



Speciale ved Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab -

Institut for Folkesundhedsvidenskab

Dansk titel:

**Psykelige problemer og voldsudsættelse blandt kvinder
- en follow-up undersøgelse**

English title:

**Mental problems and victimization among women
- a follow-up study**

Specialet er udarbejdet af:

Astrid Gisèle Veloso

Hovedvejleder: Karin Helweg-Larsen

Statens Institut for Folkesundhed – Syddansk Universitet

Bivejledere:

Michael Davidsen

Statens Institut for Folkesundhed – Syddansk Universitet

Morten Grønbæk

Statens Institut for Folkesundhed – Syddansk Universitet

Afleveret den: 02/08/10

Anslag m. mellemrum: 195.146

Førord

Dette speciale er skrevet i forbindelse med kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet (KU). Specialet er udarbejdet under forskningsprogrammet ”Registerforskning i udvalgte sygdomme, ulykker og andre helbredsproblemer” ved Statens Institut for Folkesundhed (SIF) - Syddansk Universitet (SDU).

En stor tak skal rettes til min hovedvejleder seniorforsker, speciallæge Karin Helweg-Larsen (SIF - SDU) for inspiration og struktur til den skriftlige fremstilling, og ikke mindst for introduktion til voldsområdet. Herudover vil jeg gerne takke min bivejleder seniorforsker, cand. scient. i statistik Michael Davidsen (SIF - SDU) for adgang til DANCOS-databasen og gode forslag til specialets analysedel. Ligeledes skal der rettes en tak til min anden bivejlder direktør, læge og ekstern lektor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab (KU) Morten Grønbæk (SIF – SDU) uden hvis velvillighed til at agere vejleder, projektet ikke havde været muligt.

Desuden tilfalder en hjertelig tak Nina Maria Hart Shütt og Marie Louise Kryspin Sørensen for gode inputs og værdifuld sparring.

Endelig vil jeg rette en særlig tak til Jeppe Woetmann Nielsen og Esben Meulengracht Flachs for en helt uvurderlig støtte og hjælp.

Astrid Gisèle Veloso

August 2010

Abstract

Objective: Although cross-sectional studies reveal an association between women's mental well-being and victimization, the temporal ordering of these variables are not clearly established. The current study therefore aims to investigate, whether the higher rates of mental problems among victimized women are a consequence of or a contributing factor to the risk of assaults against women by the use of a prospective study design.

Methods: Data were obtained from the Danish Health Interview Surveys, undertaken in 2000 and in 2005. The surveys were both implemented by a face to face interview, and additionally supplemented with a self-administered questionnaire with questions about physical, sexual and psychological assaults. Only women aged 18-64 years, who had answered all questions on victimization in both the original surveys, were included in the current study. Data were analyzed by using univariate analysis (the Fisher exact and χ^2 tests) and multiple logistic regressions.

Results: This study of 1,008 women provides evidence that mental well-being affects the risk of assaults. Thus it seems that mental problems are independent risk factors for victimization including intimate partner violence. Moreover it is found that the associations are influenced by alcohol consumption and illicit drug use. The results indicate in addition, that victimization increases the risk of developing mental problems, and that consisting mental problems are worsened due to new assaults.

Conclusions: Suggesting that there is a positive association between bad mental well-being and the risk of victimization, it is crucial, that more attention is drawn to the ways of screening for mental disorder symptoms. Furthermore, understanding the link between mental problems and assaults requires consideration of its association with other variables such as substance abuse, environmental stressors, and history of violence. Finally the results showing, that women's mental health is adversely affected by victimization highlight the need for targeted services for violence prevention.

Indholdsfortegnelse

Forord	1
Abstract	2
1.0 Introduktion	6
1.1 Indledning.....	6
1.2 Problemformulering.....	7
1.3 Hypoteser.....	7
1.4 Opgavens struktur.....	8
1.5 Litteratursøgning.....	8
1.6 Begrebsafklaring.....	9
1.7 Teoretiske overvejelser.....	14
1.7.1 Forklaringsramme - Den økologiske model.....	15
1.8 Voldsopgørelse.....	17
1.8.1 Registreringen af vold og metodemæssige problemer ved sammenligninger.....	17
1.8.2 Voldens omfang og udvikling.....	18
1.8.2.1 Spørgeskemaundersøgelser.....	18
1.8.2.2 Skadestuedata.....	20
1.8.2.3 Politianmeldt vold.....	20
1.8.2.4 Landsorganisationen af Kvindekrisecentre (LOKK).....	20
1.9 Voldsudøver.....	21
1.10 Gerningssted.....	21
2.0 Baggrund	23
2.1 Helbredssekvenser af voldsudsættelse.....	23
2.1.1 Betydningen af fysiske og seksuelle overgreb for fysisk helbred.....	23
2.1.2 Betydningen af fysiske og seksuelle overgreb for psykisk helbred.....	23
2.1.3 Betydningen af psykisk vold for fysisk og psykisk helbred.....	24
2.1.4 Medierende faktorer.....	25
2.1.4.1 Voldstype.....	25
2.1.4.2 Overgreb i barndommen.....	25
2.1.4.3 Reviktimisering.....	26
2.1.4.4 Tidsfaktor.....	26
2.1.4.5 Gerningsmand.....	27
2.2 Risikofaktorer for voldsudsættelse.....	27
2.2.1 Psykisk trivsel og psykisk sygdoms betydning for risikoen for voldsudsættelse.....	27
2.2.2 Alkoholforbrug.....	29
2.2.3 Stofmisbrug.....	30

2.2.4 Rygning.....	31
2.2.5 Tidligere voldsudsættelse.....	31
2.2.6 Graviditet.....	32
2.2.7 Socio-demografiske faktorer.....	33
2.2.7.1 Alder.....	33
2.2.7.2 Uddannelse.....	33
2.2.7.3 Erhverv.....	34
2.2.7.4 Indkomst.....	35
2.2.7.5 Civilstatus.....	35
2.2.7.6 Børn.....	36
2.2.7.7 Etnicitet.....	36
2.2.7.8 Seksuel orientering.....	37
2.2.7.9 Bopæls region.....	38
3.0 Metode og materiale.....	39
3.1 Beskrivelse af Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen.....	39
3.2 Præsentation af anvendte datamateriale.....	40
3.3 Variable.....	42
3.3.1 Variable vedrørende vold.....	42
3.3.2 Variable til brug ved måling af psykisk helbred.....	44
3.3.3 Socio-demografiske variable.....	50
3.4 Statistik og fremgangsmåde.....	52
4.0 Resultater.....	54
4.1 Karakteristik af studiepopulationen.....	54
4.2 Sammenhænge mellem psykiske problemer og risikoen for voldsudsættelse.....	56
4.2.1 Sammenhænge mellem en række psykiske parametre og risikoen for henholdsvis partnervold og ikke partnervold.....	59
4.3 Sammenhænge mellem socio-demografiske samt livsstilmæssige faktorer og risikoen for voldsudsættelse.....	62
4.4 Sammenhænge mellem voldsudsættelse og risikoen for at udvikle psykiske problemer.....	64
4.5 Sammenhænge mellem voldsudsættelse og risikon for at bestående psykiske problemer forværres.....	67
4.6 Bortfald.....	70
5.0 Diskussion.....	71
5.1 Hovedfund.....	71
5.2 Diskussion af de fundne resultater i relation til tidligere undersøgelser.....	72
5.2.1 Den rapporterede voldsforekomst.....	72
5.2.2 Er der direkte sammenhæng mellem psykiske problemer og risikoen for voldsudsættelse?.....	73
5.2.3 Hvilken indflydelse har socio-demografiske og livsstilmæssige faktorer på risikoen for voldsudsættelseovergreb?.....	75
5.2.3.1 Alder og risiko for voldsudsættelse.....	76
	4

5.2.3.2 Uddannelse og risiko for voldsudsættelse.....	76
5.2.3.3 Samlivsstatus og risiko for voldsudsættelse.....	77
5.2.3.4 Hjemmeboende børn og risiko for voldsudsættelse.....	78
5.2.3.5 Rygevaner og risiko for voldsudsættelse.....	79
5.2.3.6 Alkohol og risiko for voldsudsættelse.....	79
5.2.3.7 Euforiserende stoffer og risiko for voldsudsættelse.....	80
5.2.3.8 Etnicitet og risiko for voldsudsættelse.....	80
5.2.4 Har socio-demografiske og livsstilmæssige faktorer selvstændig betydning for sammenhængene mellem psykiske problemer og risikoen for voldsudsættelse?.....	81
5.2.5 Øger voldsudsættelse risikoen for senere psykiske problemer eller for en forværrelse af eksisterende psykiske problemer?.....	83
5.3 Metodemæssige overvejelser.....	85
5.3.1 Studiepopulation.....	85
5.3.2 Dataindsamling.....	86
5.3.3 Referenceperiode for voldsudsættelse.....	87
5.3.4 Recall bias.....	88
5.3.5 Studiedesign.....	88
5.3.6 Diskussion af konstruerede variable.....	90
5.3.6.1 Variabel for vold.....	90
5.3.6.2 Variabel for gemingsmand.....	91
5.3.6.3 Variabel for SF-36 MH.....	91
5.3.6.4 Øvrige variable til brug ved måling af psykisk helbred.....	92
5.3.6.5 Variabel for alder.....	92
5.3.6.6 Variabel for kombineret skole- og erhvervsuddannelse som mål for socioøkonomisk status.....	93
5.3.6.7 Variabel for samlivsstatus.....	93
5.3.6.8 Variabel for hjemmeboende børn.....	93
5.3.6.10 Variabel for alkoholvaner.....	94
5.3.6.11 Variabel for brug af stoffer.....	95
5.3.6.12 Variabel for etnicitet.....	95
5.3.7 Diskussion af confounding og interaktion.....	95
5.4 Perspektivering.....	97
6.0 Konklusion.....	100
7.0 Litteraturliste.....	102
Bilag.....	119

1.0 Introduktion

1.1 Indledning

Der har gennem de seneste årtier været en stigende opmærksomhed på udbredelsen af vold mod kvinder. Tidligere har problemet alt overvejende været betragtet som et privat anliggende. Øget viden om omfanget og alvoren i overgrebene samt erkendelse af, at vold mod kvinder bør betragtes som en krænkelse af menneskerettighederne, har imidlertid medvirket til forståelse af, at problemet er og må behandles som et samfundsmæssigt anliggende¹⁻³.

Voldsudsættelse medfører ikke alene akut skadevirkning, men indebærer også risiko for langsigtede helbredsmæssige problemer af både fysisk og psykisk karakter^{1:4}. På verdens plan regnes der med, at vold er den femte vigtigste årsag til ”tabte gode leveår” hos kvinder i den reproduktive alder⁴. Dertil kommer, at vold mod kvinder udgør en stor samfundsøkonomisk belastning. På nuværende tidspunkt foreligger der viden om omfanget af vold mod kvinder i Danmark men ikke konkrete data om, hvor meget vold mod kvinder koster det danske samfund^{5:6}. Hvis tal fra andre europæiske lande imidlertid omsættes til danske forhold, skønnes det, at voldens samlede årlige omkostninger i Danmark er i størrelsesordenen 370 mio. kr. De reelle omkostninger er endda langt højere, idet indirekte omkostninger som fx langvarig psykologhjælp og sygefravær ikke er medtaget i beregningerne⁷.

I et forsøg på at forebygge volden og dens følgevirkninger er der derfor siden 2002 iværksat en række nationale initiativer til bekæmpelse af overgreb mod kvinder i Danmark. Der er bl.a. afsat særlige satspuljemidler til at støtte volds ofre, videreuddanne relevante faggrupper og ikke mindst til oplysningskampagner. Der er desuagtet behov for en stadig indsats mod volden⁸. Verdens Sundhedsorganisationen (WHO) påpeger i den forbindelse, at kendskab til voldens mekanismer og konsekvenser er nødvendige for at kunne iværksætte en hensigtsmæssig forebyggelse¹. Der foreligger på den baggrund således gode implikationer for at undersøge sammenhængen mellem vold og helbredsproblemer.

Det diskuteres kun i sparsomt omfang, hvorvidt vold i særlig grad rammer specielt udsatte kvinder; heriblandt kvinder med psykiske problemer og kvinder med særlige ”offer-træk/attituder”. Der eksisterer således på nuværende tidspunkt kun meget få studier, som har søgt at belyse den mulige

kausaltet mellem psykiske symptomer og voldsudsættelse, dvs. hvorvidt psykisk sygdom hos kvinden er en risikofaktor for overgreb. Endvidere er der så vidt vides kun gennemført et par enkelte udenlandske follow-up studier omhandlende mulige forskelle i sammenhænge mellem psykiske problemer i forhold til voldstype; især partnervold⁹⁻¹¹. Der er sålunde behov for nærmere at analysere sammenhænge mellem psykiske problemer og risikoen for voldsudsættelse blandt kvinder samt at vurdere betydningen for specielt partnervold.

Formålet med nærværende speciale er derfor at afklare en række af disse problemstillinger gennem analyser baseret på gentagne selvrapporterede data om voldsudsættelse og psykisk trivsel. Håbet er herved at tilvejebringe viden, der kan medvirke til at forebygge vold mod kvinder gennem undervisning, rådgivning og tidlig indsats over for kvindelige voldsofre.

1.2 Problemformulering

”Hvorvidt er den øgede forekomst af psykiske problemer hos viktimiserede kvinder en følge af eller en medvirkende årsag til risikoen for voldsudsættelse?”

1.3 Hypoteser

Studiet er baseret på følgende hypoteser:

1. Psykiske problemer er en selvstændig risikofaktor for at blive udsat for overgreb i og uden for familien, men er stærkest risikofaktor for partnervold.
2. En række socio-demografiske og livsstilsmæssige faktorer influerer på sammenhænge mellem psykiske problemer og risikoen for voldsudsættelse.
3. Voldsudsættelse øger risikoen for at udvikle psykiske problemer – og/eller for at bestående psykiske problemer forværres.

1.4 Opgavens struktur

Specialet består af seks hovedafsnit. Det første hovedafsnit er en indledende introduktion, som følges af et baggrundsafsnit. Dette andet hovedafsnits funktion er at indplacere specialet i forskningsfeltet vedrørende vold mod kvinder og vil udgøre grundlaget for den senere diskussion. Det tredje hovedafsnit er materiale- og metodeafsnittet, hvor det anvendte datamateriale til analyserne samt de benyttede statistiske procedurer vil blive beskrevet. Resultaterne af analyserne vil blive præsenteret i det fjerde hovedafsnit. Femte hovedafsnit er diskussionsafsnittet, hvor specialets hovedresultater opsummeres, og hvor styrker og svagheder diskuteres i relation til resultater fra andre undersøgelser. Desuden diskuteres, hvilken betydning specialets fund har for fremtidige undersøgelser af risikoen for voldsudsættelse, samt hvorledes resultaterne kan tænkes at influere på forebyggelsen af vold mod kvinder. I sjette og sidste hovedafsnit sammenfattes specialets vigtigste resultater i henhold til problemformuleringen.

1.5 Litteratursøgning

Der er blevet søgt efter relevante videnskabelige artikler via databasen PubMed. Følgende engelske nøgleord er anvendt i søgningen på databasen PubMed: “*Violence, women, victimization, aggression, revictimization, mental well-being, mental health, mental problems, physical assault, sexual assault, psychological assault, intimate partner violence, interpersonal violence, longitudinal study, follow-up study and prospective study*”. For at afgrænse litteraturen, er der gjort brug af forskellige kombinationer af de nævnte søgeord. Udvælgelsen har fundet sted efter følgende kriterier: dansk-, engelsk- og tysksprogede publikationer. Publikationer udgivet fra og med år 1999 er foretrukket. Den fundne litteratur begrænser sig i videst muligt omfang til undersøgelser baseret på data fra vestlige lande. Derudover er der via Københavns Universitetsbibliotek Nord søgt efter rapporter og bøger samt gjort brug af søgemaskinen Google for at finde hjemmesider omhandlende vold mod kvinder og rådgivning inden for området. Yderligere litteratur er identificeret ud fra referencer i centrale artikler.

1.6 Begrebsafklaring

I det følgende vil de centrale begreber af relevans for specialets problemstilling konceptualiseres og defineres. Ikke alle begreber optræder dog direkte i problemformuleringen, men de er medtaget, idet enkelte af dem i høj grad vil være medbestemmende for, hvad der undersøges. For at sikre en fælles forståelse for hyppigt anvendte termer, vil der desuden blive redegjort for disse.

