασμό παρεμβάσεων από τους επαγγελματίες υγείας για την επιτυχή αντιμετώπιση των διαταραχών που προκαλούνται από την ανεξέλεγκτη κατανάλωση αλκοόλ (Carvalho et al., 2019).

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών και την έκδοση DSM-V τα διαγνωστικά κριτήρια είναι έντεκα και είναι ίδια για όλες τις εξαρτησιογόνες ουσίες, όπως και για το αλκοόλ. Η διαταραχή χρήσης αλκοόλ είναι ένα προβληματικό πρότυπο χρήσης αλκοόλ που οδηγεί σε κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση, όπως εκδηλώνεται από τουλάχιστον 2 από τα ακόλουθα κριτήρια που συμβαίνουν μέσα σε μία 12μηνη περίοδο:

1. Το αλκοόλ συχνά λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με την πρόθεση του ατόμου.
2. Υπάρχει επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες για να μειώσει ή να ελέγξει τη χρήση αλκοόλ.
3. Ένα μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται σε δραστηριότητες για την απόκτηση αλκοόλ, τη χρήση αλκοόλ, ή την ανάρρωση από τις επιπτώσεις του.
4. Σφοδρή επιθυμία ή έντονη επιθυμία ή παρόρμηση για χρήση αλκοόλ.
5. Υποτροπιάζουσα χρήση αλκοόλ η οποία έχει σαν αποτέλεσμα αδυναμία εκπλήρωσης μειζόνων υποχρεώσεων στην εργασία, το σχολείο ή το σπίτι.

6. Συνέχιση της χρήσης αλκοόλ παρά τα επίμονα ή επαναλαμβανόμενα κοινωνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τις επιπτώσεις του αλκοόλ.

7. Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες εγκαταλείπονται ή μειώνονται λόγω της χρήσης αλκοόλ.

8. Υποτροπιάζουσα χρήση αλκοόλ σε καταστάσεις στις οποίες θέτουν σε κίνδυνο την σωματική ακεραιότητα.

9. Συνέχιση της χρήσης αλκοόλ παρά την επίγνωση της ύπαρξης επίμονου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος το οποίο προκλήθηκε ή επιδεινώθηκε από το αλκοόλ.

10. Ανοχή, όπως ορίζεται από ένα από τα ακόλουθα:

i. α. Ανάγκη για εμφανώς αυξημένες ποσότητες αλκοόλ ώστε να επιτευχθεί τοξίκωση ή το επιθυμητό αποτέλεσμα.

ii. β. Αξιοσημείωτα μειωμένη επίδραση με συνεχιζόμενη χρήση της ίδιας ποσότητας αλκοόλ.

11. Στέρηση, όπως εκδηλώνεται με ένα από τα ακόλουθα:

i. Το χαρακτηριστικό σύνδρομο στέρησης αλκοόλ.

ii. Το αλκοόλ (ή μια στενά σχετιζόμενη ουσία, όπως η βενζοδιαζεπίνη), λαμβάνεται για ανακούφιση ή αποφυγή των συμπτωμάτων στέρησης.

Η διαταραχή χρήσης αλκοόλ διακρίνεται σε ήπια (2-3 κριτήρια), μέτρια (4-5 κριτήρια) και σοβαρή (6-11 κριτήρια) (APA, 2013).

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας και την έκδοση ICD-11, για τη διάγνωση απαιτείται δύο ή περισσότερα από τα τρία κεντρικά χαρακτηριστικά να είναι εμφανή σε μια περίοδο τουλάχιστον 12 μηνών, αλλά η διάγνωση μπορεί να γίνει εάν η χρήση αλκοόλ είναι συνεχής για τουλάχιστον τρεις μήνες:

1. Μειωμένος έλεγχος στη χρήση αλκοόλ — όσον αφορά την έναρξη, το επίπεδο, τις περιστάσεις ή τον τερματισμό της χρήσης, συχνά αλλά όχι απαραίτητα συνοδευόμενο από υποκειμενική αίσθηση παρόρμησης ή λαχτάρας για χρήση αλκοόλ.

2. Η χρήση αλκοόλ γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη προτεραιότητα στη ζωή, έτσι ώστε η χρήση του υπερσχύει άλλων ενδιαφερόντων ή απολαύσεων, καθημερινών δραστηριοτήτων, ευθυνών ή υγείας ή προσωπικής φροντίδας. Η χρήση αλκοόλ παίρνει ολοένα και πιο κεντρικό ρόλο στη ζωή του ατόμου και υποβιβάζει άλλους τομείς της ζωής, και συχνά συνεχίζεται παρά την εμφάνιση προβλημάτων.

3. Φυσιολογικά χαρακτηριστικά (ενδεικτικά νευροπροσαρμογής στο αλκοόλ) όπως εκδηλώνονται με:

i. ανοχή,

ii. συμπτώματα στέρησης μετά από διακοπή ή μείωση της χρήσης αλκοόλ,

iii. ή επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ (ή φαρμακολογικά παρόμοιας ουσίας) για την πρόληψη ή την ανακούφιση των συμπτωμάτων στέρησης. Τα συμπτώματα στέρησης πρέπει να είναι χαρακτηριστικά για το στερητικό σύνδρομο για το αλκοόλ και δεν πρέπει να αντικατοπτρίζουν απλώς ένα φαινόμενο hangover (Haber & Riordan, 2021. WHO, 2022a).

2.2 Επιδημιολογικά δεδομένα διαταραχής χρήσης αλκοόλ

Παγκοσμίως η διαταραχή χρήση αλκοόλ αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Ετησίως η διαταραχή χρήση αλκοόλ έχει ως αποτέλεσμα το θάνατο 3 εκατομμυρίων ανθρώπων, αντιπροσωπεύοντας το 5,3% όλων των θανάτων. Σε άτομα ηλικίας 20-39 ετών, περίπου το 13,5% των συνολικών θανάτων αποδίδεται στο αλκοόλ. Η επιβλαβής χρήση αλκοόλ αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για περισσότερες από 200 ασθένειες και τραυματισμούς. Συνολικά, το 5,1% της παγκόσμιας επιβάρυνσης ασθενειών και τραυματισμών αποδίδεται στο αλκοόλ. Μια αιτιώδης σχέση υφίσταται μεταξύ της διαταραχής χρήσης αλκοόλ και μιας σειράς ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών, μη μεταδοτικών νοσημάτων και τραυματισμών (WHO, 2023). Το 2016, η συνολική κατανάλωση αλκοόλ, η οποία ορίζεται ως η συνολική (καταγεγραμμένη και μη καταγεγραμμένη) ποσότητα αλκοόλ που καταναλώθηκε ανά ενήλικα άτομο με διαταραχή χρήσης αλκοόλ σε λίτρα καθαρού αλκοόλ, παρουσιάζει την Τυνησία ως την χώρα με την υψηλότερη κατανάλωση (35,1 λίτρα καθαρού αλκοόλ) (WHO, 2022b). Το 2018, η παγκόσμια συνολική κατανάλωση αλκοόλ ήταν ίση με 6,2 λίτρα καθαρού αλκοόλ ανά άτομο 15 ετών και άνω (WHO, 2022b).

Η διαταραχή χρήση αλκοόλ ευθύνεται για περίπου 255.000 έως 290.000 θανάτους κάθε

χρόνο στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (IHME, 2019· WHO, 2019). Η Ευρώπη έχει το υψηλότερο επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ στον κόσμο, λόγω της υψηλής κατανάλωσης στις κεντρικές και ανατολικές περιοχές της. Περίπου το 70% των ενηλίκων στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια καταναλώνουν αλκοόλ (WHO, 2014). Κατά μέσο όρο, οι Ευρωπαίοι καταναλώνουν 10,7 λίτρα καθαρού αλκοόλ ετησίως (WHO, 2016). Στην Ευρώπη, το 6,4 % των ανδρών και το 1,2% των γυναικών εκτιμάται ότι είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ και το 12,6% και 2,9% αντίστοιχα, έχουν διαταραχή χρήσης αλκοόλ (WHO, 2017). Το 2016, κατά μέσο όρο, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 3,7% των ενηλίκων ήταν εξαρτημένοι από το αλκοόλ. Το 2017 η συνολική κατανάλωση αλκοόλ ήταν κατά μέσο όρο 8,9 λίτρα ανά άτομο (OECD, 2022a). Το 2018 ανήλθε, κατά μέσο όρο, σε 10 λίτρα καθαρού αλκοόλ ανά ενήλικα. Η Λετονία και η Αυστρία έχουν το υψηλότερο επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ, με πάνω από 12 λίτρα ανά ενήλικα, ακολουθούμενες από την Τσεχία, τη Γαλλία, τη Βουλγαρία, τη Λιθουανία και το Λουξεμβούργο, με πάνω από 11 λίτρα ανά ενήλικα. Η Ελλάδα, η Σουηδία, η Ιταλία και η Μάλτα έχουν σχετικά χαμηλά επίπεδα κατανάλωσης, κάτω από 8 λίτρα καθαρού αλκοόλ ανά ενήλικα. Την τελευταία δεκαετία, η κατανάλωση αλκοόλ μειώθηκε στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με τις μεγαλύτερες μειώσεις στην Εσθονία, την Ελλάδα και τη Λιθουανία (μειώσεις περίπου 3 λίτρων ανά ενήλικα), ενώ έχει ελαφρώς αυξηθεί στη Βουλγαρία, τη Λετονία και τη Μάλτα (OECD, 2022b).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί την τρίτη κύρια αιτία θανάτου. Κατά την τελευταία δεκαετία, υπάρχουν στοιχεία που υποδεικνύουν τεράστια αύξηση της χρήσης αλκοόλ στον πληθυσμό των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (Minozzi et al., 2018). Διαταραχή χρήσης αλκοόλ παρουσιάζουν περίπου 18 εκατομμύρια Αμερικανοί, δηλαδή το 8,5% του πληθυσμού ηλικίας 18 ετών και άνω. Οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής είχαν ποσοστό εξάρτησης από το αλκοόλ 7,7%, το 2016 (OECD, 2022a). Το 2019, το 25,8% των ατόμων ηλικίας 18 ετών και άνω (29,7% των ανδρών 22,2% των γυναικών) ανέφεραν ότι έκαναν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ τον προηγούμενο μήνα και 6,3% (8,3% των ανδρών και το 4,5% των γυναικών) ανέφεραν ότι έκαναν βαριά κατανάλωση αλκοόλ τον περασμένο μήνα (SAMHSA, 2020). Διαταραχή Χρήσης Αλκοόλ παρουσίασε το 5,3% των ατόμων ηλικίας 12 ετών και άνω, δηλαδή 14,5 εκατομμύρια άτομα. Αναλυτικότερα, περιλαμβάνει 9 εκατομμύρια άνδρες (6,8% των ανδρών σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα) και 5,5 εκατομμύρια γυναίκες (3,9% των γυναικών σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα) (SAMHSA, 2020). Ετησίως τα προβλήματα που προκύπτουν από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ κοστίζουν περίπου 185 δισεκατομμύρια δολάρια (Cohen et

al., 2022· Liang & Olsen, 2014).

Στην Ελλάδα έρευνες σε γενικό πληθυσμό έδειξαν ότι 3 στους 4 ηλικίας 12-64 ετών κατανάλωσαν αλκοόλ τον περασμένο χρόνο, ενώ το 10% ανέφερε κατάχρηση αλκοόλ τον περασμένο μήνα (Pomini et al., 2014). Το 2015 σε πανελλήνια έρευνα με αντιπροσωπευτικό δείγμα 1.500 ατόμων από τον γενικό πληθυσμό, ηλικίας 18-64 ετών, οι άνδρες σε διπλάσιο ποσοστό (15,8%) σε σχέση με τις γυναίκες (7,6%) ανέφεραν ένα τουλάχιστον σύμπτωμα προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ τους τελευταίους 12 μήνες ή δύο τουλάχιστον συμπτώματα προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ σε ποσοστό 4,4% και 1,1% αντίστοιχα (Κοκκέβη και συν., 2017). Όσοι έλαβαν μέρος στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν εάν έχουν κοινωνική συναναστροφή με άτομα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ. Το (16,9%) ανέφερε ότι γνωρίζει έναν γείτονα, το (17%) έναν συνάδελφο, το (18,3%) έναν σύντροφο ή συγγενή που δεν ζει μαζί του, το (53,8%) κάποιον φίλο ή γνωστό, το (68,1%) άτομα στον κοινωνικό του περίγυρο, ενώ το (23,3%) ότι έζησε στην παιδική ή εφηβική ηλικία με κάποιον που κατανάλωνε υπερβολική ποσότητα αλκοόλ (Κοκκέβη και συν., 2017). Το 2016, η κατά κεφαλήν κατανάλωση καθαρού αλκοόλ για τους άνω των 15 ετών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ήταν συνολικά 14,8 λίτρα. Πιο συγκεκριμένα για τους άνδρες ήταν 20,4 και για τις γυναίκες ήταν 7,1 λίτρα καθαρού αλκοόλ (WHO, 2021b). Το 2019 σημειώθηκε αύξηση στα θανατηφόρα περιστατικά λόγω μέθης συγκριτικά με τα δύο προηγούμενα έτη, ενώ παράλληλα μειώθηκε ο αριθμός των αιτούντων θεραπείας. Η μείωση αυτή είχε σημειωθεί ήδη από το 2017 (ΕΚΤΠΝ, 2021). Κατά την εικοσαετία 1990-2017, ο αριθμός ατόμων με διαταραχή χρήσης αλκοόλ στην Ελλάδα παρέμεινε σχετικά σταθερός. Η διαταραχή χρήσης αλκοόλ παρατηρείται στο ανδρικό φύλο σχεδόν σε τριπλάσιο ποσοστό σε σχέση με το γυναικείο φύλο υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι το χάσμα μεταξύ των φύλων μειώνεται με την πάροδο του χρόνου (IHME, 2018).

2.3 Διαταραχή χρήσης αλκοόλ στον γυναικείο πληθυσμό

Το αλκοόλ μεταβολίζεται πιο αργά στον γυναικείο οργανισμό σύμφωνα με βιολογικούς παράγοντες σχετιζόμενους με το φύλο και τη φαρμακοκινητική του αλκοόλ (Erol & Karpyak, 2015). Στο στομάχι των γυναικών υπάρχει μικρότερη ποσότητα του ενζύμου αλκοολική αφυδρογονάση, το οποίο μεταβολίζει το αλκοόλ. Επομένως, μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ διοχετεύεται από το στομάχι στον δωδεκαδάχτυλο, ο οποίος απορροφά την μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ σε σχέση με τα υπόλοιπα όργανα (Erickson, 2008). Επιπλέον, συνδυαστικά με μια διαφορετική σε ποσότητα κατανομή λίπους, μια γυναίκα η οποία έχει

καταναλώσει την ίδια ποσότητα αλκοόλ με έναν άντρα εμφανίζει υψηλότερη συγκέντρωση αλκοόλ στο αίμα (Erickson, 2008· Hingson et al., 2016· Vatsalya et al., 2018). Άρα οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν προβλήματα υγείας όταν καταναλώνουν την ίδια ποσότητα αλκοόλ ημερησίως συγκριτικά με τους άνδρες (Erol & Karpyak, 2015). Οι γυναίκες με διαταραχή χρήσης αλκοόλ είναι λιγότερο πιθανό να λάβουν θεραπεία συγκριτικά με τους άνδρες (Gilbert et al., 2019). Τα τελευταία 20 χρόνια οι γυναίκες, συγκριτικά με τους άνδρες, αύξησαν τις επισκέψεις στα τμήματα των επειγόντων περιστατικών, τις νοσηλείες και τους θανάτους, που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ (White, 2020). Παρόλο που οι γυναίκες ξεκινούν την κατανάλωση αλκοόλ σε μεγαλύτερη ηλικία, εάν και εφόσον εγκατασταθεί η εξάρτηση, εξελίσσεται πολύ πιο ραγδαία σε σχέση με το αντρικό φύλο (Erol & Karpyak, 2015). Οι γυναίκες, σε ελεγχόμενη κατανάλωση αλκοόλ, αναπτύσσουν 1,5 έως 2 φορές αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ανοχής, λιποθυμίας, κενού μνήμης, τραυματισμού των ίδιων ή του περιβάλλοντος τους και υποτροπής. (Sugarman et al., 2009). Σχετικά με το περιβάλλον στο οποίο εμφανίζεται μια υποτροπή οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποτροπιάσουν εάν βρίσκονται με φίλους ή με συντρόφους (Rubin et al., 1996). Ως αφορμή υποτροπών από τις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες είναι πιθανότερο να αναφερθούν διαπροσωπικοί παράγοντες, όπως οι διαπροσωπικές συγκρούσεις (Hodgins et al., 1997). Οι γυναίκες με διαταραχή χρήσης αλκοόλ παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα που αφορούν τον εαυτό τους, είναι πιθανότερο να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, συναισθηματικές διαταραχές και σύγχυση των κοινωνικών ρόλων αναφορικά με το φύλο (Beckman, 1975· Sugarman et al., 2009· Winokur & Clayton, 1968).

Τις περασμένες δεκαετίες, για την Ελληνική κοινωνία, η διαταραχή χρήσης αλκοόλ στο γυναικείο φύλο ήταν σαν να μην υπήρχε ή περιοριζόταν μόνο σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Η εικόνα της γυναίκας, η οποία καταναλώνει περισσότερο από τα κοινωνικά αποδεκτά πρότυπα αλκοόλ, μόνη της στο σπίτι ή στο μπαρ, παρέπεμπε αυτόματα σε μειωμένη ηθική υπόσταση (Μακράκη & Φραγκιαδουλάκη, 2011). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι γυναίκες με διαταραχή χρήσης αλκοόλ να έχουν πολύ χαμηλότερες πιθανότητες να αναζητήσουν βοήθεια σε υπηρεσίες, για να μην υπάρξει στιγματισμός των ίδιων και του οικογενειακού περίγυρου τους (Gilbert et al., 2019).

2.4 Αιτιοπαθογένεια διαταραχής χρήσης αλκοόλ

Η διαταραχή χρήσης ουσιών θεωρείται ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο στο οποίο αλληλεπιδρούν ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες, οι οποίοι προδιαθέτουν την εμφάνιση

της. Για την κατανόηση του μηχανισμού της εξάρτησης χρειάζεται εστίαση στις αλληλεπιδράσεις των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικών παραγόντων της εξάρτησης. Η διαταραχή χρήσης ουσιών αποτελεί μια χρόνια ασθένεια του εγκεφάλου, εξαιτίας των εξαρτησιογόνων ουσιών, οι οποίες προκαλούν σοβαρές μορφολογικές και λειτουργικές αλλοιώσεις διαφόρων εγκεφαλικών δομών. Ιδιαίτερες αλλοιώσεις συμβαίνουν στο σύστημα ανταμοιβής, που είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο των ορμών και των επιθυμιών του ατόμου, αλλά και στον προμετωπιαίο φλοιό, που είναι υπεύθυνος για την επιλογή συμπεριφορών ικανοποίησης αυτών των ορμών και των επιθυμιών, ανάλογα με την εμπειρία, τη μάθηση και τους μακροχρόνιους στόχους της συμπεριφοράς, που διαμορφώνονται στο αναπτυσσόμενο άτομο μέσω οικογενειακών, κοινωνικών και άλλων περιβαλλοντικών επιδράσεων (Papantos & Kafetzopoulos, 2019). Επομένως, η διαταραχή χρήσης αλκοόλ είναι μια πολυπαραγοντική ασθένεια με διαφορετικούς εκλυτικούς παράγοντες (Mueser et al., 1998· Schuckit, 1998). Η διαταραχή χρήσης αλκοόλ δεν αποτελεί ατομική αδυναμία ή ηθική αποτυχία, αλλά προκύπτει από μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση βιολογικών-γενετικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών- κοινωνικών παραγόντων (Carvalho et al., 2019).

2.4.1 Βιολογικοί - Γενετικοί παράγοντες διαταραχής χρήσης αλκοόλ

Η διαταραχή χρήσης αλκοόλ συνιστά μια πολύπλοκη γενετική ασθένεια, με παραλλαγές σε ποικίλα γονίδια, τα οποία επηρεάζουν την εμφάνιση και ανάπτυξη της εξάρτησης αλλά και χαρακτηριστικών που σχετίζονται με αυτήν (Edenberg & McClintick, 2018· Tawa et al., 2016). Αρκετά γονίδια που αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης της διαταραχής χρήσης αλκοόλ, αλλά και γονίδια που εμπλέκονται στον μεταβολισμό του αλκοόλ στον ανθρώπινο οργανισμό έχουν εντοπιστεί. Το 1990 έλαβε χώρα η πρώτη αναφορά σε ένα «γονίδιο του αλκοολισμού», καθώς ανακαλύφθηκε ένα αλληλόμορφο του γονιδίου που κωδικοποιεί τον υπότυπο D2 του υποδοχέα της ντοπαμίνης (DRD2), το οποίο θεωρήθηκε ότι συνδέεται με τον κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής χρήσης αλκοόλ (Blum et al., 1990). Τη μεγαλύτερη γενετική συσχέτιση με τον κίνδυνο εξάρτησης από το αλκοόλ εμφανίζουν παραλλαγές γονιδίων που κωδικοποιούν αρκετά από τα ένζυμα που μεταβολίζουν το αλκοόλ, όπως η αφυδρογονάση της αλκοόλης (ADH) και η αφυδρογονάση της αλδεϋδης (ALDH) (Sher et al., 2005). Για την διαταραχή χρήσης αλκοόλ έχουν ενοχοποιηθεί και τα γονίδια των υποδοχέων του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA), που αποτελεί τον κυριότερο νευρομεταβιβαστή του εγκεφάλου, καθώς δύο γονίδια του GABAA υποδοχέα συνδέονται με τον κίνδυνο ανάπτυξης εξάρτησης από το αλκοόλ (Lobo & Harris, 2008· Maccioni &

Colombo, 2009).

Η διαταραχή χρήσης ουσιών αποτελεί μία κληρονομούμενη ψυχιατρική διαταραχή, γνωστό ακόμη και από την αρχαιότητα, όταν ο Πλούταρχος έγραφε ότι «οι μέθυστοι γεννούν μέθυστους» (Parantos & Kafetzopoulos, 2019). Πλέον, παρά το γεγονός ότι η χρήση ουσιών θεωρείται από πολλούς ερευνητές ατομική επιλογή, η κληρονομικότητα είναι αδιαμφισβήτητη (Heyman, 2009· Perreau-Lenz & Spanagel, 2015· Sun et al., 2016). Η εξάρτηση κληρονομείται ως μια κοινή, αλλά πολύπλοκη και σύνθετη διαταραχή με ισχυρές ενδείξεις αλληλεπίδρασης γονιδίων και περιβάλλοντος (Merikangas & Avenevoli, 2000). Άτομα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ και οικογενειακό ιστορικό εξάρτησης από το αλκοόλ είναι πιθανότερο να καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ, από τα άτομα χωρίς οικογενειακό ιστορικό. (Merikangas et al., 1998). Η συνολική κληρονομικότητα της εξάρτησης εκτιμάται με πολλούς τρόπους, περιλαμβανομένων οικογενειακών μελετών και μελετών υιοθετημένων παιδιών. Η επίπτωση της διαταραχής χρήσης αλκοόλ είναι τουλάχιστον διπλάσια στα μονοζυγωτικά δίδυμα συγκριτικά με τα διζυγωτικά δίδυμα και οι διζυγωτικοί δίδυμοι δεν παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας σε σχέση με τους μη δίδυμους αδελφούς (Μουσσάς & Λύκουρας, 2007· Schuckit, 2006).

