

Áhrif andlegs, líkamlegs og kynferðislegs ofbeldis á andlega heilsu kvenna

Ágrip

Tilgangur Að meta áhrif líkamlegs, andlegs og kynferðislegs ofbeldis á andlega heilsu meðal kvenna sem komu á slysa- og bráðadeild (SB) Landspítala-háskólasjúkrahúss (LSH) og meðal kvenna sem voru í meðgöngueftirliti á Miðstöð mæðraverndar (MM). Eftirfarandi tilgátur voru prófaðar: (a) Konur sem hafa verið beittar margþættu langvarandi andlegu, líkamlegu og/eða kynferðislegu ofbeldi (e. cumulative experience of abuse) af hálfu fjölskyldumeðlims tiltaka marktækt fleiri andleg sjúkdómseinkenni en þær konur sem ekki hafa reynslu af ofbeldi; (b) fyrri reynsla kvenna af kynferðislegu, andlegu og líkamlegu ofbeldi af hálfu náins fjölskyldumeðlims og reynsla af því að vera þolandi ofbeldis í núverandi sambúð spáir marktækt fyrir um andlega heilsu kvennanna.

Aðferð Þetta er þversniðsrannsókn sem gerð var meðal kvenna sem komu á SB og MM (SB N=101 og MM, N=107). Gögnum var safnað með spurningarlistum, s.s listanum „Greining á ofbeldi gegn konum“ (The Women Abuse Screening Tool (WAST) og með hálfstöðluðum viðtölum, þ.e. með viðtalsrammanum „Ofbeldi gegn konum: Mat og fyrstu viðbrögð“ (Women Abuse: Screening and First Response).

Niðurstöður Fyrri reynsla kvennanna sem þátt tóku á SB af kynferðislegu ofbeldi af hálfu náins fjölskyldumeðlims, reynsla af andlegu ofbeldi s.l. ár og reynsla þeirra af ofbeldi í núverandi sambúð/hjónabandi, spáði fyrir um núverandi andlega heilsu og vellíðan þeirra. Fyrri reynsla kvenna sem þátt tóku á MM af líkamlegu ofbeldi, reynsla þeirra af fyrri kynferðislegu ofbeldi af hálfu náins fjölskyldumeðlims og það að vera fórnarlamb ofbeldis í núverandi sambúð/hjónabandi spáði fyrir um andlega heilsu þeirra. Konur



sem höfðu reynslu af margþættu ofbeldi (líkamlegu, andlegu og eða kynferðislegu ofbeldi) bjuggu við verri andlega heilsu en konur sem höfðu mátt þola eina eða tvær tegundir af ofbeldi og/eða höfðu ekki verið beittar ofbeldi.

Lokaorð Konur sem eru fórnarlömb ofbeldis hér á landi leita eftir heilbrigðisþjónustu hjá slysa- og bráðadeild LSH og þær þeirra sem eru barnshafandi eru í meðgöngueftirliti á göngudeildum fyrir áhættumeðgöngu hjá Miðstöð mæðraverndar. Vitneskja um það hve víðtæk áhrif ofbeldis eru á heilsufar kvenna, bæði áhrifin af fyrra og margþættu ofbeldi, sem og að vera þolandi ofbeldis í núverandi sambandi, undirstrikar mikilvægi þess að greina ofbeldi gegn konum með reglubundnum hætti á slysa- og bráðadeildum sem og á göngudeild fyrir áhættumeðgöngu.

(*Lykilorð*: Kynbundið ofbeldi, heilsufarslegar afleiðingar)

Inngangur

Ofbeldi gegn konum af hálfu maka eða sambýlismanns er alþjóðlegt heilsufarsvandamál sem hefur farið vaxandi og er viðkvæmt, vandmeðfarið og dulið. Umfjöllun um þá stöðugu þjáningu og sársauka sem þolendur ofbeldisverka þurfa að búa við er nú útbreiddari en áður var, auk þess sem almenningur og heilbrigðisstarfsfólk veitir málefningu nú meiri athygli og skilning. Erlendar rannsóknir hafa leitt í ljós að afleiðingar ofbeldis eru bæði sálfélagslegar og heilsufarslegar, að ofbeldi hefur alvarlegar afleiðingar fyrir velferð og heilsu einstaklinga og að konur sem beittar hafa verið ofbeldi nota heilbrigðisþjónustuna oftar en aðrar konur. Hér á landi hefur þetta hins vegar lítið verið kannað/rannsakað.

Læknar og hjúkrunarfræðingar tilheyra þeim hópi heilbrigðisstétta sem oft er í nánú sambandi

við konur sem leita eftir heilbrigðisþjónustu og því mikilvægt að þeir sinni þolendum ofbeldis á markvissan og skipulagðan hátt svo sem með því að framkvæma reglubundna kembileit gegn ofbeldi og bjóða upp á viðeigandi úrræði/meðferðir.

Þó alþjóðlegar rannsóknir hafi sýnt fram á að orsakasamband sé milli ofbeldis og áhrifa á heilsufar kvenna er minna vitað um áhrifin af margþættu langvarandi ofbeldi á heilsufar. Engin birt rannsókn er til hér á landi þar sem áhrif margþætts langvarandi ofbeldis á heilsufara kvenna hefur verið kannað/rannsakað. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna áhrif af margþættu líkamlegu, andlegu og kynferðislegu ofbeldi á andlega heilsu meðal kvenna sem komu á slysa- og bráðadeild Landspítala háskólasjúkrahúss og á Miðstöð mæðraverndar.