Vold

Der findes ingen endegyldig definition på voldsbegrebet. Årsagen hertil skyldes, at vold er et diffust og komplekst begreb, hvis forståelse og definition til stadighed ændres afhængig af kulturelle forudsætninger og i takt med ny viden. Diskursen om vold sker derfor ofte på baggrund af den fagdisciplin og teoretiske baggrund, de enkelte undersøgelser tager deres afsæt i¹. Der findes således adskillige eksempler på afgrænsninger af voldsbegrebet. En af de enkleste afgrænsninger, og som formodentlig samtidig er det, som de fleste forbinder med vold, er en definition, som begrænser sig til fysisk vold: ”*Vold er brug af fysisk magt med den hensigt at skade et andet menneske*”¹². Denne definition indsnævrer vold til udelukkende at omfatte fysisk magtbrug. Dernæst kræver definitionen, at der skal foreligge en intention om fysisk skade. Dette vil ekskludere alle voldshandlinger fra personer, som mener, de har gode intentioner; - fx revselse af personer med et opdragende formål. De Forenede Nationers (FNs) definition fra Beijing-handlingsplanen er mere omfattende og anvendes i opgørelser og undersøgelser om overgreb mod kvinder¹³. I denne afgrænses vold mod kvinder til: ”*Enhver kønsbaseret voldshandling, der påfører eller sandsynligvis vil påføre kvinder fysisk, seksuel eller psykisk skade eller lidelse, herunder trusler om sådanne handlinger, tvang eller vilkårlig frihedsberøvelse, hvad enten dette finder sted i det offentlige liv eller i privatlivet*”². Definitionen dækker over et bredt spektrum af voldstyper, såsom forsættelig vold personer imellem, seksuelle overgreb, selvskade, psykisk skade, trusler m.m. Desuden skelnes der ikke mellem det private og det offentlige rum, hvorved vold mod kvinder både omfatter partnervold, seksuelle overgreb, vold på arbejdspladsen samt gadevold. Der sondres ej heller mellem, om volden er begået af en privatperson eller af en repræsentant fra en offentlig myndighed. Det er dog problematisk, at der i definitionen lægges vægt på, at vold er kønsbaseret. Voldsbegrebet indskrænkes herved kun til at omfatte mænds vold mod kvinder og ikke kvinders vold mod kvinder.

Dette gør, at overgreb kvinder imellem ikke vil blive klassificeret som vold. I WHO's rapport ”*World Report on Violence and Health*” opereres der til gengæld med en kønsneutral definition, ifølge hvilken vold defineres som: ”*Det forsætlige brug af fysisk magt eller kraft, truet eller faktisk, mod én selv, en anden person eller mod en gruppe eller et samfund, som enten resulterer i eller har en høj sandsynlighed i at resultere i kvæstelser, død, psykologisk skade, udviklingshæmmelse eller afsavn*”¹. Definitionen omfatter interpersonel vold såvel som suicidal adfærd og væbnede konflikter samt inkluderer handlinger, der rækker ud over konkrete fysiske overgreb som trusler og intimidering. Ved siden af død og skader omfatter definitionen således også de talrige ofte mindre synlige følger af voldelig adfærd som fx psykiske skader, deprivation og fejlernæring, som truer det enkelte menneskes, familiens og samfundets velfærd¹.

Ud over forskellige måder at begribe vold på, findes der endvidere flere metoder at systematisere overgreb på. En måde at opdele volden på er ved at definere den ud fra voldens fysiske rum; *vold på gaden, vold i hjemmet, vold på arbejdspladsen* eller ud fra voldens kulturelle kontekst¹⁴. WHO opererer derimod med en voldstypologi, som inddeler vold i tre brede kategorier afhængig af dens karakteristika og de personer, som begår den voldelige handling¹. Der er tale om: *Selvskadende handlinger, interpersonel vold og kollektiv vold*. **Selvskadende handlinger** er suicidal adfærd samt selvskade. **Interpersonel vold** refererer til voldshandlinger begået mellem individer, og kan yderligere inddeles i vold begået af et familiemedlem eller en partner samt vold begået af en bekendt eller af en fremmed. Sidstnævnte type vold finder almindeligvis sted uden for hjemmet. Sluttelig henviser **kollektiv vold** til vold begået af en større gruppe af individer eller af stater og kan være af social, politisk eller økonomisk art. Derudover opererer WHO yderligere med fire subkategorier, som klassificerer volden ud fra dens natur. Der er tale om subkategorierne: *Fysisk vold, psykisk vold, seksuel vold og materiel/økonomisk vold*. **Fysisk vold** beskrives som korporlig magtanvendelse, og rummer alt fra påføring af let smerte til fysiske overgreb med døden til følge. Fysisk vold er eksempelvis slag, spark, bid, kvælningsforsøg, knivstik, brændemærkning m.m. **Psykisk vold** omfatter alle former for verbal og non-verbal vold, der nedværdiger, skræmmer eller krænker en person samt måder at styre eller dominere andre på vha. en bagvedliggende magt eller trussel, men som ikke er direkte fysisk i sin natur¹². **Seksuel vold** drejer sig om krænkelser, der retter sig mod en anden persons seksualitet, ved hvilke den krænkede person enten nedgøres og mishandles seksuelt eller tvinges til sex og former for sex, som vedkommende ikke ønsker og har lyst til. Et seksuelt overgreb kan således involvere fysisk kontakt, men der kan også være tale om et

overgreb, selvom krænkeren ikke rører ved sit offer¹². **Materiel/økonomisk vold** er aggressioner, rettet mod ting eller genstande og handlinger, som medfører tab af kontrol og ret til ejendom, penge eller del i familiearv samt nægtet adgang til mad og andre fornødenheder. Formålet med handlingerne er at skræmme og dominere andre mennesker på en måde, så at de efterlever gerningsmandens ønsker¹. Undertiden skelnes der endvidere mellem forskellige former for gentagne voldsudsætter med en opdeling i *multipel og kronisk voldsudsættelse*. **Multipel voldsudsættelse** defineres ofte som en hændelse, der optræder mere end en gang for et enkelt individ inden for en afgrænset periode, og er et tegn på voldsudsættelsens intensitet inden for et begrænset tidsafsnit. **Kronisk voldsudsættelse** anvendes derimod ofte i forbindelse med gentagne voldsudsættelse, som forekommer ud over en bestemt studieperiode¹⁵.

I dette speciale vil vold blive defineret som en handling eller en trussel, der - uanset formålet - krænker kvindens integritet, eller som skræmmer, smerter eller skader kvinden. Volden kan både være en bevidst handling eller en handling, der sker i affekt. Derudover begrænser definitionen sig til kun at omhandle fysisk vold, trusler om vold samt fysiske seksuelle overgreb af interpersonel karakter. Seksuel chikane, materiel og økonomisk vold er ikke inkluderet i den anvendte definition. Desuden vil der ikke blive skelnet mellem multipel og kronisk voldsudsættelse.

Partnervold

WHO definerer partnervold som: "*Enhver adfærd i et intimt forhold som forårsager fysisk, psykisk eller seksuel fortræd mod de involverede parter i forholdet*"¹. Begrebet partnervold er således et mere bredtfaavnende begreb end begreberne hustrumishandling eller hustruvold, som henviser til vold som et ægteskabeligt anliggende og som vold begået mod kvinden. WHO's definition er derimod kønsneutral og omfatter derfor også kvindens eventuelle vold mod en partner. Idet dette speciale imidlertid beskæftiger sig med kvindelige voldsoffer, vil partnervold i det efterfølgende udelukkende referere til fysisk vold, seksuelle overgreb eller trusler om vold udøvet mod en kvinde. Partnervolden kan i denne sammenhæng være begået eller fremsat af en nuværende eller tidligere kæreste, samlever eller ægtefælle af samme eller modsatte køn.

Viktimiserede

Anvendes som et synonym til voldsudsatte og er den adjektive form af substantivet viktimisering, som betyder ”det at blive offer”¹⁶.

Reviktimisering

Begrebet ”reviktimisering” ses konceptualiseret på forskellige kompleksitetsniveauer afhængig af den kontekst, hvori det optræder. I noget forskning dækker begrebet over en forbindelse mellem udsættelse for overgreb i barndommen og derefter udsættelse for overgreb i voksenalderen, såsom seksuelt overgreb i barndommen og senere voldtægt som voksen. I anden forskning dækker reviktimisering derimod over to nært på hinanden efterfulgte overgreb som fx gentagen udsættelse for børnemishandling eller partnervold. Andre gange bruges termen om gentagne overgreb begået af samme gerningsmand¹⁷. Begrebet vil imidlertid i nærværende speciale blive defineret bredt, således at reviktimisering vil blive anvendt i forbindelse med gentagne overgreb uafhængig af den tidsperiode, hvori overgrebene finder sted, overgrebsform og gerningsmand.

Psykiske problemer

Begrebet ”*psykiske problemer*” omfatter et bredt spektrum af psykiske lidelser. Det drejer sig om de mere alvorlige psykiatriske sygdomme defineret ved specifikke koder (F00-F11), som findes i WHO's internationale klassifikation af sygdomme og relaterede sundhedsproblemer (ICD-10)¹⁸, til de mildere og forbigående symptomer, såsom følelse af tristhed eller ensomhed, sorg, ukontrolleret irritation, stress, søvnproblemer, koncentrationsbesvær, rastløshed m.m.¹⁹.

Psykisk trivsel

Psykisk trivsel er et begreb, der hyppigt ses anvendt som effektmål for den helbredsrelaterede livskvalitet. Helbredsmålet referer til personers egen vurdering af deres fysiske, følelsesmæssige og sociale velbefindende¹⁹. Der findes ingen entydig definition af psykisk trivsel, idet faktorer som kulturelle forskelle, subjektive skøn og konkurrerende teorier alle påvirker, hvorledes begrebet konstrueres og defineres²⁰. WHO definerer psykisk sundhed i rapporten ”*Social dimensions of*

mental health” som ”Individets, gruppens og omgivelsernes evne til at interagere med hinanden i sådanne henseender, at den befordrer det subjektive velbefindende samt sikrer den optimale udvikling og brug af mentale muligheder af såvel kognitive, følelses- og relationsmæssig karakter. Desuden fremmer og sikrer sammenspillet mellem individ og omgivelser udførelsen af personlige og kollektive mål i overensstemmelse med berettigelse, opnåelse og bevarelse af fundamental lighed”²¹. Denne definition har adskillige fordele i relation til kvinders psykiske trivsel, fordi den betoner det komplekse netværk, som bestemmer psykisk trivsel samt fremhæver, at de forhold, som bestemmer psykisk helbred, opererer på forskellige niveauer. Det afgørende er her, om den enkelte kvinde formår at leve det liv som ønskes eller ej pga. af sine mere eller mindre udtalte psykiske problemer²². I dette speciale vil god psykisk trivsel imidlertid blive begrænset til udelukkende at omhandle fravær af tegn på psykiske problemer som fx frihed for angst og depression, mens dårlig psykisk trivsel omvendt er tilstedeværelse af disse psykiske problemer.

SF-36

SF-36 er et spørgeskema, som bruges til at evaluere personers generelle helbredsstatus, enten ved at personen selv udfylder det, eller ved at det udfyldes under et interview af en fagperson.

Spørgeskemaet giver en måling af personens generelle helbredsstatus ved dels at spørge ind til personens selvvaluerede helbred, dels at spørge til faktorer, der kan måle fysisk, social og psykisk funktionsevne²³. SF-36 blev i sin tid udviklet til brug i en amerikansk undersøgelse og er efterfølgende valideret i en række internationale samt danske undersøgelser^{24,25}. Spørgeskemaet består af 36 spørgsmål, som er inddelt i 8 skalaer, hvor halvdelen samles i et summarisk mål for fysisk helbred og den anden halvdel i et summarisk mål for psykisk helbred, hvorved der opnås en vurdering af personens samlede helbred. De fire skalaer for fysisk helbred er: *Fysisk funktion*, *fysisk betingede begrænsninger*, *fysisk smerte* samt *alment helbred*. For psykisk helbred er de fire skalaer: *Energi*, *social funktion*, *psykisk betingede begrænsninger* samt *psykisk velbefindende*. Hver skala scorer fra 0-100, hvor 100 er bedst²³. Der vil i dette speciales analyser kun blive gjort brug af spørgsmål anvendt til måling af energi og psykisk velbefindende.

Post traumatisk stress syndrom

Post traumatisk stress syndrom, også kaldet PTSD, er en psykisk lidelse, der kan ramme mennesker, som har oplevet eller været vidne til truende eller katastrofelignende livsbegivenheder, som fx voldsudsættelse. Som følge heraf kan der optræde langvarige kropslige og psykiske problemer, såsom hjertebanken, angst, aggression, depression, søvnforstyrrelser og svedeture. Derudover ses PTSD hyppigt at initiere eller intensivere misbrug. PTSD viser sig ofte i bearbejdningsfasen, dvs. i ugerne efter eller inden for det første halve år efter den voldsomme oplevelse²⁶.

1.7 Teoretiske overvejelser

Forståelse af voldens ætiologi har vigtige implikationer for valget af initiativer, som sættes ind for at forebygge og støtte kvinder, der udsættes for vold og trusler om vold²⁷. Der er mange perspektiver og forklaringer på, hvorfor nogle kvinder udsættes for vold, og hvorfor vold optræder hyppigere i nogle miljøer end andre. De fleste af disse forståelses- og forklaringsmodeller tager afsæt i en enkelt fagdisciplins traditioner eller en ideologisk agenda, og der er gennem tiden gjort flere forsøg på at kategorisere disse teorier²⁸. En af de mere pædagogisk illustrative måder - omend meget groft forenklet - er Kyvsgaard og Snares inddeling. Ifølge denne kan der opstilles to polære forklaringsmodeller, hvad angår den vold, kvinder bliver udsat for. Den ene bliver betegnet som kønsmagtsteorien og tager udgangspunkt i den feministiske forskning, mens den anden perspektivering tager afsæt i en livsstilsrelateret kontekst²⁹. Kønsmagtsteorien bygger på forestillingen om magtubalance på samfundsniveau i patriarkalske samfund, hvor strukturelle faktorer forhindrer kvinder og mænds lige deltagelse i samfundslivet. Voldshandlinger mod kvinder betragtes sålunde som en kønsbetinget akt, som er knyttet til magtudøvelse, der afspejler en hierarkisk orden med mænd som undertrykkere og kvinder som undertrykte³⁰. Livsstilsteorien derimod anskuer ikke vold mod kvinder alene som en manifestation af en magtmæssig ulighed mellem mænd og kvinder. I stedet forsøges variationer i risikoen for at blive offer for kriminalitet forklaret ud fra en grundpræmis om, at risikoen for at blive offer for en forbrydelse ikke fordeler sig tilfældigt over tid og sted. Hovedpointen er, at visse livsstile i større udstrækning end andre fører til situationer, hvor risikoen for at blive udsat for en forbrydelse er stor. I den henseende postuleres forskellige faktorer at have betydning for en bestemt livsstil. Det inkluderer demografiske

kendetegn og strukturelle begrænsninger, som udmønter sig i forskellige mønstre for udsathed for viktimisering¹⁶.

Det er imidlertid dette speciales påstand, at det er problematisk at anskue årsager og konsekvenser af vold mod kvinder ud fra en enkelt teori, idet voldens multifacetterede natur ikke lader sig forklare monokausalt. Volden er et komplekst sammenspil mellem individuelle, sociokulturelle, økonomiske og politiske faktorer^{1;28}, hvorfor det bliver nødvendigt at anvende en model, som giver mulighed for at inkorporere den flerdimensionelle kontekst, som volden udspringer af samt indgår i. Ved udelukkende at anskue volden ud fra en enkelt teoretisk synsvinkel, vil variationerne i den vold, som kvinder udsættes for, maskeres. I lighed med WHO's rapport "*World Report on Violence and Health*" vil forståelsen af voldens ætiologi derfor i dette speciale tage afsæt i en økologisk model¹.