2.4.2 Ψυχολογικοί παράγοντες διαταραχής χρήσης αλκοόλ

Σταθερά χαρακτηριστικά των ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών αποτελούν τα υψηλά ποσοστά νευρωτισμού και οι χαμηλές τιμές ευσυνειδησίας. Τα υψηλά ποσοστά νευρωτισμού συνδέονται με την αυξημένη τάση αυτών των ατόμων για βίωση αρνητικών συναισθημάτων (Terracciano et al., 2008). Συχνά, τα άτομα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ αναφέρουν ότι η κατανάλωση αλκοόλ μειώνει τη νευρικότητα, ενισχύει το αίσθημα δύναμης και βοηθάει στην αντιμετώπιση των καθημερινών στρεσογόνων γεγονότων χρησιμοποιώντας το ως αυτοθεραπεία. Από συμπεριφορολογική άποψη, δίνεται έμφαση από το άτομο στις θετικές ενισχυτικές ιδιότητες του αλκοόλ, το οποίο μπορεί να του προκαλεί αισθήματα ευεξίας και ευφορίας, μείωση του άγχους και του φόβου, ενισχύοντας έτσι την περαιτέρω κατανάλωση της ουσίας.

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ λειτουργεί ως αγχολυτικό και βελτιώνει τη σεξουαλική απόδοση καθιστώντας το άτομο πιο ευδιάθετο και απελευθερωμένο στις κοινωνικές του αλληλεπιδράσεις (Αλεξανδρίδης, 2004). Μία αμφίδρομη σχέση έχει αναπτυχθεί μεταξύ της διαταραχής χρήσης αλκοόλ και των αγχωδών διαταραχών. Και τα δύο είδη διαταραχών μπορεί να συνυπάρχουν και η κάθε διαταραχή αυξάνει τον κίνδυνο

εκδήλωσης και μπορεί να συμβάλλει στην επιδείνωση της άλλης διαταραχής (Colletti, 2004). Τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές έχουν την τάση να μεταβαίνουν από την περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ στην εξάρτηση γρηγορότερα από τα άτομα που δεν νιώθουν στρες (Δαρβίρη, 2007). Η βραχυπρόθεσμη κατανάλωση αλκοόλ με σκοπό την αγχόλυση και τη βελτίωση της διάθεσης κλιμακώνεται σε χρόνια και επαναλαμβανόμενη κατανάλωση αλκοόλ, οδηγώντας σε έξαρση των συμπτωμάτων του άγχους, με αποτέλεσμα το άτομο να καταναλώνει αλκοόλ για να «αυτοθεραπευτεί» και να μπορέσει να αντιμετωπίσει το αυξημένο άγχος που βιώνει (Δεμερούτη, 2001). Το άγχος συχνά συνδέεται με την καταπίεση που δέχεται το άτομο, υιοθετώντας ένα γρήγορο ρυθμό ζωής καθημερινά (Littlefield & Sher, 2016). Ένας εξίσου σημαντικός ψυχολογικός παράγοντας είναι η κατάθλιψη και η εσωτερίκευση συναισθημάτων (Merikangas & Gelernter, 1990). Εφόσον το άτομο δεν έχει αναπτύξει τρόπους ενίσχυσης και δεξιότητες ψυχικής προστασίας και αντοχής, ένα γενικευμένο ψυχικό άλγος μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην κατάχρηση αλκοόλ. Τα άτομα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ και επιθετικά χαρακτηριστικά έχουν περισσότερο αδύναμο Εγώ και εμφανίζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και αυτοκτονικές τάσεις (Κοναčić - Petrović et al., 2018). Το άτομο θέλει να ελευθερωθεί πνευματικά μέσω της εξάρτησης γιατί δεν μπορεί να αποδράσει σωματικά ή πραγματικά. Αυτό μπορεί να συμβεί σε διάφορες καταστάσεις, όπως περιπτώσεις πένθους, απώλεια της ελευθερίας, μετανάστευση και οικονομικές καταστροφές (McDevitt-Murphy et al., 2021).

Στην προσωπικότητα των ατόμων με διαταραχή χρήσης αλκοόλ προέχουν στοιχεία όπως το άγχος, το χαμηλό αίσθημα αυτοεκτίμησης, η αυξημένη ενασχόληση με το σωματικό Εγώ, τα αισθήματα ενοχής και η παρανοϊκή τάση (Boyd & Mackey, 2000). Για την ανάπτυξη διαταραχής χρήσης αλκοόλ, την ισχυρότερη προβλεπτική αξία έχουν οι διαταραχές διαγωγής και η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (Trull et al., 2000). Συνήθως, η διαταραχή χρήσης αλκοόλ αναπτύσσεται σε μία προσωπικότητα που χαρακτηρίζεται από ατροφικό Εγώ, τάσεις απομόνωσης, μειωμένη αυτοεκτίμηση, φόβους, απελπισία, δυσπιστία, μοναξιά, αδυναμία αντοχής της ματαίωσης και αισθήματα ανικανοποίητου (Τσαρούχας, 2000). Στις περιπτώσεις αυτές, το άτομο προκειμένου να αντιμετωπίσει αυτό που το ενοχλεί ή λόγω μειωμένου ελέγχου στις παρορμήσεις (οριακή διαταραχή προσωπικότητας) χρησιμοποιεί την κατανάλωση αλκοόλ και ως ψυχοφάρμακο (Trull et al., 2000).

Ένας κοινός ψυχαναλυτικός όρος είναι ότι «το υπερεγώ είναι διαλυτό στο αλκοόλ». Πιο πρόσφατες ψυχοδυναμικές απόψεις θεωρούν το αλκοόλ και τις άλλες ψυχοδραστικές ουσίες μία αντίδραση στον ψυχικό πόνο και στην κάλυψη του εσωτερικού κενού. Η γενική προσωπικότητα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ περιγράφεται από μερικούς ψυχοδυναμικούς

ψυχιάτρους ως αγχώδη, ευέξαπτη, ανυπόμονη, δειλή, απομονωμένη, υπερευαίσθητη και σεξουαλικά καταπιεσμένη. Κατά τη διάρκεια της διαταραχής χρήσης αλκοόλ αναπτύσσονται αμφισβητήσεις, συναισθήματα ενοχής, τύψεις της συνείδησης, απομόνωση και αβουλία, τα οποία απορρέουν κατά το μεγαλύτερο μέρος από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Ένας διχασμός συναισθημάτων παρατηρείται καθώς από τη μία το άτομο καταναλώνει αλκοόλ δικαιολογώντας τον εαυτό του και από την άλλη τον κατηγορεί γιατί γνωρίζει ότι αυτό που κάνει τον βλάπτει (Altman et al., 1996· Kogan et al., 1963).

2. 4. 3 Περιβαλλοντικοί - Κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες διαταραχής χρήσης αλκοόλ

Σημαντικά στοιχεία παρέχονται και για την επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων στη διαταραχή χρήσης ουσιών από τις μελέτες της κληρονομικότητας σε διδύμους. Αυτοί οι παράγοντες διακρίνονται σε κοινούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως είναι η οικογένεια και μη κοινούς περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως είναι οι ασθένειες, ο γάμος, το επάγγελμα, οι φίλοι κ.λπ. (Papantos & Kafetzopoulos, 2019). Η έναρξη της χρήσης νικοτίνης, οινοπνεύματος και κάνναβης, στην πρώιμη εφηβεία, καθορίζεται κυρίως από οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η σημασία αυτών των παραγόντων μειώνεται κατά την διάρκεια της εφηβείας και της νεαρής ενήλικης ζωής καθώς μεγιστοποιείται η επίδραση των γενετικών παραγόντων, οι οποίοι υποχωρούν με την πρόοδο της ηλικίας (Kendler et al., 2008).

Τις τελευταίες δεκαετίες, ιδιαίτερα στον πληθυσμό των νέων και των γυναικών κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες έχει παρατηρηθεί κατακόρυφη αύξηση στην διαταραχή χρήσης αλκοόλ, η οποία δεν είναι δυνατόν να εξηγηθεί μόνο με βάση την ψυχοπαθολογία (Erol & Karpyak, 2015). Στην εξάπλωση του φαινομένου σημαντικό ρόλο έχουν διαδραματίσει οι περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες αφού η γονιδιακή δεξαμενή και η ανθρώπινη βιοχημεία δεν αλλάζουν σε τόσο σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Αρκετά διαδεδομένη είναι η πεποίθηση ότι οι συνθήκες φτώχειας και εξαθλίωσης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι οδηγούν στη χρήση και στην εξάρτηση, αλλά φτωχοί, εξαθλιωμένοι και υποβαθμισμένοι πληθυσμοί υπήρχαν πάντοτε στην ιστορία της ανθρωπότητας. Είναι πιθανότερο οι σύγχρονοι κοινωνικοί θεσμοί, όπως είναι η οικογένεια, το σχολείο, η θρησκεία, οι κοινοτικές και οι πολιτικές δομές, να μην έχουν την δυνατότητα να προστατεύσουν τα άτομα από την εξάρτηση, όπως συνέβαινε στο παρελθόν (Papantos & Kafetzopoulos, 2019).

Η συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής χρήσης αλκοόλ επηρεάζεται από διάφορους δημογραφικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η επαγγελματική και κοινωνικό-οικονομική κατάσταση και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις (Carvalho et al., 2019). Την ανάπτυξη της διαταραχής χρήσης αλκοόλ σε ορισμένα έθνη και κοινωνικές ομάδες διαμορφώνουν οι αξίες, η ηθική, τα ήθη, τα έθιμα, οι πεποιθήσεις, οι κοινωνικοί ρόλοι και οι διατροφικές συνήθειες. Η κατάσταση μέθης σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες και εθνότητες αποτελεί μια συνθήκη στην οποία δικαιολογούνται κοινωνικά μη αποδεκτές συμπεριφορές. Αυτή η ανοχή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχής χρήσης αλκοόλ. Σε χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και η Ιρλανδία, όπου η κατανάλωση αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτή παρουσιάζονται σοβαρά προβλήματα διαταραχής χρήσης αλκοόλ (Mongan, 2016). Η πληρέστερη εξήγηση της ανάπτυξης διαταραχής χρήσης αλκοόλ είναι ότι αποτελεί αποτέλεσμα συνδυασμού της κοινωνικής προτροπής και της προδιάθεσης του ατόμου. Όσον αφορά τον τρόπο ζωής και ψυχαγωγίας, αυτός ο παράγοντας μπορεί να δράσει αρνητικά στο άτομο που βιώνει την ανάγκη ένταξης σε μια κοινωνική ομάδα και σε συνδυασμό με τον φόβο απόρριψής του για τον παραγκωνισμό του από κοινές δραστηριότητες (Jung et al., 2010).

Άλλος ένας σημαντικός κοινωνικός παράγοντας είναι η διαθεσιμότητα, η οποία παρουσιάζει αύξηση με γεωμετρική πρόοδο (Galea et al., 2004· Gorsuch & Butler, 1976). Επιπλέον, η δυνατότητα πρόσβασης συνδυαστικά με την «νομιμότητα» και την τιμή του αλκοόλ, το καθιστούν μία ουσία σχετικά φτηνή και κοινωνικά αποδεκτή (Madianos et al., 1995). Ένας άλλος παράγοντας είναι η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση του ατόμου, παρόλο που τα άτομα με υψηλότερη κοινωνική θέση και οικονομικές απολαβές μπορεί να καταναλώνουν παρόμοιες ή και μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ συγκριτικά με τα άτομα κατώτερης κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης, οι συνέπειες της διαταραχής χρήσης αλκοόλ πλήττουν περισσότερο αρνητικά την δεύτερη ομάδα ανθρώπων. Η εργασιακή απασχόληση αποτελεί σημαντικό παράγοντα, ο οποίος επηρεάζει την καταναλισκόμενη ποσότητα αλκοόλ από διάφορες πληθυσμιακές ομάδες. Αρκετές φορές η βραδινή, η πολύωρη, η μονότονη εργασία και η εργασία που έχει άμεση σχέση με την παραγωγή ή διάθεση αλκοόλ ωθεί σε μεγαλύτερη κατανάλωσή του (Bonnievie et al., 2019). Υψηλό κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών χρήσης αλκοόλ και αυξημένης κατανάλωσης παρουσιάζουν οι πληθυσμιακές ομάδες των ανέργων και των αστέγων. Η αύξηση του αριθμού και της έκτασης των αρνητικών συνεπειών της διαταραχής χρήσης αλκοόλ στις συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός (Collins, 2016).

Οι παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι σχετίζονται με την οικογένεια αφορούν την ποιότητα της γονικής ανατροφής, την παραμέληση, την παιδική κακομεταχείριση, τη χρήση ουσιών από τους γονείς, τις σχέσεις γονέων-παιδιού, καθώς και την πεποίθηση του παιδιού ότι οι γονείς αποδέχονται τη χρήση ουσιών από το ίδιο (Singh, et al., 2011. Wall & Kohl, 2007). Όσον αφορά την αιτιολογία ανάπτυξης διαταραχής χρήσης αλκοόλ, οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα αλκοολικών γονέων και είναι πιθανότερο συγκριτικά με τους άντρες να αρχίσουν βαριά κατανάλωση αλκοόλ ως απάντηση σε ένα συγκεκριμένο περιβαλλοντικό στρες, όπως ο θάνατος στην οικογένεια ή το διαζύγιο (Beckman, 1975). Σύμφωνα με μία έρευνα, το 74% των γυναικών που έχει ενταχθεί σε πρόγραμμα απεξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες και αλκοόλ, είχε υποστεί σεξουαλική κακοποίηση (Jarvis & Copeland, 1997). Η ύπαρξη τραύματος διαταράσσει το δεσμό, την προσκόλληση του ατόμου με τους σημαντικούς άλλους της ζωής του, με αποτέλεσμα τον περιορισμό της ικανότητας αυτορρύθμισης. Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί την προσπάθεια του ατόμου να αυτορρυθμίζεται στα πλαίσια της προσαρμογής (Padykula & Conklin, 2010).

Όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορούν εν δυνάμει να δράσουν ανεξάρτητα ο καθένας ή/και συνεργατικά, ή μόνοι τους ή/και σε συνδυασμό με τους πιθανούς βιολογικούς-γενετικούς και ψυχολογικούς παράγοντες και αποτελούν ατομικούς παράγοντες κινδύνου, καθιστώντας κάποια άτομα περισσότερο ευάλωτα στη χρήση και στην εξάρτηση από το αλκοόλ (Papantos & Kafetzopoulos, 2019).

2.5 Επιπτώσεις διαταραχής χρήσης αλκοόλ

Η διαταραχή χρήσης αλκοόλ επιφέρει συνέπειες στην υγεία και σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές απώλειες στα άτομα και στην κοινωνία γενικότερα. Η επιβλαβής χρήση αλκοόλ μπορεί επίσης να οδηγήσει σε βλάβη άλλων ατόμων, όπως μέλη της οικογένειας, φίλους, συναδέλφους και αγνώστους (WHO, 2014).

2.5.1 Επιπτώσεις διαταραχής χρήσης αλκοόλ στην σωματική υγεία

Ο αντίκτυπος της κατανάλωσης αλκοόλ στις χρόνιες και οξείες εκβάσεις της υγείας καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τον συνολικό όγκο του αλκοόλ που καταναλώνεται και το μοτίβο κατανάλωσης, ιδιαίτερα στα άτομα με επεισόδια βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ. Η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να έχει αντίκτυπο όχι μόνο στη συχνότητα εμφάνισης ασθενειών, τραυματισμών και άλλων καταστάσεων υγείας, αλλά και στις επιπτώσεις αυτών

καθώς και στον τρόπο που εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου (WHO, 2023).

Η κατανάλωση αλκοόλ είναι αιτιολογικός παράγοντας σε περισσότερες από 200 ασθένειες, τραυματισμούς και άλλες παθήσεις υγείας. Η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με τον κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας όπως μείζονες μη μεταδοτικές ασθένειες (π.χ. κίρρωση του ήπατος, ορισμένοι τύποι κακοηθειών και καρδιαγγειακές παθήσεις). Έχει διαπιστωθεί μια αιτιώδης σχέση μεταξύ της επιβλαβούς κατανάλωσης οινοπνεύματος και της επίπτωσης ή των αποτελεσμάτων μολυσματικών ασθενειών όπως η φυματίωση και ο ιός του HIV (Human Immunodeficiency Virus) και το AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) (WHO, 2023).

Ένα σημαντικό ποσοστό της επιβάρυνσης της νόσου που αποδίδεται στην κατανάλωση αλκοόλ προκύπτει από ακούσιους και εκ προθέσεως τραυματισμούς, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα, βία και αυτοκτονία. Οι θανατηφόροι τραυματισμοί που σχετίζονται με το αλκοόλ τείνουν να συμβαίνουν σε σχετικά μικρότερες ηλικιακές ομάδες (WHO, 2023).

Οι γυναίκες που κάνουν τακτικά κατάχρηση αλκοόλ έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες που πίνουν την ίδια ποσότητα να αναπτύξουν αλκοολική ηπατίτιδα, μια δυνητικά θανατηφόρα ηπατική πάθηση που σχετίζεται με το αλκοόλ. Αυτό το μοτίβο κατανάλωσης αλκοόλ μπορεί επίσης να οδηγήσει σε κίρρωση (μόνιμη ηπατική ουλή) (Vatsalya et al., 2018).

Η μακροχρόνια κατάχρηση αλκοόλ είναι η κύρια αιτία καρδιακών παθήσεων. Οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς σε καρδιακές παθήσεις που σχετίζονται με το αλκοόλ από τους άνδρες, παρόλο που μπορεί να καταναλώνουν λιγότερο αλκοόλ κατά τη διάρκεια της ζωής τους από τους άνδρες (Erol & Karpyak, 2015). Οι κυριότερες καρδιαγγειακές παθήσεις που συνδέονται με την διαταραχή χρήσης αλκοόλ είναι η καρδιακή ανεπάρκεια, η μυοκαρδίτιδα και η υπέρταση. Επίσης, η μακροχρόνια κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλική αιμορραγία, οξεία παγκρεατίτιδα, μυοπάθεια, αναιμία και δερματίτιδα.

Η έρευνα δείχνει ότι η κατάχρηση αλκοόλ προκαλεί εγκεφαλική βλάβη πιο γρήγορα στις γυναίκες παρά στους άνδρες (Hingson et al., 2016). Οι γυναίκες μπορεί επίσης να είναι πιο επιρρεπείς από τους άνδρες σε κενά στη μνήμη για γεγονότα που συνέβησαν κατά τη διάρκεια της μέθης. Αυτά τα κενά συμβαίνουν όταν ένα άτομο πίνει αρκετό αλκοόλ για να εμποδίσει προσωρινά τη μεταφορά των αναμνήσεων από τη βραχυπρόθεσμη στη μακροπρόθεσμη αποθήκευση - γνωστή ως ενοποίηση μνήμης - σε μια περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται ιππόκαμπος (Hommer, 2003). Επίσης η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα στο νευρικό σύστημα, όπως διαταραχές

μνήμης, εγκεφαλοπάθεια Wernicke και ένα ιδιαίτερο σύνδρομο από ανεπάρκεια της βιταμίνης B1, το «σύνδρομο Korsakoff» (με απώλεια μνήμης, μνημονικά κενά και μυθοπλασίες), άνοια, πολυνευρίτιδα και οπτική νευρίτιδα (Sacco et al., 1999).

Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και της ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που καταναλώνουν περίπου 1 ποτό την ημέρα έχουν 5 έως 9% περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού από τις γυναίκες που δεν πίνουν καθόλου αλκοόλ (Jones, et al., 2018· Seo et al., 2019· Squeglia et al., 2011). Αυτός ο κίνδυνος αυξάνεται για κάθε επιπλέον ποτό που καταναλώνουν την ημέρα.

Η προγεννητική έκθεση στο αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει σωματικά, γνωστικά και συμπεριφορικά προβλήματα στα παιδιά, τα οποία μπορεί να είναι χαρακτηριστικά του φάσματος των διαταραχών του εμβρυϊκού αλκοολισμού (Fetal Alcohol Spectrum Disorders - FASD). Η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει ανωμαλίες στη διάπλαση του εμβρύου, χαμηλό βάρος νεογνού, πρόωρο τοκετό, μεγαλύτερο κίνδυνο αποβολών και θάνατο και αποβολή του εμβρύου. Η πιο σοβαρή κατάσταση είναι αυτή που καλείται εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο (Fetal Alcohol Syndrome - FAS), με κύρια νευροψυχολογικά χαρακτηριστικά στο νεογνό τις δυσπλασίες προσώπου, την καθυστέρηση της ανάπτυξης και τις νευροαναπτυξιακές ανωμαλίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, όπως είναι το μειωμένο μέγεθος κρανίου, εμφανίζοντας στην μετέπειτα ζωή του εικόνα νοητικής καθυστέρησης, διαταραχές προσοχής και μαθησιακές δυσκολίες (Crawford-Williams et al., 2015· Fortin et al., 2016· Λιάππας και Πομίνι, 2004· Παπαδημητρίου και συν., 2012).

Οι συχνότερες σωματικές παθήσεις οι οποίες οφείλονται στο αλκοόλ είναι η παγκρεατίτιδα, η γαστρίτιδα, τα πεπτικά έλκη, εγκεφαλικά επεισόδια, περιφερειακή νευροπάθεια, η μυοπάθεια κ.α. Επιπλέον, διάφοροι τύποι καρκίνων, όπως ο καρκίνος του στόματος, του φάρυγγα, του οισοφάγου, του στομάχου, του ήπατος και του μαστού, παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης στα άτομα με βαριά κατανάλωση αλκοόλ (Παπαρρηγόπουλος και Δάλλα, 2018).

2.5.2 Επιπτώσεις διαταραχής χρήσης αλκοόλ στην ψυχική υγεία

Η διπλή διάγνωση ή συννοσηρότητα ορίζεται ως η συνύπαρξη μιας διαταραχής χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και μιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής στο ίδιο άτομο (WHO, 1995). Η διπλή διάγνωση ή συννοσηρότητα αποτελεί τη χρονική συνύπαρξη δύο ή περισσότερων ψυχιατρικών διαταραχών όπως ορίζονται από τη Διεθνή Ταξινόμηση

Νοσημάτων (International Classification of Diseases [ICD-11]), μία από τις οποίες είναι η διαταραχή χρήσης ουσιών. Περίπου το 50% των ατόμων που αντιμετωπίζουν μια ψυχιατρική διαταραχή, έχουν διαταραχή χρήσης ουσιών και το αντίστροφο (Ross & Peselow, 2012). Για όσους πάσχουν από διαταραχή χρήσης ουσιών, η πιθανότητα να έχουν και μια άλλη ψυχιατρική διαταραχή είναι επτά φορές μεγαλύτερη από ό,τι στον υπόλοιπο πληθυσμό (Regier et al., 1990). Μεταξύ των ατόμων με διαταραχή χρήσης αλκοόλ, το 37% έχει συννοσηρή ψυχιατρική διαταραχή (Regier et al., 1990). Το 13,5% των ατόμων με διαταραχή χρήσης αλκοόλ πληρεί κριτήρια τουλάχιστον άλλης μίας ψυχιατρικής διαταραχής και αντίστοιχα το 22% των ατόμων με κάποια ψυχιατρική διαταραχή, κατά τη διάρκεια της ζωής τους πληρεί κριτήρια διαταραχής χρήσης αλκοόλ (Regier et al., 1990).