Bakgrunnur

Ýmsar skilgreiningar hafa verið settar fram á kynbundnu ofbeldi en sú skilgreining sem stuðst er við í þessari rannsókn er skilgreining Reynolds og Schweitzer (1). Þar er ofbeldi gegn konum skilgreint sem kerfisbundin áætlun til að staðfesta og viðhalda valdi og stjórn yfir hugsunum, viðhorfum og hegðun konunnar með því að ala á ótta og með því að gera konuna háða gerand-anum. Í þessari íslensku rannsókn sem hér eru gerð skil, er hugtakið margþætt ofbeldi notað yfir andlegt, líkamlegt og eða kynferðislegt ofbeldi þ.e.a.s hugtakið er notað yfir tvær eða þrjár tegundir af ofbeldi.

Alþjóðlegar rannsóknir hafa leitt í ljós, að andlegt, líkamlegt og kynferðislegt ofbeldi gegn konum leiðir til þess að konum finnst þær vera jaðarhópur í samfélaginu, finna fyrir fordómum á vinnustað, auk þess sem þær finna fyrir einangrun, skömm, ótta, reiði og streitu (andlegu álagi) (2). Komið hefur í ljós að þessi hópur kvenna er auk þess auðsæranlegur, þær eru oft varnarlau-sar og fullar af sjálfsásökun (2, 3). Þær konur sem tilheyra minnihlutahópum, eins og konur af afrískum uppruna búsettar í Bandaríkjunum, hafa greint frá því að samhliða því að fást við kynbundið ofbeldi þurfi þær að fást við kynþátta-ofbeldi sem hafi gert þeim erfiðara fyrir að búa sér öruggt umhverfi (4).

Konur sem hafa verið beittar ofbeldi en farið að vinna að því að bæta aðstæður sínar hafa lýst því ferli. Til að byrja með fengust konurnar við að

endurskoða sjálfar sig og sitt nánasta umhverfi, en þegar lengra var komið í breytingaferlinu þá fóru þær að vinna að því að losa sig úr aðstæð-unum (5), skoða foreldrahlutverkið eftir skilnað (6) og að vinna áfram að því að sporna við ofbeld-inu.

Fyrir utan þau áhrif sem hér hafa verið talin hefur komið í ljós að ofbeldi hefur áhrif á sam-skipti og sambönd kvennanna við aðra, getu þeirra til félagslegra samskipta og á getu þeirra til að stunda skóla og mennta sig, sem og á efna-hag þeirra (7).

Athyglisvert er að við skoðun á rannsóknnum undanfarinna fimm ára fundust einungis tvær meðferðarrannsóknir er tengdust konum sem þol-endum ofbeldis (8, 9). Önnur þeirra var hjúkr-unarmedferðarrannsókn, en niðurstöður þeirrar rannsóknar sýndu að mat hjúkrunarfræðinga á ofbeldi og það að bjóða upplýsingar um úrræði í samfélaginu virðist rjúfa ofbeldisferlið og varna endurteknum árásum (e. prevent recurrence) og áverkum á konurnar.

Skammvinn og langvinn áhrif ofbeldis á heilsufar kvenna hafa einnig verið rannsökuð og sýna niðurstöður þeirra rannsókna að konurnar þurfa að fást við fjölmörg heilbrigðisvandamál sem lýsa sér bæði með líkamlegum og andlegum einkennum (9, 10, 11, 12, 13, 14), auk þess sem þær voru líklegri til að þróa með sér geðræna sjúkdóma (12) og minni líkur eru á að þær stundi vinnu eða nám (15, 16). Konur sem eru þolendur ofbeldis eru einnig líklegri til að skaða sjálfar sig með sjálfsvígstilraunum sem oft eru tilkomnar vegna ávana- og fíkniefnanotkunar og vegna langvinnis þunglyndis (12).

Þó konur finni til léttis og aukinnar vellíðanar við að yfirgefa ofbeldisfullan sambýlismann eru vísbendingar um að margar konur sem yfirgefa ofbeldisfullan eiginmann séu oft undir miklu álagi eftir aðskilnaðinn. Einnig kemur þar fram að þó konur leiti sér aðstoðar þá fylgi því oft blendnar tilfinningar sökum þess hve mikla skömm þær hafa á sjálfum sér, vegna sjálfsásökunar, tilfinningar um að mistakast, vegna þess að þær hafa áhyggjur af því að opinbera eigin vandamál fyrir öðrum, óttast hótanir eiginmannsins og hafa áhyggjur af viðbrögðum sem þær geta orðið fyrir. Rannsakendur hafa ennfremur komist að því að ófrískar konur sem voru þolendur ofbeldis höfðu neikvætt viðhorf til meðgöngunnar og þótt gróft

ofbeldi gegn konum virtist ekki hafa áhrif á samband móður og barns þá hafði andlegt heilsufar móður áhrif á hegðunarvanda barnanna (17).

Viðbrögð fjölskyldu og vina við ofbeldiskenndu sambandi hafa lítið verið rannsökuð. Einungis ein rannsókn fannst þar sem þetta var kannað og kom í ljós að flestar konurnar greindu vinum og fjölskyldumeðlimum frá ofbeldinu en viðbrögð þeirra fóru m.a. eftir því hvers eðlis sambandið við ofbeldismanninn var, hversu oft konan hafði áður farið frá manningum, fjölda barna sem konan átti og hvort vinum og fjölskyldu stóð ógn af ofbeldismanninum (18).

