



KENTRO EPYNON GIA ΘΕΜΑΤΑ ΙΣΟΤΗΤΑΣ (Κ.Ε.Θ.Ι.)

ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΣΤΗ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΛΛΑΔΑ: ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ

Επιστημ. Υπεύθυνοι:

Καθ. Φ. Τσαλίκογλου

Αναπλ. Καθ. Β. Αρτινοπούλου, Πρόεδρος Δ.Σ. του ΚΕΘΙ

Επιστημονικός Σύμβουλος:

Επικ. Καθ. Α. Αλεξανδρίδης

Ερευνητική Ομάδα:

Μ. Λέλα

Ε. Ξυδοπούλου

Σ. Φερεντίνος

Γραμματειακή Υποστήριξη:

Ε. Λαγός

ΚΕΘΙ 2003

Περιεχόμενα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ	5
1.1. Ορισμός της Ψυχικής Υγείας	5
1.2. Φύλο και Ψυχική Υγεία	7
1.3. Φύλο, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και Ψυχική Υγεία	18
1.4. Βία κατά των γυναικών και ψυχολογικές επιπτώσεις	20
1.5. Πολλαπλοί ρόλοι και Ψυχική Υγεία των γυναικών	22
1.6. Γυναίκες και Ψυχική Υγεία στην Ελλάδα	26
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	28
2.1. Αντικείμενο και στόχοι έρευνας	28
2.2. Μεθοδολογία και στάδια έρευνας	28
2.2.1. Δείγμα	28
2.2.2. Μεθοδολογία	28
2.2.3. Εργαλεία	29
2.2.4. Επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων	31
3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	32
3.1. Ποσοτική και ποιοτική ανάλυση συμπληρωματικού ερωτηματολογίου	34
3.2. Ποσοτική και ποιοτική ανάλυση ερωτηματολογίου WHO-QOL	57
3.3. Ποσοτική και ποιοτική ανάλυση ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας	67
3.4. Ποσοτική και ποιοτική ανάλυση διασταύρωσης ερωτήσεων της έρευνας με τις κοινωνιο-δημογραφικές μεταβλητές	75
3.5. Διασταύρωση των κοινωνιο-δημογραφικών μεταβλητών με τις υποκλίμακες του Γενικού Ερωτηματολογίου Υγείας	116
3.6. Διασταύρωση των κοινωνιο-δημογραφικών μεταβλητών με τις υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής	121
4. ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	126
5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	131
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	134

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική υγεία στο σύγχρονο δυτικό πολιτισμό ορίζεται ως η ισόρροπη κατάσταση μεταξύ όλων των διαστάσεων της ζωής του ατόμου -της βιολογικής, της κοινωνικής, της συναισθηματικής και της πνευματικής- κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει ικανοποιητικά επίπεδα συναισθηματικής και συμπεριφορικής προσαρμογής. Θα πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι είναι δύσκολο να δοθεί ένας καθολικός ορισμός τόσο της ψυχικής υγείας, όσο και της ψυχικής νόσου, εξαιτίας των διαφορετικών πολιτισμικών πλαισίων, μέσα στα οποία αναπτύσσεται και εξελίσσεται η εννοιολογική τους κατασκευή.

Στις επιδημιολογικές έρευνες η διάσταση του φύλου ως δημογραφική μεταβλητή αποτελεί την ισχυρότερη συσχέτιση κινδύνου για τους διαφορετικούς τύπους ψυχικών διαταραχών. Οι έρευνες που διεξάγονται σε ευρωπαϊκό, αλλά και παγκόσμιο επίπεδο, συμπεριλαμβάνουν συστηματικά τη μελέτη του φύλου σε συνδυασμό με τις επιμέρους μεταβλητές που εξετάζονται. Η λεπτομερής και διεξοδική διερεύνηση της τελευταίας αναφορικά με τους παράγοντες που επιβαρύνουν την ψυχική ή/και τη σωματική υγεία των γυναικών, καταδεικνύει ότι ενοχοποιητικοί παράγοντες για την εμφάνιση και ανάπτυξη συμπτωματολογίας στις γυναίκες θεωρούνται: α) η κοινωνικο-οικονομική της θέση¹, β) οι πολλαπλοί ρόλοι που αναλαμβάνει², γ) η οικογενειακή της κατάσταση³, δ) διάφορα ψυχοπαιστικά γεγονότα⁴, κ.α.

Στην Ελλάδα, δεν έχουν πραγματοποιηθεί συστηματικές μελέτες σχετικά με την ψυχική υγεία της γυναίκας και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Τα διαθέσιμα στοιχεία που αφορούν στην ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού, προέρχονται από

¹ Ενδεικτικά: United Nations Development Program (1995). *Human Development Report*. New York, Oxford University Press.

Belle D. (1999). Poverty and Women's Mental health. *American Psychologist*, 45, σελ. 385-389.

Kawachi I. et al. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89, σελ. 1187-1193.

² Ενδεικτικά: Kopp R. G. & Ruzicka F. M. (1993). Women's Multiple Roles and Psychological Well-Being. *Psychological Reports*, σελ. 1351-1354.

Doress-Wortes P. B. (1994). Adding Elder Care To Women's Multiple Roles: A Critical Review Of The Caregiver Stress and Multiple Roles Literatures. *Sex Roles*, 31, σελ. 597-613.

Facione N. C. (1992). Role Overload and Health: The Married Mother in the Waged Labour Force. *Health Care For Women International*, 15, σελ. 157-167.

³ Ενδεικτικά: Gutierrez-Lobos K., Wöfl G., Scherer M., Anderer P. & Schmidl- Mohl B. (2000). The Gender Gap in Depression Reconsidered: The Influence of Marital and Employment Status on the Female/Male Ratio of Treated Incidence Rates. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 35, σελ. 202-210.

⁴ Ενδεικτικά: Amatea E. S. & Fong M. L. (1991). The Impact of Role Stressors and Personal Resources on the Stress Experience of Professional Women. *Psychology Of Women Quarterly*, 15, σελ. 419-430.

Cohen S., Kamarrck T. & Mermelstein R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, σελ. 385-396.

τις μελέτες του Μαδιανού, από τις οποίες εξάγονται τα χαρακτηριστικά που αφορούν στις γυναίκες και την ψυχοπαθολογία που αυτές αναπτύσσουν⁵.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί πρότυπη προσπάθεια καταγραφής των δεικτών ψυχικής υγείας των γυναικών στην Ελλάδα και φιλοδοξεί να παρουσιάσει αξιόπιστα και αντικειμενικά ερευνητικά δεδομένα τέτοια, που να συμβάλουν τόσο μεθοδολογικά, όσο και ερμηνευτικά: α) στην κατάδειξη των επιπέδων ψυχικής και σωματικής υγείας του γυναικείου πληθυσμού στην Ελλάδα και β) στην ανάδειξη και επισήμανση κατευθυντήριων γραμμών, ώστε να υπάρξει αποτελεσματικός σχεδιασμός κοινωνικής πρόνοιας και πρόληψης.

⁵ Μαδιανός Μ. (1998). Φυσικό Περιβάλλον και Ψυχική Υγεία. *Ιατρικά Χρονικά*, 9, σελ. 525-529.
Μαδιανός Μ. (1998). *Υγεία και Ελληνική Κοινωνία: Εμπειρική Έρευνα*. Αθήνα, ΕΚΚΕ.

1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ

1.1 Ορισμός της Ψυχικής Υγείας

Η ψυχική υγεία δεν θεωρείται πλέον ως η «απουσία ασθένειας ή η αδυναμία», αλλά μάλλον «η κατάσταση πλήρους φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας»⁶. Οι έννοιες της ψυχικής υγείας και της ψυχικής νόσου γίνονται αντιληπτές ως δύο πόλοι του ίδιου συνεχούς, ενώ δεν υπάρχει απόλυτη ομοφωνία ανάμεσα στους ειδικούς ως προς την κατηγοριοποίηση, την αιτιολογία και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.⁷ Οι έννοιες της ψυχικής υγείας και νόσου διέπονται παράλληλα από την επίδραση του πολιτισμικού πλαισίου. Σύμφωνα με τον Cowen, στον ορισμό της ευεξίας εμπεριέχονται φανερές και αδιόρατες αξίες. Καθώς, οι αξίες μεταξύ των πολιτισμών αλλά και μεταξύ των υπο-ομάδων εντός του ίδιου πολιτισμού διαφέρουν, είναι αδύνατο να υπάρχει ένας ορισμός που να γίνεται καθολικά αποδεκτός.⁸

Στον ορισμό της ψυχικής υγείας και της ψυχικής νόσου υπεισέρχονται δύο τύπων έννοιες: α) η στατιστική έννοια, η οποία αφορά στο βαθμό που συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές παρεκκλίνουν από ένα προκαθορισμένο πρότυπο και β) η κανονιστική έννοια, η οποία αναφέρεται στον τρόπο που τα παραπάνω αξιολογούνται σε ένα συγκεκριμένο πολιτισμικό πλαίσιο. Επιπρόσθετα, η ιδέα της κανονικότητας στην ψυχική υγεία είναι σε ένα βαθμό προβληματική. Η συγκεκριμένη έννοια είναι δυνατόν να προσεγγιστεί και να γίνει αντιληπτή πολλαπλά: α) μέσω της έννοιας της απουσίας της παθολογίας, β) μέσω των ουμανιστικών θεωριών και της ιδανικής λειτουργίας, την οποία περιγράφουν ως “αυτοπραγμάτωση”, γ) μέσω του επιπέδου της λειτουργικότητας της πλειοψηφίας των ατόμων και δ) ως το προϊόν αλληλεπιδρούντων συστημάτων, τα οποία αλλάζουν στο διηνεκές του χρόνου, σύμφωνα με την ηλικία του ατόμου και τους αναπτυξιακούς σταθμούς που το άτομο κατακτά⁹.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το Πανεπιστήμιο του Harvard και την Παγκόσμια Τράπεζα (World Bank) με στόχο να διερευνηθούν οι επιπτώσεις των νοσημάτων παγκόσμια, καταδείχτηκε ότι οι ψυχικές ασθένειες έρχονται δεύτερες, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, αναφορικά με την επιβάρυνση της υγείας στις αναπτυσσόμενες οικονομικά αγορές του κόσμου, καθώς

⁶ WHO (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Txt at <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/chapter1/001a.htm>

⁷ Pilgrim D & Rogers A. (1993) *A sociology of mental health and illness*. Buckingham, Open University Press.

⁸ Cowen, E. L. (1994). The enhancement of psychological wellness: Challenges and opportunities. *American Journal of Community Psychology*, 22, 149-179.

⁹ Offer, S.N. & Shabshin, M. (1984). *Normality and the life cycle: A critical integration*. New York: Basic Books.

αποτελούν την αιτία για ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού απώλειας πολλών ετών παραγωγικής ζωής, είτε λόγω πρόωμων θανάτων, είτε λόγω έλλειψης δυνατότητας για παραγωγική δραστηριότητα¹⁰.

Δεδομένης της σημασίας της ψυχικής υγείας για την ευημερία του ατόμου και της κοινωνίας αφενός και αφετέρου των υψηλών και αυξανόμενων ποσοστών της ψυχικών διαταραχών, γίνεται εύκολα αντιληπτό πως η πρόληψη, η διάγνωση και η θεραπεία αποτελούν νευραλγικούς τομείς της κοινωνικής πρόνοιας. Κατά συνέπεια, καθίσταται σαφές ότι τα ζητήματα της Ποιότητας Ζωής, καθώς και των καθοριστικών στοιχείων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, απαιτούν περαιτέρω εμβάθυνση, ενώ η μεταβλητή του φύλου θα πρέπει να κατέχει εξέχουσα θέση τόσο στις μελέτες, όσο και στην πρόληψη, στην αντιμετώπιση και στη χάραξη πολιτικής σχετικά με την ψυχική υγεία.

¹⁰ Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2000*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health.

1.2. Φύλο και Ψυχική Υγεία

Το κοινωνικό φύλο αποτελεί κατασκευή που στόχο έχει τον προσδιορισμό των «κοινωνικών ρόλων των γυναικών και των ανδρών, οι οποίοι αποτελούν αντικείμενο μάθησης, αλλάζουν στη διάρκεια του χρόνου, αλλά και διαφέρουν μέσα στα πολιτισμικά πλαίσια και μεταξύ αυτών»¹¹. Επιπρόσθετα, το βιολογικό φύλο αφορά στις βιολογικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών.¹² Η σύγχυση και η χρήση των εννοιών του κοινωνικού και βιολογικού φύλου ως ταυτόσημων συχνά εννοιολογικών όρων, είναι δυνατόν να οδηγήσουν στη δημιουργία διαστρεβλωμένων αντιλήψεων και προκαταλήψεων, με αποτέλεσμα η αλληλεπίδραση των βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων που καθορίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά να μην διερευνάται με επάρκεια.

Η ψυχική υγεία, αποτελεί συνισταμένη βιολογικών και ψυχο-κοινωνικών παραγόντων που βρίσκονται σε αλληλεπίδραση¹³. Με το φεμινιστικό κίνημα και την κριτική που άσκησε στην επιστημονική έρευνα¹⁴, ψυχοπαθολογικά φαινόμενα που θεωρούνταν άμεσα συνδεδεμένα με το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας, όπως π.χ. η Μετελόχεια Κατάθλιψη¹⁵ και οι Διαταραχές της Εμμηνόπαυσης¹⁶, άρχισαν να σχετίζονται άμεσα με άλλους ψυχολογικούς ή κοινωνικούς συντελεστές, όπως η ιδιοσυγκρασία της ίδιας της γυναίκας, ο τρόπος και οι συνθήκες ζωής της, το κοινωνικό της περιβάλλον, η σχέση της με το σύντροφό της και άλλοι παράγοντες.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι συχνά παρατηρείται μια ανδρο-κεντρική στάση απέναντι σε ζητήματα ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, έχει υποδειχτεί ότι οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας έχουν την τάση να διαγιγνώσκουν κατάθλιψη ευκολότερα σε γυναίκες ασθενείς από ό,τι σε άντρες, ακόμη και όταν παρουσιάζουν την ίδια συμπτωματολογία, ή λαμβάνουν την ίδια ψυχομετρική αξιολόγηση¹⁷. Ακόμη

¹¹ Ορισμός των Η. Ε. Earth Negotiation Bulletin ENB: 14:07 txt at: <http://www.iisd.ca/linkges/vol14/1407005e.html>.

¹² Talk: Sex, from the Wikipedia, the free encyclopedia 213.16.157.65 <http://www.wikipedia.com/wiki/Talk:Sex>.

¹³ McGrath E, Keita G. P., Strickland B. R. et al (Eds.) (1990) *Women and depression. Risk factors and treatment issues*, Washington: American Psychological Association

¹⁴ Dennerstein L., Astbury J & Morse C. (1993). *Psychosocial and mental health aspects of women's health*. Geneva: World Health Organization.

Eichler A, & Parron D. L. (1987). *Women's mental health: Agenda for research*. Rockville MD: Unpublished Licentiate, Umea University.

McGrath E, Keita G. P., Strickland B. R et al (επιμ.) (1990). *Women and...ό.π.*

Mastroianni A. C., Faden R & Federman S. (1994). *Women and Health Research: Ethical and Legal issues of including women in clinical studies*. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press.

¹⁵ Small R., Astbury J., Brown S, Lumley J. (1994). Depression after childbirth. Does social context matter? *Medical Journal of Australia*, 161, σελ. 473-177

¹⁶ Dennerstein L., Dudley E. & Burger H. (1997) Well being and the menopausal transition. *Journal of Psychosomatics and Gynecology* 18, σελ. 95-101

¹⁷ Callahan EJ et al. (1997) Depression in primary care: patient factors that influence recognition. *Family Medicine*, 29: 172-176.

και όταν η διάγνωση είναι ακριβής, το θεραπευτικό πλάνο του επαγγελματία της ψυχικής υγείας επηρεάζεται σε ένα βαθμό από το φύλο του ασθενή: συχνά παρατηρείται η τάση να χορηγούνται στις γυναίκες ψυχοτρόπα φάρμακα με μεγαλύτερη ευκολία από ό,τι στους άντρες.

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Αμερικανικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας οι ψυχικές διαταραχές προσβάλλουν εξίσου τόσο τους άνδρες, όσο και τις γυναίκες¹⁸. Τα ερευνητικά πορίσματα του Ινστιτούτου δεικνύουν ότι οι γυναίκες αναζητούν θεραπεία ή βοήθεια αναφορικά με τις ψυχικές διαταραχές ευκολότερα από τους άνδρες, τόσο σε πρωτογενές, όσο και σε δευτερογενές επίπεδο περίθαλψης. Η θέση αυτή ενδυναμώνεται και από έρευνες, οι οποίες παρουσιάζουν ότι άνδρες και γυναίκες εμφανίζουν ίδια ποσοστά επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία κλινικών, ενώ οι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες από τις γυναίκες περίθαλψης σε δημόσια ψυχιατρεία ή να εισαχθούν σε κάποια κλινική παρά τη θέλησή τους¹⁹.

Αναφορικά με τη συχνότητα της ψυχικής ασθένειας, τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη σχέση φύλου και ψυχοπαθολογίας, δεν παρουσιάζουν σταθερές και συνεπείς ενδείξεις διαφορών στα συνολικά ποσοστά ψυχιατρικής νοσηρότητας ανδρών και γυναικών. Το ίδιο ισχύει και για την παροχή ψυχιατρικής θεραπείας, όπου τα ποσοστά ανδρών και γυναικών εμφανίζονται όμοια²⁰. Αναφορικά με την νοσηλεία σε νοσοκομεία, οι γυναίκες παρουσιάζεται να παραμένουν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο για τα ίδια συμπτώματα, ενώ για την κατάθλιψη παραμένουν το διπλάσιο χρόνο από ό,τι οι άνδρες. Εξάλλου, έχουν περισσότερες πιθανότητες να δεχτούν φαρμακευτική αγωγή ψυχοτρόπων φαρμάκων²¹.

Άλλες έρευνες δεικνύουν ως κοινά συναντώμενο φαινόμενο το ότι περισσότερες γυναίκες από άνδρες διαγιγνώσκονται με ψυχική ασθένεια²². Πρόσφατες έρευνες κατέδειξαν ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα

¹⁸ National Institute of Mental Health, *NIMH Research On Women's Mental Health: Highlights FY 1999-FY 2000*, NIMH Public Inquiries, Bethesda, 2001.

¹⁹ Parker J., Georgaka E., Harper D. & McLaughlin T. (1995). *Deconstructing Psychopathology*. London, Sage Publications, 1995.

²⁰ Robins L., Helzer J., Weissman M. et al. (1984). Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, σελ. 949-958

Tomes N., Historical Perspectives on Women and Mental Illness, στο A. Apple (επιμ.) (1992). *Women, Health and Medicine in America: A Historical Handbook*. New Jersey, Rutgers University Press, σελ. 143-171.

²¹ Russo N., Women and Mental Health: Selected Issues, στο P. Willie, B. Rieker, B. Kramer & B. Brown (επιμ.) (1995). *Mental Health, Racism & Sexism*. London, Taylor & Francis, σελ. 373-396.

²² Pilgrim D. & Rogers A. (1993). *Sociology of Mental Illness*, Buckingham, Open University Press.

Vazquez- Barquero J., Diez Manrique J., Munoz J., et.al (1992). Sex Differences in Mental Illness: A Community Study of the Influence of Physical Health and Sociodemographic Factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, σελ. 62-68.

ησσόνων μορφών ψυχιατρικής νοσηρότητας από ό,τι οι άνδρες, αν και οι διαφορές μεταξύ τους δεν είναι σημαντικές²³.

Αν και τα συνολικά ποσοστά ψυχοπαθολογίας εμφανίζεται να είναι σχεδόν τα ίδια ανάμεσα στα δύο φύλα, τα τελευταία διαφέρουν στα θέματα ψυχικής υγείας και νόσου. Οι διαφορές αυτές δεν αφορούν μόνο στη διαφορετική ποσοστιαία κατανομή μιας διαταραχής ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες ή στο χρόνο έναρξής της, αλλά είναι δυνατόν να είναι πολυεπίπεδες και να αφορούν στο διαφορετικό κίνδυνο και στην επιρρέπεια του κάθε φύλου ως προς την ψυχική διαταραχή, τη διάγνωση, τη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, καθώς και τη διαφορετική προσαρμογή αντρών και γυναικών στα πλαίσια της διαταραχής²⁴.

Αξίζει να σημειωθεί ότι από όλες τις δημογραφικές μεταβλητές σε μια επιδημιολογική έρευνα, η διάσταση του φύλου αποτελεί την ισχυρότερη συσχέτιση κινδύνου για τους διαφορετικούς τύπους ψυχικών διαταραχών. Παρά την αυτοδυναμία της συσχέτισης αυτής, «το φύλο» καθεαυτό συνιστά πληρεξούσιο όρο για ένα σύμπλεγμα βιολογικών, συμπεριφορικών και ψυχο-κοινωνικών μεταβλητών και διαδικασιών, οι οποίες παραμένουν ακόμα ατελώς κατανοημένες. Οι περισσότερες έρευνες στο γενικό πληθυσμό συχνά αποτυγχάνουν να λάβουν υπόψη τη σημασία των κοινωνικών ρόλων αναφορικά με το φύλο. Για παράδειγμα, δεδομένου ότι περισσότεροι άνδρες από ό,τι γυναίκες εργάζονται εκτός σπιτιού, το αποτέλεσμα των συγκρίσεων μεταξύ των δύο φύλων μπορεί να είναι συγκεχυμένα, εξαιτίας των διαφορών στην εργασία²⁵. Οι εμπειρίες των γυναικών διαφέρουν από αυτές των ανδρών σε πολλά επίπεδα, συμπεριλαμβανομένων της ανατροφής και διαπαιδαγώγησης των παιδιών, τις «διπλές βάρδιες» των γυναικών στο σπίτι και τον εργασιακό χώρο και την έλλειψη εξουσίας στις προσωπικές, εργασιακές, οικονομικές, κοινωνικές, επαγγελματικές και πολιτικές σχέσεις²⁶. Οι εμπειρίες αυτές έχουν άμεση επιρροή στην αυτο-εκτίμηση των γυναικών, στην αίσθηση ελέγχου και στη διάθεσή τους²⁷.

Στον τομέα της εκπαίδευσης, τα Ηνωμένα Έθνη με έκθεσή τους²⁸ υποδεικνύουν ότι στο συνολικό ποσοστό των αναλφάβητων παγκοσμίως (900.000.000), οι γυναίκες έχουν διπλάσια ποσοστά από ό,τι οι άνδρες. Η ανισότητα

²³ Emslie C., Fuhrer R., Hunt K., Macintyre S., Shipley M. & Stansfeld M., (2002). Gender Differences in Mental Health: Evidence from Three Organizations. *Social Science & Medicine*, 54, 4, σελ. 621-624.

²⁴ Kessler R. C., Sonnega A., Bromet E. et al. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, σελ. 8-19.

²⁵ Στο ίδιο.

²⁶ Stewart D.E., Rondon M., Damiani G. & Honikman J. (2001). International Psychosocial and Systemic Issues in Women's Mental Health. *Archives of Women's Mental Health*, 4, σελ. 13-17.

²⁷ Koblinsky M., Timyan J. & Guy J. (επιμ.) (1993). *The Health of Women: A Global Perspective*. National Council for International Health, Westview Press.

²⁸ Στο ίδιο.

αυτή είναι ιδιαίτερα οξεία στη Βόρεια και Νότια Αφρική (σε 22 κράτη) και στην Ασία (9 κράτη), όπου το ποσοστό των αγοριών προς τα κορίτσια που εγγράφονται σε σχολεία, είναι περισσότερο από 80% προς 20% αντίστοιχα. Η εκπαίδευση είναι απαραίτητη συνθήκη για την απόκτηση γνώσης και παράλληλα επιτρέπει στις γυναίκες να αποκτήσουν συνείδηση του φύλου τους και ισχυροποιεί την ικανότητά τους για λήψη αποφάσεων²⁹.

Πρόσφατα, έγινε προσπάθεια να ερευνηθεί η διάσταση του φύλου στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στα δύο φύλα, λαμβάνοντας παράγοντες που είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη ψυχική υγεία, όπως ο προσανατολισμός του φύλου αναφορικά με τους ρόλους, οι οικιακές υπευθυνότητες, το είδος του επαγγέλματος και το περιβάλλον εργασίας³⁰. Η οικονομική ευαλωτότητα – και επομένως το στρες που προκύπτει από την τελευταία – σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση ψυχικών νόσων, καθώς η εργασία στις γυναίκες έχει συνδεθεί με την προστασία από την ψυχική ασθένεια³¹.

Στις ανεπτυγμένες δυτικές χώρες οι γυναίκες παρουσιάζουν διπλάσιες πιθανότητες από τους άνδρες να πάσχουν από κατάθλιψη και άγχος, ενώ οι τελευταίοι είναι περισσότερο πιθανό να εμφανίζουν τη συμπτωματολογία κατάχρησης ουσιών και μερικών διαταραχών της προσωπικότητας³². Οι Διαταραχές της Διάθεσης και οι περισσότερες από τις Αγχώδεις Διαταραχές συναντώνται, κατά μέσο όρο, δύο με τρεις φορές συχνότερα στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες. Με αυτά τα ευρήματα σύμφωνη είναι έρευνα που αφορούσε στο προφίλ των ατόμων που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία σε περιοχή της Νότιας Αφρικής³³, η οποία κατέδειξε ότι συνολικά οι γυναίκες είχαν περισσότερες εισαγωγές από τους άνδρες. Για τις τελευταίες, οι συχνότερα συναντώμενες διαγνώσεις αφορούσαν στις Διαταραχές της Διάθεσης, οι οποίες ακολουθούνταν από τις Ψυχωσικές Διαταραχές. Αναφορικά με τις διαγνώσεις που πραγματοποιήθηκαν για τους άνδρες, κυριαρχούσαν οι Ψυχωσικές Διαταραχές και η Κατάχρηση Ουσιών. Γενικά, σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών από ό,τι ανδρών δέκτηκε τη διάγνωση Διαταραχών Διάθεσης,

²⁹ Stewart D.E. et al (2001). *International Psychosocial...ό.π.*

³⁰ Annandale E. & Hunt K., *Gender Inequalities in Health: Research at the Crossroads*, στο E. Annandale & K. Hunt (επιμ.) (2001). *Gender Inequalities in Health*, Buckingham. Open University Press, σελ. 1-35

Lennon M. C. (1995). Work Conditions as Explanations for the Relation Between Socioeconomic Status, Gender and Psychological Disorders. *Epidemiologic Reviews*, 17, 1, σελ. 120-127

Popay J., Bartley M. & Owen C. (1993). Gender Inequalities in Health: Social Position, Affective Disorders and Minor Psychiatric Morbidity. *Social Science and Medicine*, 36, 1, σελ. 21-32.

³¹ Gibbs J. & Fuery D (1994). Mental Health and Well-being of Black Women: Towards Stragedies of Empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 22, σελ. 559-582.

³² Kessler R. S., McGonagle K. A., Swartz M., Blazer D. G. & Nelson C. B. (1993). Sex and Depression in the National Comorbidity Study. *Journal of Affective Disorders*, 29, σελ. 85-96.

³³ Strebel A., Stacey M. & Msomi N. (1999) Gender and Psychiatric Diagnosis: A Profile of Admissions to Mental Hospitals in the Western Cape Province, South Africa. *Archives of Women's Mental Health*, 2, σελ. 75-81.

Αγχωδών Διαταραχών και Διαταραχών Προσαρμογής, ή με Διαταραχές Προσωπικότητας, όπως η Αποφευκτική³⁴, η Εξαρτημένη³⁵, η Δραματική³⁶ και η Μετ αιχμιακή³⁷. Αντίθετα, σημαντικό μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών δέκτηκε τη διάγνωση της Κατάχρησης Ουσιών, της Σχιζοφρένειας, Γνωστικών Διαταραχών και Αντικοινωνικής Διαταραχής της Προσωπικότητας.

Αντίθετα, οι άνδρες είναι περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν αναπτυξιακές διαταραχές, όπως ο Αυτισμός και η Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, και Διαταραχές οφειλόμενες σε κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών. Για όλες τις διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων αυτών που παρουσιάζονται συχνότερα στους άνδρες και αυτών, στις οποίες ο επιπολασμός του φύλου είναι ίσος, οι διαφορές που σχετίζονται με τη διάσταση του φύλου μπορεί να εμφανιστούν αναφορικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες κινδύνου ή στην κλινική εικόνα. Οι διαφορές του φύλου σε τέτοια χαρακτηριστικά, όπως τα νευροψυχολογικά προφίλ, ο κίνδυνος ηλικίας έναρξης ή η υποτροπή, η βαρύτητα των συμπτωμάτων ή η δυσλειτουργικότητα, είναι σημαντικές πρακτικά για τις θεραπευτικές ανάγκες και την παροχή υπηρεσιών.

Συγκεκριμένες διαταραχές, όπως η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή και η Δυσθυμική Διαταραχή³⁸ συναντώνται στις γυναίκες σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι στους άνδρες. Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή αποτελεί την πρωταρχική αιτία ανικανότητας παγκοσμίως για τις γυναίκες και αναφέρεται ως η πρώτη σε συχνότητα διαταραχή για τις γυναίκες σε ηλικία τεκνοποίησης. Στην κατάθλιψη οφείλεται το δεύτερο μεγαλύτερο μέρος της παγκόσμιας επιβάρυνσης που προέρχεται από ψυχολογικές και νευρολογικές διαταραχές³⁹. Συγχρόνως, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή αποτελεί την επικρατέστερη ψυχική διαταραχή, από την οποία υποφέρει ο γυναικείος πληθυσμός⁴⁰, καθώς εμφανίζεται στο γυναικείο πληθυσμό δυο φορές συχνότερα από ό,τι στους άνδρες και είναι η ψυχική νόσος που παρουσιάζει τις

³⁴ Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής, είναι η έντονη κοινωνική αναστολή, τα αισθήματα ανεπάρκειας και η υπερευαίσθησία στην κριτική των άλλων.

³⁵ Διαταραχή, κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει έντονη και υπερβολική ανάγκη φροντίδας από άλλα άτομα, υποτακτική και εξαρτημένη συμπεριφορά και φόβο αποχωρισμού από τους άλλους.

³⁶ Διαταραχή, της οποίας κύριο χαρακτηριστικό είναι η υπερβολική συναισθηματικότητα και η επιζήτηση προσοχής.

³⁷ Κύρια χαρακτηριστικά της Μετ αιχμιακής Διαταραχής της Προσωπικότητας είναι η έντονη αστάθεια σε διάφορες διαστάσεις της ζωής του ατόμου και η έντονη παρορμητικότητα.

³⁸ Διαταραχή, στην οποία παρουσιάζεται χρόνια καταθλιπτική διάθεση στο άτομο κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες μέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια.

³⁹ Murray J.L. & Lopez A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality ad disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Summary*. Boston: Harvard School of Public Health, World Health Organization

⁴⁰ Piccinelli M. and Homen F. G. (1997). *Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia*. Geneva: World Health Organization.

μεγαλύτερες διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα⁴¹. Ακόμη και όταν τα τελευταία εξισωθούν ως προς διάφορες τρίτες μεταβλητές, όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση και το επάγγελμα, η κατάθλιψη είναι συχνότερα απαντώμενη ψυχική νόσος στις γυναίκες, τόσο σε δείγματα κλινικού, όσο και γενικού πληθυσμού, σε όλες τις φυλετικές ομάδες και κοινωνικές τάξεις.

Η αυτο-εικόνα και αυτο-εκτίμηση της γυναίκας επηρεάζονται άμεσα από την ποιότητα των διαπροσωπικών τους σχέσεων. Είναι ενδιαφέρον ότι η ποιότητα των συζυγικών σχέσεων χαρακτηρίζεται ως πολύ περισσότερο σημαντική από τις γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες⁴². Η σημασία του έλεγχου και της αυτονομίας διαφαίνεται από το ακόλουθο πόρισμα έρευνας σχετικής με το χωρισμό. Όταν την πρωτοβουλία για χωρισμό την είχε ο σύζυγος, οι μισές γυναίκες αντέδρασαν με καταθλιπτική συμπτωματολογία. Όταν, αντίθετα, την πρωτοβουλία για χωρισμό την είχε η ίδια η γυναίκα, τότε η καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφανίστηκε μόνο στο 10% του δείγματος των γυναικών. Είναι αξιοσημείωτο ότι στην περίπτωση που διαπιστώθηκε στειρότητα στη γυναίκα, αλλά παρόλα αυτά δεν επήλθε χωρισμός, τα ποσοστά της κατάθλιψης σημείωσαν αύξηση⁴³.

Ακόμη και στον επαγγελματικό χώρο διακρίνονται παράγοντες εκλυτικοί ή προστατευτικοί από την κατάθλιψη. Οι χαμηλότερες επαγγελματικές βαθμίδες, η απουσία σαφούς καθορισμού των καθηκόντων, ο αποκλεισμός της δυνατότητας λήψης και εκτέλεσης αποφάσεων, ή/και η χαμηλότερη αμοιβή, αποτελούν σχετικά αξιόπιστους προγνωστικούς δείκτες για την εμφάνιση και έναρξη Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής⁴⁴.

Η σημασία των κοινωνικών παραγόντων στη συσχέτιση φύλου και κατάθλιψης διαφαίνεται και από το ότι οι διαφορές των δύο φύλων ως προς τη διαταραχή έχουν άμεση σχέση με την ηλικία των ατόμων. Ενώ δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές κατά την παιδική ηλικία και στα ηλικιωμένα άτομα, οι μεγαλύτερες διαφορές εμφανίζονται ανάμεσα στους ενήλικες άντρες και γυναίκες⁴⁵. Η σταθερά παρατηρούμενη κυριαρχία των γυναικών επί των ανδρών στα ποσοστά κατάθλιψης τόσο σε πληθυσμούς υπό θεραπεία, όσο και στο γενικό πληθυσμό, δεν έχει ακόμη εξηγηθεί επαρκώς. Μεταξύ των πολλών πιθανών βιολογικών και ψυχο-κοινωνικών

⁴¹ Piccinelli M. & Homen F. G. (1997). Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Geneva: World Health Organization.

⁴² Jordan J. Kaylan A. & Surrey J. L. (1991). *Women's growth in connection: Writings from the Stone Centre*. New York: Guilford Publications.

⁴³ Brown G. W., Harris T. O. & Hepworth C. (1995). Loss and depression: a patient and non patient comparison. *Psychological Medicine*, 25, σελ. 7-21.

⁴⁴ Stansfeld S. A, Head J. & Marmot M.G. (1998). Explaining social class differentials in depression and well being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, σελ. 1-9.

⁴⁵ Vazquez-Barquero JL, Diez-Manrique JF, Munoz, J et al. (1992). Sex differences in mental illness: a community study of the influence of physical health and sociodemographic factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 62-68.

ερμηνειών που δίνονται, η οικογενειακή και η επαγγελματική κατάσταση δεν έχουν μελετηθεί εκτενώς και ουσιαστικά ελάχιστα είναι γνωστά για το αποτέλεσμα του συνδυασμού αυτών των μεταβλητών στις διαφορές των φύλων αναφορικά με την κατάθλιψη. Ως κύριος λόγος αυτής της έλλειψης δεδομένων, παρουσιάζεται ο περιορισμένος αριθμός των διαθέσιμων περιστατικών στις επιδημιολογικές έρευνες⁴⁶.

Οι Weissman και Klerman υπέδειξαν ότι τα ευρήματα των εμπειρικών ερευνών που έδειχναν τη σταθερά επιδημιολογική υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών στην κατάθλιψη, ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και δεν μπορούν να αναχθούν σε τεχνητές ερμηνείες, όπως οι διαφορές των φύλων αναφορικά με την αναζήτηση βοήθειας, τις περισσότερες αναφορές συμπτωμάτων κατάθλιψης από τις γυναίκες ή την προκατάληψη που παρατηρείται στη διάγνωση⁴⁷. Τα τελευταία χρόνια, όλο και περισσότερες έρευνες συμφωνούν με το γεγονός ότι περισσότερες γυναίκες από ό,τι άνδρες πάσχουν από κατάθλιψη. Εξάλλου, καθίσταται περισσότερο εμφανής η αλληλεπίδραση βιολογικών και ψυχο-κοινωνικών παραγόντων όσον αφορά στην ερμηνεία της εμφάνισης του δεδομένου αυτού⁴⁸.

Επιπρόσθετα, οι Διαταραχές της Διάθεσης που συνδέονται με την αναπαραγωγή, όπως η Προεμμηνορρησιακή Δυσφορική Διαταραχή και η Επιλόχεια Κατάθλιψη ή η Περιεμμηνοπαυσιακή Κατάθλιψη, είναι δυνατόν να προκαλέσουν σημαντική δυσλειτουργικότητα στις γυναίκες. Γενετικοί, ορμονικοί, στρεσογόνοι και άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες, εμφανίζεται να παίζουν ρόλο στην καταγωγή και εξέλιξη των Διαταραχών Διάθεσης. Επίσης οι γυναίκες διαπράττουν περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας, αν και στους άντρες αναλογούν τελικά μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχημένων αποπειρών⁴⁹.

Οι περισσότερες Αγχώδεις Διαταραχές –συμπεριλαμβανομένων των Διαταραχών Πανικού, των Φοβίων, της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής και της Διαταραχής μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες- προσβάλλουν κατά προσέγγιση 2-3 φορές περισσότερες γυναίκες από ό,τι άνδρες. Συχνά οι διαταραχές αυτές είναι συνοδές των Διαταραχών Διάθεσης και έχουν σχετικά πρώιμη ηλικία έναρξης. Έρευνα που διεξήχθη στις

⁴⁶ Gutierrez-Lobos K., Wöfl G., Scherer M., Anderer P. & Schmidl-Mohl B. (2000). The Gender Gap in Depression Reconsidered: The Influence of Marital and Employment Status on the Female/Male action of Treated Incidence Rates. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 35, σελ. 202-210.

⁴⁷ Weissman M.M. & Klerman G.L. (1977). Sex Differences and the Epidemiology of Depression. *Archives of General Psychiatry*, 3, σελ. 98-112.

⁴⁸ Ενδεικτικά: Kornstein S. (1997). Gender Differences In Depression: Implications for Treatment, *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, σελ. 12-18.

Wolk S. I. & Weissman M. M., Women and Depression, στο J. M. Oldham & M. B. Riba (επιμ.) (1995). *Review of Psychiatry*, τόμος 14, Washington. American Psychiatric Press, σελ. 227-259.

⁴⁹ Weissman, MM, Bland R, Canino G, Greenwald S., Hwu H., Joyce P., Karam E., Lee C., Lellouch J., Lepine J., Newman S., Rubio-Stipec M., Wells J., Wickramaratne P., Wittchen H. & Yeh E. (1999) Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, 29: 9-17.

Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής⁵⁰, κατέδειξε ότι, ενώ το γενικό ποσοστό κινδύνου να αναπτύξει κανείς Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες μετά από την έκθεσή του σε κάποιο τραυματικό γεγονός κυμαίνεται στο 9%, ο κίνδυνος ήταν παραπάνω από δύο φορές μεγαλύτερος για τις γυναίκες (13%) από ό,τι για τους άνδρες (6%). Η διαφορά μεταξύ των φύλων παρέμεινε, ακόμα και όταν ελέγχθηκε ο τύπος του τραυματικού γεγονότος που βιώθηκε.

Η έκθεση σε πολλαπλά τραυματικά γεγονότα και σε διαπροσωπική βία κατά την παιδική ηλικία, καθιστά τόσο τους άνδρες, όσο και τις γυναίκες, ευάλωτους αναφορικά με την ανάπτυξη Διαταραχής μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες, αλλά το γεγονός ότι οι γυναίκες είναι θύματα περισσότερο συχνά σεξουαλικής βίας, μπορεί να συμβάλει στη διαφορά μεταξύ των φύλων στα ποσοστά εμφάνισης της Διαταραχής μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες. Ειδικότερα, μελέτες⁵¹ που αφορούν στην παιδική κακοποίηση –συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής και σωματικής κακοποίησης, της παραμέλησης και της σεξουαλικής κακοποίησης– καταδεικνύουν τη συσχέτιση των παραπάνω με την ύπαρξη ψυχικών διαταραχών, ως συνέπεια του τραυματικού γεγονότος. Οι γυναίκες που έχουν υποστεί κάποιου είδους κακοποίηση, αναφέρουν σημαντικά μεγαλύτερη δυσλειτουργία στους σημαντικούς τομείς της ζωής τους, αυξημένο αριθμό δυσάρεστων φυσιολογικών συμπτωμάτων, προβλήματα στην αναπαραγωγή και στη σεξουαλική τους ζωή και συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία τους.

Η βία εναντίον των γυναικών παραμένει ένα παγκόσμιο πρόβλημα, το οποίο υπονομεύει την ψυχική τους υγεία και επιφέρει κατάθλιψη, διαταραχές προσωπικότητας, Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες, Διαταραχές της Λήψης Τροφής και άλλες συνοδές διαταραχές⁵². Τα Ηνωμένα Έθνη ορίζουν τη βία που βασίζεται στο φύλο ως «το φαινόμενο εκείνο που συμβαίνει στις γυναίκες και καταλήγει, ή είναι πιθανόν να καταλήξει, σε σωματική, σεξουαλική ή νοητική βλάβη ή πόνο, συμπεριλαμβανομένων απειλών για τέτοιες πράξεις, καταναγκασμών ή αυθαίρετη αποστέρηση της ελευθερίας, είτε αυτά επισυμβαίνουν στη δημόσια ή την ιδιωτική ζωή. Τα παραπάνω συμπεριλαμβάνουν πράξεις πολέμου ή δημόσιας

⁵⁰ Breslau N., Kessler R. C., Chilcoat H. D., Schulz L. R., Davis G. C. & Andreski P. (1996). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, σελ. 626-632.

⁵¹ Beitchman J. H., Zucker K. J., Hood J. E., DaCosta G. A., Akman D. & Cassavia E. (1992). A Review of the long-term Effects of Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, σελ. 101-118. Salmon P. & Calderbank S. (1996). The Relationship of Childhood Physical and Sexual Abuse to Adult Illness Behavior. *Journal of Psychosomatic Res.*, 40, σελ. 329-336.

Walker E. A., Unutzer J., Rutter C., Gelfand A., Saunders K., VonKorff M., Koss M. & Katon W. (1999). Costs of Health Care Use by Women HMO Members With a History of Childhood Abuse and Neglect. *Archives of General Psychiatry*, 56, σελ. 609-613.

⁵² Stotland N.L. & Stewart D.E (επιμ.), *Psychological Aspects of Women's Health Care: The Interface Between Psychiatry and Obstetrics and Gynecology*, Washington, American Psychiatric Press, 2001.

αναταραχής, στις οποίες περικλείονται η επίθεση και ο βιασμός»⁵³. Τα ποσοστά της ενδο-οικογενειακής βίας κατά των γυναικών κυμαίνονται μεταξύ 10 και 50% σε παγκόσμιο επίπεδο, σε εξάρτηση με τον ορισμό που χρησιμοποιείται για την ενδο-οικογενειακή βία και τη χώρα, στην οποία γίνεται η έρευνα⁵⁴.

Οι Διαταραχές της Λήψης Τροφής⁵⁵ απαντώνται οκτώ με δέκα φορές συχνότερα στις γυναίκες. Οι διαταραχές αυτές αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας στις δυτικές χώρες και πλήττουν τις γυναίκες οκτώ με δέκα φορές περισσότερο από ό,τι τους άνδρες. Οι γυναίκες που παρουσιάζουν αυτού του τύπου τις διαταραχές, έχουν ψυχολογική εμμονή με το φαγητό και την εικόνα του σώματος. Τα πρώιμα αποτελέσματα έρευνας που σχεδιάστηκε για να καθοριστούν οι γενετικοί και διαγνωστικοί δείκτες των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, δεικνύουν ότι τα συμπτώματα των διαταραχών αυτών σχηματίζουν το καθένα χαρακτηριστικές ομάδες, οι οποίες περιλαμβάνουν υπο-κλινικές συνθήκες. Η κληρονομικότητα των διαταραχών και η ηλικία των υποκειμένων φαίνεται να επηρέασαν τις εκτιμήσεις των ατόμων για το τρέχον μέγεθος του σώματός τους, το επιθυμητό μέγεθος του σώματός τους και τη δυσαρέσκεια με το σώμα τους⁵⁶.

Η Σχιζοφρένεια και η Διπολική Διαταραχή⁵⁷ σημειώνουν διαφορές ως προς το φύλο, αναφορικά με την ηλικία έναρξης, τα συμπτώματα, την ανταπόκριση στη θεραπεία και τη φυσική πορεία της ασθένειας, αλλά όχι και τον επιπολασμό. Αν και η Σχιζοφρένεια πλήττει άνδρες και γυναίκες στον ίδιο βαθμό, οι γυναίκες φαίνεται να έχουν στη διάθεσή τους προστατευτικούς συντελεστές έναντι των φτωχών γνωστικών και ψυχο-κοινωνικών συνεπειών της ασθένειας, οι οποίες είναι περισσότερο χαρακτηριστικές στους άνδρες. Για παράδειγμα, οι γυναίκες σχιζοφρενείς έχουν καλύτερη ψυχο-κοινωνική λειτουργικότητα πριν την εμφάνιση της νόσου, καθώς επίσης τα πρώτα ψυχοσωματικά συμπτώματα εμφανίζονται σε αυτές σε μεγαλύτερες ηλικίες από ό,τι στους άνδρες σχιζοφρενείς⁵⁸. Επίσης, οι γυναίκες σχιζοφρενείς έχουν περισσότερες παραισθήσεις και περισσότερα θετικά ψυχωσικά συμπτώματα⁵⁹.

⁵³ United Nations, *ό.π.*

⁵⁴ Stewart D. E. et al., *ό.π.*

⁵⁵ Ψυχογενής Ανορεξία και Ψυχογενής Βουλιμία.

⁵⁶ Bulik C. M., Sullivan P. F. & Kendler K. S. (1998). An Empirical Study of the Classification of Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 44, σελ. 825-838.

⁵⁷ Διαταραχή κατά την οποία παρατηρούνται ακραίες συναισθηματικές διαθέσεις: έξαρση (μανία) και κατάθλιψη.

⁵⁸ Hambrecht M., Mauer K. & Hafner H. (1992). Evidence for a gender bias in epidemiological studies of schizophrenia. *Schizophrenia research*, 8, σελ. 223-231.

⁵⁹ Sharma R. P., Dowd S. M. and Janicak P.G. (1999) Hallucinations in the acute schizophrenic-type psychosis. *Schizophrenia Research* 37, σελ. 91-95.

Σχετικά με τη Διπολική Διαταραχή, ενώ οι περισσότερες έρευνες αναφέρουν όμοια ποσοστά στα δύο φύλα⁶⁰, τα ερευνητικά δεδομένα αρκετών ερευνών σε παγκόσμιο επίπεδο υποδεικνύουν με σταθερότητα ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία της Διπολικής Διαταραχής εμφανίζεται περισσότερο στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες, με αναλογία 2:1⁶¹. Ως προς τη Διπολική Διαταραχή, οι γυναίκες αναπτύσσουν πιο σύντομα από ό,τι οι άντρες τον κυκλικό τύπο και εμφανίζουν μεγαλύτερη συνοσυρότητα, ιδίως κατάθλιψη⁶². Επίσης, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εγκλειστούν σε κάποιο ψυχιατρικό πλαίσιο κατά τη διάρκεια της μανιακής φάσης⁶³.