Οι συνηθέστερες ψυχιατρικές διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν με την διαταραχή χρήσης αλκοόλ είναι οι συναισθηματικές διαταραχές, οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές προσωπικότητας και οι μείζονες ψυχικές διαταραχές. Σημαντικές διαφοροποιήσεις στη ψυχοπαθολογία επισημαίνονται ανάμεσα στα δύο φύλα. Το 86% των γυναικών και το 78% των ανδρών αντίστοιχα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ έχουν τουλάχιστον άλλη μια ψυχιατρική διαταραχή (Kessler & Walters, 2002). Στις γυναίκες με διαταραχή χρήσης αλκοόλ φαίνεται να προεξάρχουν οι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές, ενώ στους άνδρες φαίνεται να επικρατούν οι διαταραχές προσωπικότητας, όπως η αντικοινωνική ή η εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας. Η διαταραχή χρήσης αλκοόλ και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές συχνά έχουν κοινούς γενετικούς και περιβαλλοντικούς κινδύνους, όπως είναι το τραύμα και οι δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας. Αρκετοί υποστηρίζουν ότι η ψυχοπαθολογία αυτή αποτελεί προϋπάρχουσα μακροχρόνια ψυχιατρική διαταραχή, ενώ άλλοι θεωρούν ότι οφείλεται άμεσα στην διαταραχή χρήσης αλκοόλ. Μια δύσκολη και περίπλοκη διαδικασία αποτελεί η διάκριση ανάμεσα στην πρωτοπαθή ψυχιατρική διαταραχή και σε αυτή που προκαλείται από την διαταραχή χρήσης αλκοόλ (δευτεροπαθής ψυχιατρική διαταραχή). Στην προσπάθεια αυτής της διάκρισης υπάρχουν τέσσερα σημαντικά κλινικά σημεία, τα οποία είναι η ακριβής αναγνώριση της ψυχοπαθολογίας, η ακριβής χρονική έναρξη της, η τυχόν ύπαρξη της στα διαστήματα αποχής από το αλκοόλ και η παρακολούθηση της εξέλιξης της για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα (Schuckit, 1983).

Τα άτομα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ σε ποσοστό έως και 70% εμφανίζουν συμπτώματα άγχους, κακής διάθεσης, αντικοινωνικού τύπου, μανιακόμορφες και ψυχωσικές συμπεριφορές, καθώς και διαταραχή χρήσης άλλων ψυχοτρόπων ουσιών (Kessler & Walters, 2002· Schuckit et al., 1997). Συχνά καθίσταται δύσκολος ο ακριβής προσδιορισμός της ψυχοπαθολογίας, καθώς η συμπτωματολογία συχνά συνοδεύεται και με την κλινική εικόνα

της αλκοολικής τοξίκωσης ή του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου (Λιάππας, 2006· Schuckit, 2000).

2.5.2.1 Διαταραχές χρήσης ουσιών

Περισσότερο από το 40% των ανδρών και το 47% των γυναικών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ παρουσιάζουν άλλη διαταραχή χρήσης ουσιών στη διάρκεια της ζωής τους (Castillo-Carniglia et al., 2019). Έχοντας διαταραχή χρήσης αλκοόλ αυξάνονται οι πιθανότητες διαταραχής χρήσης ουσιών κατά συντελεστή 3 έως 5 (Grant et al., 2015· Hasin et al., 2007). Το 70% των ατόμων με διαταραχή χρήσης αλκοόλ είναι βαρείς καπνιστές (>20 τσιγάρα την ημέρα), συγκριτικά με το 10% που ισχύει για τον γενικό πληθυσμό (Epoch & Goldman, 2002).

2.5.2.2 Συναισθηματικές διαταραχές

Οι συναισθηματικές διαταραχές οι οποίες συνυπάρχουν συχνότερα με τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ είναι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή και η διπολική διαταραχή. Μεταξύ των ατόμων με μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η συννόσηση με τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ κυμαίνεται από 27% έως 40% για τον επιπολασμό στη διάρκεια της ζωής τους και έως 22% για τον επιπολασμό 12 μηνών (Hasin et al., 2018· Lai et al., 2015). Τα άτομα με διπολική διαταραχή έχουν τον υψηλότερο επιπολασμό διαταραχή χρήσης αλκοόλ, που υπολογίζεται στο 42% (Hunt et., 2016). Η μακροχρόνια κατανάλωση αλκοόλ σε συνδυασμό με καταθλιπτικά ή μανιακά συμπτώματα μπορεί να οδηγήσει σε πιο σοβαρή κλινική πορεία, με μεγαλύτερη διάρκεια επεισοδίων, φτωχότερη γνωστική λειτουργία και υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας (Farren et al., 2012). Συγκλίνουσες ενδείξεις υποδηλώνουν γενετικές συνδέσεις μεταξύ της διαταραχής χρήσης αλκοόλ και των συναισθηματικών διαταραχών (Lin et al., 1996). Αναλυτικότερα, αρκετά στοιχεία υποδεικνύουν ότι η διαταραχή χρήσης αλκοόλ και οι συναισθηματικές διαταραχές επιδεινώνουν η μία την άλλη μέσω κοινών νευροβιολογικών υποστρωμάτων, καθώς και κοινής υποκείμενης γενετικής ευπάθειας και κοινών περιβαλλοντικών στρεσογόνων παραγόντων (Lin et al., 1996).

2.5.2.3 Αγχώδεις διαταραχές

Σε ποσοστά κατά πολύ υψηλότερα από τον γενικό πληθυσμό, τα άτομα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ εμφανίζουν συμπτώματα κάποιας αγχώδους διαταραχής (Pirkola et al.,

2009). Ο επιπολασμός της διαταραχής χρήσης αλκοόλ μεταξύ των ατόμων που λαμβάνουν θεραπεία για αγχώδεις διαταραχές κυμαίνεται από 20% έως 40% (Castillo-Carniglia et al., 2019). Η συμπτωματολογία μπορεί να παίρνει τη μορφή γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, κοινωνικής αγχώδους διαταραχής και διαταραχής πανικού (Lai et al., 2015). Ακόμη και μεταξύ των ατόμων χωρίς αγχώδη διαταραχή, τα συμπτώματα που μοιάζουν με άγχος μπορεί να εμφανιστούν μετά από ένα επεισόδιο βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ και μπορεί να αυξηθούν μεταξύ των επεισοδίων κατανάλωσης αλκοόλ, φτάνοντας σε υψηλά επίπεδα κατά τη διάρκεια του στερητικού συνδρόμου (Mirijello et al., 2015). Το ποσοστό 19,4% των ατόμων με διαταραχή χρήσης αλκοόλ πληρούν παράλληλα και κριτήρια ανάπτυξης αγχώδους διαταραχής κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής τους. Στην ίδια μελέτη το ποσοστό 17,9% των ατόμων με αγχώδη διαταραχή είχαν παράλληλα και διαταραχή χρήσης αλκοόλ (Regier et al., 1990).

2.5.3 Κοινωνικές επιπτώσεις διαταραχής χρήσης αλκοόλ

Η διαταραχή χρήσης αλκοόλ εκτός από αρνητικές συνέπειες στην προσωπική υγεία επηρεάζει πολυεπίπεδα και την λειτουργικότητα του ατόμου (Παπαρρηγόπουλος και Δάλλα, 2018). Οι επακόλουθες κοινωνικές επιπτώσεις προκαλούν προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και την εργασία, ενώ αυξάνουν την παραβατικότητα λόγω εκδήλωσης βίαιων συμπεριφορών, την επιθετικότητα, την πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων, την εμπλοκή με τον νόμο και τη γενικότερη κοινωνική απομόνωση και το στιγματισμό (Λύκουρας και συν., 2013).

Συχνά η διαταραχή χρήσης αλκοόλ αναφέρεται ως οικογενειακή ασθένεια καθώς συνδέεται με σοβαρά διαπροσωπικά προβλήματα και ψυχική πίεση στο οικογενειακό πλαίσιο. Η καθημερινή συμβίωση με ένα άτομο με διαταραχή χρήσης αλκοόλ μπορεί να αποβεί επικίνδυνη συναισθηματική κατάσταση. Η αντικοινωνική συμπεριφορά, οι εκρήξεις θυμού, τα ψέματα η άρνηση του προβλήματος, η συνεχής έλλειψη προγράμματος και οι οικονομικές δυσκολίες είναι καταστάσεις που το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον δυσκολεύεται ή αδυνατεί να διαχειριστεί. Τα προβλήματα περιλαμβάνουν ενδοοικογενειακή βία, βίαια ξεσπάσματα ενάντια σε κοντινά πρόσωπα, παρανοϊκές ιδέες και σκηνές ζηλοτυπίας. Συνήθως, τέτοιου είδους συμπεριφορά παρατηρείται κυρίως προς τον οικογενειακό και λιγότερο προς τον κοινωνικό περίγυρο. Συχνότερα, τα παιδιά ατόμων με διαταραχή χρήσης αλκοόλ μπορεί να είναι εκτεθειμένα σε τραυματικές καταστάσεις όπως, επεισόδια ενδοοικογενειακής βίας, υψηλή συγκινησιακή έκφραση συναισθημάτων στην

οικογενειακή επικοινωνία, φτωχότερη συναισθηματική σχέση μεταξύ γονέα και παιδιού, ανασφαλής προσκόλληση του γονέα στο παιδί, ελλειμματική ή μη σταθερή γονική φροντίδα, οικονομική ανασφάλεια και γενικότερα μειωμένη ποιότητα ζωής (Ριζάβας, 2017).

Η διαταραχή χρήσης αλκοόλ οδηγεί σε μείωση απόδοσης και αύξηση απουσιών στην εργασία, ανάρμοστη συμπεριφορά, εργατικά ατυχήματα και ως επακόλουθο την αύξηση της ανεργίας. Ο συνδυασμός των παραπάνω παραγόντων επιδεινώνει την οικονομική κατάσταση και τον κοινωνικό αποκλεισμό του ατόμου και συχνά λειτουργεί ως φαύλος κύκλος. Ο κίνδυνος κοινωνικών βλαβών στην οικογενειακή ζωή, τις φιλικές σχέσεις, την εργασία, τις σπουδές και γενικότερα την κοινωνική ζωή αυξάνεται αναλογικά με την καταναλισκόμενη ποσότητα αλκοόλ (Casswell & Thamarangsi, 2009).

Στις επιπτώσεις της διαταραχής χρήσης αλκοόλ στον ανθρώπινο οργανισμό περιλαμβάνονται και τα ατυχήματα τα οποία οφείλονται στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του κινδύνου θανάσιμων ή μη ατυχημάτων και τραυματισμών και της χρήσης αλκοόλ (Ριζάβας, 2017). Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν από τα σοβαρότερα επακόλουθα της χρήσης αλκοόλ (Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2018). Επίσης υφίσταται μια σαφής σχέση μεταξύ της διαταραχής χρήσης αλκοόλ και της επιθετικότητας, συμπεριλαμβανομένων, μεταξύ άλλων, και των ανθρωποκτονιών (Rehm et al., 2003).

Η συνύπαρξη διαταραχής χρήσης αλκοόλ και ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων έχει σημαντικό αντίκτυπο στην πορεία, στη θεραπευτική προσέγγιση καθώς και στην πρόγνωση και των δύο διαταραχών (Λιάππας, 2006). Τα άτομα με συννοσηρότητα όχι μόνο είναι πιο περίπλοκα στη διάγνωση και τη θεραπεία, αλλά διατρέχουν επίσης υψηλότερο κίνδυνο πρόσθετης πολυνοσηρότητας, εμπλοκής με το νομικό σύστημα και κοινωνικής περιθωριοποίησης και στίγματος (Todd et al., 2004).

Κεφάλαιο 3: Ποιότητα ζωής

Η ύπαρξη συντροφικής βίας και η διαταραχή χρήσης αλκοόλ στο γυναικείο πληθυσμό αποτελούν δύο ζητήματα δημόσιας υγείας, οι επιπτώσεις των οποίων έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των γυναικών.

3.1 Ορισμός ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής ορίζεται ως «η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών, στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του» (Group WHOQOL, 1994).

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μία υποκειμενική και πολυδιάστατη ευρεία έννοια, η οποία ενσωματώνει με πολύπλοκο τρόπο την σωματική υγεία και ψυχολογική υγεία των ατόμων, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις, τις προσωπικές πεποιθήσεις τους και τη σχέση τους με χαρακτηριστικά γνωρίσματα του περιβάλλοντος. Αυτός ο ορισμός τονίζει την άποψη ότι η ποιότητας ζωής περιλαμβάνει τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές πτυχές της ζωής. Ο όρος ποιότητα ζωής καθίσταται δύσκολα μετρήσιμος καθώς για το κάθε άτομο μπορεί να ορισθεί διαφορετικά (Group WHOQOL, 1994).

Ένας ορισμός ο οποίος να καλύπτει όλο το εννοιολογικό εύρος της ποιότητας ζωής είναι δύσκολο να διατυπωθεί. Οι δύο κύριες θεωρητικές προσεγγίσεις, η υποκειμενική και η αντικειμενική διάσταση θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την μέτρηση της ποιότητας ζωής (Οικονόμου και συν., 2001). Η υποκειμενική διάσταση αφορά την αίσθηση ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας του ατόμου για τη ζωή του, η οποία προκύπτει από τη διαφορά ανάμεσα στην «υποκειμενική πραγματικότητα» δηλαδή τα συναισθήματα, τους στόχους που έχει θέσει και την εκτίμηση που έχει διαμορφώσει σχετικά με την «απόσταση» που πρέπει να διανύσει για την επίτευξη τους. Η αντικειμενική διάσταση περιλαμβάνει τις εξωτερικές συνθήκες, το φυσικό περιβάλλον, τις υλικές προϋποθέσεις, την ποιότητα του χώρου στέγασης, την κατάσταση της υγείας του ατόμου και τι μπορεί να επιτύχει αντικειμενικά το άτομο. Η εξωτερική πραγματικότητα απαρτίζεται από την οικογένεια, τους φίλους και την κοινωνία και θέτει τους στόχους, τα όρια και τα κριτήρια. Τα υποκειμενικά και τα αντικειμενικά δεδομένα αποτελούν ξεχωριστούς τύπους πληροφορίας. Οι αντικειμενικές μετρήσεις είναι πιο κατάλληλες για την αναζήτηση των υπαρχόντων θεραπευτικών χειρισμών, ενώ η υποκειμενική πληροφορία εμπλουτίζει την εκδοχή των αντικειμενικών δεδομένων και συμπληρώνει την εικόνα της ποιότητας ζωής (Ruggeri et al., 2001). Η ποιότητα ζωής παρουσιάζεται από διαφορετικές οπτικές γωνίες ανάλογα με την επιστήμη. Σύμφωνα με την επιστήμη της ψυχολογίας η έννοια της ποιότητας ζωής αφορά την εξέλιξη και την ανάπτυξη του ανθρώπου, στην ιατρική επιστήμη το ενδιαφέρον εστιάζεται στην υγεία και τη λειτουργικότητα του ατόμου και στην επιστήμη της κοινωνιολογίας αναφέρεται περισσότερο στην κοινωνική και οικονομική κατάσταση και στις εξωτερικές συνθήκες (Μερκούρης & Αποστολάκης, 2003).

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Health Related Quality Of Life - HRQOL) ορίζεται ως «η σωματική και ψυχική υγεία ενός ατόμου ή μιας ομάδας που αντιλαμβάνεται με την πάροδο του χρόνου». Η έννοια της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία συμπεριλαμβάνει τις πτυχές της συνολικής ποιότητας ζωής που μπορεί να αποδειχθούν ότι επηρεάζουν την σωματική και ψυχική υγεία (CDC, 2000). Η ποιότητας ζωής που σχετίζεται

με την υγεία σε ατομικό επίπεδο, περιλαμβάνει αντιλήψεις για τη σωματική και ψυχική υγεία (π.χ., το επίπεδο ενέργειας, η διάθεση κ.α.) και τις συσχετίσεις τους συμπεριλαμβανομένων των συνθηκών και των κινδύνων για την υγεία, τη λειτουργική, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και την κοινωνική υποστήριξη. Σε κοινοτικό επίπεδο, η ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία περιλαμβάνει πόρους, συνθήκες, πολιτικές και πρακτικές, οι οποίες επηρεάζουν τις αντιλήψεις για την υγεία και τη λειτουργική κατάσταση ενός πληθυσμού. Τα τελευταία χρόνια δίνεται όλο και περισσότερη βαρύτητα στην έννοια της ποιότητας ζωής στην υγεία (Gandek et al., 2004· McHorney, 1999· Selim et al., 2009).

Στην ψυχική υγεία, οι παράμετροι που αποτελούν την έννοια της ποιότητας ζωής, συνοψίζονται στην ψυχολογική ευεξία και την ικανοποίηση από την ζωή (Baker & Intagliata 1982· Lehman et al. 1982). Συνολικά η ποιότητα ζωής αφορά το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών του ατόμου αναφορικά με τους σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, υλικούς και διαρθρωτικούς τομείς της ζωής (Höfnquist, 1982). Η ποιότητα ζωής είναι ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο έχει αυτοεκτίμηση, αυτοσκοπό και ελάχιστο άγχος στη ζωή του (Lewis, 1982). Γενικά, η ποιότητα ζωής θεωρείται το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων, της υγείας, της κοινωνίας, της οικονομικής κατάστασης και του περιβάλλοντος, οι οποίοι επηρεάζουν την ανάπτυξη του ατόμου και της κοινωνίας με τρόπους, που παραμένουν συχνά άγνωστοι και ανεξερεύνητοι (Lewis, 1982).

Η υγεία ορίζεται ως «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (WHO, 1948). Η σωματική, η ψυχική και η κοινωνική ευεξία, που υποδεικνύονται στη Διακήρυξη για την Υγεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αποτελούν μαζί με τον παράγοντα περιβάλλον, τους τέσσερις βασικούς θεματικούς άξονες, οι οποίοι συνθέτουν τη σύγχρονη εννοιολογική απόδοση του όρου της ποιότητας ζωής (WHOQOL Group, 1993· WHOQOL Group, 1998). Η βασικότερη προϋπόθεση για την υψηλή ποιότητα ζωής και την ευχαρίστηση γενικότερα είναι η υγεία του ατόμου (Rokeach, 1973). Οι παράγοντες της ποιότητας ζωής αποτελούν μια εσωτερική εμπειρία των ατόμων (Orley et al. 1998). Η ποιότητα ζωής είναι αδιαμφισβήτητα μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια η οποία δύσκολα μπορεί να ορισθεί και να μετρηθεί.

3.2 Η ποιότητα ζωής των γυναικών με ιστορικό συντροφικής βίας

Η συντροφική βία έχει ευρύτερο αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής, στην σωματική αλλά και στην ψυχολογική υγεία των γυναικών. Όσες γυναίκες εκτέθηκαν σε σωματική

ή/και συναισθηματική βία είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν κακή υγεία και ποιότητα ζωής και πιο πιθανό να αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης (Nowshad et al., 2022). Γυναίκες που εκτέθηκαν σε συντροφική βία με σοβαρά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης καθώς και σκέψεις αυτοκτονίας, εμφάνισαν αυξημένη απόκριση κορτιζόλης και ανέφεραν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με γυναίκες που εκτέθηκαν σε συντροφική βία με μέτρια συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης και γυναίκες χωρίς ιστορικό συντροφικής βίας με ελάχιστα έως μέτρια συμπτώματα και μειωμένο προφίλ κορτιζόλης. Η πιο επηρεασμένη πτυχή της ποιότητας ζωής ήταν ο τομέας των κοινωνικών σχέσεων (Cerda-De la, 2022).

Μία μελέτη σε γυναίκες που έχουν υποστεί συντροφική βία εξετάζει την επιρροή της υποστήριξης του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος στην ποιότητα ζωής των γυναικών αυτών. Τα δύο είδη υποστήριξης μετριάζουν σημαντικά την επίδραση της συντροφικής βίας στον τομέα της ψυχολογικής υγείας και των σχέσεων των γυναικών. Η υποστήριξη της οικογένειας και του ευρύτερου φιλικού περιβάλλοντος δεν μείωσε την επιρροή στους υπόλοιπους τομείς της ποιότητας ζωής όπως είναι η σωματική υγεία, η πνευματικότητα, η ασφάλεια, το περιβάλλον και οι ανάγκες ιατρικής περίθαλψης των γυναικών (Wimonthip, 2018).

Σύμφωνα με συγχρονικές μελέτες που διεξήχθησαν σε Σκανδιναβικές χώρες, χαρακτηριστικό παράδειγμα χωρών με αυξημένο βιοτικό επίπεδο, η συντροφική βία είχε αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των γυναικών. Η εμπειρία της συντροφικής βίας έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής και στην ψυχολογική δυσφορία μεταξύ των γυναικών στο γενικό πληθυσμό της Φινλανδίας (Hisasue et al., 2020). Σε μία συγχρονική μελέτη, η οποία διεξήχθη σε όλα τα καταφύγια κακοποιημένων γυναικών της Νορβηγίας την περίοδο από τον Οκτώβριο του 2002 έως τον Μάιο του 2003, έλαβαν μέρος όλες οι γυναίκες, οι οποίες έμεναν στα καταφύγια για διάστημα μεγαλύτερο της μίας εβδομάδας. Στις γυναίκες χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς SF-36 Health Survey για να μετρηθεί η εκτίμηση τους για την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Αυτές οι γυναίκες βίωσαν πλήθος απειλών, σωματική και ψυχολογική βία κατά τη διάρκεια της σχέσης τους. Η ποιότητα ζωής τους που σχετίζεται με την υγεία ήταν αρκετά χαμηλότερη σχετικά με τον γυναικείο πληθυσμό της Νορβηγίας σε όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής (Alsaker et al., 2006). Μεταγενέστερη μελέτη αξιολογεί την ποιότητα ζωής μεταξύ κακοποιημένων γυναικών που έχουν εγκαταλείψει τον βίαιο σύντροφό τους. Ο στόχος ήταν να εξεταστούν οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της βίας από στενό σύντροφο κατά των γυναικών στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι 22 συμμετέχουσες απάντησαν στα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς (SF-36 Health Survey και WHOQOL-BREF) ενώ έμεναν

στο καταφύγιο γυναικών καθώς και ένα χρόνο αργότερα. Μετά από ένα χρόνο ήταν σημαντικά καλύτερες οι βαθμολογίες στη σωματική υγεία και ψυχική υγεία και στον κοινωνικό τομέα στο SF-36 Health Survey. Η σοβαρή σωματική και ψυχολογική βία που αναφέρθηκε στην αρχή προέβλεψε σημαντικά λιγότερη βελτίωση στη σωματική, ψυχική και συναισθηματική υγεία και στο ερωτηματολόγιο SF-36 και στις κοινωνικές σχέσεις και την περιβαλλοντική υγεία στο ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF (Alsaker et al., 2007). Μία άλλη συγχρονική μελέτη στοχεύει να εξετάσει πώς η ποιότητα ζωής συνδέεται με την εμπειρία ψυχολογικής και σωματικής βίας από τον σύντροφο μεταξύ κακοποιημένων γυναικών που αναζητούν βοήθεια μετά από ενδοοικογενειακή κακοποίηση συντρόφου σε σύγκριση με την ποιότητα ζωής σε ένα τυχαίο δείγμα γυναικών στη Νορβηγία. Οι συμμετέχουσες χωρίστηκαν σε «Γυναίκες που αναζητούν βοήθεια» μετά από συντροφική κακοποίηση, σε «Τυχαίο δείγμα, κακοποιημένες γυναίκες» και σε «Τυχαίο δείγμα, όχι κακοποιημένες γυναίκες». Η εμπειρία ψυχολογικής και σωματικής βίας ήταν σημαντικά διαφορετική μεταξύ των ομάδων. Οι τομείς στο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς SF-12 ήταν σημαντικά χαμηλότεροι από τον κανόνα για τον γυναικείο πληθυσμό στη Νορβηγία σε όλες τις διαστάσεις μεταξύ των κακοποιημένων γυναικών στο τυχαίο δείγμα πληθυσμού και ακόμη χαμηλότεροι μεταξύ των γυναικών που αναζητούσαν βοήθεια λόγω κακοποίησης από οικείο σύντροφο (Alsaker et al., 2018).