1.7.1 Forklaringsramme - Den økologiske model

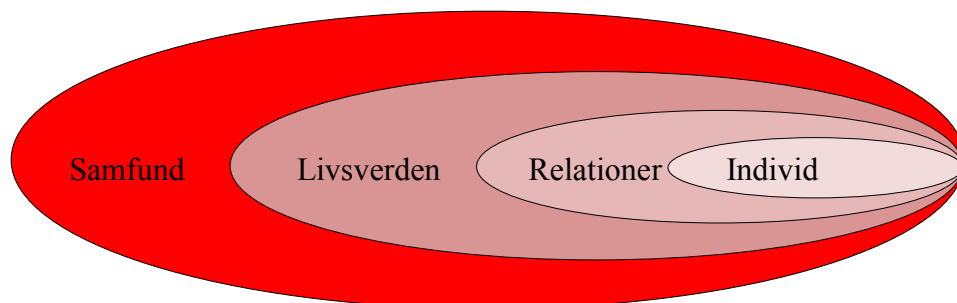
Den økologiske model er baseret på grundtanken om, at interpersonel vold ikke kan forklares ud fra en enkelt årsag. Overordnet set kan modellen betragtes som et heuristisk værktøj, der hjælper til at skelne mellem de forskellige faktorer, som influerer på risikoen for voldsudsættelse samt bidrager til forståelse af, hvorledes disse risikofaktorer interagerer¹. Modellen blev først introduceret i slutningen af 1970'erne og blev oprindeligt anvendt i forbindelse med forskning inden for børnemisbrug og vanrøgt af børn, men har senere fundet anvendelse inden for andre områder vedrørende voldsforskningen; herunder vold mod kvinder^{1;28}. Udgangspunktet i modellen er forholdet mellem de individuelle og kontekstuelle faktorer, hvor vold anses som et produkt af adfærdspåvirkning på flere niveauer²⁸.

I modellen opereres der med fire niveauer: *Individ, relationer, livsverden og samfund*.

Det **første niveau** i modellen forsøger at identificere risikofaktorer på individplan. Det drejer sig om karaktertræk og tidligere erfaringer, som har betydning for individets risiko for at blive offer for vold. Risikofaktor på dette niveau kan eksempelvis tænkes at omfatte adfærdsmæssige karaktertræk som impulsivitet, misbrug, aggressive tilbøjeligheder og personlighedsforstyrrelser samt demografiske variable som alder, lav uddannelse, arbejdsløshed og det at være enlig forsørger. Til dette niveau henhører endvidere tidligere erfaringer med vold, som både kan være overgreb rettet

mod individet selv og overværelse af andres udsættelse for vold. I modellens **andet niveau** undersøges, hvorledes nærmeste sociale relationer øger risikoen for voldsudsættelse, såsom tilknytning til partner, familiemedlemmer eller andre nære personer. Hvis offer og gerningsmand fx bor under samme tag, vil risikoen for gentagne voldsudsættelse være mere eller mindre konstant. Endvidere må en voldelig omgangskreds formodes at influere på risikoen for voldsudsættelse. Det **tredje niveau** beskæftiger sig med ofrets livsverden. Det drejer sig om de nærmiljøer, som individet færdes og interagerer i, såsom boligkvarter, skole og arbejdsplads. Disse nærmiljøer har betydning for, hvilke normer og tabuer individet er underlagt. Samtidig viser voldsforskning, at risikoen for voldsudsættelse er højere i nogle miljøer end andre³¹⁻³³. Det **fjerde niveau** i modellen beskæftiger sig med faktorer på samfundsniveau som fx myndighedernes svar på den voldelige adfærd samt den kulturelle forestilling om voldens legitimitet. Hvorledes voldsbegrebet er socialt konstrueret har både betydning for, hvordan ofret selv oplever volden og for erkendelse af voldens tilstedeværelse i et samfund.

Figur 1. Den økologiske forklaringsmodel til forståelse af vold.



Den økologiske model er skitseret i figur 1. De overlappende ringe i figuren illustrerer, hvorledes problemer og livsbetingelser hænger sammen i gensidigt afhængige systemer, således at faktorer inden for hvert plan enten kan forstærkes eller modificeres af faktorer fra andre planer. Ud over at tydeliggøre årsager til vold og deres komplekse interaktion, lægger den økologiske model op til, at det i bekæmpelsen af vold mod kvinder er nødvendigt at handle på tværs af de forskellige planer på samme tid^{1,28}.

Dette speciale begrænser sig dog til udelukkende at omhandle elementer fra modellens første og andet niveau, dvs. de individuelle samt de relationsmæssige risikofaktorer.

1.8 Voldsopgørelse

1.8.1 Registreringen af vold og metodemæssige problemer ved sammenligninger

Omfanget af vold mod kvinder i Danmark samt udviklingen i overgrebene over tid er blevet forsøgt opgjort på forskellige måder og ved forskellige undersøgelser gennem årene^{6;34;35}. Data kan fx stamme fra politiets registreringer af anmeldte voldelige overgreb, hospitalernes registreringer af patientkontakter pga. voldsskader samt krisecentrenes optællinger af, hvem og hvor mange voldsramte kvinder de huser. Desuden kan der være tale om ”selvrapporterede tilfælde af vold”, som er indhentet via interview- og spørgeskemaundersøgelser. Kendetegnende for undersøgelserne er imidlertid, at ingen af dem har kunnet give et fuldt ud dækkende billede af voldens omfang og udviklingen i overgrebene, idet de forskellige datakilder præsenterer forskellige aspekter af volden. Der er således betydelig forskelle i omfanget og karakteren af den vold, der eksempelvis medfører skadestuekontakt eller politianmeldes og den vold, som kvinder selv rapporterer i spørgeskemaundersøgelser. Tilsyneladende findes der større tal for voldens omfang, jo mere anonyme undersøgelserne er. Det er kendt, at undersøgelser baseret på selvudfyldte spørgeskemaer rapporterer om en højere voldsforekomst end fx telefoninterviews⁶. Generelt hedder det sig videre, at den vold, som kommer til myndighedernes kendskab, enten via anmeldelse til politiet eller ved skadestuekontakt, oftere er af grovere karakter i modsætning til den selvrapporterede vold i befolkningsundersøgelser, som både omfatter let til svær vold⁶. Registerdata omfatter heller ikke oplysninger om psykisk vold, som fx verbale overgreb og trusler^{6;34;35}. Samtidig ses det, at det især er de socialt udsatte kvinder, der søger hjælp i krisecentre, og at data fra voldtægtscentre i højere grad omhandler overgreb fra fremmede og i mindre grad overgreb i partnerforhold. Der er derfor også forskelle i profilen af voldsoffer og voldsudøver, hvad end de beskrives ud fra befolkningsundersøgelser, på baggrund af registerdata eller ud fra andre kilder⁶. Forskellige forhold peger desuden på, at der endog inden for samme datakildetradition kan forekomme vanskeligheder ved sammenligning af resultater. Det er eksempelvis veldokumenteret, at forskelle i undersøgelsesmetoder, spørgsmålsformuleringer og aldersafgrænsninger ved spørgeundersøgelser resulterer i forskellige selvrapporterede voldshyppigheder³⁵. Afrapportering, anmeldelsestal og

registrering af sygehuskontakter pga. vold kan desuden over tid påvirkes af ydre faktorer, som gør det vanskeligt med sikkerhed at vurdere udviklingen. Det drejer sig til eksempel om politiets behandling af voldssager, samfundets indstilling til vold, oplysningskampagner samt graden af tabuisering af volden⁶. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på forskelle i dataindsamlingsmetoder, når forskellige undersøgelser sammenlignes samt at være opmærksom på eventuelle tidsspecifikke tendenser, som kan tænkes at påvirke data.

I det følgende præsenteres et skøn over det aktuelle omfang af vold mod kvinder i Danmark og beskrivelse af udviklingen heri inden for den seneste årrække. For at mindske risikoen for tilfældige udsving grundet metodemæssige forskelle, vil der gøres brug af en kombination af forskellige datakilder.

1.8.2 Voldens omfang og udvikling

1.8.2.1. Spørgeskemaundersøgelser

Der er inden for de seneste år udgivet tre omfattende rapporter omhandlende vold mod danske kvinder baseret på befolkningsundersøgelser. De to er baseret på data fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne (SUSY) i 2000 og 2005, en række registre samt data fra kvindekrisecentre, og udgivet i henholdsvis 2004 og 2007^{5;6}. Rapporten fra 2007 er en direkte opfølgning på 2004-rapporten⁶. Oplysningerne til afdækning af voldsudsathed er i SUSY-undersøgelserne indsamlet via selvadministrerede spørgeskemaer^{36;37}. Data til den tredje er indsamlet vha. telefoninterviews i forbindelse med dansk deltagelse i FNs International Violence Against Women Survey (IVAWS) i 2003³⁸. Derudover adskiller undersøgelserne sig yderligere mht. undersøgelsespopulationernes alderssammensætning samt primære formål. Mens IVAWS er en fokuseret voldsundersøgelse, så er SUSY-undersøgelserne en befolkningsundersøgelse, der fortrinsvis har drejet sig om meget andet end overgreb. Der vil derfor forekomme prævalensafvigelser mellem undersøgelserne³⁶⁻³⁸.

Ud fra SUSY 2005 kan det estimeres, at ca. 90.000 danske kvinder i alderen 16-64 år årligt er udsat for enten trusler om vold, fysisk vold eller både trusler og fysisk vold. Ses der alene på andelen af

kvinder, som har været udsat for fysisk vold inden for det seneste år, er det skønsmæssige antal opgjort til omtrent 70.000 kvinder, svarende til 3,9% af kvinder i alderen 16-64 år. I 2000 var det tilsvarende tal 65.000, svarende til 3,7%. Stigningen er dog ikke fundet signifikant. Den vold, som kvinderne rapporterer om i SUSY-undersøgelserne, er i ca. 2/3 af tilfældene relativt mild. Skønnet ud fra tal i 2005 oplever ca. 32.000 kvinder i Danmark dog hvert år grov fysisk vold, dvs. spark/slag med knytnæve eller ting, kast ind i væg, møbler eller ned ad trappe, kvælningsforsøg, angreb med kniv eller skydevåben. Yderligere har i alt 2,3% af de kvinder, der besvarede SUSY 2005, oplevet trusler om vold det seneste år, mens knap 1,7% af kvinderne, svarende til 26.000, angiver at have været tvunget til seksuel aktivitet eller have været udsat for seksuelt overgreb⁶. Det estimeres desuden, at omkring 28.000 kvinder årligt udsættes for overgreb begået af en nuværende eller tidligere ægtefælle/partner, svarende til 40% af de kvinder, som rapporterer om voldsudsættelse⁶. Baseret på oplysninger fra SUSY 2000 anslås den tilsvarende andel til 60%⁵. Andelen af voldstilfælde begået på en arbejdsplads ses derimod i SUSY 2005 at være steget i forhold til SUSY 2000. I 2000 rapporterede mindre end 10% af kvinder, der har besvaret spørgsmålet om relationen til voldsudøverne, at volden havde tilknytning til arbejdspladsen. I 2005 angiver 20% af kvinderne i den erhvervsaktive alder, dvs. 16-64-årige, at volden er begået af en arbejdsrelation, dvs. enten af en kollega eller en anden person på arbejdspladsen. Det svarer skønsmæssigt til, at knap 15.000 kvinder årligt udsættes for denne form for vold⁶.

I IVAWS-undersøgelsen angiver 4,8% af kvinderne at være udsat for en eller flere former for trusler, fysisk vold og seksuelle overgreb (inkl. seksuel chikane) inden for det seneste år, hvilket svarer til omkring 84.000 kvinder i alderen 18-70 år. Ses der alene på fysiske overgreb, er den rapporterede årsprævalens på 2,5% svarende til omkring 44.000 kvinderne, mens andelen af kvinder, der angiver at være udsat for tvangssamleje eller forsøg herpå er på ca. 0,1% svarende til 1.500 kvinder inden for det seneste år. Endvidere rapporterer 1,1% af kvinderne at de inden for de seneste 12 måneder har været udsat for fysiske overgreb af deres nuværende eller tidligere partner. Det svarer til 20.000 kvinder i alderen 18-70 år³⁸.

1.8.2.2 Skadestuedata

Tal fra Landspatientregisteret (LPR) viser, at 5.343 kvinder kontaktede en skadestue pga. voldsskader i 2005, og at 277 kvinder samme år blev indlagt på sygehus for sådanne skader⁶. Af skadestuedata fra LPR for årene 1995 til 2005 fremgår det endvidere, at antallet af skadestuekontakter i perioden er steget for alle aldersgrupper af kvinder med undtagelse af de ældste kvinder, svarende til gruppen af 70+-årige. Data fra LPR for perioden 2003-2006 viser i lighed data fra SUSY-undersøgelserne, at omfanget af partnervold synes at være aftagende, mens arbejdsrelateret vold mod kvinder synes at tiltage⁶.

1.8.2.3 Politianmeldt vold

Der var i alt 5.338 politianmeldelser om fysisk vold og trusler mod kvinder over 15 år i 2006 mod 4.985 i 2002. Stigningen vedrører anmeldelser om simpel vold, dvs. vold, der ikke har medført alvorlig legemsbeskadigelse. Der ses i perioden 2002-2006 derimod ingen stigning i antallet af politianmeldte tilfælde af alvorlig vold samt seksuelle overgreb. Gennemsnitligt blev der i perioden anmeldt 400 voldtægter og forsøg på voldtægt årligt mod kvinder over 15 år. Antallet af anmeldte drab og drabsforsøg har varieret mellem 41 og 66, og var i den femårige periode lavest i 2006⁶.

1.8.2.4 Landsorganisationen af Kvindecentre (LOKK)

LOKKs voksenstatistik bygger på oplysninger fra kvinder, der har boet på et af landets 36 krisecentre, som indgår i årsstatistikken³⁹. Der er registreret 15.256 henvendelser i 2008 på 36 krisecentre. Dette er en stigning på 14% i forhold til 2007. Antallet af indflytninger har derimod gennem en årrække været næsten konstant, og har de fleste år ligget på omkring 2.000⁶. En mindre andel af de indflyttede kvinder på krisecentrene har i 2008 været udsat for fysisk vold (76%) end i 2007, hvor andelen var 96%. Andelen af indflyttede kvinder, der rapporterede om psykisk vold, var derimod stort set er uændret fra 2007 (93%) til 2008 (94%)³⁹.

1.9 Voldsudøver

Vold mod kvinder udøves hovedsagelig af mænd^{1;6}. I de politianmeldte sager om vold mod danske kvinder angives samlet set, at gerningsmanden har været en mand i ca. 85% af tilfældene. Ses der på partnervold alene, er stort set alle anmeldte sager udøvet af mænd⁶. Kvinder opgiver overvejende ægtemand, sambo, kæreste eller tidligere partner som voldsudøver. I SUSY 2005 er ca. 40% af alle former for fysisk vold udøvet af en tidligere/nuværende partner eller nær ven, mens skønsmæssigt 50% af tilfælde af grov vold mod kvinder er udøvet af en aktuel eller tidligere partner. I politianmeldte voldstilfælde er derimod kun godt og vel 20% defineres som partnervold⁶. Forskellen skyldes dels, at der må regnes med en tendens til underrapportering af vold forøvet af nuværende/tidligere ægtefælle/samlever/kæreste i politiets dataregistrering, idet der ikke direkte registreres data om relationen mellem offer og gerningsmand. Dels kan det antages, at partnervold sjældnere end anden vold anmeldes til politiet. Vold mod kvinder i hjemmet formodes således i højere grad end andre typer vold at ”skjules” for skadestuer og politi^{38;40}. IVAWS-undersøgelsen finder således, at kun i 13% af tilfældene, hvor overgrebene er begået af en partner, er disse anmeldt til politiet, mod 22% af overgreb begået af en ikke partner. Forskellen er statistisk signifikant³⁸. Af offerstatistikken for den politianmeldte vold ses desuden, at 9% af overgreb mod kvinder er begået af en bekendt, 1% af et bekendtskab på mindre end 24 timer, mens 38% er begået af ukendt gerningsmand⁴¹.

Voldsepisoder i relation til arbejdspladsen er ifølge branche- og erhvervsundersøgelser i overvejende grad (90-95%) knyttet til forhold, hvor en person skal serviceres, fx patienter, klienter, brugere eller elever eller pårørende hertil. Kun i en mindre andel af den arbejdsrelaterede vold, er voldsudøveren enten en kollega eller leder^{42;43}. Den procentvise andel af vold, der er sket i tilknytning til enten skolegang eller til udførelse af arbejde, er fundet til at være mellem 20-33%^{6;38;44}.

1.10 Gerningssted

Langt størstedelen af ikke partnervold foregår udendørs, i restaurationsmiljøer, på skoler eller arbejdspladser³⁸. Der er ikke fundet nogen forskelle i andelen af voldshændelser relateret til bar eller lignende sted i forhold til voldshændelser begået på arbejdsplads eller uddannelsesinstitution³⁸.

I modsætning hertil finder partnervold oftest sted i privat bolig inkl. have og indkørsel⁴⁰.
Sammenlagt er ni ud af ti overgreb begået af en partner foregået i en privat bolig³⁸.