Η συνοσυρότητα ως γενικότερο ψυχοπαθολογικό χαρακτηριστικό αφορά περισσότερο στις γυναίκες. Σύμφωνα με σχετική έρευνα, η συνύπαρξη τριών τουλάχιστον διαταραχών που διαρκούν για 12 ή περισσότερους μήνες παρατηρείται στις γυναίκες σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι στους άντρες⁶⁴. Συχνές συνοδές διαταραχές είναι το Καταθλιπτικό Επεισόδιο, η Σωματοποιητική Διαταραχή (σύνδρομο Briquet), η Υποχονδρίαση και η Σωματόμορφη Διαταραχή Πόνου, η Αγοραφοβία, η Διαταραχή Πανικού, η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή και η Εξάρτηση από το Αλκοόλ. Η κατάθλιψη είναι το πιο συχνό σύμπτωμα που μπορεί να συνυπάρχει με τις προαναφερόμενες διαταραχές.

Οι διαφορές μεταξύ των φύλων στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών σύμφωνα με το αμερικανικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, οφείλονται στο γεγονός ότι άνδρες και γυναίκες εκτίθενται σε διαφορετικούς περιβαλλοντικούς και εξελικτικούς ψυχοπιεστικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες να υποστούν σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, να γίνουν θύματα οικογενειακής βίας, ή βιασμού. Εκτός αυτού, ανατρέφονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να ανταποκρίνονται σε διαφορετικές νόρμες συμπεριφοράς. Το τι θεωρείται κοινωνικά πρέπουσα συμπεριφορά για το κάθε φύλο, επίσης, φαίνεται ότι σχετίζεται με την παραπάνω διαφοροποίηση: οι άντρες αισθάνονται πιο

⁶⁰ Leibenluft E. (1996). Women with Bipolar Disorder: Clinical and Research Issues. *American Journal of Psychiatry*, 153, σελ. 163-173.

Titus M. & Smith W. (1992) Contemporary Issues in the Psychotherapy of Women. *Bulletin of Menninger Clinic*, 56, σελ. 48-61.

⁶¹ Kessler R., McGonagle K., Zhao S., et al. (1994) Lifetime and 12-month Prevalence of DSM III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, σελ. 8-19.

Nolen-Hoeksema S. (1990). *Sex Differences in Depression*. Stanford, Stanford University Press.

⁶² Leibenluft E. (1997). Women with bipolar illness: clinical and research issues. *American Journal of Psychiatry*, 153, σελ. 163-173.

⁶³ Hendrick V, Altshuler LL, Gitlin MJ et al. (2000) Gender and bipolar illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, σελ. 393-396.

⁶⁴ Kessler R. C., McGonagle K. A., Zhao S. et al (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-111-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, σελ. 8-19.

Ustun T. B. & Santorius N. (1995). *Mental illness in General health Care: An international study*: John Wiley on behalf of the World Health Organization.

άνετα να ζητήσουν τη βοήθεια ενός ειδικού για προβλήματα αλκοολισμού⁶⁵ παρά για κάποιο συναισθηματικό πρόβλημα. Το αντίστροφο ισχύει για τις γυναίκες.

⁶⁵ Allen L. M., Nelson C. J., Rouhbksh P. et al (1998). Gender differences in factor structure of the Self Administered Alcoholism Screening Test. *Journal of Clinical Psychology*, 54, σελ. 439-445.

1.3. Φύλο, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και Ψυχική Υγεία

Σε παγκόσμια κλίμακα η κοινωνικο-οικονομική θέση και ανάπτυξη της γυναίκας είναι χαμηλότερη από εκείνη των αντρών. Οι διαφορές είναι πιο έντονες στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου ο δείκτης ανθρώπινης ανάπτυξης για τις γυναίκες βρίσκεται κάτω από το ήμισυ του ανάλογου δείκτη των αντρών. Επίσης, η ανισότητα των δυο φύλων είναι εντονότερη στις ασθενέστερες κοινωνικο-οικονομικά τάξεις όλων των χωρών. Οι γυναίκες συνιστούν παγκοσμίως το 70% των ανθρώπων που βρίσκονται στο όριο της φτώχειας, ή και κάτω από αυτό⁶⁶, ενώ οι γυναίκες μητέρες είναι η πλέον πολυπληθής ομάδα που διαβιεί υπό καθεστώς ανέχειας, ακόμη και στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες⁶⁷.

Ειδικότερα, τα Ηνωμένα Έθνη αναφέρουν ότι η κατανομή της πενίας σε παγκόσμιο επίπεδο είναι δυσανάλογη σε βάρος των γυναικών και εξασθενεί την υγεία τους⁶⁸. Το 70% του παγκόσμιου πληθυσμού που ζει σε κατάσταση φτώχειας (η οποία ορίζεται ως «όχι απλά ανεπαρκές εισόδημα, αλλά έλλειψη πρόσβασης στην εκπαίδευση, στο σύστημα υγείας και σε άλλες ανέσεις και αποκλεισμός από τη συμμετοχή στα κοινά») αποτελείται από γυναίκες⁶⁹. Η πλειοψηφία των δεδομένων δεικνύει ότι οι εργαζόμενες γυναίκες πληρώνονται κατά μέσον όρο 30 έως 50% λιγότερο από τους άνδρες που κάνουν την ίδια δουλειά και συχνά εργάζονται με χαμηλότερους του βασικού μισθούς, χωρίς επιδόματα, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε συνταξιοδοτικά προγράμματα και της ασφάλισης υγείας⁷⁰. Επιπρόσθετα, οι περισσότερες γυναίκες εργάζονται σε δουλειές χαμηλότερου κύρους από τους άνδρες, συχνότερα σε οικογενειακές επιχειρήσεις και επιδίδονται σε άτυπες εργασίες (εργάζονται ως οικιακοί βοηθοί, ασχολούνται με τη γεωργία, ή έχουν ως έδρα εργασίας το σπίτι τους).

Οι νέες κοινωνικο-οικονομικές εξελίξεις στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις αναπτυγμένες χώρες, αφορούν και στα δυο φύλα. Εντούτοις, φαίνεται πως τα ασθενέστερα οικονομικά άτομα, η πλειοψηφία των οποίων είναι γυναίκες, πλήττονται περισσότερο από τις νέες στρατηγικές⁷¹, όπως για παράδειγμα η περικοπή των δημόσιων δαπανών για θέματα κοινωνικής πρόνοιας⁷².

⁶⁶ United Nations Development Program (1995). *Human Development Report*. New York, Oxford University Press.

⁶⁷ Belle D. (1990). Poverty and Women's Mental health. *American Psychologist*, 45, σελ. 385-389.

⁶⁸ United Nations (2000). *The World's Women 2000: Trends and Statistics*, publication number E.00.XVII.14, New York.

⁶⁹ Στο ίδιο.

⁷⁰ Στο ίδιο.

⁷¹ Kirmani M. N., & Munyakho D. (1996). The impact of structural adjustment programs on women and AIDS. Στο L.D. Long & E.M. Ankrah (επιμ.). *Women's experience with HIV/AIDS: An International Perspective*. New York: Columbia University Press, σελ. 160-178.

⁷² Bandarage, A. (1997). *Women, population and global crisis*. London: Zed Books.

Οι έντονες οικονομικές αλλαγές προκαλούν ραγδαίες αλλαγές σε σημαντικούς τομείς, όπως η αγορά εργασίας, το εισόδημα και το βιοτικό επίπεδο, με συνέπεια να παρατηρείται μεγάλος κίνδυνος εμφάνισης κάποιας ψυχικής νόσου και ιδιαίτερα κατάθλιψης, ιδίως όταν το άτομο δε διαθέτει κάποιο υποστηρικτικό δίκτυο και δεν έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει τις καταστάσεις που το αφορούν⁷³. Σχετική έρευνα έχει δείξει ότι οι χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικά τάξεις έχουν 2,86 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν οποιαδήποτε διαταραχή με εξάμηνη τουλάχιστον διάρκεια από ό,τι οι υψηλότερες κοινωνικο-οικονομικά τάξεις⁷⁴. Αυτή η αλυσιδωτή αντίδραση μεταξύ φύλου, ανισότητας, χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και ψυχικών διαταραχών έχει εντοπιστεί σε έρευνες που έγιναν σε αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες⁷⁵. Στις τελευταίες, η άνιση κατανομή του πλούτου μειώνει την κοινωνική συνοχή και αλληλοϋποστήριξη, μείωση που σύμφωνα με την επιδημιολογία συνδέεται με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας⁷⁶ και ψυχοπαθολογίας στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις και ιδιαίτερα στις γυναίκες⁷⁷. Ανάλογη με τους δείκτες ψυχοπαθολογίας ή θνησιμότητας είναι και η ύπαρξη αγχογόνων περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως οι δύσκολες συνθήκες διαβίωσης, συμπεριλαμβανομένων έντονων οικονομικών και στεγαστικών προβλημάτων, καθώς και η αδυναμία συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων και η ελλιπής πρόσβαση σε υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα⁷⁸.

⁷³ Broadhead, J. C., & Abas, M. A. (1998). Life events, difficulties and depression among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*, 28, σελ. 29-38.

⁷⁴ Helzer J. E. (1986). The increased risk for specific psychiatric disorders among persons of low socioeconomic status: evidence from the epidemiologic catchment's area surveys. *American Journal of Social Psychiatry*, 4, σελ. 59-71.

⁷⁵ Walberg P. et al (1998). Economic change, crime and mortality crisis in Russia. *British Medical Journal* 3, 17, σελ. 312-318.

⁷⁶ Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K et al (1997) Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 89, 11491-1298.

⁷⁷ Kawachi I et al (1999) Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89, 1187-1193

⁷⁸ Turner RJ & Marino F. (1994). Social support and social structure: a descriptive epidemiology of a central stress mediator. *Journal of Health and Social Behaviour*, 35, 193-212.

1.4. Βία κατά των γυναικών και ψυχολογικές επιπτώσεις

Ως βία κατά των γυναικών ορίζεται η άσκηση λεκτικής ή σωματικής δύναμης, ο εξαναγκασμός και η αποστέρηση σε βαθμό που να θέτει σε βλάβη ή κίνδυνο τη γυναίκα και που μπορεί να προκαλεί την αυθαίρετη στέρηση της ελευθερίας και την ταπείνωση του τελευταίου και που διαιωνίζει την ανισότητα μεταξύ των δυο φύλων⁷⁹. Η βία κατά των γυναικών σε οποιαδήποτε μορφή της μπορεί να λάβει σοβαρές συναισθηματικές, σωματικές, σεξουαλικές, κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις. Καταλύει την αυτονομία της και καταπατά το δικαίωμά της για ατομική ελευθερία και ασφάλεια.

Η βία που ασκείται στις γυναίκες συχνά συμπεριλαμβάνει τρία χαρακτηριστικά που είναι δυνατόν να προκαλέσουν Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή: α) την ταπείνωση και τον εξευτελισμό, β) το χαμηλό κοινωνικό επίπεδο και την κοινωνικο-οικονομική υποτέλεια και γ) την έλλειψη διεξόδου και το υποκειμενικό αίσθημα της παγίδευσης⁸⁰.

Το φαινόμενο της άσκησης βίας κατά των γυναικών από τον τρέχοντα ή προηγούμενο σύζυγο/σύντροφο της είναι παγκόσμιο και έχει πάρει ανησυχητικές διαστάσεις. Οι γυναίκες κινδυνεύουν πολύ περισσότερο να υποστούν βία από «κάποιο δικό τους άνθρωπο»⁸¹. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο πιο ευάλωτος πληθυσμός είναι οι γυναίκες νεαρής ηλικίας⁸². Οι διάφορες μορφές της βίας δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους και συχνά συνυπάρχουν. Η συναισθηματική και ψυχολογική βία συχνά συνεπάγεται το χωρισμό, την κοινωνική απομόνωση της γυναίκας από την οικογένεια και τους φίλους της, την οικονομική εξάρτηση και τον εκφοβισμό, την υποβάθμιση και την ταπείνωση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η συνύπαρξη της ψυχολογικής και της σωματικής βίας παρατηρείται περισσότερο από ό,τι η συνύπαρξη της σωματικής και της σεξουαλικής βίας⁸³. Παράλληλα, οι γυναίκες που έχουν υπάρξει θύματα βίας και ιδιαίτερα σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική τους ηλικία βρίσκονται σε μεγαλύτερο

⁷⁹ Heise L. L., Pitanguy J., & Germain, A. (1994). Violence against women. The hidden health burden. *Social Science and Medicine*, 39, σελ. 233-245

⁸⁰ Brown G. W., Harris T. O. & Hepworth C. (1995). Loss and depression: a patient and non patient comparison. *Psychological Medicine*, 25, σελ. 7-21.

⁸¹ Kessler R. C., Sonnega A., Bromet E. et al. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, σελ. 1048-1060.

⁸² Acierno R., Resnick H. S. & Kilpatrick D. G. (1997). Health impact of interpersonal violence. 1: Prevalence rates, case identification, and risk factors for sexual assault, physical assault, and domestic violence in men and women. *Behavioural Medicine*, 23, σελ. 53-64.

⁸³ Ratner P. (1993). The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Canadian Journal of Public Health*, 84, σελ. 246-249.

κίνδυνο να υποστούν ξανά θυματοποίηση⁸⁴, όπως επίσης και να εισαχθούν σε κάποια ψυχιατρική μονάδα στην ενήλικη ζωή τους⁸⁵. Οι διαταραχές που αναπτύσσονται σε γυναίκες που έχουν υποστεί βία είναι δυνατόν να λάβουν διάφορες μορφές. Οι συνηθέστερες είναι η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή και η Αγχώδης Διαταραχή⁸⁶. Παράλληλα, ως συνοδές διαταραχές αναφέρονται η Μετατραυματική Διαταραχή⁸⁷, διάφορες φοβίες, δυσθυμία, Σωματόμορφες Διαταραχές, σωματικά συμπτώματα και αυτοκτονικός ιδεασμός⁸⁸.

Διάφορες έρευνες έχουν υποδείξει ότι η σχέση μεταξύ βίας και της καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι αιτιολογική⁸⁹. Είναι χαρακτηριστικό πως οι γυναίκες που έχουν υποστεί θυματοποίηση, είτε ως παιδιά από κάποιον ενήλικα είτε ως ενήλικες από το σύντροφό τους, είναι 3 με 4 φορές πιο πιθανό να υποφέρουν από Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή στο μέλλον. Το θύμα της βίας έχει βιώσει την απώλεια ενός ακέραιου εαυτού και μιας ασφαλούς διαπροσωπικής σχέσης, απώλεια, η οποία έχει ακόμη σοβαρότερες επιπτώσεις από τη στιγμή που σηματοδοτείται από τη χρήση σωματικής βίας⁹⁰. Ισχυρή, επίσης, παρουσιάζεται η συσχέτιση βίας και αυτοκτονικότητας. Στις Η.Π.Α. το ένα τέταρτο των γυναικών που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, έχει υπάρξει θύμα βίας⁹¹. Το ίδιο παρατηρείται και σε άλλες αναπτυσσόμενες χώρες, όπως η Ινδία και η Κίνα, όπου έχουν υποδειχτεί ανάλογες σχέσεις γυναικείας θυματοποίησης και αυτοκτονικού ιδεασμού⁹², καθώς σε αρκετές περιπτώσεις ο θάνατος θεωρείται ως η μόνη διέξοδος για τις γυναίκες-θύματα βίας⁹³.

⁸⁴ Resnick H. S., Acierno R. & Kilpatrick D. G. (1997). Health impact of interpersonal violence. 2: Medical and Mental Health outcomes. *Behavioural Medicine*, 23, σελ. 65-78.

⁸⁵ Mullen P. E. et al. (1993) Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 163, σελ. 721-732.

⁸⁶ Mullen P. E., Romans-Clarkson S. E., Walton V. A. et al. (1988). Impact of sexual and physical abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 163, σελ.721-732.

⁸⁷ Kessler R. C., Sonnega A., Bromet E et al (1995). Post-traumatic stress...ό.π.

⁸⁸ Koss M, & Heslet L. (1992). Somatic consequences of violence against women. *Archives of Family Medicine*, 1, σελ. 53-59.

Resnick H S, Acierno R & Kilpatrick DG. (1997). Health impact...ό.π.

⁸⁹ Campell J., Kub J. E., & Rose L. (1996). Depression in battered women. *Journal of American Women's Association*, 51, σελ. 106-110.

Sutherland C., Bybee D. & Sullivan C. (1998). The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health*, 4, σελ. 41-70.

⁹⁰ Brown G. W., Harris T. O. & Hepworth C. (1995). Loss andό.π.

⁹¹ Stark E. & Flitcraft A. (1996). *Women at...*ό.π.

⁹² Murray J. L. & Lopez A. D. (1996). The global burden...ό.π.

⁹³ Brown G. W., Harris T. O. & Hepworth C. (1995). Loss and...ό.π.

Stark E. & Flitcraft A. (1996). *Women...*ό.π.

1.5. Πολλαπλοί ρόλοι και Ψυχική Υγεία των γυναικών

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αυξανόμενη πλειοψηφία γυναικών να αναλαμβάνει τους πολλαπλούς ρόλους της μητέρας, της συζύγου, της εργαζομένης και επιπλέον να φροντίζει τους γεροντότερους γονείς. Οι γυναίκες δεν ακολουθούν την μεταβατική ακολουθία από τον ένα ρόλο στον άλλον, όταν οι τελευταίοι πολλαπλασιάζονται, αλλά εμπλέκονται στην ανάληψη ανόμοιων και διαφορετικών ρόλων, ο καθένας από τους οποίους απαιτεί σοβαρή δέσμευση⁹⁴. Εντούτοις, παρά το γενικό ενδιαφέρον σχετικά με τις επιπτώσεις των πολλαπλών ρόλων στην υγεία των γυναικών, οι περισσότερες μελέτες εξετάζουν μόνο την επίδραση κάθε ρόλου ξεχωριστά⁹⁵.

Τεκμαιρόμενη από τις υπάρχουσες γνώσεις σχετικά με το θέμα, η σύγχρονη έρευνα χρησιμοποιεί το πολύ-παραγοντικό μοντέλο, προκειμένου να εκτιμήσει τη σχέση μεταξύ των πολλαπλών ρόλων και των συνοδών συνεπειών στην ψυχική υγεία των γυναικών, με την προϋπόθεση ότι το συγκεκριμένο μοντέλο δεν είναι γραμμικό. Η ανάλυση αποκαλύπτει ότι οι μελέτες που αφορούν στο υπό εξέταση θέμα, θεωρητικοποιούν μια στρατηγική μετάβασης πέρα από το υπερ-απλουστευμένο γραμμικό μοντέλο της συσχέτισης εργασίας και οικογένειας, η οποία εκτιμά σε πλήρη βαθμό τη δυναμική πολλών μεταβλητών που εμπλέκονται στις βραχυπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες αντιδράσεις του ατόμου⁹⁶.

Σε γενικές γραμμές, οι γυναίκες που αναλαμβάνουν πολλαπλούς ρόλους αναφέρουν καλύτερη φυσική και ψυχολογική κατάσταση υγείας από τις γυναίκες με εμπλοκή σε λιγότερους ρόλους: οι πολλαπλοί ρόλοι τρέφουν την αυτο-εκτίμησή τους, την αίσθηση ελέγχου, τη φυσική τους ζωτικότητα, καθώς και την ενεργητικότητά τους⁹⁷. Παρόλα αυτά, μια παρόμοια γενίκευση αγνοεί τις συνέπειες των πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων μεταξύ των πολυάριθμων μεταβλητών της ζωής. Για παράδειγμα, οι πολλαπλοί ρόλοι έχει υποδειχτεί ότι προκαλούν μια ποικιλία αντίθετων αποτελεσμάτων στη φυσική και ψυχική υγεία των γυναικών, όπως υπερβολικό

⁹⁴ Kopp R. G. & Ruzicka F. M. (1993). Women's Multiple Roles and Psychological Well-Being. *Psychological Reports*, σελ. 1351-1354.

⁹⁵ Sharma S. (1999). Multiple Roles and Women's Health: A Multi-Linear Model. *Equal Opportunities International*, 18, σελ. 16-23.

⁹⁶ McBride A. B. (1991). The Challenges of Multiple Roles: The Interface Between Work and Family When Children Are Young. *Prevention in Human Services*, 9, 1, σελ. 143-156, όπως αναφέρεται στο Sharma S., ό.π.

⁹⁷ Doress-Wortes P. B. (1994). Adding Elder Care To Women's Multiple Roles: A Critical Review Of The Caregiver Stress and Multiple Roles Literatures. *Sex Roles*, 31, σελ. 597-613, όπως αναφέρεται στο Sharma S., ό.π.

κάπνισμα, υπερφαγία, διαταραχές του ύπνου, υπερένταση, αρρυθμία, ζαλάδες και πόνους στον αυχένα και τη μέση⁹⁸.

Έρευνες που επικεντρώθηκαν στην κατάδειξη πιθανών στρεσογόνων παραγόντων σχετικά με την ανάληψη ρόλων, ανέδειξαν ότι *ο ρόλος της μητέρας, η ευαλωτότητα στην εργασία, οι προσλαμβανόμενες απαιτήσεις ενός συγκεκριμένου ρόλου και οι συγκρούσεις* που επέρχονται ως συνέπεια αυτών, καθώς και οι *προσωπικές πηγές του ατόμου*, επηρεάζουν την ψυχική κατάσταση της γυναίκας.

Η τρωτότητα του μητρικού ρόλου συμπεριλαμβάνει τις απαιτήσεις του ρόλου της μητέρας, της συζύγου και της γυναίκας που περιποιείται τα ηλικιωμένα άτομα στην οικογένεια⁹⁹. Συνήθως οι εργαζόμενες έγγαμες γυναίκες τείνουν να βιώνουν ελαφρά μικρότερο άγχος από τις γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά. Επιπρόσθετα, έχει βρεθεί ότι η παρουσία παιδιών που εξαρτώνται από την οικογένεια συνδέεται με το άγχος που μπορεί να βιώνει η εργαζόμενη γυναίκα. Εντούτοις, ούτε η απασχόληση καθεαυτή, ούτε οι γονεϊκές ευθύνες από μόνες τους, επηρεάζουν την ψυχική υγεία της γυναίκας. Ενοχοποιείται κυρίως η ευκολία, με την οποία αυτοί οι ρόλοι συνδυάζονται. Όσον αφορά στο ρόλο της συζύγου, η γυναίκα είναι δυνατό να βιώσει έντονες ψυχοπιεστικές καταστάσεις, ειδικά όταν τελεί υπό πλήρη εργασιακή απασχόληση. Το γεγονός αυτό ερμηνεύεται από το ότι οι ευθύνες του σπιτιού, θεωρούνται γυναικεία υπόθεση. Η ψυχολογική ευεξία των γυναικών, σε αυτήν την περίπτωση, είναι ευθέως ανάλογη με τη συμμετοχή των συζύγων τους στα οικιακά καθήκοντα¹⁰⁰. Τέλος, σχετικά με την φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων, παραδοσιακά οι γυναίκες αναλαμβάνουν αυτόν τον ρόλο – ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους κατάσταση – εξαιτίας των κοινωνικών στάσεων και πεποιθήσεων στο θέμα αυτό¹⁰¹. Συνεπώς, αισθάνονται μεγαλύτερη πίεση και κόπωση, τόσο σωματικά, όσο και ψυχολογικά, με άμεση συνέπεια τον περιορισμό της ευεξίας τους.

Αναφορικά με την τρωτότητα της γυναίκας στο χώρο εργασίας, οι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την ψυχολογική κατάστασή της θέτοντάς την σε οικονομικό ασφυκτικό κλοιό, είναι ο περιορισμός των ευκαιριών για δημιουργικότητα και ανέλιξη, η μερική απασχόληση και οι φυλετικές ή εθνικιστικές διακρίσεις εις βάρος της¹⁰².

⁹⁸ Hughes D. L. & Galinsky E. (1994). Gender, Job and Family Conditions and Psychological Symptoms. *Psychology of Women Quarterly*, 18, σελ. 251-270.

⁹⁹ Stevens P. A., Hall J. M. & Meleis A. I. (1992). Examining Vulnerability of Women Clerical Workers From Five Ethnic Racial Groups. *Western Journal of Nursing Research*, 14, 6, σελ. 754-774, όπως αναφέρεται στο Sharma S., *ό.π.*

¹⁰⁰ Gray E. B., Megan C., Piotrkowski C. S. & Bond J. T. (1990). Husband Supportiveness & The Well-being Of Employed Mother of Infants. *Families in Society: The Journal Of Contemporary Human Services*, σελ. 332-340, όπως αναφέρεται στο Sharma S., *ό.π.*

¹⁰¹ Doress-Wortess P. B., *ό.π.*

¹⁰² Stevens P. A., Hall J. M. & Meleis A. I.... *ό.π.*

Όσον αφορά στις προσλαμβανόμενες από τη γυναίκα απαιτήσεις των ρόλων και οι επερχόμενες συγκρούσεις από την ανάληψη αυτών, έρευνες υποδεικνύουν ότι είναι μάλλον η υποκειμενική εμπειρία των πολλαπλών ρόλων, παρά ο ίδιος ο μόχθος που συνδέεται με τους ρόλους και επηρεάζει την υγεία της γυναίκας¹⁰³. Τα αισθήματα που βιώνει η γυναίκα σχετικά με το αν επιθυμεί να συνδυάσει την εργασία και την οικογένεια στη ζωή της, η αντίληψη σχετικά με την ψυχολογική υποστήριξη του συζύγου της για το διπλό ρόλο που η ίδια έχει αναλάβει, καθώς και η συμμετοχή του άνδρα στα της οικογένειας, φαίνεται να συνδέονται ισχυρά με τη θετική ψυχική κατάσταση της γυναίκας. Επιπρόσθετα, οι διαφορές που προκύπτουν στην ψυχική υγεία των γυναικών και οι οποίες οφείλονται στον ιδεασμό των ρόλων που αναλαμβάνουν τα δύο φύλα, συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με την ψυχολογική κατάπτωση και τη δυσμενέστερη ψυχική υγεία, από ό,τι η δυσλειτουργία στη δουλειά καθεαυτή¹⁰⁴.

Τέλος, οι προσωπικές πηγές που επιδρούν στο επίπεδο των ψυχοπαιστικών καταστάσεων που βιώνει η γυναίκα, συμπεριλαμβάνουν την κοινωνική υποστήριξη, τον προσωπικό έλεγχο, τις στρατηγικές αντιμετώπισης που ενεργοποιούνται, τον προσανατολισμό σχετικά με τους ρόλους των δύο φύλων, τη διαθεσιμότητα ποιοτικού τρόπου ζωής και τους πόρους που προκύπτουν από την απασχόληση¹⁰⁵.

Η κοινωνική υποστήριξη θεωρείται ότι έχει κατευναστικές συνέπειες στις ψυχοπαιστικές καταστάσεις ως μεσολαβητής στη σχέση στρες και συμπτωματολογίας¹⁰⁶. Η κοινωνική υποστήριξη -υπό τις μορφές της εκτίμησης και της αποδοχής του ατόμου από το περιβάλλον του, της βοήθειας και των συμβουλών που δέχεται σχετικά με μια κατάσταση, της ικανοποίησης των συναισθηματικών του αναγκών και της οικονομικής ή υλικής υποστήριξης που λαμβάνει- σχετίζεται άμεσα με τα επίπεδα άγχους που βιώνει η γυναίκα.

Επιπρόσθετα, η παρουσία του προσωπικού ελέγχου έχει υποδειχτεί ότι συνδέεται αντίστροφα με την αρνητική ψυχολογική κατάσταση: όταν η γυναίκα εκτιμά ότι η διαμόρφωση των ρόλων που ανέλαβε αποτελεί δική της επιλογή, η αίσθηση του ελέγχου μπορεί να αυξήσει την αυτο-εκτίμηση και την ψυχολογική ευεξία της γυναίκας. Έχει υποτεθεί ότι η αντίληψη του εσωτερικού ελέγχου των καταστάσεων, συμβάλλει ενισχυτικά στην ευτυχία και στον αυτοσεβασμό, ειδικά όταν ο συσχετισμός

¹⁰³ Facione N. C. (1992). Role Overload and Health: The Married Mother in the Waged Labour Force. *Health Care For Women International*, 15, σελ. 157-167, όπως αναφέρεται στο Sharma S., ό.π.

¹⁰⁴ Στο ίδιο.

¹⁰⁵ Amatea E. S. & Fong M. L. (1991). The Impact of Role Stressors and Personal Resources on the Stress Experience of Professional Women. *Psychology Of Women Quarterly*, 15, σελ. 419-430.

¹⁰⁶ Cohen S., Kamarck T. & Mermelstein R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, σελ. 385-396.

της ηλικίας, της εκπαίδευσης και του εισοδήματος βρίσκονται υπό τον έλεγχο του ατόμου.

Ο προσανατολισμός των ρόλων των δύο φύλων και ειδικότερα ο συνδυασμός χαρακτηριστικών τόσο του ανδρικού, όσο και του γυναικείου ρόλου φαίνεται να είναι σημαντικός στην προστασία της ψυχικής υγείας¹⁰⁷. Έρευνες έχουν υποδείξει ότι οι γυναίκες που η εργασία τους ενέχει υψηλή εμπλοκή χαρακτηριστικών του ανδρικού ρόλου, παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά άγχους και υπερέντασης, υψηλότερη αποτελεσματικότητα, χρησιμοποιούν στρατηγικές που επικεντρώνονται στην επίλυση προβλημάτων και έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση ως προς την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν ψυχοπιεστικές καταστάσεις στο σπίτι και την καριέρα τους.

Σχετικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης των ψυχοπιεστικών καταστάσεων, ο κυριότερος τρόπος μείωσης του στρες είναι η διαχείριση των παραγόντων που ευθύνονται για το τελευταίο, *προτού επηρεάσουν αρνητικά* το άτομο ή την οικογένεια¹⁰⁸. Η συγκεκριμένη στρατηγική συνεπάγεται αφενός την αναγνώριση των διαπροσωπικών, εξωγενών και αυτεπιβαλλόμενων στρεσογόνων παραγόντων και αφετέρου τις απόπειρες τροποποίησης αυτών. Αποτελεσματική θεωρείται και η αποφυγή των συγκεκριμένων παραγόντων, ειδικά όταν οι τελευταίοι θεωρούνται από το άτομο απρόσβλητοι στην αλλαγή. Η αντίσταση στο στρες ενέχει στρατηγικές, κατά τις οποίες το άτομο οχυρώνεται και προετοιμάζεται για να αντιμετωπίσει αποτελεσματικότερα και με το μικρότερο δυνατό κόστος τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις¹⁰⁹. Τέλος, η διαχείριση της αντίδρασης απέναντι στους ψυχοπιεστικούς παράγοντες αφορά στην προσπάθεια ελέγχου της αντίδρασης του ατόμου, ώστε να μην υπερ-μεγεθυνθεί το πρόβλημα και επηρεάσει παραπλεύρως τη ζωή και τη λειτουργικότητα του ατόμου.

¹⁰⁷ Long J. & Porter K. L. (1989). Sex-Role Orientation, Coping Strategies and Self-Efficacy of Women in Traditional and Non-Traditional Occupations. *Psychology of Women Quarterly*, 13, σελ. 307-324.

¹⁰⁸ McBride A. B.,ό.π.

¹⁰⁹ Σε αυτήν τη στρατηγική συμπεριλαμβάνονται η άσκηση, οι τεχνικές χαλάρωσης και η σωστή διατροφή.

1.6. Γυναίκες και Ψυχική Υγεία στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τον Μαδιανό¹¹⁰, η ψυχική υγεία του ατόμου προσδιορίζεται από τη συνολική ευεξία του ατόμου και αλληλεξαρτάται από τη γενετική του δομή και τις επιδράσεις που δέχεται από το περιβάλλον. Το άτομο δεν θα πρέπει να θεωρείται ως μια μονάδα, η οποία απλά αντιδρά στα ερεθίσματα που δέχεται, αλλά ως βιοψυχοκοινωνική οντότητα, η οποία αλληλεπιδρά με και επηρεάζεται άμεσα ή έμμεσα από το περιβάλλον.

Έρευνα που διεξήγαγε ο Μαδιανός¹¹¹ και οι συνεργάτες του με τυχαίο δείγμα 4083 ατόμων, στην οποία χρησιμοποιήθηκαν ο Γενικός Δείκτης Ψυχικής Υγείας της Κλίμακας Langner¹¹² και ο Συμπληρωματικός Δείκτης Ψυχικής Υγείας της κλίμακας ES-D¹¹³, κατέδειξε ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν αυξημένα συμπτώματα σωματικής και ψυχικής κόπωσης, εξαιτίας των πολλαπλών πίεσεων που υφίστανται, λόγω της εξέλιξης των κοινωνικών θεσμών, των κοινωνικών ρόλων, κλπ. Εξάλλου, φαίνεται ότι οι γυναίκες είναι δέκτες περισσότερων ψυχοπιεστικών γεγονότων από ό,τι οι άνδρες (66,4% και 60% αντίστοιχα) και όσο αυξάνει η ηλικία, τόσο αυξάνεται και ο αριθμός των ψυχοπιεστικών γεγονότων. Η συνάρτηση των ψυχοπιεστικών γεγονότων με την ψυχική υγεία είναι ευθέως ανάλογη: όσο περισσότερα ψυχοπιεστικά γεγονότα συμβαίνουν στη ζωή του ατόμου, τόσο η λειτουργικότητά του υφίσταται έκπτωση. Στην ίδια έρευνα παρουσιάζεται ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υπερδιπλάσια ποσοστά σοβαρής διαταραχής (οκτώ ως εννιά συμπτώματα) και τριπλάσια ποσοστά βαριάς διαταραχής (δέκα και πλέον συμπτώματα) από ό,τι οι άνδρες. Αναφορικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, όπως αυτή συνάγεται από την κλίμακα ES-D (Συμπληρωματικός Δείκτης Ψυχικής Υγείας), το συνολικό ποσοστό των γυναικών που ανέφεραν συμπτώματα κατάθλιψης ανέρχεται στο 23,4%, ενώ στους άνδρες το ποσοστό αγγίζει μόλις το 9,6%. Άξιο παρατήρησης είναι το γεγονός ότι σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, τα ποσοστά των γυναικών με καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι σημαντικά υψηλότερα από αυτά των ανδρών, εύρημα που είναι σύμφωνο με τα ερευνητικά δεδομένα σε παγκόσμιο επίπεδο¹¹⁴.

¹¹⁰ Μαδιανός Μ. (1986). Φυσικό Περιβάλλον...ό.π.

¹¹¹ Μαδιανός Μ. (1988). *Υγεία και...ό.π.*

¹¹² Ερωτηματολόγιο 22 ερωτήσεων, το οποίο αποκαλύπτει τη διαβάθμιση της ψυχικής υγείας του ατόμου, με βάση τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα που αναφέρει το ίδιο το άτομο σε έξι επίπεδα (ψυχική κατάσταση: καλή, ελαφριά διαταραχή, μέτρια διαταραχή, εμφανής διαταραχή, σοβαρή διαταραχή, βαρεία διαταραχή). Σχεδιάστηκε με σκοπό την κατάδειξη του βαθμού έκπτωσης της λειτουργικότητας από συχνά εμφανιζόμενα ψυχιατρικά συμπτώματα.

¹¹³ Ερωτηματολόγιο με είκοσι ερωτήσεις προκαθορισμένων απαντήσεων, στο οποίο η βαθμολογία των απαντήσεων κυμαίνεται από το 0 (σπάνια) έως το 3 (τον περισσότερο καιρό), με σκοπό να διαπιστωθεί η ύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης, χωρίς όμως να υπάρχει διάγνωση της νόσου.

¹¹⁴ Ενδεικτικά: Gutierrez-Lobos K., Wöfl G., Scherer M., Anderer P. & Schmidl-Mohl B. (2000). The Gender Gap in Depression Reconsidered: The Influence of Marital and Employment Status on the

Επιπρόσθετα, η χρήση της κλίμακας Langner κατέδειξε ότι το 11,1% των ανδρών και το 24% των γυναικών παρουσίασε διαταραγμένη ψυχική υγεία, με κριτήριο την παρουσία έξι ή περισσότερων συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης, ή/και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων.

Τα πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα στην Ελλάδα¹¹⁵ εμφανίζουν τις γυναίκες να παρουσιάζουν διπλάσια και πλέον ποσοστά γενικής ψυχοπαθολογίας από τους άνδρες, αν και οι τελευταίοι φαίνεται –σε διεθνές επίπεδο– να νοσηλεύονται σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες σε ψυχιατρεία. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες επιδεικνύουν μεγαλύτερα ποσοστά έναντι των ανδρών στις διαγνωστικές κατηγορίες των Διαταραχών Διάθεσης. Η διαπίστωση αυτή συνάδει ερευνητικά με τα δεδομένα σε παγκόσμιο επίπεδο¹¹⁶. Το συγκεκριμένο πόρισμα ερμηνεύεται κοινωνιολογικά σύμφωνα με το γεγονός ότι πλέον οι κοινωνικοί ρόλοι της γυναίκας είναι περισσότερο ψυχοπιεστικοί από ό,τι στο παρελθόν –ειδικότερα στις αστικές περιοχές –με αποτέλεσμα η γυναίκα να υφίσταται περισσότερες ματαιώσεις και ως συνέπεια αυτών να παρουσιάζει μεγαλύτερη αυτο-επιθετικότητα, καθώς και συμπτώματα άγχους ή/και κατάθλιψης¹¹⁷.

Female/Male Ratio of Treated Incidence Rates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, σελ. 202-210

Bebbington P. E. (1988). The Social Epidemiology of Clinical Depression, στο A.S. Henderson & G. Burrows (επιμ.), *Handbook of Studies On Social Psychiatry*, Amsterdam, Elsevier, σελ. 87-102.

¹¹⁵ Μαδιανός Μ. (2000). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, Αθήνα, εκδ. Καστανιώτης.

¹¹⁶ Βλ. τις ερευνητικές αναφορές παραπάνω.

¹¹⁷ Gove W. & Fain T. (1970). Societal Reaction As An Explanation of Mental Illness: An Evaluation. *American Sociology Review*, 35, σελ. 873-884.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1. Αντικείμενο και στόχοι έρευνας

Η παρούσα έρευνα αποτελεί πρότυπη προσπάθεια καταγραφής των δεικτών ψυχικής υγείας των γυναικών στην Ελλάδα και φιλοδοξεί να παρουσιάσει αξιόπιστα και αντικειμενικά ερευνητικά δεδομένα τέτοια, που να συμβάλουν τόσο μεθοδολογικά, όσο και ερμηνευτικά: α) στην κατάδειξη των επιπέδων ψυχικής και σωματικής υγείας του γυναικείου πληθυσμού στην Ελλάδα και β) στην ανάδειξη και επισήμανση κατευθυντήριων γραμμών, ώστε να υπάρξει αποτελεσματικός σχεδιασμός κοινωνικής πρόνοιας και πρόληψης.

2.2. Μεθοδολογία και στάδια της έρευνας

2.2.1. Δείγμα

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τυχαίο και αντιπροσωπευτικό δείγμα 1000 γυναικών, ηλικίας 18 έως 85 ετών, εκ των οποίων οι 699 είναι κάτοικοι του Λεκανοπεδίου Αττικής και οι 301 κάτοικοι του μείζονος Πολεοδομικού Συγκροτήματος της Θεσσαλονίκης. Οι 632 από τις γυναίκες του δείγματος είναι έγγαμες, οι 14 συγκατοικούν, οι 189 είναι άγαμες, οι 100 είναι χήρες και τέλος 52 είναι διαζευγμένες.

Το δείγμα έχει εξαχθεί με τη μέθοδο της τυχαίας πολυδιάστατης δειγματοληψίας. Για τη διασφάλιση της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος τηρήθηκαν οι ποσοστώσεις του πραγματικού πληθυσμού ως προς την ηλικία.

2.2.2. Μεθοδολογία

Η χορήγηση έγινε ατομικά το χειμώνα του 2003 στα νοικοκυριά των ερωτώμενων, όπου και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Λόγω της ευαίσθητης φύσης του θέματος, και ως αντισταθμιστικές συνθήκες στην παρούσα έρευνα, απασχολήθηκαν αποκλειστικά γυναίκες ερευνήτριες και εξασφαλίστηκε διακριτικά η απουσία τρίτων προσώπων την ώρα της χορήγησης και συμπλήρωσης.

Οι γυναίκες ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή τους είναι προαιρετική και δόθηκαν οι απαιτούμενες διαβεβαιώσεις για την ανωνυμία της. Επίσης, τους ζητήθηκε να προσπαθήσουν να μην αφήνουν αναπάντητες ερωτήσεις. Ο συνολικός χρόνος που

απαιτήθηκε για τη συμπλήρωση του ερευνητικού εργαλείου ήταν 35 με 40 λεπτά περίπου.

2.2.3. Εργαλεία

Στην αρχή της χορήγησης του ερευνητικού εργαλείου δόθηκαν από τις ερευνήτριες εισαγωγικές πληροφορίες για το πλαίσιο της έρευνας και τις δεοντολογικές αρχές της, όπως και κάποιες γενικές οδηγίες συμπλήρωσης. Για τη συλλογή του ερευνητικού υλικού χρησιμοποιήθηκαν:

1) Το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής (WHOQOL, Bref), το οποίο κατασκευάστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας¹¹⁸, προκειμένου να υπάρξει ένα διαπολιτιστικά έγκυρο ψυχομετρικό εργαλείο που να μετρά την Ποιότητα Ζωής υπό ευρύ πρίσμα. Η μετάφραση και η στάθμιση του ερωτηματολογίου για τη χορήγησή του στον ελληνικό πληθυσμό, έγινε από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με το Αιγινήτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και εξασφάλισε τη γλωσσική και πολιτιστική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, ενώ χρειάστηκε να προστεθούν κάποιες ερωτήσεις σημαντικές για τον ελληνικό χώρο¹¹⁹.

Το ερωτηματολόγιο στην αρχική μορφή του περιλαμβάνει 24 θεματικές ενότητες, που συνοψίζονται σε έξι υπο-κλίμακες και έναν γενικό τομέα που αξιολογεί την Ποιότητα Ζωής και την υγεία του ατόμου γενικά. Οι τέσσερις υπο-κλίμακες είναι η Σωματική Υγεία (απουσία ή παρουσία πόνου και κόπωσης, ποιότητα ύπνου κ.τ.λ.), η Ψυχολογική Υγεία (θετικά ή αρνητικά συναισθήματα, αυτοεικόνα κ.τ.λ.), οι Κοινωνικές Σχέσεις (προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική δραστηριότητα), το Περιβάλλον (οικιστικό, φυσικό, κοινωνική και υγειονομική πρόνοια). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 βασικές ερωτήσεις που αξιολογούν τη σημασία που αποδίδουν οι ερωτώμενοι στο περιεχόμενο κάθε θεματικής ενότητας. Οι ερωτήσεις ακολουθούν την πενταβάθμια κλίμακα του Likert και ζητείται από το υποκείμενο να τις απαντήσει, αναλογιζόμενο τον εαυτό του και τη ζωή του κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Οι μεγάλες βαθμολογίες στις διάφορες υπο-κλίμακες σηματοδοτούν καλή υγεία και Ποιότητα Ζωής για το υποκείμενο.

¹¹⁸ WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life research*, 2, σελ. 153-159.

¹¹⁹ Ginieri-Coccosis M., Antonopoulou V., Triantafyllou E., Christodoulou G. N. (2001). Translation and Cross-cultural Adaptation of WHOQOL-100 in Greece: Part I. *Psychiatry Today* 32, 1. Ginieri-Coccosis M., Triantafyllou E., Antonopoulou V., Tomaras B., Christodoulou G. (2001). *Quality of life in relation to WHOQOL-100 questionnaire (1-6)*. Athens, Greece: Publishing Co., Beta. Ginieri-Coccosis M., Antonopoulou V., Triantafyllou E., Christodoulou G. N. (2001). Translation and Cross-cultural Adaptation of WHOQOL-100 in Greece: Part II. *Psychiatry Today* 33, 1.

2) Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire GHQ-28 των Goldberg & Hailer, 1979). Το GHQ-28 αποτελεί ανανεωμένη μορφή του GHQ-60 και είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, ευρέως χρησιμοποιούμενο που ως στόχο έχει την εκτίμηση της ψυχικής υγείας των ενηλίκων και την επισήμανση ψυχικών διαταραχών και ελαφρών μορφών ψυχοπαθολογίας στο γενικό πληθυσμό. Η συμπλήρωσή του είναι εύκολη και απαιτεί περίπου δέκα λεπτά. Το ερωτηματολόγιο αυτό μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα και σύμφωνα με σχετική έρευνα, στην οποία συμμετείχαν 50 δίγλωσσα υποκείμενα και που δημοσιεύτηκε το 1991, οι δείκτες εγκυρότητάς του στην ελληνική έκδοση είναι ικανοποιητικοί¹²⁰.

Το ερωτηματολόγιο συνθέτουν 28 κλειστές ερωτήσεις που εκτιμούν την πρόσφατη ψυχοσωματική υγεία των ενηλίκων και αναφέρονται στην ύπαρξη ποικίλων ψυχοσωματικών ενοχλήσεων στον ενήλικα, στη φυσιολογική του δραστηριότητα, στην αποδοτικότητά του, στα συναισθήματά του για τη ζωή και στην αυτό-εκτίμησή του. Οι ερωτήσεις χωρίζονται σε 4 υπο-κλίμακες, καθεμία από τις οποίες περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις. Οι υπο-κλίμακες αυτές αφορούν στα: α) Σωματικά Συμπτώματα, β) Άγχος/Αϋπνία, γ) Κοινωνική Δυσλειτουργία και δ) Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή.

Τα υποκείμενα καλούνται να εκτιμήσουν αν το σύμπτωμα ή η συμπεριφορά που περιγράφει η ερώτηση παρουσιάζονται σε αυτά καθόλου, όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως, μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως ή πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως (αριθμητική κλίμακα 1-4). Το ερωτηματολόγιο αυτό παρέχει συνολική βαθμολογία γενικής ψυχικής υγείας για τον ενήλικα, καθώς επίσης και ξεχωριστές βαθμολογίες για τις επιμέρους κλίμακες. Οι μικρές βαθμολογίες στις διάφορες υπο-κλίμακες σηματοδοτούν και καλή υγεία για το υποκείμενο.

3) Επιπλέον χορηγήθηκε ένα συμπληρωματικό ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις γενικού ενδιαφέροντος σχετικά με την καθημερινή ζωή και τις στάσεις των γυναικών του δείγματος ως προς διάφορα θέματα, καθώς και

4) Ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις για τη συλλογή δημογραφικών στοιχείων του δείγματος. Αυτές αφορούσαν στην οικογενειακή κατάσταση των γυναικών, την ύπαρξη παιδιών ή όχι, την ηλικία των γυναικών, το επάγγελμα, την μόρφωση, τον τόπο κατοικίας τους, καθώς και κάποιες ερωτήσεις σχετικά με άλλα άτομα (π.χ. ηλικία, εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο) που ανήκουν στο ίδιο νοικοκυριό με τις γυναίκες-ερωτώμενες. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε παρατίθεται στο Παράρτημα.