3.3 Η ποιότητα ζωής των ατόμων με ιστορικό διαταραχής χρήσης αλκοόλ

Οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής αποτελούν τα απαραίτητα εργαλεία μέτρησης της φροντίδας για την υγεία. Η αντίληψη του ασθενή για την ολιστική κατάσταση της υγείας του αξιολογείται από τις μετρήσεις της ποιότητας ζωής (Murray et al., 1994). Σε διάφορες κατηγορίες ασθενών με χρόνιες ασθένειες έχουν χρησιμοποιηθεί τα εργαλεία αυτά πριν, κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας της θεραπείας (Gill & Feinstein, 1994· Goh et al., 1996· The Netherlands Cancer Institute, 2002). Επαρκής εγκυρότητα και αξιοπιστία εμφανίζουν οι μετρήσεις αυτοαναφοράς της ποιότητας ζωής και μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη διαταραχή χρήσης αλκοόλ. Ένας σημαντικός παράγοντας στην αξιολόγηση των ατόμων με κατάχρηση και εξάρτηση από το αλκοόλ είναι η ποιότητα ζωής, καθώς αδιαμφισβήτητα επηρεάζεται η ζωή των ιδίων, της οικογένειάς τους τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα (Donovan et al., 2005· Miller & Miller, 2009).

Χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με το γενικό πληθυσμό ή και άλλους ασθενείς με σωματικές ή ψυχιατρικές ασθένειες παρουσιάζουν οι ασθενείς με εξάρτηση από το αλκοόλ (Foster et al, 1999· McKenna et al, 1999· Olickal et al., 2021). Άτομα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ βαθμολογούν, σε ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς για την ποιότητα ζωής, χαμηλά τον σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό τομέα και πιο συγκεκριμένα στην αυτοεκτίμηση, την

αρνητική διάθεση, στις γνωσιακές λειτουργίες και ικανότητες και στα πνευματικά ενδιαφέροντα και «πιστεύω» (Τζινιέρη-Κοκκώση, 2008). Στον πληθυσμό των ατόμων με διαταραχή χρήσης αλκοόλ εμφανίζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι, οι άνεργοι, τα άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, οι άγαμοι και τα άτομα που ζουν μόνα τους (Lahmek et al. 2009· LoCastro et al. 2009· Malet et al., 2006· Morgan et al., 2004· Saatcioglu et al. 2008· Senbanjo et al 2007). Χαμηλότερες βαθμολογίες στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και στην υποχρέωση ρόλων διαπιστώθηκαν στα άτομα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ συγκριτικά με τη φυσική υγεία και τη λειτουργικότητα στην καθημερινότητα τους (Daerpen et al., 1998· Malet et al., 2006). Σε μελέτη ασθενών με διδύμους διαπιστώθηκε ότι οι δίδυμοι με διαταραχή χρήσης αλκοόλ παρουσίαζαν μειωμένη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τους υγιείς διδύμους και ότι η διαφορά ελαττώθηκε όταν μειώθηκε η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ (Romeis et al., 1999). Σε μελέτη κοορτής διαπιστώθηκε ότι η επίδραση της διαταραχής χρήσης αλκοόλ στην ποιότητα ζωής ήταν παρόμοια με εκείνη που εμφανίζεται σε άλλες χρόνιες σωματικές ασθένειες, όπως είναι το άσθμα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και οι διαταραχές στην όραση (Volk et al, 1997). Η ποιότητα ζωής των ατόμων με διαταραχή χρήσης αλκοόλ επιδεινώνεται από την ύπαρξη συννοσηροτήτων, όπως είναι η ηπατίτιδα C, οι ψυχικές ασθένειες και η χρόνια ηπατική νόσος (Foster et al., 2002· Malet et al., 2006· Panagaria et al., 2007).

Οι ασθενείς με μακροχρόνια αποχή από το αλκοόλ παρουσιάζουν μεγαλύτερη βελτίωση στους τομείς της ποιότητας ζωής συγκριτικά με εκείνους που απλά μειώνουν την ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ ή με εκείνους που βρίσκονται σε υποτροπή. Πιο συγκεκριμένα βελτιώνεται ο ύπνος, η όρεξη, οι οικογενειακές, φιλικές και κοινωνικές σχέσεις και γενικότερα η λειτουργικότητα των ασθενών (Foster, 2006· Foster et al., 2002· Foster et al., 2000).

Η σύγκριση της ποιότητας ζωής σε άνδρες και γυναίκες δείχνει ότι για σχεδόν όλες τις παραμέτρους η ποιότητα ζωής των γυναικών είναι χειρότερη από ότι των ανδρών. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της μειωμένης ποιότητας ζωής στις γυναίκες με διαταραχή χρήσης αλκοόλ είναι ο διαταραγμένος ύπνος και η εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Peters et al., 2003). Η ποιότητα ζωής των γυναικών που κάνουν υπερβολική χρήση αλκοόλ είναι χαμηλή, ειδικά στον τομέα που αφορά το περιβάλλον, το οποίο αποτελεί την πιο ευάλωτη πτυχή. Αρκετές γυναίκες ανέφεραν ότι ζούσαν στους δρόμους ή περιοχές της πόλης με δείκτες ακραίας φτώχειας και αυτό τείνει να επιδεινώσει την κατάστασή τους (Lima et al., 2016). Θεραπευτικό και ενισχυτικό μέσο για την παροχή κινήτρων στα άτομα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ θα πρέπει να αποτελεί η βελτίωση της ποιότητας ζωής, ώστε να συμμορφώνονται με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις (Ugochukwu et al., 2013).

Παραπάνω περιγράφονται οι λόγοι που καθιστούν τον γυναικείο πληθυσμό με ιστορικό συντροφικής βίας και διαταραχής χρήσης αλκοόλ ευάλωτο για την ανάπτυξη συναισθηματικών διαταραχών και μειωμένης ποιότητας ζωής. Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε απουσία ερευνών στην Ελλάδα, οι οποίες συσχετίζουν την

συντροφική βία με την διαταραχή χρήσης αλκοόλ. Η παρούσα έρευνα αποτελεί μία πρώτη προσπάθεια διερεύνησης της συντροφικής βίας κατά των γυναικών και τη συσχέτισης της με την διαταραχή χρήσης αλκοόλ, εξετάζοντας παράλληλα τους παράγοντες της ποιότητας ζωής και των συναισθηματικών δυσκολιών, συμπεριλαμβανομένων του άγχους και της κατάθλιψης, με σκοπό την όσο το δυνατόν πληρέστερη καταγραφή του φαινομένου. Πιο συγκεκριμένα στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και των συναισθηματικών δυσκολιών στις γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας συγκριτικά με την ποιότητα ζωής και τις συναισθηματικές δυσκολίες στις γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας και διαταραχής χρήσης αλκοόλ. Οι ερευνητικές υποθέσεις που διαμορφώνονται με βάση όλα τα παραπάνω είναι οι εξής:

1. Οι γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας και διαταραχής χρήσης αλκοόλ παρουσιάζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τις γυναίκες οι οποίες έχουν μόνο ιστορικό συντροφικής βίας.
2. Οι γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας και διαταραχής χρήσης αλκοόλ εμφανίζουν συμπτώματα άγχους συγκριτικά με τις γυναίκες οι οποίες έχουν μόνο ιστορικό συντροφικής βίας.
3. Οι γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας και διαταραχής χρήσης αλκοόλ εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης συγκριτικά με τις γυναίκες οι οποίες έχουν μόνο ιστορικό συντροφικής βίας.

Μέρος Β: Ερευνητικό μέρος

Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία

Στο παρόν κεφάλαιο θα ακολουθήσει η περιγραφή των συμμετεχουσών-δείγματος, της ερευνητικής διαδικασίας, των ερευνητικών εργαλείων, των θεμάτων ηθικής και δεοντολογίας και της στατιστικής ανάλυσης. Η συγχρονική μελέτη (cross-sectional survey) είναι η μέθοδος, η οποία επιλέχθηκε για τη διεκπεραίωση της παρούσας έρευνας.

4.1 Δείγμα

Η παρούσα συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 62 γυναικών. Τον πληθυσμό στόχο της έρευνας αποτέλεσαν γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας. Η έρευνα περιλάμβανε τη σύγκριση της ομάδας 30 γυναικών με ιστορικό συντροφικής βίας (μέσος όρος ηλικίας 39,6 έτη, SD=10,7 έτη) με την ομάδα 32 γυναικών με ιστορικό συντροφικής βίας και διαταραχής χρήσης αλκοόλ (μέσος όρος ηλικίας 39,6 έτη, SD=10,7 έτη). Οι απαιτούμενες προϋποθέσεις για την συμμετοχή στην έρευνα ήταν: α) να είναι ενήλικη και β) να έχει ιστορικό συντροφικής βίας. Η συμμετοχή στην έρευνα αποκλείστηκε από τα άτομα με τα εξής χαρακτηριστικά: α) ανήλικος πληθυσμός και β) χωρίς ιστορικό συντροφικής βίας.

Συνολικά τέσσερις (4) δομές αποτέλεσαν το δειγματοληπτικό πλαίσιο: το Συμβουλευτικό Κέντρο Αθήνας για τη βία κατά των γυναικών, το Συμβουλευτικό Κέντρο Γυναικών του Δήμου Χαλανδρίου, το Κέντρο Συμβουλευτικής Υποστήριξης Γυναικών του Δήμου Κερατσινίου-Δραπετσώνας και ο Συμβουλευτικός Σταθμός Απεξάρτησης Αλκοολικών του 18ΑΝΩ.

4.2 Ερευνητική διαδικασία

Πριν την έναρξη συλλογής του απαιτούμενου δείγματος πραγματοποιήθηκε πιλοτική χορήγηση των ερωτηματολογίων σε τρεις γυναίκες σκοπεύοντας την εκτίμηση του χρόνου συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Ο απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων υπολογίστηκε στα είκοσι λεπτά (20'). Αρχικά, όλες οι δομές προσεγγίστηκαν τηλεφωνικά και στην συνέχεια εστάλησαν μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας όλα τα απαραίτητα έγγραφα. Πιο αναλυτικά, στα έγγραφα περιλαμβάνονταν η αίτηση προς την εκάστοτε επιστημονική επιτροπή, τα ερωτηματολόγια, το ερευνητικό πρωτόκολλο, το έντυπο ενημέρωσης συμμετοχής στο οποίο αναφερόταν ο σκοπός της έρευνας, το έντυπο ενυπόγραφης συγκατάθεσης, η βεβαίωση φοίτησης στο Μεταπτυχιακό

Πρόγραμμα Σπουδών και η βεβαίωση εκπόνησης διπλωματικής εργασίας. Τελικά η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις δομές.

- Στο Συμβουλευτικό Κέντρο Αθήνας για τη βία κατά των γυναικών, στο Συμβουλευτικό Κέντρο Γυναικών του Δήμου Χαλανδρίου και στο Κέντρο Συμβουλευτικής Υποστήριξης Γυναικών του Δήμου Κερατσινίου-Δραπετσώνας δεν επιτράπη η αυτοπρόσωπη παρουσία της ερευνήτριας με αποτέλεσμα τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν από το προσωπικό των δομών.
- Στο Συμβουλευτικό Σταθμό Απεξάρτησης Αλκοολικών του 18ΑΝΩ, η χορήγηση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια.

4.3 Ερευνητικά εργαλεία

Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα κάτωθι ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς:

1. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία όπως ηλικία, τόπο κατοικίας, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή και εργασιακή κατάσταση. Επιπλέον, περιλαμβάνει πρόσθετες ερωτήσεις σχετικά με το φύλο του συντρόφου και αν ο σύντροφος έχει ή είχε διαταραχή χρήση ουσιών και αν ναι, από ποια/ποιες ουσία/ουσίες.

2. Κλίμακα Ποιότητας Ζωής (World Health Organization Quality of Life Brief Version [WHOQOL- BREF]) (WHO, 1994): Αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, το οποίο αποτελείται από 26 ερωτήσεις περιλαμβάνοντας 4 υποκλίμακες: τη σωματική και ψυχική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις, το περιβάλλον και το επίπεδο ανεξαρτησίας. Ο τομέας της σωματικής υγείας περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την κινητικότητα, τις καθημερινές δραστηριότητες, τη λειτουργική ικανότητα, την ενέργεια, τον πόνο και τον ύπνο. Ο ψυχολογικός τομέας περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την εικόνα του εαυτού, τις αρνητικές σκέψεις, τις θετικές στάσεις, την αυτοεκτίμηση, τη νοοτροπία, τη μαθησιακή ικανότητα, τη συγκέντρωση μνήμης, τη θρησκεία και την ψυχική κατάσταση. Ο τομέας των κοινωνικών σχέσεων περιέχει ερωτήσεις σχετικά με τις προσωπικές σχέσεις, την κοινωνική υποστήριξη και τη σεξουαλική ζωή. Ο τομέας της περιβαλλοντικής υγείας αφορά θέματα, τα οποία σχετίζονται με τους οικονομικούς πόρους, την ασφάλεια, την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες, το φυσικό περιβάλλον διαβίωσης, τις ευκαιρίες απόκτησης νέων δεξιοτήτων και γνώσεων, την αναψυχή, το γενικό περιβάλλον και τις μεταφορές. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται μέσω μιας κλίμακας Likert-5 διαβαθμίσεων

από το 1 (Ποτέ) έως το 5 (Πάντα). Η ελληνική εκδοχή περιλαμβάνει τις 26 ερωτήσεις του αγγλικού πρωτοτύπου και 4 επιπλέον ερωτήσεις, που έχουν προκύψει στα πλαίσια προσαρμογής του ερωτηματολογίου στα ελληνικά πολιτισμικά δεδομένα. Η κλίμακα έχει προσαρμοστεί και μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα βασισμένη στη διαδικασία της αντίστροφης ανεξάρτητης μετάφρασης. Με τιμές Cronbach's alpha 0,65, 0,77, 0,52 και 0,79 ήταν αποδεκτή η εσωτερική συνέπεια αντίστοιχα για τη σωματική υγεία, την ψυχική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και την υγεία του περιβάλλοντος αντίστοιχα (Ginieri-Coccosis et al., 2012).

3. Η Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (Hospitality Anxiety and Depression Scale [HADS-14]) (Zigmond and Snaith, 1983): είναι μία κλίμακα αυτοαξιολόγησης καταστάσεων σχετικά με το άγχος και την κατάθλιψη βασισμένη στα συναισθήματα των συμμετεχόντων και εκτιμάει την κρισιμότητα της κατάστασης στην οποία βρίσκονται. Η κλίμακα αποτελείται από 7 ερωτήσεις που αφορούν το άγχος και 7 ερωτήσεις που αφορούν την κατάθλιψη, μέσω μιας κλίμακας τύπου Likert με διαβαθμίσεις από το 0 (Καθόλου) έως το 3 (Μου συμβαίνει συνέχεια/συχνά). Η κλίμακα παρουσιάζει υψηλή εσωτερική συνέπεια με Cronbach's alpha 0,887. Η κλίμακα έχει προσαρμοστεί στην ελληνική γλώσσα και έχει μεταφραστεί σε αυτή βασισμένη στη διαδικασία της αντίστροφης ανεξάρτητης μετάφρασης (Mystakidou et al., 2004).

4. Εργαλείο Ανίχνευσης Κακοποίησης Γυναικών (Woman Abuse Screening Tool [WAST]) (Brown et al., 1996): είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, αποτελείται από 8 ερωτήσεις, με σκοπό να ανιχνεύσει τη σωματική και συναισθηματική κακοποίηση, που υφίστανται οι γυναίκες στο πλαίσιο της οικογένειας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται συνολικά από 8 ερωτήσεις μέσω μιας 3-βάθμιας κλίμακας Likert που κυμαίνεται από 1 (ποτέ ή κανένα) έως το 3 (πολλά ή συχνά), Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει υψηλή εσωτερική συνοχή και επαρκή αξιοπιστία Cronbach's alpha, 0.809 (αρχικό) και 0.752 (τελικό). Το ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί και μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα (Vivilaki et al., 2010).

5. Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διαταραχών Κατάχρησης - Εξάρτησης Αλκοόλ (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]) (Babor, et al., 1989): είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο αποτελείται από 10 ερωτήσεις, και χρησιμεύει στην ευρεία διάγνωση επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ και προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ. Η αξιοπιστία της εσωτερικής

συνέπειας Cronbach' s alpha ήταν 0,80. Η ευαισθησία του ερωτηματολογίου για ≥ 8 απαντήσεις ήταν 0,98 και η ειδικότητά του για το ίδιο επίπεδο 0,94. Το ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί και μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα (Μούσσας και συν., 2010).

4.4 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Αρχικά πριν την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων οι συμμετέχουσες ενημερώθηκαν από το έντυπο ενημέρωσης συμμετοχής στην έρευνα, το οποίο αναφέρει τον σκοπό της έρευνας και δεοντολογικά ζητήματα όπως είναι η ανωνυμία, η αδυναμία ταυτοποίησης με άμεσο ή έμμεσο τρόπο, το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων και η εθελοντική συμμετοχή τους, τα οποία διέπουν την παρούσα έρευνα. Στην συνέχεια οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν το έντυπο ενυπόγραφης συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα, το οποίο τις ενημέρωνε ότι είναι ελεύθερες να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή και σε οποιοδήποτε στάδιο της έρευνας χωρίς να αναφέρουν το λόγο. Για τη πλήρη διασφάλιση της ανωνυμίας και την προστασία των δεδομένων δεν υπήρξαν στοιχεία που πρόδιδαν ή εξέθεταν την ταυτότητα των μελών. Για τον λόγο αυτό οι συμμετέχουσες έλαβαν την οδηγία να μην γράψουν σε κανένα ερωτηματολόγιο το όνομα τους. Η ενυπόγραφη συγκατάθεση τους και το πακέτο ερωτηματολογίων καταχωρήθηκαν σε διαφορετικούς φακέλους προκειμένου να μην γίνεται δυνατή η αντιστοιχία ενυπόγραφης συγκατάθεσης και ερωτηματολογίων. Επιπλέον τα δεδομένα δεν επεξεργάστηκαν χωριστά, αλλά στο σύνολο τους γεγονός που αποκλείει οποιαδήποτε τυχόν αναγνώριση κάποιου προσώπου. Η βάση που προέκυψε από την καταχώρηση των ερωτηματολογίων αποθηκεύτηκε σε υπολογιστή με κωδικό πρόσβασης. Στην βάση αυτή καταγράφηκαν αποκλειστικά οι ερωτήσεις των ερωτηματολογίων και κανένα άλλο στοιχείο που να συνέβαλε σε αναγνώριση φυσικού προσώπου. Επιπλέον, οι συμμετέχουσες είχαν τη δυνατότητα να επικοινωνήσουν με την ερευνήτρια και τον επιβλέποντα καθηγητή σε περίπτωση που χρειάζονταν επιπλέον πληροφορίες σχετικά με την έρευνα.

4.5 Στατιστική ανάλυση

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (StandardDeviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν

κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) ή Spearman (rho). Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney ή το παραμετρικό κριτήριο Student's t-test, ανάλογα με την κατανομή της μεταβλητής. Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες ποιότητας ζωής και υγείας (WHOQOL-BREF), νοσοκομειακής κλίμακας άγχους και κατάθλιψης (HADS) και της επικίνδυνης χρήσης αλκοόλ (AUDIT) έγινε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwisemethd), από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Όταν η κατανομή της εξαρτημένης δεν ήταν κανονική, χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση ο λογάριθμος αυτής. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0.

Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 62 γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας. Οι 32 (51,6%) από αυτές είχαν και διαταραχή χρήσης αλκοόλ.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχουσών

		N	%
Ηλικία, Μέση τιμή (SD)		39,6 (10,7)	
Τόπος κατοικίας	Αθήνα	58	93,5
	Μεγάλο αστικό κέντρο (200.000 κάτοικοι και πάνω)	1	1,6
	Πόλη (50.000–200.000)	2	3,2
	Χωριό (μέχρι 50.000)	1	1,6

Εκπαίδευση	Δημοτικό	1	1,6
	Γυμνάσιο	6	9,7
	Λύκειο	13	21,0
	Μεταλυκειακές Σπουδές	14	22,6
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	21	33,9
	Μεταπτυχιακές Σπουδές	7	11,3
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος/ή	18	29,0
	Δημόσιος Υπάλληλος	7	11,3
	Ιδιωτικός υπάλληλος	19	30,6
	Ελεύθερος επαγγελματίας	6	9,7
	Συνταξιούχος	2	3,2
	Οικιακά	6	9,7
	Φοιτητής/-τρια	3	4,8
	Άλλο	1	1,6
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/-η	26	42,6
	Έγγαμος/-η	17	27,9
	Συμβίωση	5	8,2
	Διαζευγμένος/-η	10	16,4
	Χήρος/-α	3	4,9
Έχετε αποκτήσει παιδιά	Όχι	27	43,5
	Ναι	35	56,5
Αριθμός των παιδιών	1	19	54,3
	2	10	28,6
	3	5	14,3
	5	1	2,9
Ηλικία 1ου παιδιού, Μέση τιμή (SD)		14,8 (10,3)	10,26

Ηλικία 2ου παιδιού, Μέση τιμή (SD)		18,5 (9,6)	9,55
Ηλικία 3ου παιδιού, Μέση τιμή (SD)		17,5 (8,6)	8,62
Ηλικία 4ου παιδιού, Μέση τιμή (SD)		16,0 (-)	.
Ηλικία 5ου παιδιού, Μέση τιμή (SD)		8,0 (-)	.
Τα παιδιά ζουν μαζί σας	Όχι	8	22,9
	Ναι	27	77,1

Η μέση ηλικία των γυναικών ήταν τα 39,6 έτη (SD=10,7 έτη). Το 93,5% κατοικούσε στην Αθήνα και το 33,9% είχε αποφοιτήσει από ΑΕΙ/ΤΕΙ. Επίσης, το 30,6% εργαζόνταν ως ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 42,6% ήταν άγαμες, ενώ το 56,5% είχαν παιδιά. Συγκεκριμένα, το 54,3% αυτών είχαν 1 παιδί και η μέση ηλικία αυτού ήταν τα 14,8 έτη (SD=10,3 έτη). Για όσες είχαν δεύτερο παιδί η μέση ηλικία αυτού ήταν τα 18,5 έτη (SD=9,6έτη), για το τρίτο τα 17,5 έτη (SD=8,6έτη), για τη μία που είχε τέταρτο η ηλικία του ήταν 16 έτη και για το πέμπτο τα 8 έτη.