Alþjóðlegar rannsóknaniðurstöður sýna fram á það hve víðtækar afleiðingar kynbundins ofbeldis eru og eru þá meðtalin bæði skammvinn og langvarandi áhrif á heilsu og á sambönd kvennanna við sitt nánasta umhverfi. Á því leikur enginn vafi að ofbeldi er stórt samfélagsvandamál sem þarfnast skilvirkrar íhlutunar og/eða meðferðar af hálfu heilbrigðisstarfsmanna. Á grundvelli þeirrar fræðilegu samantektar sem hér hefur verið gerð skil, voru eftirfarandi tilgátur prófaðar: (a) Konur sem hafa mátt þola langvarandi andlegt, líkamlegt og/eða kynferðislegt ofbeldi (e. cumulative experience of abuse) af hálfu fjölskyldumeðlims, greina frá marktækt fleiri andlegum heilsufars-einkennum en þær konur sem ekki hafa búið við ofbeldi; (b) fyrri reynsla kvenna af kynferðislegu, andlegu og líkamlegu ofbeldi af hálfu náins fjölskyldumeðlims og reynsla af því að vera þolandi ofbeldis í núverandi sambúð spáir með marktækum hætti fyrir um andlega heilsu kvennanna.

Aðferð

Úrtak/þátttakendur

Gögnum var safnað yfir 7 mánaða tímabil á árinu 2006 meðal kvenna sem sóttu heilbrigðisþjónustu á slysa- og bráðadeild (SB) LSH og kvenna sem komu í skoðun á fyrsta þriðjungi meðgöngu á göngudeild fyrir áhættumeðgöngu hjá Miðstöð mæðraverndar (MM).

Hjúkrunarfræðingar (á LSH) og ljósmæður (á MM) kynntu rannsóknina fyrir konunum á meðan sambýlismaður/maki þeirra (ef hann var með í skoðuninni) beið fyrir utan skoðunarherbergið. Af þeim 110 konum sem komu á Miðstöð mæðraverndar á því tímabili sem gögnum var safnað neituðu þrjár þátttöku (án þess að gefa upp ástæðu þess), þannig að endalegt úrtak sam-

anstóð af 107 konum á MM (97,3% þátttaka). Af þeim 103 konum sem rannsóknin var kynnt fyrir á SB neituðu tvær þátttöku svo 101 kona var í því úrtaki (98% þátttaka). Öllum konunum sem þátttöku var kynnt að rannsóknin færi fram í tveimur þáttum. Fyrst var konunum afhent umslag með spurningarlistum í, en síðan var konunum boðið í viðtal við hjúkrunarfræðing eða ljósmóður. Það tók konurnar um 4-12 mínútur að svara spurningarlistunum og hvert viðtal tók 10-54 mínútur.

Fjórtaan af 65 hjúkrunarfræðingum (21,5%) sem unnu á slysa- og bráðadeild LSH og 10 af 11 ljósmæðrum (91,7%) sem unnu á Miðstöð mæðraverndar voru þjálfaðar í gagnasöfnun. Þær sóttu fyrirlestra um ofbeldi gegn konum, horfðu á 90 mínútna mynd fyrir heilbrigðisstarfsfólk um ofbeldi í nánnum samböndum og tóku þátt í 2-5 fræðslufundum um það hvernig ætti að nota í klínísku starfi nýlegar klínískar leiðbeiningar, sem þróaðar höfðu verið og aðlagðar að íslenskum aðstæðum, til að auðkenna ofbeldi og að bjóða bestu mögulegu fyrstu viðbrögð og úrræði.

Til þess að geta tekið þátt í rannsókninni urðu konurnar að uppfylla eftirtalin skilyrði a) vera á aldrinum 18-67 ára; b) sækja heilbrigðisþjónustu til slysa- og bráðadeildar LSH eða á Miðstöð mæðraverndar; og c) vera færar um að lesa íslensku eða ensku. Þær konur sem voru undir áhrifum áfengis, höfðu tekið of stóran lyfjaskammt eða voru undir áhrifum eiturlyfja voru útilokaðar frá rannsókninni. Lokaúrtakið samanstóð af 208 konum (MM = 107 og SB = 101). Meðalaldur kvennanna á SB var 38,00 ár (aldursbil 18-68 og meðalaldur kvennanna á MM var 30,40 ár (aldursbil 18-45). Flestar kvennanna sem heimsóttu SB og MM voru annaðhvort giftar eða í sambúð (SB=69 (70,4%); MM=85 (80,1%)) (sjá töflu 1). Allflestar unnu annaðhvort fulla vinnu eða hlutastarf utan heimilisins (SB=79 (82,3%); MM=88 (85,5%)) (sjá töflu 1).

Mælitæki

Upplýsingum sem varða bakgrunn kvennanna (lýðfræðilegar upplýsingar) og sýn þeirra á spennu í nánnum sambandi, erfiðleika við að leysa ágreining og tíðni ofbeldis í núverandi sambúð var safnað með spurningarlistum. Auk þess var safnað með hálfstöðluðum viðtölum gögnum um ofbeldi sem konurnar höfðu verið beittar í nánnum samböndum og af hálfu náins fjölskyldumeðlims.



Spurningarlistarnir höfðu verið þýddir úr ensku yfir á íslensku af hópi heilbrigðisstarfsmanna, rannsakendum og sérfræðingum í ensku og síðan bakþýddir yfir á ensku til að auka enn á áreiðanleika mælitækjanna. Mælitækin og hálfstaðlaða viðtalið (viðtalsramminn) voru forprófuð á hópi 20 kvenna á slysa- og bráðadeild LSH.

Lýðfræðilegar upplýsingar. Þróaður var og lagður fyrir 13-atriða spurningalisti (mælitæki) þar sem spurt var m.a. um, aldur, þjóðerni, menntun, atvinnuþátttöku, hjúskaparstöðu þátttakenda o.fl. (19).