2.0 Baggrund

2.1 Helbredskonsekvenser af voldsudsættelse

2.1.1 Betydningen af fysiske og seksuelle overgreb for fysisk helbred

Der er et veletableret evidensgrundlag for, at udsættelse for fysiske og seksuelle overgreb er associeret med dårligt fysisk helbred af både almen og kronisk karakter^{1;45-49}. De typiske akutte fysiske følgeskader af vold er blodansamlinger, tandskader, overfladiske sår samt stik- og snitlæsioner^{50;51}. Vold er endvidere kædet sammen med en række kroniske psykosomatiske helbredsproblemer som fordøjelses- og tarmbesvær i form af diarré, diffuse mavesmerter samt forstoppelse, mavesår, irriteret tyktarm og sure opstød^{52;53}. Muskel- og skeletmerter, smerter i thorax og nakke samt hovedpine menes også at være relateret til voldsudsættelse⁵⁴. Dertil kommer andre kroniske helbredsproblemer, såsom gigt, hjertekrampe og andre hjertekredsløbssymptomer^{1;49;51}. En række af disse problemer kan være forårsaget af dårlig sundhedsadfærd, bl.a. alkoholforbrug, cigaretrykning og fysisk inaktivitet, som rapporteres hyppigere blandt voldsudsatte^{55;56}. Herudover beskrives seksuelle overgreb at øge risikoen for senere gynækologiske og reproduktive problemer, fx vaginalt udflåd, bækkenmerter, underlivsbetændelse, seksuelt overførte sygdomme, uønsket graviditet samt alvorlige menstruationsforstyrrelser⁵⁷⁻⁵⁹. Nogle studier har desuden påvist, at partnervold under graviditeten er sammenhængende med svangerskabskomplikationer, som forhøjet risiko for perinatal død, for tidlig fødsel samt lav fødselsvægt hos barnet^{60;61}, mens andre ikke finder sådanne sammenhænge^{62;63}.

2.1.2 Betydningen af fysiske og seksuelle overgreb for psykisk helbred

Ifølge flere internationale studier er der evidens for, at dårlig psykisk trivsel samt psykisk sygdom er relateret til vold⁶⁴⁻⁶⁶. Sammenhængen synes at være stærkere end associationen mellem vold og fysisk helbred⁴⁸. Kvinder udsat for fysisk og seksuel vold rapporterer oftere om depression, angst, fobier, spiseforstyrrelse og søvnproblemer^{6;67-69}. Desuden er det fundet, at vold er associeret med PTSD, social dysfunktion samt øget risiko for misbrugsadfærd^{64;69;70}. Kvinder som har oplevet fysisk og/eller seksuel partnervold rapporterer markant oftere om selvmordstanker samt ved en eller

flere lejligheder at have forsøgt selvmord⁶⁶. Derudover rapporterer voldsudsatte kvinder oftere om manglende indflydelse på jobbet, langvarige ægteskabelige problemer samt problemer i barndommen end ikke voldsudsatte kvinder⁶. Sammenlignet med ikke voldsramte kvinder føler voldsudsatte kvinder sig endvidere mere bebyrdet af deres børn samt tynget af deres bolig og finansielle situation⁶⁸. Udenlandske studier finder endvidere, at kvinder udsat for partnervold hyppigere rapporterer om brug af receptpligtige lægemidler, som beroligende medicin, sovemedicin og antidepressiva sammenlignet med ikke voldsudsatte kvinder^{71;72}. Samtidig er der fundet en klar dosis-respons sammenhæng mellem forbrug af psykofarmaka og antallet af udsættelse for forskellige typer partnervold⁷². Sammenhængen mellem medicinforbrug og voldsudsættelse er imidlertid ikke genfundet i den danske rapport *”Mænds Vold mod Kvinder”*. Her ses kvinder udsat for vold ikke at have et større selvrapporteret samlet medicinforbrug af recept- og håndkøbsmedicin mod en række forskellige lidelser end ikke voldsudsatte kvinder⁶.

2.1.3 Betydningen af psykisk vold for fysisk og psykisk helbred

Studier viser, at kvinder udsat for psykisk vold har markant hyppigere psykiske problemer end kvinder, som ikke var udsat for nogen former for vold^{55;73}. Følgerne kan være langvarige, og i nogle undersøgelser giver kvinder udsat for partnervold endog udtryk for, at psykisk vold er mere skadeligt end udsættelse for vold af fysiske og seksuelle karakter^{64;74}. McCaw et al. finder, at kvinder udsat for psykisk vold og uden en forhistorie med nogen former for overgreb hyppigere rapporterer om begrænset evne til at begå sig socialt sammenlignet med kvinder, som ikke har været udsat for overgreb⁷⁵. Pitzner et al. peger på, at emotionelle overgreb er en vigtig prædiktor for PTSD, nedsat humør og psykosomatiske lidelser⁷⁶. Kvinder, som har været udsat for psykisk vold, giver endvidere ofte udtryk for, at trusler om vold fører til en kronisk tilstand af frygt. Nogle kvinder, som lever i angst og utryghed, kan derfor nærmest opleve det som en forløsning, når deres partner slår, fordi de ved, at der er længere til næste gang, det sker igen⁷⁷. Samtidig ses psykisk vold i form af nedværdigende behandling og trusler i lighed med fysiske og seksuelle at have sammenhæng med dårligt fysisk helbred; selv i fraværet af fysiske og seksuelle overgreb^{55;78;79}.

2.1.4 Medierende faktorer

Flere faktorer har vist sig at mediere sammenhængen mellem voldsudsættelse og helbredsproblemer. I det efterfølgende vil de vigtigste af disse mediatorer blive beskrevet.

2.1.4.1 Voldstype

Alvorligheden af helbredssekvenserne af vold er afhængig af voldstype. Seksuel partnervold beskrives således at udgøre en større risiko for kvinders psykiske helbred end fysisk partnervold^{80;81}. Kvinder udsat for seksuel partnervold og kvinder udsat for både fysisk og seksuel partnervold har fx lavere SF-36 score sammenlignet med kvinder, der alene har været udsat for fysisk partnervold⁸⁰. Campbell et al finder samstemmende, at kvinder udsat for seksuel partnervold er mere tilbøjelige til at vise tegn på stressrelaterede helbredsproblemer i forhold til kvinder kun udsat for fysisk partnervold eller ikke voldsudsatte kvinder⁸². Udsættelse for flere voldstyper øger ikke uventet risikoen for samt alvorligheden af voldsrelaterede helbredsproblemer⁶⁸. Omtrent en tredjedel af voldsopfrene oplever at blive udsat for mere end en voldstype i deres livstid^{83;84}.

2.1.4.2 Overgreb i barndommen

Misbrug og omsorgssvigt i barnealderen anses for at være en betydningsfuld mediator i sammenhængen mellem voldsudsættelse og sundhedstilstand. I flere studier er fysiske og seksuelle overgreb samt omsorgssvigt i barnealderen således identificeret som risikofaktorer for dårlig sundhedsadfærd samt alment dårligt helbred i voksenalderen; herunder specielt trivselsproblemer og psykiske lidelser^{78;85-91}. Ifølge undersøgelser af psykiatriske patientgrupper rapporteres der eksempelvis om, at mellem 20-70% af patienterne har været udsat for alvorlig fysisk eller seksuel mishandling som børn⁹²⁻⁹⁴.

Psykiske følger af overgreb i barndommen omfatter ængstelighed, PTSD, lav selvværdsfølelse, borderline personlighedsforstyrrelser, psykoser og spiseforstyrrelser i voksenalderen. Andre konsekvenser er antisocial adfærd, seksuel dysfunktion samt ægteskabelige og familiemæssige problemer^{1;45;89;95;96}. Børn, som har været udsat for overgreb og omsorgssvigt, har desuden en stærkt forøget risiko for at udvikle depressioner som voksne⁹¹. Kvinder viktimitiseret i barndommen ses endvidere hyppigere at udvikle depression i en yngre alder end ikke voldsopfre^{97;98}. Samtidig

beskrives selvmordsforsøg samt selvskadende handlinger at forekomme oftere blandt kvinder udsat for seksuelt misbrug i barndommen end blandt kvinder, som ikke har været udsat for seksuelle overgreb^{96;99}. Det skal dog understreges, at det er svært at adskille virkningerne af fysiske og seksuelle overgreb fra virkningerne af et generelt omsorgssvigt, som disse børn har været udsat for i løbet af deres opvækst^{100;101}. Navnlige psykiske forstyrrelser hos forældrene og vanskelige psykosociale opvækstvilkår, såsom konflikter mellem forældrene og partnervold, synes at karakterisere disse børns familieforhold^{101;102}. Hvorvidt børn udvikler psykopatologi som følge af fx seksuelt misbrug afhænger derfor bl.a. af det sociale miljø og muligvis også af en genetisk disposition¹⁰³. Desuagtet hersker der ingen tvivl om, at misbrug i barndommen er en vigtig prædikator for psykisk sygdom i voksenalderen.

2.1.4.3 Reviktimisering

Gentagen udsættelse for vold ses at have en kumulativ negativ effekt på kvinders helbred. Reviktimitiserede kvinder rapporterer om flere somatiske problemer og angiver oftere at lide af psykisk dårlig trivsel, depression, angst, PTSD-relaterede symptomer, at mangle empati over for andre samt at være følelsesmæssige mere sensitive sammenlignet med kvinder uden en forhistorie med voldsudsættelse, eller som kun har været udsat for et enkelt overgreb¹⁰⁴⁻¹⁰⁶. Den kumulative effekt er mest udtalt for kvinder, som havde været udsat for både fysiske, psykologiske og seksuelle overgreb^{71;104}. Et enkelt studie foretaget af Messman-Moore et al. finder, at der ingen forskel er på den negative kumulative effekt på psykisk velbefindende for kvinder, udsat for seksuelle overgreb i både barndommen og voksenalderen i forhold til kvinder, der alene er udsat for gentagne overgreb som voksne¹⁰⁷.

2.1.4.4 Tidsfaktor

Der er beskrevet en stærkere sammenhæng mellem nylige overgreb og dårligt helbred end for voldstilfælde, som ligger bag ud i tid^{105;106}. Til eksempel findes det i et prospektivt studie blandt 33 kvinder, der blev undersøgt i forbindelse med politianmeldelse af voldtægt og voldtægtsforsøg, at alle kvinderne klagede over depression, angst, modløshed og træthed den første måned efter overgrebet. Ved efterundersøgelsen et halvt år efter afsluttet behandling rapporterede kun halvdelen

stadig om angstsymptomer og en fjerdedel om depressive symptomer¹⁰⁸. Yderligere konkluderes det i et andet studie, at varigheden hvormed overgrebene har stået på, ligeledes har betydning for omfanget af fysiske, psykiske problemer samt sociale funktionsevne hos kvinder¹⁰⁹.

2.1.4.5 Gerningsmand

Ofrets relation til gerningsmanden har betydning for forekomsten af psykisk problemer. Et italiensk studie beskriver, at 6 gange så mange kvinder udsat for partnervold og 4,5 gange så mange kvinder med anden gerningsmand end (eks)partner angav at være depressive sammenlignet med ikke voldsudsatte kvinder selv efter kontrol for en række baggrundsvARIABLE¹⁰⁵. Samtidig ses angst at være mere forbundet med overgreb begået af en partner end med overgreb begået af en ikke partner. Årsagen hertil skal givetvis findes i, at risikoen for på ny at blive udsat for overgreb er meget større, når gerningsmanden er en partner³⁸.

2.2 Risikofaktorer for voldsudsættelse

I næste afsnit vil en række risikofaktorer for voldsudsættelse blive belyst. Nogle af de individuelle risikofaktorer er unikke for én speciel voldstype, men i de fleste tilfælde deler de forskellige voldstyper en række risikofaktorer. Yderligere kan nogle risikofaktorer tænkes at interagere. Årsagsnetværket omkring voldsudsættelse er således yderst komplekst og mekanismerne er langt fra klarlagte.

2.2.1 Psykisk trivsel og psykisk sygdoms betydning for risiko for voldsudsættelse

Der er kun få longitudinelle undersøgelser, som har undersøgt psykisk helbreds betydning for risikoen for voldsudsættelse blandt kvinder. Resultaterne fra disse undersøgelser peger på, at kvinder med et dårligt psykisk helbred er i højere risiko for voldsudsættelse end kvinder uden psykiske problemer. Undersøgelsesresultaterne antyder dog, at det ikke er entydigt, hvorledes forskellige former for psykiske lidelser eller psykisk trivsel influerer på risikoen for voldsudsættelse samt former for vold^{9;10}. Desuden forekommer der, at være covarians mellem misbrugsadfærd og psykisk sygdom og sammenhængen mellem risikoen for vold¹¹⁰. Det ses således i et 20 måneders

longitudinelt studie foretaget af McPerson et al., at for mødre diagnosticeret med en psykisk sygdom ved baseline, er antallet af forudgående indlæggelser til psykiatrisk behandling samt antallet af rapporterede psykiatriske problemer angivet ved baseline positivt associeret med partnervold ved follow-up. Mødre, der ved follow-up oplyser at være blevet udsat for partnervold inden for de sidste 12 måneder, rapporterer endvidere om flere psykiatriske symptomer ved follow-up end mødre, som ikke har oplevet partnervold de seneste år. Derudover findes der en positiv relation mellem alkohol- og stofmisbrug rapporteret ved baseline og senere rapportering om udsættelse for partnervold inden for de seneste 12 måneder ved follow-up. Vold er i undersøgelsen defineret som fysiske eller seksuelle overgreb begået af en person, som kvinder var romantisk involveret med¹⁰. Der er i analysen ikke justeret for tidligere voldsudsættelse. Hedtke et al finder i et 2-års follow-up studie af 3.031 kvinder baseret på the US National Women's Study (NWS), at PTSD er signifikant associeret med risikoen for voldsudsættelse selv efter kontrol for tidligere voldshændelser (OR=1,5). Samtidig ses det, at kvinder med svær depression ved baseline oftere rapporterer om nye voldshændelser ved follow-up. Sidstnævnte sammenhæng er imidlertid ikke fundet signifikant¹⁰. Der er i analyserne ikke er kontrolleret for covarians mellem PTSD og alvorlig depression samt misbrugsadfærd. Vold er i undersøgelsen defineret som seksuelt misbrug, fysiske overgreb eller det at være vidne til en alvorlig ulykke eller et voldeligt dødsfald¹⁰. I et andet studie blandt 2.863 kvinder ligeledes baseret på data fra NWS, konstaterer Cougle et al., at alvorlig depression samt PTSD er associeret med øget risiko for udsættelse for interpersonel vold i form af fysiske eller seksuelle overgreb. Sammenhængene er stadig signifikant efter kontrol for tidligere udsættelse for overgreb samt alkohol- og stofmisbrug. Stratificeres der på partnervold og ikke partnervold forsvinder den signifikante association imidlertid mellem alvorlig depression og voldsudsættelse⁹. PTSD findes derimod at være signifikant associeret med ikke partnervold, mens der ikke ses nogen positiv korrelation mellem PTSD og partnervold. Partnervold er i studiet defineret som overgreb begået af en ægteemand, tidligere ægteemand, mandlig kæreste eller tidligere mandlig kæreste. Der er i de stratificerede analyser for partnervold og ikke partnervold kontrolleret for tidligere udsættelse for vold men ikke for alkohol- og stofmisbrug⁹. På den anden side finder Lehrer et al. i et 5-årigt follow-up studie, at unge kvinder, der ved baseline udviste stærke depressive symptomer, signifikant oftere angiver at være udsat for partnervold ved follow-up (OR=1,86 (95% CI: 1,05-3,29)) end ikke depressive. Studiet er baseret på the US National Longitudinal Study of Adolescent Health og inkluderer 1.659 kvinder, der ved undersøgelsens

afslutning var i alderen 18-27 år. Der er i studiet kontrolleret for alder, etnicitet, forældres uddannelser samt seksuelle og fysiske overgreb i barndommen¹¹¹. Slutteligt finder et 5-årigt amerikansk follow-up studie blandt 79 par bestående af unge mænd med mange lovovertrædelser og deres partnere, at depressive symptomer hos kvinden målt ved baseline er signifikante risikofaktorer for senere partnervold af psykisk men ikke fysisk art¹¹. Mændenes alder er ved baseline angivet at være mellem 17-20 år¹¹. Der er i studiet ikke kontrolleret for socio-demografiske forhold, livsstilmæssige faktorer eller tidligere overgreb.