Πίνακας 2. Πληροφορίες σχετικά με τον σύντροφο των συμμετεχουσών

		N	%
Φύλο συντρόφου	Άνδρας	60	96,8
	Γυναίκα	2	3,2
Ο/Η σύντροφος σας κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών	Όχι	39	62,9
	Ναι	23	37,1
Εάν ναι, ποιά/ποιές ουσία/ουσίες	Αλκοόλ	6	9,7
	Αλκοόλ/Άλλες ουσίες	1	1,6
	Αλκοόλ/Κάνναβη/Χασίς/Κοκαΐνη	1	1,6
	Αλκοόλ/Χασίς	1	1,6
	Αμφεταμίνη/Χασίς	1	1,6
	Κάνναβη	3	4,8
	Κάνναβη/Αλκοόλ/Διεγερτικά	1	1,6

	Κάνναβη/Αλκοόλ	1	1,6
	Κάνναβη/Κοκαΐνη	1	1,6
	Μαριχουάνα	1	1,6
	Ναρκωτικά/Αλκοόλ	1	1,6
	Τσιγάρο/Αλκοόλ	1	1,6
	Χασίς	3	4,8
	Χόρτο/Αλκοόλ/Κοκαΐνη	1	1,6
Ο/Η σύντροφος σας έκανε χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών	Όχι	37	59,7
	Ναι	25	40,3
Εάν ναι, ποιά/ποιές ουσία/ουσίες	Αλκοόλ	4	6,5
	Αλκοόλ/Άλλες ουσίες	1	1,6
	Αλκοόλ/Κάνναβη/Χασίς/ Κοκαΐνη	2	3,2
	Αλκοόλ/Χασίς	1	1,6
	Αμφεταμίνη/Χασίς	1	1,6
	Ηρωίνη	1	1,6
	Κάνναβη	2	3,2
	Κάνναβη/Αλκοόλ/Διεγερτικά	1	1,6
	Κάνναβη/Κόκα	1	1,6
	Κάνναβη/Αλκοόλ	1	1,6
	Κάνναβη/Κοκαΐνη	2	3,2
	Κοκαΐνη	1	1,6
	Μαριχουάνα	1	1,6
	Ναρκωτικά/Αλκοόλ	1	1,6
	Χασίς	4	6,4
	Χασίς/Οπιούχα	1	1,6

Το 96,8% είχε άνδρα σύντροφο. Το 37,1% των συντρόφων έκανε την χρονική περίοδο της έρευνας χρήση ουσιών και το 40,3% έκανε και στο παρελθόν. Ανάμεσα σε αυτούς που έκαναν χρήση την περίοδο της έρευνας το 9,7% καταναλώνει μόνο αλκοόλ χωρίς άλλες ουσίες. Ανάμεσα σε όσους έκαναν και παλιά χρήση το 6,5% καταναλώνει μόνο αλκοόλ χωρίς άλλες ουσίες και το 6,4% μόνο χασίς.

Πίνακας 3. Ατομικά στοιχεία των συμμετεχουσών

		N	%
Ζείτε	Μόνη	19	30,6
	Με άλλους	43	69,4
Πόσο καλή είναι η υγεία σας;	Πολύ κακή	0	0,0
	Κακή	4	6,5
	Ούτε κακή, ούτε καλή	27	43,5
	Καλή	21	33,9
	Πολύ καλή	10	16,1
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα	Όχι	26	41,9
	Ναι	36	58,1
Αν ναι, τι;			
Καρδιολογικά προβλήματα		4	11,1
Αρθρίτιδα ή ρευματισμοί		4	11,1
Εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα		2	5,6
Καταρράκτης		1	2,8
Κάταγμα ή ράγισμα οστού		1	2,8
Προβλήματα στα κάτω άκρα		3	8,3
Υπέρταση		8	22,2
Καρκίνος		1	2,8
Διαβήτης		2	5,6
Εγκεφαλικό επεισόδιο		1	2,8

Χρόνια ψυχικά προβλήματα		12	33,3
Άλλο		14	38,9
Αν ναι, ποιο πρόβλημα που αντιμετωπίζεται στην υγείας σας και θεωρείται ότι έχει τις πιο σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή σας	Καρδιολογικά προβλήματα	2	7,4
	Εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα	1	3,7
	Προβλήματα στα κάτω άκρα	1	3,7
	Υπέρταση	2	7,4
	Διαβήτης	1	3,7
	Χρόνια ψυχικά προβλήματα	11	40,7
	Άλλο	9	33,3

Το 69,4% των γυναικών ζούσε με άλλους. Το 6,5% έβρισκε κακή την κατάσταση υγείας του, το 43,5% ούτε καλή ούτε κακή και το 33,9% καλή. Επίσης το 58,1% αντιμετώπιζε κάποιο πρόβλημα υγείας. Από αυτούς το 22,2% είχε υπέρταση, το 33,3% χρόνια ψυχιατρικά προβλήματα, το 11,1% καρδιολογικά προβλήματα και το ίδιο ποσοστό αρθριτικά ή ρευματισμούς. Τέλος, το 40,7% θεωρούσε ότι πιο σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή τους είχαν τα χρόνια ψυχιατρικά προβλήματα και το 7,4% τα καρδιολογικά προβλήματα ή η υπέρταση.

Κλίμακα ποιότητας ζωής και υγείας (WHOQOL-BREF)

Ακολουθεί ο πίνακας 4 με τα περιγραφικά στοιχεία για τις υποκλίμακες σωματικής και ψυχολογικής υγείας, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον, καθώς και για και την συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής. Οι κλίμακες κυμαίνονται από 0 έως 100 μονάδες. Υψηλότερο σκορ συνεπάγεται καλύτερη ποιότητα ζωής

Πίνακας 4. Περιγραφικά στοιχεία για την συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής τις υποκλίμακες σωματικής και ψυχολογικής υγείας, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Cronbach's a
Σωματική υγεία	19,4	86,1	54,9 (16,3)	0,78
Ψυχική υγεία	8,3	83,3	41,5 (17,4)	0,83

Κοινωνικές σχέσεις	5,0	85,0	44,6 (19,9)	0,73
Περιβάλλον	21,9	75,0	51,3 (11,5)	0,74
Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας	12,5	87,5	50,4 (18,4)	0,75

Η διάσταση σχετικά με τη σωματική υγεία κυμαινόταν από 19,4 έως 86,1 μονάδες με μέση τιμή 54,9 μονάδες (SD=16,3 μονάδες), για την ψυχική υγεία το εύρος ήταν από 8,3 έως 83,3 μονάδες μέση τιμή 41,5 μονάδες (SD=17,4 μονάδες). Αντίστοιχα για τις κοινωνικές σχέσεις η βαθμολογία κυμαινόταν από 5 έως 85 μονάδες μέση τιμή 44,6 μονάδες (SD=19,9 μονάδες) και για το περιβάλλον από 21,9 έως 75 μονάδες με μέση τιμή 51,3 μονάδες (SD=11,5 μονάδες). Τέλος η συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας κυμαινόταν από 12,5 έως 87,5 μονάδες με μέση τιμή 50,4 μονάδες (SD=18,4 μονάδες).

Για όλες τις διαστάσεις και την συνολική αξιολόγηση ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν μεγαλύτερος από 0,7, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (HADS)

Ακολουθεί ο πίνακας 5 με τα περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις άγχους και κατάθλιψη της νοσοκομειακής κλίμακας HADS. Τα σκορ στις διαστάσεις κυμαίνονται από 0 έως 21 μονάδες.

Υψηλότερο σκορ συνεπάγεται μεγαλύτερο άγχος ή κατάθλιψη αντίστοιχα

Πίνακας 5. Περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις άγχους και κατάθλιψης της νοσοκομειακής κλίμακας άγχους και κατάθλιψης (HADS)

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Cronbach's α
Άγχος	3,0	20,0	11,8 (4,2)	0,84
Κατάθλιψη	2,0	21,0	10,0 (4,1)	0,80

Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή στην διάσταση του άγχους ήταν 3 μονάδες και η μέγιστη 20 μονάδες, με μέση τιμή 11,8 μονάδες (SD=4,2μονάδες).

Η ελάχιστη τιμή στην διάσταση κατάθλιψης ήταν 2 και η μέγιστη 21 μονάδες, με μέση τιμή 10,0 μονάδες (SD=4,1 μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν μεγαλύτερος από 0,7 και στις δύο διαστάσεις, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Κακοποίησης Γυναικών (WAST)

Ακολουθεί ο πίνακας 6 με τις ερωτήσεις που απαρτίζουν το ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Κακοποίησης Γυναικών (WAST). Οι ερωτήσεις κυμαίνονται από 0 έως 2 μονάδες, με το 0 να αντιπροσωπεύει «Καθόλου ένταση», «Με καμία δυσκολία» και το «Ποτέ» και το 2 «Μεγάλη ένταση», «Με μεγάλη δυσκολία» και «Συχνά».

Πίνακας 6. Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Κακοποίησης Γυναικών (WAST)

		N	%
Θα λέγατε ότι στη σχέση με τον σύντροφο σας επικρατεί;	Καθόλου ένταση	0	0,0
	Σχετική ένταση	25	40,3
	Μεγάλη ένταση	37	59,7
Βρίσκετε λύση στους καυγάδες με τον σύντροφο σας;	Με καμία δυσκολία	0	0,0
	Με κάποια δυσκολία	22	35,5
	Με μεγάλη δυσκολία	40	64,5
Οι καυγάδες σας έχουν καταλήξει ποτέ να σας κάνουν να νιώθετε ταπεινωμένη ή άσχημα για τον εαυτό σας;	Ποτέ	0	0,0
	Μερικές φορές	21	33,9
	Συχνά	41	66,1
Οι καυγάδες σας έχουν καταλήξει ποτέ σε χτυπήματα, κλωτσιές, ή σπρωξίματα;	Ποτέ	12	19,4
	Μερικές φορές	37	59,7
	Συχνά	13	21,0
Νιώθετε φοβισμένη από το τι κάνει ή λέει ο σύντροφος σας;	Ποτέ	1	1,6
	Μερικές φορές	25	40,3

	Συχνά	36	58,1
Σας έχει ποτέ κακοποιήσει σωματικά ο σύντροφος σας;	Ποτέ	13	21,0
	Μερικές φορές	36	58,1
	Συχνά	13	21,0
Σας έχει ποτέ κακοποιήσει συναισθηματικά ο σύντροφος σας;	Ποτέ	0	0,0
	Μερικές φορές	15	24,2
	Συχνά	47	75,8
Σας έχει ποτέ κακοποιήσει σεξουαλικά ο σύντροφος σας;	Ποτέ	48	77,4
	Μερικές φορές	13	21,0
	Συχνά	1	1,6

Το 59,7% αντιμετώπιζε μεγάλη ένταση με το σύντροφό του και το 64,5% έβρισκε λύση στους καυγάδες με μεγάλη δυσκολία. Για το 66,1% οι καυγάδες κατέληγαν συχνά να τις κάνουν να νιώθουν ταπεινωμένες ή άσχημα για τον εαυτό τους και για το 21% είχαν καταλήξει σε χτυπήματα. Επίσης, το 58,1% ένιωθε συχνά φόβο για όσα έλεγε ή έκανε ο σύντροφός της και το 21% συχνά κακοποιούταν σωματικά, το 75,8% συναισθηματικά και το 1,6% σεξουαλικά.

Παρακάτω δίνεται ο πίνακας 7 με τα περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα ανίχνευσης κακοποίησης των γυναικών. Η διάσταση σχετικά με την ένταση στη σχέση κυμαίνεται από 2 έως 6 μονάδες, για τη συναισθηματική και σωματική κακοποίηση από 5 έως 15 μονάδες και η συνολική από 8 έως 24 μονάδες.

Υψηλότερες τιμές συνεπάγονται μεγαλύτερη ένταση και συχνότερη κακοποίηση

Πίνακας 7. Περιγραφικά στοιχεία διαστάσεων και συνολικής κλίμακας ανίχνευσης κακοποίησης γυναικών (WAST)

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's α
Συναισθηματική και σωματική κακοποίηση	5,0	15,0	12,0 (1,9)	12,0 (10 – 13)	0,84
Ένταση στη σχέση με	4,0	6,0	6,0 (0,9)	6,0 (4 – 6)	0,80

τον σύντροφο					
Κλίμακα Ανίχνευσης Κακοποίησης Γυναικών	14,0	24,0	18,5 (2,8)	18,0 (16 – 21)	0,82

Στο συγκεκριμένο δείγμα η διάσταση συναισθηματικής κακοποίησης κυμαινόταν από 5 έως 15 μονάδες με μέση τιμή 12 μονάδες (SD=1,9 μονάδες), αυτή σχετικά με την ένταση με τον σύντροφο κυμαινόταν από 4 έως 6 μονάδες με μέση τιμή 6 μονάδες (SD=0,9 μονάδες) και η συνολική είχε εύρος από 14 έως 24 μονάδες με μέση τιμή 18,5 μονάδες (SD=2,8 μονάδες).

Η διάσταση σχετικά με την ένταση με τον σύντροφο χρησιμοποιείται για την αρχική ανίχνευση κακοποιητικής συμπεριφοράς προς τις γυναίκες. Αυτό γίνεται δίνοντας την τιμή 1 στις απαντήσεις «Μεγάλη ένταση» και «Με μεγάλη δυσκολία» των ερωτήσεων 1 και 2 του ερωτηματολογίου αντίστοιχα και 0 στις άλλες. Στη συνέχεια αθροίζονται οι βαθμολογίες των δύο απαντήσεων και χρησιμοποιώντας το 1 σαν σημείο cut-off γίνεται ανίχνευση της κακοποιητικής συμπεριφοράς (υψηλής έντασης).

Πίνακας 8. Αποτελέσματα ερωτηματολογίου ανίχνευσης κακοποίησης γυναικών (WAST)

		N	%
Αντιμέτωπιση κακοποιητικής συμπεριφοράς (υψηλής έντασης)	Όχι	20	32,3
	Ναι	42	67,7

Σύμφωνα με αυτό το σημείο αποκοπής το 67,7% φαίνεται να είχε πέσει θύμα κακοποιητικής συμπεριφοράς υψηλής έντασης.

Ερωτηματολόγιο Διαταραχής Χρήσης αλκοόλ (AUDIT)

Έπεται ο πίνακας 9 με τα περιγραφικά στοιχεία για τις υποκλίμακες και την συνολική κλίμακα χρήσης αλκοόλ. Η διάσταση σχετικά με την κατανάλωση κυμαίνεται από 0 έως 12 μονάδες, ενώ η διάσταση σχετικά με τα προβλήματα από την κατανάλωση αλκοόλ από 0 έως 28 και η συνολική κλίμακα από 0 έως 40 μονάδες.

Υψηλότερες τιμές συνεπάγονται μεγαλύτερη κατανάλωση, περισσότερα προβλήματα και γενικά πιο επικίνδυνη χρήση

Πίνακας 9. Περιγραφικά στοιχεία για τις υποκλίμακες και την συνολική κλίμακα χρήσης αλκοόλ

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's a
Χρήση αλκοόλ	1,0	11,0	6,0 (3,5)	6 (2 – 9)	0,87
Προβλήματα από την χρήση αλκοόλ	0,0	26,0	11,9 (9,1)	14(1 – 20)	0,92
Κλίμακα διαταραχών από την κατανάλωση αλκοόλ	0,0	37,0	14,5 (13,1)	18 (1 – 27)	0,92

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση χρήσης αλκοόλ ήταν 6 μονάδες (SD=3,5 μονάδες) και στη διάσταση προβλημάτων λόγω της κατανάλωσης αλκοόλ ήταν 11,9 μονάδες (SD=9,1 μονάδες). Η συνολική βαθμολογία κυμαινόταν από 0 μέχρι 37 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 14,5 μονάδες (SD=13,1 μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν μεγαλύτερος από 0,7 για όλες τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

Ακολουθεί ο πίνακας 10 με τα επίπεδα επικινδυνότητας κατανάλωσης αλκοόλ ανάμεσα σε όσες γυναίκες κατανάλωναν αλκοόλ έστω και σπάνια.

Πίνακας 10. Επίπεδα επικινδυνότητας κατανάλωσης αλκοόλ

		N	%
Επίπεδα χρήσης αλκοόλ	Χαμηλού ρίσκου χρήση	17	34,7
	Επικίνδυνη χρήση	1	2,0
	Επιβλαβής χρήση	5	10,2
	Υπαρξη ή εμφάνιση εξάρτησης από το αλκοόλ	26	53,1

Το 53,1% εμφάνιζε εξάρτηση από το αλκοόλ και το 10,2% έκανε επιβλαβή χρήση.

Πίνακας 11. Συσχετίσεις του Pearson/Spearman για τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής με την κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης (HADS), το ερωτηματολόγιο ανίχνευσης κακοποίησης γυναικών και τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα διαταραχών από τη χρήση αλκοόλ

		Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας	Σωματική υγεία	Ψυχολογική υγεία	Κοινωνικές σχέσεις	Περιβάλλον
Άγχος	r	-0,32	-0,46	-0,67	-0,40	-0,33
	P	0,013	<0,001	<0,001	0,001	0,009
Κατάθλιψη	r	-0,52	-0,65	-0,58	-0,53	-0,41
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
Συνολική κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ	rho	-0,02	-0,04	-0,10	-0,27	0,06
	P	0,899	0,737	0,445	0,038	0,669
Χρήση αλκοόλ	rho	-0,19	-0,18	-0,16	0,17	-0,01
	P	0,194	0,228	0,258	0,242	0,923
Προβλήματα από την χρήση αλκοόλ	rho	-0,19	-0,19	-0,09	0,20	0,07
	P	0,182	0,201	0,518	0,165	0,619
Κλίμακα Ανίχνευσης Κακοποίησης Γυναικών	rho	-0,18	-0,03	-0,13	-0,25	-0,11
	P	0,157	0,815	0,324	0,049	0,381
Συναισθηματική και σωματική κακοποίηση	rho	-0,15	0,01	-0,08	-0,18	-0,07
	P	0,236	0,975	0,527	0,167	0,574
Ένταση στη σχέση με τον σύντροφο	rho	-0,13	0,01	-0,09	-0,28	-0,12
	P	0,322	0,921	0,471	0,028	0,343

Οι διαστάσεις του άγχους και της κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τις

διαστάσεις και την συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Αυξημένο άγχος και μεγαλύτερη κατάθλιψη συνεπάγονταν χειρότερη σωματική και ψυχική υγεία, χειρότερες ποιότητα ως προς το περιβάλλον ζωής και τις κοινωνικές σχέσεις, οπότε γενικότερα χειρότερη αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και υγείας. Η κακοποίηση των γυναικών και η διαταραχή χρήσης αλκοόλ συνεπάγονταν χειρότερες κοινωνικές σχέσεις.

Πίνακας 12. Συσχετίσεις του Spearman για την κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης (HADS) με την κλίμακα διαταραχών από τη χρήση αλκοόλ και την κλίμακα ανίχνευσης κακοποίησης γυναικών

		Άγχος	Κατάθλιψη
Συνολική κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ	rho	0,01	-0,17
	P	0,913	0,184
Χρήση αλκοόλ	rho	0,09	0,02
	P	0,535	0,871
Προβλήματα από την χρήση αλκοόλ	rho	0,05	0,02
	P	0,755	0,876
Κλίμακα Ανίχνευσης Κακοποίησης Γυναικών	rho	0,14	0,32
	P	0,268	0,012
Συναισθηματική και σωματική κακοποίηση	rho	0,08	0,26
	P	0,528	0,040
Ένταση στη σχέση με τον σύντροφο	rho	0,18	0,027
	P	0,163	0,033

Μεγαλύτερη συναισθηματική και σωματική κακοποίηση, αλλά και μεγαλύτερη ένταση με τον σύντροφο σχετιζόταν με μεγαλύτερη κατάθλιψη.

Ακολούθως δίνεται ο πίνακας συσχετίσεων του Spearman για τις κλίμακες διαταραχών από τη χρήση αλκοόλ και κακοποίησης, ανάλογα με την ομάδα των γυναικών.

- **Για την ομάδα που αντιμετώπιζε μόνο συντροφική βία.**

Πίνακας 13. Συσχετίσεις του Spearman για τις κλίμακες διαταραχών από τη χρήση αλκοόλ και κακοποίησης στην ομάδα γυναικών με ιστορικό συντροφικής βίας

			Συνολική κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ	Χρήση αλκοόλ	Προβλήματα από την χρήση αλκοόλ
Κλίμακα Ανίχνευσης Κακοποίησης Γυναικών	rho		-0,09	0,01	-0,34
	P		0,662	0,952	0,072
Συναισθηματική και σωματική κακοποίηση	rho		-0,13	-0,06	-0,35
	P		0,493	0,754	0,068
Ένταση στη σχέση με τον σύντροφο	rho		-0,20	-0,09	-0,32
	P		0,301	0,645	0,088

Τόσο οι διαστάσεις όσο και η συνολικές κλίμακες διαταραχής χρήσης αλκοόλ και κακοποίησης δεν βρέθηκε να σχετίζονται σημαντικά.

- Για την ομάδα που αντιμετώπιζε συντροφική βία και διαταραχή χρήσης αλκοόλ.

Πίνακας 14. Συσχετίσεις του Spearman για τις κλίμακες διαταραχών από τη χρήση αλκοόλ και κακοποίησης στην ομάδα γυναικών με ιστορικό συντροφικής βίας και διαταραχής χρήσης αλκοόλ

			Συνολική κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ	Χρήση αλκοόλ	Προβλήματα από την χρήση αλκοόλ
Κλίμακα Ανίχνευσης Κακοποίησης Γυναικών	rho		0,07	0,00	0,13
	P		0,689	0,989	0,477
Συναισθηματική και σωματική κακοποίηση	rho		0,17	0,05	0,22
	P		0,358	0,773	0,228
Ένταση στη σχέση με τον σύντροφο	rho		0,06	0,08	0,08
	P		0,747	0,662	0,656

Ούτε σε αυτή την ομάδα βρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις κλίμακες διαταραχής χρήσης αλκοόλ και κακοποίησης.

Πίνακας 15. Βαθμολογίες στις κλίμακες των ερωτηματολογίων ανάλογα με την ομάδα γυναικών (συντροφική βία vs συντροφική βία και διαταραχή χρήσης αλκοόλ)

	Συντροφική βία		Συντροφική βία και διαταραχή χρήσης αλκοόλ		P
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας	50 (17,1)	-	50,8 (19,8)	-	0,869 ⁺⁺
Σωματική υγεία	54,5 (15,1)	-	55,3 (17,6)	-	0,859 ⁺⁺
Ψυχολογική υγεία	41,3 (15,3)	-	41,8 (19,4)	-	0,903 ⁺⁺
Κοινωνικές σχέσεις	38,3 (16,2)	-	50,5 (21,6)	-	0,015⁺⁺
Περιβάλλον	50,6 (11,1)	-	52 (12)	-	0,653 ⁺⁺
Άγχος	12 (4,1)	-	11,5 (4,3)	-	0,621 ⁺⁺
Κατάθλιψη	10,8 (3,8)	-	9,2 (4,3)	-	0,118 ⁺⁺
Συναισθηματική και σωματική κακοποίηση	12,8 (1,9)	13,0 (12 – 14)	11,3 (1,8)	11,0 (10 – 12,5)	0,001⁺
Ένταση στη σχέση με τον σύντροφο	5,7 (0,7)	6,0 (6 – 6)	4,8 (0,9)	4,0 (4 – 6)	0,002⁺
Κλίμακα Ανίχνευσης Κακοποίησης Γυναικών	19,7 (2,3)	20,0 (18 – 21)	17,3 (2,7)	16,0 (15 – 19,5)	<0,001⁺

+Mann Whitney test ++Student's t-test

Μόνο η διάσταση της ποιότητα ζωής σχετικά με τις κοινωνικές σχέσεις βρέθηκε να διαφέρει ανάμεσα στις δύο ομάδες. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που είχαν και πρόβλημα διαταραχής

χρήσης αλκοόλ είχαν υψηλότερη βαθμολογία, σε σχέση με όσες δεν αντιμετώπιζαν πρόβλημα με το αλκοόλ.