¹²⁰ Garyfallos G. et al. (1991). Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 4, σελ. 371-378.

2.2.4.Επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων

Οι στατιστικές διαδικασίες που ακολουθήθηκαν για την περιγραφή και την ανάλυση των δεδομένων ήταν: α) καταμέτρηση των συχνοτήτων β) υπολογισμός του μέσου όρου και των ακραίων τιμών για όλες τις αριθμητικές απαντήσεις στις διάφορες ερωτήσεις, γ) cross-tabs χ^2 για τον έλεγχο της επίδρασης των διάφορων κατηγορικών μεταβλητών (π.χ. περιοχή, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο των γυναικών) στις παρατηρούμενες διαφορετικές ποσοστιαίες αναλογίες που διαμορφώθηκαν από τις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενες του δείγματος στις διάφορες ερωτήσεις, δ) T-test για την αναζήτηση των στατιστικά σημαντικών διαφορών ανάμεσα στους μέσους όρους των γυναικών του δείγματος σε σχέση με τον αριθμό ωρών καθημερινής τηλεθέασης. Το T-Τεστ επίσης χρησιμοποιήθηκε για την ανεύρεση ή όχι στατιστικής σημαντικότητας ανάμεσα στη βαθμολογία των γυναικών του δείγματος στις διάφορες υπο-κλίμακες των GHQ και WHOQOL και ε) Anova (F-κριτήριο) για την ανάλυση της διακύμανσης των τιμών που υπολογίστηκαν για τις οχτώ υπο-κλίμακες των εν λόγω ερωτηματολογίων ανάμεσα στις γυναίκες που ανήκουν σε διάφορες ηλικιακές, μορφωτικές, κοινωνικές ομάδες και που έχουν διαφορετική οικογενειακή κατάσταση.

3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Σε αρκετές χώρες ανά τον κόσμο διεξάγονται έρευνες και μελέτες προκειμένου να εντοπιστούν οι παράμετροι εκείνες, οι οποίες αφενός καταδεικνύουν τα επίπεδα ψυχικής και σωματικής υγείας του γενικού πληθυσμού και αφετέρου δεικνύουν τις κατευθυντήριες γραμμές, ώστε να υπάρξει αποτελεσματικός σχεδιασμός κοινωνικής πρόνοιας και πρόληψης.

Ένα παράδειγμα Καλών Πρακτικών αναφορικά με την υγεία αποτελούν οι Κύριοι Δείκτες Υγείας (Leading Health Indicators) που καταγράφηκαν και μελετήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, οι οποίοι εστιάζονται στη: α) σωματική δραστηριότητα (γυμναστική), β) υπεύθυνη σεξουαλική συμπεριφορά, γ) ψυχική υγεία, δ) ανοσοποίηση, ε) πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας, στ) παχυσαρκία, ζ) κάπνισμα, η) χρήση ουσιών, θ) τραυματισμοί και βία και ι) ποιότητα περιβάλλοντος¹²¹. Οι συγκεκριμένοι δείκτες επιλέχθηκαν, ώστε «να αντικατοπτρίσουν τα κυριότερα ζητήματα ανησυχίας στις ΗΠΑ αναφορικά με τη δημόσια υγεία και να συμβάλουν στη λήψη μέτρων».

Η διερεύνηση της κατάστασης υγείας των γυναικών, αναφορικά με την ηλικία τους και την κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση, αποτελεί χρήσιμο και αποτελεσματικό εργαλείο, τόσο για τον εντοπισμό και την περιγραφή των ομάδων κινδύνου, όσο και για το σχεδιασμό στρατηγικών πρόληψης και παρέμβασης στο υπό συζήτηση τομέα. Οι Κύριοι Δείκτες Υγείας παρέχουν γνώση αναφορικά με τους στόχους παρέμβασης που πρέπει να πραγματοποιηθούν, ώστε να βελτιωθεί σε μεγαλύτερο βαθμό η υγεία των γυναικών. Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τους Κύριους Δείκτες Υγείας, στις Η.Π.Α. οι γυναίκες βρίσκονταν σε καλύτερη κατάσταση υγείας από ό,τι οι άνδρες τουλάχιστον στους μισούς από τους δείκτες¹²².

Η παρούσα έρευνα σκοπό έχει να καταδείξει τα επίπεδα υγείας (ψυχικής και σωματικής) των Ελληνίδων γυναικών, να εντοπίσει τις συνιστώσες, στις οποίες οι γυναίκες αντιμετωπίζουν οποιοδήποτε είδους προβλήματα/δυσκολίες και να καταδείξει την αναγκαιότητα περαιτέρω παρέμβασης σε επίπεδο πρόληψης και αντιμετώπισης, ώστε να βελτιωθεί η Ποιότητα Ζωής τους. Στο κείμενο που ακολουθεί

¹²¹ U.S. Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010 (2nd ed)*. Washington DC.

¹²² Maiese D. R (2002). Healthy People 2010 – Leading Health Indicators for Women. *Women's Health Issues*, 12, 4, σελ. 155-164.

παρατίθενται τα ερωτήματα των εργαλείων, καθώς και ο ποσοτικός και ποιοτικός τους σχολιασμός.

3.1. Ποσοτική και ποιοτική ανάλυση συμπληρωματικού ερωτηματολογίου

«Σε ποιον αποτείνεστε όταν αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα»

Ως πρώτη επιλογή η πλειοψηφία των γυναικών του δείγματος, σε περίπτωση που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα, επιλέγουν να απευθυνθούν στην οικογένεια και στον σύντροφό τους (39,1% και 38,1% αντίστοιχα) και ακολουθούν οι φίλοι ως τρίτη πηγή, στους οποίους θα απευθύνονταν οι ερωτώμενες εάν αντιμετώπιζαν κάποιο είδους πρόβλημα (16%). Ένα ποσοστό της τάξης του 3,8% δεν θα απευθύνονταν σε κανένα, το 2,3% θα αποτείνονταν στην εκκλησία, ενώ μόλις το 0,4% των γυναικών θα απευθύνονταν σε κάποιον ειδικό.

«Και ποιος είναι ο δεύτερος, στον οποίο αποτείνεστε;»

Οι ερωτώμενες επιλέγουν να απευθυνθούν στην οικογένεια και στο φιλικό τους περιβάλλον σε περίπτωση που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα (35,2% και 24,9% αντίστοιχα), ενώ η επιλογή του συζύγου/συντρόφου κατατάσσεται τρίτη ως αναφορά με ποσοστό 17,8%. Παράλληλα, αυξάνεται το ποσοστό των γυναικών που δεν θα ήθελαν να αποταθούν σε κάποιον (14,1%). Αυξημένο συγκριτικά με την πρώτη επιλογή είναι και το ποσοστό των γυναικών εκείνων που θα απευθύνονταν σε κάποιον ειδικό (1%).

«Και ποιος είναι ο τρίτος, στον οποίο αποτείνεστε;»

Ως τρίτη επιλογή η πλειοψηφία των γυναικών του δείγματος -σε περίπτωση που αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα- επιλέγει να απευθυνθεί σε φίλους (33,3%), δεν θα απευθυνόταν σε κανέναν (30,3%), με πολύ μικρότερο ποσοστό στην οικογένεια (13,4%) και τέλος θα απευθύνονταν στους συζύγους/συντρόφους (10,2%). Αυξημένα παρουσιάζονται τα ποσοστά, συγκριτικά με τις πρώτες δύο σε προτίμηση επιλογές, της εκκλησίας (4,9%) και των ειδικών (1,8%).

«Και ποιος είναι ο τέταρτος στον οποίο αποτείνεστε;»

Η τέταρτη επιλογή των γυναικών σχετικά με το πού θα αποτείνονταν στην περίπτωση που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα, παρουσιάζει αύξηση στις τηλεοπτικές εκπομπές (4,7%) και στους ειδικούς (2,4%). Η οικογένεια, οι φίλοι και ο

σύζυγος/σύντροφος, παρουσιάζουν πολύ μικρά ποσοστά (0,3%, 1,1% και 0,1% αντίστοιχα).

Αναζητώντας να εντοπίσει κανείς τις πηγές, στις οποίες θα απευθύνονταν οι γυναίκες σε περίπτωση κάποιου προβλήματος, παρατηρείται ότι στη μεγάλη πλειοψηφία τους – και στις τέσσερις δυνατές επιλογές, με σειρά προτεραιότητας – οι ερωτώμενες εμπιστεύονται κυρίως τα άτυπα διαπροσωπικά τους δίκτυα, δηλαδή το οικογενειακό (στενό ή ευρύτερο) και το φιλικό τους περιβάλλον. Η τάση αυτή ενδεχομένως να αντανακλά τις παραδοσιακές δομές της ελληνικής κοινωνίας, όπου η οικογένεια θεωρείται θεμελιώδης αξία. Εμφαίνεται, επίσης, κάποιου είδους δυσπιστία απέναντι στους ειδικούς (ανεξαρτήτως προβλήματος, καθώς δεν προσδιορίζεται στην ερώτηση περί τίνος προβλήματος πρόκειται), γεγονός που πιθανόν να αφήνει να διαφανούν και στερεοτυπικές πεποιθήσεις ή στάσεις αναφορικά με το πότε «πρέπει» κανείς να αποτείνεται σε επαγγελματίες (υγείας, κλπ). Άξιο, τέλος, αναφοράς, είναι το σχετικά αυξημένο ποσοστό στην τέταρτη επιλογή των ερωτώμενων γυναικών, το οποίο αφορά στην –κατά κάποιο τρόπο– δημοσιοποίηση του προβλήματος των τελευταίων σε κάποια τηλεοπτική εκπομπή. Η αναφορά αυτή ίσως να δικαιολογείται από την αυξημένη αποδοχή από το κοινό εκπομπών με χαρακτήρα ψυχο-κοινωνικό ή/και υποστηρικτικό, στις οποίες καταφεύγουν αρκετά άτομα, προκειμένου να βρουν κάποια πρόσκαιρη ή μονιμότερη λύση στα παρόντα προβλήματά τους. Οι υπόλοιπες αναφορές που σημειώνονται, δεν είναι στατιστικά σημαντικές και κατά συνέπεια δεν μπορεί να αποδοθεί σε αυτές κάποια συγκεκριμένη ερμηνεία.

«Η απόσταση μεταξύ της ζωής που θέλω και της ζωής που έχω, είναι:»

Η πλειοψηφία των γυναικών δηλώνει ότι η απόσταση μεταξύ της ζωής που έχει και της ζωής που θα ήθελε να έχει, είναι μέτρια (36,5%). Μικρότερο είναι το ποσοστό αυτών που δηλώνουν ότι η υπό εξέταση απόσταση είναι μικρή (25,8%). Ακολουθούν τα ποσοστά των γυναικών που δηλώνουν ότι η απόσταση μεταξύ της ζωής που έχουν και αυτής που θα ήθελαν να έχουν είναι μεγάλη (17,3%) ή ελάχιστη (12,9%) και έπονται οι ερωτώμενες που εμφανίζονται εξαιρετικά δυσαρεστημένες με τη ζωή που έχουν (7,3%).

Σε γενικές γραμμές παρατηρούμε ότι οι γυναίκες κατά το μάλλον ή ήττον είναι ευχαριστημένες από τη ζωή που διάγουν. Η δυσαρέσκεια, ή, αντίθετα, η απόλυτη ευαρέσκεια σχετικά με τον τρόπο ζωής των γυναικών, είναι συνάρτηση των συνθηκών, στις οποίες ζουν και των επαγγελματικών και κοινωνικών εφοδίων τους,

όπως εμφανίζεται και από τη διασταύρωση της συγκεκριμένης ερώτησης με τα κοινωνιο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών¹²³.

«Θα χρησιμοποιούσατε ιατρικού τύπου διαδικασίες (lifting, πλαστική) που έχουν στόχο την βελτίωση της αισθητικής;»

Το 55,2 % των γυναικών αναφέρει ότι δεν θα προέβαινε σε ιατρικού τύπου διαδικασίες με στόχο τη βελτίωση της αισθητικής του. Το 21,7% αφήνει ανοιχτό το ενδεχόμενο να χρησιμοποιήσει τέτοιου τύπου διαδικασίες στην περίπτωση μαστεκτομής ή ατυχήματος, ενώ το 20% δηλώνει ότι θα προέβαινε σε παρόμοια διαδικασία για αισθητικούς λόγους.

«Είναι σημαντικό για σας το να φαίνεστε ή να διατηρείστε νέα»;

Η πλειοψηφία των γυναικών του δείγματος δηλώνει ότι είναι πολύ σημαντικό να φαίνεται ή/και να διατηρείται νέα (39,4%). Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει ότι το υπό εξέταση ζήτημα είναι μέτριο σε σημαντικότητα (24,2%). Αντίθετα, το 14,3% συγκεντρώνουν οι αναφορές των ερωτώμενων που χαρακτηρίζουν την εξωτερική εμφάνιση ως απόλυτα σημαντική ή λίγο σημαντική, ενώ το 7,6% του δείγματος δεν θεωρεί καθόλου σημαντικό το να φαίνεται ή να διατηρείται νέο.

Η αξιολόγηση της εξωτερικής εμφάνισης και της αισθητικής διατήρησής της σε ικανοποιητικά επίπεδα για τις ίδιες τις γυναίκες, καταγράφεται τόσο άμεσα, όσο και έμμεσα από τις δύο παραπάνω ερωτήσεις. Ενώ παρατηρείται ότι στη συντριπτική πλειοψηφία των απαντήσεων η διατήρηση της νεότητας θεωρείται πολύ σημαντική από τις ερωτώμενες, εντούτοις, παραπάνω από το 50% των τελευταίων δεν θα προέβαιναν σε αισθητική επέμβαση. Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζει τις στάσεις των γυναικών, οι οποίες πιθανόν να μην αποδέχονται ακόμη ολοκληρωτικά την ιδέα της πλαστικής χειρουργικής και συναφών ιατρικών διαδικασιών (οι πρακτικές αυτές είναι περισσότερο διαδεδομένες και αποδεκτές σε άλλες χώρες της Ευρώπης και των Ηνωμένων Πολιτειών), με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν με δυσπιστία ή/και φόβο την προοπτική αισθητικής επέμβασης. Μια σημαντική, ωστόσο, παράμετρος, που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη στις συγκεκριμένες ερωτήσεις, είναι η ηλικία των ερωτωμένων· καθώς, ένα σημαντικό ποσοστό των γυναικών ανήκουν σε ηλικιακές ομάδες, όπου τόσο η αισθητική επέμβαση, όσο και η σημασία της νεότητας, είναι

¹²³ Πρβ. παρακάτω, στο ανάλογο κεφάλαιο ποσοτικής και ποιοτικής ανάλυσης των διασταυρώσεων των μεταβλητών.

έννοιες μακροπρόθεσμες και σε κάποιο βαθμό υποθετικές και δυνητικές, πιθανολογούμε ότι οι αποκρίσεις που λάβαμε βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση με το ζήτημα αυτό και κατά συνέπεια μειώνεται στατιστικά και το ποσοστό των γυναικών που απαντούν θετικά και στις δύο ερωτήσεις¹²⁴.

«Πώς περνάτε το μεγαλύτερο μέρος του ελεύθερου χρόνου σας;»

Το 24,8% των γυναικών αναφέρει ότι κατά τον ελεύθερο χρόνο του ασχολείται με οικιακές εργασίες. Ένα παρόμοιο ποσοστό δηλώνει ότι συναντά φίλες/φίλους (24,7%), ενώ το 24,2% αναφέρει ότι παρακολουθεί τηλεόραση. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόλις το 11,3% κατά τον ελεύθερο χρόνο του διαβάζει κάποιο βιβλίο. Παράλληλα, μικρό είναι το ποσοστό των γυναικών που ασχολούνται με το διαδίκτυο (2%) ή με κάποιου είδους αθλητική ενασχόληση (2,1%).

Ο ελεύθερος χρόνος ορίζεται ως ο διαθέσιμος χρόνος που μετασχηματίζεται ποιοτικά ως απόρροια της εθελούσιας εμπλοκής του ατόμου σε κάποια ελεύθερα επιλεγμένη και εσωτερικά ικανοποιητική δραστηριότητα, η οποία πραγματοποιείται υπό συνθήκες σχετικής ελευθερίας τόσο από εσωτερικούς, όσο και από εξωτερικούς περιορισμούς. Τα χαρακτηριστικά του ελεύθερου χρόνου συνίστανται: α) στη συγκέντρωση, β) στην απορρόφηση, γ) στην εμπλοκή, δ) στην απόσπαση και τέλος στη διαστρέβλωση του χρόνου¹²⁵. Για πολλούς αιώνες η κατοχή του ελεύθερου χρόνου θεωρούνταν προνόμιο των εχόντων και των κατεχόντων. Στις εκσυγχρονισμένες, ωστόσο, βιομηχανικές και τεχνολογικά εξελιγμένες κοινωνίες, παρατηρείται ότι πλέον ελεύθερο χρόνο διαθέτουν οι οικονομικά ασθενέστερες τάξεις και οι άνεργοι¹²⁶.

Αναφορικά με τα δεδομένα της έρευνας, επιβεβαιώνεται η θέση ότι οι γυναίκες -έχοντας αναλάβει ιστορικά τόσο τη διαχείριση του «οίκου» τους¹²⁷, όσο και την επιμέλεια άλλων ατόμων (παιδιών, ατόμων τρίτης ηλικίας, κλπ)- στην πραγματικότητα δεν διαχειρίζονται τον ελεύθερο χρόνο τους κατά τη βούλησή τους. Διακρίνουμε, κατά συνέπεια, διαφορετική κοινωνική σημασία του χρόνου, ανάλογα με το φύλο. Η ιστορική αυτή συσχέτιση του χρόνου της γυναίκας με την οικογένεια, είχε ως άμεση συνέπεια την ακύρωση της έννοιας του ελεύθερου χρόνου για τη

¹²⁴ Για περαιτέρω κατανόηση, βλ. ποσοτική και ποιοτική ανάλυση διασταυρώσεων των μεταβλητών.

¹²⁵ Yannakis A., Defining Leisure: A Sociological Perspective, txt at <http://www.playlab.uconn.edu/leisdef.htm>

¹²⁶ Παπαγγελής Θ. Δ. (2000). Πώς ο Άνθρωπος Έχασε τον Ελεύθερο Χρόνο του. *ΤΟ ΒΗΜΑ*, 21/5/2000, Κωδικός άρθρου: B12938B142

¹²⁷ Foucault M. (1984). *Histoire de la Sexualité 2: L'usage des Plaisirs*. Paris, Gallimard.

γυναίκα¹²⁸. Ως εκ τούτου, δεν θα πρέπει να μας εκπλήσσει το γεγονός ότι η επαφή με το φιλικό περιβάλλον, ή ακόμα και η τηλεθέαση ή η ανάγνωση κάποιου βιβλίου ακολουθούν την ενασχόληση της γυναίκας με τις οικιακές εργασίες, ως μέρος του *ελεύθερου* χρόνου τους.

«Έχετε ισότιμη αντιμετώπιση με τον άνδρα στην κοινωνία;»

Οι απαντήσεις που συλλέχθηκαν δεικνύουν ότι το 37,4% των γυναικών πρεσβεύει ότι αντιμετωπίζεται ισότιμα με τους άνδρες στην κοινωνία. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που αναφέρουν ότι έχουν μέτρια ισότιμη αντιμετώπιση (31,8%), το ποσοστό των γυναικών εκείνων που θεωρούν ότι η αντιμετώπισή τους σε σχέση με τους άνδρες είναι λίγο ισότιμη (12,8%) και τέλος ένα παρόμοιο ποσοστό που πιστεύει ότι η αντιμετώπισή του σε σύγκριση με τους άνδρες είναι απόλυτα ισότιμη (12,3%). Αξίζει να σημειωθεί ότι μόλις το 5% των γυναικών θεωρεί ότι δεν έχει καθόλου ισότιμη αντιμετώπιση με το αντίθετο φύλο.

Προσπαθώντας να προσεγγίσουμε ερμηνευτικά τα παραπάνω δεδομένα, θα λέγαμε ότι οι ερωτώμενες σε γενικές γραμμές δεν πιστεύουν ότι έχουν επαρκώς ισότιμη αντιμετώπιση με τους άνδρες. Μόνο ένα μικρό σχετικά ποσοστό θεωρεί ότι έχει επιτευχθεί η απόλυτη ισότητα μεταξύ των δύο φύλων. Ωστόσο, και εξετάζοντας τα συγκεκριμένα αποτελέσματα με τη διασταύρωση της ερώτησης με τα κοινωνιο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, θα διαπιστώσει κανείς ότι οι γυναίκες που πρεσβεύουν ότι αντιμετωπίζονται ισότιμα σε απόλυτο βαθμό με τους άνδρες, έχουν συγκεκριμένο κοινωνιο-δημογραφικό προφίλ¹²⁹.

Η προώθηση της ισότητας των δύο φύλων επιτυγχάνεται αφενός με την ένταξη της ισότητας σε όλες της πολιτικές (gender mainstreaming)¹³⁰ και αφετέρου με την ανάληψη θετικών δράσεων υπέρ των γυναικών. Η ισότητα, η ανάπτυξη και η πρόοδος των γυναικών σε παγκόσμιο επίπεδο έχει ενταχθεί στις πολιτικές καλέντες ήδη από το 1976, όπου η προώθηση και η παρακολούθηση της ανάπτυξης των γυναικών εισήχθη σε πολλούς νεοσύστατους οργανισμούς στα Κράτη-Μέλη των Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, τόσο σε εθνικό και περιφερειακό, όσο και σε διεθνές και παγκόσμιο επίπεδο. Το ουσιαστικότερο, όμως, βήμα για την ισότητα των δύο

¹²⁸ «Χρόνος Γένους Θηλυκού: Το Φύλο του Ρολογιού», Ελευθεροτυπία, Ο Ιός της Κυριακής, 29/9/1996, txt at: <http://www.iospress.gr>

¹²⁹ Πρβ. με το κεφάλαιο για την ποσοτική και ποιοτική ανάλυση των διασταυρώσεων των μεταβλητών.

¹³⁰ Σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρώπης, « η ένταξη της ισότητας σε όλες τις πολιτικές (gender mainstreaming) είναι η αναδιοργάνωση, βελτίωση, ανάπτυξη και η αξιολόγηση της διαδικασίας άσκησης πολιτικής, έτσι ώστε η οπτική της ισότητας των φύλων να ενσωματωθεί σε όλες τις πολιτικές σε όλα τα επίπεδα και τα στάδια από τους φορείς που εμπλέκονται στην άσκηση των πολιτικών». (Council of Europe, *Gender Mainstreaming: Conceptual framework, methodology and presentation of good practices*, EG-S-MS (98)2- May 1998 Ελληνική μετάφραση: Έκδοση της ΓΓΙ).

φύλων, πραγματοποιήθηκε στην Τέταρτη Παγκόσμια Διάσκεψη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, όπου έγινε αποδεκτή η Πλατφόρμα Δράσης του Πεκίνου. Σε αυτήν αποφασίζεται, μεταξύ των άλλων, να προωθηθούν οι στόχοι της ισότητας, της ανάπτυξης και της ειρήνης για όλες τις γυναίκες σε όλον τον κόσμο προς όφελος της ανθρωπότητας (άρθρο 3)¹³¹ και να εφαρμοστούν με πλήρη αποτελεσματικότητα οι στρατηγικές του Ναϊρόμπι για την πρόοδο των γυναικών (άρθρο 11)¹³². Οι δεσμεύσεις των κυβερνήσεων των 189 Κρατών-Μελών του Ο.Η.Ε. στο Πεκίνο εδραίωσαν τη θέση ότι η ισότητα μεταξύ των φύλων πρέπει να είναι η βασική συνισταμένη κάθε προσπάθειας διευθέτησης των κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών προβλημάτων σε παγκόσμιο επίπεδο¹³³. Ωστόσο, όπως έμμεσα επισημαίνεται και από τις ερωτώμενες του δείγματος, εξακολουθούν να υφίστανται εμπόδια για την επίτευξη της επιθυμητής ισοτιμίας μεταξύ των δύο φύλων, τα οποία εστιάζονται κυρίως στους τομείς: α) της εισοδηματικής ισότητας, β) της απασχόλησης, γ) της πενίας, δ) της εκπαίδευσης, ε) της υγείας, στ) της αντιμετώπισης της βίας κατά των γυναικών, ζ) της προστασίας των γυναικών-προσφύγων, η) της συμμετοχής στα κέντρα λήψης αποφάσεων και τέλος στα πολιτικά και αστικά δικαιώματά τους¹³⁴.

«Έχετε ισοτιμία με τον άνδρα (είτε σύζυγο αν παντρεμένη είτε πατέρα αν κόρη ή άλλη ανδρική παρουσία) στο σπίτι σας;

Το 37,9% των γυναικών αναφέρει ότι αντιμετωπίζεται επαρκώς ισότιμα με το άλλο φύλο στην οικογένειά του. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που δηλώνει ότι έχει απόλυτη ισοτιμία (32,1%). Το 5,3% των γυναικών πιστεύει ότι η ισοτιμία με τον άνδρα στο σπίτι είναι μέτρια, ενώ το 2,1% των γυναικών αναφέρει ότι δεν υπάρχει καθόλου ισοτιμία.

Οι γυναίκες του δείγματος πιστεύουν ότι στην οικογένειά τους αντιμετωπίζονται περισσότερο ισότιμα από τους συζύγους/συντρόφους/πατέρα τους από ό,τι στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Χαρακτηριστικό είναι το υψηλό ποσοστό των γυναικών που αναφέρουν ότι έχουν απόλυτη ισοτιμία με το άλλο φύλο στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του Κ.Ε.Θ.Ι., όπου καταγράφεται ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων επικρατούν αρμονικές σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας ή/και μεταξύ των

¹³¹ 4^η Παγκόσμια Διάσκεψη του ΟΗΕ για τις Γυναίκες, *Διακήρυξη και Πλατφόρμα Δράσης του Πεκίνου*, 1995.

¹³² Στο ίδιο.

¹³³ Ειδική Σύνοδος της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., *Γυναίκες 2000: Ισότητα των Φύλων, Ανάπτυξη και Ειρήνη για τον 21^ο Αιώνα*, Πρακτικά Συνόδου, Νέα Υόρκη, 5-9 Ιουνίου 2000.

¹³⁴ Στο ίδιο.

συζύγων/συντρόφων και ότι οι γυναίκες είναι σε μεγάλο βαθμό ικανοποιημένες από την οικογενειακή τους ζωή¹³⁵.

«Πόσο αλκοόλ καταναλώνετε;»

Σύμφωνα με τα συλλεχθέντα αποτελέσματα, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών δεν καταναλώνει καθόλου αλκοόλ (61,8%). Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει ότι καταναλώνει λίγο αλκοόλ (32%), το ποσοστό των ερωτώμενων που καταναλώνει αρκετό αλκοόλ (4,8%), ενώ μόλις το 1% των γυναικών δηλώνει ότι καταναλώνει αλκοόλ σε πολύ μεγάλες ποσότητες.

Τα παρόντα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά σχετικά με τη χρήση ή/και την κατάχρηση αλκοόλ. Σύμφωνα με επίσημες έρευνες που διεξάγονται σε παγκόσμιο επίπεδο για λογαριασμό του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization), η κατανάλωση αλκοόλ έχει σημειώσει πτώση στις περισσότερες από τις ανεπτυγμένες χώρες και έχει, αντίθετα, αυξηθεί στις υπό ανάπτυξη χώρες της Κεντρικής και της Ανατολικής Ευρώπης. Οι άνδρες κυριαρχούν στην κατανάλωση αλκοόλ στις περισσότερες χώρες παγκοσμίως, ενώ η υπερβολική χρήση οινοπνευματωδών ευθύνεται για τη μείωση του μέσου όρου ζωής τους¹³⁶. Εκτιμάται ότι από τα 15,1 εκατομμύρια άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή είναι εξαρτημένοι χρήστες στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, περίπου το ένα τρίτο είναι γυναίκες (4,6 εκατομμύρια)¹³⁷. Σε αντίθεση με ό,τι πιστεύεται ευρέως, οι γυναίκες που έχουν πολλαπλούς ρόλους παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά αναφορικά με την εμφάνιση προβλημάτων από το αλκοόλ από ό,τι οι γυναίκες που δεν έχουν πολλαπλούς ρόλους¹³⁸. Στην πραγματικότητα, η αποστέρηση ενός ρόλου σε μια γυναίκα (για παράδειγμα απώλεια του ρόλου της συζύγου ή της μητέρας), μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο κατάχρησης αλκοόλ¹³⁹.

Οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν την υψηλότερη συχνότητα κατανάλωση αλκοόλ παγκοσμίως, γεγονός το οποίο οφείλεται εν μέρει στο ότι παρατηρούνται μικρές

¹³⁵ Αρτινοπούλου Β., Φαρσεδάκης Ι., Ζουλινάκη Α., Κατσίκη Γ., Ξυδοπούλου Ε. & Παπαμιχαήλ Σ. (Συντονίστρια έρευνας: Παπαγιαννοπούλου Μ.) (2003) *Ενδο-οικογενειακή Βία Κατά των Γυναικών: Πρώτη Πανελλαδική Επιδημιολογική Έρευνα*. ΚΕΘΙ.

¹³⁶ Management of Substance Dependence & Non Communicable Diseases, *Global Status Report on Alcohol*, World Health Organization, June 2001.

¹³⁷ Williams G. D., Grant B. F. Harford T. C. and Noble B. A., Population Projections Using DSM-III Criteria: Alcohol Abuse and Dependence, 1990-2000, *Alcohol Health & Research World*, 13, 4, 1989, 366-370.

¹³⁸ Wilsnack S. C. Wilsnack R. W. and Klassen A. D. (1986). Epidemiological Research on Women's Drinking, 1978-1984, όπως αναφέρεται στο National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Women and Alcohol: Health-Related Issues*, Research Monograph No. 16, DHHS Pub. No. 86-1139. Washington, DC, Supt. of Docs., U.S. Government Printing Office, σελ. 1-68.

¹³⁹ Wilsnack R. W., & Cheloha R. (1987). Women's Roles and Problem Drinking Across the Lifespan. *Social Problems*, 34, 3, σελ. 231-248.

διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στη καταναλωτική συμπεριφορά στο αλκοόλ. Ωστόσο, οι άνδρες έχουν τρεις έως δεκαέξι φορές περισσότερες πιθανότητες να πίνουν τακτικά¹⁴⁰. Στην Ελλάδα, η κατανάλωση αλκοόλ παρουσιάζει αύξηση από το 1990 και εξής, αν και συνολικά έχει μειωθεί κατά το χρονικό διάστημα 1983-τέλη της δεκαετίας του 1990¹⁴¹.

Παρά το γεγονός ότι χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση το θέμα του αλκοόλ και των προβλημάτων που συνεπάγεται, ωστόσο υπάρχουν ικανές ενδείξεις ότι αποτελεί μια σημαντική απειλή για την παγκόσμια υγεία.

«Πόση νικοτίνη καταναλώνετε;»

Σύμφωνα με τα ερευνητικά πορίσματα, η πλειοψηφία των γυναικών δεν καταναλώνει καθόλου νικοτίνη (59,5%). Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει ότι καταναλώνει αρκετή νικοτίνη (15,2%), οι ερωτώμενες που δηλώνουν ότι καταναλώνουν λίγη νικοτίνη (13,2%) και το ποσοστό των γυναικών που καταναλώνουν νικοτίνη σε μεγάλο βαθμό (8,8%). Μόλις το 3,3% των γυναικών αναφέρει ότι καταναλώνει πάρα πολλή νικοτίνη.

Έρευνες στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής έχουν καταδείξει ότι ενώ οι έφηβες γυναίκες καπνίζουν στο ίδιο ποσοστό με τους άνδρες, οι ενήλικες γυναίκες, καπνίζουν λιγότερο. Παράλληλα, παρουσιάζουν μικρότερο βαθμό έκθεσης στον καπνό, ως παθητικές καπνίστριες¹⁴².

Το 1999 στη Πρώτη Διάσκεψη του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας για τις Γυναίκες και το Κάπνισμα που πραγματοποιήθηκε στην Ιαπωνία, έγινε αποδεκτή η Διακήρυξη του Kobe, στην οποία αναφέρεται ότι «η ισότητα των φύλων στην κοινωνία πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των στρατηγικών ελέγχου του καπνού· η ηγεσία των γυναικών σε αυτήν την προσπάθεια είναι απαραίτητη, ώστε να υπάρξει επιτυχία»¹⁴³.

Ξεκινώντας στη δεκαετία του 1960, οι βιομηχανίες καπνού παράγουν συζητήσεις που αφορούν στην εθιστική φύση της νικοτίνης και αναγνωρίζουν ότι ο πρωταρχικός λόγος που τα άτομα συνεχίζουν το κάπνισμα είναι ο εθισμός στη νικοτίνη. Το 1998 η Επιστημονική Επιτροπή της κυβερνήσεως της Αγγλίας τονίζει ότι αποδείχτηκε πως η νικοτίνη έχει συνέπειες στα εγκεφαλικά συστήματα της

¹⁴⁰ Στο ίδιο.

¹⁴¹ Eurocare: Advocacy for the Prevention of Alcohol Related Harm in Europe, Greece – Country Profile, txt at. <http://www.eurocare.org/profiles/greece01.htm#anchor4612200>

¹⁴² Maiese D. R., Healthy People...ό.π.

¹⁴³ World Health Organization (1999). *Discussion Paper, WHO International Conference on Tobacco and Health, Kobe—Making a Difference in Tobacco and Health*. Geneva, World Health Organization.

ντοπαμίνης, οι οποίες προσομοιάζουν με αυτές ναρκωτικών, όπως η ηρωίνη ή η κοκαΐνη¹⁴⁴.

Το 1960 στην Αγγλία το 40% των γυναικών ήταν καπνίστριες. Το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες άγγιζε το 60%. Στα μέσα της δεκαετίας του 1990, το ποσοστό των ανδρών είχε μειωθεί σχεδόν κατά το ήμισυ (32%), ενώ το ποσοστό για τις γυναίκες μειώθηκε μόνο κατά το ένα τέταρτο (30%)¹⁴⁵. Σε γενικές γραμμές περίπου το 8% του γενικού γυναικείου πληθυσμού στις υπό ανάπτυξη χώρες και το 15% στις ανεπτυγμένες χώρες καπνίζουν συστηματικά¹⁴⁶.

Τα ποσοστά της παρούσας έρευνας κατά το μάλλον ή ήττον συνάδουν με τα ποσοστά που δίνονται σε διεθνείς έρευνες, όπου κατά μέσο όρο, το ποσοστό των καπνιστριών στην Αυστραλία αγγίζει το 21% (στοιχεία του 1993), στο Βέλγιο το 19% (στοιχεία του 1993), στη Φινλανδία το 19% (στοιχεία του 1994), στη Γερμανία το 21,5% (στοιχεία του 1992), στη Νέα Ζηλανδία το 21% (στοιχεία του 1992) και στις Η.Π.Α. το 22,5% (στοιχεία του 1993)¹⁴⁷.

«Πιστεύετε ότι η ζωή σας αύριο θα πάει...»

Το 52,9% των γυναικών δηλώνει ότι η ζωή του στο μέλλον θα είναι καλύτερη, ενώ το 34,4% των γυναικών πιστεύει ότι η ζωή του θα παραμείνει η ίδια. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που θεωρεί ότι η ζωή του μελλοντικά θα είναι σε χειρότερη κατάσταση (10,3%).

Η πλειοψηφία των γυναικών της έρευνας εμφανίζονται αισιόδοξες σχετικά με το μέλλον τους, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό αισθάνεται ότι η ζωή τους μελλοντικά θα είναι χειρότερη από ό,τι στο παρόν. Τα ευρήματα αυτά –αν προβεί κανείς σε σύγκριση με ανάλογα ποσοστά για το βαθμό ικανοποίησης του Έλληνα από τη ζωή που διάγει- είναι σύμφωνα σε ένα σημαντικό βαθμό. Για παράδειγμα, το 11% των Ελλήνων παρουσιάζεται να μην είναι καθόλου ικανοποιημένο από τη παρούσα ζωή του, ενώ το 49% δηλώνει ότι είναι αρκετά ικανοποιημένο. Αντίθετα, το ποσοστό των Ελλήνων που εμφανίζεται να είναι πολύ ικανοποιημένο από τον τρόπο ζωής του, αγγίζει το 9%. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα αντίστοιχα ποσοστά για τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν ως εξής: 4% για το μέσο Ευρωπαίο πολίτη

¹⁴⁴ Department of Health (1998). *Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health*. UK Government, παρ. 1.30, σελ. 23.

¹⁴⁵ Wald N. & Nicolaidis-Bouman A. *UK Smoking Statistics*. Oxford University Press, χ.χ.

¹⁴⁶ The World Health Organization (2001). *Women & Tobacco Epidemic. Challenges for the 21st Century* (επιμ. J. M. Samet & S. Y. Yoon). World Health Organization.

¹⁴⁷ World Health Organization (1997). *Tobacco or Health: A Global Status Report*. Geneva, World Health Organization.

που δεν είναι καθόλου ικανοποιημένος από τη ζωή του, 62% για το μέσο Ευρωπαϊό πολίτη που είναι αρκετά ικανοποιημένος και τέλος 15% για το μέσο Ευρωπαϊό πολίτη που είναι πολύ ικανοποιημένος από τον τρόπο που ζει¹⁴⁸. Σε σχετικά αντίστοιχη ερώτηση του Ευρωβαρομέτρου για τις προσδοκίες του Έλληνα πολίτη για το τρέχον έτος¹⁴⁹, το 26% προσδοκά χειρότερες εξελίξεις για τη ζωή του (το αντίστοιχο ποσοστό για το μέσο Ευρωπαϊό πολίτη είναι 11%), το 34% πιστεύει ότι η ζωή του θα παρουσιάσει βελτίωση (ίδιο ποσοστό με το μέσο Ευρωπαϊό), ενώ το 35% πιστεύει ότι η ζωή του θα παραμείνει η ίδια¹⁵⁰.

«Ποιο από τα παρακάτω ζητήματα είναι το 1^ο που σας δημιουργεί μεγαλύτερη ανησυχία;»

Τα ερευνητικά πορίσματα δεικνύουν ότι το 32% των γυναικών δηλώνει πως το ζήτημα που προκαλεί τη μεγαλύτερη ανησυχία, είναι η εγκληματικότητα. Το 23,6% αναφέρει ως πηγή ανησυχίας το πρόβλημα των ναρκωτικών και το 18% την περιβαλλοντική μόλυνση. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που ανησυχεί για τη ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας (9%), το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει ως θέμα ανησυχίας την είσοδο αλλοδαπών στη χώρα μας (7%) και το 5,7% των ερωτώμενων που ανησυχεί για το AIDS. Ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 6,2% αναφέρει ως πηγή ανησυχίας τα οικονομικά ζητήματα της χώρας, ενώ μόλις το 3,1% των γυναικών θεωρεί τις μειονότητες ως ανησυχητικό θέμα.

«Ποιο από τα παρακάτω ζητήματα είναι το 2^ο που σας δημιουργεί μεγαλύτερη ανησυχία;»

Ως δεύτερη πηγή ανησυχίας, το 23,3% των ερωτώμενων γυναικών αναφέρει την εγκληματικότητα, καθώς και το ζήτημα των ναρκωτικών (23,2%). Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που δηλώνει ότι η μόλυνση τους προκαλεί ιδιαίτερη ανησυχία (15,4%) και το 13,1% των γυναικών που αναφέρει ότι το AIDS ως πηγή ανησυχίας. Ένα ποσοστό της τάξης του 8,6% δηλώνει ότι τα οικονομικά ζητήματα της χώρας το ανησυχούν, ενώ ανάλογα χαμηλά ποσοστά εμφανίζονται αναφορικά με την εισροή οικονομικών μεταναστών (6,7%) και το ζήτημα των μειονοτήτων (3%).

¹⁴⁸ Eurobarometer 58.1 – National Standard Report (2003). *Παρουσίαση και ανάλυση της ελληνικής κοινής γνώμης*. Brussels, European Opinion Research Group.

¹⁴⁹ Η έρευνα διεξήχθη τον Οκτώβριο-Νοέμβριο του 2002 και η συγκεκριμένη ερώτηση αφορούσε στη στάση του Έλληνα για το αν το νέο έτος (2003) θα είναι καλύτερο, το ίδιο ή χειρότερο από το 2002.

¹⁵⁰ Eurobarometer 58.1, *ό.π.*

«Ποιο από τα παρακάτω ζητήματα είναι το 3^ο που σας δημιουργεί μεγαλύτερη ανησυχία;»

Το 22,6% των γυναικών αναφέρει πως το ζήτημα των ναρκωτικών είναι η τρίτη πηγή ανησυχίας τους. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που δηλώνει ότι η εγκληματικότητα αποτελεί ανησυχητικό ζήτημα (18,6%), το 15,9% των γυναικών που αναφέρει την περιβαλλοντική μόλυνση και το 13,5% των γυναικών που ανησυχεί για το AIDS. Ένα μικρό ποσοστό αναφέρει τα οικονομικά ζητήματα της χώρας ως πηγή ανησυχίας (9,4%), το ζήτημα της εισόδου των αλλοδαπών στη χώρα (7,6%), ενώ μόλις το 2,4% των γυναικών αναφέρει τις μειονότητες ως ζήτημα ανησυχίας.

Όπως μπορεί να παρατηρήσει κανείς από τις παραπάνω ερωτήσεις, τα τρία κυριότερα προβλήματα που φαίνεται να απασχολούν τις ερωτώμενες της έρευνας, είναι η εγκληματικότητα, τα ναρκωτικά και η μόλυνση του περιβάλλοντος.

Η ολοένα αυξανόμενη ανησυχία για την εγκληματικότητα, οφείλεται πρωτίστως στην πραγματική ή φερόμενη αύξηση της εγκληματικότητας, η οποία στις κοινωνικές αναπαραστάσεις των ατόμων αποδίδεται κυρίως στο μεγάλο κύμα μετανάστευσης που παρατηρείται στην Ελλάδα από τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Κατά συνέπεια, επικρατεί η αντίληψη ότι έχει αυξηθεί η εγκληματικότητα λόγω της εισροής οικονομικών μεταναστών. Οι τελευταίοι σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Δημοσίας Τάξης φέρονται ως υπεύθυνοι για την τέλεση του 58% επί του συνόλου των εγκληματικών πράξεων που καταγράφηκαν¹⁵¹. Ωστόσο, φαίνεται ότι ο δείκτης της εγκληματικότητας που διαπράττεται από αλλοδαπούς, βρίσκεται σε αναλογία με την πληθυσμιακή τους αύξηση, που όμως δεν θεωρείται ιδιαίτερα ανησυχητική, αν εξετάσει κανείς με ιδιαίτερη προσοχή τα στοιχεία του Υπουργείου Δημοσίας Τάξης: στα εγκλήματα κατά της ανθρωπίνης ζωής η ανάμειξη των αλλοδαπών αγγίζει περίπου το 6%, ενώ οι εκ προθέσεως ανθρωποκτονίες - όπου εμφανίζεται μεγαλύτερη συμμετοχή, 22% το 1997 και 28,6% το 1998 - αφορούν στη συντριπτική τους πλειοψηφία ενδο-κοινοτικό φαινόμενο, καθώς οι ενέργειες αυτές στρέφονται κυρίως κατά ομοεθνών τους. Συγκεκριμένα, το 1988 λιγότεροι από 200.000 αλλοδαποί συμμετείχαν σε ποσοστό 0,6% στην εγκληματικότητα. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται σε 1,1% το 1990, 2,4% το 1994, 3,4% το 1996 και ανέρχεται στο 4,9% το 1998. Τα παραπάνω ποσοστά αφορούν στο σύνολο της παραβατικότητας, συμπεριλαμβάνοντας και τις παραβάσεις περί τροχαίων ατυχημάτων. Η κατηγορία με

¹⁵¹ Στοιχεία του 1999, όπως αναφέρεται στο: Μιχαλόπουλος Φ. (2000). Αλλοδαποί και Εγκληματικότητα: Λαθρομετανάστευση και Λάθρα Ανάγνωση Στοιχείων. *Δικαιωματικά* (Ηλεκτρονική Επιθεώρηση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα), 1, Απρίλιος 2000.

τη μεγαλύτερη συμμετοχή ξένων είναι τα εγκλήματα κατά της ιδιοκτησίας (κλοπές κυρίως), όπου το ποσοστό αγγίζει το 22,4% για το 1997, ενώ για το 1998 σε 32%¹⁵².

Το ζήτημα των ναρκωτικών αποτελεί τις τελευταίες δεκαετίες μόνιμη ανησυχία για τον ευρύ πληθυσμό. Έρευνες σε παγκόσμιο επίπεδο δεικνύουν ότι η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών αυξάνεται. Για παράδειγμα στην Αφρική το 1999 παρατηρήθηκε αύξηση των κατασχέσεων της ινδικής κάνναβης, της ηρωίνης και των ψυχοτρόπων ουσιών σε σύγκριση με το 1998, ενώ οι κατασχέσεις κοκαΐνης μειώθηκαν. Ωστόσο, οι κατασχέσεις ναρκωτικών στις αφρικανικές χώρες παραμένουν εξαιρετικά περιορισμένες, λόγω της έλλειψης πόρων για τον έλεγχο των ναρκωτικών ουσιών. Η ινδική κάνναβη εξακολουθεί να είναι το πιο διαδεδομένο ναρκωτικό στον Καναδά, το Μεξικό και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Αντίστοιχα, στην Ασία η συνεχιζόμενη παραγωγή οπίου στο Αφγανιστάν και η παράνομη διακίνηση οπιούχων εξακολουθούν να αποτελούν αιτία συνεχούς ανησυχίας. Τέλος, στην Ευρώπη αυξάνεται η διαθεσιμότητα των ναρκωτικών ουσιών. Ενώ η χρήση της κάνναβης παραμένει σε σταθερά επίπεδα, η χρήση της κοκαΐνης εξακολουθεί να αυξάνεται στις περισσότερες περιοχές της Ευρώπης¹⁵³. Η ανησυχία για την εξάπλωση και την μη αποτελεσματική αντιμετώπιση των ναρκωτικών, επισημάνθηκε και στο συνέδριο με θέμα «Προς μία αποτελεσματική πολιτική για τα Ναρκωτικά: επιστημονική τεκμηρίωση, καθημερινή πράξη και πολιτικές επιλογές», το οποίο πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της ελληνικής προεδρίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε συνεργασία με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, τονίστηκε η ανάγκη εντατικοποίησης των προσπαθειών αντιμετώπισης της μάστιγας των ναρκωτικών, τόσο σε εθνικό και περιφερειακό, όσο και σε διεθνές και υπερεθνικό επίπεδο¹⁵⁴.

Τέλος, το ζήτημα της μόλυνσης του περιβάλλοντος, αποτελεί θέμα αυξανόμενης ανησυχίας και παράλληλα συνειδητοποίησης¹⁵⁵. Η στάση των ερωτώμενων γυναικών συνάδει σε απόλυτο βαθμό με τη στάση των πολιτών σε παγκόσμιο επίπεδο, όπως κατέδειξε πρόσφατη δημοσκόπηση που διεξήχθη ηλεκτρονικά, με δείγμα 25.164 άτομα από 175 χώρες. Συγκεκριμένα, επισημαίνεται η εμφανής απογοήτευση σε παγκόσμιο επίπεδο για την κατάσταση που επικρατεί σχετικά με τα περιβαλλοντικά θέματα και τονίζεται η ανάγκη θέσπισης αυστηρών μέτρων και νομοθεσίας τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο, ώστε να

¹⁵² Στο ίδιο.