2.2.2 Alkoholforbrug

En af de hyppigst undersøgte misbrugsassociationer med vold er alkoholforbrug/misbrug¹¹². Adskillige undersøgelser påviser sammenhæng mellem alkohol og overgreb, og at kvinder udsat for vold oftere angiver at have et højere alkoholkonsum end kvinder, der ikke har været udsat for overgreb^{56;71;109;113}. Hvorvidt der er tale om en egentlig årsagssammenhæng og i givet fald hvilken, er der dog ikke enighed om^{1;114}. Nogle studier finder direkte sammenhænge mellem kvinders drikkemønster, alkoholforbrug og deres risiko for voldsudsættelse^{115;116}. Således påpeger White et al. på baggrund af et longitudinalt studie, at alkoholforbrug øger kvinders risiko for partnervold¹¹⁶. Andre undersøgelser finder derimod, at voldsudsættelse ikke er eller kun er svagt associeret med alkoholforbrug^{31;33;117;118}. Iblandt disse studier er bl.a. en longitudinal undersøgelse af Testa et al., der i modsætning til White et al. viser, at alkoholindtag ikke forudsiger partnervold i hverken eksisterende eller efterfølgende forhold³³. Årsagen til de forskellige forskningsresultater kan skyldes, at alkohol i mange lande efterhånden i stigende grad er blevet integreret i normer for socialt samvær og derfor ikke længere er en markør for en sårbar population⁷¹. Samtidig ses sammenhængen mellem alkoholindtag og risikoen for voldsudsættelse at medieres af en lang række faktorer. Eksempelvis konkluderer Timko et al. i et tværsnitstudie, at symptomer på PTSD, angst, depression og stress er associeret med binge drinking¹¹⁹. Andre studier viser desuden, at børn, der har været udsat for verbale, seksuelle og fysiske overgreb eller vanskelige psykosociale opvækstvilkår, er mere tilbøjelige til at havne i et alkoholmisbrug eller at have en forhistorie med alkoholafhængighed som voksne end børn, som ikke har været udsat for overgreb¹²⁰⁻¹²⁴. Den positive association er fundet signifikant selv efter kontrol for en række baggrundsfaktorer, herunder forældres alkoholproblemer^{115;125}. Samtidig er eget alkoholforbrug relateret til egen

voldsudøvelse, således at egen offeroplevelse kan være selvinitieret¹¹⁶. Endelige er risikoen for at en kvinde udsættes for vold markant større, hvis hendes partner har et stort alkoholforbrug. Hver fjerde voldsepisode er således karakteriseret ved, at såvel offer som gerningsperson har været påvirket af alkohol³⁸.

Opsummerende om alkohol kan derfor siges, at der er meget modstridende opfattelser af, hvor meget alkohol som forklaringsfaktor skal vægtes. Dog forekommer der at være en reciprok sammenhæng mellem kvinders alkoholforbrug og risikoen for voldsudsættelse, således at begge faktorer øger sandsynligheden for den anden.

2.2.3 Stofmisbrug

Flere studier har påvist, at der er en sammenhæng mellem stofmisbrug og vold^{31;33;112;126}. Kvinder, der misbruger narkotiske midler, ses således oftere at rapportere om voldsudsættelse^{33;112}.

Sammenlignet med kvinders alkoholmisbrug er stofmisbrug tilmed fundet at være stærkere associeret med voldsudsættelse^{33;112}. En undtagelse herfra er dog brug af marihuana, der ikke ses at være associeret med en øget risiko for vold efter kontrol for psykiatriske lidelser, demografiske baggrundsvARIABLE samt studieindividets voldsadfærd^{33;127}.

I lighed med alkoholforbrug hersker der imidlertid ikke konsensus om, hvorvidt stofmisbruget er direkte eller indirekte årsag til eller følge af voldsudsættelse. Der er fx fremsat hypoteser om, at stofmisbrug på samme måde som alkoholmisbrug i sig selv øger risikoen for voldsudsættelse^{33;128}, men også at risikoen for et stofmisbrug øges efter voldsudsættelse selv blandt kvinder uden en forhistorie med misbrug og vold³¹. Misbrug af euforiserende stoffer kan øge irritabilitet og aggressivitet samt nedsætte evnen til at håndtere konflikter, hvorved risiko for vold øges^{33;129}.

Endvidere opstår der ofte konflikter relateret til stofmisbrug, fx uoverensstemmelser over deling af stoffer samt anvendelse af penge fra husholdningen til stoffer, hvilket kan medføre partnervold¹²⁸.

Gilbert et al. finder tillige, at en del kvinder med et misbrug af euforiserende stoffer oplever verbale ydmygelser af deres partnere som resultat af deres lave status som stofmisbrugere¹²⁸. Den psykologiske mishandling sammenkædes med fysisk voldsudsættelse¹³⁰. Kvinders stofmisbrug er tillige stærkt korreleret med partnerens misbrug, og det er ofte vanskeligt at skelne mellem den afhængende og den interagerende effekt mellem kvindens eget misbrug og partnerens¹³¹. Et reviewstudie konkluderer videre, at sammenhænge mellem kvindens og partnerens stofmisbrug og

kvindens risiko for partnervold yderligere er influeret af vold i kvindens opvækstfamilie samt udsættelse for seksuelle overgreb i barndommen^{132;133}. Stofmisbrugere skifter endvidere oftere partnere end ikke misbrugere, hvorved de øger deres potentielle risiko over tid for at være sammen med en voldelig partner^{31;33}. Kvinder som misbruger narkotiske midler oplever tillige hyppigere vold i deres forhold, idet stofmisbrugere oftest færdes i en socialt afvigende subkultur med relativt megen vold. Det er højst sandsynligt at kvindelige stofmisbrugere vælger deres seksualpartner fra denne risikopopulation af voldelige mænd^{31;33}.

2.2.4 Rygning

Rygning forekommer at være relateret til voldsudsættelse. Således ses det, at kvinder udsat for partnervold på et hvilket som helst tidspunkt i deres voksenliv oftere angiver at være rygere eller tidligere rygere sammenlignet med ikke voldsudsatte kvinder^{56;109;134}. Loxton et al. finder til eksempel i et studie blandt midaldrende kvinder, at tre gange så mange kvinder med et dagligt cigaretforbrug på mellem 10-19 stk., og fire gange så mange kvinder med et cigaretforbrug på 20 stk. eller derover rapporterer om partnervold sammenlignet med kvinder, der aldrig har røget⁵⁶. Til trods herfor betragtes rygning imidlertid ikke som en selvstændig risikofaktor for overgreb, men anses derimod som et udtryk for en anderledes risikoprofil blandt voldsramte kvinder. Blandt andet ses rygning at være relateret til alkoholmisbrug¹³⁵. Derudover er der fundet en sammenhæng mellem tidligere seksuelle overgreb i barndommen og rygning som voksen, således at disse kvinders rygevaner betinges af voldsudsættelsen og ikke omvendt. Flere kvinder, der rapporterer om overgreb i barnealderen, angiver sålunde at være rygere som voksen^{85;136}.

2.2.5 Tidligere voldsudsættelse

Det er empirisk veldokumenteret, at fysiske og seksuelle overgreb i barndommen er i stand til at forøge risikoen for forskellige former for overgreb senere i livet^{106;107;109;137;138}. Især børn udsat for flere typer vold er i risiko for offerrecidiv i voksenalderen¹⁷. Skøn baseret på befolkningsundersøgelser viser, at seksuelle overgreb i barndommen fordobler eller endog tredobler risikoen for seksuel reviktimisering hos voksne kvinder^{139;140}. Ligeledes er det beskrevet, at overværelse af vold mellem forældrene er stærkt associeret med nylig udsættelse for partnervold af

både fysisk samt emotionel karakter som voksen⁷⁸. Offerrecidiv ses også for voldsudsatte i voksenalderen. Således rapporterer kvinder, som har været udsat for vold i et tidligere forhold oftere om vold i deres seneste eller nuværende forhold. Især ses udsættelse for seksuelle overgreb i tidligere parforhold associeret med risiko for seksuelt overgreb i nuværende parforhold¹⁴¹. Thompson et al. finder til eksempel i et amerikansk studie, at ca. 15% af misbrugte kvinder angiver at være misbrugt af to eller flere partnerne. 14% af disse kvinder har oplevet 20 eller flere misbrugsepisoder¹¹⁸. Samtidig ses det i den danske del af den internationale spørgeskemaundersøgelse IVAWS, at omkring halvdelen af de kvinder, der har været udsat for fysiske overgreb inden for det seneste år, har været udsat for det mere end én gang³⁸. En af årsagerne til offerrecidiv formodes at være, at den personlige usikkerhed og selvforagt, der kan følge af overgreb i barndommen eller voksenalderen kan føre til en tilsyneladende risikopræget livsførelse i den krænkedes voksenliv, som måske tjener til at bedøve minder og skam^{123;142;143}. Derudover har en række studier antydnet, at tidligere voldsudsættelse kan tænkes at påvirke evnen til at genkende og reagere passende over for faresignaler eller risikosituationer og derved øge risikoen for fremtidig voldsudsættelse¹⁴⁴⁻¹⁴⁶.

2.2.6 Graviditet

En række resultater fra studier baseret på kliniske data tyder på, at graviditet kan øge risikoen for at blive udsat for partnervold¹⁴⁷⁻¹⁴⁹. Det er således fundet, at mellem 4-9% af de gravide kvinder har været udsat for overgreb begået af en partner under svangerskabet¹⁴⁷⁻¹⁵⁰. Malcoe et al. finder endog, at blandt gravide, som angiver, at deres partner tidligere har forulempet dem fysisk, seksuelt eller verbalt, rapporterer 31%, at overgrebene enten i hyppighed eller styrke er steget under graviditeten sammenlignet med før denne¹⁵⁰. Omvendt finder Campbell et al., at graviditet kan have en beskyttende effekt over for risikoen for voldsudsættelse, om end denne effekt ikke synes at gøre sig gældende i alle kulturer¹⁵¹. Det er dog mest sandsynligt, at relationen mellem graviditet og partnervold skyldes confounding. Sålunde påpeges det i et nyere review-studie, at den fundne sammenhæng forsvinder ved kontrol for den gravides alder og socioøkonomiske status¹⁴⁸.

2.2.7 Socio-demografiske faktorer

2.2.7.1 Alder

Uagtet at kvinder i alle aldre udsættes for vold, er forekomsten af voldsudsættelse især høj blandt unge kvinder^{6;44;68;118}. Balvig et al. finder, at omkring hver 7. kvinde under 21 år rapporterer om fysiske overgreb inden for det seneste år, mens det samme kun gælder for omkring hver 40. kvinde i 30-års alderen. Ingen af respondenterne over 60 år rapporterer om overgreb inden for det seneste år³⁸. Hvad angår partnervold alene, rapporterer Helweg-Larsen et al., at danske unge kvinder (16-19-årige) har ca. 6 gange større risiko for voldsudsættelse end midaldrende kvinder (45-66-årige), mens unge kvinder har ca. 4 gange større risiko for grov partnervold end midaldrende kvinder⁶. Den fundne aldersgradient i de danske undersøgelser er i overensstemmelse med internationale data^{68;141;152}. Et amerikansk studie baseret på både kvantitative og kvalitative data viser bl.a., at risikoen for enhver form for vold er højest blandt kvinder i aldersgruppen 18-24 år¹⁵², mens et tysk retrospektivt tværsnitstudie konstaterer, at 70% af de kvinder, som rapporterer om partnervold, var under 30 år⁶⁸.

Et enkelt studie finder, at andelen af voldstilfælde, der er sket i tilknytning til arbejde, stiger med alderen⁴⁴. Denne omvendte aldersgradient genfindes imidlertid ikke i andre undersøgelser, som omhandler vold på arbejdspladsen. I lighed med gængse fund i andre studier ses ung alder også i disse undersøgelser at være associeret med højere risiko for voldsudsættelse^{32;153}.

2.2.7.2 Uddannelse

Flere studier rapporterer om en stærk sammenhæng mellem kort skoleuddannelse og voldsudsættelse^{46;68;154}. Eksempelvis er risikoen for at blive udsat for et tvangssamleje fra en (eks)partner dobbelt så stor for kvinder med højest en folkeskoleuddannelse, evt. suppleret med en kort erhvervsuddannelse, som for kvinder med en lang videregående uddannelse³⁸. Kvinder med højest en folkeskoleuddannelse eller med en erhvervsfaglig uddannelse er endvidere oftere udsat for flere former for overgreb end især kvinder med en lang videregående uddannelse og kvinder med en gymnasieuddannelse³⁸. Samtidig viser det sig, at en betydelig større andel af kvinder med alene en folkeskoleuddannelse angiver, at den seneste hændelse var meget alvorlig i forhold kvinder med længere uddannelse. I særlig grad er der store forskelle i alvorlighedsgraden af overgreb fra en

partner. Mere end dobbelt så mange af dem med en folkeskoleuddannelse end af dem med en lang videregående uddannelse vurderer disse overgreb som meget alvorlige³⁸. Det er imidlertid ikke til at afvise, at den nævnte sammenhænge mellem længden af skoleuddannelse og risiko for voldsudsættelse delvist kan tilskrives en vekselvirkning mellem voldsopførelses unge alder og den deraf manglende uddannelse⁶⁸. Helweg-Larsen et al. finder fx, at når der aldersjusteres for forskelle i uddannelsesniveau og tages højde for den større forekomst af vold blandt yngre kvinder, er der ingen klar sammenhæng mellem uddannelseslængde og udsættelse for fysisk vold, bortset fra en lavere risiko blandt kvinder med mere end 14 års samlet uddannelse⁶.

2.2.7.3 Erhverv

En række tværsnitsundersøgelser peger på, at kvinder under uddannelse, på overførelsesindkomst eller som er arbejdsløse oftere rapporterer om voldsudsættelse sammenlignet med kvinder i arbejde^{46;68;155}. Det synes imidlertid ikke at være tilknytningen til arbejdsmarkedet, som betinger risikoen for voldsudsættelse men derimod overgrebene, som influerer på kvinders evne til at fastholde et job, især hos kvinder med lav indkomst^{156;157}. Byrne et al. finder, at udsættelse for fysiske eller seksuelle overgreb er associeret med dobbelt så stor sandsynlighed for at være arbejdsløs året efter en voldshændelse, men arbejdsløshed er i sig selv ikke relateret til en øget risiko for voldsudsættelse¹⁵⁷. I LOKKs årsstatistik 2006 angives det, at hver fjerde kvinde ikke magter at arbejde som mulig følge af de psykiske eftervirkninger af volden. Jo længere tid kvinderne har været udsat for vold i det seneste forhold, des større andel overkommer ikke at arbejde¹⁵⁸.

Endelig viser det sig, at nogle faggrupper er særligt udsatte for både trusler og vold i forbindelse med udførelse af jobbet, bl.a. socialpædagoger, folkeskolelærere, politi og fængselsbetjente samt sundhedspersonale. Trusler og vold er sjældnere i industrien og landbruget, mens transport og rengøringsfag ligger på et gennemsnitligt niveau⁴².

2.2.7.4 Indkomst

Det beskrives i flere studier, at lav indkomst er associeret med en øget risiko for voldsudsættelse^{38;46;68;118;155}. Thompson et al. finder bl.a. i et amerikansk studie blandt 18-64-årige kvinder, at den relative risiko for udsættelse af enhver form for partnervold blandt kvinder med en årlig indkomst < 25.000\$ var 2,54 gange større end den for kvinder med en årlig indkomst > 25.000\$¹¹⁸. Tal fra den danske del af IVAWS viser ligeledes en gradient, idet det dog alene er de højest lønnede med en årsindkomst på mindst 400.000 kr., som sjældent blev udsat for overgreb overhovedet og mere sjældent for flere former for overgreb. Der er derimod ikke forskel mellem dem med lav indkomst og dem med mellemindkomst³⁸. Kvinder med lav socioøkonomisk status og lavt uddannelsesnivea synes oftere at frygte udsættelse for vold og oplever hyppigere trusler om vold^{159;160}. Til trods herfor anses indkomst ikke at være en selvstændig risikofaktor for voldsudsættelse, men påvirker sandsynligvis gennem andre faktorer. I et amerikansk studie bliver der fx ikke fundet nogen korrelation mellem indkomst og risiko for voldsudsættelse, når der kontrolleres for alder og etnicitet¹⁶¹. Samtidig påpeger Moracco et al., at den fundne sammenhæng snarere er et udtryk for, at kvinder med færre økonomiske ressourcer er mindre tilbøjelige til at forlade en voldelig partner, fratræde et voldeligt job eller flytte til et mere trygt boligområde, end at der er tale om en reel association¹⁵². Omvendt antyder Kernic et al., at lav socioøkonomisk klasse kan være en konsekvens af partnervold, idet den voldsramte kvinde kan tænkes at have forladt sin partner pga. vold i forholdet¹⁶². Uagtet dette forekommer lav indkomst at være en vigtig prædiktor for en række forhold, som øger risikoen for voldsudsættelse²⁸.