Τόσο η συναισθηματική και σωματική κακοποίηση όσο και η ένταση στη σχέση με τον σύντροφο, άρα η συνολική κλίμακα ανίχνευσης κακοποίησης διέφερε μεταξύ των ομάδων. Όσες δεν είχαν προβλήματα χρήσης με το αλκοόλ είχαν υψηλότερη βαθμολογία, άρα δήλωναν εντονότερη κακοποίηση συγκριτικά με όσες είχαν πρόβλημα διαταραχής χρήσης αλκοόλ.

Συσχέτιση της κλίμακας ποιότητας ζωής και υγείας (WHOQOL-BREF) με τα δημογραφικά και ατομικά στοιχεία των γυναικών, την ομάδα στην οποία ανήκαν, την νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης, την κλίμακα ανίχνευσης κακοποίησης και διαταραχής χρήσης αλκοόλ.

Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με την κλίμακα ποιότητας ζωής και υγείας (WHOQOL-BREF) έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τη βαθμολογία σε κάθε διάσταση της κλίμακας και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και ατομικά στοιχεία των γυναικών, την ομάδα στην οποία ανήκαν, την νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης, την κλίμακα ανίχνευσης κακοποίησης και διαταραχής χρήσης αλκοόλ. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις αναλύσεις με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης (stepwise method) δίνονται στους ακόλουθους πίνακες 16-20.

➤ **Με εξαρτημένη μεταβλητή τη σωματική υγεία**

Πίνακας 16. Αποτέλεσμα ανάλυσης με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης (stepwise method) με εξαρτημένη μεταβλητή τη σωματική υγεία

	β+	SE++	P
Κατάθλιψη	-2,303	0,393	<0,001
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα (Ναι vs Όχι)	-7,263	3,291	0,031

συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η διάσταση κατάθλιψης και η αντιμετώπιση προβλήματος υγείας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την διάσταση σωματικής υγείας. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη κατάθλιψη συνεπαγόταν χειρότερη σωματική υγεία.

- Όσες γυναίκες αντιμετώπιζαν πρόβλημα υγείας αξιολογούσαν χειρότερα την σωματική τους υγεία, σε σχέση με όσες δεν είχαν πρόβλημα υγείας.

➤ **Με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία**

Πίνακας 17. Αποτέλεσμα ανάλυσης με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης (stepwise method) με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία

	β+	SE++	P
Άγχος	-2,118	0,417	<0,001
Κατάθλιψη	-1,409	0,425	0,002

συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Οι διαστάσεις άγχους και κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την διάσταση ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη κατάθλιψη συνεπαγόταν χειρότερη ψυχική υγεία.
- Ομοίως περισσότερο άγχος συνεπαγόταν χειρότερη ψυχική υγεία.

➤ **Με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση κοινωνικών σχέσεων**

Πίνακας 18. Αποτέλεσμα ανάλυσης με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης (stepwise method) με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση κοινωνικών σχέσεων

	β+	SE++	P
Κατάθλιψη	-2,437	0,524	<0,001
Ομάδα (Συντροφική βία και διαταραχή χρήσης αλκοόλ vs Συντροφική βία)	9,145	4,293	0,037

συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η διάσταση κατάθλιψης και η ομάδα των γυναικών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την διάσταση των κοινωνικών σχέσεων. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη κατάθλιψη συνεπαγόταν χειρότερες κοινωνικές σχέσεις.
- Όσες γυναίκες αντιμετώπιζαν πρόβλημα συντροφικής βίας αλλά είχαν και πρόβλημα διαταραχής χρήσης αλκοόλ αξιολογούσαν καλύτερα τις κοινωνικές σχέσεις τους, σε σχέση με όσες είχαν αντιμετωπίσει μόνο συντροφική βία.

➤ **Με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση σχετικά με το περιβάλλον**

Πίνακας 19. Αποτέλεσμα ανάλυσης με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης (stepwise method) με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση σχετικά με το περιβάλλον

	β+	SE++	P
Κατάθλιψη	-1,127	0,328	0,001

συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Μόνο η διάσταση κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζονται ανεξάρτητα με την διάσταση του περιβάλλοντος. Μεγαλύτερη κατάθλιψη συνεπαγόταν χειρότερη αξιολόγηση της ποιότητας του περιβάλλοντος ζωής

➤ **Με εξαρτημένη μεταβλητή την συνολική αξιολόγηση ποιότητας ζωής και υγείας**

Πίνακας 20. Αποτέλεσμα ανάλυσης με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης (stepwise method) με εξαρτημένη μεταβλητή την συνολική αξιολόγηση ποιότητας ζωής και υγείας

	β+	SE++	P
Κατάθλιψη	-1,947	0,496	<0,001
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα (Ναι vs Όχι)	-10,042	4,115	0,018

συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η διάσταση κατάθλιψης και η αντιμετώπιση προβλήματος υγείας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και υγείας. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη κατάθλιψη συνεπαγόταν χειρότερη αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και υγείας.
- Όσες γυναίκες αντιμετώπιζαν πρόβλημα υγείας αξιολογούσαν χειρότερα την ποιότητα ζωής τους, σε σχέση με όσες δεν είχαν πρόβλημα υγείας.

Συσχέτιση της νοσοκομειακής κλίμακας άγχους και κατάθλιψης (HADS) με τα δημογραφικά και ατομικά στοιχεία των γυναικών, την ομάδα στην οποία ανήκαν, την κλίμακα αντίχνευσης κακοποίησης και διαταραχής χρήσης αλκοόλ.

➤ **Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση κατάθλιψης**

Πίνακας 21. Αποτέλεσμα ανάλυσης με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης (stepwise method) με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση της κατάθλιψης

	β+	SE++	P
--	-----------	-------------	----------

Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα (Ναι vs Όχι)	2,573	0,997	0,012
Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Κακοποίησης Γυναικών	0,394	0,179	0,031

συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η αντιμετώπιση προβλήματος υγείας και η κακοποίηση βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την διάσταση της κατάθλιψης. Συγκεκριμένα:

- Όσες γυναίκες αντιμετώπιζαν πρόβλημα υγείας αντιμετώπιζαν εντονότερη κατάθλιψη, σε σχέση με όσες δεν είχαν πρόβλημα υγείας.

- Όσες είχαν υψηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο ανίχνευσης κακοποίησης, άρα αντιμετώπιζαν εντονότερη κακοποίηση είχαν και μεγαλύτερη κατάθλιψη

➤ **Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση του άγχους**

Πίνακας 22. Αποτέλεσμα ανάλυσης με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης (stepwise method) με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση του άγχους

	β+	SE++	P
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα (Ναι vs Όχι)	1,902	0,962	0,048

συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η αντιμετώπιση προβλήματος υγείας βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την διάσταση του άγχους. Όσες γυναίκες αντιμετώπιζαν πρόβλημα υγείας αντιμετώπιζαν μεγαλύτερο άγχος, σε σχέση με όσες δεν είχαν πρόβλημα υγείας.

Συσχέτιση της νοσοκομειακής κλίμακας διαταραχής χρήσης αλκοόλ (AUDIT) με τα δημογραφικά και ατομικά στοιχεία των γυναικών, την ομάδα στην οποία ανήκαν και την κλίμακα ανίχνευσης κακοποίησης.

Πραγματοποιώντας ξεχωριστές γραμμικές παλινδρομήσεις στις δύο ομάδες, προέκυψε ότι στην ομάδα που αντιμετώπιζε και συντροφική βία και πρόβλημα διαταραχής χρήσης ουσιών κανένας παράγοντας δεν σχετιζόταν ανεξάρτητα με την συνολική κλίμακα διαταραχής χρήσης αλκοόλ, ενώ για την ομάδα που αντιμετώπιζε μόνο συντροφική βία η συνολική κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ σχετιζόταν σημαντικά με το αν ο σύντροφος έκανε παλαιότερα χρήση ουσιών. Όσες είχαν απαντήσει θετικά είχαν και υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ ($\beta=0,288$, $se=0,106$, $p=0,011$).

Κεφάλαιο 6: Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε η διερεύνηση της συντροφικής βίας κατά των γυναικών και η συσχέτιση της με την διαταραχή χρήσης αλκοόλ, εξετάζοντας παράλληλα τους παράγοντες της ποιότητας ζωής και των συναισθηματικών δυσκολιών, συμπεριλαμβανομένων του άγχους και της κατάθλιψης, με σκοπό την όσο το δυνατόν πληρέστερη καταγραφή του φαινομένου. Πιο συγκεκριμένα στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και των συναισθηματικών δυσκολιών στις γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας συγκριτικά με την ποιότητα ζωής και τις συναισθηματικές δυσκολίες στις γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας και διαταραχής χρήσης αλκοόλ. Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης απέδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ όλων των παραπάνω παραγόντων, αλλά δεν ανέδειξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των γυναικών με ιστορικό συντροφικής βίας συγκριτικά με τις γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας και διαταραχής χρήσης αλκοόλ.

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των συντρόφων που ασκούν την συντροφική βία, στο σύνολο του δείγματος το σύνολο των συντρόφων είναι άνδρες και προκύπτει ότι κατά την χρονική περίοδο της διεξαγωγής της μελέτης ένα μεγάλο ποσοστό αυτών έκανε χρήση ουσιών τη δεδομένη χρονική στιγμή ή/και στο παρελθόν. Ανάμεσα σε αυτούς που έκαναν χρήση την περίοδο της έρευνας το 9,7% κατανάλωνε μόνο αλκοόλ χωρίς άλλες ουσίες. Ανάμεσα σε όσους έκαναν και παλιά χρήση το 6,5% κατανάλωνε μόνο αλκοόλ χωρίς άλλες ουσίες και το 6,4% μόνο χασίς. Το εύρημα αυτό φαίνεται να συμφωνεί με αντίστοιχα ευρήματα καθώς η χρήση ουσιών έχει ως έκβαση την κακοποίηση (Στρατίκη, 2006 . Tift, 1993). Η διαταραχή χρήσης αλκοόλ πιθανώς να οδηγήσει σε ενδοοικογενειακή βία, βίαια ξεσπάσματα ενάντια σε κοντινά πρόσωπα, παρανοϊκές ιδέες και σκηνές ζηλοτυπίας. Συνήθως, τέτοιου είδους συμπεριφορά παρατηρείται κυρίως προς τον οικογενειακό και λιγότερο προς τον κοινωνικό περίγυρο (Ριζάβας, 2017).

Αναφορικά με την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και την ύπαρξη κάποιου προβλήματος υγείας, το ήμισυ του συνόλου του δείγματος έκρινε την κατάσταση της υγείας του μέτρια ή κακή και ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος αντιμετώπιζε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο χρονικό διάστημα, εκ του οποίου το 33,3% πάσχει από χρόνια ψυχιατρικά προβλήματα. Το 40,7% του δείγματος θεωρούσε ότι πιο σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή του είχαν τα χρόνια ψυχιατρικά προβλήματα. Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας φαίνεται να συμφωνούν με τα ευρήματα διεθνούς βιβλιογραφίας καθώς η συντροφική βία και η διαταραχή χρήσης αλκοόλ συμβάλλουν καταλυτικά τόσο στην εμφάνιση και διατήρηση σωματικών, ψυχικών και σεξουαλικών νοσημάτων όσο και στην ανάπτυξη συννοσηρότητας. Η βασικότερη προϋπόθεση για την υψηλή ποιότητα ζωής είναι η υγεία του ατόμου (Rokeach, 1973). Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες η συντροφική βία έχει επίπτωση στην ανάπτυξη συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και σοβαρής ψυχικής ασθένειας (Chandan et al., 2020).

Το 86% των γυναικών και το 78% των ανδρών αντίστοιχα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ έχουν τουλάχιστον άλλη μια ψυχιατρική διαταραχή (Kessler & Walters, 2002). Περίπου το 50% των ατόμων που αντιμετωπίζουν μια ψυχιατρική διαταραχή, έχουν διαταραχή χρήσης ουσιών και το αντίστροφο (Ross & Peselow, 2012).

Η ύπαρξη συντροφικής βίας στο δείγμα ανιχνεύθηκε από τις απαντήσεις των γυναικών στο Εργαλείο Προβολής Κακοποίησης Γυναικών (Woman Abuse Screening Tool - WAST). Μεγάλη ένταση στη συντροφική σχέση και μεγάλη δυσκολία λύσης στους καυγάδες αναφέρθηκε από το σύνολο του δείγματος. Οι καυγάδες κατέληγαν συχνά σε ταπείνωση ή άσχημη εικόνα για τον εαυτό. Επίσης, το σύνολο του δείγματος συχνά ένιωθε φόβο για όσα έλεγε ή έκανε ο σύντροφός του και το 21% συχνά κακοποιούταν σωματικά, το 75,8% συναισθηματικά και το 1,6% σεξουαλικά. Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας φαίνεται να συμφωνούν με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών (Brown et al., 2005· Παπαμιχαήλ, 2005). Το «σύνδρομο κακοποιημένης γυναίκας» περιλαμβάνει διάφορα συναισθήματα και συμπεριφορές όπως ο φόβος, το άγχος, η κατάθλιψη, το σοκ, ο θυμός, ο εξευτελισμός, η ενοχή, η σύγχυση σκέψης, οι φορτικές αναμνήσεις και η μη ελεγχόμενη αναβίωση των τραυματικών γεγονότων, επηρεάζοντας την αντίληψη της γυναίκας και οξύνοντας την αίσθηση αδυναμίας της (Brown et al., 2005· Παπαμιχαήλ, 2005).

Επιπλέον, από τις συγκρίσεις μέσω των τιμών της κλίμακας ποιότητας ζωής και υγείας (WHOQOL-BREF) προέκυψε ότι η διάσταση της κατάθλιψης και η αντιμετώπιση προβλήματος υγείας σχετίζονται ανεξάρτητα με την διάσταση σωματικής υγείας. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερη κατάθλιψη συνεπαγόταν χειρότερη σωματική υγεία. Όσες γυναίκες αντιμετώπιζαν πρόβλημα υγείας αξιολογούσαν χειρότερα την σωματική τους υγεία, σε σχέση με όσες δεν είχαν πρόβλημα υγείας. Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας φαίνεται να συμφωνεί με τα ευρήματα προηγούμενης έρευνας καθώς όσες γυναίκες εκτέθηκαν σε σωματική ή/και συναισθηματική βία είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν κακή υγεία και ποιότητα ζωής και πιο πιθανό να αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης. (Nowshad et al., 2022) Υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους συνεπαγόταν χειρότερη ψυχική υγεία, εφόσον οι διαστάσεις άγχους και κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την διάσταση ψυχικής υγείας. Το εύρημα της παρούσας εργασίας φαίνεται να συμφωνεί με τα ευρήματα προηγούμενης έρευνας καθώς γυναίκες με σοβαρά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης καθώς και σκέψεις αυτοκτονίας που εκτέθηκαν σε συντροφική βία, εμφάνισαν αυξημένη απόκριση κορτιζόλης και ανέφεραν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με γυναίκες με μέτρια συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης που εκτέθηκαν σε συντροφική βία και γυναίκες με ελάχιστα έως μέτρια συμπτώματα και μειωμένο προφίλ κορτιζόλης χωρίς ιστορικό συντροφικής βίας. Επίσης, μεγαλύτερη κατάθλιψη συνεπαγόταν χειρότερες κοινωνικές σχέσεις. Όσες γυναίκες αντιμετώπιζαν πρόβλημα συντροφικής βίας αλλά είχαν και πρόβλημα διαταραχής χρήσης αλκοόλ αξιολογούσαν καλύτερα τις κοινωνικές σχέσεις τους, σε σχέση με όσες είχαν αντιμετωπίσει μόνο συντροφική βία. Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας φαίνεται να συμφωνούν με τα ευρήματα προηγούμενης έρευνας καθώς η πιο επηρεασμένη πτυχή της ποιότητας ζωής ήταν ο τομέας των κοινωνικών σχέσεων (Cerde-

De la, 2022). Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ λειτουργεί ως αγχολυτικό καθιστώντας το άτομο πιο ευδιάθετο και απελευθερωμένο στις κοινωνικές του αλληλεπιδράσεις, φτωχότερο όμως σε γνωστικές λειτουργίες (Αλεξανδρίδης, 2004· Hufford, 2001). Μόνο η διάσταση της κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την διάσταση του περιβάλλοντος, δηλαδή οι γυναίκες με υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης αξιολογούσαν χειρότερα την ποιότητας του περιβάλλοντος ζωής. Το εύρημα της παρούσας εργασίας φαίνεται να συμφωνεί με τα ευρήματα προηγούμενης έρευνας καθώς η σωματική και ψυχολογική βία έχει αντίκτυπο στη σωματική, ψυχική και συναισθηματική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και την περιβαλλοντική υγεία (Alsaker et al., 2007). Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της μειωμένης ποιότητας ζωής στις γυναίκες με διαταραχή χρήσης αλκοόλ είναι ο διαταραγμένος ύπνος και η εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Peters et al., 2003). Η ποιότητα ζωής των γυναικών που κάνουν υπερβολική χρήση αλκοόλ είναι χαμηλή, ειδικά στον τομέα που αφορά το περιβάλλον, το οποίο αποτελεί την πιο ευάλωτη πτυχή. Αρκετές γυναίκες ανέφεραν ότι ζούσαν στους δρόμους ή σε περιοχές της πόλης με δείκτες ακραίας φτώχειας και αυτό τείνει να επιδεινώνει την κατάστασή τους (Lima et al., 2016). Η διάσταση κατάθλιψης και η αντιμετώπιση προβλήματος υγείας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και υγείας. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερη κατάθλιψη συνεπαγόταν χειρότερη αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και υγείας. Όσες γυναίκες αντιμετώπιζαν πρόβλημα υγείας αξιολογούσαν χειρότερα την ποιότητα ζωής τους, σε σχέση με όσες δεν είχαν πρόβλημα υγείας. Το εύρημα της παρούσας εργασίας φαίνεται να συμφωνεί με τα ευρήματα προηγούμενης έρευνας καθώς οι γυναίκες που βίωσαν πλήθος απειλών, σωματική και ψυχολογική βία κατά τη διάρκεια της σχέσης τους, ανέφεραν αρκετά χαμηλή ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε σχέση με τον γενικό γυναικείο πληθυσμό αλλά και χαμηλότερη ποιότητας ζωής σε όλους τους άλλους τομείς (Alsaker et al., 2006).

Επιπρόσθετα από τις συγκρίσεις μέσω των τιμών της νοσοκομειακής κλίμακας άγχους και κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS) προκύπτει ότι όσες γυναίκες αντιμετώπιζαν πρόβλημα υγείας αντιμετώπιζαν εντονότερη κατάθλιψη και μεγαλύτερο άγχος, σε σχέση με όσες δεν είχαν πρόβλημα υγείας, καθώς η ποιότητα ζωής σχετίζεται με τη σωματική, κοινωνική και ψυχολογική ευεξία του ατόμου, το βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή και τις συνθήκες διαβίωσης (Campbell et al., 1976· Young & Longman, 1983). Όσες είχαν υψηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο ανίχνευσης κακοποίησης, άρα αντιμετώπιζαν εντονότερη κακοποίηση, είχαν και μεγαλύτερη κατάθλιψη. Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας φαίνεται να συμφωνούν με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών, καθώς η έκθεση σε οποιαδήποτε μορφή συντροφικής βίας συνδέεται με την ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης αλλά και άγχους (Lövestad, 2017· Marayi et al., 2013). Η άσκηση οποιασδήποτε μορφής συντροφικής βίας αυξάνει κατά προσέγγιση 1,5 έως 3 φορές την πιθανότητα ανάπτυξης μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και 1,5 έως 2 φορές την πιθανότητα ανάπτυξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Beydoun et al., 2012· Yuan & Hesketh, 2021).

Τέλος, αναφορικά με την κατανάλωση αλκοόλ, οι γυναίκες με ιστορικό μόνο συντροφικής βίας, των οποίων οι σύντροφοί τους έκαναν παλαιότερα χρήση ουσιών, είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ. Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας φαίνεται να συμφωνούν με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών καθώς η βία με την οποία έρχεται αντιμέτωπη μία γυναίκα, ενδέχεται να την επηρεάσει ως προς τη χρήση ουσιών και αλκοόλ, αφού έπειτα από κάποιο συμβάν κακοποίησης, πολλά άτομα προβαίνουν στην χρήση ή κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών, ώστε να αντιμετωπίσουν και να μειώσουν τα συναισθήματα αποστροφής (Στρατίκη, 2006). Επιπλέον, η σωματική ή/και η σεξουαλική βία συνδέεται με την κατάχρηση ουσιών με πολύπλοκους τρόπους και η εν λόγω σχέση μπορεί να εξηγηθεί τουλάχιστον με τρεις τρόπους. Ο πρώτος τρόπος αναφέρει ότι η χρήση ουσιών έχει ως έκβαση την κακοποίηση. Ο δεύτερος τρόπος υποστηρίζει πως η κακοποίηση έχει ως συνέπεια την χρήση ουσιών και ο τρίτος τρόπος υποστηρίζει πως η χρήση ουσιών και η κακοποίηση διέπονται από μια αμφίδρομη σχέση (Στρατίκη, 2006). Οι γυναίκες που έχουν υποστεί συντροφική βία έχουν αυξημένες πιθανότητες να ξεκινήσουν την χρήση ουσιών (NIDA, 2017). Επιπλέον, η ισχυρή άσκηση σωματικής βίας εναντίον των γυναικών συσχετίστηκε με αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών (Jaquier et al., 2015).

Περιορισμοί της έρευνας

Καθώς η παρούσα μελέτη αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια διερεύνησης της ποιότητας ζωής και των συναισθηματικών δυσκολιών στις γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας συγκριτικά με την ποιότητα ζωής και τις συναισθηματικές δυσκολίες στις γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας και διαταραχής χρήσης αλκοόλ, ένα θέμα που δεν έχει μελετηθεί στην Ελλάδα, παρουσιάζει κάποιες μεθοδολογικές αδυναμίες. Ο μικρός αριθμός του δείγματος ($n= 62$ γυναίκες) και το γεγονός ότι το δείγμα συλλέχθηκε από φορείς που υποστηρίζουν γυναίκες στην περιοχή της Αθήνας και του Πειραιά, μια μικρή περιοχή της περιφέρειας, καθιστούν αποτρεπτική τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Ένας ακόμη περιορισμός της μελέτης ήταν η δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες λόγω του ευαίσθητου πληθυσμού που υποστηρίζεται αλλά και της υπάρχουσας επιβαρυνμένης συναισθηματικής του κατάστασης, με αποτέλεσμα να χρειάζεται να διευρυνθεί η χρονική διάρκεια της μελέτης. Επίσης στην παρούσα έρευνα το δείγμα αποτελείται από γυναίκες που δέχονται ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τις υπηρεσίες που προσεγγίστηκαν, χωρίς να έχει συμπεριληφθεί μέρος των γυναικών που δεν σχετίζονται με τις κοινωνικές υπηρεσίες, οι οποίες ενδεχομένως να έχουν διαφορετικά ατομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά και η συμμετοχή τους πιθανόν να επέφερε άλλα αποτελέσματα. Επιπλέον, δεν υπήρχε δυνατότητα μετάφρασης του ερωτηματολογίου σε άλλες γλώσσες, με αποτέλεσμα να αποκλείονται πρόσφυγες/μετανάστες που δεν μιλάνε επαρκώς την ελληνική γλώσσα. Τέλος, η παρούσα μελέτη είναι μια συγχρονική μελέτη, αυτό σημαίνει πως δεν μπορεί να υποστηριχτεί ότι η διαταραχή χρήσης αλκοόλ είναι αίτιο ή συνέπεια της συντροφικής βίας ή αντίστροφα αλλά και ότι η ποιότητα ζωής και οι συναισθηματικές δυσκολίες είναι αίτιο ή συνέπεια της

συντροφικής βίας και της διαταραχής χρήσης αλκοόλ. Η σχέση μεταξύ της συντροφικής βίας και της διαταραχής χρήσης αλκοόλ, μελετώντας παράλληλα και τους παράγοντες της ποιότητας ζωής και των συναισθηματικών δυσκολιών, εγείρει αρκετά ερωτήματα και μελλοντικές έρευνες μπορούν να διερευνήσουν την πολυπλοκότητα αυτής της σχέσης.