Andleg heilsufarseinkenni. Stuðst var við mælitæki þar sem líkamleg og andleg heilsufarseinkenni voru tilgreind (28 atriði) (20). Í þeim niðurstöðum sem hér eru kynntar er einungis lýst niðurstöðum úr kvarðanum sem mælir andlegt heilsufar. Konurnar voru spurðar hvort þær hefðu undanfarinn mánuð „alltaf“, „oft“, „stundum“ eða „aldrei“ fundið fyrir sértækum heilsufareinkennum svo sem langvinnum verkjum, streitu, kvíða, þreytu, lágu sjálfstrausti eða verkjum frá meltingarfærum. Konurnar voru líka spurðar hvort þær stunduðu heilsuspillandi lífverni (s.s. reyktu, notuðu áfengi, eiturylf eða misnotuðu lyf) og hvort þær hefðu einhvern langvinnan sjúkdóm (s.s. þunglyndi, vefjagigt, ófrjósemisvanda, svefnerfiðleika, kynsjúkdóma og svo frv.). Heilsufarseinkennakvarðinn var þáttgreindur og kom út tveggja þátta lausn a) líkamleg einkenni og b) andleg einkenni. Innra réttmæti (Cronbach's alpha) mælitækisins var 0,88 á 8-atriða andlega einkennalistanum. Hærra samanlagt gildi/skor undirþáttanna jafngildir verri andlegri heilsu. Áreiðanleiki kvarðans var milli 0,88-0,92 á SB og MM.

Greining á ofbeldi gegn konum (The Women Abuse Screening Tool, WAST) er mælitæki sem var þróað af Brown, Lent, Schmidt og Sas (21) og er notað til að greina ofbeldi í núverandi sambúð/hjónabandi. Mælitækið samanstendur af 8 atriðum. Tvö þau fyrstu meta spennu/erfiðleika í sambandinu á kvarðanum frá 1 (=engin spennu/erfiðleikar) upp í 3 (=mikil spennu/miklir erfiðleikar). Hinar sex spurningarnar eru hugsaðar til að safna nákvæmari upplýsingum um ofbeldi með því að biðja svarandann um að meta, á skala frá 1 (oft) upp í 3 (aldrei), hve oft hann hefur verið beittur líkamlegu, andlegu og kynferðislegu ofbeldi. Cronbach's alpha íslensku útgáfunnar af WAST var 0,97 á SB og 0,77 á MM.

Ofbeldi gegn konum: Mat og fyrstu viðbrögð (Women Abuse: Screening and First Response). Viðtalsramminn sem notaður var til að meta ofbeldi gegn konum var þróaður af Erlu Kolbrúnu Svavarsdóttur og Brynju Örlýgsdóttur (22). Þetta mats-viðtal er byggt að hluta til á viðmiðum frá The Nursing Research Consortium on Violence and Abuse" (23). Viðtalsramminn samanstendur af 9 meginspurningum sem síðan fela í sér undirspurningar. Spurningarnar eru hálfopnar, en ætlast er til að heilbrigðisstarfsmennirnir spyrji konurnar og fylli síðan svar þeirra inn í viðtalsramman, t.d. „Já“, „Nei“, „Veit ekki“, „Vil ekki svara“. Ef konurnar svara einhverri spurningu játandi eru þær spurðar frekar, t.d. „Af hverjum“, „Hversu oft“ og svo frv. Spurt er um tvö tímaskeið: „Hefur þú einhvern tímann verið beitt líkamlegu ofbeldi“, „kynferðislegu ofbeldi“, „andlegu ofbeldi“; og svo, „Hefur þú verið beitt líkamlegu ofbeldi“, „andlegu ofbeldi“, „kynferðislegu ofbeldi“ *síðastliðna 12 mánuði.* Meðal annarra spurninga má nefna: „Hefur þú einhvern sem þú getur talað um ofbeldið við?“, „Ert þú örugg?“, „Vilt þú ræða um ofbeldið?“ „Hvers þarfnast þú nú?“ o.s.frv.

Framkvæmd

Áður en rannsóknin hófst var leitað samþykkis eftirtalinnna aðila: Vísindasiðanefndar (nr 05115), sviðsstjóra hjúkrunar og lækninga á slysa- og bráðadeild LSH og lækningaforstjóra og hjúkrunarforstjóra Heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu, forstjóra hjúkrunar og forstjóra lækninga á LSH, en auk þess var rannsóknin tilkynnt til Persónuverndar. Konurnar sem þátt tóku í rannsókninni fengu bæði munnlega og skriflega kynningu á tilgangi og fyrirkomulagi rannsóknarinnar. Ef konurnar voru áhugasamar um að taka þátt fengu þær kynningarbréf um rannsóknina og voru upplýstar um að rannsóknin færi fram í tveimur þáttum, þ.e. með útfyllingu spurningarlista og í hálfstöðluðu viðtali við heilbrigðisstarfsmann. Konur sem samþykktu þátttöku og gáfu upplýst samþykki sitt fyrir henni fengu afhent umslag með spurningarlistunum.

Úrvinnsla gagna

Lýsandi tölfræði var beitt við úrvinnslu á lýðfræðilegu breytunum. Til að prófa tilgátarnar um áhrifin af margþættu ofbeldi (e. cumulative experience of abuse) á andlega heilsu kvennanna

og tilgátuna um áhrifin af fyrrverandi og núverandi ofbeldi á andlega heilsu var beitt einhliða dreifigreiningu (One way ANOVA; Tukey post hoc próf) og aðhvarfsgreiningu (stepwise multiple regression). Marktæknimörkin voru sett við 0,05 til að minnka líkur á Typu I villu. Tölfræðiforritið SPSS 16 var notað við útreikninga.