2.2.7.5 Civilstatus

Ugifte enlige og kvinder, som er samlevende med en partner, oplever hyppigere vold end gifte kvinder^{6;38;56;68;163;164}. Civilstatus er dog næppe en selvstændig risikofaktor for voldsudsættelse, men er formodentlig snarere et udtryk for en anderledes risikoprofil blandt voldsramte kvinder. Gifte kvinder er eksempelvis ældre samt rapporterer sjældnere om misbrug af alkohol sammenlignet med kvinder, der er samboende med en partner, eller som bor alene³³. Det er desuden blevet foreslået, at en væsentlig større andel af enlige kvinder er brudt ud af et ægteskab eller parforhold på grund af overgreb, hvorved volden er forudsætningen for disse kvinders civilstatus og ikke omvendt^{38;165}. Til

eksempel finder et amerikansk studie, at der oftere rapporteres om vold i tidligere forhold end nuværende forhold, idet kvinder som jævnligt oplever vold ofte forlader deres voldelige partner¹⁴¹.

2.2.7.6 Børn

Sammenlignet med ikke voldsudsatte kvinder, har kvinder udsat for overgreb - især partnervold - hyppigere børn^{68;166;167}. Specielt synes kvinder med mange børn samt enlige mødre at være i risiko for overgreb^{38;68;168}. Resultater fra den danske del af IVAWS viser, at enlige mødre er mere udsat for vold end øvrige kvinder herunder også enlige kvinder uden børn³⁸. Sammenhængen mellem det at have børn og risikoen for voldsudsættelse ses imidlertid at medieres af en række faktorer^{166;169}. Brzank et al. påpeger bl.a., at flere enlige mødre har psykiske lidelser, er mindre veluddannet samt har en lavere indkomst sammenlignet med gifte mødre¹⁷⁰. Et engelsk studie viser tillige, at enlige mødre oftere rapporterer om seksuel misbrug i barndommen¹⁷¹. Det foreslås endvidere, at det er overgrebene som betinger antallet af børn og ikke omvendt¹⁷². Børn kan derfor ikke anses for at være en selvstændig risikofaktor for voldsudsættelse, men kan muligvis være en indikator for højere rater af tidligere voldsudsættelse blandt visse grupper af kvinder.

2.2.7.7 Etnicitet

Resultater fra undersøgelser, som har søgt at belyse etnicitets betydning for risikoen for voldsudsættelse, er ikke entydige. En række studier viser, at etniske minoritetsgrupper er i større risiko for visse typer fysiske overgreb og partnervold sammenlignet med majoritetsbefolkningen^{46;68;153;158;173}, mens andre undersøgelser derimod ingen forskel finder^{6;64;173-175}. Dette kan muligvis tilskrives forskelle i, hvorledes etnicitet defineres i forhold til majoritetsbefolkningen. Undersøgelser peger på, at voldsramte udenlandske kvinder typisk stammer fra lande, hvor vold er en mere eller mindre accepteret del af ægteskabet og hverdagen^{1;176}, eller hvor ægtefællen har været udsat for vold bl.a. under politisk fængsling og senere flugt. En snæver definition, som begrænser sig til alene at omfatter kvinder fra og eller med kulturel tilknytning til disse lande vil højne sandsynligheden for at finde en sammenhæng mellem etnicitet og risikoen for voldsudsættelse, mens en bred definition af etnicitet omvendt vil mindske sandsynligheden herfor. Samtidig foreslås det, at uoverensstemmelser mellem undersøgelsesfund er et resultat af umålt

confounding. Således finder flere undersøgelser, at den fundne højere forekomst af vold blandt visse etniske minoritetsgrupper reduceres signifikant eller ligefrem forsvinder, når der kontrolleres for socioøkonomiske variable^{64;141;152;175}.

2.2.7.8 Seksuel orientering

Forskelle i betydningen af seksuel orientering og risiko for voldsudsættelse er ikke særlig velundersøgt. Undersøgelser omhandlende risiko for vold blandt seksuelle minoritetsgrupper er ofte baseret på små studiepopulationer eller på datamateriale af sekundær karakter, hvilket mindsker validiteten^{177;178}. Det kan derfor være svært at afgøre, om der er en mulig sammenhæng mellem seksuel orientering og risiko for voldsudsættelse. Nogle studier viser, at der ingen forskel er på forekomsten af partnervold i seksuelle minoritetsgrupper og heteroseksuelle forhold^{178;179}. Andre studier finder derimod, at homo- og især biseksuelle kvinder er i større risiko for at blive udsat for overgreb af fysisk og seksuel karakter både af ukendt såvel som kendt gerningsmand sammenlignet med heteroseksuelle kvinder^{6;152;180;181}. Blandt ikke-heteroseksuelle kvinder udsat for partnervold er der endvidere fundet forskelle i angivelsen af gerningsmandens køn. Mens hovedparten af de homoseksuelle kvinder angiver gerningsmanden til at være en samkønnet partner^{182;183}, angiver biseksuelle kvinder udsat for partnervold lige ofte gerningsmandens køn til at være en kvinde som en mand¹⁸².

For de studier som finder, at voldsrisikoen er korreleret med seksuel orientering, er årsagsforklaringerne mangeartede. Det er bl.a. blevet foreslået, at ikke-heteroseksuelle kvinders minoritetsstatus i et heteronormativt samfund kan påvirke forekomsten i vold i form af hate crimes^{184;185}. Samtidig kan det tænkes, at den sociale karakter af ikke-heteroseksuelle miljøer har betydning. Sociale mødesteder og andre fællesskaber er relativt begrænsede, og tidligere partnere vil ofte indgå i et pars sociale relationer. Dermed kan der være særlige betingelser for jalousi i ikke-heteroseksuelle forhold. Venskabsrelationer med personer af samme køn kan desuden spille en mere jalousiskabende rolle end i heteroseksuelle forhold¹⁸³. Det nævnes også, at den øgede forekomst af overgreb blandt homo- og biseksuelle kvinder formentlig er et udtryk for en anderledes risikoadfærd. Homo- og biseksuelle kvinder er fundet til oftere at rapportere om tidlig seksuel debut, flere seksuelle partnere samt misbrugsadfærd sammenlignet med heteroseksuelle

kvinder^{180;181}. Balsam et al. finder fremdeles, at homo- og biseksuelle kvinder hyppigere angiver at være blevet udsat for seksuelle, fysiske og psykologiske overgreb i barndommen sammenlignet med deres heteroseksuelle søstre¹⁸¹. Som tidligere beskrevet, er seksuelle overgreb i barndommen blevet kædet sammen med stof- og alkoholmisbrug i voksenalderen samt øget risiko for reviktimisering i voksenalderen^{120-122;186}.

2.2.7.9 Bopæls region

Evidens for sammenhængen mellem bopæl og risikoen for voldsudsættelse er inkonsistent. Nogle udenlandske undersøgelser viser, at der er en sammenhæng mellem bopælskvarter og risikoen for voldsudsættelse^{187;188}, samt at der generelt er en øget risiko for voldsudsættelse blandt kvinder bosiddende i byområder sammenlignet med kvinder bosiddende på landet^{56;163;164;189-191}. Andre studie finder derimod ingen association mellem bopæl og risiko for voldsudsættelse^{46;192;193}. I den danske rapport ”*Mænds Vold mod Kvinder*” bliver der ikke fundet nogen systematiske forskelle mellem regionerne med hensyn til andelen af kvinder i alderen 16-64 år, der havde oplevet fysisk vold. Kvinder i Nordjylland rapporterer dog oftere om oplevet grov fysisk vold i løbet af de seneste 12 måneder i forhold til de øvrige regioner, 3% mod 1-2% i resten af landet⁶. Den tilvejebragte litteratur tegner således ikke noget entydigt og tilstrækkeligt grundlag til at vurdere, om bopæl er en selvstændig risikofaktor for voldsudsættelse. Desuagtet er det ikke utænkeligt, at regionale variationer i befolkningens demografiske sammensætning samt kultur kan tænkes at have betydning for regionale forskelle i forekomsten af vold mod kvinder. Desuden må det formodes, at forskelle i lethed i hvormed kvinder fra landet henholdsvis byområder har adgang til krisecentre samt disses organisatoriske forhold influerer på kvinders muligheder for at forlade en voldelig partner^{158;189}.

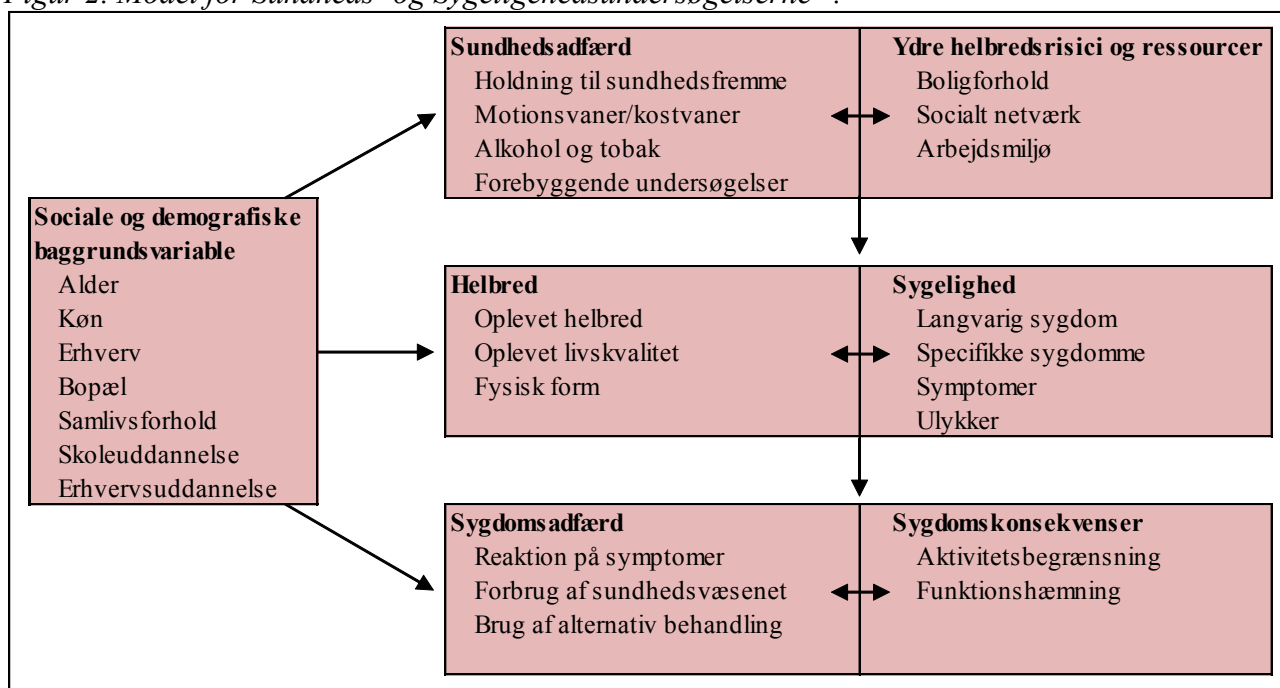
3.0 Metode og materiale

3.1 Beskrivelse af Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne

Nærværende undersøgelse bygger på datamateriale fra de landsdækkende befolkningsundersøgelser *Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne*, som med jævne mellemrum gennemføres af Statens Institut for Folkesundhed. Hovedformålet med disse undersøgelser er at indsamle oplysninger om den danske befolknings sundheds- og sygelighedstilstand samt faktorer af betydning herfor.

Undersøgelserne kaldes i daglig tale for SUSY-undersøgelserne. Udgangspunktet for undersøgelserne er en traditionel epidemiologiske model, hvor der skelnes mellem determinanter, sygelighed og helbred/sundhed samt konsekvenser af sygdom og dårligt helbred. Endvidere indgår en række socio-demografiske baggrundsvariable. Undersøgelserne indeholder en række kernelementer, der gentages i hver undersøgelse samt en række specialelementer, der udskiftes fra undersøgelse til undersøgelse^{36,37}. Kernelementerne i SUSY-undersøgelserne vises i figur 2.

Figur 2. Model for Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne³⁶.



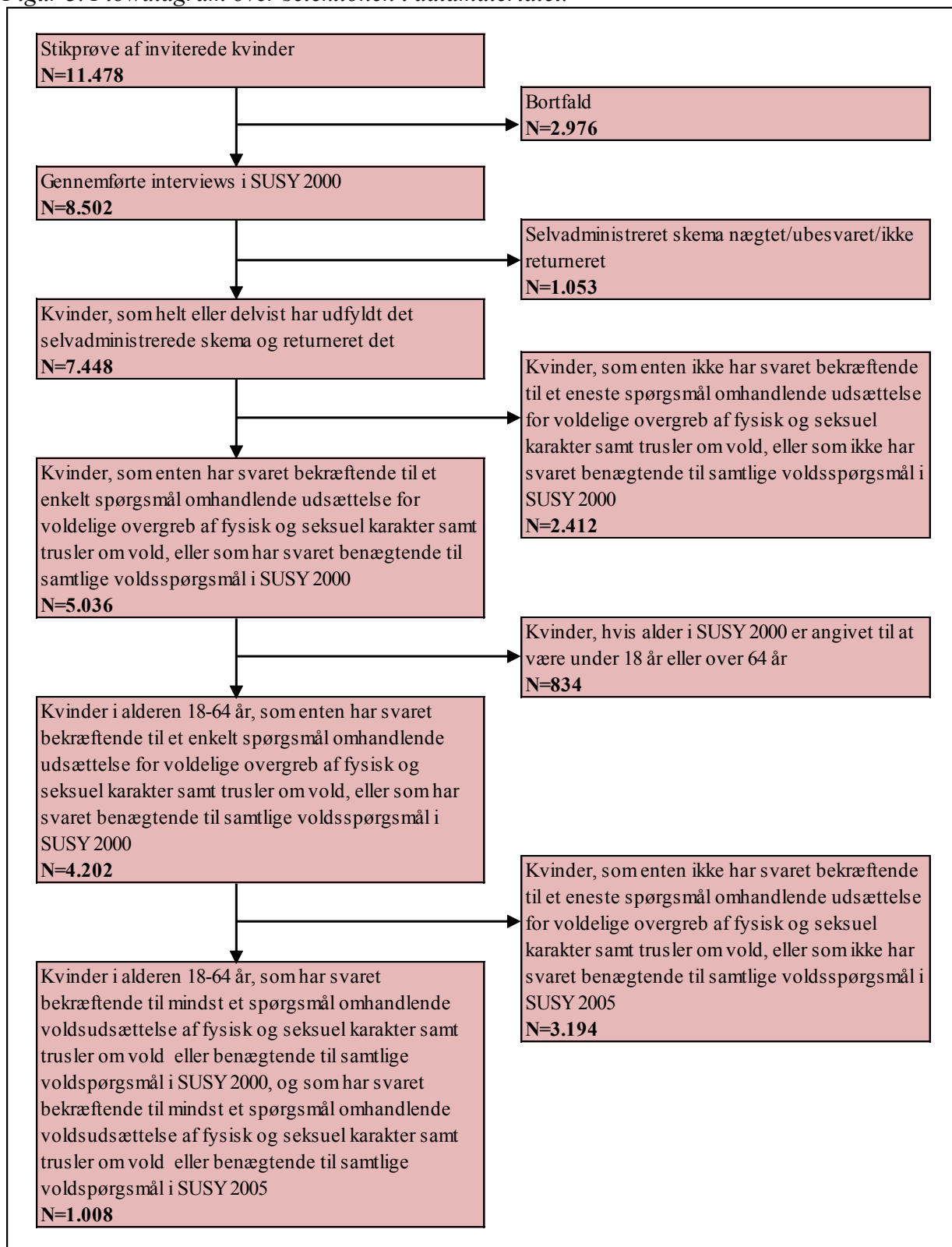
Undersøgelserne er baseret på en national repræsentativ stikprøve af den voksne befolkning; 16 år og derover. Dataindsamlingen sker dels som et besøgsinterview og dels ved et selvadministreret spørgeskema, der udleveres efter interviewet, og som svarpersonen efterfølgende tilbagesender pr.

post. I 2000 er der for første gang i det selvadministrerede spørgeskema medtaget en række spørgsmål om voldsudsættelse, dvs. trusler om vold, udsættelse for fysisk vold samt seksuelle overgreb. Disse er i redigeret version gentaget i det selvadministrerede spørgeskema til SUSY 2005. Til dato består SUSY-serien af fire generelle undersøgelser fra henholdsvis 1987, 1994, 2000 og 2005^{36;37}. Data for alle SUSY-inviterede personer (inkl. de der ikke deltog i interviewet) er samlet i The Danish National Cohort Study (DANCOS); - et register, hvor oplysninger fra SUSY-undersøgelserne er sammenkoblet med data fra en række offentlige danske registre inden for sundhedsområdet¹⁹⁴.