Συμπεράσματα - μελλοντικές κατευθύνσεις

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία πρώτη προσπάθεια αποτύπωσης της σχέσης της συντροφικής βίας με την διαταραχή χρήσης αλκοόλ, εξετάζοντας τους παράγοντες της ποιότητας ζωής και των συναισθηματικών δυσκολιών. Τα ευρήματα που προκύπτουν καταδεικνύουν πως οι γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας αλλά και οι γυναίκες με ιστορικό συντροφικής βίας και διαταραχής χρήσης αλκοόλ αποτελούν ιδιαίτερα ευάλωτους πληθυσμούς με έκπτωση στη ποιότητα ζωής και ανάπτυξη συννοσηρότητας ψυχικών διαταραχών και σωματικών νοσημάτων. Ειδικότερα, μεγαλύτερης έντασης συναισθηματική και σωματική κακοποίηση αλλά και μεγαλύτερη ένταση στη σχέση με τον σύντροφο σχετιζόταν με μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψη. Η συντροφική βία και η διαταραχή χρήσης αλκοόλ συνεπάγονταν χειρότερες κοινωνικές σχέσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες μόνο με ιστορικό συντροφική βία αξιολογούσαν χειρότερα τις κοινωνικές σχέσεις τους. Με αφορμή τα παρόντα αποτελέσματα θα ήταν χρήσιμο να πραγματοποιηθεί μια συνέχεια της παρούσας μελέτης με μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχουσών αλλά και με διερεύνηση της χρονικής σχέσης ανάμεσα στην ύπαρξη συντροφικής βίας και την ανάπτυξη διαταραχής χρήσης αλκοόλ.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αλεξανδρίδης, Α. (2004). *Κάνναβις και Κατάθλιψη*. Στο Μ. Μαρινοπούλου & Π. Κεφαλάς (Επιμ.) *Η εξαρτητική διαδικασία: Κείμενα για την χρήση ουσιών*. Αθήνα: Χατζηνικολή, 141-155

Αρτινοπούλου, Β., και Φαρσεδάκη, Ι. (2003). *Ενδο-οικογενειακή βία κατά των γυναικών: Πρώτη πανελλαδική επιδημιολογική έρευνα*. Αθήνα: Έκθεση του ΚΕΘΙ.

Βλάχου, Β. (2007). *Η κοινωνιολογική διερεύνηση της ενδοοικογενειακής βίας: Θεωρητικές προσεγγίσεις, μεθοδολογικοί προβληματισμοί και θεσμικές παρεμβάσεις*. Ποινική Δικαιοσύνη, Νομική Βιβλιοθήκη, 625-626.

Colletti, M. (2004). *Η θέση του Επαγγελματία Υγείας στο χώρο των ουσιοεξαρτήσεων στην αρχή της τρίτης χιλιετίας*. Στο Ι. Λιάππας & Β. Πομίνι (Επιμ). *Ουσιοεξάρτηση: Σύγχρονα Θέματα*. Αθήνα: ΙΤΑΚΑ Ελληνικό Τμήμα, 31-38.

Δαρβίρη, Χ. (2007). *Προαγωγή Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 145-148

Δεμερούτη, Ε. (2001). *Επαγγελματική εξουθένωση: ορισμός και σχέση της με τις εργασιακές συνθήκες σε διάφορους επαγγελματικούς χώρους*. Στο Ε. Βασιλάκη, Σ. Τριλίβα & Η. Μπεζεβέγκης (Επί. Εκ.). *Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 231-258

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. (2021). *Ετήσια έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματοδών στην Ελλάδα 2019*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Erickson, C. K., (2008). *Η επιστήμη της εξάρτησης από τη νευροβιολογία στη θεραπεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Ισόρροπον.

Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., κ Καναβού, Ε. (2017). *Πανελλήνια Έρευνα για την Κατανάλωση Οιοπνευματοδών και τη Συνδεδεμένη Βλάβη στο Γενικό Πληθυσμό 2015 — Έκθεση Κύριων Ευρημάτων*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Λιάππας Ι. (2006). *Συννοσηρότητα ψυχιατρικών διαταραχών και κατάχρησης οιοπνεύματος στο: Λιάππας Ι.Α., Μέλλος Ε.Δ., Πομίνι Β. (επιμέλεια): Κατάχρηση και εξάρτηση από το οιοπνευμα*. Αθήνα: ΙΤΑΚΑ Ελληνικό Τμήμα.

Λιάππας, Ι.Α., και Πομίνι, Β. (2004). *Ουσιοεξάρτηση. Σύγχρονα θέματα*. Αθήνα: ΙΤΑΚΑ-Ελληνικό Τμήμα.

Λύκουρας, Ε., Παπαρρηγόπουλος, Θ., και Λιάππας, Ι. (2013) *Αλκοολισμός*. Στο Παπαδημητρίου Γ., Λιάππας Ι., Λύκουρας Ε. Σύγχρονη Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, 886-907.

Μακράκη, Κ., και Φραγκιαδουλάκη Μ. (2011). *Νέοι και Αλκοόλ. (Πτυχιακή εργασία). Καλαμάτα: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας.*

Μαλλιώρα, Μ. Μ. (2010). *Λεξικό για το αλκοόλ και τις λοιπές ψυχοδραστικές ουσίες.* Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Μερκούρης, ΑΒ. και Αποστολάκης, ΕΕ. (2003). “*Αορτοστεφανιαία παράκαμψη & ποιότητα ζωής*”. Ερευνητική μονογραφία. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Μουσσάς, Γ. Ι., και Λύκουρας, Ε. (2007). *Αιτιοπαθογένεια αλκοολισμού*, στο Λύκουρας Λ., Σολδάτος Κ. Αλκοολισμός, Ιατρικές και Ψυχοκοινωνικές Προσεγγίσεις. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 32-45.

Μουσσάς, Γ., Νταντούτη, Γ., Δουζένης, Α., Πουλής, Ε., Τσελεμπής, Α., Μπράτης, Δ., Χριστοδούλου, Χ., Λύκουρας, Ε. (2010). *Αξιοπιστία και εγκυρότητα της Ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου Ανίχνευσης Διαταραχών Κατάχρησης - Εξάρτησης Αλκοόλ (AUDIT).* Ψυχιατρική, Τόμος 21 Τεύχος 1, 54-55.

Οικονόμου, Μ. Κοκκώση, Μ. Τριανταφύλλου, Ε., και συν. (2001). *Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση.* Αθήνα: Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3): 239-253.

Παπαδημητρίου, Ν., Λιάππας Ι., και Λύκουρας Ε. (2012). *Σύγχρονη Ψυχιατρική.* Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, 886-907.

Παπαμιχαήλ, Π. Σ. (2005). *Κοινωνικές αναπαραστάσεις της κακοποίησης των γυναικών από τους συζύγους/συντρόφους τους*, Αθήνα-Κομοτηνή: Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα.

Παπαρρηγοπουλος, Θ., και Δάλλα, Χ. (2018). *ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ. Αίτια, μηχανισμοί, εκδηλώσεις, αντιμετώπιση.* Αθήνα: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.

Ριζάβας, Ι. (2017). *Σωματική και ψυχική συννόσηση ασθενών με εξάρτηση ή κατάχρηση αλκοόλ, που προσήλθαν για ψυχιατρική εκτίμηση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Ατικής "Δαφνί", κατά την δετία 2006 – 2011» (Μεταπτυχιακή εργασία). Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.*

Στρατίκη, Λ. (2006). *Γυναίκες Χρήστριες Τοξικών Ουσιών με Ιστορικό Σωματικής ή/και Σεξουαλικής Κακοποίησης.* Εξαρτήσεις, τεύχος 10, 40-44.

Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ. (2008). *Ψυχομετρία και ποιότητα ζωής.* Το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Προληπτική Ψυχιατρική & Ψυχική Υγιεινή, σελ. 593- 608. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

Τσαρούχας, Κ. (2000). *Αλκοόλ, ένα σκληρό ναρκωτικό*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγκυρα.

Walker, L. (1993). *Η κακοποιημένη γυναίκα*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Acker W. (1982). *Objective psychological changes in alcoholics after the withdrawal of alcohol*. British medical bulletin, 38(1), 95–98.

Alsaker, K., & Moen, B.E., & Kristoffersen, K. (2007). *Health-Related Quality of Life Among Abused Women One Year After Leaving a Violent Partner*. Social Indicators Research. 86. 497-509.

Alsaker, K., Moen, B. E., Morken, T., & Baste, V. (2018). *Intimate partner violence associated with low quality of life - a cross-sectional study*. BMC women's health, 18(1), 148.

Alsaker, K., Moen, B. E., Nortvedt, M. W., & Baste, V. (2006). *Low health-related quality of life among abused women*. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 15(6), 959–965.

Altman, J., Everitt, B. J., Glautier, S., Markou, A., Nutt, D., Oretti, R., Phillips, G. D., & Robbins, T. W. (1996). *The biological, social and clinical bases of drug addiction: commentary and debate*. Psychopharmacology, 125(4), 285–345.

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Inc..

Archer, J. (2000). *Sex differences in aggression between heterosexual partners: A Meta-analytic review*. Psychological Bulletin, 126 (5), 651-68.

Babor, T. F., De La Fuente, J. R., Saunders, J. B. & Grant, M. (1989). *AUDIT—The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization.

Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J. and Grant, M. (1989). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. WHO/MNH/DAT 89.4, World Health Organization, Geneva.

Baker, F., & Intagliata, J. (1982). *Quality of life in the evaluation of community support systems*. Evaluation and program planning, 5(1), 69–79.

Beckman L. J. (1975). *Women alcoholics. A review of social and psychological studies*. Journal of studies on alcohol, 36(7), 797–824.

Beydoun, H. A., Beydoun, M. A., Kaufman, J. S., Lo, B., & Zonderman, A. B. (2012). *Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis*. Socialscience & medicine (1982), 75(6), 959–975.

- Blum, K., Noble, E. P., Sheridan, P. J., Montgomery, A., Ritchie, T., Jagadeeswaran, P., Nogami, H., Briggs, A. H., & Cohn, J. B. (1990). *Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism*. *JAMA*, 263(15), 2055–2060.
- Bonnevie, E., Kigozi, G., Kairania, R., Ssemanda, J. B., Nakyanjo, N., Ddaaki, W. G., et al. (2019). *Alcohol use in fishing communities and men's willingness to participate in an alcohol, violence and HIV risk reduction intervention: Qualitative findings from Rakai, Uganda*. *Culture, Health & Sexuality*, 22, 1–17.
- Boyd, M. R., & Mackey, M. C. (2000). Alienation from self and others: the psychosocial problem of rural alcoholic women. *Archives of psychiatric nursing*, 14(3), 134–141.
- Breiding MJ, Basile KC, Smith SG, Black MC, Mahendra RR. (2015). *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 2.0*. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/intimatepartnerviolence.pdf>
- Brown, J. B., Lent, B., Brett, P. J., Sas, G., & Pederson, L. L. (1996). *Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice*. *Family medicine*, 28(6), 422–428.
- Brown, J. R., Hill, H. M., & Lambert, S. F. (2005). *Traumatic stress symptoms in women exposed to community and partner violence*. *Journal of interpersonal violence*, 20(11), 1478–1494.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. Russell Sage Foundation.
- Campbell J, Soeken K. (1999). *Forced sex and intimate partner violence*. *Violence Against Women*, 1999, 5(9):1017–35.
- Campbell JC. (2002). *Health consequences of intimate partner violence*. *Lancet*, 359(9314):1331–36.
- Campbell JC et al. (2008). *The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review*. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 15(4):221–31.
- Carvalho, A. F., Heilig, M., Perez, A., Probst, C., & Rehm, J. (2019). *Alcohol use disorders*. *Lancet (London, England)*, 394(10200), 781–792.
- Cascardi, M., Langhincichsen, J. & Vivian, D. (1992). *Marital aggression: Impact, injury and health correlates for husbands and wives*. *Archives of Internal Medicine*, 152, 357-363.
- Casswell, S., & Thamarangsi, T. (2009). *Reducing harm from alcohol: call to action*. *Lancet (London, England)*, 373(9682), 2247–2257. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60745-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60745-5)

Castillo-Carniglia, A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., & Cerdá, M. (2019). *Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder*. *The Lancet. Psychiatry*, 6(12), 1068–1080.

Centers for Disease Control and Prevention. (2000). *Measuring healthy days: Population assessment of health-related quality of life*. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia.

Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Fast facts: Preventing intimate partner violence | violence prevention | injury Center | CDC*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/fastfact.html>

Cerda-De la O, B., Cerda-Molina, A. L., Mayagoitia-Novales, L., de la Cruz-López, M., Biagini-Alarcón, M., Hernández-Zúñiga, E. L., Borráz-León, J. I., & Whaley-Sánchez, J. A. (2022). *Increased Cortisol Response and Low Quality of Life in Women Exposed to Intimate Partner Violence With Severe Anxiety and Depression*. *Frontiers in psychiatry*, 13, 898017.

Champion J, Shain R. (1998). *The context of sexually transmitted disease: life histories of woman abuse*. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(5):463–79.

Chandan, J. S., Thomas, T., Bradbury-Jones, C., Russell, R., Bandyopadhyay, S., Nirantharakumar, K., & Taylor, J. (2020). *Female survivors of intimate partner violence and risk of depression, anxiety and serious mental illness*. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 217(4), 562–567.

Cohen, S. M., Alexander, R. S., & Holt, S. R. (2022). *The Spectrum of Alcohol Use: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment*. *The Medical clinics of North America*, 106(1), 43–60.

Coker, A.L., Smith, P.H., McKeown, R.E., & Kif, M.J. (2000). *Frequency and correlates of intimate partner violence by type: Physical, sexual and psychological battering*. *American Journal of Public Health*, 90, 553-559.

Coleman, F.S. (1997). *Stalking Behavior and Cycle of Domestic Violence*. *Journal of Interpersonal Violence*, 12 (3), 420-432.

Collins S. E. (2016). *Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes*. *Alcohol research : current reviews*, 38(1), 83–94.

Crawford-Williams, F., Steen, M., Esterman, A., Fielder, A., & Mikocka-Walus, A. (2015). *"If you can have one glass of wine now and then, why are you denying that to a woman with no evidence": Knowledge and practices of health professionals concerning alcohol consumption during pregnancy*. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 28(4), 329–335.

Daepfen, J. B., Krieg, M. A., Burnand, B., & Yersin, B. (1998). *MOS-SF-36 in evaluating*

health-related quality of life in alcohol-dependent patients. The American journal of drug and alcohol abuse, 24(4), 685–694.

Devries, K. M., Child, J. C., Bacchus, L. J., Mak, J., Falder, G., Graham, K., Watts, C., & Heise, L. (2014). *Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis*. *Addiction* (Abingdon, England), 109(3), 379–391.

Donovan, D., Mattson, M. E., Cisler, R. A., Longabaugh, R., & Zweben, A. (2005). *Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research*. *Journal of studies on alcohol*. Supplement, (15), 119–93 .

Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A., & Krause, E. D. (2006). Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of interpersonal violence*, 21(7), 955–968.

Echo A. R., Heather P., Carole W., Eleanor L., Patricia J. B., Orapan Kaewken. (2015). *The Relationship Between Intimate Partner Violence and Substance Use*, An Applied Research Paper, National Center of Domestic Violence, Trauma and Mental Health, Chicago.

Edenberg, H. J., & McClintick, J. N. (2018). *Alcohol Dehydrogenases, Aldehyde Dehydrogenases, and Alcohol Use Disorders: A Critical Review*. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 42(12), 2281–2297.

Enoch, M. A., & Goldman, D. (2002). Problem drinking and alcoholism: diagnosis and treatment. *American family physician*, 65(3), 441–448.

Erol, A., & Karpyak, V. M. (2015). *Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations*. *Drug and alcohol dependence*, 156, 1–13.

European Union: European Agency for Fundamental Rights. (2014). *Violence against women: an EU-wide survey*. <https://www.refworld.org/docid/5316ef6a4.html>

European Union: European Agency for Fundamental Rights. (2018). *Report on equality between women and men in the E.U.* http://ec.europa.eu/newsroom/just/itemdetail.cfm?item_id=615287

European Institute for Gender Equality (EIGE). (2017). *Glossary of definitions of rape, femicide and intimate partner violence*. Luxembourg. Publication Office of the European Union.

Farren, C. K., Hill, K. P., & Weiss, R. D. (2012). Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review. *Current psychiatry reports*, 14(6), 659–666.

Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., & Arteaga, A. (2015). *Psychological, Physical, and Sexual Abuse in Addicted Patients Who Undergo Treatment*. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(8), 1279-1298.

Follingstad, D. R., Rutledge, L. L., Berg, B. J., Hause, E. S., & Polek, D. S. (1990). *The role of emotional abuse in physically abusive relationships*. *Journal of Family Violence*, 5(2), 107–120.

Fortin, M., Muckle, G., Anassour-Laouan-Sidi, E., Jacobson, S. W., Jacobson, J. L., & Bélanger, R. E. (2016). *Trajectories of Alcohol Use and Binge Drinking Among Pregnant Inuit Women*. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 51(3), 339–346. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agv112>Foster, J. H. (2006). *Quality of life measurement and alcoholism: Another arm to nursing practice*. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9(3), 295–301.

Foster, J. H., Peters, T. J., & Kind, P. (2002). *Quality of life, sleep, mood and alcohol consumption: a complex interaction*. *Addiction biology*, 7(1), 55–65.

Foster, J. H., Peters, T. J., & Marshall, E. J. (2000). *Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women*. *Alcohol (Fayetteville, N.Y.)*, 22(1), 45–52.

Foster, J. H., Powell, J. E., Marshall, E. J., & Peters, T. J. (1999). *Quality of life in alcohol-dependent subjects--a review*. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 8(3), 255–261.

Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2004). *The social epidemiology of substance use*. *Epidemiologic reviews*, 26, 36–52.

Gazmararian JA et al. (1995). *The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns*. *Obstetrics & Gynecology*, 85(6):1031–38.

Gandek, B., Sinclair, S. J., Kosinski, M., & Ware, J. E., Jr (2004). *Psychometric evaluation of the SF-36 health survey in Medicare managed care*. *Health care financing review*, 25(4), 5–25.

Gelles, R. (1997). *Intimate Violence in Families*. Newbury Park. Sage Pub.

Gelles R., and Pedrick Cornell C., (1990). *Intimate Violence in Families*. Second Edition, SAGE Publications.

Gielen, N., Krumeich, A., Tekelenburg, M., Nederkoorn, C., & Havermans, R. C. (2016). How patients perceive the relationship between trauma, substance abuse, craving, and

relapse: A qualitative study. *Journal of Substance Use*, 21(5), 466–470.

Gilbert, P. A., Pro, G., Zemore, S. E., Mulia, N., & Brown, G. (2019). *Gender Differences in Use of Alcohol Treatment Services and Reasons for Nonuse in a National Sample*. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 43(4), 722–731.

Ginieri-Coccosis, M., Triantafillou, E., Tomaras, V., Soldatos, C., Mavreas, V. and Christodoulou, G. (2012), “*Psychometric Properties of WHOQOL-BREF in clinical and health Greek populations: incorporating newculture-relevant items*”, *Psychiatrike*, Vol.23, 130-142.

Gill, T. M. & Feinstein, A. R. (1994). *A critical appraisal of the quality of life measurements*. *J Am Med Ass*, 272, 619-626.

Glynn, M. (2010). “*Breaking the fourth wall*” – *Father deficit and its impact*. London: Addaction.

Glynn, M. (2011). *Dad and me: Research into the problems caused by absent fathers*. London: Addaction.

Goh, C. R., Lee, K. S., Tan, T. C., Wang, T. L., Tan, C. H., Wong, J., Ang, P. T., Chan, M. E., Clinch, J., Olweny, C. L., & Schipper, H. (1996). *Measuring quality of life in different cultures: translation of the Functional Living Index for Cancer (FLIC) into Chinese and Malay in Singapore*. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 25(3), 323–334.

Gorsuch, R. L., & Butler, M. C. (1976). *Initial drug abuse: a review of predisposing social psychological factors*. *Psychological bulletin*, 83(1), 120–137.

Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Smith, S. M., Huang, B., & Hasin, D. S. (2015). *Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III*. *JAMA psychiatry*, 72(8), 757–766.

Grisso, I.A., Wishrer, A.R., Schwatz, 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*, 143, 59-68.

Haber PS, Riordan BC (2021). *Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems (4th edition)*. Sydney: Specialty of Addiction Medicine, Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney.

Haley, S.D. & Haley, E.B. (2000). *War on the Home front, an examination of wife abuse*. Ontario: Berganbooks.

Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M., & Grant, B. F. (2018). *Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States*. *JAMA psychiatry*, 75(4), 336–346.

Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). *Prevalence, correlates,*

disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Archives of general psychiatry, 64(7), 830–842.

Heise L, Moore K, Toubia N. (1995). *Sexual coercion and reproductive health: a focus on research.* New York: Population Council.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. (1999). *Ending violence against women.* Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs.

Heise L, Garcia Moreno C. (2002). *Violence by intimate partners.* In: Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 87– 121.

Heyman, G. M. (2009). *Addiction: A disorder of choice.* Cambridge: Harvard University Press.

Hingson, R., Zha, W., Simons-Morton, B., & White, A. (2016). *Alcohol-Induced Blackouts as Predictors of Other Drinking Related Harms Among Emerging Young Adults.* Alcoholism, clinical and experimental research, 40(4), 776–784. <https://doi.org/10.1111/acer.13010>.

Hisasue, T., Kruse, M., Raitanen, J., Paavilainen, E., & Rissanen, P. (2020). *Quality of life, psychological distress and violence among women in close relationships: a population-based study in Finland.* BMC women's health, 20(1), 85.

Hodgins, D. C., Ungar, J., el-Guebaly, N., & Armstrong, S. (1997). *Getting back on the wagon: Reasons and strategies for terminating alcoholic relapses.* Psychology of Addictive Behaviors, 11, 174 – 181.

Hommer D. W. (2003). *Male and female sensitivity to alcohol-induced brain damage.* Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 27(2), 181–185.

Hörnquist J. O. (1982). *The concept of quality of life.* Scandinavian journal of social medicine, 10(2), 57–61.

Howe, L. K., Fisher, L. R., Atkinson, E. A., & Finn, P. R. (2021). Symptoms of anxiety, depression, and borderline personality in alcohol use disorder with and without comorbid substance use disorder. Alcohol (Fayetteville, N.Y.), 90, 19–25.