Niðurstöður

Áhrif líkamlegs, andlegs og kynferðislegs ofbeldis á andlega heilsu:

Þegar áhrifin af líkamlegu, andlegu og kynferðislegu ofbeldi s.l. 12 mánuði voru skoðuð kom í ljós að konur á SB sem tilgreindu að þær hefðu verið fórnarlömb andlegs ofbeldis s.l. ár, höfðu marktækt fleiri andleg heilsufarseinkenni en konur sem tilgreindu að þær væru þolendur líkamlegs ofbeldis (SB, M andlegt ofbeldi=2,88, (SF)=1,03, M líkamlegt ofbeldi=1,41, (SF)=0,47). $p=0,007$. Einnig kom fram að konur á SB og á MM sem greindu frá því að þær væru þolendur andlegs ofbeldis tilgreindu marktækt fleiri andleg heilsufarseinkenni en konur sem ekki sögðust vera þolendur ofbeldis (sjá töflu 2).

Konur á slysa- og bráðadeild sem voru þolendur andlegs, líkamlegs og/eða kynferðislegs ofbeldis voru við marktækt lakari andlega heilsu en konur sem voru eingöngu þolendur líkamlegs ofbeldis (sjá töflu 2). Sömuleiðis tilgreindu konur á slysa- og bráðadeild sem voru bæði þolendur andlegs og líkamlegs ofbeldis marktækt fleiri andleg heilsufarseinkenni en konur sem voru ekki þolendur ofbeldis; og konur á Miðstöð mæðraverndar sem voru fórnarlömb andlegs og líkamlegs ofbeldis voru við sömu andlega heilsu og konur á MM sem voru eingöngu þolendur andlegs ofbeldis (sjá töflu 2).

Athyglisvert er að konur á slysa- og bráðadeild sem sögðust hafa verið beittar kynferðislegu ofbeldi (K) s.l. ár tiltóku að þær væru jafnframt þolendur andlegs(A) og líkamlegs(L) ofbeldis, en þessar konur á SB sem voru þolendur kynferðislegs, andlegs og líkamlegs ofbeldis s.l.ár ((SB M = (K+A+L)=3,75 SF=(0,33); ME=2,02, SF=(0,62), $p=0,000$)) voru við marktækt verri andlega heilsu en konur sem voru ekki þolendur ofbeldis (E) (sjá töflu 2).

Þegar áhrif af margþættu ofbeldi var kannað, kom í ljós að konur á slysa- og bráðadeild og konur á miðstöð mæðraverndar sem höfðu

verið beittar líkamlegu og kynferðislegu ofbeldi einhvern tímann á lífsleiðinni af hálfu náins fjölskyldumeðlims voru við marktækt verri andlega heilsu en konur sem eingöngu voru þolendur líkamslegs ofbeldis, eða konur sem ekki voru þolendur ofbeldis (sjá töflu 3).

Sömuleiðis kom það fram að konur á slysa- og bráðadeild og konur á Miðstöð mæðraverndar sem höfðu verið beittar kynferðislegu og líkamlegu ofbeldi einhvern tímann á lífsleiðinni af nánum fjölskyldumeðlim tilgreindu marktækt fleiri andleg heilsufarseinkenni og voru því við marktækt verri andlega heilsu en konur sem eingöngu voru þolendur kynferðislegs ofbeldis eða konur sem ekki höfðu verið beittar ofbeldi. Niðurstöður styðja því tilgátu a) (sjá töflu 3).

Aðhvarfsgreiningarlíkön:

Fyrir konur á slysa- og bráðadeild, sýndu niðurstöður aðhvarfsgreiningarinnar að það að hafa verið fórnarlamb kynferðislegs ofbeldis einhvern tímann á lífsleiðinni af hálfu náins fjölskyldumeðlims, að hafa verið þolandi andlegs ofbeldis s.l. 12 mánuði, og að vera þolandi ofbeldis í núverandi sambúð/hjónabandi, spáði marktækt fyrir um andlega heilsu kvennanna (Leiðrétt $R^2=0.442$; $p<0.000$). Að því er varðaði þær konur sem þátt tóku á Miðstöð mæðraverndar, sýndu niðurstöður aðhvarfsgreiningarinnar að það að hafa verið þolandi líkamslegs ofbeldis, hafa verið beitt kynferðislegu ofbeldi einhvern tímann á lífsleiðinni af hálfu náins fjölskyldumeðlims, og að vera fórnarlamb ofbeldis í núverandi sambúð/hjónabandi, spáði marktækt fyrir um andlega heilsu kvennanna (Leiðrétt $R^2=0.320$; $p<0.000$). Niðurstöðurnar styðja því tilgátu b) (sjá töflu 4).

Umræða

Meginniðurstöður úr tilgátuprófununum auka þekkingu og skilning á því hvaða breytur spá fyrir um andlega heilsu kvenna sem koma á SB og á MM og eru fórnarlömb fyrrverandi og núverandi ofbeldis af hálfu náins fjölskyldumeðlims. Auk þess gefa niðurstöður tilgátuprófananna vísbendingu um áhrif af margþættu ofbeldi á andlega heilsu kvenna. Vitneskja um það að þeir þættir sem spá fyrir um andlega líðan kvenna s.s að hafa verið fórnarlamb kynferðislegs, andlegs og eða líkamlegs ofbeldis og að vera þolandi ofbeldis í núverandi sambúð/hjónabandi eru mikilvægar



upplýsingar fyrir heilbrigðisstarfsfólk sem starfar á viðkomandi heilbrigðisstofnunum. Til þess að hjúkrunarfræðingar, ljósmæður og lækna geti brugðist við og boðið upp á viðeigandi meðferðir verða heilbrigðisstarfsmenn að greina bæði langvarandi ofbeldi og ofbeldi í núverandi sambúð/hjónabandi.