3.2 Præsentation af anvendte datamateriale

Den delstikprøve, som danner grundlag for dette speciales undersøgelse, er baseret på data fra undersøgelserne fra 2000 samt 2005. Undersøgelsespopulation består af alle kvinder i alderen 18-64 år fra reinterview-stikprøven, som har svaret bekræftende til mindst et spørgsmål omhandlende voldelige overgreb af fysisk og seksuel karakter samt trusler om vold i SUSY 2000 eller benægtende til samtlige voldsspørgsmål i SUSY 2000. Endvidere skal respondenten have besvaret voldsspørgsmålene i SUSY 2005 ud fra de samme inklusionskrav stillet op for besvarelsen af voldsspørgsmålene i SUSY 2000. Figur 3 på næste side viser de restriktioner, der er foretaget i konstruktionen af det endelige datamateriale til analyserne.

Figur 3. Flowdiagram over selektionen i datamaterialet.



3.3 Variable

I nedenstående afsnit redegøres for de variable, der inddrages i de statistiske analyser. Det drejer sig om variable genereret i forbindelse med dette projekt.

3.3.1 Variable vedrørende vold

Voldsstatus

Der er både i SUSY 2000 og SUSY 2005 spurgt til forskellige former for voldsudsættelse. Til brug for analyserne i dette speciale er der konstrueret to binære voldsvariabel. De nye variable er genereret således, at voldsvariablen defineres ens for SUSY 2000 og SUSY 2005 og derved bliver direkte sammenlignelige.

Voldsstatus 2000

Variablen omhandlende **voldsstatus 2000** er konstrueret ud fra spørgsmålene: *"Er De som voksen nogensinde blevet udsat for en eller flere af følgende former for vold?"*, *"Er De som voksen nogensinde blevet udsat for trusler om vold, der var så alvorlige, at De blev bange?"* samt *"Er De nogensinde blevet tvunget eller forsøgt tvunget til nogen form for seksuel aktivitet?"*; - sidstnævnte i kombination med tillægsspørgsmålet *"Er det sket inden for det sidste år?"* i det selvadministrerede spørgeskema til SUSY 2000. Er der svaret *"Ja, inden for de sidste 12 måneder"* til blot en af de følgende svarkategorier for former af vold: *"Skubbet, rusket eller slået med let hånd"*, *"Sparket, slået med knyttet hånd eller genstand"*, *"Kastet ind i møbler, vægge, ned ad trappe el. lign."*, *"Kvælningsforsøg, angreb med kniv eller skydevåben"* samt *"Anden form for vold"*, eller til spørgsmålene omhandlende trusler om vold eller tvungen seksuel aktivitet eller forsøg herpå som 18-årig eller ældre i kombination med besvarelsen *"Ja"* til tillægsspørgsmålet *"inden for det sidste år"*, kategoriseres dette som **"Ja til voldsudsættelse 2000"**. Er der derimod svaret *"Ja, tidligere"* eller *"Nej"* til rækken af forskellige former for vold og til spørgsmålet omhandlende trusler, samt er der svaret *"Ja, som barn (under 13 år)"*, *"Ja, som ung (13-17 år)"* eller *"Ja, som 18-årig eller ældre"* – (sidstnævnte i kombination med besvarelsen *"Nej"* til tillægsspørgsmålet *"inden for det*

sidste år”) - eller ”Nej” til spørgsmålet omhandlende tvungen seksuel aktivitet eller forsøg herpå, kategoriseres dette som ”*Nej til voldsudsættelse 2000*”.

Voldsstatus 2005

Variablen for **voldsstatus 2005** er konstrueret ud fra spørgsmålet ”*Er De inden for det seneste år blevet udsat for en eller flere af følgende former for fysiske og seksuelle overgreb?*” i det selvadministrerede spørgeskema til SUSY 2005. Er der svaret bekræftende til blot en af de ni svarkategorier for overgreb - ”*Trusler om fysisk skade*”, ”*Skubbet, revet, rusket, slået med flad hånd eller lignende*”, ”*Sparket, slået med knyttet hånd eller lignende*”, ”*Kastet ind mod møbler, vægge, ned ad trappe eller lignende*”, ”*Udsat for kvælningsforsøg, angrebet med kniv eller skydevåben*”, ”*Ubehagelig seksuel beføling, blotteri eller lignende*”, ”*Forsøg på tvunget samleje*”, eller ”*Andre seksuelle overgreb*” - kategoriseres dette som ”*Ja til voldsudsættelse 2005*”. Er der derimod svaret nej til samtlige ni svarkategorier, kategoriseres dette som ”*Nej til voldsudsættelse 2005*”.

Gerningsmand

Der er både i SUSY 2000 og SUSY 2005 spurgt til, hvem som har udsat respondenterne for de rapporterede overgreb. Variablen, som angiver typen af gerningsmand, er binært konstrueret, og er i lighed med voldsvariablen genereret således, at variablen for gerningsmand defineres ens for SUSY 2000 og SUSY 2005. Idet det imidlertid er muligt at angive flere typer gerningsmænd i både SUSY 2000 samt SUSY 2005, er der ved konstruktion af variablen gjort brug af et hierarkisk princip. Hver kvinde repræsenteres kun ved én type gerningsmand. Har en kvinde derfor angivet to gerningsmænd, som falder i hver deres kategori for type af gerningsmænd, vil ”*partner*” gå forud for ”*ikke partner*”. De to variable for gerningsmand er med andre ord konstrueret således, at det ikke er muligt at blive registreret i begge kategorier.

Gerningsmand SUSY 2000

Variablen for type af gerningsmand er for SUSY 2000 konstrueret ud fra spørgsmålene: "Hvis ja til at være udsat for vold og trusler: Hvem har udsat Dem for vold og trusler?" samt "Hvem har udsat Dem for tvangen?". "**Partner 2000**" defineres for kvinder, der har svaret ja til fysisk vold og trusler samt seksuelle overgreb, som "Nuværende ægtefælle/samlever", "Tidligere ægtefælle/samlever", "Nuværende eller tidligere kæreste" eller "En ven eller en bekendt". "**Ikke partner 2000**" defineres for kvinder, der har svaret ja til fysisk vold og trusler som "Andet familiemedlem/slægning", "En kollega/person på Deres arbejdsplads", "En fremmed" eller "En anden person". For seksuelle overgreb, defineres anden gerningsmand end partner som "Forældre/plejeforældre", "Andet familiemedlem", "En kollega/person på Deres arbejdsplads", "En fremmed" samt "En anden person".

Gerningsmand SUSY 2005

Variablen er konstrueret ud fra spørgsmålet "Hvis ja til et eller flere overgreb. Hvem udsatte Dem for overgrebet/overgrebene. Svar venligst både vedrørende fysiske og seksuelle overgreb?". "**Partner 2005**" defineres som "Nuværende ægtefælle/samlever/kæreste", "Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, mens forholdet bestod", "Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, efter at forholdet var brudt" samt "Ven/bekendt". "**Ikke partner 2005**" defineres som "Andet familiemedlem/slægning", "Kollega/person på Deres arbejdsplads" samt "Fremmed".

3.3.2 Variable til brug ved måling af psykisk helbred

I nedenstående afsnit redegøres der for konstruktionen af de variable, der er valgt som indikator for psykiske problemer. Valget af variable er baseret på erfaringer fra tidligere studier gennemgået i baggrundsafsnittet samt et skøn af, hvilke variable der kan gøres til genstand for statistiske analyser på baggrund af datamaterialets størrelse. Flg. variable er valgt:

SF-36 psykisk helbred (SF-36 MH)

Variablene SF-36 MH 2000 og SF-36 MH 2005 omhandlende energi og psykisk velbefindende er genereret ens ud fra spørgsmålet *"Disse spørgsmål handler om, hvordan De har haft det i de sidste 4 uger. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger:"* i kombination med flg. tillægsspørgsmål: *"Har De følt Dem veloplagt og fuld af liv", "Har De været meget nervøs", "Har De været så langt nede at intet kunne opmuntre Dem", "Har De følt Dem rolig og afslappet", "Har De været fuld af energi", "Har De følt Dem trist til mode", "Har De følt Dem udslidt", "Har De været glad og tilfreds" og "Har De følt Dem træt"*. Spørgsmålet er stillet i de selvadministrerede spørgeskemaer til henholdsvis SUSY 2000 og SUSY 2005. Det er muligt at besvare de ni forskellige parametre for energi og psykisk velbefindende med: *"Hele tiden", "Det meste af tiden", "En hel del af tiden", "Noget af tiden", "Lidt af tiden" eller "På intet tidspunkt"*. Variablene er dikotomiseret således, at en score fra 0-91 kodes som **"Dårlig psykisk trivsel"**, mens en score fra 92-100 kodes som **"God psykisk trivsel"**. Det er ved konstruktion af variabelen tilstræbt, at omtrent ¼ af kvinderne kategoriseres som havende god psykisk trivsel.

Kronisk ængstelig eller deprimeret:

Der er både i SUSY 2000 og SUSY 2005 spurgt til angst og depression. De nye binære variable er genereret således, at de bliver direkte sammenlignelige i de statistiske analyser.

Variablen for 2000 er konstrueret ud fra spørgsmålet *"Er de ængstelig eller deprimeret"* i det selvadministrerede spørgeskema til SUSY 2000. *"Jeg er ikke ængstelig eller deprimeret"* er kodet som **"Nej"**, mens *"Jeg er moderat ængstelig eller deprimeret"* eller *"Jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret"* er kodet som **"Ja"**.

Konstruktionen af **variablen for 2005** er sket på baggrund af spørgsmålet: *"Nu kommer der en liste over forskellige helbredsproblemer eller sygdomme. Kan De for hver af dem sige, om De har den pågældende sygdom nu, eller om De har haft den tidligere?"* i kombination med tillægsspørgsmålet *"Er sygdommen optrådt første gang inden for det seneste år? – 14. Kronisk angst eller depression"*. Spørgsmålet er stillet i interviewskemaet til SUSY 2005. Er spørgsmålet besvaret med *"Ja, har nu"* kodes dette som **"Ja"**, mens *"Ja, har haft tidligere"* eller *"Nej"* kodes som **"Nej"**.

Ængstelse, nervøsitet, uro og angst de seneste 14 dag

De binære variable for 2000 og 2005 er begge konstrueret ud fra spørgsmålet *”Har De inden for de sidste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter eller ubehag? – f./6.*

Ængstelse, nervøsitet, uro og angst” i interviewskemaet til henholdsvis SUSY 2000 og SUSY 2005. Er spørgsmålet besvaret, kodes dette som **”Ja”**, mens ubesvaret eller *”Nej, til smerter eller ubehag de seneste 14 dage”* kodes som **”Nej”**.

Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig de seneste 14 dag

De binære variable for 2000 og 2005 er begge konstrueret ud fra spørgsmålet *”Har De inden for de sidste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter eller ubehag? – h./8.*

Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig” i interviewskemaet til henholdsvis SUSY 2000 og SUSY 2005. Er spørgsmålet besvaret, kodes dette som **”Ja”**, mens ubesvaret eller *”Nej, til smerter eller ubehag de seneste 14 dage”* kodes som **”Nej”**.

Hverdag præget af interessebetingede gøremål de seneste 4 uger

Variablen er binært konstrueret ud fra spørgsmålet *”Hvor ofte inden for de sidste 4 uger: - a. Har De følt, at deres dagligdag er fuld af ting, der interesserer Dem?”* i det selvadministrerede spørgeskema til SUSY 2000. Er spørgsmålet besvaret med *”På intet tidspunkt”*, *”Lidt af tiden”* eller *”Lidt mindre end halvdelen af tiden”*, kodes svaret som **”Nej”**, mens *”Lidt mere end halvdelen af tiden”*, *”Det meste af tiden”* eller *”Hele tiden”* kodes som **”Ja”**.

Spørgsmålet indgår ikke i det selvadministrerede spørgeskema til SUSY 2005.

Stresset

De binære variable for 2000 og 2005 er begge konstrueret ud fra spørgsmålet *"Føler De Dem stresset i Deres dagligdag?"* i interviewskemaet til henholdsvis SUSY 2000 og SUSY 2005. Er spørgsmålet besvaret med *"Ja for det meste"* og *"Ja, af og til"* kodes dette som **"Ja"**, mens *"Nej (næsten aldrig)"* kodes som **"Nej"**.

Søvnbesvær, søvnproblemer de seneste 14 dage

De binære variable for 2000 og 2005 er begge konstrueret ud fra spørgsmålet *"Har De inden for de sidste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter eller ubehag? – g./7. Søvnbesvær, søvnproblemer"* i interviewskemaet til henholdsvis SUSY 2000 og SUSY 2005. Er spørgsmålet besvaret, kodes dette som **"Ja"**, mens ubesvaret eller *"Nej, til smerter eller ubehag de seneste 14 dage"* kodes som **"Nej"**.

Træthed de seneste 14 dag

De binære variable for 2000 og 2005 er begge konstrueret ud fra spørgsmålet *"Har De inden for de sidste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter eller ubehag? – i./9. Træthed"* i interviewskemaet til henholdsvis SUSY 2000 og SUSY 2005. Er spørgsmålet besvaret, kodes dette som **"Ja"**, mens ubesvaret eller *"Nej, til smerter eller ubehag de seneste 14 dage"* kodes som **"Nej"**.

Generelt frisk

De binære variable for 2000 og 2005 er begge konstrueret ud fra spørgsmålet *"Føler De Dem frisk nok til at gennemføre det, som De har lyst til at gøre?"* i interviewskemaet til SUSY 2000 og SUSY 2005. Er spørgsmålet besvaret med *"Ja for det meste"*, kodes dette som **"Ja"** mens *"Ja, af og til"* og *"Nej (næsten aldrig)"* kodes som **"Nej"**.

Frisk og veludhvilet de seneste 4 uger

Variablen er binært konstrueret ud fra spørgsmålet *"Hvor ofte inden for de sidste 4 uger: - b. Er De vågnet og følt Dem frisk og veludhvilet?"* i det selvadministrerede spørgeskema til SUSY 2000. Er spørgsmålet besvaret med *"På intet tidspunkt"*, *"Lidt af tiden"* eller *"Lidt mindre end halvdelen af tiden"* kodes svaret som **"Nej"**, mens *"Lidt mere end halvdelen af tiden"*, *"Det meste af tiden"* eller *"Hele tiden"* kodes som **"Ja"**.

Spørgsmålet indgår ikke i det selvadministrerede spørgeskema til SUSY 2005.

Selvmondsadfærd

Selvmondsadfærd 2000 er binært konstrueret ud fra spørgsmålene: *"Har De nogensinde forsøgt at tage Deres eget liv?"* samt *"Har De inden for det sidste år forsøgt at tage Deres eget liv?"* i det selvadministrerede spørgeskema til SUSY 2000. Er der svaret ja til mindst et af de to spørgsmål, kategoriseres svaret som **"Ja"**. Er der svaret nej til begge spørgsmål, kategoriseres svaret som **"Nej"**.

Konstruktionen af variabelen **Selvmondsadfærd 2005** er sket på baggrund af spørgsmålet *"Har De nogensinde forsøgt at tage deres eget liv?"* i det selvadministrerede spørgeskema til SUSY 2005. Er der svaret ja til *"Ja, inden for det seneste år"* eller *"Ja, tidligere"*, kategoriseres svaret som **"Ja"**. Er der svaret *"Nej"*, kategoriseres svaret som **"Nej"**.

Nervøse lidelser

Variablen for 2000 er binært konstrueret ud fra spørgsmålet *"Har De nu, eller har De tidligere haft nogle af disse sygdomme?"* - b. *"Nervøse lidelser"* i interviewskemaet til SUSY 2000. Er spørgsmålet besvaret med *"Har nu"* eller *"Har haft"*, kodes svaret som **"Ja"**. Er begge spørgsmål ubesvaret, kodes svaret som **"Nej"**.

Konstruktionen af **variablen for 2005** er sket på baggrund af spørgsmålet: *"Nu kommer der en liste over forskellige helbredsproblemer eller sygdomme. Kan De for hvert af dem sige, om De har den"*

pågående sygdom nu, eller om De har haft den tidligere? – 15. Anden psykisk lidelse, dårlige nerver” i kombination med tillægsspørgsmålet *”Er sygdommen optrådt første gang inden for det seneste år?”*. Spørgsmålet er stillet i interviewskemaet til SUSY 2005. Er spørgsmålet besvaret med *”Har nu”* eller *”Har haft”*, kodes svaret som **”Ja”**. Er begge spørgsmål ubesvarede, kodes besvarelsen som **”Nej”**.