¹⁵³ Περίληψη της Κατάστασης Ανά Γεωγραφική Περιοχή από την Έκθεση της Επιτροπής του Ο.Η.Ε. για τον Διεθνή Έλεγχο Κατά των Ναρκωτικών, Φεβρουάριος 2001.

¹⁵⁴ Μπουλουτζά Π. (2003). Ημίμετρα για τα Ναρκωτικά. *Καθημερινή*, Ελλάδα, 7 Μαρτίου 2003.

¹⁵⁵ Ενημερωτικό Δελτίο ΤΕΕ: *8ο Μεσογειακό Συνέδριο του Association of Women of the Mediterranean Region (Γυναίκες της Μεσογείου)*, Το περιβάλλον στη Λεκάνη της Μεσογείου - Η Γυναίκα Οπτική, τ. 2063, 9 Αυγούστου 1999.

αντιμετωπιστεί αποτελεσματικότερα η μόλυνση του περιβάλλοντος. Επιπρόσθετα, η περιβαλλοντική κατάσταση τοποθετείται ως το δεύτερο μείζονος σημασίας παγκόσμιο πρόβλημα μετά την οικονομία, σε ποσοστό 28%¹⁵⁶.

«Αναφορικά με τα παιδιά σας και το μέλλον τους, θα λέγατε ότι...»

Το 33% των γυναικών αναφέρει ότι ανησυχεί αρκετά αναφορικά με τα παιδιά και το μέλλον τους. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που φοβάται σε μεγάλο βαθμό για τα μέλλον των παιδιών του (19,6%), το ποσοστό των γυναικών που φοβούνται σε μέτριο βαθμό (10,2%) και το ποσοστό των γυναικών που φοβούνται λίγο (6,4%). Η μειοψηφία των ερωτώμενων γυναικών δηλώνει ότι δε φοβάται καθόλου σχετικά με το υπό συζήτηση θέμα (2,8%).

«Ποιο από τα παρακάτω ζητήματα είναι το 1^ο που σας προκαλεί το μεγαλύτερο άγχος ή ανησυχία;»

Το 26,7% των γυναικών της έρευνας αναφέρει ότι τα οικονομικά θέματα είναι το πρώτο ζήτημα που προκαλεί το μεγαλύτερο άγχος ή ανησυχία. Ακολουθεί το 13,8% των γυναικών που δηλώνει ως πρώτη πηγή άγχους την κατάσταση της υγείας τους, το 10,8% των γυναικών που αναφέρει την ανάγκη να είναι συνεπείς ως προς τις ανειλημμένες υποχρεώσεις και ταυτόχρονα να είναι αποτελεσματικές σε αυτές και το 7,5% των γυναικών που δηλώνει ως πρώτο σε σημασία ζήτημα ανησυχίας είναι τα επερχόμενα γηρατειά. Μικρότερης σημασίας ζητήματα που απασχολούν τις γυναίκες, είναι το ότι δεν έχουν ελεύθερο χρόνο για τον εαυτό τους (7,3%), η έλλειψη επικοινωνίας με το σύζυγο/σύντροφο (7%) και η ρουτίνα (6,2%).

«Ποιο από τα παρακάτω ζητήματα είναι το 2^ο που σας προκαλεί το μεγαλύτερο άγχος ή ανησυχία;»

Το 17,7% των γυναικών θεωρεί ως δεύτερη πηγή άγχους τα οικονομικά θέματα και το 14,9% την ανάγκη να φέρουν σε πέρας αποτελεσματικά τις ανειλημμένες υποχρεώσεις του. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που δηλώνει ότι το γήρας προκαλεί τη μεγαλύτερη ανησυχία (12,7%), το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει

¹⁵⁶ Ίδρυμα Ανδρέα Γ. Παπανδρέου, Η Πρώτη Ηλεκτρονική Παγκόσμια Δημοσκόπηση για το Περιβάλλον και τη Βιώσιμη Ανάπτυξη, 9 Οκτωβρίου 2002, txt at. http://www.agp.gr/greek/activities/collaborations/2002_1009.stm

τη ρουτίνα ως δεύτερο σε προτεραιότητα ζήτημα ανησυχίας (11,1%) και το 8,6% που δηλώνει ως δευτερογενή πηγή άγχους την κατάσταση της υγείας του.

«Ποιο από τα παρακάτω ζητήματα είναι το 3^ο που σας προκαλεί το μεγαλύτερο άγχος ή ανησυχία;»

Το 12,6% των γυναικών αναφέρει ως τρίτη πηγή άγχους την ανάγκη να είναι συνεπείς και ταυτόχρονα αποτελεσματικές στις υποχρεώσεις τους. Παράλληλα, το 11,3% των γυναικών δηλώνει τα οικονομικά θέματα ως τρίτη κατά σειρά πηγή ανησυχίας, ενώ το 9,7% των γυναικών αναφέρει τη ρουτίνα ως τρίτο σε προτεραιότητα ζήτημα. Με χαμηλά ποσοστά εμφανίζεται το άγχος σχετικά με την απουσία του συζύγου στην ανατροφή των παιδιών (5%), καθώς και η έλλειψη ικανοποίηση από την υπάρχουσα εργασία (2,2%).

Σε γενικές γραμμές παρατηρούμε ότι τα κυριότερα ζητήματα που προκαλούν ανησυχία στις ερωτώμενες γυναίκες, είναι η οικονομική κατάσταση, η ανάγκη να αποπερατώνουν με επιτυχία τις δραστηριότητές τους και η πάροδος του χρόνου. Η οικονομία αποτελεί τη συχνότερα συναντώμενη ανησυχία σε παγκόσμιο επίπεδο, με ποσοστό 33%¹⁵⁷. Επιπρόσθετα, σε έρευνα που διεξήχθη από το Ευρωβαρόμετρο, καταδείχτηκε ότι το 57% των Ελλήνων προσδοκά χειρότερες οικονομικές εξελίξεις στο μέλλον για την χώρα και το 36% πιστεύει ότι η οικογένειά του θα βρεθεί σε δυσχερέστερη οικονομική κατάσταση από ό,τι στο παρόν¹⁵⁸. Τα δευτερεύοντα σε σειρά προτεραιότητας προβλήματα που αναφέρονται από τις γυναίκες, σχετίζονται πρωτίστως με τις απαιτήσεις των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών και με τους πολλαπλούς ρόλους που η γυναίκα αναλαμβάνει¹⁵⁹.

« Έχετε υποστεί ποτέ έστω και μια φορά σωματική βία, ξυλοδαρμό;»

Η πλειοψηφία των γυναικών δηλώνει ότι δεν έχει υποστεί έστω και μια φορά ξυλοδαρμό (92,9%). Αξίζει να σημειωθεί ότι μόλις το 7,1% των ερωτώμενων απάντησαν θετικά στο συγκεκριμένο ερώτημα.

¹⁵⁷ Ίδρυμα Ανδρέα Γ. Παπανδρέου, Η Πρώτη..., *ό.π.*

¹⁵⁸ Eurobarometer 58.1 – National Standard..., *ό.π.*

¹⁵⁹ Για τους πολλαπλούς ρόλους της γυναίκας, δες σχετικά θεωρητικές επισημάνσεις.

«Από ποιόν έχετε υποστεί σωματική βία, ξυλοδαρμό;»

Από τις γυναίκες που απάντησαν θετικά στο παραπάνω ερώτημα, το 47,9% των γυναικών που έχουν υποστεί σωματική βία αναφέρουν ως δράστη το σύζυγο/σύντροφό τους, ενώ το 36,6% των γυναικών αναφέρει ως δράστη κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας. Το 9,9% των γυναικών που υπέστη σωματική βία αναφέρει ως δράστη κάποιον άγνωστο και μόλις το 2,8% κάποιον οικογενειακό γνωστό.

«Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε σωματική βία, ξυλοδαρμό;»

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία του δείγματος αντιμετωπίζει σπάνια σωματική βία (78,9%). Το 11,3% των γυναικών δηλώνει ότι μερικές φορές είναι θύμα σωματικής βίας, ενώ μόλις το 7% των γυναικών αναφέρει ότι υφίσταται σωματική βία συχνά.

«Έχετε υποστεί ποτέ έστω και μια φορά σεξουαλική κακοποίηση/ βιασμό;»

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος των γυναικών δηλώνει ότι δεν έχει υποστεί ποτέ σεξουαλική κακοποίηση (98,9%), ενώ μόλις το 1,1% των γυναικών αναφέρει ότι έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση.

«Από ποιόν έχετε υποστεί σεξουαλική κακοποίηση/ βιασμό;»

Παρατηρείται ότι από το ποσοστό των γυναικών που αναφέρουν ότι έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, το 27,3% των γυναικών δηλώνει ότι υπέστη σεξουαλική κακοποίηση από τον ερωτικό του σύντροφο. Το ίδιο ποσοστό (27,3%) αναφέρει ως δράστη σεξουαλικής κακοποίησης τους κάποιον άγνωστο, όπως και κάποιο οικογενειακό γνωστό (27,3%). Μόλις το 9,1% υπέδειξε ως δράστη κάποιο μέλος της οικογένειάς του.

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τόσο στις Η.Π.Α., όσο και στη Μεγάλη Βρετανία, δεικνύουν ότι το ποσοστό σεξουαλικής ή/και σωματικής κακοποίησης των γυναικών από τον σύζυγο/σύντροφό τους αγγίζει το 25%¹⁶⁰. Επιπρόσθετα, μελέτη

¹⁶⁰ National Institute of Justice and Centers for Disease Control and Prevention (1998). *Research in Brief: Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women: Findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, U.S. Department of Justice. Economic and Social Research Council, *Domestic Violence Fact Sheet*, txt at http://www.domesticviolencedata.org/facts/factsheets/f_esrc.htm

που διεξήχθη στις Η.Π.Α. σχετικά με την υγεία των γυναικών, κατέδειξε ότι το ιστορικό κακοποίησης σχετίζεται με κακή κατάσταση υγείας, υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος και υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων¹⁶¹.

Τα πορίσματα της πρώτης επιδημιολογικής έρευνας για την ενδο-οικογενειακή βία στην Ελλάδα, καταδεικνύουν ότι το 3,6% των γυναικών έχει δεχτεί/δέχεται μερικές φορές ή/και συχνά σωματική βία από το σύζυγο/σύντροφό του. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τη σεξουαλική βία στο οικογενειακό πλαίσιο μερικές φορές ή/και συχνά, αγγίζουν το 3,5%¹⁶². Στον εξαναγκασμό σε σεξουαλική πράξη ως κύριος δράστης αναφέρεται ο σύζυγος/σύντροφος, ενώ τα μέλη της οικογένειας προέλευσης εμφανίζονται ως δράστες βίαιης συμπεριφοράς, όταν η γυναίκα ρωτάται αν έχει υποστεί βία στην οικογένεια που μεγάλωσε¹⁶³. Σε παρόμοια μελέτη που διεξήχθη από τη Γενική Γραμματεία Ισότητας με υποκείμενα γυναίκες που απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα της Αθήνας και του Πειραιά για καταχρηστική συμπεριφορά, καταγράφεται ότι η βίαιη συμπεριφορά εναντίον των γυναικών λαμβάνει τη μορφή σωματικής και ψυχολογικής βίας (69,8%)¹⁶⁴. Στη συντριπτική δε πλειοψηφία των καταγεγραμμένων περιστατικών, δράστης είναι ο σύζυγος/σύντροφος της γυναίκας (80%).

Η βία στην οικογένεια στην Ελλάδα δεν έχει μελετηθεί συστηματικά και με επάρκεια από την επιστημονική κοινότητα. Οι προσπάθειες που έχουν πραγματοποιηθεί, στον κύριο όγκο τους συνιστούν επισκόπηση άλλων ερευνών που έχουν λάβει χώρα στο εξωτερικό και δεν περιλαμβάνουν εμπειρικά δεδομένα αναφορικά με την ελληνική πραγματικότητα¹⁶⁵.

Η δυσκολία συγκέντρωσης στοιχείων αποδίδεται πρωτίστως στην έλλειψη επαρκών στοιχείων που παρέχουν οι διάφορες δομές, στις οποίες απευθύνονται οι κακοποιημένες γυναίκες· κατά συνέπεια, είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ο βαθμός, η φύση, η σοβαρότητα και οι συνέπειες του φαινομένου¹⁶⁶. Επιπρόσθετα, η βία κατά των γυναικών στους κόλπους της οικογένειας καταγγέλλεται σε πολύ μικρό βαθμό, καθώς πολιτισμικά θεωρείται αποδεκτή, ειδικά σε μια κοινωνία, στην οποία επικρατούν έντονα οι παραδοσιακές αξίες αναφορικά με τη διαφοροποίηση των

¹⁶¹ Collins K. S., Schoen C., Joseph S., Duchon L., Simantov E. & Yellowitz M. (1999). *Health Concerns across a Woman's Lifespan: the Commonwealth Fund 1998 Survey of Women's Health*. New York, The Commonwealth Fund.

¹⁶² Αρτινοπούλου Β., Φαρσεδάκης Ι., Ζουλινάκη Α., Κατσίκη Γ., Ξυδοπούλου Ε. & Παπαμιχαήλ Σ., *Ενδο-οικογενειακή Βία...ό.π.*

¹⁶³ Στο ίδιο.

¹⁶⁴ Γενική Γραμματεία Ισότητας (2002). *Δειγματοληπτική Στατιστική-Αξιοποίηση των Στοιχείων που Αφορούν στην Κακοποίηση Γυναικών που Απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα Αθήνας-Πειραιά*. Αθήνα, Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.

¹⁶⁵ Μουζακίτης Κ. (1989). Συζυγική Βία: Αιτιολογία, Επιπτώσεις, Παρέμβαση. *Κοινωνική Εργασία*, 16, σελ. 217-227.

¹⁶⁶ Chatzifotiou S. & Dobash R. (2001). Seeking Informal Support: Marital Violence against Women in Greece. *Violence against Women*, 7, 9, σελ. 1024-1051.

ρόλων των δύο φύλων και τον καταμερισμό της εξουσίας. Υπό αυτήν την έννοια, οι κοινωνικές αξίες και στάσεις ενισχύουν τον άνδρα ως αδιαφιλονίκητο αρχηγό της οικογένειας, του οποίου η απόλυτη εξουσία δεν μπορεί να αμφισβητηθεί από κανένα¹⁶⁷. Παράλληλα, οι κοινωνικές και νομικές υπηρεσίες έχουν αποφύγει να εμπλακούν συστηματικά σε ένα ζήτημα που το θεωρούν κατεξοχήν ιδιωτικό και έχουν ασχοληθεί κυρίως με τη διατήρηση του θεσμού της οικογένειας¹⁶⁸.

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι οι γυναίκες που έχουν υπάρξει θύματα προηγούμενης κακοποίησης έχουν σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες από τον υπόλοιπο πληθυσμό που δεν έχει υποστεί καμιά μορφή βίας να αναπτύξουν κατάθλιψη, με τα ποσοστά των γυναικών-θυμάτων ενδο-οικογενειακής βίας, σεξουαλικής ή σωματικής κακοποίησης να κυμαίνονται μεταξύ του 30% και 35%¹⁶⁹.

«Έχετε υποστεί ποτέ έστω και μια φορά σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας;»

Τα δεδομένα της έρευνας δεικνύουν ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος των γυναικών δεν έχει υποστεί σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας (92,1%). Μόλις το 7,9% των γυναικών απάντησε θετικά.

«Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας;»

Παρατηρείται ότι η πλειοψηφία του δείγματος των γυναικών που απάντησαν θετικά στο παραπάνω ερώτημα, αντιμετωπίζει σπάνια σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας (69,6%). Το 20,3% των γυναικών αναφέρει ότι υφίσταται σεξουαλική παρενόχληση μερικές φορές, ενώ το 10,1% των γυναικών δηλώνει ότι συχνά είναι θύμα σεξουαλικής παρενόχλησης.

«Η ανεπιθύμητη επαφή σεξουαλικής φύσης, ή άλλη επαφή βασιζόμενη στη σεξουαλική δραστηριότητα, η οποία επηρεάζει την αξιοπρέπεια των γυναικών και των ανδρών στο χώρο εργασίας, συμπεριλαμβανομένης της επαφής των ανωτέρων και των συνεργατών, είναι ανεπίτρεπτη».

Πρόκειται για τη Σύσταση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής το 1991, η οποία έχει ως στόχο την προστασία της αξιοπρέπειας και των δύο φύλων στο χώρο εργασίας. Η σεξουαλική παρενόχληση συνιστά ένα σημαντικό ενδημικό πρόβλημα, το οποίο παρατηρείται χωρίς εξαίρεση σε όλους τους χώρους εργασίας και που πρέπει να

¹⁶⁷ Στο ίδιο.

¹⁶⁸ Στο ίδιο.

¹⁶⁹ Sherbourne C. D., Dwight-Johnson M. & Klap R., Psychological Distress..., ό.π.

αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά. Παρά την απουσία ενός καθολικού ορισμού για τη σεξουαλική παρενόχληση και παρά τη διαφορετική μεθοδολογία που χρησιμοποιείται, προκειμένου να μετρηθεί η τελευταία, τα νούμερα δεικνύουν ότι το 30%-50% των γυναικών-εργαζομένων βιώνουν κάποια μορφή σεξουαλικής παρενόχλησης¹⁷⁰. Το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες που αναφέρουν σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας αγγίζει το 10%, με τη διαφορά ότι οι άνδρες θεωρούν τη συγκεκριμένη κατάσταση λιγότερο προσβλητική, βιώνουν λιγότερο αρνητικές συνέπειες της τελευταίας και προσδιορίζουν με διαφορετικό τρόπο τη σεξουαλική παρενόχληση που δέχονται¹⁷¹.

Στην Ελλάδα, το ποσοστό σεξουαλικής παρενόχλησης που αναφέρεται σε έρευνα που διεξήχθη το 1988 με δείγμα 1500 υποκείμενα, είναι της τάξης του 60%. Συγκεκριμένα, από το 60% που δεχόταν/δέχτηκε σεξουαλική παρενόχληση, το 82% ήταν γυναίκες χήρες, το 70% διαζευγμένες, ενώ οι ελεύθερες και οι έγγαμες γυναίκες ακολουθούσαν με ποσοστό 59,5% και 56% αντίστοιχα. Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών, το 72% των θυμάτων είχε χαμηλό επίπεδο μόρφωσης¹⁷².

«Ποια ή ποιες ουσίες από τις παρακάτω έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ;»

Τα ερευνητικά δεδομένα δεικνύουν ότι σχεδόν το σύνολο των γυναικών του δείγματος δεν έχει καταναλώσει ποτέ καμιά ουσία (98%). Μόλις το 2% έχει καταναλώσει χασίς.

«Πόσο χασίς καταναλώνετε αυτή την περίοδο;»

Η πλειοψηφία του δείγματος δεν καταναλώνει χασίς αυτή την περίοδο (75%). Το 20% των γυναικών αναφέρει ότι καταναλώνει λίγο και μόλις το 5% των γυναικών δηλώνει ότι καταναλώνει αρκετό.

Οι γυναίκες έχουν λιγότερες πιθανότητες από ό,τι οι άνδρες να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών¹⁷³. Αξίζει να σημειωθεί αφενός το πολύ μικρό ποσοστό των γυναικών που κάνει χρήση ουσιών και αφετέρου ότι η χρήση της ουσίας φαίνεται να είναι κυρίως περιστασιακή. Παράλληλα, κρίνουμε

¹⁷⁰ European Commission, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs (1998). *Sexual Harassment in the Workplace in the European Union: The Dutch Study*. European Commission.

¹⁷¹ Στο ίδιο.

¹⁷² European Commission, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs, (1998). *Sexual Harassment at Work in Five Southern European Countries: The Spanish Study*. European Commission.

¹⁷³ Maiese D. R., *Healthy People...ό.π.*

σκόπιμο να σημειώσουμε ότι το χασίς ανήκει στις ψυχοδραστικές ουσίες και είναι η πλέον χρησιμοποιημένη παράνομη ναρκωτική ουσία σε παγκόσμιο επίπεδο¹⁷⁴. Είθισται η χρήση της μαριχουάνας (χασίς) να προηγείται της χρήσης κοκαΐνης και της ηρωΐνης αργότερα. Η ακολουθία αυτή, ιδιαίτερα αν λάβει σε νεαρή ηλικία, καταλήγει σε τοξικο-εξάρτηση κατά την ενήλικη ζωή¹⁷⁵.

«Πόση κοκαΐνη καταναλώνετε αυτή την περίοδο;»

Παρατηρείται ότι καμία γυναίκα του δείγματος δεν καταναλώνει κοκαΐνη αυτή την περίοδο, αφού το ποσοστό όσων δεν κάνουν χρήση είναι 100%.

«Πόση ηρωΐνη καταναλώνετε αυτή την περίοδο;»

Παρατηρείται ότι καμία γυναίκα του δείγματος δεν καταναλώνει ηρωΐνη αυτή την περίοδο, αφού το ποσοστό όσων δεν κάνουν χρήση είναι 100%.

«Χρησιμοποιείτε ψυχοφάρμακα/ ηρεμιστικά;»

Η πλειοψηφία των γυναικών δεν χρησιμοποιεί ποτέ ψυχοφάρμακα/ ηρεμιστικά (84,7%). Το 7,9% αναφέρει ότι κάνει χρήση παρόμοιων σκευασμάτων σπάνια, το 3,7% μερικές φορές, το 1,2% συχνά και μόνο το 1,9% των ερωτώμενων δηλώνει ότι χρησιμοποιεί σε καθημερινή βάση ψυχοφάρμακα.

Η παραπάνω ανάλυση των δεδομένων δεικνύει ότι η χρήση ψυχοφαρμάκων είναι σημαντικά περιορισμένη στον ευρύ πληθυσμό. Τα ψυχοφάρμακα αποτελούν εδώ και αρκετές δεκαετίες κύριο θεραπευτικό μέσο πολλών ψυχικών νόσων. Ωστόσο, έρευνες δεικνύουν ότι δεν έχουν πάντα επιθυμητή δράση, με αποτέλεσμα αρκετές φορές να αμφισβητείται η θεραπευτική τους αξία.

Τα ψυχοφάρμακα εντάσσονται στα διεθνή εγχειρίδια ψυχιατρικής στις «οργανικές θεραπείες», με τις οποίες τροποποιείται η ανθρώπινη συμπεριφορά με φυσικά (χημικά ή μηχανικά) μέσα. Τα σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα δεικνύουν ότι τα αγχολυτικά/υπναγωγά ψυχοφάρμακα – μια κατηγορία ψυχοφαρμάκων, η οποία είναι συχνά χρησιμοποιούμενη, ακόμα και χωρίς συνταγογράφηση – έχουν

¹⁷⁴ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse: Vol. 1. Summary of National Findings*, August 2002.

¹⁷⁵ Substance Abuse and Mental Health Service Administration, *Initiation of Marijuana Use: Trends, Patterns and Implications*, July 2002.

περιορισμένη δραστηριότητα: το 1/3 των ασθενών παρουσιάζει βελτίωση μετά από τη λήψη τους, το 1/3 παρουσιάζει βελτίωση ανεξάρτητα από τη λήψη φαρμάκου και το 1/3 των ασθενών δεν ανταποκρίνεται καθόλου¹⁷⁶.

Σε έρευνα που διεξήχθη στο Παθολογικό Τμήμα του ΝΓΝ-ΚΥ Καλαβρύτων, η οποία αποσκοπούσε στην καταγραφή των ασθενών που κάνουν χρήση ψυχοφαρμάκων¹⁷⁷, διαπιστώθηκε ότι το 14,14% του δείγματος έκανε χρήση ψυχοφαρμάκων με συστηματικό τρόπο, ιδιαίτερα οι γυναίκες άνω των 65 ετών¹⁷⁸. Συγκεκριμένα, το 67,56% των υποκειμένων χρησιμοποιούσαν αγχολυτικά/υπναγωγά, ενώ το 32,44% έκανε χρήση συνδυασμού ψυχοφαρμάκων (αγχολυτικά, αντικαταθλιπτικά και νευροληπτικά). Στην ίδια έρευνα σημειώνεται ότι το 92% των ασθενών που κάνουν συστηματική χρήση αγχολυτικών/υπναγωγών, δεν διερευνά την αναγκαιότητα συνέχισης της λήψης τους. Τέλος τα στοιχεία του Κέντρου Δηλητηριάσεων, δεικνύουν ότι οι περισσότερες δηλητηριάσεις προέρχονται από τη χρήση φαρμάκων, και ιδιαίτερα από την κακή χρήση αγχολυτικών-ηρεμιστικών ψυχοφαρμάκων¹⁷⁹.

«Αν είχατε περισσότερο ελεύθερο χρόνο θα τον επενδύατε...»

Τα ερευνητικά δεδομένα παρουσιάζουν ότι το 33,6% των γυναικών θα επένδυε το χρόνο του στα παιδιά του. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που θα επένδυε τον ελεύθερο χρόνο του στην προσωπική του καλλιέργεια (18,6%), το ποσοστό των γυναικών που θα τον επένδυε στην αυτό-φροντίδα και στην επαφή με τον εαυτό του (17,2%).

Ο ελεύθερος χρόνος ορίζεται ως: α) ο διαθέσιμος χρόνος που έχει ένα άτομο όταν παύσουν οι υπόλοιπες δραστηριότητές του, ο οποίος αποτελεί εκούσιο (κατά το πλείστον) αντικείμενο διαχείρισης, όταν το άτομο είναι ελεύθερο από υποχρεώσεις ή άλλες δεσμεύσεις, ή β) η περίοδος ανεργίας για το άτομο¹⁸⁰.

Στην παρούσα έρευνα είναι έκδηλες οι ανάγκες των ερωτώμενων, οι οποίες προκύπτουν κυρίως από το σύγχρονο τρόπο ζωής: οι πολλαπλοί ρόλοι που αναλαμβάνει η γυναίκα, δεν της επιτρέπουν να έχει τόσο ελεύθερο χρόνο, όσο θα ήθελε, ώστε να τον αφιερώσει είτε στον εαυτό της, είτε στην οικογένειά της.

¹⁷⁶ Μεγαλοοικονόμου Θ., Κοινωνικός Έλεγχος και Ψυχοφάρμακα, txt at <http://anatolikos.com/narkotika/elegxos-psixofarmaka.htm>

¹⁷⁷ Γκορίνης Α. Π. & Κούκιος Κ. (1998). Χρήση Ψυχοφαρμάκων Από Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας στην Περιοχή Ευθύνης του ΝΓΝ-ΚΥ Καλαβρύτων. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 10, 1, σελ. 14-17.

¹⁷⁸ Πρβ. Ποσοτική και ποιοτική ανάλυση διασταυρώσεων των μεταβλητών.

¹⁷⁹ Κέντρο Δηλητηριάσεων, Επιδημιολογικά Στοιχεία Δηλητηριάσεων κατά το 1999, txt at <http://www.cc.uoa.gr/health/poisonic/EPIDIM.HTML>

¹⁸⁰ Veal A. J. (1992). Definitions of Leisure and Recreation, *Australian Journal of Leisure and Recreation*, 2, 4, σελ. 44-49.

«Έχετε αντιμετωπίσει ποτέ...»

Παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των γυναικών δεν έχει αντιμετωπίσει ποτέ βουλιμία ή ανορεξία (68%). Μόλις το 15,9% των γυναικών έχει αντιμετωπίσει βουλιμία, ενώ το 11% των γυναικών έχει αντιμετωπίσει ανορεξία. Ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 4,8% αντιμετωπίζει και τα δύο.

Οι Διαταραχές της Τροφής αφορούν σε σοβαρές δυσλειτουργίες στην διατροφική συμπεριφορά, όπως μη φυσιολογική και υπερβολική μείωση της πρόσληψης τροφής, ή βαριάς σοβαρής μορφής υπερφαγία, καθώς επίσης και έντονος φόβος και ανησυχία για την εικόνα του σώματος¹⁸¹. Οι Διαταραχές της Πρόσληψης Τροφής συνήθως αναπτύσσονται κατά την εφηβική ηλικία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή, αλλά σπανιότερα εμφανίζονται και κατά τη διάρκεια της παιδικής ή της ενήλικης ζωής¹⁸². Αρκετά συχνά εμφανίζονται ως συνοδές διαταραχές άλλων ψυχιατρικών νόσων, όπως της Μείζονος Κατάθλιψης, των Σχετιζόμενων Διαταραχών με Ουσίες, καθώς και των Αγχωδών Διαταραχών¹⁸³. Επιπρόσθετα, τα άτομα που πάσχουν από τις συγκεκριμένες διαταραχές είναι δυνατόν να εμφανίσουν και εύρος επιπλοκών στην υγεία, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις ή βλάβη στο ήπαρ, η οποία μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε θάνατο. Οι γυναίκες αναπτύσσουν συχνότερα από τους άνδρες τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής: μόνο το 5-15% των ατόμων που εμφανίζουν Ψυχογενή Ανορεξία ή Βουλιμία είναι άνδρες¹⁸⁴.

Αναφορικά με τη Ψυχογενή Ανορεξία, έχει καταγραφεί ότι περίπου το 0,5% έως το 3,7% του γυναικείου πληθυσμού έχει εμφανίσει τη συγκεκριμένη διαταραχή κάποια στιγμή στη ζωή του. Το ποσοστό θνησιμότητας εκτιμάται στο 0,56% ανά έτος, ή 5,6% ανά δεκαετία, ποσοστό 12 φορές υψηλότερο από το ποσοστό θνησιμότητας στις γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών του γενικού πληθυσμού, το οποίο οφείλεται σε όλες τις υπόλοιπες αιτίες θανάτου¹⁸⁵.

Η Ψυχογενής Βουλιμία εμφανίζεται στο 1,1% έως το 4,2% των γυναικών του γενικού πληθυσμού κάποια στιγμή στη ζωή του. Τα επεισόδια υπερφαγίας εκλύονται από δυσφορικές καταστάσεις και σε ποσοστό 80%-90% συνοδεύονται από

¹⁸¹ Μάνος Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη, University Studio Press.

¹⁸² Becker A. E., Grinspoon S. K., Klibanski A., Herzog D. B. (1999). Eating Disorders. *New England Journal of Medicine*, 340, 14, σελ. 1092-1098.

¹⁸³ American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders (2000). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157, 1, σελ. 1-39.

¹⁸⁴ Andersen A. E. (1995). Eating Disorders in Males, στο K. D. Brownell & C. G. Fairburn (επιμ.). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York, Guilford Press, σελ. 177-187.

¹⁸⁵ Sullivan P. F. (1995). Mortality in Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 7, σελ. 1073-1074.

προκλητούς εμετούς, ενώ το 30% των βουλιμικών ατόμων παίρνουν καθαρτικά μετά από τα επεισόδια¹⁸⁶. Η έναρξη της συγκεκριμένης διαταραχής εντοπίζεται στην όψιμη εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή.

«Πόσο ικανοποιημένη είστε από την εικόνα του σώματός σας;»

Το 42,6% των γυναικών είναι αρκετά ικανοποιημένο από την εικόνα του σώματός του. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που είναι μέτρια ικανοποιημένο (32,6%) και το ποσοστό που είναι λίγο ικανοποιημένο (11,9%). Αξίζει να σημειωθεί ότι μόλις το 3,8% των γυναικών δηλώνει ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο από την εικόνα του σώματός του.

Η εικόνα του σώματος που διατηρεί κάθε άτομο για τον εαυτό του, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς επιδρά καθοριστικά στη λειτουργικότητά του και επιφέρει σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση σε κοινωνικό, επαγγελματικό ή διαπροσωπικό επίπεδο, εάν το άτομο δεν είναι ικανοποιημένο με την πρώτη.

Στην παρούσα έρευνα αξίζει να σχολιαστεί το μικρό ποσοστό των γυναικών που δεν είναι καθόλου ικανοποιημένες με την εικόνα σώματός τους. Η Σωματοδυσμορφική Διαταραχή ανήκει στις Σωματόμορφες Διαταραχές¹⁸⁷ και χαρακτηρίζεται από την έντονη ενασχόληση του ατόμου με κάποιο φανταστικό ή πραγματικό ελάττωμα στην εξωτερική του εμφάνιση. Η συγκεκριμένη διαταραχή είναι δυνατόν να κατηγοριοποιηθεί και στο φάσμα των Ψυχαναγκαστικών-Καταναγκαστικών Διαταραχών που περιλαμβάνει ψυχιατρικές νόσους, κατά τις οποίες το άτομο βιώνει απειλητικές δυστονικές προς το Εγώ ιδέες ή σκέψεις και προσπαθεί να τις ελέγξει ή να τις κατευνάσει προβαίνοντας σε επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, ανακουφίζοντας παράλληλα το έντονο άγχος που το κατακλύζει¹⁸⁸.

Η Σωματοδυσμορφική Διαταραχή πλήττει εξίσου και τα δύο φύλα, με επιπολασμό περίπου στο 2% του γενικού πληθυσμού. Η ηλικία έναρξης της εντοπίζεται στην εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή (14-20 ετών), συνήθως συνοδεύεται από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, η Κοινωνική Φοβία, ή άλλες Αγχώδεις Διαταραχές και έχει αναφερθεί ότι περίπου το 40% των περιπτώσεων αναπτύσσει αυτοκτονικό ιδεασμό ή κάνει απόπειρες αυτοκτονίας¹⁸⁹.

¹⁸⁶ Μάνος Ν., *Βασικά...ό.π.*

¹⁸⁷ όπως αυτές καταγράφονται και αναφέρονται στο DSM-IV και στο ICD-10.

¹⁸⁸ Bio-behavioral Institute of New York, What Is Body Dysmorphic Disorder, txt at. <http://www.bio-behavioral.com/bdd.asp>

¹⁸⁹ Στο ίδιο.

«Πόση ώρα την ημέρα βλέπετε κατά μέσο όρο τηλεόραση;»

Σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, το 25,6% των ερωτώμενων παρακολουθεί τηλεόραση τρεις ώρες ημερησίως. Ακολουθεί το 21% που παρακολουθεί τηλεόραση τέσσερις ώρες, το 18,4% με μέσο χρόνο τηλεθέασης δύο ώρες, ενώ μόλις το 10% παρακολουθεί τηλεόραση μία ώρα και το 4% μισή ώρα ημερησίως.

Τα παρόντα ευρήματα είναι σύμφωνα με τα στοιχεία του Ευρωπαϊκού Οπτικο-ακουστικού Παρατηρητηρίου, κατά το οποίο διαθέτουμε καθημερινά αρκετές ώρες καθηλωμένοι στους δέκτες μας. Συγκεκριμένα, κατά το 1998 στην Ελλάδα αφιερώθηκαν 210 λεπτά κάθε ημέρα. Το 1999 ο χρόνος τηλεθέασης αυξήθηκε κατά 10 λεπτά, για να σημειώσουμε το 2001 τον υψηλότερο μέσο ημερήσιο χρόνο τηλεθέασης (243 λεπτά) μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης¹⁹⁰.

¹⁹⁰ Αρχείο «Καθημερινής», Τέσσερις Ωρες Τηλεόραση Κάθε Μέρα!, *Καθημερινή*, Ελλάδα, 19 Οκτωβρίου 2003, txt at: http://www.kathimerini.gr/4dcgi/w_articles_ell_59544_19/10/2003_81093.

3.2. Ποσοτική και ποιοτική ανάλυση του ερωτηματολογίου *WHO-QOL*

Προκειμένου να μετρηθεί επαρκώς και κατάλληλα η Ποιότητα Ζωής, θα πρέπει να οριστεί με ακρίβεια ο σκοπός του εκάστοτε εργαλείου και να δοθεί ένας σαφής και καθολικός ορισμός σε αυτό που αποκαλούμε «Ποιότητα Ζωής».

Η Ποιότητα Ζωής (Quality Of Life) έχει οριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως η αντίληψη που διατηρεί το άτομο για τη ζωή του, λαμβάνοντας υπόψη την κουλτούρα του, το σύστημα αξιών του, τις πεποιθήσεις του, τους στόχους του, τις προσδοκίες του και τις ανησυχίες του. Αποτελεί μια ευρεία έννοια, η οποία ενσωματώνει με τρόπο πολύπλοκο τη σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας του, τις κοινωνικές του σχέσεις, τις στάσεις του και τις σχέσεις των παραπάνω με προεξάρχοντα στοιχεία του περιβάλλοντος¹⁹¹. Ο συγκεκριμένος ορισμός αντανάκλα την άποψη ότι η Ποιότητα Ζωής αναφέρεται σε μια υποκειμενική εκτίμηση, η οποία είναι ενσωματωμένη σε ένα πολιτισμικό, κοινωνικό και περιβαλλοντικό πλαίσιο. Ούτως εχόντων των πραγμάτων, η Ποιότητα Ζωής δεν είναι δυνατόν απλά να εξισωθεί με όρους, όπως η «κατάσταση της υγείας», ο «τρόπος ζωής», η «ευημερία του ατόμου», ή η «ψυχολογική κατάσταση» του τελευταίου¹⁹².

Το εργαλείο που έχει υιοθετηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και παρατίθεται σταθμισμένο στην παρούσα έρευνα, είναι συγκροτημένο γύρω από έξι ευρείς τομείς της Ποιότητας Ζωής: α) τον τομέα της υγείας, β) τον τομέα της ψυχολογικής κατάστασης, γ) τα επίπεδα ανεξαρτησίας του ατόμου, δ) τις κοινωνικές σχέσεις, ε) το περιβάλλον και τέλος τον πνευματικό τομέα. Κάθε ένας από τους παραπάνω τομείς υποδιαιρείται σε μικρότερα επίπεδα, τα οποία συνολικά δίνουν την εικόνα του πρωταρχικού τομέα της Ποιότητας Ζωής που εξετάζεται¹⁹³.

Η μέτρηση και καταγραφή των αποτελεσμάτων των διαφόρων εκδοχών του Ερωτηματολογίου για την Ποιότητα Ζωής έχει χαρακτηριστεί ως ουσιαστική, όχι μόνο για τα άτομα που καταφεύγουν στις υπηρεσίες των δομών Υγείας, αλλά και για τους επαγγελματίες που συμμετέχουν στον σχεδιασμό κοινωνικής πολιτικής και μέριμνας. Είναι σαφές ότι η διαθεσιμότητα και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, παίζει καθοριστικό ρόλο στην Ποιότητα Ζωής των ατόμων. Ωστόσο, εξίσου σημαντική κρίνεται και η αλληλεπίδραση ενδογενών και εξωγενών παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζουν σημαντικά την εμπειρία ζωής των ατόμων. Η υποκειμενική εμπειρία των ατόμων αναφορικά με την Ποιότητα Ζωής τους εξαρτάται από τις στάσεις και τις αξίες

¹⁹¹ World Health Organization (1998). *WHOQOL Annotated Bibliography*. Department of Mental Health.

¹⁹² Στο ίδιο.

¹⁹³ Στο ίδιο.

τους, από τους κοινωνικούς ρόλους που αναλαμβάνουν, ή ακόμη από την εκπαίδευση που έχουν λάβει και την επαγγελματική τους κατάσταση.

Αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τον καθοριστικό ρόλο που παίζουν στην Ποιότητα Ζωής, αξίζει να σημειωθεί ότι το αν οι γυναίκες δέχονται τις απαραίτητες υπηρεσίες σχετικά με την ψυχική τους υγεία σε γενικές γραμμές, εξαρτάται τόσο από την προδιάθεσή τους να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες, και τους παράγοντες που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν τη χρήση των τελευταίων, όσο και από την ανάγκη τους να δεχτούν την ιατρική φροντίδα· η τελευταία εξαρτάται αφενός από τον τρόπο που οι γυναίκες την αντιλαμβάνονται και αφετέρου από το πώς οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας αξιολογούν την ιατρική φροντίδα¹⁹⁴. Η προδιάθεση των γυναικών για τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβάνει δημογραφικές συνιστώσες, όπως η ηλικία, η εθνικότητα, η μόρφωση και η επαγγελματική κατάσταση, καθώς και η ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια, ή/και το ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης. Οι παράγοντες αυτοί δεν είναι εύκολο να τροποποιηθούν, ώστε να αλλάξει η χρήση των υπηρεσιών υγείας, αλλά συχνά χρησιμοποιούνται ως δείκτες ομάδων-στόχων (target groups), τις οποίες χρειάζεται κανείς να λάβει υπόψη¹⁹⁵.

Οι παράγοντες που δυσχεραίνουν τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβάνουν το επίπεδο φτώχειας της γυναίκας, την οικογενειακή κατάσταση, την κοινωνική υποστήριξη και την έλλειψη ασφάλισης. Αντίθετα, οι παράγοντες που διευκολύνουν τη χρήση των συγκεκριμένων υπηρεσιών, αφορούν στον εντοπισμό καταθλιπτικών συμπτωμάτων από τους παθολόγους, την ανάγκη παραπομπής της γυναίκας σε άλλους επαγγελματίες, τον τύπο του πλάνου υγείας, την ύπαρξη προσωπικού γιατρού ή τη δυνατότητα συχνής πρόσβασης στο σύστημα υγείας και, τέλος, τη δυνατότητα επιλογής από μια λίστα ιατρών¹⁹⁶. Επιπρόσθετα, παρατηρείται έλλειψη κριτηρίων αναφορικά με τα άτομα που χρειάζονται την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, παράγοντας ο οποίος θεωρείται μείζονος σημασίας για την βελτίωση της Ποιότητας Ζωής των ατόμων που απευθύνονται στις ανάλογες δομές¹⁹⁷.

¹⁹⁴ Andersen R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it matter?, *Journal of Health and Social Behavior*, 36, σελ. 1-10.

¹⁹⁵ Sherbourne C. D., Dwight-Johnson M. & Klap R. (2001). Psychological Distress, Unmet Need and Barriers to Mental Health Care for Women. *Women's Health Issues*, 11, 3, σελ. 231-243.

¹⁹⁶ Στο ίδιο.

¹⁹⁷ U.S. Department of Health and Human Services (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.

«Έχετε από τους άλλους τη συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;»

Η πλειοψηφία του δείγματος των γυναικών (42,8%) δηλώνει ότι δέχεται υποστήριξη σε μεγάλο βαθμό από το περιβάλλον του όταν παρουσιάζεται ανάγκη ή κάποιο πρόβλημα. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει ότι δέχεται μέτρια υποστήριξη (31%), το ποσοστό των γυναικών που δηλώνει ότι υποστηρίζεται σε απόλυτο βαθμό (14,2%) και το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει ότι δέχεται υποστήριξη σε μικρό βαθμό (8,7%). Μόλις το 3,3% των γυναικών δηλώνει ότι δεν υποστηρίζεται καθόλου από το κοινωνικό του περιβάλλον (ευρύτερο ή στενό).

«Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;»

Η πλειοψηφία του δείγματος των γυναικών θεωρεί ότι η ποιότητα της ζωής του είναι καλή (46%). Το 30,1% των γυναικών τοποθετεί τον εαυτό του στο μέσο της κλίμακας και ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που χαρακτηρίζουν την Ποιότητα Ζωής του ως πολύ καλή (16,9%). Μόλις το 9% του δείγματος κρίνει την Ποιότητα Ζωής του ως πολύ κακή και το 6,1% ως κακή.

«Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την υγεία σας;»

Παρατηρείται ότι το 43,5% των γυναικών είναι ικανοποιημένο από την κατάσταση της υγείας του. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που είναι πολύ ικανοποιημένο από την υγεία του (29%), το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει ότι είναι μέτρια ικανοποιημένο από την κατάσταση της υγείας του (16,7%) και το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει ότι είναι δυσαρεστημένο (9,3%). Μόλις το 1,5% του δείγματος δηλώνει πολύ δυσαρεστημένο με την κατάσταση της υγείας του.

«Σε πιο βαθμό αισθάνεστε ότι οι σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;»

Η πλειοψηφία του δείγματος των γυναικών αναφέρει ότι οι σωματικοί πόνοι δεν στέκονται εμπόδιο στην τέλεση των οικιακών τους υποχρεώσεων (54,8%). Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που δηλώνει ότι εμποδίζεται σε μικρό βαθμό από τους σωματικούς πόνους (17,4%), το ποσοστό των γυναικών που δηλώνει ότι εμποδίζεται σε μέτριο βαθμό (14,8%) και το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει ότι παρεμποδίζεται σε σημαντικό βαθμό (11,1%). Τέλος, ένα ποσοστό της τάξης του

1,9% αναφέρει ότι οι σωματικοί πόνοι δυσχεραίνουν σε απόλυτο βαθμό την εκτέλεση των εργασιών του.

«Πόσο χρειάζεστε κάποιου είδους ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή;»

Η πλειοψηφία του δείγματος των γυναικών αναφέρει ότι δεν χρειάζεται κάποιου είδους ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσει στην καθημερινή του ζωή (66%). Το 12,3% των γυναικών απαντά ότι χρειάζεται σε μικρό βαθμό κάποια ιατρική θεραπεία και το 11,1% των γυναικών δηλώνει ότι έχει ανάγκη σε μέτριο βαθμό κάποιου είδους ιατρική θεραπεία. Μόλις το 1,2% του δείγματος αναφέρει ότι έχει απόλυτη ανάγκη για ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσει στην καθημερινότητά του.

«Πόσο απολαμβάνετε τη ζωή;»

Το 43% των γυναικών αναφέρει ότι απολαμβάνει τη ζωή του σε μεγάλο βαθμό και το 28,5% των γυναικών δηλώνει ότι την απολαμβάνει σε μέτριο βαθμό. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που απαντά ότι την απολαμβάνει απόλυτα (15,1%), ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 5,4% αναφέρει ότι δεν απολαμβάνει καθόλου τη ζωή του.

«Αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;»

Η πλειοψηφία των γυναικών αισθάνεται σε σημαντικό βαθμό ότι η ζωή του έχει νόημα (47%). Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει ότι αισθάνεται ότι η ζωή του έχει νόημα σε απόλυτο βαθμό (27,2%) και το ποσοστό των γυναικών που απαντά με μετριοπάθεια στη συγκεκριμένη ερώτηση (15,9%). Μόλις το 4,9% και το 4,5% των γυναικών του δείγματος αναφέρει ότι η ζωή του έχει λίγο ή καθόλου νόημα αντίστοιχα.

«Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;»

Το 46,6% των γυναικών αναφέρει ότι μπορεί να συγκεντρωθεί πολύ καλά στα έργα που αναλαμβάνει να αποπερατώσει. Το 24,8% των ερωτώμενων δηλώνει ότι μπορεί να συγκεντρωθεί απόλυτα σε ό,τι αναλαμβάνει, ενώ το 23,5% των γυναικών αναφέρει μέτριο βαθμό συγκέντρωσης. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό δηλώνει ότι έχει παντελή αδυναμία συγκέντρωσης (7%).

«Πόσο ασφαλής αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή από εξωτερικούς κινδύνους;»

Το 39,4% των γυναικών απαντά ότι αισθάνεται ασφάλεια σε μέτριο βαθμό από εξωτερικούς κινδύνους στην καθημερινή ζωή και το 25,1% των γυναικών αισθάνεται μεγάλη ασφάλεια ως προς το υπό εξέταση ζήτημα. Μόλις το 8,3% των γυναικών δηλώνει απόλυτο αίσθημα ασφάλειας και το 7,6% των γυναικών δηλώνει, αντιθέτως, ότι δεν αισθάνεται καθόλου ασφάλεια στην καθημερινή ζωή του.

«Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό σας περιβάλλον;»

Τα ερευνητικά δεδομένα δεικνύουν πως το 36% των γυναικών θεωρεί ότι το περιβάλλον είναι σε μέτριο βαθμό υγιεινό. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που δηλώνει ότι το φυσικό περιβάλλον είναι πολύ υγιεινό (26%) και το ποσοστό των γυναικών που πιστεύει ότι το τελευταίο είναι σε μικρό βαθμό υγιεινό (21,4%). Μόλις το 7,5% των γυναικών κρίνει ότι ζει σε ένα απόλυτα υγιεινό περιβάλλον.

«Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;»

Παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των γυναικών δηλώνει ότι νιώθει έντονη ενεργητικότητα αναφορικά με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (44,3%) και το 24,5% των γυναικών δηλώνουν μέτρια ενεργητικότητα. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που απαντούν ότι έχουν απόλυτη ενεργητικότητα (17,3%) και μόλις το 2,7% των γυναικών που αναφέρει ότι δεν έχει καθόλου ενεργητικότητα.

«Μπορείτε να αποδεχτείτε τη σωματική εμφάνισή σας;»

Η πλειοψηφία του δείγματος των γυναικών αναφέρει ότι αποδέχεται τη σωματική του εμφάνιση σε μεγάλο βαθμό (44,5%). Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που δηλώνει ότι αποδέχεται σε μέτριο βαθμό την εξωτερική του εμφάνιση (28%) και το ποσοστό των γυναικών που δηλώνουν απόλυτη αποδοχή (17,1%). Τέλος, ένα ποσοστό της τάξης του 2,3% αναφέρει ότι δεν αποδέχεται καθόλου τη σωματική του εμφάνιση.

«Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;»

Το 39,4% των γυναικών αναφέρει μέτρια οικονομική δυνατότητα ως προς την κάλυψη αναγκών, ενώ το 29,2% των γυναικών απαντά ότι έχει μεγάλη οικονομική ευκολία αναφορικά με την ικανοποίηση των αναγκών του. Ένα μικρό ποσοστό των γυναικών αναφέρει απόλυτη οικονομική δυνατότητα (7,6%) και μόλις το 4,5% των γυναικών δηλώνει ότι δεν έχει καμιά οικονομική δυνατότητα ως προς την ικανοποίηση των αναγκών του.

«Πόσο εύκολα μπορείτε να έχετε την πληροφόρηση που χρειάζεστε για θέματα που αφορούν την καθημερινή ζωή σας;»

Παρατηρείται ότι το 38,3% των γυναικών αναφέρει ότι έχει ευκολία στην πρόσβαση στην πληροφορία αναφορικά με θέματα που αφορούν στην καθημερινή ζωή του. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που έχει μέτριο βαθμό ευκολίας ως προς την ενημέρωση (35%) και το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει μικρή ευκολία πρόσβασης στην πληροφόρηση (13,5%). Μόλις το 1,9% των γυναικών δεν έχει καμιά δυνατότητα ενημέρωσης σχετικά με θέματα της καθημερινότητας.

«Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;»

Το 30,6% των γυναικών έχει ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία σε μέτριο βαθμό. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει ότι έχει στη διάθεσή του πολύ ελεύθερο χρόνο (27,9%) και το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει πως έχει λίγο ελεύθερο χρόνο (25,7%). Τέλος, ένα ποσοστό της τάξης του 7,1% έχει ελεύθερο χρόνο σε απόλυτο βαθμό (7,1%).

«Πόσο ικανοποιημένη είστε από τον ύπνο σας;»

Η πλειοψηφία των γυναικών δηλώνει ικανοποιημένη από τον ύπνο του (44,3%). Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει ότι κάνει πολύ ικανοποιητικό ύπνο (19,3%), ποσοστό ανάλογο με εκείνο των γυναικών που δηλώνουν ούτε ικανοποίηση, ούτε δυσαρέσκεια (19,3%). Μόλις το 5,3% των γυναικών αναφέρει ότι είναι πολύ δυσαρεστημένο με την ποιότητα του ύπνου του.

«Πόσο ικανοποιημένη είστε από την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;»

Τα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι η πλειοψηφία του δείγματος είναι ικανοποιημένη από την ικανότητα να αντεπεξέρχεται στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (50,5%). Επίσης, ένα ποσοστό της τάξης του 22,8% αναφέρει ότι είναι μέτρια ικανοποιημένο από την ικανότητα να διαχειρίζεται τις τρέχουσες δραστηριότητες, ενώ το 18,7% δηλώνει πολύ ικανοποιημένο σχετικά με το υπό συζήτηση θέμα. Τέλος, μόνο το 1,4% αναφέρει ότι είναι πολύ δυσαρεστημένο με την ικανότητά του να φέρνει σε πέρας τις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής.

«Πόσο ικανοποιημένη είστε από την ικανότητά σας για εργασία;»

Η πλειοψηφία του δείγματος των γυναικών δηλώνει πολύ ικανοποιημένη από την ικανότητά του για εργασία (46,6%). Επιπρόσθετα, το 21,4% είναι πολύ ικανοποιημένο από την ικανότητά του να εργάζεται, ενώ το 19,6% αναφέρει πως δεν είναι ούτε ικανοποιημένο, ούτε δυσαρεστημένο ως προς το συγκεκριμένο ζήτημα. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο το 2,7% των γυναικών αναφέρει ότι είναι πολύ δυσαρεστημένο από την ικανότητά του για εργασία.

«Πόσο ικανοποιημένη είστε με τον εαυτό σας;»

Η πλειοψηφία του δείγματος των γυναικών (55%) δηλώνει ικανοποιημένη από τον εαυτό της. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που δεν είναι ούτε δυσαρεστημένο, αλλά ούτε και ικανοποιημένο με τον εαυτό του (20,4%). Τέλος, το 17,7% του δείγματος είναι πολύ ικανοποιημένο με τον εαυτό του, ενώ μόλις το 1,1% των γυναικών είναι πολύ δυσαρεστημένο με τον εαυτό του.

«Πόσο ικανοποιημένη είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;»

Όπως εμφανίζεται από τα δεδομένα της έρευνας, η πλειοψηφία του δείγματος των γυναικών δηλώνει πολύ μεγάλη ικανοποίηση από τις διαπροσωπικές της σχέσεις (51,4%). Το 21,6% των γυναικών είναι μετριοπαθές ως προς το βαθμό ικανοποίησης από τις σχέσεις του, ενώ το 19,7% αναφέρει ότι είναι πολύ ικανοποιημένο και μόλις το 1,5% των γυναικών απαντά πως είναι πολύ δυσαρεστημένο από τις διαπροσωπικές του σχέσεις.

«Πόσο ικανοποιημένη είστε από τη σεξουαλική σας ζωή;»

Το 36,7% των γυναικών δηλώνει ικανοποιημένο από τη σεξουαλική του ζωή. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που χαρακτηρίζει ως μάλλον ουδέτερη τη σεξουαλική του ζωή (25,5%), ενώ το 15,3% δηλώνει ικανοποιημένο από την τελευταία και το 10,4% δυσαρεστημένο. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόλις το 5,5% αισθάνεται απόλυτη δυσαρέσκεια σχετικά με την σεξουαλική του ζωή.

«Πόσο ικανοποιημένη είστε από τους κοινωνικούς ρόλους και τις δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει;»

Τα πορίσματα της έρευνας καταδεικνύουν ότι η πλειοψηφία των γυναικών είναι ικανοποιημένη από τους κοινωνικούς ρόλους που έχει αναλάβει (55,6%). Παράλληλα, το 27,8% κρατά μέτρια στάση ως προς το υπό εξέταση ζήτημα, ενώ το 12,2% παρουσιάζεται πολύ ικανοποιημένο από τους κοινωνικούς ρόλους και τις δραστηριότητες που αναπτύσσει. Τέλος, το 3,5% των γυναικών δηλώνει δυσαρεστημένο με τους ανειλημμένους ρόλους και δραστηριότητες, ενώ μόλις το 0,8% είναι πολύ δυσαρεστημένο με τα τελευταία.

«Αισθάνεστε ότι η εργασία ή η απασχόληση που έχετε ανταποκρίνεται στα προσόντα και στις επιδιώξεις σας;»

Σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνας, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (31,7%) εμφανίζεται να είναι πολύ ικανοποιημένο από την εργασία του. Επίσης, το 24,4% είναι μέτρια ικανοποιημένο, το 18% είναι απόλυτα ικανοποιημένο, ενώ λιγότερο ικανοποιημένο ως προς την εργασιακή του απασχόληση είναι το 9,6% του δείγματος. Τέλος, το 6,6% των ερωτώμενων δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο από την εργασία του σε σχέση με τις προσδοκίες του.

«Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας το τελευταίο διάστημα;»

Η πλειοψηφία του δείγματος δεν παρουσιάζει κανένα πρόβλημα υγείας (67,9%). Το 6,7% παρουσιάζει υπέρταση, το 6,1% παρουσιάζει καρδιολογικά προβλήματα, το 5,2% αρθρίτιδα/ρευματισμούς, το 1,8% διαβήτη, το 1,7% οστεοπόρωση, και το 1% προβλήματα του θυρεοειδούς.

«Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;»

Το 27,2% των γυναικών του δείγματος αναφέρει ότι σπανίως αντιμετωπίζει αρνητικά συναισθήματα. Το 26,4% αναφέρει ότι έχει παρόμοια συναισθήματα μερικές φορές, ενώ το 26,2% δηλώνει ότι ποτέ δεν έχει αντιμετωπίσει ή αντιμετωπίζει τέτοιου είδους συναισθήματα. Σε αρκετά χαμηλότερα στατιστικά επίπεδα κυμαίνεται το ποσοστό των ερωτώμενων που αντιμετωπίζουν συχνά ανάλογες συναισθηματικές καταστάσεις, ενώ μόνο το 4% αναφέρει ότι συστηματικά αισθάνεται να κατακλύζεται από αρνητικά συναισθήματα.

Υπο-κλίμακα Σωματικής Κατάστασης.

Η υπο-κλίμακα αυτή μετράει την ποιότητα της ζωής των γυναικών αναφορικά με την σωματική τους κατάσταση, τον σωματικό πόνο, την δυσφορία, την ποιότητα του ύπνου και τα επίπεδα της ξεκούρασης. Ο μέσος όρος των γυναικών στην υπο-κλίμακα αυτή η οποία είναι το 70,53 με χαμηλότερη τιμή το 11 και υψηλότερη το 100. Ερμηνεύοντας την παραπάνω βαθμολογία, συνάγουμε ότι οι γυναίκες-ερωτώμενες εμφανίζονται να είναι σε αρκετά καλή φυσιολογική κατάσταση, αναφορικά με τις υπό εξέταση μεταβλητές.

Υπο-κλίμακα Ψυχικής Κατάστασης.

Η συγκεκριμένη υπο-κλίμακα μετρά την Ποιότητα Ζωής των γυναικών αναφορικά με τη συναισθηματική τους κατάσταση σε επίπεδο αυτο-εκτίμησης και αρνητικών βιωνόμενων συναισθημάτων. Ο μέσος όρος στην υπο-κλίμακα είναι 68,32, ενώ η χαμηλότερη τιμή είναι 4,17 και η υψηλότερη 100. Σε γενικές γραμμές οι ερωτώμενες διαθέτουν καλή εικόνα εαυτού, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τις στατιστικές ενδείξεις σε άλλα παρεμφερή ερωτήματα, και παράλληλα αξιολογούν την Ποιότητα Ζωής τους ως ιδιαίτερα ικανοποιητική.

Υπο-κλίμακα Κοινωνικών Σχέσεων.

Μέσω της συγκεκριμένης υπο-κλίμακας μετράται η σεξουαλική ικανοποίηση και γενικά οι κοινωνικές σχέσεις. Στην υπο-κλίμακα αυτή ο μέσος όρος είναι το 70,74 με χαμηλότερη τιμή το 15 και υψηλότερη το 100. Υποδεικνύεται, κατά συνέπεια, ότι οι

ερωτώμενες είναι σε σημαντικό βαθμό ικανοποιημένες τόσο από την σεξουαλική τους ζωή, όσο και από την ποιότητα των διαπροσωπικών τους σχέσεων.

Υπο-κλίμακα Περιβάλλοντος.

Αυτός ο τέταρτος τομέας του ερωτηματολογίου αναφέρεται στην Ποιότητα Ζωής αναφορικά με το χώρο του σπιτιού, τον γενικότερο χώρο που κινείται το άτομο, αλλά και τον χώρο της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας. Σε γενικές γραμμές θα λέγαμε ότι οι γυναίκες-ερωτώμενες είναι αρκετά ικανοποιημένες ως προς τους επιμέρους τομείς που εξετάζονται.

Όπως καταγράφεται και επισημαίνεται στην παραπάνω ομάδα ερωτημάτων, η Ποιότητα Ζωής αποτελεί έννοια πολυσύνθετη και άμεσα συσχετιζόμενη με την υγεία του ατόμου. Θα μπορούσαμε να υιοθετήσουμε, κατά συνέπεια, έναν ορισμό για την Ποιότητα Ζωής, στον οποίο να συμπεριλαμβάνεται τόσο η διάσταση της υγείας – σωματικής, ψυχικής και σε επίπεδο λειτουργικότητας- όσο και η αντίδραση του ατόμου αναφορικά με τις συνθήκες ζωής του. Στην Ποιότητα Ζωής συμπεριλήφθηκαν και μετρήθηκαν τρεις κύριες διαστάσεις: α) η σωματική διάσταση, η οποία ενέχει την αντίληψη του εαυτού ως υγιούς ή ασθενούς, την προσωπική βαθμολόγηση της δυσκολίας με τις καθημερινές δραστηριότητες, την ικανοποίηση με την υγεία, β) η συναισθηματική διάσταση που περιλαμβάνει τον αυτο-σεβασμό, την ευτυχία, την ικανοποίηση από τη ζωή και γ) η κοινωνική διάσταση, η οποία εμπεριέχει τη συζυγική και κοινωνική προσαρμογή και την επαγγελματική προσαρμογή¹⁹⁸. Σε γενικές γραμμές, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν δεικνύουν ότι η Ποιότητα Ζωής των γυναικών στην Ελλάδα, όπως οι ίδιες την αξιολογούν, βρίσκεται σε αρκετά ικανοποιητικά επίπεδα, με εξαίρεση την ικανοποίηση των γυναικών από το φυσικό τους περιβάλλον.

¹⁹⁸ Βλ. σχετικά δικτυακό τόπο : <http://www.psnrenal.gr/periodiko/29/anemia/piotita.htm>

3.3. Ποσοτική και ποιοτική ανάλυση του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας

«Αισθάνεστε εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;»

Η πλειοψηφία του δείγματος των γυναικών αναφέρει ότι αισθάνεται υγιής όπως συνήθως (68,3%). Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που δηλώνει ότι αισθάνεται χειρότερα αναφορικά με την κατάσταση της υγείας του από ό,τι συνήθως (18,2%) και το ποσοστό των γυναικών που αισθάνεται καλύτερα από ό,τι συνήθως (12,1%). Μόλις το 1,4% των γυναικών αναφέρει ότι αισθάνεται ότι η υγεία του είναι σε πολύ καλύτερη κατάσταση από ό,τι συνήθως.

«Το τελευταίο καιρό νιώθετε την ανάγκη για κάτι τονωτικό;»

Τα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι το 37,6% των ερωτώμενων δεν νιώθει καθόλου την ανάγκη για κάτι τονωτικό. Ένα στατιστικά ανάλογο ποσοστό της τάξης του 34,7% αναφέρει πως αισθάνεται αυτή την ανάγκη όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως και ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που αισθάνεται ότι έχει ανάγκη για τονωτικά μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως (24,9%). Τέλος, ένα ποσοστό της τάξης του 2,8% πιστεύει ότι παρουσιάζει τη συγκεκριμένη ανάγκη πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως.

«Το τελευταίο καιρό νιώθετε εξαντλημένη και κακοδιάθετη;»

Παρατηρείται πως το 37,7% των γυναικών-ερωτώμενων νιώθει εξαντλημένο και κακοδιάθετο όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως. Ένα παρόμοιο ποσοστό γυναικών δηλώνει πως δεν αισθάνεται καθόλου εξάντληση και κακή διάθεση (35,7%), ενώ το 24,3% αναφέρει ότι νιώθει εξαντλημένο και κακοδιάθετο μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόλις το 2,3% των γυναικών αισθάνεται τα συγκεκριμένα συμπτώματα πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως.

«Το τελευταίο καιρό έχετε καθόλου πόνους στο κεφάλι;»

Το 42,9% των ερωτώμενων αναφέρει ότι δεν παρουσιάζει πονοκεφάλους το τελευταίο διάστημα. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που δηλώνει ότι έχει κεφαλαλγίες όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως (38,1%), το ποσοστό των γυναικών που απαντά ότι παρουσιάζει πονοκεφάλους μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως (17,6%), ενώ οι ερωτώμενες που δηλώνουν πως έχουν το συγκεκριμένο σύμπτωμα

πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως εκπροσωπούνται με ποσοστό της τάξης του 1,4%.

«Το τελευταίο καιρό έχετε περιόδους που να αισθάνεστε κρυάδες ή εξάψεις;»

Η πλειοψηφία του δείγματος των γυναικών αναφέρει ότι δεν διανύει καθόλου χρονικές περιόδους που να αισθάνεται κρυάδες ή εξάψεις (58,5%). Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που δηλώνει ότι αισθάνεται κρυάδες ή εξάψεις όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως (26,2%) και το ποσοστό των γυναικών που απαντά ότι παρουσιάζει τα συγκεκριμένα νευροφυτικά συμπτώματα μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως (13,4%). Τέλος, ένα μικρό ποσοστό γυναικών αναφέρει ότι παρουσιάζει κρυάδες ή εξάψεις πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως (1,9%).

«Το τελευταίο καιρό έχετε ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσασταν ανήσυχη;»

Το 44,5% των γυναικών δεν έχει ξαγρυπνήσει καθόλου εξαιτίας ανησυχίας. Ακολουθεί το 32,8% των γυναικών που δηλώνει ότι δεν έχει ξαγρυπνήσει για παρόμοιο λόγο όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως, το 19,4% που έχει διαταραχές στον ύπνο μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως, ενώ το 3,3% των γυναικών αναφέρει ότι έχει αϋπνίες πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως.

«Το τελευταίο καιρό έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από τη στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;»

Παρατηρείται πως η πλειοψηφία των ερωτώμενων δηλώνει πως δεν αντιμετωπίζει ανάλογες δυσκολίες στον ύπνο (53,7%). Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει ότι δυσκολεύεται, όχι όμως περισσότερο από ό,τι συνήθως (26,6%), ενώ το ποσοστό των γυναικών που δυσκολεύεται να έχει συνεχή ύπνο περισσότερο από ό,τι συνήθως αγγίζει το 16,4%. Τέλος, το ποσοστό των γυναικών που παρουσιάζει το συγκεκριμένο σύμπτωμα πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως είναι της τάξης του 3,3%.

«Το τελευταίο καιρό έχετε αισθανθεί να βρίσκεστε συνεχώς κάτω από πίεση;»

Το 39,3% των γυναικών κατά το τελευταίο διάστημα δεν έχει αισθανθεί καθόλου να βρίσκεται υπό πίεση. Ένα ανάλογο ποσοστό γυναικών (37,1%)

αισθάνεται να είναι πιεσμένο όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που βρίσκεται υπό πίεση μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως (19,6%) και το ποσοστό των γυναικών που αισθάνεται να είναι σε καθεστώς πίεσης πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως (4%).

«Το τελευταίο καιρό είσαστε οξύθυμη και αρπάζεστε εύκολα;»

Το 40,4% των γυναικών πιστεύει πως παρουσιάζει οξύθυμία και ευερεθιστότητα, όχι όμως περισσότερο από ό,τι συνήθως. Ένα ανάλογο ποσοστό της τάξης του 40% αναφέρει πως δεν είναι καθόλου οξύθυμο. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που τον τελευταίο καιρό είναι οξύθυμο και ευερέθιστο μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως (16,5%) και το ποσοστό των γυναικών που δηλώνουν οξύθυμία και ευερεθιστότητα πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως (3,1%).

«Το τελευταίο καιρό φοβάστε ή πανικοβάλλεστε χωρίς σοβαρό λόγο;»

Τα ερευνητικά δεδομένα δεικνύουν ότι η πλειοψηφία του δείγματος δεν αντιμετωπίζει αισθήματα φόβου ή πανικού χωρίς σοβαρό λόγο καθόλου το τελευταίο διάστημα (56,8%). Το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει ότι πανικοβάλλεται χωρίς σοβαρό λόγο όχι όμως περισσότερο από ό,τι συνήθως αγγίζει το 32,7%, ενώ το ποσοστό των γυναικών που πανικοβάλλεται ή φοβάται χωρίς ιδιαίτερα σοβαρό λόγο μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως, αγγίζει το 9%. Μόλις το 1,5% των γυναικών αναφέρει ότι φοβάται ή πανικοβάλλεται πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως.

«Το τελευταίο καιρό αισθάνεστε πως δεν αντέχετε άλλο;»

Η πλειοψηφία του δείγματος δεν αισθάνεται καθόλου πως έχει φτάσει στα όρια της αντοχής της (51%). Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που πιστεύει ότι βιώνει αυτό το συναίσθημα σε βαθμό, όχι μεγαλύτερο από ό,τι συνήθως (32,5%), ενώ το 15,1% των ερωτώμενων αισθάνεται ανάλογα, μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως. Τέλος, μόλις το 1,4% των γυναικών απαντά ότι αισθάνεται να έχει εξαντληθεί η αντοχή του πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως.

«Το τελευταίο καιρό αισθάνεστε συνεχώς νευρική και σε υπερδιέγερση;»

Το 44,4% των γυναικών αναφέρει ότι δεν αισθάνεται να έχει νευρικότητα ή να βρίσκεται σε υπερδιέγερση. Το ποσοστό των γυναικών που αισθάνεται νευρικότητα ή υπερδιέγερση όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως αγγίζει το 38,5%, ενώ το ποσοστό των γυναικών που βρίσκεται υπό το καθεστώς υπερδιέγερσης και νευρικότητας μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως είναι της τάξης του 14,8%. Τέλος, μόλις το 2,3% των γυναικών βιώνει ανάλογα συναισθήματα σε βαθμό πολύ μεγαλύτερο από ό,τι συνήθως.

«Το τελευταίο καιρό σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;»

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος αναφέρει ότι διεκπεραιώνει τις υποχρεώσεις του σε χρόνο ανάλογο του συνήθους (74,4%). Το ποσοστό των γυναικών που χρειάζεται περισσότερο χρόνο από ό,τι συνήθως για την εκτέλεση των εργασιών του αγγίζει το 16,7%, ενώ το 6,9%, αντίθετα, χρειάζεται λιγότερο χρόνο από ό,τι συνήθως για το συγκεκριμένο λόγο. Μόλις το 2% των γυναικών αναφέρει ότι χρειάζεται πολύ περισσότερο χρόνο από ό,τι συνήθως για την τέλεση των υποχρεώσεών του.

«Το τελευταίο καιρό είσαστε ικανοποιημένη με τον τρόπο που εκτελείτε τις δουλειές σας;»

Παρατηρείται ότι η πλειοψηφία του δείγματος αισθάνεται ικανοποιημένη από τον τρόπο εκτέλεσης των εργασιών της, σε ανάλογο του συνήθους βαθμό (73,9%). Το 12,7% των γυναικών αναφέρει ότι είναι λιγότερο ικανοποιημένο από την αποτελεσματικότητά του, ενώ το 12,2% δηλώνει, αντίθετα, πώς είναι περισσότερο ικανοποιημένο από ό,τι συνήθως σχετικά με την διεκπεραίωση των εργασιών του. Μόλις το 1,2% των γυναικών το τελευταίο χρονικό διάστημα εμφανίζεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένο ως προς την απόδοσή του.

«Το τελευταίο καιρό έχετε αισθανθεί ικανή να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;»

Αναφορικά με το συγκεκριμένο ερώτημα, το 79,2% των ερωτώμενων αισθάνεται το ίδιο ικανό όπως συνήθως ως προς τη λήψη αποφάσεων για διάφορα

ζητήματα. Το 12,5% πιστεύει ότι έχει τη συγκεκριμένη δυνατότητα περισσότερο από ό,τι συνήθως, ενώ το 9% των γυναικών θεωρεί πως το τελευταίο χρονικό διάστημα η ικανότητά του για λήψη αποφάσεων έχει αμβλυνθεί.

«Το τελευταίο καιρό έχετε μπορείτε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σας;»

Αναφορικά με την ύπαρξη αισθήματος ανηδονίας σχετικά με την καθημερινότητα, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία του δείγματος προσλαμβάνει ευχαρίστηση από τις καθημερινές δραστηριότητες στον ίδιο του συνήθους βαθμό (69,3%). Το 15,8%, αντίθετα, αναφέρει ότι αισθάνεται ευχαρίστηση αναφορικά με το υπό εξεταζόμενο ζήτημα σε μικρότερο βαθμό από ό,τι συνήθως, ενώ μόλις το 2,5% του δείγματος προσλαμβάνει πολύ λιγότερη του συνηθισμένου από τις καθημερινές του δραστηριότητες.

«Το τελευταίο καιρό σκέφτεστε πως δεν αξίζετε τίποτα;»

Η πλειοψηφία των γυναικών δεν αναφέρει αίσθημα αναξιοτήτας σε κανένα βαθμό (75,4%). Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει ότι έχει παρόμοιο συναίσθημα στο βαθμό που συνήθως το βιώνει (18,%), ενώ το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει ότι αισθάνεται ανάξιο μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως (5%). Αξίζει να σημειωθεί ότι μόλις το 1% παρουσιάζει αισθήματα αναξιοτήτας πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως.

«Το τελευταίο καιρό έχετε αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμία ελπίδα;»

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δεν έχει αισθανθεί καθόλου τον τελευταίο καιρό απέλπιδο συναίσθημα (79%). Το 14,9% αναφέρει ότι βιώνει ανάλογο συναίσθημα, όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως. Αντίθετα, το 8% βιώνει ανέλπιδο συναίσθημα τον τελευταίο καιρό πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως, ενώ το ποσοστό των γυναικών που εμφανίζεται να βιώνει το ανάλογο συναίσθημα μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως αγγίζει το 5,3%.

«Το τελευταίο καιρό έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;»

Το 83,9% δηλώνει ότι δεν έχει βιώσει παρόμοιο συναίσθημα τον τελευταίο καιρό σε κανένα βαθμό. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που αναφέρει ότι έχει

αισθανθεί ότι δεν αξίζει να ζει, αλλά όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως (11,2%), ενώ οι γυναίκες που αισθάνονται ανάλογα πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως φτάνουν στο 7%.

«Το τελευταίο καιρό σας έχει περάσει από το μυαλό σας η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;»

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών δεν έχει παρουσιάσει αυτοκτονικό ιδεασμό σε καμιά στιγμή της ζωής του (84,1%). Το 10,8% δεν νομίζει να έχει σκεφτεί την αυτοκτονία, ενώ το 7% των γυναικών αναφέρει ότι σίγουρα κατά το τελευταίο χρονικό διάστημα έχουν αναπτύξει αυτοκτονικές ιδέες.

«Το τελευταίο καιρό έχετε πιάσει τον εαυτό σας να εύχεται να ήσασταν πεθαμένη ή και να είχατε ξεμπερδέψει με όλα;»

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος αναφέρει ότι δεν έχει αναπτύξει ποτέ ευχές θανάτου (87,1%). Το 8,5% των ερωτώμενων αναφέρει πως έχει υπεισέλθει σε παρόμοια κατάσταση, αλλά όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως. Ένα ανάλογο σε στατιστική σημαντικότητα ποσοστό της τάξης του 8% απαντά ότι έχει παρουσιάσει ευχές θανάτου κατά το τελευταίο χρονικό διάστημα πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως.

Στην παραπάνω ομάδα ερωτήσεων εξετάζεται η λειτουργικότητα των γυναικών και η ύπαρξη συμπτωμάτων που υποδεικνύουν την ύπαρξη κάποιας Αγχώδους Διαταραχής ή/και Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής. Τα αποτελέσματα παρουσιάζουν ότι οι ερωτώμενες σε γενικές γραμμές δεν παρουσιάζουν συμπτώματα που να επιβαρύνουν δραστικά την ψυχική τους υγεία. Το ποσοστό των γυναικών που φαίνεται να εμφανίζει καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι μικρό και ανάλογο άλλων μελετών σε γενικούς πληθυσμούς που εξετάζουν την ύπαρξη Κατάθλιψης.

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα και οι Αγχώδεις Διαταραχές βρίσκονται μεταξύ των πλέον κοινών προβλημάτων υγείας τόσο στο γενικό, όσο και στον κλινικό πληθυσμό· η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή συναντάται σε περισσότερο από το 5% του γενικού πληθυσμού των ΗΠΑ¹⁹⁹. Τόσο η κατάθλιψη, όσο και το άγχος

¹⁹⁹ Sherbourne C. D., Dwight-Johnson M. & Klap R., Psychological Distress...ό.π.

συσχετίζονται με σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα και στην Ποιότητα Ζωής²⁰⁰. Αναφορικά με τις περισσότερες περιοχές λειτουργικότητας, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας και της ανάληψης ρόλων, η κατάθλιψη είναι περισσότερο εξασθενητική ως νόσος, από ό,τι πολλές χρόνιες ιατρικές καταστάσεις, όπως η υπέρταση, ο διαβήτης, τα καρδιακά νοσήματα, η αρθρίτιδα ή κάποιες παθήσεις των πνευμόνων²⁰¹. Επιπρόσθετα, η κατάθλιψη οδηγεί σε σημαντική θνησιμότητα: τα ποσοστά αυτοκτονιών σε δείγματα κλινικού πληθυσμού με παρόμοιες διαταραχές (της Διάθεσης), κυμαίνονται μεταξύ 20% και 30%²⁰². Η αυτοκτονία ήταν η πέμπτη κυριότερη αιτία θανάτου των Αμερικανίδων γυναικών ηλικίας 25-44 ετών και η τέταρτη κυριότερη αιτία για τις γυναίκες μεταξύ 15-24 ετών²⁰³. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζονται και στη Μεγάλη Βρετανία, όπου η Κατάθλιψη αποτελεί το πρωταρχικό αίτιο θανάτου στους Βρετανούς ηλικίας κάτω των 35 ετών²⁰⁴.

Εξαιτίας της πρώιμης ηλικίας έναρξης, η χρόνια και υποτροπιάζουσα φύση της κατάθλιψης εμποδίζει τις γυναίκες να αναπτύξουν πλήρως τις δυνατότητές τους ως παραγωγικά μέλη του κοινωνικού συνόλου. Κατά συνέπεια, θεωρείται κρίσιμο να αναγνωριστούν οι ομάδες υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη Διαταραχών της Διάθεσης και να δεχτούν την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή²⁰⁵. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για τις Διαταραχές της Διάθεσης και τις Αγχώδεις Διαταραχές, περίπου τα 2/3 των ατόμων με ανάλογη διάγνωση, δεν αναζητούν θεραπεία²⁰⁶. Παράλληλα, η κατάθλιψη και το άγχος δεν εντοπίζονται και δεν αντιμετωπίζονται με τον κατάλληλο τρόπο από την πρωτογενή περίθαλψη²⁰⁷.

Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση συσχετίζεται με υψηλά επίπεδα εξάντλησης και ανησυχίας: το 22% των άνεργων γυναικών βιώνουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπιεστικών καταστάσεων, από ό,τι οι γυναίκες που εργάζονται (17%). Το 30% των γυναικών με πρωτοβάθμια ή ατελή δευτεροβάθμια εκπαίδευση, αναφέρουν σε μεγαλύτερο βαθμό άγχος από ό,τι οι γυναίκες με τριτοβάθμια

²⁰⁰ Hays R. D., Wells K. B., Sherbourne C. D., Rogers W. & Spritzer K. (1995). Functioning And Well-being Outcomes of Patients with Depression Compared With Chronic General Medical Illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 52, σελ. 11-19.

²⁰¹ Wells K. B., Stewart A., Hays R. D., et al. (1989). The Functioning and Well-Being of Depressed Patients: Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 262, σελ. 914-919.

²⁰² Klerman G. L. (1987). Clinical Epidemiology of Suicide, *Journal of Clinical Psychology*, 48, σελ. 33-38.

²⁰³ Center for Disease Control and Prevention, National Center of Health Statistics (1997). *Advance Report of Final Mortality Statistics*, Table 8.

²⁰⁴ Our Healthier Nation, Mental Health, txt at. <http://www.doh.gov.uk>

²⁰⁵ Sherbourne C. D., Dwight-Johnson M. & Klap R., Psychological Distress...ό.π.

²⁰⁶ Kessler R. C., Nelson C. B. McGonagle K. A., et al. (1996). The Epidemiology of Co-occurring Addictive and Mental Disorders: Implications for Prevention and Service Utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, σελ. 17-31.

²⁰⁷ Sherbourne C. D., Dwight-Johnson M. & Klap R., Psychological Distress...ό.π.

εκπαίδευση (12%). Παρόμοια αποτελέσματα συναντώνται και στις γυναίκες που ζουν σε καθεστώς ένδειας, έναντι αυτών που ζουν σε καθεστώς άνω του επιπέδου φτώχειας (32% και 14% αντίστοιχα). Οι μειονοτικές ομάδες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν άγχος ή/και κατάθλιψη, ενώ τον ίδιο κίνδυνο παρουσιάζουν και οι νεαρές γυναίκες ηλικίας 18-44, έναντι των μεγαλύτερων σε ηλικία γυναικών (65 και άνω). Παράλληλα, οι γυναίκες που είναι διαζευγμένες ή τελούν υπό χηρεία, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά άγχους και ανησυχίας (25%) από τις έγγαμες γυναίκες (16%)²⁰⁸. Στον αντίποδα, οι γυναίκες που λαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη έχουν μικρότερες πιθανότητες ανάπτυξης και εμφάνισης Αγχωδών Διαταραχών ή Διαταραχών της Διάθεσης, από εκείνες που δεν έχουν υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα (17% και 50% αντίστοιχα)²⁰⁹. Τα επίπεδα άγχους και τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι υψηλότερα και συναντώνται συχνότερα στις γυναίκες που έχουν προβλήματα υγείας (62%), σε αυτές που παρουσιάζουν κάποιου είδους αναπηρία (38%), ή στις γυναίκες που παρουσιάζουν μία ή περισσότερες χρόνιες ιατρικές καταστάσεις²¹⁰.

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή και η Δυσθυμική Διαταραχή εμφανίζονται σχεδόν σε διπλάσιο ποσοστό σε γυναίκες από ό,τι σε άνδρες. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες έχουν δύο έως τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες να αναπτύξουν Αγχώδεις και Φοβικές Διαταραχές²¹¹. Περίπου το 12% των γυναικών που ζουν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής αναπτύσσουν ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ζωής τους²¹².

Το υψηλό ποσοστό των γυναικών που παρουσιάζουν αγχώδη ή καταθλιπτικά συμπτώματα και εντούτοις δεν αναφέρουν ότι δεν χρειάζονται να αναζητήσουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, σηματοδοτεί την ανάγκη εκπαίδευσης των ατόμων σε μικρο- και μακρο-επίπεδο, αναφορικά με τα οφέλη που μπορεί κανείς να αποκομίσει από τη θεραπεία παρόμοιων καταστάσεων. Παράλληλα, η εκπαίδευση θα πρέπει να επικεντρωθεί στους μύθους και τις διαφορετικές πολιτισμικές αντιλήψεις που περιβάλλουν και εμποδίζουν την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας²¹³.

²⁰⁸ Στο ίδιο.

²⁰⁹ Στο ίδιο.

²¹⁰ Στο ίδιο.

²¹¹ Schifrin E. (2001). An Overview of Women's Health Issues in the United States and United Kingdom. *Women's Health Issues*, 11, 4, σελ. 261-281.

²¹² National Institute of Mental Health. *The Nation's Count: Mental Illness in America*, NIH publication, no. NHI99-4584.

²¹³ Sherbourne C. D., Dwight-Johnson M. & Klap R., Psychological Distress...ό.π.

3.4. Ποσοτική και ποιοτική ανάλυση διασταύρωσης ερωτήσεων της έρευνας με τις κοινωνιο-δημογραφικές μεταβλητές

Παρακάτω παρατίθενται τα αποτελέσματα διασταύρωσης κάποιων ερωτήσεων της έρευνας με κάθε μια από τις κοινωνιο-δημογραφικές μεταβλητές (ηλικία, περιοχή, οικογενειακή κατάσταση, εργασία, ύπαρξη παιδιών στο νοικοκυριό και μόρφωση). Τα αποτελέσματα αφορούν στο κατά πόσον υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση ή όχι μεταξύ κάθε μιας από τις υπό εξέταση ερωτήσεις της έρευνας και των δημογραφικών μεταβλητών. Στην περίπτωση που διαπιστωθεί εξάρτηση, γίνεται σύγκριση μεταξύ των ποσοστών κάθε μιας από τις κατηγορίες που περιέχει η κάθε ερώτηση με το συνολικό δειγματικό ποσοστό και παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «**Όταν αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα ποιος είναι ο πρώτος στον οποίο αποτείνεστε;**»

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διάφορων ηλικιακών ομάδων όσον αφορά το πού αρχικά απευθύνονται όταν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ($\chi^2(44)=155,76$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικίες, οι ηλικίες άνω των 65 απευθύνονται στην οικογένεια, οι ηλικίες 18-24 στους φίλους και οι ηλικίες 35-44 στους συζύγους/συντρόφους τους.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και των γυναικών που κατοικούν στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στο πού αρχικά απευθύνονται όταν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ($\chi^2(8)=30,97$, *** $p<0,001$). Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι οι γυναίκες που ζουν στην Θεσσαλονίκη απευθύνονται στην Εκκλησία σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από ό,τι οι γυναίκες που ζουν στην Αθήνα.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης όσον αφορά στο πού αρχικά απευθύνονται οι γυναίκες του δείγματος όταν αντιμετωπίζουν

κάποιο πρόβλημα ($\chi^2 (48) = 273,99$, $***p < 0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες, οι έγγαμες απευθύνονται στους συζύγους/συντρόφους τους, οι χήρες στην οικογένεια και οι διαζευγμένες και οι άγαμες στο φιλικό τους περιβάλλον.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του εάν εργάζονται ή όχι οι γυναίκες του δείγματος όσον αφορά το πού αρχικά απευθύνονται όταν έχουν κάποιο πρόβλημα ($\chi^2 (8) = 16,97$ * $p < 0,05$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από ότι οι μη εργαζόμενες, οι εργαζόμενες γυναίκες απευθύνονται στο φιλικό τους περιβάλλον, ενώ οι μη εργαζόμενες απευθύνονται στην οικογένεια σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από ό,τι οι εργαζόμενες.

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών και του πού αρχικά απευθύνονται οι γυναίκες του δείγματος όταν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ($\chi^2 (8) = 34,83$, $***p < 0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες που δεν έχουν παιδιά απευθύνονται στο φιλικό τους περιβάλλον, ενώ οι γυναίκες που έχουν παιδιά στο σύζυγο/σύντροφό τους.

ΜΟΡΦΩΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και του πού αρχικά απευθύνονται οι γυναίκες του δείγματος όταν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ($\chi^2 (40) = 103,08$, $***p < 0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό, σε σχέση με τις υπόλοιπες, οι γυναίκες στοιχειώδους μερικής μόρφωσης απευθύνονται στην οικογένεια, οι γυναίκες στοιχειώδους ολικής μόρφωσης απευθύνονται στην οικογένεια και στην εκκλησία και οι γυναίκες λυκειακής μόρφωσης στο φιλικό τους περιβάλλον.

Αυτό που συνάγεται από τη διασταύρωση των κοινωνιο-δημογραφικών στοιχείων των ερωτώμενων και της ερώτησης σχετικά με το άτομο, στο οποίο απευθύνονται όταν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα, είναι η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των επιμέρους μεταβλητών. Σε γενικές γραμμές, επισημαίνεται ότι τα άτομα καταφεύγουν περισσότερο στο οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον, παρά σε άλλα δίκτυα που παραδοσιακά θεωρείται ότι παρέχουν υποστήριξη (για παράδειγμα,

Εκκλησία). Συνοψίζοντας τα παραπάνω, διαπιστώνεται ότι οι έγγαμες γυναίκες, άνω των 65 ετών κυρίως, με παιδιά και στοιχειώδη μόρφωση, οι οποίες δεν εργάζονται, έχουν ως κύριο σημείο αναφοράς την οικογένεια – γεγονός που υπογραμμίζει την παραδοσιακή εικόνα και θέση της τελευταίας στην ελληνική κοινωνία²¹⁴ - σε αντίθεση με τις νεώτερης ηλικίας εργαζόμενες γυναίκες (έγγαμες ή άγαμες) χωρίς παιδιά και με δευτεροβάθμια μόρφωση, οι οποίες απευθύνονται κυρίως στο φιλικό τους περιβάλλον.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «Η απόσταση μεταξύ της ζωής που θέλω και της ζωής που έχω είναι:»

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων όσον αφορά στην απόσταση που θεωρούν ότι υπάρχει μεταξύ της ζωής που έχουν και της ζωής που θέλουν ($\chi^2 (25)=43,16$, $*p<0,05$). Η διαφοροποίηση κυρίως έγκειται στο ότι οι γυναίκες ηλικίας 25-34 θεωρούν, σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, ότι η απόσταση είναι μικρή.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στην απόσταση που θεωρούν ότι υπάρχει μεταξύ της ζωής που έχουν και της ζωής που θέλουν ($\chi^2 (5)= 18,5$, $**p<0,01$). Οι γυναίκες που ζουν στην Θεσσαλονίκη θεωρούν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες της Αθήνας ότι η απόσταση είναι είτε πολύ μεγάλη, είτε ελάχιστη. Αντίθετα, οι γυναίκες της Αθήνας θεωρούν, σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες της Θεσσαλονίκης, ότι η απόσταση είναι μέτρια.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης όσον αφορά στην απόσταση που θεωρούν ότι υπάρχει μεταξύ της ζωής που έχουν και της ζωής που θέλουν οι ερωτώμενες ($\chi^2 (30)= 82,98$, $***p<0,001$). Οι χήρες καθώς και

²¹⁴ Κατάκη Χ. (1984). *Οι Τρεις Ταυτότητες της Ελληνικής Οικογένειας*. Αθήνα, εκδ. Κέδρος.

οι διαζευγμένες θεωρούν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες ότι η απόσταση είναι είτε πολύ μεγάλη, είτε αρκετή.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται ή όχι οι γυναίκες του δείγματος όσον αφορά στην απόσταση που θεωρούν ότι υπάρχει μεταξύ της ζωής που έχουν και της ζωής που θέλουν ($\chi^2(5) = 19,2$, $**p < 0,01$). Οι μη εργαζόμενες θεωρούν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις εργαζόμενες ότι η απόσταση είναι αρκετή. Αντίθετα οι εργαζόμενες θεωρούν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις μη εργαζόμενες ότι η απόσταση είναι μικρή.

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών και της απόστασης που θεωρούν οι γυναίκες του δείγματος ότι υπάρχει μεταξύ της ζωής που έχουν και της ζωής που θέλουν ($\chi^2(5) = 5$, $p > 0,05$).

ΜΟΡΦΩΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της απόστασης που θεωρούν ότι υπάρχει μεταξύ της ζωής που έχουν και της ζωής που θέλουν οι γυναίκες του δείγματος ($\chi^2(25) = 78,21$, $***p < 0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τις υπόλοιπες, οι γυναίκες στοιχειώδους μερικής μόρφωσης θεωρούν ότι η απόσταση είναι πολύ μεγάλη, οι γυναίκες στοιχειώδους ολικής μόρφωσης θεωρούν ότι είναι αρκετή, οι γυναίκες ανώτερης μόρφωσης θεωρούν ότι είναι μικρή και οι γυναίκες ανώτατης μόρφωσης θεωρούν ότι είναι ελάχιστη.

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι η απόσταση της επιθυμούμενης ζωής με τη ζωή που ήδη διάγουν οι ερωτώμενες, εξαρτάται κυρίως από τα μέσα-πόρους που διαθέτουν, ώστε να πλησιάζουν το επιθυμητό για αυτές αποτέλεσμα. Έτσι, οι νεαρές γυναίκες που είναι εργαζόμενες και διατηρούν οικονομική ανεξαρτησία και που παράλληλα διαθέτουν τα απαραίτητα μορφωτικά εφόδια για να αντεπεξεέλθουν στους ανταγωνιστικούς ρυθμούς της σύγχρονης κοινωνίας, πιστεύουν ότι σε σημαντικό βαθμό ζουν όπως επιθυμούν, σε αντίθεση με τις μεγαλύτερης ηλικίας χήρες ή διαζευγμένες γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, οι οποίες διατείνονται ότι η

απόσταση της ζωής που θα ήθελαν να ζουν με τη ζωή που ζουν, είναι κατά το μάλλον ή ήττον σημαντική.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «**Θα χρησιμοποιούσατε ιατρικού τύπου διαδικασίες (lifting, πλαστική) που έχουν στόχο την βελτίωση της αισθητικής;**»

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων όσον αφορά στη χρήση ιατρικού τύπου διαδικασιών (lifting, πλαστική) που έχουν στόχο την βελτίωση της αισθητικής ($\chi^2 (15)=145,76$, *** $p<0,001$). Οι γυναίκες ηλικίας 18-24 και 25-34 θα έκαναν χρήση των παραπάνω ιατρικού τύπου διαδικασιών σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες,

ΠΕΡΙΟΧΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στη χρήση ιατρικού τύπου διαδικασιών (lifting, πλαστική) που έχουν στόχο την βελτίωση της αισθητικής ($\chi^2 (3)=31,92$, *** $p<0,001$). Οι γυναίκες που κατοικούν στη Θεσσαλονίκη αρνούνται τη χρήση σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες της Αθήνας.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της χρήσης ιατρικού τύπου διαδικασιών (lifting, πλαστική) που έχουν στόχο την βελτίωση της αισθητικής ($\chi^2 (18)= 110,48$, *** $p<0,001$). Οι γυναίκες που συζούν με σχέση, καθώς και οι άγαμες θα έκαναν χρήση σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες γυναίκες.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται ή όχι οι γυναίκες του δείγματος όσον αφορά στη χρήση ιατρικού τύπου διαδικασιών (lifting, πλαστική) που έχουν στόχο την βελτίωση της αισθητικής ($\chi^2 (3)= 44$, *** $p<0,001$).

Οι εργαζόμενες θα έκαναν χρήση σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις μη εργαζόμενες.

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών και της χρήσης ιατρικού τύπου διαδικασιών (lifting, πλαστική) που έχουν στόχο την βελτίωση της αισθητικής ($\chi^2 (3) = 37,28$, *** $p < 0,001$). Οι γυναίκες που δεν έχουν παιδιά, θα έκαναν χρήση σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες με παιδιά.

ΜΟΡΦΩΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της χρήσης ιατρικού τύπου διαδικασιών (lifting, πλαστική) που έχουν στόχο την βελτίωση της αισθητικής ($\chi^2 (15) = 133,67$, *** $p < 0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες λυκειακής, ανώτερης και ανώτατης μόρφωσης θα έκαναν χρήση ιατρικού τύπου διαδικασιών που έχουν στόχο την βελτίωση της αισθητικής και οι γυναίκες γυμνασιακής και ανωτέρας μόρφωσης θα έκαναν χρήση ιατρικού τύπου διαδικασιών στην περίπτωση που αυτό ήταν απαραίτητο.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «**Είναι σημαντικό για σας το να φαίνεστε ή να διατηρείστε νέες;**» (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2, σ. 309-311)

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων όσον αφορά στη σημασία που έχει για τις γυναίκες του δείγματος να φαίνονται ή να διατηρούνται νέες ($\chi^2 (25) = 265,14$, *** $p < 0,001$). Οι γυναίκες ηλικίας 18-24 και 25-34 δίνουν μεγάλη σημασία στο να φαίνονται ή να διατηρούνται νέες, σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στη σημασία που έχει να φαίνονται ή να διατηρούνται νέες ($\chi^2 (5) = 252,42$, *** $p < 0,001$). Οι γυναίκες που κατοικούν στη Θεσσαλονίκη δίνουν σημασία στο να φαίνονται ή να διατηρούνται νέες, σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες της Αθήνας.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και της σημασίας που έχει για τις γυναίκες του δείγματος να φαίνονται ή να διατηρούνται νέες ($\chi^2 (30)=147,12$, *** $p<0,001$). Οι γυναίκες που συζούν με σχέση, καθώς και οι άγαμες δίνουν απόλυτη σημασία στο να φαίνονται ή να διατηρούνται νέες, σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες γυναίκες.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του εάν εργάζονται ή όχι όσον αφορά στη σημασία που έχει για τις γυναίκες του δείγματος να φαίνονται ή να διατηρούνται νέες ($\chi^2 (5)=51,63$, *** $p<0,001$). Οι εργαζόμενες δίνουν πολύ έως απόλυτη σημασία στο να φαίνονται ή να διατηρούνται νέες, σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις μη εργαζόμενες.

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών και της σημασίας που έχει για τις γυναίκες του δείγματος να φαίνονται ή να διατηρούνται νέες ($\chi^2 (5)=14,53$, * $p<0,05$). Οι γυναίκες που δεν έχουν παιδιά δίνουν απόλυτη σημασία στο να φαίνονται ή να διατηρούνται νέες, σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες με παιδιά.

ΜΟΡΦΩΣΗ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3, σ. 4)

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και της σημασίας που έχει για τις γυναίκες του δείγματος να φαίνονται ή να διατηρούνται νέες ($\chi^2 (25)= 135,19$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες στοιχειώδους μερικής ή ολικής μόρφωσης δίνουν από καμία έως λίγη σημασία στο να φαίνονται ή να διατηρούνται νέες, οι γυναίκες λυκειακής μόρφωσης δίνουν απόλυτη σημασία και οι γυναίκες ανώτερου και ανώτατου μορφωτικού επιπέδου δίνουν πολλή σημασία.

Αναφορικά με την προσφυγή των γυναικών σε ιατρικού τύπου διαδικασίες, προκειμένου να βελτιώσουν την αισθητική τους εμφάνιση, παρατηρούμε ότι θετικές ως προς το ενδεχόμενο αυτό είναι κυρίως οι γυναίκες που ζουν στην Αθήνα, ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 18-34 ετών, εργάζονται, συζούν με σχέση ή είναι άγαμες, δεν έχουν παιδιά και έχουν δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Πιθανολογούμε ότι η συγκεκριμένη στάση των ερωτώμενων γυναικών οφείλεται αφενός στην εσωτερίκευση των γενικότερων πεποιθήσεων που επικρατούν σχετικά με το ζήτημα αυτό (οι οποίες εξαρτώνται από όλες τις δημογραφικές μεταβλητές, όπως αυτές εξετάστηκαν) και στην προσαρμογή τους στο σύγχρονο τρόπο ζωής, ο οποίος, όχι σπάνια, επιβάλλει συγκεκριμένα και εξιδανικευμένα πρότυπα εξωτερικής εμφάνισης. Πανομοιότυπα αποτελέσματα εμφανίζονται και στην ερώτηση σχετικά με την σημαντικότητα για τις γυναίκες να φαίνονται ή/και να διατηρούνται νέες. Η μόνη διαφοροποίηση που παρατηρείται, εντοπίζεται στη γεωγραφική περιοχή, όπου διαμένουν οι ερωτώμενες, όπου στη Θεσσαλονίκη αποδίδεται μεγαλύτερη σημασία στη διατήρηση της νεότητας από ό,τι στην Αθήνα. Υποδεικνύεται, δηλαδή, ότι η επιλογή της προσφυγής σε αισθητικές παρεμβάσεις βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση και ευθεία αναλογία με την αναγκαιότητα του να φαίνεται ή να διατηρείται κανείς νέος.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «Πώς περνάτε το μεγαλύτερο μέρος του ελεύθερου χρόνου σας;»

(Καθώς οι συγκεκριμένοι πίνακες διασταύρωσης περιέχουν πολλές κατηγορίες, επομένως είναι ιδιαίτερα υπερμεγέθεις, παραλήφθηκαν όσες από τις κατηγορίες, στις οποίες ομαδοποιήθηκαν οι απαντήσεις των γυναικών του δείγματος, είχαν πολύ χαμηλή συχνότητα εμφάνισης (λιγότερο από <6))

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων στον τρόπο που διαθέτουν το μεγαλύτερο μέρος του ελεύθερου χρόνου τους ($\chi^2(120)=311,85$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, οι γυναίκες ηλικίας 18-24 και 25-34 αφιερώνουν το μεγαλύτερο μέρος του ελεύθερου χρόνου τους στο φιλικό τους περιβάλλον, οι γυναίκες 45-54 στο διάβασμα και οι γυναίκες άνω των 65 στην τηλεόραση.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη στον τρόπο που διαθέτουν το μεγαλύτερο μέρος του ελεύθερου χρόνου τους ($\chi^2(24)=60,88$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες που κατοικούν στην Αθήνα αφιερώνουν το μεγαλύτερο μέρος του ελεύθερου χρόνου τους στις Τέχνες/θέαμα και στην

τηλεόραση, ενώ οι γυναίκες που κατοικούν στη Θεσσαλονίκη σε εστιατόρια/bar, σε αθλήματα/σπορ και στο εργόχειρο.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των γυναικών και του τρόπου που διαθέτουν το μεγαλύτερο μέρος του ελεύθερου χρόνου τους ($\chi^2 (144)=314,86$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι έγγαμες γυναίκες αφιερώνουν το μεγαλύτερο μέρος του ελεύθερου χρόνου τους στις δουλειές στο σπίτι, οι γυναίκες που συζούν με σχέση στις φίλες/φίλους, οι άγαμες στις φίλες/φίλους και στα αθλήματα/σπορ και οι χήρες στην τηλεόραση.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος ή όχι όσον αφορά στον τρόπο που διαθέτουν το μεγαλύτερο μέρος του ελεύθερου χρόνου τους ($\chi^2 (24)=80,15$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι εργαζόμενες αφιερώνουν το μεγαλύτερο μέρος του ελεύθερου χρόνου τους στο φιλικό τους περιβάλλον, ενώ οι μη εργαζόμενες στην τηλεόραση.

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών και του τρόπου που διαθέτουν οι γυναίκες του δείγματος το μεγαλύτερο μέρος του ελεύθερου χρόνου τους ($\chi^2 (244)=70,98$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες που δεν έχουν παιδιά αφιερώνουν το μεγαλύτερο μέρος του ελεύθερου χρόνου τους στο φιλικό τους περιβάλλον.

ΜΟΡΦΩΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και του τρόπου που διαθέτουν το μεγαλύτερο μέρος του ελεύθερου χρόνου τους οι γυναίκες του δείγματος ($\chi^2 (120)= 294,93$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες στοιχειώδους μερικής μόρφωσης διαθέτουν το μεγαλύτερο μέρος του ελεύθερου χρόνου τους στο πλέξιμο, οι γυναίκες στοιχειώδους

ολικής μόρφωσης αφιερώνουν το μεγαλύτερο μέρος του ελεύθερου χρόνου τους στις οικιακές εργασίες, στην τηλεόραση και στο εργόχειρο, ενώ οι γυναίκες ανώτερου μορφωτικού επιπέδου στο διάβασμα, στις τέχνες/θέαμα και στα εστιατόρια/bar.

Σε γενικές γραμμές παρατηρούμε ότι τα άτυπα διαπροσωπικά δίκτυα²¹⁵ των ερωτώμενων βρίσκονται στις υψηλότερες θέσεις προτίμησης αναφορικά με τη διάθεση του ελεύθερου χρόνου. Παράλληλα, υποδεικνύεται η εύρεση δραστηριοτήτων, οι οποίες δεν ενέχουν ιδιαίτερη ανάπτυξη κοινωνικών ή προσωπικών δεξιοτήτων (για παράδειγμα εργόχειρο, τηλεόραση, κλπ) για τις γυναίκες που έχουν σχετικά χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η ενασχόληση με τις οικιακές δουλειές για τις γυναίκες που είναι έγγαμες με παιδιά, ενώ η επιλογή της μορφής διασκέδασης (τέχνες/θεάματα vs. εστιατόρια/bar) φαίνεται να επηρεάζεται κυρίως από τις δυνατότητες που υπάρχουν ανά γεωγραφική περιοχή.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «**Έχετε ισότιμη αντιμετώπιση με τον άνδρα στην κοινωνία;**»

ΗΛΙΚΙΑ

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων στο θέμα της ισότιμης αντιμετώπισης των γυναικών με τους άνδρες στην κοινωνία ($\chi^2(25)=28,59$, $p>0,05$).

ΠΕΡΙΟΧΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη στο θέμα της ισότιμης αντιμετώπισης στην κοινωνία ($\chi^2(5)=15,03$, $*p<0,05$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες που κατοικούν στη Θεσσαλονίκη, οι γυναίκες που κατοικούν στην Αθήνα δηλώνουν ότι υπάρχει μια μετρίου βαθμού ισοτιμία με τους άνδρες στην κοινωνία.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

²¹⁵ ως άτυπα διαπροσωπικά δίκτυα νοούνται οι φίλοι, οι γείτονες, η οικογένεια, κλπ

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης όσον αφορά στο θέμα της ισότιμης αντιμετώπισης με τον άνδρα στην κοινωνία ($\chi^2(30)=40,32$, $p>0,05$).

ΕΡΓΑΣΙΑ

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος ή όχι όσον αφορά το θέμα της ισότιμης αντιμετώπισης με τους άνδρες στην κοινωνία ($\chi^2(5)=10,06$, $p>0,05$).

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών και της ισότιμης αντιμετώπισης με τους άνδρες στην κοινωνία ($\chi^2(5)=1,23$, $p>0,05$).

ΜΟΡΦΩΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και ισότιμης αντιμετώπισης με τον άνδρα στην κοινωνία ($\chi^2(25)=42,087$, $*p<0,05$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες στοιχειώδους ολικής μόρφωσης θεωρούν ότι υπάρχει λίγη έως μέτρια ισοτιμία με τους άνδρες στην κοινωνία.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «**Έχετε ισοτιμία με τον άνδρα (είτε σύζυγο αν παντρεμένη είτε πατέρα αν κόρη ή άλλη ανδρική παρουσία) στο σπίτι σας;**»

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων στο θέμα της ισοτιμίας με τους άνδρες στο σπίτι ($\chi^2(25)=42,53$, $*p<0,05$). Οι γυναίκες ηλικίας 25-34 θεωρούν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες ότι έχουν ισοτιμία στο χώρο της οικίας.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στο θέμα της ισοτιμίας στο σπίτι ($\chi^2(5)=9,34, p>0,05$).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης όσον αφορά στο θέμα της ισοτιμίας με τους άνδρες στο σπίτι ($\chi^2(30)=111,68, ***p<0,001$). Η διαφοροποίηση κυρίως έγκειται στις διαζευγμένες γυναίκες που θεωρούν ότι έχουν ισοτιμία στο σπίτι σε σημαντικά μικρότερο ποσοστό από τις υπόλοιπες.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος όσον αφορά το θέμα της ισοτιμίας με τον άνδρα στο σπίτι ($\chi^2(5)=10,07, p>0,05$).

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών και της ισοτιμίας με τον άνδρα στο σπίτι ($\chi^2(5)=13,34, ***p<0,05$). Η διαφοροποίηση κυρίως έγκειται στις γυναίκες με παιδιά που θεωρούν ότι έχουν μέτρια ισοτιμία με τον άνδρα στο σπίτι σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες

ΜΟΡΦΩΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και ισοτιμίας με τον άνδρα στο σπίτι ($\chi^2(25)=102,07, ***p<0,05$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες στοιχειώδους μερικής μόρφωσης θεωρούν ότι έχουν από καθόλου έως λίγο ισοτιμία με τον άνδρα στο σπίτι, οι γυναίκες στοιχειώδους μερικής μόρφωσης θεωρούν ότι έχουν μέτρια ισοτιμία, οι γυναίκες γυμνασιακής μόρφωσης θεωρούν ότι έχουν λίγο ισοτιμία και οι γυναίκες ανώτατου μορφωτικού επιπέδου θεωρούν ότι έχουν απόλυτα ισοτιμία.

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται έντονη προσπάθεια - μετά από ιδιαίτερες πιέσεις του φεμινιστικού κινήματος και γυναικείων οργανώσεων - να ενταχθεί η ισότητα μεταξύ των δύο φύλων σε όλες τις πολιτικές και τις δράσεις. Η πραγματοποίηση του συγκεκριμένου στόχου επισυμβαίνει αφενός με τις θετικές δράσεις υπέρ των γυναικών, αφετέρου με την εισαγωγή της αρχής της ισότητας των φύλων σε όλες τις εθνικές, κοινοτικές ή περιφερειακές πολιτικές (mainstreaming). Σε αυτό το πλαίσιο, οι γυναίκες ρωτούνται αν πιστεύουν ότι αντιμετωπίζονται ισότιμα με τους άνδρες στην κοινωνία. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν δεικνύουν ότι σε γενικές γραμμές δεν υπάρχει η πεποίθηση ότι έχει επιτευχθεί η πλήρης ισότητα με τους άνδρες σε όλα τα επίπεδα και ότι εξακολουθούν να γίνονται διακρίσεις κατά των γυναικών σε ένα σημαντικό βαθμό. Τα αποτελέσματα της ερώτησης που αφορά στην ισότητα των φύλων μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο, συνάδουν σε μεγάλο βαθμό με όσα προαναφέρθηκαν: κατά κανόνα οι γυναίκες θεωρούν ότι αντιμετωπίζονται ισότιμα/ είναι ισότιμες με τον άνδρα στην οικογένειά τους (είτε στη δική τους, είτε στην οικογένεια προέλευσης) σε μέτριο βαθμό, με εξαίρεση τις ερωτώμενες που έχουν τριτοβάθμια εκπαίδευση, οι οποίες θεωρούν ότι έχουν απόλυτη ισοτιμία με το άλλο φύλο.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «**Πόσο αλκοόλ καταναλώνετε;**»

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων όσον αφορά στην κατανάλωση αλκοόλ ($\chi^2 (20)=178,19$, $***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες 18-24 καταναλώνουν από λίγο έως αρκετό αλκοόλ, οι γυναίκες ηλικίας 25-34 και 35-44 λίγο αλκοόλ και οι γυναίκες 45-54, 55-64 και άνω των 65 δεν καταναλώνουν καθόλου αλκοόλ.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη στην κατανάλωση αλκοόλ ($\chi^2 (4)=4,75$, $p>0,05$).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης στην κατανάλωση αλκοόλ ($\chi^2 (24)=162,59$, $***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο

ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι έγγαμες και οι χήρες δεν καταναλώνουν καθόλου αλκοόλ, ενώ οι άγαμες από λίγο έως αρκετό αλκοόλ.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος ή όχι, όσον αφορά στην κατανάλωση αλκοόλ ($\chi^2 (4)=90,19$, $***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις μη εργαζόμενες, οι εργαζόμενες καταναλώνουν από λίγο έως αρκετό αλκοόλ, ενώ αναφορικά με την μη κατανάλωση αλκοόλ, συμβαίνει το αντίστροφο.

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών και της κατανάλωσης αλκοόλ ($\chi^2 (4)=33,22$, $***p<0,001$). Η διαφοροποίηση, κυρίως, έγκειται στις γυναίκες χωρίς παιδιά, οι οποίες καταναλώνουν αρκετό αλκοόλ σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες.

ΜΟΡΦΩΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και της κατανάλωσης αλκοόλ ($\chi^2 (20)=131,66$, $***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες στοιχειώδους μερικής, στοιχειώδους ολικής και γυμνασιακής μόρφωσης δεν καταναλώνουν αλκοόλ, οι γυναίκες λυκειακής μόρφωσης καταναλώνουν λίγο, οι γυναίκες ανωτέρας μόρφωσης καταναλώνουν από λίγο έως αρκετό και οι γυναίκες ανώτατου μορφωτικού επιπέδου καταναλώνουν πολύ αλκοόλ.

Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα συνάδουν με τη διεθνή βιβλιογραφία, στην οποία εγγράφεται ότι οι γυναίκες κάνουν λιγότερη χρήση αλκοόλ από ό,τι οι άνδρες. Μάλιστα, η εξάρτηση από το αλκοόλ επιβαρύνει περισσότερο τους άνδρες, σε αναλογία 3 προς 1²¹⁶. Η συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία, τους κοινωνικούς ρόλους και την οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας. Σε γενικές γραμμές η συμπεριφορά της γυναίκας στην κατανάλωση αλκοόλ

²¹⁶ Williams G. D., Grant B. F. Harford T. C. and Noble, B. A. (1989). Population Projections Using DSM-III Criteria: Alcohol Abuse and Dependence, 1990-2000. *Alcohol Health & Research World*, 13, 4, σελ. 366-370.

προσομοιάζει με αυτή του συζύγου/συντρόφου της, των παιδιών της ή/και του φιλικού της περιβάλλοντος²¹⁷. Ερευνητικά, οι νεαρές γυναίκες ηλικίας 18-34 ετών αναφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ από ό,τι οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες, οι οποίες κάνουν μικρότερη κατανάλωση και κατά συνέπεια παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά κατάχρησης και εξάρτησης²¹⁸. Παρατηρούμε ότι αναφορικά με την κατανάλωση αλκοόλ τα παρόντα ερευνητικά δεδομένα συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «**Πόση νικοτίνη καταναλώνετε;**»

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων στην κατανάλωση νικοτίνης ($\chi^2 (20)=130,8$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες ηλικίας 55-64 και άνω των 65 δεν καταναλώνουν νικοτίνη, οι γυναίκες ηλικίας 35-44 καταναλώνουν λίγη νικοτίνη, ενώ οι γυναίκες ηλικίας 45-54 καταναλώνουν αρκετή.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη στην κατανάλωση νικοτίνης ($\chi^2 (4)=7,47$, $p>0,05$).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης στην κατανάλωση νικοτίνης ($\chi^2 (24)=106,71$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι διαζευγμένες καταναλώνουν πολλή νικοτίνη και οι χήρες καθόλου.

²¹⁷ Wilsnack R. W., Wilsnack S. C., and Klassen A. D. Jr (1984). Women's Drinking and Drinking Problems: Patterns from a 1981 National Survey. *American Journal of Public Health*, 74, 11, σελ. 1231-1238.

²¹⁸ Hilton M. E. (1987). Drinking Patterns and Drinking Problems in 1984: Results from a General Population Survey. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 11, 2, σελ. 167-175.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος ή όχι όσον αφορά στην κατανάλωση νικοτίνης ($\chi^2 (4)=41,53$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις μη εργαζόμενες, οι εργαζόμενες καταναλώνουν από αρκετή έως πολλή νικοτίνη, ενώ αναφορικά με την μη κατανάλωση νικοτίνης συμβαίνει το αντίστροφο.

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών όσον αφορά στην κατανάλωση νικοτίνης ($\chi^2 (4)=13,56$, * $p<0,05$). Η διαφοροποίηση κυρίως έγκειται στις γυναίκες χωρίς παιδιά που καταναλώνουν πολλή νικοτίνη και στις γυναίκες με παιδιά που δεν καταναλώνουν καθόλου νικοτίνη.

ΜΟΡΦΩΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και κατανάλωσης νικοτίνης ($\chi^2 (20)=80,97$, *** $p<0,001$).

Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες στοιχειώδους μερικής και ολικής μόρφωσης δεν καταναλώνουν νικοτίνη, οι γυναίκες λυκειακής καταναλώνουν από λίγη έως αρκετή και οι γυναίκες ανώτατης μόρφωσης καταναλώνουν αρκετή νικοτίνη.

Τα παγκόσμια ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι περίπου το 20-25% των γυναικών καπνίζουν, με άμεση συνέπεια αυτού ο καρκίνος του πνεύμονα και άλλες καρδιαγγειακές παθήσεις να αποτελούν τις πρώτες σε συχνότητα αιτίες θανάτου σχεδόν σε παγκόσμιο επίπεδο²¹⁹. Τα παρόντα ερευνητικά δεδομένα εμφανίζουν ότι οι γυναίκες που ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες των 55 και άνω ετών δεν καπνίζουν. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι οι διαζευγμένες και οι εργαζόμενες γυναίκες καπνίζουν περισσότερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Η συνθήκη αυτή μπορεί να οφείλεται στο ότι ερευνητικά έχει υποδειχτεί ότι η κατανάλωση νικοτίνης συνδέεται με την καταπολέμηση του άγχους ή/και των ψυχοπνευματικών καταστάσεων²²⁰.

²¹⁹ Ενδεικτικά: U.S. Department of Health and Human Services (2001). *Women and Smoking: A Report of the Surgeon General*.

²²⁰ Ενδεικτικά: Gritz E.R. et al. (1996). Smoking Cessation and Gender: The Influence of Physiological, Psychological, and Behavioral Factors. *JAMWA*, 51, σελ. 35-42.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «**Πιστεύετε ότι η ζωή σας αύριο θα πάει...**»

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων όσον αφορά στο τι πιστεύουν για την εξέλιξη της ζωής τους ($\chi^2 (15)=154,27$, $***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες ηλικίας 18-24 και 25-34 θεωρούν ότι η ζωή τους θα πάει καλύτερα, οι γυναίκες 55-64 θεωρούν ότι η ζωή τους θα παραμείνει η ίδια και οι γυναίκες άνω των 65 πιστεύουν ότι θα παραμείνει η ίδια ή θα χειροτερεύσει.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στο τι πιστεύουν για την εξέλιξη της ζωής τους ($\chi^2 (3)=17,67$, $**p<0,01$). Η διαφοροποίηση έγκειται στο ότι σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες της Αθήνας, οι γυναίκες που κατοικούν στην Θεσσαλονίκη θεωρούν η ζωή τους θα πάει καλύτερα.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης όσον αφορά στο τι πιστεύουν για την εξέλιξη της ζωής τους ($\chi^2 (18)=91,78$, $***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες οι γυναίκες που συζούν με σχέση, οι γυναίκες που συγκατοικούν και οι άγαμες θεωρούν ότι η ζωή τους θα πάει καλύτερα, ενώ οι χήρες θεωρούν ότι η ζωή τους θα χειροτερεύσει.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος ή όχι όσον αφορά στο τι πιστεύουν για την εξέλιξη της ζωής τους ($\chi^2 (3)=24,79$, $***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις μη εργαζόμενες, οι εργαζόμενες θεωρούν ότι η ζωή τους θα πάει καλύτερα.

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών και του τι πιστεύουν οι γυναίκες για την εξέλιξη της ζωής τους ($\chi^2 (3)=7,59, p>0,05$).

ΜΟΡΦΩΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και του τι πιστεύουν οι γυναίκες για την εξέλιξη της ζωής τους ($\chi^2 (20)=80,97, ***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες στοιχειώδους ολικής μόρφωσης θεωρούν ότι η ζωή τους θα παραμείνει ή ίδια ή θα χειροτερεύσει, ενώ οι γυναίκες λυκειακής, ανώτερης και ανώτατης μόρφωσης θεωρούν ότι η ζωή τους θα πάει καλύτερα.

Παρατηρούμε ότι η θέση των γυναικών αναφορικά με την πορεία και εξέλιξη της ζωής τους είναι συνάρτηση τόσο της Ποιότητας Ζωής τους, όσο και των ρόλων που έχουν αναλάβει. Για παράδειγμα, εμφανίζεται ότι η εργασιακή κατάσταση και η μόρφωση παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της στάσης τους: οι γυναίκες που εργάζονται και έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο, εμφανίζονται περισσότερο αισιόδοξες σχετικά με το μέλλον τους.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «**Ποιο από τα παρακάτω ζητήματα είναι το 1ο που σας δημιουργεί μεγαλύτερη ανησυχία;**»

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων όσον αφορά στην επιλογή του πρώτου από τα ζητήματα που δημιουργούν τη μεγαλύτερη ανησυχία ($\chi^2 (50)=73,45, *p<0,05$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες ηλικίας 35-44 θεωρούν ότι το ζήτημα που τους προκαλεί τη μεγαλύτερη ανησυχία είναι τα ναρκωτικά.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στην επιλογή του πρώτου από τα ζητήματα που τους δημιουργούν τη μεγαλύτερη ανησυχία ($\chi^2 (10)=32,25,$

*** $p < 0,001$). Η διαφοροποίηση έγκειται στο ότι σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό, οι γυναίκες που κατοικούν στην Αθήνα ανησυχούν για τη μόλυνση και το AIDS, ενώ οι γυναίκες της Θεσσαλονίκης ανησυχούν για τους ξένους και τα ναρκωτικά.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης όσον αφορά στην επιλογή του πρώτου από τα ζητήματα που δημιουργούν τη μεγαλύτερη ανησυχία ($\chi^2 (60)=64,64$, $p > 0,05$).

ΕΡΓΑΣΙΑ

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος ή όχι όσον αφορά στην επιλογή του πρώτου από τα ζητήματα που δημιουργούν τη μεγαλύτερη ανησυχία ($\chi^2 (10)=11,48$, $p > 0,05$).

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών και της επιλογής του πρώτου από τα ζητήματα που δημιουργούν τη μεγαλύτερη ανησυχία στις ερωτώμενες ($\chi^2 (10)=31,87$, *** $p < 0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες με παιδιά επιλέγουν ως πρώτο ζήτημα ανησυχίας τα ναρκωτικά, ενώ οι γυναίκες χωρίς παιδιά επιλέγουν τη μόλυνση.

ΜΟΡΦΩΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και της επιλογής του πρώτου από τα ζητήματα που δημιουργούν τη μεγαλύτερη ανησυχία ($\chi^2 (50)=94,61$, *** $p < 0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες στοιχειώδους μερικής μόρφωσης επιλέγουν την εγκληματικότητα, οι γυναίκες στοιχειώδους ολικής μόρφωσης επιλέγουν τους ξένους, οι γυναίκες γυμνασιακής μόρφωσης επιλέγουν τα ναρκωτικά, οι γυναίκες ανώτερου μορφωτικού επιπέδου επιλέγουν τις μειονότητες και τέλος οι γυναίκες ανώτατου μορφωτικού επιπέδου επιλέγουν τη μόλυνση.

Εμφαίνεται ότι η συχνότερα απαντώμενη και στατιστικά σημαντική ανησυχία των ερωτώμενων, είναι οι ναρκωτικές ουσίες και ειδικότερα για τις έγγαμες γυναίκες

που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 35-44 και έχουν παιδιά. Η ανησυχία αυτή δεν είναι αβάσιμη, καθώς παρατηρείται και καταγράφεται εξάπλωση της εμπορίας και της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών σε παγκόσμιο επίπεδο και αδυναμία επιβολής των ισχυουσών νομοθεσιών ανά τον κόσμο για τον περιορισμό του φαινομένου²²¹. Επιπρόσθετα, τονίζονται το πρόβλημα της μόλυνσης στις μεγαλουπόλεις, όσο και το ιδιαίτερα έντονο αίσθημα ξενοφοβίας, το οποίο παρατηρείται σταθερά τα τελευταία χρόνια αφενός εξαιτίας της μεγάλης εισροής οικονομικών μεταναστών και λαθρομεταναστών στην Ελλάδα και αφετέρου λόγω της διαστρεβλωμένης εικόνας που παράγεται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για την εγκληματικότητα της χώρας.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «**Αναφορικά με τα παιδιά σας και το μέλλον τους. Θα λέγατε ότι...**»

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων όσον αφορά στο φόβο για το μέλλον των παιδιών των ερωτώμενων ($\chi^2 (25)=65,61$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες ηλικίας 35-44 φοβούνται από αρκετά έως πάρα πολύ, οι γυναίκες 45-54 φοβούνται πάρα πολύ και οι γυναίκες άνω των 65 φοβούνται από λίγο έως μέτρια.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στο φόβο για το μέλλον των παιδιών τους ($\chi^2 (5)=9,07$, $p>0,05$).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης όσον αφορά στο φόβο για το μέλλον των παιδιών των γυναικών του δείγματος ($\chi^2 (30)=168,04$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι έγγαμες γυναίκες φοβούνται από αρκετά έως πάρα πολύ.

²²¹ Βλ. σχετικά το Μήνυμα του Προέδρου της Επιτροπής του Ο.Η.Ε. για τον Διεθνή Έλεγχο Κατά των Ναρκωτικών, Φεβρουάριος 2001. Επίσης την Περίληψη της Κατάστασης Ανά Γεωγραφική Περιοχή από την Έκθεση της Επιτροπής του Ο.Η.Ε. για τον Διεθνή Έλεγχο Κατά των Ναρκωτικών, Φεβρουάριος 2001.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος όσον αφορά στο φόβο για το μέλλον των παιδιών τους ($\chi^2(5)=4,04$, $p>0,05$).

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Προφανώς δεν έχει νόημα η διασταύρωση.

ΜΟΡΦΩΣΗ

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου των γυναικών και του φόβου για το μέλλον των παιδιών τους ($\chi^2(25)=35,38$, $p>0,05$).

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «**Ποιο από τα παρακάτω ζητήματα είναι το 1ο που σας προκαλεί (σε προσωπικό επίπεδο) το μεγαλύτερο άγχος ή ανησυχία;**»

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων όσον αφορά στο πρώτο ζήτημα που προκαλεί το μεγαλύτερο άγχος ή ανησυχία ($\chi^2(90)=271,33$, $***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες ηλικίας 55-64 θεωρούν ότι το πρώτο ζήτημα που τους προκαλεί το μεγαλύτερο άγχος ή ανησυχία είναι τα γεράματα, ενώ οι γυναίκες άνω των 65 αναφέρουν ως πρώτη επιλογή τα γεράματα και την κατάσταση της υγείας τους.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στο πρώτο ζήτημα που τους προκαλεί το μεγαλύτερο άγχος ή ανησυχία ($\chi^2(18)=40,60$, $**p<0,01$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες που κατοικούν στην Αθήνα ανησυχούν για το χρόνο που περνάει και για τα γεράματα, ενώ οι γυναίκες της Θεσσαλονίκης

εκδηλώνουν σημαντικό άγχος μόνο για το κατά πόσο θα προλάβουν να διεκπεραιώσουν αποτελεσματικά τα καθήκοντά τους.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης όσον αφορά στο πρώτο ζήτημα που προκαλεί το μεγαλύτερο άγχος ή ανησυχία στις ερωτώμενες ($\chi^2 (108)=1283,23, ***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι χήρες ανησυχούν για το χρόνο που περνάει και για τα γεράματα, για την κατάσταση της υγείας τους και για την έλλειψη συντρόφου, ενώ οι διαζευγμένες για τα οικονομικά θέματα.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος ή όχι όσον αφορά στο πρώτο ζήτημα που τους προκαλεί το μεγαλύτερο άγχος ή ανησυχία ($\chi^2 (3)=24,79, ***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι εργαζόμενες νιώθουν άγχος διότι η εργασία τους δεν τους ικανοποιεί, δεν έχουν ελεύθερο χρόνο και δεν έχουν σύντροφο και οι μη εργαζόμενες έχουν άγχος για την κατάσταση της υγείας τους και για την έλλειψη συντρόφου.

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών και της επιλογής του πρώτου από τα ζητήματα που δημιουργεί το μεγαλύτερο άγχος ή ανησυχία στις ερωτώμενες ($\chi^2 (18)=39,57, **p<0,01$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες με παιδιά επιλέγουν ως πρώτο ζήτημα που τους προκαλεί άγχος την αφιέρωση χρόνου στα παιδιά τους, ενώ οι γυναίκες χωρίς παιδιά φοβούνται την απιστία εκ μέρους του συζύγου/συντρόφου τους και τη μη ικανοποίηση από την εργασία τους.

ΜΟΡΦΩΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της επιλογής του πρώτου από τα ζητήματα που δημιουργεί το μεγαλύτερο άγχος ή ανησυχία στις ερωτώμενες ($\chi^2 (90)=189,66, ***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο

ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες στοιχειώδους μερικής μόρφωσης έχουν άγχος για την κατάσταση της υγείας τους και για την έλλειψη συντρόφου, οι γυναίκες στοιχειώδους ολικής μόρφωσης έχουν άγχος για την κατάσταση της υγείας τους και για τα γεράματα, οι γυναίκες λυκειακής μόρφωσης για την έλλειψη ελεύθερου χρόνου, για το ενδεχόμενο της απιστίας από μέρους του συντρόφου τους και διότι η εργασίας τους δεν τους ικανοποιεί, ενώ οι γυναίκες ανώτερου και ανώτατου μορφωτικού επιπέδου δηλώνουν ότι δεν έχουν άγχος για κανένα από τα προς επιλογή ζητήματα.

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι οι φόβοι ή/και οι ανησυχίες των ερωτώμενων γυναικών, είναι άμεση συνάρτηση των κοινωνιο-δημογραφικών τους χαρακτηριστικών και του τρόπου ζωής τους. Για παράδειγμα, οι γυναίκες που ανήκουν στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες (55+ ετών), ανησυχούν περισσότερο για την υγεία τους και για τα γεράματα, ενώ οι έγγαμες και εργαζόμενες μητέρες ανησυχούν για τον ελεύθερο χρόνο τους και κατά πόσο αυτός είναι αρκετός για την επαφή τους με τα παιδιά τους.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «Έχετε υποστεί ποτέ έστω και μία φορά σωματική βία, ξυλοδαρμό»

ΗΛΙΚΙΑ

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων όσον αφορά στη σωματική βία που ενδεχομένως έχουν υποστεί οι γυναίκες του δείγματος ($\chi^2 (5)=1,36, p>0,05$).

ΠΕΡΙΟΧΗ

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στη σωματική βία που ενδεχομένως έχουν υποστεί ($\chi^2 (1)=1,38, p>0,05$).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης όσον αφορά στη σωματική βία που τυχόν έχουν υποστεί οι γυναίκες του δείγματος (χ^2

(6)=27,14, ** $p<0,01$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι διαζευγμένες έχουν υποστεί σωματική βία.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος ή όχι όσον αφορά στο ενδεχόμενο να έχουν υποστεί σωματική βία ($\chi^2(1)=1,74, p>0,05$).

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών όσον αφορά στη σωματική βία που έχουν υποστεί οι γυναίκες του δείγματος ($\chi^2(18)=4,5, *p<0,05$). Η διαφοροποίηση οφείλεται στις γυναίκες χωρίς παιδιά που έχουν υποστεί σωματική βία, σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες.

ΜΟΡΦΩΣΗ

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και της σωματικής βίας που τυχόν έχουν υποστεί οι γυναίκες του δείγματος ($\chi^2(5)=1,9, p>0,05$).

Η βία κατά των γυναικών αποτελεί φαινόμενο με σοβαρές κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές προεκτάσεις. Έχει, μάλιστα υποδειχτεί ότι περίπου το 20% των γυναικών έχει υποστεί έστω και μια φορά καταχρηστική συμπεριφορά από το σύζυγο/σύντροφό της²²². Ενώ θα προσδοκούσε κανείς να υπάρξουν στατιστικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με την ηλικία, την μόρφωση και την επαγγελματική κατάσταση, όπως υποδεικνύουν αρκετές έρευνες διεθνώς²²³, εντούτοις δεν επιβεβαιώνονται στην παρούσα έρευνα οι παραπάνω συσχετισμοί.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «**Από ποιόν έχετε υποστεί σωματική βία, ξυλοδαρμό**»

²²² Αρτινοπούλου Β. (2000). *Έννοιες και Μορφές της Ενδο-οικογενειακής Βίας*, εισήγηση στο διήμερο συνέδριο «Σπάζοντας τη Σιωπή», Πρακτικά Συνεδρίου 15-16 Ιουνίου 2000 στην Αθήνα. ΚΕΘΙ, σελ. 21-25.

²²³ Ενδεικτικά: Dibble U., & Straus M. A. (1980). Some Social Structure Determinants of Inconsistency between Attitudes and Behavior: The Case of Family Violence. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 1, σελ. 71-80.

Dobash R.E. & Dobash R. (1979). *Violence against Wives*. New York, Free Press.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διασταύρωσης της ερώτησης «**Από ποιόν έχετε υποστεί σωματική βία, ξυλοδαρμό**» με κάθε μια από τις δημογραφικές μεταβλητές (ηλικία, περιοχή, οικογενειακή κατάσταση, εργασία, ύπαρξη παιδιών στο νοικοκυριό, μόρφωση), σε καμία περίπτωση δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «**Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε σωματική βία, ξυλοδαρμό**»

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διασταύρωσης της ερώτησης «**Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε σωματική βία, ξυλοδαρμό**» με κάθε μια από τις δημογραφικές μεταβλητές, σε καμία περίπτωση δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «**Έχετε υποστεί ποτέ έστω και μία φορά σεξουαλική κακοποίηση/βιασμό;**»

ΗΛΙΚΙΑ

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων όσον αφορά στη σεξουαλική κακοποίηση/βιασμό που τυχόν έχουν υποστεί οι γυναίκες του δείγματος ($\chi^2 (5)=1,36, p>0,05$).

ΠΕΡΙΟΧΗ

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στη σεξουαλική κακοποίηση/βιασμό που τυχόν έχουν υποστεί οι γυναίκες του δείγματος ($\chi^2 (1)=0,21, p>0,05$).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης όσον αφορά στη σεξουαλική κακοποίηση/βιασμό που έχουν υποστεί οι γυναίκες του δείγματος ($\chi^2 (6)=31,72, ***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες που συγκατοικούν και οι διαζευγμένες έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση/βιασμό.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος ή όχι όσον αφορά στη σεξουαλική κακοποίηση/βιασμό που ενδεχομένως έχουν υποστεί οι γυναίκες του δείγματος ($\chi^2 (1)=3,56, p>0,05$).

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών όσον αφορά στη σεξουαλική κακοποίηση/βιασμό που τυχόν έχουν υποστεί οι γυναίκες του δείγματος ($\chi^2 (1)=4,56, *p<0,05$). Η διαφοροποίηση οφείλεται στις γυναίκες χωρίς παιδιά που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση/βιασμό σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες.

ΜΟΡΦΩΣΗ

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και της σεξουαλικής κακοποίησης/βιασμού που τυχόν έχουν υποστεί οι γυναίκες του δείγματος ($\chi^2 (5)=5,9, p>0,05$).

Παρατηρούμε εκ νέου ότι δεν υπάρχουν στατιστικές σημαντικές εξαρτήσεις μεταξύ των κοινωνιο-δημογραφικών χαρακτηριστικών της γυναίκας και της σεξουαλικής της κακοποίησης, εκτός από τη διασταύρωση οικογενειακής κατάστασης και ύπαρξης παιδιών με τη σεξουαλική βία. Αν και έχει υποδειχτεί ερευνητικά ότι μεγαλύτερο κίνδυνο οποιασδήποτε μορφής κακοποίησης διατρέχουν οι γυναίκες που έχουν παιδιά, οι γυναίκες που βρίσκονται σε δυσχερή οικονομική κατάσταση και που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 25 ετών, οι συσχετίσεις αυτές δεν επιβεβαιώνονται από την παρούσα έρευνα. Ωστόσο, τα πορίσματα της τελευταίας συνάδουν απόλυτα με τα διεθνή ερευνητικά δεδομένα, στα οποία παρουσιάζεται ότι οι διαζευγμένες και οι σε διάσταση γυναίκες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες θυματοποίησης από τον υπόλοιπο πληθυσμό²²⁴.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης **«Από ποιόν έχετε υποστεί σεξουαλική κακοποίηση/βιασμό;»**

²²⁴ Mirrlees-Black C. & Byron C. (1999). *Domestic Violence: Findings from the BCS Self-Completion Questionnaire*. Home Office Research, Development and Statistics Directorate, 86.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διασταύρωσης της ερώτησης «**Από ποιόν έχετε υποστεί σεξουαλική κακοποίηση/βιασμό**» με κάθε μια από τις δημογραφικές μεταβλητές, σε καμία περίπτωση δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «**Έχετε υποστεί ποτέ έστω και μία φορά σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας;**»

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων όσον αφορά στο ενδεχόμενο της σεξουαλικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας ($\chi^2(5)=15,09$, $*p<0,05$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες ηλικίας 25-34 έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στο ενδεχόμενο της σεξουαλικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας ($\chi^2(1)=0,678$, $p>0,05$).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης όσον αφορά στο ενδεχόμενο της σεξουαλικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας ($\chi^2(6)=17,96$, $**p<0,01$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες που συζούν με σχέση και οι διαζευγμένες έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Προφανώς δεν έχει νόημα η διασταύρωση.

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών και του ενδεχόμενου οι γυναίκες να έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο

εργασίας ($\chi^2 (1)=4,57, *p<0,05$). Η διαφοροποίηση οφείλεται στις γυναίκες χωρίς παιδιά που έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες.

ΜΟΡΦΩΣΗ

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και του ενδεχόμενου οι γυναίκες να έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας ($\chi^2 (5)=6,89, p>0,05$).

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, οι γυναίκες που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σεξουαλικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας, είναι οι γυναίκες ηλικίας 25-34 ετών, οι οποίες είναι διαζευγμένες ή συζούν με κάποια σχέση και δεν έχουν παιδιά. Η σεξουαλική παρενόχληση συνιστά νομικό όρο, ο οποίος δημιουργήθηκε για να λήξει την παρενόχληση και τη διάκριση εναντίον των γυναικών στο χώρο εργασίας. Η Επιτροπή για τις Ευκαιρίες Ίσης Απασχόλησης των Ηνωμένων Πολιτειών δίνει τον ακόλουθο ορισμό²²⁵:

« Οι ανεπιθύμητες σεξουαλικές προτάσεις, τα αιτήματα για σεξουαλικές χάρες και άλλη λεκτική ή σωματική επαφή σεξουαλικής φύσης, αποτελούν σεξουαλική παρενόχληση, όταν η υποχώρηση σε αυτές ή η άρνησή τους, επιδρούν με άμεσο ή έμμεσο τρόπο στην εργασιακή απασχόληση του ατόμου, αναίτια εμπλέκεται στην επαγγελματική του επίδοση, ή δημιουργεί εκφοβιστικό, εχθρικό ή επιθετικό περιβάλλον εργασίας».

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας;»

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διασταύρωσης της ερώτησης «**Από ποιόν έχετε υποστεί σεξουαλική κακοποίηση/βιασμό**» με κάθε μια από τις δημογραφικές μεταβλητές, σε καμία περίπτωση δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «Ποια ή ποιες ουσίες από τις παρακάτω έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ; »

²²⁵ Αναφέρουμε το ανάλογο διάταγμα των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, άρθρο 7 του Διατάγματος για τα Πολιτικά Δικαιώματα του 1964, The U.S. Equal Employment Opportunity Commission, *Title VII Of The Civil Rights Act of 1964*, txt. at : <http://www.eeoc.gov/laws/vii.html>

Από τα άτομα του δείγματος που χρησιμοποίησαν ουσίες, μόνο ένα δήλωσε ότι έκανε χρήση κοκαΐνης, ενώ όλα τα υπόλοιπα δήλωσαν ότι έκαναν χρήση χασίς, επομένως η αρχική ερώτηση στην ουσία μπορεί να τροποποιηθεί ως εξής: «Έχετε κάνει χρήση χασίς;»

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων όσον αφορά στη χρήση χασίς ($\chi^2 (5)=15,58$, $**p<0,01$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες ηλικίας 18-24 έκαναν χρήση χασίς.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στη χρήση χασίς ($\chi^2 (1)=0,99$, $p>0,05$).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης όσον αφορά στη χρήση χασίς ($\chi^2 (6)=131,64$, $**p<0,01$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι άγαμες γυναίκες έκαναν χρήση χασίς.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος ή όχι όσον αφορά στη χρήσης χασίς ($\chi^2 (1)=20,82$, $***p<0,001$). Οι εργαζόμενες έκαναν χρήση χασίς σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις μη εργαζόμενες.

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών όσον αφορά στη χρήσης χασίς ($\chi^2 (1)=15,77$, $***p<0,001$). Η διαφοροποίηση οφείλεται στις γυναίκες χωρίς παιδιά που έκαναν χρήση χασίς, σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες,

ΜΟΡΦΩΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της χρήσης χασίς $\chi^2 (5)=126,90$, $**p<0,01$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες ανώτερου και ανώτατου μορφωτικού επιπέδου έκαναν χρήση χασίς, ενώ οι γυναίκες στοιχειώδους ολικής και γυμνασιακής μόρφωσης δεν έκαναν χρήση χασίς.

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι το προφίλ των γυναικών που κάνουν χρήση ινδικής κάνναβης, είναι γυναίκες ηλικίας 18-24 ετών, άγαμες, χωρίς παιδιά, εργαζόμενες και με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Η χρήση χασίς αποτελεί την τρίτη συχνότερη χρήση ουσιών στις νεαρές ηλικίες, μετά το τσιγάρο και το αλκοόλ²²⁶ και παράλληλα συνιστά τη κοινότερα χρησιμοποιούμενη ναρκωτική ουσία παγκοσμίως. Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, χρήση ινδικής καννάβης έκανε το 76% του συνόλου των χρηστών, ενώ το 56% προέβαινε σε χρήση αποκλειστικά και μόνο της συγκεκριμένης ουσίας²²⁷.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «Πόσο χασίς καταναλώνετε αυτήν την περίοδο;»

Από τα άτομα του δείγματος μόνο πέντε δήλωσαν ότι την περίοδο αυτή κάνουν χρήση χασίς, από τα οποία τα τέσσερα δήλωσαν ότι κάνουν λίγη χρήση και το ένα αρκετή, επομένως είναι άνευ νοήματος η διασταύρωση της ερώτησης αυτής με κάθε μια από τις δημογραφικές μεταβλητές.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «Χρησιμοποιείτε ψυχοφάρμακα/ηρεμιστικά;»

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων στη χρήση ψυχοφαρμάκων/ηρεμιστικών ($\chi^2 (25)=85,55$, $***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες ηλικίας 45-54 κάνουν σπάνια

²²⁶ Sale E., Sambrano S., Springer J. F. & Turner C. W. (2003). Risk, Protection & Substance Use in Adolescents: A Multi-side Model. *Journal of Drug Education*, 33, 1, σελ. 91-105.