Niðurstöður þessarar rannsóknar styðja það hvernig núverandi andleg heilsa kvenna sem hafa verið fórnarlömb langvinnis ofbeldis (kynferðislegs, líkamlegs og andlegs ofbeldis) er mörkuð af bæði fyrrverandi og núverandi ofbeldi. Þessar niðurstöður eru í samræmi við niðurstöður Thompson o.fl.(14) sem komust að því í sínum rannsóknum að há tíðni ofbeldis meðal kvenna var tengd ofbeldi í barnæsku. Brún þörf er á að þróa og prófa meðferðir fyrir konur sem hafa verið og eru ennþá fórnarlömb ofbeldis og leita eftir heilbrigðisþjónustu á slysa- og bráðdeildum eða eru skjólstæðingar heilbrigðisstarfsfólks á áhættumeðgöngudeildum til að geta boðið upp á viðeigandi heilbrigðisþjónustu og til að lina þjáningar kvennanna.

Lítið er vitað um afleiðingar langvinnis sem og núverandi ofbeldis á andlega heilsu kvenna enda fáar rannsóknir verðið gerðar þar sem áhrif af margþættu ofbeldi (þ.e. líkamlegs + andlegs + kynferðislegs ofbeldis) sem og langvinn áhrif ofbeldis og áhrifin af því að vera þolandi ofbeldis í núverandi sambúð/hjónabandi eru könnuð - öll í sömu rannsókninni. Niðurstöður þessarar rannsóknar sem hér hefur verið kynnt gefa skýra vísbendingu um hve afleiðingar langvinnis margþætts ofbeldis, sem og núverandi ofbeldis eru alvarlegar fyrir andlega heilsu og velferð kvenna. Konur í þessari rannsókn sem voru fórnarlömb margþætts ofbeldis voru við marktækt verri andlega heilsu en konur sem voru ekki þolendur ofbeldis eða konur sem höfðu þolað eina tegund af ofbeldi. Sömuleiðis voru konur sem höfðu verið beittar þrenns konar ofbeldi, þ.e. líkamlegu, andlegu og kynferðislegu ofbeldi, við verstu andlegu heilsuna ef þær eru bornar saman við konur sem voru þolendur tvenns konar ofbeldis, einnar gerðar af ofbeldi eða voru ekki þolendur ofbeldis. Þessi vitneskja er ný í fræðunum og undirstrikar hve alvarlegar afleiðingar uppsafnaðs ofbeldis eru fyrir vellíðan og heilsu kvenna. Heilbrigðisstarfsmenn á borð við hjúkrunarfræðinga, ljósmæður og lækna verða að vera meðvitaðir um afleiðingar

uppsafnaðs ofbeldis á heilsufar íslenskra kvenna, en slík vitneskja ætti að hafa áhrif á stefnu heilbrigðisstofnana hvað heilbrigðisþjónustu þessara kvenna varðar, og ætti einnig að hafa áhrif á menntun heilbrigðisstarfsfólks hér á landi.

Almenn takmörkun þessarar rannsóknar er það hve úrtakið er lítið, en einnig það hve hátt hlutfall þeirra kvenna sem þátt tóku hafði mátt þola ofbeldi ýmist einhvern tíma á ævinni eða í núverandi sambúð eða hjónabandi. Vanda verður því til túlkunar á niðurstöðunum og ekki er hægt að alhæfa um tíðni og eða eðli ofbeldis utan slysa- og bráðdeildar LSH eða utan Miðstöðvar mæðraverndar. Að auki er um þversniðsrannsókn að ræða og því ekki hægt að fullyrða um orsaka-sambönd.

Lokaorð

Ofbeldi er orðið eitt helsta samfélags- og heilbrigðisvandamál samtímans og veldur alvarlegum áverkum, sársauka og þjáningu. Vegna þess hve afleiðingar ofbeldis eru alvarlegar fyrir heilsu og velferð einstaklinga, fjölskyldna og samfélags þurfa heilbrigðisstarfsmenn á borð við hjúkrunarfræðinga, ljósmæður og lækna að sinna ofbeldisvandunum á markvissan og skipulagðan hátt. Konur sem eru fórnarlömb ofbeldis þjást bæði andlega og líkamlega vegna ofbeldisverkanna. Þær hafa oft lága sjálfsmýnd, þær eru niðurlægðar af gerandanum og þurfa oft á tíðum að fást við alvarleg sálfélagleg einkenni og eða kvilla. Þessar konur eru hins vegar oft á tíðum í nánú sambandi við heilbrigðiskerfið þar sem heilbrigðisstarfsmenn geta orðið að miklu liði. Því er mikilvægt að auðkenna ofbeldi á slysa- og bráðdeildum (t.d. með því að gera kembileit) sem og á áhættumeðgöngudeildum á borð við Miðstöð mæðraverndar. Það er því nauðsynlegt að innleiða klínískar leiðbeiningar við fyrrnefndar heilbrigðisstofnanir til að auðvelda heilbrigðisstarfsfólki að greina ofbeldi og að veita viðeigandi fyrstu viðbrögð sem og veita viðurkenndar meðferðir til handa konum sem eru þolendur langvinnis, uppsafnaðs ofbeldis og/eða eru fórnarlömb ofbeldis í núverandi sambúð eða hjónabandi.