Hufford M. R. (2001). *Alcohol and suicidal behavior.* Clinical psychology review, 21(5), 797–811.

Hunt, G. E., Malhi, G. S., Cleary, M., Lai, H. M., & Sitharthan, T. (2016). *Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis.* Journal of affective disorders, 206, 331–349.

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2018). *Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2017. Burden by Risk 1990-2017.* Seattle, United States of America.

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019), *GBD Results Tool*. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Jaquier Erard, Véronique & Flanagan, Julianne & Sullivan, Tami. (2015). *Anxiety and Posttraumatic Stress Symptom Pathways to Substance Use Problems among Community Women Experiencing Intimate Partner Violence*. *Anxiety, stress, and coping*, 28, 445-455.

Jarvis, T. J., & Copeland, J. (1997). *Child sexual abuse as a predictor of psychiatric comorbidity and its implications for drug and alcohol treatment*. *Drug and alcohol dependence*, 49(1), 61–69.

Jones, S. A., Lueras, J. M., & Nagel, B. J. (2018). *Effects of Binge Drinking on the Developing Brain*. *Alcohol research : current reviews*, 39(1), 87–96.

Jung, T., Shim, W., & Mantaro, T. (2010). *Psychological reactance and effects of social norms messages among binge drinking college students*. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 54(3), 7–18.

Kendler, K. S., Schmitt, E., Aggen, S. H., & Prescott, C. A. (2008). *Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood*. *Archives of general psychiatry*, 65(6), 674–682.

Kessler RC, Walters EE. (2002). *The National Comorbidity Survey In Tsung MT, Tohen M. eds. Textbook in Psychiatric Epidemiology*. New York: John Wiley & Sons, 343–62.

Kogan, K. L., Fordyce, W. E., & Jackson, J. K. (1963). *Personality disturbance in wives of alcoholics*. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 24, 227–238.

Kovačić Petrović, Z., Peraica, T., & Kozarić-Kovačić, D. (2018). *Comparison of ego strength between aggressive and non-aggressive alcoholics: a cross-sectional study*. *Croatian medical journal*, 59(4), 156–164.

Krebs, C., Breiding, M.S., Browne A., Warner, T. (2011). *The Associations Between Different Types of Intimate Partner Violence Experienced by Women*. *Journal of Family Violence*, 26, 487-500.

Lai, H. M., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). *Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis*. *Drug and alcohol dependence*, 154, 1–13.

Lahmek, P., Berlin, I., Michel, L., Berghout, C., Meunier, N., & Aubin, H. J. (2009). *Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme*. *International journal of medical sciences*, 6(4), 160–167.

Leemis R.W., Friar N., Khatiwada S., Chen M.S., Kresnow M., Smith S.G., Caslin, S., &

- Basile, K.C. (2022). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2016/2017 Report on Intimate Partner Violence*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Leight J. (2022). Intimate partner violence against women: a persistent and urgent challenge. *Lancet (London, England)*, 399(10327), 770–771.
- Lehman, A. F., Ward, N. C., & Linn, L. S. (1982). *Chronic mental patients: the quality of life issue*. *The American journal of psychiatry*, 139(10), 1271–1276.
- Lewis F. M. (1982). *Experienced personal control and quality of life in late-stage cancer patients*. *Nursing research*, 31(2), 113–119.
- Liang, J., & Olsen, R. W. (2014). *Alcohol use disorders and current pharmacological therapies: the role of GABA(A) receptors*. *Acta pharmacologica Sinica*, 35(8), 981–993.
- Lima, M.B., Melo, I.R., Araújo, L.D., Souza, D., Braga, J.D., Maior, L., Batista, M., Andrade, E., Nascimento, K.R., Santos, I.R., Melo, Coutinho, T.D., Cabral, A., Adeilda, Lima, F.D., & Braga, J. (2016). *Quality of Life in Women Who Consume Alcohol Excessively*.
- Lin, N., Eisen, S. A., Scherrer, J. F., Goldberg, J., True, W. R., Lyons, M. J., & Tsuang, M. T. (1996). *The influence of familial and non-familial factors on the association between major depression and substance abuse/dependence in 1874 monozygotic male twin pairs*. *Drug and alcohol dependence*, 43(1-2), 49–55.
- Littlefield, A. K., & Sher, K. J. (2016). *Personality and substance use disorders*. In K. J. Sher (Ed.), *The Oxford handbook of substance use and substance use disorders* (pp. 351–374). Oxford University Press.
- Lobo, I. A., & Harris, R. A. (2008). *GABA(A) receptors and alcohol*. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, 90(1), 90–94.
- LoCastro, J. S., Youngblood, M., Cisler, R. A., Mattson, M. E., Zweben, A., Anton, R. F., & Donovan, D. M. (2009). *Alcohol treatment effects on secondary nondrinking outcomes and quality of life: the COMBINE study*. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 70(2), 186–196.
- Lövestad, S., Löve, J., Vaez, M. *et al.* (2017). Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. *BMC Public Health* 17, 335.
- Maccioni, P., & Colombo, G. (2009). *Role of the GABA(B) receptor in alcohol-seeking and drinking behavior*. *Alcohol (Fayetteville, N.Y.)*, 43(7), 555–558.
- Madianos, M. G., Gefou-Madianou, D., & Stefanis, C. (1995). *Patterns of alcohol consumption and related problems in the general population of Greece*. *Addiction*, 90(1), 73–85.
- Malet, L., Llorca, P. M., Beringuier, B., Lehert, P., & Falissard, B. (2006). *AlQoL 9 for measuring quality of life in alcohol dependence*. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 41(2), 181–187.

- Mapayi, B., Makanjuola, R. O., Mosaku, S. K., Adewuya, O. A., Afolabi, O., Aloba, O. O., & Akinsulore, A. (2013). *Impact of intimate partner violence on anxiety and depression amongst women in Ile-Ife, Nigeria*. Archives of women's mental health, 16(1), 11–18.
- McCauley, J., Kan, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F., DeChant, H.K., Ryden, J., Bass, E. B., & Derogatis, L.R. (1998). *The battering syndrome: Prevalence and Clinical Characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices*. Annals of Internal Medicine, 123, 737- 746.
- McDevitt-Murphy, M. E., Zakarian, R. J., Luciano, M. T., Olin, C. C., Mazzulo, N. N., & Neimeyer, R. A. (2021). Alcohol use and coping in a cross-sectional study of African American homicide survivors. Journal of ethnicity in substance abuse, 20(1), 135–150.
- McHorney C. A. (1999). *Health status assessment methods for adults: past accomplishments and future challenges*. Annual review of public health, 20, 309–335
- McKenna, S. P., Doward, L. C., Alonso, J., Kohlmann, T., Niero, M., Prieto, L., & Wíren, L. (1999). *The QoL-AGHDA: an instrument for the assessment of quality of life in adults with growth hormone deficiency*. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 8(4), 373–383.
- Merikangas, K. R., & Avenevoli, S. (2000). *Implications of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders*. Addictive behaviors, 25(6), 807–820.
- Merikangas, K. R., & Gelernter, C. S. (1990). *Comorbidity for alcoholism and depression*. The Psychiatric clinics of North America, 13(4), 613–632.
- Merikangas, K. R., Stolar, M., Stevens, D. E., Goulet, J., Preisig, M. A., Fenton, B., Zhang, H., O'Malley, S. S., & Rounsaville, B. J. (1998). *Familial transmission of substance use disorders*. Archives of general psychiatry, 55(11), 973–979.
- Meyer, J. P., Isaacs, K., El-Shahawy, O., Burlew, A. K., & Wechsberg, W. (2019). Research on women with substance use disorders: Reviewing progress and developing a research and implementation roadmap. Drug and alcohol dependence, 197, 158–163.
- Miller, P. G., & Miller, W. R. (2009). *What should we be aiming for in the treatment of addiction?*. Addiction (Abingdon, England), 104(5), 685–686.
- Minozzi, S., Saulle, R., & Rösner, S. (2018). *Baclofen for alcohol use disorder*. The Cochrane database of systematic reviews, 11(11), CD012557.
- Mirijello, A., D'Angelo, C., Ferrulli, A., Vassallo, G., Antonelli, M., Caputo, F., Leggio, L., Gasbarrini, A., & Addolorato, G. (2015). Identification and management of alcohol withdrawal syndrome. Drugs, 75(4), 353–365.
- Monckton Smith J. (2020). Intimate Partner Femicide: Using Foucauldian Analysis to Track an Eight Stage Progression to Homicide. Violence against women, 26(11), 1267–1285.
- Mongan D. (2016) *Overview of alcohol consumption, alcohol-related harm and alcohol*

policy in Ireland. Drugnet Ireland, Issue 59, Autumn 2016, pp. 1-3.

Morgan, M. Y., Landron, F., Lehert, P., & New European Alcoholism Treatment Study Group (2004). *Improvement in quality of life after treatment for alcohol dependence with acamprosate and psychosocial support*. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 28(1), 64–77.

Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). *Dual diagnosis: a review of etiological theories*. *Addictive behaviors*, 23(6), 717–734.

Mullerman, R., Lenaghan, P.A., & Pakieser, R.A. (1996). *Battered women: Injury location and types*. *Annals of Emergency Medicine*, 28, 486-492.

Murphy CM, O’Leary KD. (1989). *Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage*. *J Consult Clinical Psychology* 57(5):579–582.

Murray, C. J., Lopez, A. D., & Jamison, D. T. (1994). *The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions*. *Bulletin of the World Health Organization*, 72(3), 495–509.

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos L. (2004). *The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: Psychometric analyses and applicability*. *Supportive Care in Cancer*, 12, 821-825.

National Institute on Drug Abuse. (2017). *Sex and Gender Differences in Substance Use*. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/substance-use-in-women>

Nowshad, G., Jahan, N., Shah, N. Z., Ali, N., Ali, T., Alam, S., Khan, A., Mahmood, M. A., Saba, M., Arnone, D., & Shah, S. M. (2022). *Intimate-partner violence and its association with symptoms of depression, perceived health, and quality of life in the Himalayan Mountain Villages of Gilgit Baltistan*. *PloS one*, 17(9), e0268735.

Olickal, Jeby & Kumar Saya, Ganesh & Selvaraj, Ramya & Chinnakali, Palanivel. (2021). *Association of alcohol use with quality of life (QoL): A community based study from Puducherry, India*. *Clinical Epidemiology and Global Health*.

Organisation for Economic Cooperation and Development. (2022a). *Global Information System on Alcohol and Health*. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/961753cf-en/index.html?itemId=/content/component/961753cf-en>.

Organisation for Economic Cooperation and Development. (2022b). *Alcohol consumption among adults*. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/82129230-en/1/3/2/2/4/index.html?itemId=/content/publication/82129230>

Orley, J., Saxena, S., & Herrman, H. (1998). *Quality of life and mental illness. Reflections from the perspective of the WHOQOL*. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 172, 291–293.

Padykula, N. L., & Conklin, P. (2010). *The self regulation model of attachment trauma and addiction*. *Clinical Social Work Journal*, 38(4), 351–360.

- Pagelow, M.D. (1992). Adult Victims of Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 7 (1), 117-120.
- Pakri Mohamed, R. M., Kumar, J., Ahmad, S. U., & Mohamed, I. N. (2018). *Novel Pharmacotherapeutic Approaches in Treatment of Alcohol Addiction*. *Current drug targets*, 19(12), 1378–1390.
- Pallitto, C. C., García-Moreno, C., Jansen, H. A., Heise, L., Ellsberg, M., Watts, C., & WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence (2013). *Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence*. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 120(1), 3–9.
- Panagaria, N., Varma, K., Nijhawan, S., Mathur, A., & Rai, R. R. (2007). *Quality of life and nutritional status in alcohol addicts and patients with chronic liver disease*. *Tropical gastroenterology : official journal of the Digestive Diseases Foundation*, 28(4), 171–175.
- Papantos, D., & Kafetzopoulos, E. (2019). *The biopsychosocial model of addiction*. *Arch. Hell. Med.*;36:393–411.
- Peters, Timothy & Millward, Louise & Foster, John. (2003). *Quality of life in alcohol misuse: Comparison of men and women*. *Archives of women's mental health*. 6. 239-243.
- Perreau-Lenz, S., & Spanagel, R. (2015). *Clock genes × stress × reward interactions in alcohol and substance use disorders*. *Alcohol (Fayetteville, N.Y.)*, 49(4), 351–357.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., and Martinez, M. (2006). *The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide*. *Journal of Women's Health*, 15(5), 599–611.
- Pirkola, S., Sund, R., Sailas, E., & Wahlbeck, K. (2009). Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet (London, England)*, 373(9658), 147–153.
- Plichta, S.B., & Falik, M. (2001). *Prevalence of violence and its implications for women's health*. *Women Health Issues*, 11, 244-258.
- Pomini, V., Mellos, L., Paparrigopoulos, T., & Liappas, J. (2014). *Alcohol misuse in Greece: a 15-year experience from a specialized outpatient service*. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 25(3), 208-216.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse*. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511–2518.
- Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G., & Sempos, C. T. (2003). *The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview*. *Addiction (Abingdon, England)*, 98(9), 1209–1228.

Roerecke, M., & Rehm, J. (2014). *Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers*. *BMC medicine*, 12, 182.

Rokeach J. (1973). *The nature of human values*. New York, Free Press/ Macmillan.

Romeis, J. C., Waterman, B., Scherrer, J. F., Goldberg, J., Eisen, S. A., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Slutske, W. S., Lyons, M. J., Tsuang, M. T., & True, W. R. (1999). *The impact of sociodemographics, comorbidity and symptom recency on health-related quality of life in alcoholics*. *Journal of studies on alcohol*, 60(5), 653–662.

Ross, S., & Peselow, E. (2012). *Co-occurring psychotic and addictive disorders: neurobiology and diagnosis*. *Clinical neuropharmacology*, 35(5), 235–243.

Rubin, A., Stout, R. L., & Longabaugh, R. (1996). *Gender differences in relapse situations*. *Addiction (Abingdon, England)*, 91 Suppl, S111–S120.

Ruggeri, M., Bisoffi, G., Fontecedro, L., & Warner, R. (2001). *Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach: The South Verona Outcome Project 4*. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 178, 268–275.

Saatcioglu, O., Yapici, A., & Cakmak, D. (2008). *Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence*. *Drug and alcohol review*, 27(1), 83–90.

Sacco, R. L., Elkind, M., Boden-Albala, B., Lin, I. F., Kargman, D. E., Hauser, W. A., Shea, S., & Paik, M. C. (1999). *The protective effect of moderate alcohol consumption on ischemic stroke*. *JAMA*, 281(1), 53–60.

Schonbrun, Y. C., Orchowski, L. M., & Spillane, N. (2013). *Intimate partner violence and use of alcohol and drug treatment services among a national sample*. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 12(2), 58–66.

Schuckit M. A. (1983). *Alcoholism and other psychiatric disorders*. *Hospital & community psychiatry*, 34(11), 1022–1027. <https://doi.org/10.1176/ps.34.11.1022>

Schuckit M. A. (1998). *Biological, psychological and environmental predictors of the alcoholism risk: a longitudinal study*. *Journal of studies on alcohol*, 59(5), 485–494.

Schuckit M. A. (2000). *Drug and Alcohol Abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment*. Kluwer Academic/Plenum Publishers:59-60.

Schuckit, M. A. (2006). *Drug and Alcohol Abuse. A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment*, 6th Edition, Springer.

Schuckitt M, Tipp J, Bucholz K, Nurnberger J, HesselbrockV, Crowe R, Kramer J. (1997). *The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls*. *Addiction*, 92(10):1289-1303.

Selim, A. J., Rogers, W., Fleishman, J. A., Qian, S. X., Fincke, B. G., Rothendler, J. A., & Kazis, L. E. (2009). *Updated U.S. population standard for the Veterans RAND 12-item Health Survey (VR-12)*. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 18(1), 43–52.

Senbanjo, R., Wolff, K., & Marshall, J. (2007). *Excessive alcohol consumption is associated with reduced quality of life among methadone patients*. *Addiction* (Abingdon, England), 102(2), 257–263.

Seo, S., Beck, A., Matthis, C., Genauck, A., Banaschewski, T., Bokde, A. L. W., Bromberg, U., Büchel, C., Quinlan, E. B., Flor, H., Frouin, V., Garavan, H., Gowland, P., Ittermann, B., Martinot, J. L., Paillère Martinot, M. L., Nees, F., Papadopoulos Orfanos, D., Poustka, L., Hohmann, S., ... Obermayer, K. (2019). *Risk profiles for heavy drinking in adolescence: differential effects of gender*. *Addiction biology*, 24(4), 787–801.

Sher, K. J., Grekin, E. R., & Williams, N. A. (2005). *The development of alcohol use disorders*. *Annual review of clinical psychology*, 1, 493–523.

Singh, V.A.S., Thornton, T. & Tonmyr, L. (2011). *Determinants of Substance Abuse in a Population of Children and Adolescents Involved with the Child Welfare System*. *Int J Ment Health Addiction* 9, 382–397.

Spencer, C. M., & Stith, S. M. (2020). *Risk Factors for Male Perpetration and Female Victimization of Intimate Partner Homicide: A Meta-Analysis*. *Trauma, violence & abuse*, 21(3), 527–540.

Squeglia, L. M., Schweinsburg, A. D., Pulido, C., & Tapert, S. F. (2011). *Adolescent binge drinking linked to abnormal spatial working memory brain activation: differential gender effects*. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 35(10), 1831–1841.

Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C., & Moreno, C. G. (2013). *The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review*. *Lancet* (London, England), 382(9895), 859–865.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health: Detailed tables*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://www.samhsa.gov/data/>

Sugarman, D. E., Demartini, K. S., & Carey, K. B. (2009). *Are women at greater risk? An examination of alcohol-related consequences and gender*. *The American journal on addictions*, 18(3), 194–197.

Sugg N. (2015). *Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention*. *The Medical clinics of North America*, 99(3), 629–649.

Sun, Y., Zhang, Y., Wang, F., Sun, Y., Shi, J., & Lu, L. (2016). *From genetic studies to precision medicine in alcohol dependence*. *Behavioural pharmacology*, 27(2-3 Spec Issue), 87–99.

Swan, S., Farber, S. & Campbell, D. (2000). *Violence in the lives of women in substance abuse treatment: Service and policy implications. The Connecticut Women's Consortium* <http://www.womensconsortium.org/pdf/swan001025.pdf>

Tawa, E. A., Hall, S. D., & Lohoff, F. W. (2016). *Overview of the Genetics of Alcohol Use Disorder*. *Alcohol and alcoholism* (Oxford, Oxfordshire), 51(5), 507–514.

Terracciano, A., Löckenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvenu, O. J., & Costa, P. T., Jr (2008). *Five-Factor Model personality profiles of drug users*. *BMC psychiatry*, 8, 22.

The Netherlands Cancer Institute. (2002). *Assessing Health Status and Quality of Life instruments: attributes and review criteria*. *Qual Life Res*, Amsterdam, 11, 193-205

Tift, L. (1993). *Battering of women*. Boulder, C.O:Westview Press.

Tjaden, P., & Thoennes, N. (2000). *Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the National Violence Against Women Survey*. *Violence Against Women*, 6(2), 142–161.

Todd, J., Green, G., Harrison, M., Ikuesan, B. A., Self, C., Baldacchino, A., & Sherwood, S. (2004). *Defining dual diagnosis of mental illness and substance misuse: some methodological issues*. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 11(1), 48–54.

Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). *Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration*. *Clinical psychology review*, 20(2), 235–253.

Truman J., & Morgan R. (2014). (April, 2014) *Special Report Nonfatal Domestic Violence, 2003–2012*. BJS Statisticians. US Department of Justice. Office of Justice Programs Bureau of Justice Statistics.

Ugochukwu, C., Bagot, K. S., Delaloye, S., Pi, S., Vien, L., Garvey, T., Bolotaulo, N. I., Kumar, N., & Ishak, W. W. (2013). *The importance of quality of life in patients with alcohol abuse and dependence*. *Harvard review of psychiatry*, 21(1), 1–17.

United Nations. (1993). *The secretary-general's message for the International Day to End Violence Against Women and Girls*. <https://www.un.org/en/academic-impact/secretarygenerals-message-international-day-end-violence-against-women-and-girls-25>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). *Global Study on Homicide: Gender-related Killing of Female and Girls*. Available online: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet_5.pdf

Vatsalya, V., Stangl, B. L., Schmidt, V. Y., & Ramchandani, V. A. (2018). *Characterization of hangover following intravenous alcohol exposure in social drinkers: methodological and clinical implications*. *Addiction biology*, 23(1), 493–502.

Vivilaki, V.G., Dafermos, V., Daglas, M., et al. (2010). *Identifying Intimate Partner Violence*

(IPV) during the postpartum period in a Greek sample. *Arch Womens Ment Health* 13, 467–476.

Volk, R. J., Cantor, S. B., Steinbauer, J. R., & Cass, A. R. (1997). *Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients*. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 21(5), 899–905.

Walker, L. (1999). Psychology & Domestic Violence Around the World. *American Psychologist*, 54 (1), 21-29.

Wall, A. E., & Kohl, P. L. (2007). *Substance use in maltreated youth: findings from the national survey of child and adolescent well-being*. *Child maltreatment*, 12(1), 20–30.

White A. M. (2020). *Gender Differences in the Epidemiology of Alcohol Use and Related Harms in the United States*. *Alcohol research : current reviews*, 40(2), 01.

WHOQOL Group, WHO, Div of Mental Health, Geneva. (1993). *Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL)*. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 2(2), 153–159.

WHOQOL Group, WHO, Div of Mental Health, Geneva. (1995). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409

Wimonthip, P. (2018). *The Relationship between Intimate Partner Violence and Quality of Life among Thai Women: The Moderating Effects of Family Support and Friend Support* (Doctoral dissertation). Ohio: Kent State University.

Winokur, G., & Clayton, P. J. (1968). *Family history studies. IV. Comparison of male and female alcoholics*. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 29(4), 885–891.

World Health Organization. (1948). *Preamble to the constitution of the world health organization as adopted by the international health conference*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

World Health Organization. (1991). *Revised Targets for Health for All in Europe*. World Health Organization, Copenhagen.

World Health Organization. (1994). *WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL)*. In *Quality of Life Assessment: International Perspectives* (ed. J. Orley and W. Kuyken), pp. 41–57. Springer Verlag: Heidelberg.

World Health Organization. (1995). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (1998). *WHOQOL user manual*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

World Health Organization & Pan American Health Organization. (2012). *Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77432>

World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>

World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

World Health Organization. (2016). *Web appendices for Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990-2014*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2017). *Progress report on implementation of the European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012- 2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2019). *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2021a). Violence against women. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

World Health Organization. (2021b). *Global Health Observatory Data Repository (European Region)*. <https://apps.who.int/gho/data/node.main-euro.A1028?lang=en&showonly=GISAH>

World Health Organization (2022a). *International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11)*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2022b). *Alcohol, drinkers only per capita (15+ years) consumption in litres of pure alcohol*. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-drinkers-only-per-capita-\(15-\)consumption-in-litres-of-pure-alcohol](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-drinkers-only-per-capita-(15-)consumption-in-litres-of-pure-alcohol)

World Health Organization. (2023). *Alcohol*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

Young, K. J., & Longman, A. J. (1983). *Quality of life and persons with melanoma: a pilot*

study. *Cancer nursing*, 6(3), 219–225.

Yount, K. M., & Li, L. (2009). *Women's "Justification" of Domestic Violence in Egypt*. *Journal of Marriage and Family*, 71(5), 1125–1140.

Yuan, W., & Hesketh, T. (2021). *Intimate Partner Violence and Depression in Women in China*. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(21–22), NP12016–NP12040.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.