²²⁷ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, [Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse: Volume I. Summary of National Findings](#), August 2002.

χρήση ψυχοφαρμάκων/ηρεμιστικών, ενώ οι γυναίκες ηλικίας 55-64 κάνουν αρκετή χρήση.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στη χρήση ψυχοφαρμάκων/ηρεμιστικών ($\chi^2 (5)=9, p>0,05$).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης όσον αφορά στη χρήση ψυχοφαρμάκων/ηρεμιστικών ($\chi^2 (30)=74,5$ *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι άγαμες γυναίκες δεν κάνουν χρήση ψυχοφαρμάκων/ηρεμιστικών, ενώ οι χήρες κάνουν σπάνια ή καθημερινή χρήση.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος ή όχι όσον αφορά στη χρήση ψυχοφαρμάκων/ηρεμιστικών ($\chi^2 (5)=15,8$, ** $p<0,01$). Οι μη εργαζόμενες έκαναν χρήση ψυχοφαρμάκων/ηρεμιστικών μερικές φορές ή κάθε μέρα, σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις εργαζόμενες

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών και της χρήσης ψυχοφαρμάκων/ηρεμιστικών ($\chi^2 (5)=4,14$, $p>0,05$).

ΜΟΡΦΩΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της χρήσης ψυχοφαρμάκων/ηρεμιστικών ($\chi^2 (20)=80,97$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες οι γυναίκες στοιχειώδους μερικής μόρφωσης και γυμνασιακής μόρφωσης έκαναν χρήση ψυχοφαρμάκων/ηρεμιστικών κάθε μέρα, ενώ οι γυναίκες λυκειακής και ανωτέρας μόρφωσης καθόλου.

Περιληπτικά, οι γυναίκες που κάνουν συχνότερη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων ανήκουν κυρίως στην ηλικιακή ομάδα των 55-64 ετών, είναι κυρίως χήρες, άνεργες και έχουν πρωτοβάθμια ή/και δευτεροβάθμια μόρφωση. Τα ψυχοτρόπα φάρμακα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία ψυχικών/ψυχογενών ασθενειών και είναι χημικοί παράγοντες που επιδρούν στον εγκέφαλο και επηρεάζουν τη ψυχο-νοητική λειτουργία ή/και τη συμπεριφορά του ατόμου. Σε αυτήν την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται τα αντικαταθλιπτικά, τα αντιψυχωσικά, τα νευροληπτικά, τα αγχολυτικά και τα διεγερτικά φάρμακα. Η αποτελεσματικότητά τους συνίσταται τόσο στην ανακούφιση και άμβλυνση των συμπτωμάτων, όσο και στην πρόληψη υποτροπών και στη σταθεροποίηση της λειτουργίας των ασθενών για μεγάλα χρονικά διαστήματα²²⁸.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «**Αν είχατε περισσότερο ελεύθερο χρόνο θα τον επενδύατε...**»

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων όσον αφορά στην επένδυση του επιπλέον ελεύθερου χρόνου ($\chi^2 (60)=255,27$, $***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες ηλικίας 18-24 θα επένδυαν τον επιπλέον ελεύθερο χρόνο τους στην προσωπική τους καλλιέργεια, στο σύζυγο/σύντροφο και στο φιλικό τους περιβάλλον, οι γυναίκες ηλικίας 25-34 στην φροντίδα/επαφή με τον εαυτό τους, οι γυναίκες ηλικίας 45-54 και 55-64 στα παιδιά τους και οι γυναίκες ηλικίας άνω των 65, σε καμία από τις προτεινόμενες επιλογές.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στην επένδυση του επιπλέον ελεύθερου χρόνου τους ($\chi^2 (12)=52,28$, $***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες που κατοικούν στην Αθήνα θα επένδυαν τον επιπλέον ελεύθερο χρόνο στα παιδιά και στο σύζυγο/σύντροφό τους, ενώ οι γυναίκες που κατοικούν στην Θεσσαλονίκη στην φροντίδα/επαφή με τον εαυτό τους.

²²⁸ Txt. at: <http://www.bris.ac.uk/Depts/Physiology/Staff/HW/hw.htm> και <http://www.psychologia.gr/therapy/somatic.htm>

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης όσον αφορά στην επένδυση του επιπλέον ελεύθερου χρόνου των ερωτώμενων ($\chi^2(72)=340,3$, $***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι έγγαμες γυναίκες θα επένδυαν τον επιπλέον ελεύθερο χρόνο στα παιδιά τους, οι άγαμες στην προσωπική τους καλλιέργεια, στο σύζυγο/σύντροφο, στο φιλικό τους περιβάλλον και στην καριέρα τους, οι χήρες στα παιδιά τους και σε καμία από τις προτεινόμενες επιλογές, ενώ οι διαζευγμένες στην φροντίδα/επαφή με τον εαυτό τους.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος ή όχι όσον αφορά στην επένδυση του επιπλέον ελεύθερου χρόνου ($\chi^2(12)=58,54$, $***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι μη εργαζόμενες θα επένδυαν τον επιπλέον ελεύθερο χρόνο στα παιδιά τους και σε καμία από τις προτεινόμενες επιλογές, ενώ οι εργαζόμενες στην προσωπική τους καλλιέργεια και στην φροντίδα/επαφή με τον εαυτό τους.

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών και της επένδυσης του επιπλέον ελεύθερου χρόνου των γυναικών ($\chi^2(12)=125,09$, $***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες με παιδιά θα επένδυαν τον επιπλέον ελεύθερο χρόνο στα παιδιά τους, ενώ οι γυναίκες χωρίς παιδιά στην προσωπική τους καλλιέργεια, στο σύζυγο/σύντροφο, στο φιλικό τους περιβάλλον και στην καριέρα τους.

ΜΟΡΦΩΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της επένδυσης του επιπλέον ελεύθερου χρόνου ($\chi^2(60)=193,02$, $***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες στοιχειώδους ολικής μόρφωσης και γυμνασιακής μόρφωσης θα επένδυαν τον επιπλέον ελεύθερο χρόνο τους στα παιδιά τους, οι γυναίκες λυκειακής μόρφωσης στο σύζυγο/σύντροφο και στο φιλικό τους περιβάλλον και οι γυναίκες ανώτερου και ανώτατου μορφωτικού επιπέδου στην προσωπική καλλιέργεια και στην καριέρα τους.

Από τα παραπάνω, συνάγουμε ότι η δυνητική διάθεση του ελεύθερου προσωπικού χρόνου βρίσκεται σε αλληλεξάρτηση και αλληλεπίδραση αφενός με τον τρόπο ζωής και αφετέρου με τις ανάγκες των γυναικών. Οι συχνότερα απαντώμενες επιλογές είναι η ενασχόληση με τα παιδιά, κυρίως για τις έγγαμες, άνεργες και 45-64 ετών γυναίκες, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ η προσωπική καλλιέργεια και η φροντίδα του εαυτού, κατέχουν αρκετά υψηλή θέση κατά πρώτο λόγο για τις νεαρές (18-24 ετών), άγαμες ή διαζευγμένες γυναίκες, ανωτέρας και ανωτάτης μόρφωσης, οι οποίες εργάζονται. Παρά το γεγονός ότι στις ανεπτυγμένες τεχνολογικά και βιομηχανικά κοινωνίες, προβλέπεται ως χαρακτηριστικό η δημιουργία περισσότερου ελεύθερου χρόνου²²⁹, εντούτοις, ολοένα και συχνότερα διατυπώνεται η κρίση ότι ο ελεύθερος χρόνος συρρικνώνεται.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «Τι από τα παρακάτω θα επιθυμούσατε περισσότερο;»

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων όσον αφορά στις επιθυμίες των γυναικών ($\chi^2 (55)=399,28$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες ηλικίας 18-24 θα επιθυμούσαν ένα μεγάλο έρωτα, οι γυναίκες ηλικίας 25-34 θα επιθυμούσαν μια πιο ενδιαφέρουσα εργασία και ταξίδια, οι γυναίκες ηλικίας 35-44 να δουλεύουν λιγότερο, ενώ οι γυναίκες ηλικίας 55-64 και άνω των 65 επιθυμούν να έχουν καλύτερη υγεία.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στις επιθυμίες τους ($\chi^2 (11)=66,34$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες που κατοικούν στην Αθήνα θα επιθυμούσαν περισσότερα χρήματα, ενώ οι γυναίκες που κατοικούν στην Θεσσαλονίκη θα επιθυμούσαν να μην είχαν υποχρεώσεις σχετικές με τη φροντίδα των παιδιών, θα ήθελαν να είναι σε καλύτερη κατάσταση ως προς την υγεία τους, να μπορούσαν να φέρουν ριζικές αλλαγές στη ζωή τους και επαγγελματική καταξίωση.

²²⁹ Thompson P. (1983). *The Nature of Work*. London, Mac Millan.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης όσον αφορά στις επιθυμίες των γυναικών ($\chi^2 (66)=287,07$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι άγαμες θα επιθυμούσαν ένα μεγάλο έρωτα, οι χήρες θα ήθελαν να έχουν καλύτερη υγεία και οι διαζευγμένες θα επιθυμούσαν να ζήσουν ένα μεγάλο έρωτα.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος ή όχι όσον αφορά στις επιθυμίες τους ($\chi^2 (11)=147,22$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι εργαζόμενες θα επιθυμούσαν να πραγματοποιούν περισσότερα ταξίδια και να δουλεύουν λιγότερο, ενώ οι μη εργαζόμενες θα ήθελαν να είναι σε καλύτερη κατάσταση αναφορικά με την υγεία τους.

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών και των επιθυμιών των γυναικών ($\chi^2 (11)=36,54$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες χωρίς παιδιά θα επιθυμούσαν να ζήσουν ένα μεγάλο έρωτα.

ΜΟΡΦΩΣΗ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της επιθυμίας των ερωτώμενων ($\chi^2 (55)=301,06$, *** $p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες στοιχειώδους μερικής και ολικής μόρφωσης θα επιθυμούσαν να έχουν καλύτερη υγεία, οι γυναίκες γυμνασιακής μόρφωσης θα ήθελαν να έχουν περισσότερα χρήματα, οι γυναίκες λυκειακής μόρφωσης θα επιθυμούσαν περισσότερα χρήματα, ένα μεγάλο έρωτα και μια πιο ενδιαφέρουσα εργασία, οι γυναίκες ανώτερου μορφωτικού επιπέδου θα ήθελαν να έχουν τη δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων ταξιδιών, ενώ οι γυναίκες ανώτατου μορφωτικού επιπέδου θα ήθελαν να δουλεύουν λιγότερο και να κάνουν περισσότερα ταξίδια.

Παρατηρείται εκ νέου ότι οι επιθυμίες των ερωτώμενων γυναικών εξαρτώνται άμεσα από τα κοινωνιο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, εξ' ου και το εύρος των

απαντήσεων είναι μεγάλο και κατά συνέπεια δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλείς υποθέσεις ή συμπεράσματα.

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «**Έχετε αντιμετωπίσει ποτέ βουλιμία η ανορεξία;**»

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων όσον αφορά στο ενδεχόμενο να έχουν αντιμετωπίσει βουλιμία η ανορεξία ($\chi^2(25)=43,16$, $*p<0,05$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες ηλικίας 55-64 έχουν αντιμετωπίσει βουλιμία και οι γυναίκες άνω των 65 κανένα από τα δύο.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στο ενδεχόμενο να έχουν αντιμετωπίσει βουλιμία η ανορεξία ($\chi^2(4)=1,38$, $p>0,05$).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης όσον αφορά στο ενδεχόμενο να έχουν αντιμετωπίσει βουλιμία η ανορεξία ($\chi^2(24)=40,45$, $*p<0,05$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι διαζευγμένες έχουν αντιμετωπίσει βουλιμία.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος ή όχι όσον αφορά στο ενδεχόμενο να έχουν αντιμετωπίσει βουλιμία η ανορεξία ($\chi^2(4)=0,12$, $p>0,05$).

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών και της ύπαρξης του ενδεχόμενου οι γυναίκες να έχουν αντιμετωπίσει βουλιμία η ανορεξία ($\chi^2(4)=6,17, p>0,05$).

ΜΟΡΦΩΣΗ

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και της ύπαρξης του ενδεχόμενου οι γυναίκες να έχουν αντιμετωπίσει βουλιμία η ανορεξία ($\chi^2(20)=23,87, p>0,05$).

Τόσο η Ψυχογενής Ανορεξία, όσο και η Ψυχογενής Βουλιμία ανήκουν στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, σύμφωνα με το Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής DSM IV²³⁰. Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Ψυχογενούς Ανορεξίας και Συναφών Διαταραχών, οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής αναπτύσσονται κατά κύριο λόγο μέχρι την πρώιμη ενήλικη ζωή (86% μέχρι τα 20 έτη). Επιπρόσθετα, η διάρκεια της νόσου ποικίλλει συνήθως από ένα έως δεκαπέντε έτη (77%), η θνησιμότητα αγγίζει το 6% των περιστατικών, ενώ καταγράφεται ότι μόνο το 50% των τελευταίων έχει επιτυχή αποκατάσταση²³¹. Αναφορικά με τη διασταύρωση των κοινωνιο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των γυναικών με τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, αξίζει να σχολιαστεί ότι οι διαζευγμένες διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από τον υπόλοιπο πληθυσμό, εμφανίζοντας περισσότερο συχνά από τις υπόλοιπες γυναίκες Ψυχογενή Βουλιμία. Τα ερευνητικά δεδομένα έχουν καταδείξει ότι σε αρκετές περιπτώσεις για την εμφάνιση και την ανάπτυξη της συγκεκριμένης νόσου, ευθύνονται δυσλειτουργίες στην οικογένεια του ατόμου²³².

Αποτελέσματα διασταύρωσης της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένη είστε από την εικόνα του σώματός σας;»

²³⁰ American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington, American Psychiatric Press.

²³¹ ANAD, National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders, txt at <http://www.anad.org>

²³² Στο ίδιο.

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων όσον αφορά στην ικανοποίηση των γυναικών από την εικόνα του σώματός τους ($\chi^2(25)=47,29$, $**p<0,01$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες ηλικίας 18-24 είναι απόλυτα ευχαριστημένες με την εικόνα του σώματός τους, ενώ οι γυναίκες ηλικίας 55-64 είναι μέτρια ευχαριστημένες από το συγκεκριμένο θέμα.

ΠΕΡΙΟΧΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη όσον αφορά στην ικανοποίηση από την εικόνα του σώματός τους ($\chi^2(5)=21,34$, $**p<0,01$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι γυναίκες που κατοικούν στην Αθήνα είναι μέτρια ευχαριστημένες από την εικόνα του σώματός τους, ενώ οι γυναίκες που κατοικούν στην Θεσσαλονίκη είναι αρκετά ευχαριστημένες από αυτό.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης όσον αφορά στην ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος ($\chi^2(30)=66,02$, $***p<0,001$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, οι άγαμες είναι απόλυτα ευχαριστημένες με την εικόνα του σώματός τους, ενώ οι χήρες καθόλου ευχαριστημένες.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος ή όχι όσον αφορά στην ικανοποίηση από την εικόνα του σώματός τους ($\chi^2(5)=13,24$, $*p<0,05$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες γυναίκες, οι εργαζόμενες είναι απόλυτα ευχαριστημένες.

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών και της ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος ($\chi^2(5)=11,12$, $*p<0,05$). Σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες οι γυναίκες χωρίς παιδιά είναι απόλυτα ευχαριστημένες.

ΜΟΡΦΩΣΗ

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και της ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος ($\chi^2(25)=35,74, p>0,05$).

Συνοψίζοντας τα παραπάνω ευρήματα, παρατηρούμε ότι οι γυναίκες νεαρής ηλικίας, οι οποίες είναι άγαμες, εργαζόμενες και χωρίς παιδιά έχουν την καλύτερη δυνατή εικόνα σώματος, όπως αυτό καταδεικνύεται από τον απόλυτο βαθμό ικανοποίησης που εκφράζουν για το τελευταίο. Σε γενικές, ωστόσο γραμμές, εμφανίζεται ότι οι γυναίκες του δείγματος είναι κατά το μάλλον ικανοποιημένες με την εικόνα του σώματός τους. Εντούτοις, θα άξιζε να διερευνηθεί περαιτέρω η συσχέτιση των γυναικών που έχουν αναφέρει επεισόδια Ψυχογενούς Ανορεξίας ή Βουλιμίας με τις γυναίκες που δηλώνουν μικρή ή καθόλου ικανοποίηση από την εικόνα σώματός τους, καθώς εμφανίζονται κοινά συμπτώματα στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και στη Δυσμορφική Διαταραχή.

Η συσχέτιση της ερώτησης «**Πόση ώρα την ημέρα βλέπετε κατά μέσο όρο τηλεόραση**» με κάθε μια από τις δημογραφικές μεταβλητές θα γίνει επίσης με την Ανάλυση Διασποράς μονής κατεύθυνσης.

ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων ως προς τους μέσους όρους καθημερινής τηλεθέασης ($F(5, 994)=11,46, ***p<0,001$). Οι γυναίκες ηλικίας άνω των 65 βλέπουν κατά μέσο όρο περισσότερες ώρες τηλεόραση την ημέρα σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες (Μ.Ο=5,66), εκτός από τις γυναίκες ηλικίας 55-64, όπου η υπάρχουσα διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική. Επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζουν οι γυναίκες ηλικίας 55-64 (Μ.Ο=4,84), με τις γυναίκες ηλικίας 25-34 (Μ.Ο=3,96), οι οποίες βλέπουν τις λιγότερες ώρες από όλες τις ηλικιακές ομάδες

ΠΕΡΙΟΧΗ

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που κατοικούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη ως προς τους μέσους όρους καθημερινής τηλεθέασης ($F(1, 998)=2,69, p>0,05$).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης ως προς τους μέσους όρους καθημερινής τηλεθέασης ($F(6, 993)=4,75, ***p<0,001$). Οι χήρες βλέπουν κατά μέσο όρο περισσότερες ώρες τηλεόραση την ημέρα ($M.O=5,48$), σε σχέση με τις έγγαμες ($M.O=4,58$), αυτές που συζούν ($M.O=3,07$) και τις άγαμες ($M.O=4,04$).

ΕΡΓΑΣΙΑ

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του εάν εργάζονται οι γυναίκες του δείγματος ή όχι ως προς τους μέσους όρους καθημερινής τηλεθέασης ($F(1, 998)=35,52, ***p<0,001$). Οι μη εργαζόμενες γυναίκες - όπως ήταν αναμενόμενο - βλέπουν κατά μέσο όρο περισσότερες ώρες τηλεόραση την ημέρα ($M.O=4,89$) σε σχέση με τις εργαζόμενες γυναίκες ($M.O=3,91$).

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών ως προς τους μέσους όρους καθημερινής τηλεθέασης ($F(1, 998)=6,95, **p<0,01$). Οι γυναίκες με παιδιά βλέπουν κατά μέσο όρο περισσότερες ώρες τηλεόραση την ημέρα ($M.O=4,64$), σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς παιδιά ($M.O=4,11$).

ΜΟΡΦΩΣΗ

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ μορφωτικού επιπέδου ως προς τους μέσους όρους καθημερινής τηλεθέασης ($F(5, 994)=3,33, **p<0,01$). Οι γυναίκες κατώτερου μορφωτικού επιπέδου (Στοιχειώδης μερική/Στοιχειώδης ολική εκπαίδευση) βλέπουν κατά μέσο όρο περισσότερες ώρες τηλεόραση την ημέρα ($M.O=6,01$) σε σχέση με τις γυναίκες μέσου μορφωτικού επιπέδου (Γυμνάσιο/Λύκειο) ($M.O=4,43$) και τις γυναίκες ανώτερου μορφωτικού επιπέδου (Ανωτέρα/Ανωτάτη) ($M.O=3,79$). Μεταξύ των γυναικών μέσου μορφωτικού επιπέδου και ανώτερου μορφωτικού επιπέδου, υπάρχουν διαφορές, οι οποίες, εντούτοις, δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Αξίζει να σημειωθεί ότι όσο πιο χαμηλό είναι το μορφωτικό επίπεδο, τόσο οι γυναίκες βλέπουν περισσότερο τηλεόραση.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το προφίλ των γυναικών που βλέπουν περισσότερες ώρες τηλεόραση από τον υπόλοιπο πληθυσμό, είναι οι γυναίκες

ηλικίας 55 ετών και άνω, οι άνεργες χωρίς παιδιά και με στοιχειώδη εκπαίδευση. Σε γενικές γραμμές, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί ότι ο μέσος όρος ωρών τηλεθέασης είναι αρκετά υψηλός. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συνάδουν με παρόμοια ερευνητικά δεδομένα, όπου καταγράφεται ότι οι κάτοικοι των ανεπτυγμένων χωρών παρακολουθούν τηλεόραση για περίπου 3 ώρες την ημέρα, ενώ σε έρευνες που διεξήχθησαν από το Ινστιτούτο Gallup το 1992 και το 1999, καταδείχτηκε ότι το 40% των ενηλίκων και το 70% των εφήβων δήλωσαν ότι παρακολουθούν υπέρ του δέοντος τηλεόραση²³³.

²³³ Ελαφρός Γ., «Τηλεόραση, Το Ναρκωτικό της Οικογένειας», *Καθημερινή*, Κοινωνία, 17 Μαρτίου 2002, txt at. http://www.kathimerini.gr/4dgi/w_articles_ell_310434_17/03/2002_19215.

3.5. Διασταύρωση των κοινωνιο-δημογραφικών μεταβλητών με τις υποκλίμακες του Γενικού Ερωτηματολογίου Υγείας

ΠΕΡΙΟΧΗ

Τα ερευνητικά δεδομένα δεικνύουν ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών από Αθήνα και αυτών από την Θεσσαλονίκη αναφορικά με την σωματική τους κατάσταση, όπως αυτή μετράται από το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας ($p=0,791>0,05$).

Φαίνεται, ωστόσο, πως η περιοχή κατοικίας επιδρά στα επίπεδα άγχους των γυναικών. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες από την Θεσσαλονίκη φαίνεται να έχουν λιγότερο άγχος συγκριτικά με τις γυναίκες που ζουν στην Αθήνα ($t(998)=-2,377$, $p=0,018<0,05$).

Επιπρόσθετα, παρατηρούμε πως δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών από Αθήνα και αυτών από την Θεσσαλονίκη αναφορικά με την κοινωνική τους λειτουργικότητα ($p=0,184>0,05$).

Τέλος, η διασταύρωση των κοινωνιο-δημογραφικών μεταβλητών με τις υποκλίμακες του Γενικού Ερωτηματολογίου Υγείας, κατέδειξε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών από Αθήνα και αυτών από την Θεσσαλονίκη αναφορικά με το θέμα της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής ($p=0,237>0,05$).

ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικία φαίνεται να επιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο στην αντίληψη του ατόμου για την σωματική του κατάσταση ($F=23,825(5,994)$ $p<0,001$). Το ίδιο αποδεικνύεται και μέσω του στατιστικού κριτηρίου r του Pearson ($r=330$, $p<0,001$). Τα άτομα των ηλικιακών κατηγοριών 18-24, 25-34, 35-44 και 45-65+ παρουσιάζουν διαφορές. Τα ερευνητικά δεδομένα δεικνύουν ότι η εικόνα του σώματος εξαρτάται άμεσα από την ηλικία των γυναικών-ερωτώμενων. Όσο μεγαλύτερες σε ηλικία είναι, τόσο πιο αρνητική είναι η αντίληψή τους ως προς τη σωματική τους κατάσταση.

Παράλληλα, η ηλικία φαίνεται να επιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο στο άγχος και την κατάσταση του ύπνου ($F(5,994)=8,256$, $p<0,001$). Συγκεκριμένα, η ηλικιακή κατηγορία 18-34 παρουσιάζει διαφορές συγκριτικά με την ηλικιακή ομάδα 45-65+, ενώ δεν παρουσιάζονται διαφορές στις ηλικίες 35-44, όταν αυτές συγκρίνονται με άλλες ηλικιακές κατηγορίες. Παρατηρείται, δηλαδή, πως η αύξηση της ηλικίας συνοδεύεται με αύξηση των επιπέδων άγχους στις γυναίκες.

Ταυτόχρονα, η ηλικία φαίνεται να επιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο στα επίπεδα της κοινωνικής λειτουργικότητας των γυναικών ($F=42,268(5,994) p<0,001$). Παρατηρούνται διαφορές στα επίπεδα λειτουργικότητας στις ηλικιακές ομάδες 18-44, 45-65 και 65+.

Σύμφωνα με τον πίνακα 16, της σελίδας 13 του παραρτήματος 4, η ηλικία φαίνεται να επιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο στα επίπεδα της μείζονος κατάθλιψης. ($F=7,243(5,994) p<0,001$). Όπως φαίνεται στον πίνακα 17 της ίδιας σελίδας του παραρτήματος 4, η ηλικιακή κατηγορία 18-24 παρουσιάζει διαφορές μόνο με την κατηγορία των 65+(σημαντικό, λόγω εφηβείας). Η κατηγορία 25-34 από όλες τις κατηγορίες των 45 και άνω. Η κατηγορία 35-44 διαφέρει μόνο από την κατηγορία 65+. Η κατηγορία 45-54 παρουσιάζει διαφορές μόνο με την κατηγορία 25-34. Η κατηγορία 55-64 διαφέρει από την 25-34 και τέλος η 65+ διαφέρει από τις κατηγορίες 18-24, 25-34 και 35-44. Σε γενικές γραμμές όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνονται και τα επίπεδα καταθλιπτικής διάθεσης.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η διασταύρωση της οικογενειακής κατάστασης των με τις ερωτήσεις του Γενικού Ερωτηματολογίου Υγείας, καταδεικνύει ότι η συγκεκριμένη μεταβλητή αλληλεπιδρά με τη σωματική κατάσταση των γυναικών ($F(6,993)=13,918, p<0,001$). Παρουσιάζεται ότι οι έγγαμες γυναίκες αναφέρουν χειρότερη σωματική κατάσταση από τις άγαμες, αλλά καλύτερη από τις χήρες. Οι ερωτώμενες που συγκατοικούν, αναφέρουν καλύτερη σωματική κατάσταση μόνο από τις χήρες, ενώ δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές από τις λοιπές κατηγορίες. Επιπρόσθετα, οι άγαμες γυναίκες παρουσιάζουν καλύτερη σωματική κατάσταση από τις έγγαμες, τις χήρες και τις διαζευγμένες. Τέλος, οι χήρες παρουσιάζουν την χειρότερη σωματική κατάσταση από όλες τις ομάδες, πλην της κατηγορίας των γυναικών που συζούν με σχέση, οποία δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές με καμία από τις υπόλοιπες κατηγορίες.

Ταυτόχρονα, φαίνεται πως η οικογενειακή κατάσταση επιδρά και στα επίπεδα άγχους της γυναίκας ($F(6,993)=4,617, p<0,001$). Συγκεκριμένα, διαφορές παρουσιάζονται μόνο μεταξύ των χήρων γυναικών, οι οποίες παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα άγχους συγκριτικά με τις άγαμες και τις έγγαμες γυναίκες.

Επιπρόσθετα, η διασταύρωση της οικογενειακής κατάστασης με τις ερωτήσεις του Γενικού Ερωτηματολογίου Υγείας κατέδειξε ότι υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ των μεταβλητών, ως προς το επίπεδο κοινωνικής λειτουργικότητας ($F(6,993)=20,865, p<0,001$). Οι έγγαμες γυναίκες διαφέρουν με

στατιστικά σημαντικό τρόπο από τις άγαμες και τις χήρες στα υπό εξέταση επίπεδα. Συγκεκριμένα, οι χήρες έχουν τις υψηλότερες τιμές στα επίπεδα δυσλειτουργίας και οι άγαμες τα χαμηλότερα. Οι χήρες, επίσης, διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο από τις διαζευγμένες και όσες συζούν με σχέση, έχοντας τα υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής δυσλειτουργίας .

Τέλος, η οικογενειακή κατάσταση επιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο και στην ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των ερωτώμενων. Σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το υπό εξέταση θέμα παρουσιάζει η ομάδα των χήρων γυναικών από τις άγαμες, τις έγγαμες και τις γυναίκες που συζούν με σχέση: οι χήρες παρουσιάζουν τα υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Η ύπαρξη παιδιών στο νοικοκυριό υποδεικνύεται ότι επιδρά στην σωματική κατάσταση των γυναικών ($t(998)=2,318, p=0,021<0,05$). Οι γυναίκες που έχουν παιδιά δηλώνουν ότι έχουν καλύτερη σωματική κατάσταση από αυτές που δεν έχουν.

Αντίθετα, η ύπαρξη παιδιών στο νοικοκυριό δεν επιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο ούτε στα επίπεδα άγχους των ερωτώμενων ($p>0,05$), ούτε και στο επίπεδο κοινωνικής λειτουργικότητάς τους ($p>0,05$). Το ίδιο παρατηρείται και στην αλληλεπίδραση της ύπαρξης παιδιών με την παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στις γυναίκες, όπου δεν καταγράφονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p>0,05$).

ΕΡΓΑΣΙΑ

Τα ερευνητικά δεδομένα δεικνύουν ότι η εργασία επιδρά στην σωματική κατάσταση των γυναικών ($t(998,877)=6,417, p<0,001$). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με πλήρη ή μερική απασχόληση αναφέρουν ότι έχουν καλύτερη σωματική κατάσταση από τις γυναίκες που δεν εργάζονται, χωρίς να παρεμβάλλεται η ηλικία ως μεταβλητή εξάρτησης και αλληλεπίδρασης.

Παράλληλα, η μεταβλητή της εργασίας επιδρά και στα επίπεδα άγχους της γυναίκας ($t(998,796)=-3492, p<0,001$). Υποδεικνύεται ότι οι εργαζόμενες γυναίκες παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους από όσες δεν τελούν υπό το καθεστώς οποιασδήποτε μορφής εργασιακής απασχόλησης.

Η επαγγελματική κατάσταση, εξάλλου, επιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο και στα επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας: οι γυναίκες που δεν εργάζονται έχουν

αυξημένες τιμές δυσλειτουργίας συγκριτικά με εκείνες που εργάζονται ($t(998,936)=-8,880, p<0,001$).

Τέλος, η εργασία φαίνεται να επιδρά και στην παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ($t(998,969)=-4,276, p<0,001$): οι γυναίκες βρίσκονται σε οποιοδήποτε καθεστώς απασχόλησης έχουν χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής διάθεσης συγκριτικά με εκείνες που δεν εργάζονται.

ΜΟΡΦΩΣΗ

Το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να αλληλεπιδρά με την αντίληψη των γυναικών για την σωματική τους κατάσταση ($F(3,996)=49,546, p<0,001$). Συγκεκριμένα, φαίνεται πως όλες οι ομάδες των γυναικών διαφέρουν μεταξύ τους αναφορικά με την σωματική κατάσταση, με στατιστικά σημαντικό τρόπο, πλην των ομάδων με μορφωτικό επίπεδο Λυκείου και Ανώτατης εκπαίδευσης. Σε γενικές γραμμές, όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων, τόσο καλύτερη σωματική κατάσταση αναφέρουν ότι έχουν οι τελευταίες.

Παράλληλα, παρατηρείται πως οι γυναίκες με πρωτοβάθμια εκπαίδευση διαφέρει με στατιστικά σημαντικό τρόπο από όλες τις υπόλοιπες ομάδες μορφωτικού επιπέδου. Συγκεκριμένα, η ομάδα αυτή παρουσιάζει τα πιο αυξημένα επίπεδα άγχους συγκριτικά με τις λοιπές κατηγορίες. Οι γυναίκες με ανώτατη εκπαίδευση παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές με την ομάδα των γυναικών με μερική δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο). Σε γενικές γραμμές υποδεικνύεται ότι όσο υψηλότερο είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο, τόσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα άγχους. Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών μερικής δευτεροβάθμιας και ολικής δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, καθώς και ολικής δευτεροβάθμιας και ανώτατης εκπαίδευσης.

Το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών φαίνεται να επιδρά, εξάλλου, και στην κοινωνική λειτουργικότητα των γυναικών ($F(3,996)=47,043, p<0,001$). Οι γυναίκες με τα υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής δυσλειτουργίας είναι εκείνες με πρωτοβάθμια εκπαίδευση, οι οποίες διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο από όλες τις άλλες ομάδες. Οι γυναίκες μερικής δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης έχουν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας από τις γυναίκες με πρωτοβάθμια εκπαίδευση, αλλά χαμηλότερα από τις γυναίκες που έχουν ανώτατη εκπαίδευση.

Τέλος, παρατηρείται ότι όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο της γυναίκας, τόσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Εντούτοις, δεν παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ερωτώμενων με μερική δευτεροβάθμια εκπαίδευση, με ολική δευτεροβάθμια

εκπαίδευση και με ανώτατη εκπαίδευση. Ειδικότερα, θα περιγράψουμε τον τρόπο, με τον οποίο το μορφωτικό επίπεδο επιδρά στα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων ($F(3,996)=23,072$, $p<0,001$): παρατηρείται πως οι γυναίκες με πρωτοβάθμια εκπαίδευση έχουν τα υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας συγκριτικά με όλες τις άλλες ομάδες και διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο από αυτές. Οι γυναίκες με μερική δευτεροβάθμια εκπαίδευση παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από τις γυναίκες με πρωτοβάθμια εκπαίδευση, αλλά υψηλότερα επίπεδα συγκριτικά με τις λοιπές ομάδες. Σε γενικές γραμμές, όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο, τόσο χαμηλότερες είναι οι τιμές αναφορικά με την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Αξίζει, τέλος, να σημειωθεί ότι οι μόνες ομάδες, οι οποίες δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους, είναι εκείνες της ολικής δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και της Ανώτατης εκπαίδευσης.

3.6. Διασταύρωση των κοινωνιο-δημογραφικών μεταβλητών με τις υπο-κλίμακες του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής

ΠΕΡΙΟΧΗ

Τα ερευνητικά δεδομένα της έρευνας δεικνύουν ότι δεν παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων που διαβιούν στην Αθήνα και αυτών που κατοικούν στη Θεσσαλονίκη ως προς στην ικανοποίησή τους αναφορικά με την σωματική τους κατάσταση ($p=0,629>0,05$).

Παράλληλα, παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων που κατοικούν στη Θεσσαλονίκη και αυτών που διαβιούν στη Αθήνα στην Ποιότητα Ζωής αναφορικά με την ψυχολογική τους διάθεση/κατάσταση $t(998,573,91)=-2,582$, $p=0,010<0,05$). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες από τη Θεσσαλονίκη αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα Ποιότητας Ζωής αναφορικά με την υπο-κλίμακα της ψυχολογικής διάθεσης/κατάστασης συγκριτικά με τις γυναίκες από την Αθήνα.

Επιπρόσθετα, δεν παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης αναφορικά με την ικανοποίησή τους ως προς τις κοινωνικές τους σχέσεις ($p=0,250>0,05$). Τέλος, δεν παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ερωτώμενων Αθήνας και Θεσσαλονίκης σχετικά με την ικανοποίησή τους ως προς το φυσικό τους περιβάλλον ($p=0,740>0,05$).

ΗΛΙΚΙΑ

Τα αποτελέσματα της έρευνας δεικνύουν ότι υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ της μεταβλητής της ηλικίας και της υπο-κλίμακας της σωματικής κατάστασης στο ερωτηματολόγιο της Ποιότητας Ζωής ($F(5,994)=58,686$, $p=0,00<0,05$). Σε γενικές γραμμές, όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο μειώνεται η Ποιότητα Ζωής αναφορικά με τη σωματική κατάσταση. Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 18-24 και 25-34, 35-44 και 45-54 και 45-54 με 55-64. Οι γυναίκες ηλικίας 65 ετών και άνω διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο από όλες τις υπόλοιπες ηλικιακές κατηγορίες. Το ίδιο παρατηρούμε και στην περίπτωση που χειριστούμε την ηλικία ως ποσοτική μεταβλητή: η τελευταία φαίνεται να έχει ισχυρή αρνητική συσχέτιση με την υπο-κλίμακα τη σχετική με τη σωματική κατάσταση της Ποιότητας Ζωής ($r=-,491$, $p=0,000<0,001$).

Εξάλλου, φαίνεται πως η ηλικία επιδρά στην Ποιότητα Ζωής αναφορικά με την ψυχολογική διάθεση/κατάσταση των ερωτώμενων ($F(5,994)=36,285, p=0,000<0,001$). Σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, παρατηρείται ότι σε γενικές γραμμές όσο αυξάνεται η ηλικία των γυναικών, τόσο μειώνεται η Ποιότητα Ζωής στον υπό εξέταση τομέα, ενώ δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στις ηλικιακές κατηγορίες 18-24 και 24-35, 45-54 και 55-64. Οι γυναίκες που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία παρουσιάζουν την μικρότερη τιμή Ποιότητα Ζωής αναφορικά με την ψυχολογική διάθεση/κατάστασή τους.

Παράλληλα, η μεταβλητή της ηλικίας φαίνεται να αλληλεπιδρά στην Ποιότητα Ζωής των ερωτώμενων αναφορικά με τις κοινωνικές τους σχέσεις ($F(5,994)=15,421, p=0,000<0,001$). Οι γυναίκες από 18-44 ετών είναι περισσότερο ικανοποιημένες από τους κοινωνικούς τους ρόλους από τις γυναίκες που είναι 45-65+, διαφορά η οποία χαρακτηρίζεται ως στατιστικά σημαντική.

Τέλος, η ηλικία των ερωτώμενων φαίνεται να αλληλεπιδρά στην Ποιότητα Ζωής των τελευταίων αναφορικά με την υπο-κλίμακα του φυσικού τους περιβάλλοντος ($F=5,357(5,994), p=0,000<0,001$). Η ηλικιακή ομάδα των 18-24 ετών διαφέρει με στατιστικά σημαντικό τρόπο από όλες τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, εκτός από την ηλικιακή κατηγορία των 25-34 ετών. Συγκεκριμένα, η ηλικιακή ομάδα των 18-24 ετών παρουσιάζεται να είναι η πλέον ικανοποιημένη από το φυσικό περιβάλλον, στο οποίο διαβιούν.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η οικογενειακή κατάσταση των γυναικών φαίνεται να επιδρά στην Ποιότητα Ζωής τους αναφορικά με τη σωματική τους κατάσταση ($F(6,993)=26,139, p<0,001$). Το χαμηλότερο βαθμό Ποιότητας Ζωής αναφορικά με την σωματική κατάσταση τον παρουσιάζουν οι χήρες γυναίκες, οι οποίες διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο από όλες τις άλλες ομάδες γυναικών. Το υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης αναφορικά με το υπό εξέταση θέμα τον παρουσιάζουν οι άγαμες γυναίκες, οι οποίες διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο από τις ομάδες των διαζευγμένων και των εγγάμων, καθώς και των χήρων.

Εξάλλου, η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να επιδρά στην Ποιότητα Ζωής αναφορικά με την ψυχολογική κατάσταση/διάθεση των γυναικών ($F(6,993)=21,629, p<0,001$). Οι άγαμες γυναίκες παρουσιάζουν τον μεγαλύτερο βαθμό Ποιότητας Ζωής αναφορικά με τη συγκεκριμένη υπο-κλίμακα και διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο από τις ομάδες των εγγάμων, των χήρων και των διαζευγμένων. Οι χήρες παρουσιάζουν τον χαμηλότερο βαθμό Ποιότητας Ζωής στην υπο-κλίμακα της

ψυχολογικής κατάστασης/διάθεσης, με στατιστικά σημαντικές διαφορές από τις ομάδες των έγγαμων, των άγαμων και όσων γυναικών συζούν με σχέση.

Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να επιδρά στην Ποιότητα Ζωής αναφορικά με την υπο-κλίμακα των κοινωνικών σχέσεων ($F(6,993)=19,070$, $p<0,001$). Ο χαμηλότερος βαθμός Ποιότητας Ζωής παρατηρείται εντοπίζεται στις χήρες και τις διαζευγμένες γυναίκες, οι οποίες διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο από τις λοιπές ομάδες γυναικών. Ο υψηλότερος βαθμός Ποιότητας Ζωής στη συγκεκριμένη υπο-κλίμακα παρατηρείται στην ομάδα των γυναικών που συζούν με σχέση.

Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να επιδρά στην Ποιότητα Ζωής αναφορικά με το φυσικό περιβάλλον των γυναικών ($F(6,993)=4,455$, $p<0,001$). Οι χήρες γυναίκες παρουσιάζουν τον χαμηλότερο μέσο όρο Ποιότητας Ζωής αναφορικά με το φυσικό τους περιβάλλον και διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο από τις ομάδες των εγγάμων και των αγάμων γυναικών: οι χήρες εμφανίζονται ως οι πλέον δυσαρεστημένες από τον περιβάλλοντα χώρο, στον οποίον διαβιούν.

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

Παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους των γυναικών με παιδιά και των άτεκνων γυναικών στην υπο-κλίμακα της σωματικής κατάστασης στην Ποιότητα Ζωής. Οι γυναίκες που έχουν παιδιά αναφέρουν χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης από την σωματική τους κατάσταση συγκριτικά με τις άτεκνες γυναίκες ($t(998,315)=-2,500$, $p=0,013<0,05$).

Επιπρόσθετα, παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους των υπό εξέταση ομάδων στην Ποιότητα Ζωή αναφορικά με την ψυχολογική τους κατάσταση/διάθεση. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που έχουν παιδιά αναφέρουν χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης ως προς την ψυχολογική τους κατάσταση/διάθεση ($t(998,310)=-2,443$, $p=0,015<0,05$).

Αναφορικά με την Ποιότητα Ζωής, όπως αυτή καταγράφεται στην υπο-κλίμακα των κοινωνικών σχέσεων, η διασταύρωση της τελευταίας με την ύπαρξη παιδιών, δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις άτεκνες και τις γυναίκες-μητέρες ($p=0,658>0,05$). Τέλος, παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους των δύο υπό εξέταση ομάδων αναφορικά με την ικανοποίησή τους από το φυσικό περιβάλλον και την Ποιότητα Ζωής. Οι γυναίκες που έχουν παιδιά αναφέρουν χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης από το φυσικό τους περιβάλλον συγκριτικά με όσες είναι άτεκνες ($t(998,305)=-2,486$, $p=0,013<0,05$).

ΕΡΓΑΣΙΑ

Αναφορικά με την υπο-κλίμακα της σωματικής κατάστασης της Ποιότητας Ζωής παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία των γυναικών μετά από τη διασταύρωση της μεταβλητής της εργασίας με τη συγκεκριμένη υπο-κλίμακα. Όπως καταγράφεται, οι γυναίκες που δεν εργάζονται αναφέρουν χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης από την σωματική τους κατάσταση συγκριτικά με όσες τελούν υπό οποιοδήποτε καθεστώς απασχόλησης ($t(998,926)=9,56, p<0,001$).

Σχετικά με την ψυχολογική κατάσταση/διάθεση των γυναικών, όπως αυτή ορίζεται μέσω της υπο-κλίμακας της Ποιότητας Ζωής, παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους κατόπιν της διασταύρωσης της εργασίας με τη συγκεκριμένη υπο-κλίμακα. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που δεν εργάζονται αναφέρουν χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης από την ψυχολογική τους κατάσταση/διάθεση συγκριτικά με αυτές που βρίσκονται σε πλήρη ή μερική απασχόληση ($t(998,872)=7,159, p<0,001$).

Παράλληλα, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μέση βαθμολογία της Ποιότητας Ζωής αναφορικά με τις κοινωνικές σχέσεις των γυναικών σύμφωνα με τη διασταύρωση της συγκεκριμένης υπο-κλίμακας με την εργασία: οι γυναίκες που δεν εργάζονται, αναφέρουν χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης από τις κοινωνικές τους σχέσεις συγκριτικά με αυτές που εργάζονται ($t(998,810)=3,327, p=0,001$).

Τέλος, παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους του βαθμού Ποιότητας Ζωής αναφορικά με το φυσικό περιβάλλον των γυναικών του δείγματος. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που δεν εργάζονται αναφέρουν χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης από το φυσικό περιβάλλον τους συγκριτικά με αυτές που εργάζονται ($t(998,740)=2,780, p=0,006<0,05$).

ΜΟΡΦΩΣΗ

Όσον αφορά στη διασταύρωση της υπο-κλίμακας της σωματικής κατάστασης της Ποιότητας Ζωής και του μορφωτικού επιπέδου των ερωτώμενων παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ικανοποίηση των γυναικών από τη σωματική τους κατάσταση ($F(3,996)=76,397, p<0,001$). Παρατηρείται ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους Ποιότητας Ζωής στην υπό εξέταση υπο-κλίμακα, παρουσιάζονται μεταξύ όλων των κατηγοριών μορφωτικού επιπέδου. Εμφαίνεται, ακόμη, ότι όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών, τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο Ποιότητας Ζωής ως προς τη σωματική κατάσταση.

Η διασταύρωση της υπο-κλίμακας της ψυχολογικής κατάστασης/διάθεσης με το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών, κατέδειξε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ όλων των υπο-ομάδων του δείγματος ($F(3,996)=53,157, p<0,001$): όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών, τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα Ποιότητας Ζωής αναφορικά με την ψυχολογική κατάσταση/διάθεση των ερωτώμενων.

Επιπρόσθετα, παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στο βαθμό Ποιότητας Ζωής και συγκεκριμένα στην υπο-κλίμακα που μετρά την ικανοποίηση των γυναικών από τις κοινωνικές τους σχέσεις των ερωτώμενων σε συσχέτιση με το μορφωτικό τους επίπεδο ($F(3,996)=26,995, p<0,001$). Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους Ποιότητας Ζωής στην υπο-κλίμακα που αφορά στις κοινωνικές σχέσεις παρουσιάζονται μεταξύ όλων των κατηγοριών μορφωτικού επιπέδου, εκτός των υπο-ομάδων με δευτεροβάθμια ολική εκπαίδευση και ανώτατη μόρφωση. Όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο, τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα Ποιότητας Ζωής αναφορικά με τις κοινωνικές σχέσεις των ερωτώμενων.

Τέλος, παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στο βαθμό Ποιότητας Ζωής και συγκεκριμένα στην υπο-κλίμακα που μετρά την ικανοποίηση από το φυσικό περιβάλλον μεταξύ των γυναικών που ανήκουν στις διάφορες κατηγορίες μορφωτικού επιπέδου ($F(3,996)=19,875, p<0,001$). Οι γυναίκες με πρωτοβάθμια εκπαίδευση διαφέρουν από τις γυναίκες με δευτεροβάθμια ολική εκπαίδευση και εκείνες με ανώτατη μόρφωση. Επίσης, οι γυναίκες με μερική δευτεροβάθμια εκπαίδευση παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές με εκείνες που έχουν ολική δευτεροβάθμια και ανώτατη εκπαίδευση, ενώ οι γυναίκες με ολική δευτεροβάθμια εκπαίδευση διαφέρουν στατιστικά από τις γυναίκες με στοιχειώδη και μερική δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Παρατηρείται συμπερασματικά ότι όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο, τόσο υψηλότερη είναι η Ποιότητα Ζωής αναφορικά με το φυσικό περιβάλλον των γυναικών.

4. ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η πρώτη επιδημιολογική μελέτη στην Ελλάδα σχετικά με την Ψυχική Υγεία των γυναικών και πώς αυτή επηρεάζεται και αλληλεπιδρά με διάφορες ψυχο-κοινωνικές παραμέτρους, κατέδειξε τα κάτωθι βασικά πορίσματα:

- Το **24,8%** των γυναικών δήλωσε ότι τον **ελεύθερο χρόνο** του ασχολείται κυρίως με **οικιακές εργασίες**. Το ίδιο περίπου ποσοστό γυναικών (24,7%) ανέφερε ότι συνήθως συναντά φίλους, ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 24,2% ότι παρακολουθεί τηλεόραση.
- Προσπαθώντας να προσεγγίσουμε ερμηνευτικά τα δεδομένα αναφορικά με την **ισοτιμία των δύο φύλων** στην κοινωνία, θα λέγαμε ότι οι ερωτώμενες σε γενικές γραμμές πιστεύουν ότι έχουν **επαρκώς ισότιμη αντιμετώπιση** με τους άνδρες, ενώ μόνο ένα μικρό σχετικά ποσοστό θεωρεί ότι έχει επιτευχθεί η απόλυτη ισότητα μεταξύ των δύο φύλων (12,3%). Συγκεκριμένα, το **37,4%** των γυναικών δήλωσε ότι έχει **αρκετά ισότιμη αντιμετώπιση** με τους άνδρες στην κοινωνία. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που ανέφεραν ότι έχουν ισότιμη αντιμετώπιση σε μέτριο βαθμό (31,8%), το ποσοστό των γυναικών εκείνων που θεωρούν ότι η αντιμετώπισή τους σε σχέση με τους άνδρες είναι λίγο ισότιμη (12,8%). Αξίζει να σημειωθεί ότι μόλις το 5% των γυναικών θεωρούν ότι δεν έχουν καθόλου ισότιμη αντιμετώπιση με τους άνδρες.
- Οι γυναίκες του δείγματος πιστεύουν ότι **στην οικογένειά τους αντιμετωπίζονται** περισσότερο **ισότιμα** από το σύζυγο/σύντροφο/πατέρα τους από ό,τι στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Χαρακτηριστικό είναι το υψηλό ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν ότι **έχουν απόλυτη ισοτιμία** με το άλλο φύλο στο οικογενειακό τους περιβάλλον (**32,1%**). Αρκετά υψηλό είναι, εξάλλου, το ποσοστό των γυναικών που ανέφεραν ότι **αντιμετωπίζονται ισότιμα με τους άνδρες σε επαρκή βαθμό (37,9%)**. Μόλις το 2,1% των γυναικών ανέφεραν ότι δεν αντιμετωπίζονται καθόλου ισότιμα ανάμεσα σε στο οικογενειακό πλαίσιο.
- Αναφορικά με την **κατανάλωση αλκοόλ**, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος της έρευνας (**61,8%**) **δεν καταναλώνει καθόλου** αλκοόλ. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που ανέφεραν ότι καταναλώνουν **λίγο αλκοόλ (32%)**, το ποσοστό εκείνων των γυναικών που καταναλώνουν αρκετό (4,8%), ενώ μόλις το 1% των γυναικών δήλωσαν ότι καταναλώνουν πάρα πολύ αλκοόλ.

- Σε σχετική ερώτηση αναφορικά με την **κατανάλωση νικοτίνης**, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών του δείγματος **δεν καταναλώνουν καθόλου νικοτίνη (59,5%)**. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών ανέφεραν ότι καταναλώνουν **αρκετή νικοτίνη, (15,2%)**, το ποσοστό των γυναικών που καταναλώνει λίγη (13,2%) και το ποσοστό των γυναικών που καταναλώνουν πολλή (8,8%). Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα που δεικνύει ότι μόλις το 3,3% των γυναικών δηλώνουν ότι καταναλώνουν πάρα πολλή νικοτίνη.
- Η πλειοψηφία των γυναικών της έρευνας εμφανίζονται **αισιόδοξες σχετικά με το μέλλον της ζωής τους (52,9%)**, ενώ το **34,4%** των γυναικών ανέφερε ότι η **ζωή τους θα παραμείνει η ίδια**, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό των γυναικών πιστεύει ότι η ζωή τους μελλοντικά θα είναι χειρότερη (10,3%).
- Στο ερώτημα που θέσαμε στις γυναίκες του δείγματος σχετικά με το ποια ζητήματα τις προκαλούν **έντονη ανησυχία**, το **32%** των γυναικών δήλωσε ότι μεγαλύτερη ανησυχία αισθάνονται για την **εγκληματικότητα, τα ναρκωτικά (23,6%) και η μόλυνση του περιβάλλοντος (18%)**.
- Σε παρεμφερή ερώτηση, η οποία όμως αφορά στην προσωπική ζωή των γυναικών, παρατηρούμε ότι τα κυριότερα ζητήματα που προκαλούν ανησυχία στις ερωτώμενες γυναίκες, είναι η **οικονομική τους κατάσταση (26,7%)**, η **ανάγκη να αποπερατώνουν με επιτυχία τις δραστηριότητές τους (13,4%)**, η **πάροδος του χρόνου και ο επακόλουθος φόβος των γηρατειών (11,4%)**.
- Στην ερώτηση που αφορούσε στη **χρήση ψυχοφαρμάκων ή ηρεμιστικών**, η πλειοψηφία των γυναικών ανέφερε ότι **δεν χρησιμοποιούν ποτέ ψυχοφάρμακα/ηρεμιστικά (84,7%)**. Το 7,9% αναφέρει ότι καταφεύγει στα παραπάνω σπάνια, το 3,7% μερικές φορές, το 1,2% συχνά και μόνο το 1,9% δήλωσε ότι χρησιμοποιεί σε καθημερινή βάση ψυχοτρόπες ουσίες.
- Στην παρούσα έρευνα είναι έκδηλες **οι ανάγκες των ερωτώμενων**, οι οποίες προκύπτουν κυρίως από το σύγχρονο τρόπο ζωής: οι πολλαπλοί ρόλοι που αναλαμβάνει η γυναίκα **δεν της επιτρέπουν να έχει τόσο ελεύθερο χρόνο, όσο θα ήθελε**, ώστε να τον αφιερώσει είτε στον εαυτό της, είτε στην οικογένειά της. Έτσι, το **33,6% των γυναικών θα επένδυε το χρόνο του στα παιδιά του**. Ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που θα τον επένδυε στην **προσωπική του καλλιέργεια (18,6%)**, ενώ το ποσοστό των γυναικών που θα επένδυαν τον **ελεύθερο χρόνο του στη φροντίδα του εαυτού, αγγίζει το 17,2%**.

- Οι **επιθυμίες-ανάγκες των γυναικών** εστιάζονται κυρίως στην ευρύτερη σφαίρα της **Ποιότητας Ζωής** που θα ήθελαν να έχουν. Έτσι, το **26,3%** των γυναικών θα επιθυμούσε να έχει **καλύτερη υγεία**. Ακολουθούν το ποσοστό των γυναικών που θα ήθελε να έχει τη **δυνατότητα πραγματοποίησης ταξιδιών (23,9%)** και το ποσοστό των γυναικών που θα ήθελε **περισσότερα χρήματα (22,7%)**.
- Θέσαμε στις γυναίκες το ερώτημα αν έχουν αντιμετωπίσει στη ζωή τους **Διαταραχή Ανορεξίας ή Βουλιμίας**. Η πλειοψηφία των γυναικών ανέφερε ότι δεν έχει **αντιμετωπίσει ποτέ τη μία ή την άλλη διαταραχή (68%)**. Μόλις το **15,9%** των γυναικών έχει αντιμετωπίσει **Βουλιμία**, ενώ το **11%** των γυναικών έχει αντιμετωπίσει **Ανορεξία**.
- Η εικόνα του σώματος που διατηρεί το άτομο για τον εαυτό του κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς επιδρά καθοριστικά στη λειτουργικότητά του και επιφέρει σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση σε κοινωνικό, επαγγελματικό ή διαπροσωπικό επίπεδο, εάν το άτομο δεν είναι ικανοποιημένο με την πρώτη. Σε ανάλογη ερώτηση σχετικά με το **βαθμό ικανοποίησης των γυναικών από την εικόνα του σώματός τους, το 42,6% απάντησε ότι είναι αρκετά ευχαριστημένο**. Θετικό, εξάλλου, χαρακτηρίζεται το γεγονός ότι **μόλις το 3,8% των γυναικών ανέφερε ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο** από την εικόνα του σώματός του.
- Αναφορικά με το **χρόνο** που διαθέτουν οι γυναίκες στην **τηλεθέαση**, καταγράφηκε ότι το **25,6%** του δείγματος παρακολουθεί τηλεόραση **3 ώρες ημερησίως**, ενώ ακολουθεί το **21%** των γυναικών που αφιερώνουν στην παρακολούθηση τηλεόρασης περίπου **4 ώρες την ημέρα**.
- Αναφορικά με την **υποστήριξη** που δέχονται οι γυναίκες από το στενό ή ευρύτερο **κοινωνικό τους περιβάλλον**, η πλειοψηφία του δείγματος (**42,8%**) **ανέφερε ότι υποστηρίζεται σε μεγάλο βαθμό** από το τελευταίο όταν προκύπτει κάποια ανάγκη ή πρόβλημα, ενώ ακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που δήλωσε ότι **υποστηρίζεται σε μέτριο βαθμό (31%)**. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόλις το 3,3% των γυναικών ανέφερε ότι δεν υποστηρίζεται καθόλου από το κοινωνικό του περιβάλλον.
- Στην παρούσα έρευνα τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης του ερωτηματολογίου για την Ποιότητα Ζωής, δεικνύουν ότι **σε γενικές γραμμές οι ερωτώμενες είναι ικανοποιημένες από τη ζωή τους, έχουν καλό βαθμό προσαρμογής και λειτουργικότητας και δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα στους επιμέρους τομείς που εξετάζονται**. Τα

κυρίαρχα ποσοστά δεν συναντώνται στην απόλυτη διαβάθμιση της κλίμακας που χρησιμοποιείται, ενώ τα ποσοστά που παρουσιάζονται στην ελάχιστη διαβάθμιση, είναι σημαντικά χαμηλά.

- η πλειοψηφία του δείγματος των γυναικών ανέφερε ότι η **ποιότητα της ζωής** του είναι **καλή (46%)**.
- Το **43,5%** των γυναικών παρουσιάστηκε **ικανοποιημένο από την κατάσταση της υγείας** του.
- Παράλληλα, η πλειοψηφία του δείγματος των γυναικών ανέφερε ότι οι **σωματικοί πόνοι δεν αποτελούν εμπόδιο αναφορικά με τις δουλειές του σπιτιού (54,8%)**, και συμπληρωματικά το **66%** δήλωσε ότι **δεν χρειάζεται κάποιου είδους ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσει ικανοποιητικά στην καθημερινή ζωή** του.
- Επιπρόσθετα, το **43%** των γυναικών **απολαμβάνει τη ζωή του σε μεγάλο βαθμό** και αισθάνεται **έντονα ότι η ζωή του έχει νόημα (47%)**.
- Το **39,4%** των γυναικών απάντησε ότι **αισθάνεται ασφαλές σε μέτριο βαθμό** από εξωτερικούς κινδύνους στην καθημερινή του ζωή.
- Εξάλλου, η **πλειοψηφία των γυναικών (44,3%)** ανέφερε ότι διαθέτει **υψηλά επίπεδα ενεργητικότητας ως προς τις δραστηριότητες** της καθημερινής ζωής.
- Η πλειοψηφία του δείγματος των γυναικών (**44,5%**) δήλωσε ότι **αποδέχεται σε μεγάλο βαθμό τη σωματική του εμφάνιση**.
- Το **38,3%** των γυναικών ανέφερε ότι μπορεί **πολύ εύκολα να έχει πρόσβαση στην πληροφόρηση** για θέματα που αφορούν στην καθημερινότητα.
- Παράλληλα, το **30,6%** των γυναικών απάντησε ότι **δεν έχει στη διάθεσή του όσο ελεύθερο χρόνο θα ήθελε** για ψυχαγωγία.
- Η πλειοψηφία του δείγματος των γυναικών δήλωσε **ικανοποιημένο τόσο από την ικανότητά του να αντεπεξέρχεται στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (50,5%), όσο και από την ικανότητά του για εργασία, την οποία και αξιολογούν πολύ θετικά (46,6%)**.
- Επιπρόσθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ανέφερε ότι είναι **ικανοποιημένο από τον εαυτό του (55%), πολύ ικανοποιημένο από τις προσωπικές του σχέσεις (51,4%) και αρκετά ικανοποιημένο από τη σεξουαλική του ζωή (36,7%)**.

- Εξάλλου, το **49,5%** των γυναικών δήλωσε ότι είναι ικανοποιημένο από την υποστήριξη που δέχεται από το φιλικό του περιβάλλον και από την ατμόσφαιρα που επικρατεί στο οικογενειακό του περιβάλλον (**52,8%**).
- Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (**31,7%**) ανέφερε ότι είναι **πολύ ικανοποιημένο από την εργασία του**.
- Σχετικά με τις **υπηρεσίες υγείας** και την παροχή τους στις γυναίκες, το **31,7%** ανέφερε ότι **δεν είναι ούτε δυσαρεστημένο, αλλά ούτε και ικανοποιημένο** από τις τελευταίες, ενώ δήλωσε ότι **δεν παρουσιάζει κανένα πρόβλημα υγείας (67,9%)**.
- Σε συγκεκριμένες ερωτήσεις που αφορούσαν στην ανίχνευση συμπτωμάτων Κατάθλιψης ή/και άγχους (για παράδειγμα διαταραχές στον ύπνο, στην πρόσληψη τροφής, αίσθημα ανημπόριας, αυτοκτονικός ιδεασμός, κλπ), τα αποτελέσματα δεικνύουν ότι **οι ερωτώμενες σε γενικές γραμμές δεν παρουσιάζουν συμπτώματα που να επιβαρύνουν δραστικά την ψυχική τους υγεία. Το ποσοστό των γυναικών που φαίνεται να εμφανίζει καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι μικρό και ανάλογο άλλων μελετών σε γενικούς πληθυσμούς που εξετάζουν την ύπαρξη Κατάθλιψης.**

5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Εξαιτίας της πολυπλοκότητας των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία της γυναίκας και προκειμένου να υπάρξει αποτελεσματική πολιτική σε αυτόν τον τομέα, θα πρέπει να **δοθεί έμφαση στην έρευνα**. Η επιδημιολογική έρευνα στην ψυχική υγεία έχει εφαρμογή αφενός **στον σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας** και αφετέρου **στην κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών**, καθώς και στην **ανάπτυξη στρατηγικών για την ενίσχυση της ψυχικής υγείας και της πρόληψης της ψυχικής ασθένειας**.
- Η πληροφόρηση σχετικά με μεταβολές στη συχνότητα των κλινικών χαρακτηριστικών στην ψυχική ασθένεια στους πληθυσμούς, ή μεταξύ υπό-ομάδων και πληθυσμών, συνεισφέρει ενεργά στην κατανόηση των στοιχείων που αναφέρονται στην ψυχική υγεία. Το **φύλο**, ως μεταβλητή στις επιδημιολογικές έρευνες, έχει αναγνωριστεί **ως σημαντική ερμηνευτική παράμετρος**, καθώς αναφέρονται διαφορές μεταξύ των φύλων στη διάγνωση, τις εκδηλώσεις της ψυχικής ασθένειας και στη θεραπεία της²³⁴. Παρά τις σαφείς διαφορές μεταξύ των φύλων αναφορικά με τον επιπολασμό των διαφόρων ψυχικών διαταραχών, υπάρχει **σχετικά μικρή σύνδεση μεταξύ των επιδημιολογικών ερευνών, των αιτιολογικών ερευνών και των ερευνών παρέμβασης**. Ως εκ τούτου, **κρίνεται σκόπιμη η διεξαγωγή παραλλήλων ερευνών στο παραπάνω πεδίο**.
- Παρατηρείται, εξάλλου, **ανακρίβεια στον προσδιορισμό και την περιγραφή των διαφορών** στην κατάσταση υγείας, στην αιτιολογία, την εξέλιξη και τη θεραπεία μεταξύ των δύο φύλων. Η δυσκολία αυτή αντανακλά την επίμονη εννοιολογική έλλειψη σαφήνειας που σχετίζεται με το ρόλο των βιολογικών, κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων, οι οποίοι εμπλέκονται στις παρατηρούμενες διαφορές ως προς την ψυχική υγεία ανδρών και γυναικών. Κατά συνέπεια, ο όρος «φύλο» χρησιμοποιείται για να αναφερθούμε σε πολλαπλές διαδικασίες και παράγοντες. Θεωρείται απαραίτητος ο **καθορισμός των εννοιολογικών μοντέλων** που χρησιμοποιούνται στην έρευνα της ψυχικής υγείας, με σκοπό να **προσδιοριστούν σαφέστερα τα πεδία παρέμβασης** και να υπάρξει **αποτελεσματικότερη χάραξη πολιτικής** στον τομέα της ψυχικής υγείας της γυναίκας.

²³⁴ Desjarlis R., Eisenberg L., Good B. & Kleinman A.M (1995). *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-outcome Countries*. New York, Oxford University Press.

- Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών, η πρόοδος στη διάγνωση και στη μεθοδολογία έρευνας, κατέστησε δυνατό στους ερευνητές να εγκαθιδρύσουν γενικές εκτιμήσεις αναφορικά με την επίδραση και τις ανάγκες των υπηρεσιών που προσφέρονται στις ενήλικες γυναίκες με ψυχικές διαταραχές²³⁵. Εντούτοις, **ελλείπουν οι έρευνες που αφορούν στις νεαρότερες γυναίκες. Η ανάγκη διεξαγωγής ερευνών** για τις τελευταίες είναι **επιτακτική**, καθώς σε πολλές ψυχικές διαταραχές οι διαφορές των φύλων εμφανίζονται πρώτα στην εφηβεία - όπου παρατηρείται και η ηλικία έναρξης των διαταραχών – όταν η πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση είναι δυνατόν να είναι περισσότερο αποτελεσματική στην πρόληψη ψυχικών διαταραχών που βρίσκονται σε πλήρη εξέλιξη.
- Εξάλλου, θα πρέπει να **πραγματοποιηθούν έρευνες** σχετικά με την **υποτροπή των ασθενειών, τη χρονιότητά τους, τις συνοδές διαταραχές που παρατηρούνται, την πορεία των νόσων και τη δυσλειτουργία που προκαλούν**, καθώς ούτε και σε αυτούς τους τομείς υπάρχουν αρκετά ερευνητικά δεδομένα, τόσο όσον αφορά στις γυναίκες του γενικού πληθυσμού, όσο και σε **μειονοτικές ομάδες γυναικών**, για τις οποίες είναι σκόπιμο να **προβλεφθεί ειδική μέριμνα και παρέμβαση**, καθώς η προσέγγιση σε αυτές τις ομάδες δεν είναι εύκολα προσβάσιμη.
- **Ειδική μέριμνα και σημασία θα πρέπει να δοθεί και στη σημαντικότητα των σχέσεων** (οικογενειακών και άλλων), στη κοινωνική υποστήριξη και στα δίκτυα για τις γυναίκες, τα οποία επηρεάζουν τόσο τη ζωή τους, όσο και την ψυχική τους υγεία. **Τα προγράμματα για την ψυχική υγεία των γυναικών θα πρέπει να αναπτυχθούν περαιτέρω.**
- Επιπρόσθετα, κρίνεται σκόπιμο να **σχεδιαστούν διαγνωστικά εργαλεία**, ώστε να **αποφεύγεται ο στιγματισμός** ή η αρνητική απόδοση χαρακτηριστικών στις αντιδράσεις των γυναικών σε παθολογικές καταστάσεις ή παθολογικά συστήματα.
- **Η ψυχική υγεία** θα πρέπει να **αναγνωριστεί** ως ένα πολύ σημαντικό θέμα στο **πεδίο της δημόσιας υγείας**. Η **έμφαση** είναι σκόπιμο να δοθεί στην **προώθηση της υγείας, στην πρόληψη, στη πολιτική που χαράσσεται για την υγεία** και γενικά στους ευρείς καθοριστικούς παράγοντες του συγκεκριμένου τομέα, παρά στην επικέντρωση αποκλειστικά στις υπηρεσίες υγείας.

²³⁵ NHI Guide, "Women's Mental Health and Gender Differences Research", March 2000, PA-00-074, txt at. <http://grants1.nih.gov/grants/guide/pa-files>

- **Η πληροφόρηση και η πρόσβαση στις υπηρεσίες της ψυχικής υγείας,** θα πρέπει να είναι **διαθέσιμες για όλες τις κοινωνικο-οικονομικές ομάδες.** Τα κοινωνικά, οικονομικά και πολιτισμικά στοιχεία της ψυχικής υγείας των γυναικών πρέπει να τύχουν αναγνώρισης και απόδοσης της δέουσας σημασίας παράλληλα με τη βιολογική βάση που αποδίδεται στις ψυχικές διαταραχές, ώστε να υπάρξει αλλαγή στη στάση της κοινωνίας απέναντι στις γυναίκες και με αυτόν τον τρόπο να πάψουν να υφίστανται διακρίσεις ή προκαταλήψεις εις βάρος των τελευταίων.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Acierno R., Resnick H. S. & Kilpatrick D. G.** (1997). Health Impact of Interpersonal Violence. 1: Prevalence Rates, Case Identification, and Risk Factors for Sexual Assault, Physical Assault, and Domestic Violence in Men and Women. *Behavioural Medicine*, 23, σελ. 53-64.
- Allen L. M., Nelson C. J., Rouhbaksh P. et al.** (1998). Gender differences in factor structure of the Self Administered Alcoholism Screening Test. *Journal of Clinical Psychology*, 54, σελ. 439-445.
- Amatea E. S. & Fong M. L.** (1991). The Impact of Role Stressors and Personal Resources on the Stress Experience of Professional Women. *Psychology of Women Quarterly*, 15, σελ. 419-430.
- American Psychiatric Association** (1994). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington, American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders** (2000). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157, 1, σελ. 1-39.
- Andersen A. E.** (1995). Eating Disorders in Males, στο K. D. Brownell & C. G. Fairburn (επιμ.). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York, Guilford Press, σελ. 177-187.
- Andersen R. M.** (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it matter?, *Journal of Health and Social Behavior*, 36, σελ. 1-10.
- Annandale E. & Hunt K.** (2001). Gender Inequalities in Health: Research at the Crossroads, στο E. Annandale & K. Hunt (επιμ.) *Gender Inequalities in Health*, Buckingham. Open University Press, σελ. 1-35.
- Αρτινοπούλου Β.** (2000). *Έννοιες και Μορφές της Ενδο-οικογενειακής Βίας*, εισήγηση στο διήμερο συνέδριο «Σπάζοντας τη Σιωπή», Πρακτικά Συνεδρίου 15-16 Ιουνίου 2000 στην Αθήνα. ΚΕΘΙ, σελ. 21-25.
- Αρτινοπούλου Β., Φαρσεδάκης Ι., Ζουλινάκη Α., Κατσίκη Γ., Ξυδοπούλου Ε. & Παπαμιχαήλ Σ., (Συντονίστρια έρευνας: Παπαγιαννοπούλου Μ.)** (2003) *Ενδο-οικογενειακή Βία Κατά των Γυναικών: Πρώτη Πανελλαδική Επιδημιολογική Έρευνα*. ΚΕΘΙ.
- Belle D.** (1999). Poverty and Women's Mental Health. *American Psychologist*, 45, σελ. 385-389.
- Breslau N., Kessler R. C., Chilcoat H. D., Schulz L. R., Davis G. C. & Andreski P.** (1996). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: The

- 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, σελ. 626-632.
- Bandarage A.** (1997). *Women, Population and Global Crisis*. London, Zed Books.
- Beitchman J. H., Zucker K. J., Hood J. E., DaCosta G. A., Akman D. & Cassavia E.** (1992). A Review of the long-term Effects of Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, σελ. 101-118.
- Bebbington P. E.** (1988). The Social Epidemiology of Clinical Depression, στο A.S. Henderson & G. Burrows (επιμ.), *Handbook of Studies On Social Psychiatry*, Amsterdam, Elsevier, σελ. 87-102.
- Becker A. E., Grinspoon S. K., Klibanski A., Herzog D. B.** (1999). Eating Disorders. *New England Journal of Medicine*, 340, 14, σελ. 1092-1098.
- Belle D.** (1990). Poverty and Women's Mental health. *American Psychologist*, 45, σελ. 385-389.
- Broadhead J. C., & Abas M. A.** (1998). Life Events, Difficulties and Depression among Women in an Urban Setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*, 28, σελ. 29-38.
- Brown G. W., Harris T. O. & Hepworth C.** (1995). Loss and Depression: a Patient and Non patient Comparison. *Psychological Medicine*, 25, σελ. 7-21.
- Bulik C. M., Sullivan P. F. & Kendler K. S.** (1998). An Empirical Study of the Classification of Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 44, σελ. 825-838.
- Γενική Γραμματεία Ισότητας** (2002). *Δειγματοληπτική Στατιστική-Αξιοποίηση των Στοιχείων που Αφορούν στην Κακοποίηση Γυναίκων που Απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα Αθήνας-Πειραιά*. Αθήνα, Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.
- Γκορίνης Α. Π. & Κούκιος Κ.** (1998). Χρήση Ψυχοφαρμάκων Από Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας στην Περιοχή Ευθύνης του ΝΓΝ-ΚΥ Καλαβρύτων. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 10, 1, σελ. 14-17.
- Callahan E. J. et al.** (1997). Depression in Primary Care: Patient Factors that Influence Recognition. *Family Medicine*, 29, σελ. 172-176.
- Campbell J., Kub J. E., & Rose L.** (1996). Depression in Battered Women. *Journal of American Women's Association*, 51, σελ. 106-110.
- Center for Disease Control and Prevention, National Center of Health Statistics** (1997). *Advance Report of Final Mortality Statistics*, Table 8.
- Chatzifotiou S. & Dobash R.** (2001). Seeking Informal Support: Marital Violence against Women in Greece. *Violence against Women*, 7, 9, σελ. 1024-1051.

- Cohen S., Kamarrck T. & Mermelstein R.** (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, σελ. 385-396.
- Collins K. S., Schoen C., Joseph S., Duchon L., Simantov E. & Yellowitz M.** (1999). *Health Concerns Across A Woman's Lifespan: The Commonwealth Fund 1998 Survey of Women's Health*. New York, The Commonwealth Fund.
- Cowen, E. L.** (1994). The enhancement of psychological wellness: Challenges and opportunities. *American Journal of Community Psychology*, 22, σελ. 149-179.
- Dennerstein L., Astbury J. & Morse C.** (1993). *Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health*. Geneva, World Health Organization.
- Dennerstein L., Dudley E. & Burger H.** (1997). Well Being and the Menopausal Transition. *Journal of Psychosomatics and Gynecology* 18, σελ. 95-101.
- Department of Health** (1998). *Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health*. UK Government, παρ. 1.30, σελ. 23.
- Desjarlis R., Eisenberg L., Good B. & Kleinman A.M.** (1995). *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-outcome Countries*. New York, Oxford University Press.
- Dibble U., & Straus M. A.** (1980). Some Social Structure Determinants of Inconsistency between Attitudes and Behavior: The Case of Family Violence. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 1, σελ. 71-80.
- Dobash R. E. & Dobash R.** (1979). *Violence against Wives*. New York, Free Press.
- Doress-Wortes P. B.** (1994). Adding Elder Care to Women's Multiple Roles: A Critical Review of the Caregiver Stress and Multiple Roles Literatures. *Sex Roles*, 31, σελ. 597-613.
- Ειδική Σύνοδος της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., Γυναίκες 2000: Ισότητα των Φύλων, Ανάπτυξη και Ειρήνη για τον 21^ο Αιώνα**, Πρακτικά Συνόδου, Νέα Υόρκη, 5-9 Ιουνίου 2000.
- Eichler A. & Parron D. L.** (1987). *Women's Mental Health: Agenda for Research*. Rockville, Unpublished Licentiate, Umea University.
- Emslie C., Fuhrer R., Hunt K., Macintyre S., Shipley M. & Stansfeld M.** (2002). Gender Differences in Mental Health: Evidence from Three Organizations. *Social Science & Medicine*, 54, 4, σελ. 621-624.
- Ενημερωτικό Δελτίο ΤΕΕ: 8ο Μεσογειακό Συνέδριο του Association of Women of the Mediterranean Region (Γυναίκες της Μεσογείου), Το περιβάλλον στη λεκάνη της Μεσογείου - Η Γυναικεία Οπτική**, τ. 2063, 9 Αυγούστου 1999.
- Eurobarometer 58.1 – National Standard Report** (2003). *Παρουσίαση και ανάλυση της ελληνικής κοινής γνώμης*. Brussels, European Opinion Research Group.

- European Commission, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs** (1998). *Sexual Harassment in the Workplace in the European Union: The Dutch Study*. European Commission.
- Facione N. C.** (1992). Role Overload and Health: The Married Mother in the Waged Labour Force. *Health Care for Women International*, 15, σελ. 157-167.
- Foucault M.** (1984). *Histoire de la Sexualité 2: L'usage des Plaisirs*. Paris, Gallimard.
- Garyfallos G. et al.** (1991). Greek Version of the General Health Questionnaire: Accuracy of Translation and Validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 4, σελ. 371-378.
- Gibbs J. & Fuery D.** (1994). Mental Health and Well-being of Black Women: Towards Strategies of Empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 22, σελ. 559-582.
- Ginieri-Coccosis M., Antonopoulou V., Triantafillou E., Christodoulou G. N.** (2001). Translation and Cross-cultural Adaptation of WHOQOL-100 in Greece: Part I. *Psychiatry Today* 32, 1.
- Ginieri-Coccosis M., Triantafillou E., Antonopoulou V., Tomaras B., Christodoulou G.** (2001). *Quality of Life in Relation to WHOQOL-100 Questionnaire (1-6)*. Athens, Publishing Co., Beta.
- Ginieri-Coccosis M., Antonopoulou V., Triantafillou E., Christodoulou G. N.** (2001). Translation and Cross-cultural Adaptation of WHOQOL-100 in Greece: Part II. *Psychiatry Today* 33, 1.
- Gove W. & Fain T.** (1970). Societal Reaction as an Explanation of Mental Illness: An Evaluation. *American Sociology Review*, 35, σελ. 873-884.
- Gray E. B., Megan C., Piotrkowski C. S. & Bond J. T.** (1990). Husband Supportiveness & the Well-being of Employed Mother of Infants. *Families in Society: the Journal of Contemporary Human Services*, σελ. 332-340.
- Gritz E. R. et al.** (1996). Smoking Cessation and Gender: The Influence of Physiological, Psychological, and Behavioral Factors. *JAMWA*, 51, σελ. 35-42.
- Gutierrez-Lobos K., Wöfl G., Scherer M., Anderer P. & Schmidl- Mohl B.** (2000). The Gender Gap in Depression Reconsidered: The Influence of Marital and Employment Status on the Female/Male Ratio of Treated Incidence Rates. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 35, σελ. 202-210.
- Hambrecht M., Mauer K. & Hafner H.** (1992). Evidence for a gender bias in epidemiological studies of schizophrenia. *Schizophrenia research*, 8, σελ. 223-231.
- Hays R. D., Wells K. B., Sherbourne C. D., Rogers W. & Spritzer K.** (1995). Functioning And Well-being Outcomes of Patients with Depression Compared

- With Chronic General Medical Illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 52, σελ. 11-19.
- Wells K. B., Stewart A., Hays R. D., et al.** (1989). The Functioning and Well-Being of Depressed Patients: Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 262, σελ. 914-919.
- Heise L. L., Pitanguy J., & Germain, A.** (1994). Violence against Women. The Hidden Health Burden. *Social Science and Medicine*, 39, σελ. 233-245.
- Helzer J. E.** (1986). The Increased Risk for Specific Psychiatric Disorders among Persons of Low Socioeconomic Status: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *American Journal of Social Psychiatry*, 4, σελ. 59-71.
- Hendrick V., Altshuler L. L., Gitlin M. J. et al.** (2000). Gender and bipolar illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, σελ. 393-396.
- Hilton M. E.** (1987). Drinking Patterns and Drinking Problems in 1984: Results from a General Population Survey. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 11, 2, σελ. 167-175.
- Hughes D. L. & Galinsky E.** (1994). Gender, Job and Family Conditions and Psychological Symptoms. *Psychology of Women Quarterly*, 18, σελ. 251-270.
- Jordan J. Kaylan A. & Surrey J. L.** (1991). *Women's Growth in Connection: Writings from the Stone Centre*. New York, Guilford Publications.
- Κατάκη Χ.** (1984). *Οι Τρεις Ταυτότητες της Ελληνικής Οικογένεια*. Αθήνα, εκδ. Κέδρος.
- Kawachi I. et al.** (1999). Social Capital and Self-rated Health: a Contextual Analysis. *American Journal of Public Health*, 89, σελ. 1187-1193.
- Kawachi I., Kennedy B. P., Lochner K. et al.** (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 89, 11491-1298.
- Koblinsky M., Timyan J. & Guy J.** (επιμ.) (1993). *The Health of Women: A Global Perspective*. National Council for International Health, Westview Press.
- Kessler R. C., Sonnega A., Bromet E. et al.** (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, σελ. 8-19.
- Kessler R. C., Sonnega A., Bromet E. et al.** (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, σελ. 1048-1060.
- Kessler R. S., McGonagle K. A., Swartz M., Blazer D. G. & Nelson C. B.** (1993). Sex and Depression in the National Comorbidity Study. *Journal of Affective Disorders*, 29, σελ. 85-96.

- Kessler R., McGonagle K., Zhao S., et al.** (1994). Lifetime and 12-month Prevalence of DSM III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, σελ. 8-19.
- Kessler R. C., Nelson C. B. McGonagle K. A., et al.** (1996). The Epidemiology of Co-occurring Addictive and Mental Disorders: Implications for Prevention and Service Utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, σελ. 17-31.
- Kirmani M. N., & Munyakho D.** (1996). The Impact of Structural Adjustment Programs on Women and AIDS. Στο L.D. Long & E.M. Ankrah (επιμ.). *Women's experience with HIV/AIDS: An International Perspective*. New York: Columbia University Press, σελ. 160-178.
- Klerman G. L.** (1987). Clinical Epidemiology of Suicide, *Journal of Clinical Psychology*, 48, σελ. 33-38.
- Kopp R. G. & Ruzicka F. M.** (1993). Women's Multiple Roles and Psychological Well-Being. *Psychological Reports*, σελ. 1351-1354.
- Kornstein S.** (1997). Gender Differences In Depression: Implications for Treatment, *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, σελ. 12-18.
- Koss M., & Heslet L.** (1992). Somatic Consequences of Violence against Women. *Archives of Family Medicine*, 1, σελ. 53-59.
- Leibenluft E.** (1996). Women with Bipolar Disorder: Clinical and Research Issues. *American Journal of Psychiatry*, 153, σελ. 163-173.
- Lennon M. C.** (1995). Work Conditions as Explanations for the Relation between Socioeconomic Status, Gender and Psychological Disorders. *Epidemiologic Reviews*, 17, 1, σελ. 120-127.
- Long J. & Porter K. L.** (1989). Sex-Role Orientation, Coping Strategies and Self-Efficacy of Women in Traditional and Non-Traditional Occupations. *Psychology of Women Quarterly*, 13, σελ. 307-324.
- Μαδιανός Μ.** (1998). Φυσικό Περιβάλλον και Ψυχική Υγεία. *Ιατρικά Χρονικά*, 9, σελ. 525-529.
- Μαδιανός Μ.** (1998). *Υγεία και Ελληνική Κοινωνία: Εμπειρική Έρευνα*. Αθήνα, ΕΚΚΕ.
- Μαδιανός Μ.** (2000). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, Αθήνα, εκδ. Καστανιώτης.
- Mastroianni A. C., Faden R. & Federman S.** (1994). *Women and Health Research: Ethical and Legal issues of Including Women in Clinical Studies*. Washington, Institute of Medicine, National Academy Press.

- McBride A. B.** (1991). The Challenges of Multiple Roles: The Interface between Work and Family When Children Are Young. *Prevention in Human Services*, 9, 1, σελ. 143-156.
- McGrath E, Keita G. P, Strickland B. R. et al** (επιμ.) (1990). *Women and Depression. Risk Factors and Treatment Issues*. Washington, American Psychological Association.
- Maiese D. R.** (2002). Healthy People 2010 – Leading Health Indicators for Women. *Women's Health Issues*, 12, 4, σελ. 155-164.
- Μάνος Ν.** (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
- Mirrlees-Black C. & Byron C.** (1999). *Domestic Violence: Findings from the BCS Self-Completion Questionnaire*. Home Office Research, Development and Statistics Directorate, 86.
- Μπουλουτζά Π.** (2003). Ημίμετρα για τα Ναρκωτικά. *Καθημερινή*, Ελλάδα, 7 Μαρτίου 2003.
- Μουζακίτης Κ.** (1989). Συζυγική Βία: Αιτιολογία, Επιπτώσεις, Παρέμβαση. *Κοινωνική Εργασία*, 16, σελ. 217-227.
- Mullen P. E. et al.** (1993). Childhood Sexual Abuse and Mental Health in Adult Life. *British Journal of Psychiatry*, 163, σελ. 721-732.
- Mullen P. E., Romans-Clarkson S. E., Walton V. A. et al.** (1988). Impact of Sexual and Physical Abuse and Mental Health in Adult Life. *British Journal of Psychiatry*, 163, σελ.721-732.
- Murray C. J. L. & Lopez A. D.** (1996). *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk factors in 1990 and Projected to 2000*. Cambridge, Harvard School of Public Health.
- National Institute of Mental Health** (2001). *NIMH Research on Women's Mental Health: Highlights FY 1999-FY 2000*, NIMH Public Inquiries, Bethesda.
- National Institute of Mental Health.** *The Nation's Count: Mental Illness in America*, NIH publication, no. NHI99-4584.
- National Institute of Justice and Centers for Disease Control and Prevention** (1998). *Research in Brief: Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women: Findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, U.S. Department of Justice.
- NHI Guide** (2000). Women's Mental Health and Gender Differences Research. PA-00-074, txt at. <http://grants1.nih.gov/grants/guide/pa-files>

- Nolen-Hoeksema S.** (1990). *Sex Differences in Depression*. Stanford, Stanford University Press.
- Offer S. N. & Shabshin M.** (1984). *Normality and the Life Cycle: A Critical Integration*. New York, Basic Books.
- Παπαγγελής Θ. Δ.** (2000). Πώς ο Άνθρωπος Έχασε τον Ελεύθερο Χρόνο του. *ΤΟ ΒΗΜΑ*, 21/5/2000, Κωδικός άρθρου: B12938B142
- Parker J., Georgaka E., Harper D. & McLaughlin T.** (1995). *Deconstructing Psychopathology*. London, Sage Publications.
- Piccinelli M. and Homen F. G.** (1997). *Gender Differences in the Epidemiology of Affective Disorders and Schizophrenia*. Geneva, World Health Organization.
- Pilgrim D & Rogers A.** (1993). *A Sociology of Mental Health and Illness*. Buckingham, Open University Press.
- Popay J., Bartley M. & Owen C.** (1993). Gender Inequalities in Health: Social Position, Affective Disorders and Minor Psychiatric Morbidity. *Social Science and Medicine*, 36, 1, σελ. 21-32.
- Ratner P.** (1993). The Incidence of Wife Abuse and Mental Health Status in Abused Wives in Edmonton, Alberta. *Canadian Journal of Public Health*, 84, σελ. 246-249.
- Resnick H. S., Acierno R. & Kilpatrick D. G.** (1997). Health Impact of Interpersonal Violence. 2: Medical and Mental Health Outcomes. *Behavioural Medicine*, 23, σελ. 65-78.
- Robins L., Helzer J., Weissman M. et al.** (1984). Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, σελ. 949-958.
- Russo N.** (1995). Women and Mental Health: Selected Issues, στο P. Willie, B. Rieker, B. Kramer & B. Brown (επιμ.). *Mental Health, Racism & Sexism*. London, Taylor & Francis, σελ. 373-396.
- Sale E., Sambrano S., Springer J. F. & Turner C. W.** (2003). Risk, Protection & Substance Use in Adolescents: A Multi-side Model. *Journal of Drug Education*, 33, 1, σελ. 91-105.
- Salmon P. & Calderbank S.** (1996). The Relationship of Childhood Physical and Sexual Abuse to Adult Illness Behavior. *Journal of Psychosomatic Res.*, 40, σελ. 329-336.
- Sharma R. P., Dowd S. M. and Janicak P. G.** (1999). Hallucinations in the acute schizophrenic-type psychosis. *Schizophrenia Research* 37, σελ. 91-95.
- Sharma S.** (1999). Multiple Roles and Women's Health: A Multi-Linear Model. *Equal Opportunities International*, 18, σελ. 16-23.

- Sherbourne C. D., Dwight-Johnson M. & Klap R.** (2001). Psychological Distress, Unmet Need and Barriers to Mental Health Care for Women. *Women's Health Issues*, 11, 3, σελ. 231-243.
- Schifrin E.** (2001). An Overview of Women's Health Issues in the United States and United Kingdom. *Women's Health Issues*, 11, 4, σελ. 261-281.
- Small R., Astbury J., Brown S. & Lumley J.** (1994). Depression after Childbirth. Does Social Context Matter? *Medical Journal of Australia*, 161, σελ. 473-177.
- Stansfeld S., A. Head J. & Marmot M. G.** (1998). Explaining Social Class Differentials in Depression and Well Being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, σελ. 1-9.
- Stevens P. A., Hall J. M. & Meleis A. I.** (1992). Examining Vulnerability of Women Clerical Workers from Five Ethnic Racial Groups. *Western Journal of Nursing Research*, 14, 6, σελ. 754-774.
- Stewart D. E., Rondon M., Damiani G. & Honikman J.** (2001). International Psychosocial and Systemic Issues in Women's Mental Health. *Archives of Women's Mental Health*, 4, σελ. 13-17.
- Stotland N. L. & Stewart D. E.** (επιμ.) (2001). *Psychological Aspects of Women's Health Care: the Interface between Psychiatry and Obstetrics and Gynecology*, Washington, American Psychiatric Press.
- Strebel A., Stacey M. & Msomi N.** (1999) Gender and Psychiatric Diagnosis: A Profile of Admissions to Mental Hospitals in the Western Cape Province, South Africa. *Archives of Women's Mental Health*, 2, σελ. 75-81.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration** (2002). *Results form the 2001 National Household Survey on Drug Abuse: Vol. 1. Summary of National Findings.*
- Substance Abuse and Mental Health Service Administration** (2002). *Initiation of Marijuana Use: Trends, Patterns and Implications.*
- Sullivan P. F.** (1995). Mortality in Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 7, σελ. 1073-1074.
- Sutherland C., Bybee D. & Sullivan C.** (1998). The Long-term Effects of Battering on Women's Health. *Women's Health*, 4, σελ. 41-70.
- Titus M. & Smith W.** (1992). Contemporary Issues in the Psychotherapy of Women. *Bulletin of Menninger Clinic*, 56, σελ. 48-61.
- Tomes N.** (1992). Historical Perspectives on Women and Mental Illness, στο A. Apple (επιμ.). *Women, Health and Medicine in America: A Historical Handbook.* New Jersey, Rutgers University Press, σελ. 143-171.
- Thompson P.** (1983). *The Nature of Work.* London, Mac Millan.

- Turner R. J. & Marino F.** (1994). Social Support and Social Structure: A Descriptive Epidemiology of a Central Stress Mediator. *Journal of Health and Social Behaviour*, 35, σελ. 193-212.
- United Nations Development Program** (1995). *Human Development Report*. New York, Oxford University Press.
- United Nations** (2000). *The World's Women 2000: Trends and Statistics*, publication number E.00.XVII.14, New York.
- U.S. Department of Health and Human Services** (2000). *Healthy People 2010 (2nd ed)*. Washington DC.
- U.S. Department of Health and Human Services** (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- U.S. Department of Health and Human Services** (2001). *Women and Smoking: A Report of the Surgeon General*.
- Ustun T. B. & Santorius N.** (1995). *Mental illness in General health Care: An international study*: John Wiley on behalf of the World Health Organization.
- Vazquez- Barquero J., Diez Manrique J., Munoz J., et.al** (1992). Sex Differences in Mental Illness: A Community Study of the Influence of Physical Health and Sociodemographic Factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, σελ. 62-68.
- Veal A. J.** (1992). Definitions of Leisure and Recreation, *Australian Journal of Leisure and Recreation*, 2, 4, σελ. 44-49.
- Walberg P. et al.** (1998). Economic Change, Crime and Mortality Crisis in Russia. *British Medical Journal* 3, 17, σελ. 312-318.
- Walker E. A., Unutzer J., Rutter C., Gelfand A., Saunders K., VonKorff M., Koss M. & Katon W.** (1999). Costs of Health Care Use by Women HMO Members With a History of Childhood Abuse and Neglect. *Archives of General Psychiatry*, 56, σελ. 609-613.
- Wald N. & Nicolaides-Bouman A.** *UK Smoking Statistics*. Oxford University Press, X.X.
- Weissman M. M. & Klerman G. L.** (1977). Sex Differences and the Epidemiology of Depression. *Archives of General Psychiatry*, 3, σελ. 98-112.
- WHOQOL Group.** (1993). Study Protocol for the World Health Organization Project to a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). *Quality of life research*, 2, σελ. 153-159.

- World Health Organization** (1997). *Tobacco or Health: A Global Status Report*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization** (1999). *Discussion Paper, WHO International Conference on Tobacco and Health, Kobe—Making a Difference in Tobacco and Health*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization** (2001). Management of Substance Dependence & Non Communicable Diseases. *Global Status Report on Alcohol*, World Health Organization, June 2001.
- World Health Organization** (2001). *Women & Tobacco Epidemic. Challenges for the 21st Century* (επιμ. J. M. Samet & S. Y. Yoon). World Health Organization.
- World Health Organization** (1998). *WHOQOL Annotated Bibliography*. Department of Mental Health.
- Weissman, M. M., Bland R., Canino G., Greenwald S., Hwu H., Joyce P., Karam E., Lee C., Lellouch J., Lepine J., Newman S., Rubio-Stipec M., Wells J., Wickramaratne P., Wittchen H. & Yeh E.** (1999) Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, 29, σελ. 9-17.
- Williams G. D., Grant B. F. Harford T. C. & Noble, B. A.** (1989). Population Projections Using DSM-III Criteria: Alcohol Abuse and Dependence, 1990-2000. *Alcohol Health & Research World*, 13, 4, σελ. 366-370.
- Wilsnack S. C. Wilsnack R. W. and Klassen A. D.** (1986). Epidemiological Research on Women's Drinking, 1978-1984, όπως αναφέρεται στο National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Women and Alcohol: Health-Related Issues*, Research Monograph No. 16, DHHS Pub. No. 86-1139. Washington, DC, Supt. of Docs., U.S. Government Printing Office, σελ. 1-68.
- Wilsnack R. W., Wilsnack S. C., & Klassen A. D. Jr** (1984). Women's Drinking and Drinking Problems: Patterns from a 1981 National Survey. *American Journal of Public Health*, 74, 11, σελ. 1231-1238.
- Wilsnack R. W., & Cheloha R.** (1987). Women's Roles and Problem Drinking Across the Lifespan. *Social Problems*, 34, 3, σελ. 231-248.