Þakkir

Höfundur vill þakka öllum þeim konum sem þátt tóku í rannsókninni, auk þess sem hjúkrunarfræðingar á slysa- og bráðadeild LSH og ljósmæður á

Miðstöð mæðraverndar fá innilegar þakkir fyrir sinn þátt í gagnasöfnuninni. Sérstakar þakkir fær Brynja Örlýgsdóttir sem kom að gagnasöfnuninni, vinnu við klínískar leiðbeiningar sem og ýmsum skiplagsatriðum rannsóknar. Einnig fá þær Kolbrún Kristiansen og Sigríður Sía Jónsdóttir sérlegar þakkir fyrir sinn þátt í gagnasöfnuninni.

Rannsóknin var styrkt af heilbrigðisráðuneytinu, Rannsóknasjóði Háskóla Íslands, Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga og af Vísindasjóði Landspítala háskólasjúkrahúss. Að auki var rannsóknin styrkt af Kaupþingi banka, Mannréttindastofu Íslands og Heklu.

Tafla 1 Lýðfræðilegar upplýsingar um konur sem sóttu heilbrigðisþjónustu á slysa- og bráðadeild LSH og Miðstöð mæðraverndar (MM).

	Slysa- og bráðadeild		Miðstöð mæðraverndar	
	N	Meðaltal (%)	N	Meðaltal (%)
Konur sem sóttu heilbrigðisþjónustu	101		107	
Aldur		38,0		30,4
Hjúskaparstaða:				
Giftar	41	(41,8)	44	(41,5)
Sambúð	28	(28,6)	41	(38,6)
Einstætt foreldri	15	(15,3)	9	(8,5)
Einstæð	3	(3,0)	0	(0,0)
Skilin	11	(11,2)	2	(1,9)
Hefur samband við barnsföður sinn	0	(0,0)	10	(9,3)
Atvinnuþátttaka:				
Full vinna	59	(61,5)	70	(68,0)
Hlutastarf	20	(20,8)	18	(17,5)
Vinnur ekki utan heimilis	14	(14,6)	14	(13,6)

n= fjöldi, * = fyrir sumar breytur vantar upplýsingar

Tafla 2 Dreifigreiningarlíkan kvenna sem komu á slysa- og bráðadeild (SB) LSH og á Miðstöð mæðraverndar (MM): Áhrif af margþættu ofbeldi (andlegu, líkamlegu og kynferðislegu) s.l. 12 mánuði, af hálfu náins fjölskyldumeðlims, á andlega heilsu kvennanna.

Breytur	Meðaltal (SF)	Marktækni (Tukey post-hoc) samanburður
Andlegt ofbeldi		
SB (n=7)	2,88 (1,03)	Andlegt ofbeldi > Líkamlegt ofbeldi (p=0,007) Andlegt ofbeldi > Ekkert ofbeldi (p=0,019)
MM (n=5)	2,65 (1,07)	Andlegt ofbeldi > Ekkert ofbeldi (p=0,011)
Líkamlegt ofbeldi		
SB (n=4)	1,41 (0,47)	Andlegt + líkamlegt ofbeldi > Líkamlegt ofbeldi (p=0,000) Andlegt + líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi > Líkamlegt ofbeldi (p=0,000)
MM(n=1)	1,12 (---)	---
Andlegt + líkamlegt ofbeldi		
SB (n=10)	3,46 (0,86)	Andlegt + líkamlegt ofbeldi > Ekkert ofbeldi (p=0,000)
MM(n=7)	2,00 (0,88)	Andlegt + líkamlegt ofbeldi = Andlegt ofbeldi (p=0,182)
Andlegt + líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi		
SB (n=3)	3,75 (0,33)	Andlegt + líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi > Ekkert ofbeldi (p=0,000)
MM (n=0)	--- (---)	
Ekkert ofbeldi		
SB (n=65)	2,02 (0,62)	---
MM (n=89)	1,81 (0,57)	---

Dreifigreiningarlíkon: F(SB)=16,51, p=0,000; F(MM)=4,49, p=0,014

Tafla 3 Dreifigreiningarlíkan kvenna sem komu á slysa- og bráðadeild (SB) LSH og á Miðstöð mæðraverndar (MM): Áhrif uppsafnaðs ofbeldis á lífsleiðinni (líkamlegs og kynferðislegs), af hálfu náins fjölskyldumeðlims, á andlega heilsu kvennanna.

Breytur	Meðaltal (SF)	Marktækni (Tukey post-hoc) samanburður
Líkamlegt ofbeldi		
SB (n=23)	2,57 (0,84)	Líkamlegt ofbeldi < Líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi (p=0,010) Líkamlegt ofbeldi > Ekkert ofbeldi (p=0,002)
MM (n=14)	1,87 (0,82)	Líkamlegt ofbeldi < Líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi (p=0,002)
Kynferðislegt ofbeldi		
SB (n=10)	2,56 (0,97)	Kynferðislegt ofbeldi < Líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi (p=0,035) Kynferðislegt ofbeldi > Ekkert ofbeldi (p=0,049)
MM(n=11)	2,04 (0,46)	Kynferðislegt ofbeldi < Líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi (p=0,031)
Líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi		
SB (n=9)	3,47 (0,67)	Líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi > Ekkert ofbeldi (p=0,000)
MM(n=9)	2,80 (0,90)	Líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi > Ekkert ofbeldi (p=0,000)
Ekkert ofbeldi		
SB (n=57)	1,91 (0,63)	---
MM (n=69)	1,72 (0,56)	---

Dreifigreiningarlíkon: F(SB)=16,51, p=0,000; F(MM)=3,45, p=0,019

Tafla 4 Aðhvarfsgreiningarlíkan: Spáð fyrir um andlega heilsu kvennanna á slysa- og bráðadeild (SB) LSH og á Miðstöð mæðraverndar (MM).

Forspárbreytur	Megin áhrif				
	B	Staðalvilla	B	t	p
Konur sem komu á SB (N=101)					
Fyrri reynsla af kynferðislegu ofbeldi af hálfu náins fjölskyldumeðlims	0,482	0,202	0,222	2,385	0,019
Andlegt ofbeldi s.l. 12 mánuði	0,651	0,260	0,300	2,507	0,014
Nú í ofbeldisfullu sambandi (WAST)	0,090	0,028	0,349	3,177	0,002
Líkan R ² = 0,463 Leiðrétt R ² = 0,442 df = (78) F = 22,425 ***					
Konur sem komu á MM (n=104)					
Fyrri reynsla af líkamlegu ofbeldi	0,383	0,135	0,271	2,767	0,007
Fyrri reynsla af kynferðislegu ofbeldi af hálfu náins fjölskyldumeðlims	0,345	0,163	0,196	2,116	0,037
Nú í ofbeldisfullu sambandi (WAST)	0,120	0,038	0,306	3,190	0,002
Líkan R ² = 0,342 Leiðrétt R ² = 0,320 df = (88) F = 15,248***					

Heimildaskrá

1. Reynolds C, Schweitzer A. Responding to woman abuse: A protocol for health care professionals. London, London Battered Women's Advocacy Centre 1998.
2. Nash ST. Through black eyes. African American women's constructions of their experiences with intimate male partner violence. *Violence Against Women* 2005; 11: 1420-1440.
3. Hydén M. 'I must have been an idiot to let it go on': Agency and positioning in battered women's narratives of leaving. *Fem Psychol* 2005; 15: 169-188.
4. Taylor JY. No resting place. African American women at the crossroads of violence. *Violence Against Women* 2005; 11: 1473-1489.
5. Burke JG, Denison JA, Gielen AC, McDonnell KA, O'Campo P. Ending intimate partner violence: An application of the Transtheoretical Model. *Am J Health Behav* 2004; 28: 122-133.
6. Hardesty JL. Separation assault in the context of post-divorce parenting. An integrative review of the literature. *Violence Against Women* 2002; 8: 597-625.
7. Riger S, Raja S, Camacho J. The radiating impact of intimate partner violence. *J Interpers Violence* 2002; 17: 184-205.
8. McFarlane JM, Groff JY, O'Brien JA, Watson K. Secondary prevention of intimate partner violence. A randomized controlled trial. *Nurs Res* 2006; 55: 52-61.
9. Ogle RL, Baer JS. Addressing the service linkage problem. Increasing substance abuse treatment engagement using personalized feedback interventions in heavy-using female domestic violence shelter residents. *J Interpers Violence* 2003; 18: 1311-1324.
10. Ham-Rowbottom KA, Gordon EE, Jarvis KL, Novaco RW. Life constraints and psychological well-being of domestic violence shelter graduates. *J Fam Violence* 2005; 20: 109-121.
11. Hirsch AE. "The world was never a safe place for them". Abuse, welfare reform, and women with drug convictions. *Violence Against Women* 2001; 7: 159-175.
12. Krishnan SP, Hilbert JC, McNeil K, Newman I. From respite to transition: Women's use of domestic violence shelters in rural New Mexico. *J Fam Violence* 2004; 19: 165-173.
13. Swan SC, Snow DL. Behavioral and psychological differences among abused women who use violence in intimate relationships. *Violence Against Women* 2003; 9: 75-109.
14. Thompson RS, Bonomi AE, Anderson M, Reid RJ, Dimer JA, Carrell D et al. Intimate partner violence: Prevalence, types and chronicity in adult women. *Am J Prev Med* 2006; 30: 447-457.
15. Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L. Risk factors for domestic violence: Findings from a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002; 55: 1603-1617.
16. Riger S, Raja S, Camacho J. The radiating impact of intimate partner violence. *J Interpers Violence* 2002; 17: 184-205.
17. Jarvis KJ, Gordon EE, Novaco RW. Psychological distress of children and mothers in domestic violence emergency shelters. *J Fam Violence* 2005; 20: 389-402.
18. Goodkind JR, Gillum TL, Bybee DI, Sullivan CM. The impact of family and friends' reactions on the well-being of women with abusive partners. *Violence Against Women* 2003; 9: 347-373.
19. Erla Kolbrún Svavarsdóttir, Brynja Örlygsdóttir. Lýðfræðilegar upplýsingar (spurningalisti, bls. 1-4). Reykjavík, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands 2006.
20. Erla Kolbrún Svavarsdóttir, Brynja Örlygsdóttir. Heilsufarseinkenni. (spurningalisti, bls. 1-7). Reykjavík, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands 2006.
21. Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *J Fam Pract* 2000; 49: 896-903.
22. Erla Kolbrún Svavarsdóttir, Brynja Örlygsdóttir. Heilsufarsupplýsingar kvenna (spurningalisti). Reykjavík, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands 2005.
23. Parker B, Ulrich Y, Nursing Research Consortium on Violence & Abuse (NRCVA). A protocol of safety: Research on abuse of women. *Nurs Res* 1990; 39: 248-250.

Erla Kolbrún Svavarsdóttir er prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