Brug af sove- og/eller nervemedicin de sidste 14 dage

De binære variable for 2000 og 2005 er begge konstrueret ud fra spørgsmålet *”Har De inden for de sidste 14 dage taget nogen af de følgende former for receptmedicin eller håndkøbsmedicin? – h./8. Ja, sovemedicin; - j./10. Ja, nervemedicin, beroligende medicin”* i interviewskemaet til henholdsvis SUSY 2000 og SUSY 2005. Er der svaret bekræftende til enten brug af receptmedicin eller håndkøbsmedicin til blot én af de to medicingrupper, kodes svaret som **”Ja”**. Er der derimod ikke svaret bekræftende til brug af receptmedicin samt håndkøbsmedicin for de to medicingrupper, kodes svaret som **”Nej”**.

Psykiolog de seneste 3 måneder

De binære variable for 2000 og 2005 er begge konstrueret ud fra spørgsmålet *”Har De inden for de sidste 3 måneder gjort brug af andre behandlere? – e./5. Ja, psykolog”* i interviewskemaet til henholdsvis SUSY 2000 og SUSY 2005. Er spørgsmålet besvaret, kodes svaret som **”Ja”**, mens ubesvaret kodes som **”Nej”**.

3.3.3 Socio-demografiske variable

Der er i de statistiske analyser justeret for en række baggrundsvariable, som kan tænkes at mediere sammenhængen mellem parametrene for psykiske trivsel og risikoen for voldsudsættelse.

Variablene er i lighed med parametrene for psykiske problemer udvalgt på baggrund af deres teoretiske association med risiko for voldsudsættelse i kombination med et skøn af, hvilke variable som kan gøres til genstand for statistiske analyser på baggrund af datamaterialets størrelse. Flg. variable er valgt:

Alder

Den kategoriske variabel *"ALDVINTR"* i DANCOS 2000 danner baggrund for oplysninger om kvindens alder. Aldersvariablen er til brug i analyserne inddelt i grupperne: *"18-29-årige"*, *"30-39-årige"* samt *"40-64-årige"*.

Kombineret skole- og erhvervsuddannelse

Som udtryk for socioøkonomisk placering er der gjort brug af variabelen *"ISCED"* (International Standardized Classification of Education) i DANCOS 2000. Der er tale om en kombineret variabel for skole- og erhvervsuddannelse. Variablen er inddelt således, at *"lav < 10 år"*, *"mellemlang 10 år"*, *"skoleelev"* samt *"anden skole"* er kodet som *"Kort uddannelsesforløb"*, *"mellemlang 11-12 år"* og *"lang 13-14 år"* som *"Mellemlangt uddannelsesforløb"* og *"lang 15+ år"* som *"Langt uddannelsesforløb"*.

Samlivsstatus

Baseret på spørgsmålene: *"Hvad er Deres ægteskabelige stilling rent juridisk?"* og *"Er De fast samlevende i papirlæst samliv?"* i interviewskeemaet til SUSY 2000, er der konstrueret en binær variabel for samliv. Er der svaret bekræftende til *"Gift"* samt *"Registreret parforhold"* eller *"Ja"*

til papirløst samliv, kategoriseres dette som **"Samboende"**. *"Separeret"*, *"Skilt"*, *"Enke(mand)"*, *"Ugift"* eller *"Nej"* til papirløst samliv kategoriseres som **"Ej samboende"**.

Hjemmeboende børn

På baggrund af spørgsmålet *"Hvor mange børn på 15 år eller derunder bor der i denne husstand?"* i interviewskemaet til SUSY 2000, er der konstrueret en binær variable. Angivne værdier på 1 eller derover er kategoriseret som **"Ja til hjemmeboende børn på 15 år eller derunder"**, mens værdien 0 er kategoriseret som **"Nej til hjemmeboende børn på 15 år eller derunder"**.

Rygevaner

Variablen omhandlende kvindernes rygeadfærd er baseret på spørgsmålene *"Ryger De?"* samt *"Har De røget tidligere?"* i interviewskemaet til SUSY 2000. Variablen er dikotomiseret, således at besvarelserne *"Ja, dagligt"* eller *"Ja, men der er dage, hvor jeg ikke ryger"* til spørgsmålet *"Ryger De?"* og *"Ja, holdt op inden for det sidste halve år"* til spørgsmålet *"Har De røget tidligere?"* er kategoriseret som **"Ryger"**. Kvinder, som svarer *"Nej"* til spørgsmålet *"Ryger De?"* eller besvarer spørgsmålet *"Har de røget tidligere?"* med *"Ja, holdt op for længere tid siden"* eller *"Nej"*, kategoriseres som **"Ikke ryger"**.

Alkoholvaner

Variablen **"DRUKSST"** i DANCOS 2000 danner baggrund for oplysninger om alkoholforbrug. Variablen er inddelt i **"Overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse"** og **"Ej overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse"**. Sundhedsstyrelsen vil i det efterfølgende blive forkortet til SST.

Brug af stoffer

Variablen, omhandlende hvorvidt respondenterne har prøvet stoffer eller ej, er binært konstrueret ud fra spørgsmålet ”Har De nogensinde prøvet et eller flere af følgende stoffer?” i det selvadministrerede spørgeskema til SUSY 2000. Er der svaret enten ”Ja, inden for den seneste måned” eller ”Ja, inden for det seneste år (men ikke inden for den seneste måned)” til blot et af flg. stoffer: ”Hash”, ”Amfetamin (speed)”, ”Ecstasy”, ”Kokain”, ”LSD”, ”Heroin”, ”Svampe med euforiserende virkning (psilocybinsvampe)” samt ”Andre stoffer”, kodes dette som ”**Stofmisbrug**”. Har kvinden udelukkende svaret ”Ja, tidligere (men ikke inden for det seneste år)” og ”Nej, jeg har aldrig taget stoffet” til de før nævnte stoffer, kategoriseres dette som ”**Ej stofmisbrug**”.

Etnicitet

Baseret på spørgsmålene: ”Er De født i Danmark?” samt ”Er Deres forældre født i Danmark?” i interviewskeemaet til SUSY 2005, er der konstrueret en binær variabel for etnicitet. Er kvinden samt begge hendes forældre født i Danmark kategoriseres kvindes etnicitet som ”**Etnisk dansker**”. Er kvinden født uden for Danmark, eller er den ene eller begge hendes forældre født uden for Danmark, kategoriseres kvindes etnicitet som ”**Ej etnisk dansker**”.

Der er ikke spurgt til etnicitet i SUSY 2000.

3.4 Statistik og fremgangsmåde

Databearbejdning og de statistiske analyser er udført ved anvendelse af statistikprogrammet SAS version 9.1 for Windows.

For indledningsvist at beskrive populationen er der gjort brug af procedurerne PROC TABULATE samt PROC MEANS.

Til beregning af p-værdier for tests for sammenhænge mellem socio-demografiske samt livsstilmæssige variable og risikoen voldsudsættelse er Fisher’s eksakte test (PROC FREQ) anvendt. Derudover er der gjort brug af Fisher’s eksakte test i forbindelse med tests for ujusterede

sammenhænge mellem psykiske trivselsparametre og risikoen for voldsudsættelse og de tilsvarende analyser for etniske danskere alene samt ved tests for association mellem voldsudsættelse og risikoen for at udvikle psykiske problemer, og/eller for at bestående psykiske problemer forværres. Beregningen af p-værdier for de justerede tests er gennemført vha. χ^2 -test (PROC FREQ). OR-værdier er bestemt vha. funktionen PROC LOG.

Der er i de forskellige statistiske analyser som udgangspunkt testet på et 5% niveau udtrykt ved en p-værdi på 0,05. I specialet vil p-værdier i intervallet 0,03 til 0,07 dog blive refereret til som grænsesignifikante. Dette vil sige, at resultaterne af de statistiske analyser sandsynligvis er sande, men at det ikke er muligt helt at frskrive en eventuel påvirkning af tilfældigheder. P-værdier $< 0,03$ vil blive beskrevet som signifikante.

4.0 Resultater

4.1 Karakteristik af studiepopulationen

I alt indgår 1.008 kvinder i analyserne fordelt på 247 i aldersgruppen 18-29-årige (24,5%), 219 i aldersgruppen 30-39-årige (21,7%), 252 i aldersgruppen 40-49-årige (25,0%) og sluttelig 290 i aldersgruppen 50-64-årige (28,8%). De to ældste alderskategorier sammenlægges imidlertid i de statistiske analyser pga. det lave antal kvinder, som rapporterer om voldsudsættelse i disse grupper (jf. evt. tabel 5 side 63). Gennemsnitsalderen er i datamaterialet beregnet til 42,2 år med en standardafvigelse på 14,8 år. Alder er målt ved SUSY 2000.

Den kombinerede svarfordeling for voldsstatus i SUSY 2000 og SUSY 2005 fremgår af tabel 1. Antallet af kvinder, som rapporterer om voldsudsættelse i undersøgelsespopulationen er opgjort til 106, svarende til 10,5 % af alle kvinder i datamaterialet. Blandt de voldsudsatte kvinder rapporterer 91 kvinder kun om voldsudsættelse i enten SUSY 2000 eller i SUSY 2005, hvilket svarer til 85,8% af alle voldsudsatte i undersøgelsespopulationen. Den tilsvarende andel for kvinder, som har rapporteret om voldsudsættelse i begge SUSY-undersøgelser, er 14,2%.

Tabel 1. Fordelingen af kombinationer af rapporteret voldsstatus i SUSY 2000 og SUSY 2005.

		n	%
Voldsudsat i SUSY 2000	Voldsudsat i SUSY 2005	15	1,49
	Ikke voldsudsat i SUSY 2005	57	5,65
Ikke voldsudsat i SUSY 2000	Voldsudsat i SUSY 2005	34	3,37
	Ikke voldsudsat i SUSY 2005	902	89,48
Total		1008	100,00

Relationen mellem ofre og gerningsmænd fordelt på kombinationer af rapporteringer af voldsudsættelse i SUSY 2000 og SUSY 2005 er vist i tabel 2. Blandt de kvinder, som har besvaret spørgsmål omhandlende gerningsmand, angiver 40 kvinder, at overgrebet er begået af en partner. Dette svarer til, at partnervold udgør 37,7% af det samlede antal af overgreb i datasættet. 36 kvinder (34,0%) angiver at være udsat for vold af en ikke partner, mens 30 kvinder (28,3%) ikke har angivet nogen gerningsmand. I 71,7% af overgrebene findes der således oplysninger om relationen mellem offer og gerningsmand. Af tabel 2 ses endvidere, at pga. den relativt høje andel af kvinder, der ikke

har angivet gerningsmand i SUSY 2000⁶, er andelen af partnervold større for kvinder, der alene rapporterer om voldsudsættelse i SUSY 2005, sammenlignet med kvinder, der kun angiver at være udsat for vold i SUSY 2000. Det samme billede tegner sig for anden gerningsmand end partner.

Tabel 2. Fordeling af gerningsmænd på kombinationer af rapporteringer af voldsudsættelse i SUSY 2000 og SUSY 2005.

	Type gerningsmand						Total	
	Partner		Ikke partner		Uoplyst		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Voldsudsat i SUSY 2000 men ej voldsudsat i SUSY 2005	21	36,84	17	29,82	19	33,33	57	100,00
Ej voldsudsat i SUSY 2000 men voldsudsat SUSY 2005	14	41,18	14	41,18	6	17,65	34	100,00
Voldsudsat både i SUSY 2000 og SUSY 2005	5	33,33	5	33,33	5	33,33	15	100,00

Tabel 3 giver en oversigt over, hvorledes variablene for gerningsmand for SUSY 2000 og SUSY 2005 samvarierer. Det ses, at blandt kvinder, som rapporterer om voldsudsættelse i både SUSY 2000 samt SUSY 2005, angiver skønmæssigt hver fjerde gerningsmanden til at være en partner, mens hver femte angiver gerningsmanden til at være en ikke partner. I 40% af overgrebene forefindes der ingen oplysninger om, hvem gerningsmanden er i enten den ene eller i begge SUSY-undersøgelserne.

Tabel 3. Type af gerningsmand for kvinder, som rapporterer om voldsudsættelse i både SUSY 2000 og SUSY 2005.

	Gerningsmand i SUSY 2005					
	Partner		Ikke partner		Uoplyst	
	n	%	n	%	n	%
Gerningsmand i SUSY 2000						
Partner	4	26,67	1	6,67	0	0
Ikke partner	1	6,67	3	20,00	1	6,67
Uoplyst	0	0,00	4	26,67	1	6,67

4.2 Sammenhænge mellem psykiske problemer og risikoen for voldsudsættelse

I tabel 4 præsenteres resultaterne af de aldersjusterede logistiske regressionsanalyser af sammenhængen mellem risikoen for voldsudsættelse målt ved SUSY 2005 afhængig af forskellige psykiske parametre målt ved SUSY 2000. Ingen af de kvinder, der indgår i analyserne, har angivet at være udsat for vold i SUSY 2000. Resultaterne af de tilsvarende ujusterede analyser samt af analyserne justeret for henholdsvis kombineret skole- og erhvervsuddannelse, samlivsstatus, hjemmeboende børn, rygevaner, alkoholvaner samt brug af stoffer fremgår af bilagene A-G. Grundet det lave antal respondenter med anden etnicitet end dansk (jf. tabel 5 side 63) har det ikke været muligt at justere for etnicitet. I stedet er der foretaget logistiske regressionsanalyser af sammenhængen mellem risiko for voldsafsættelse afhængig af forskellige psykiske parametre for etniske danskere alene. Resultaterne af disse analyser er vist i bilag H. Desuden skal der gøres opmærksom på, at det ikke har kunnet lade sig gøre at beregne hverken OR-værdi eller p-værdi på associationen mellem brug af psykolog de seneste 3 måneder og risikoen for voldsudsættelse ligeledes pga. for få observationer. Variablen er derfor udeladt i tabel 4 samt tabellerne præsenteret i bilagene A-H.

Det fremgår af tabel 4, at signifikant flere kvinder med dårlig psykisk trivsel end med god psykisk trivsel evalueret vha. SF-36 score i SUSY 2000 rapporterer om voldsudsættelse i SUSY 2005 (OR=4,75 (95% CI:1,43-15,79)). Samtidig findes det, at der er en signifikant øget risiko for overgreb forbundet med at være kronisk ængstelig eller deprimeret (OR=3,06 (95% CI:1,42-6,59)). Gruppen af kvinder, som har angivet at lide af ængstelse, nervøsitet, uro og angst de seneste 14 dage, oplyser endvidere oftere at være udsat for vold end gruppen af ikke angstprægede kvinder. Angivelsen af gener eller ubehag i form af nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig de seneste 14 dage tenderer ligeledes at være associeret med en øget risiko for voldsudsættelse. Desuagtet er estimaterne i begge tilfælde ikke fundet signifikante. Til gengæld ses det, at opfattelse af egen hverdag som værende præget af ikke interessebetonede gøremål er signifikant associeret med forhøjet risiko for overgreb (OR=3,22 (95% CI:1,48-7,04)). Andelen af kvinder, som har rapporteret om stress i SUSY 2000, er derimod omtrentlig ens blandt gruppen af kvinder, som angiver at være udsat for overgreb, og de som oplyser ikke at være voldsudsatte i SUSY 2005. Fund fra analyserne indikerer yderligere, at risikoen for voldsudsættelse målt ved SUSY 2005 forekommer at være større blandt kvinder, som har angivet at lide af søvnbesvær, søvnproblemer

eller træthed de seneste 14 dage i SUSY 2000, sammenlignet med kvinder, som ikke har rapporteret at lide af disse gener. De fundne relationer er ikke fundet signifikante. Angivelse af ikke at føle sig generelt frisk i SUSY 2000 findes til gengæld at være signifikant associeret med voldsudsættelse (OR=3,36 (95% CI:1,51-7,44)). Hvad angår kvinder, som i SUSY 2000 har oplyst ikke at føle sig friske og veludhvilede de seneste 4 uger samt at udvise selvmordsadfærd i SUSY 2000, ses disse at have en forøget risiko for voldsudsættelse i forhold til kvinder, der ikke har rapporteret om disse gener eller om selvmordsadfærd. Derudover tenderer angivelsen af nogensinde at have lidt af nervøse lidelser eller at have anvendt sove- og/eller nervemedicin de seneste 14 dag i SUSY 2000 ligeledes at være relateret til en forøget risiko for overgreb. Ingen af disse estimater er dog fundet signifikante.

Ved sammenligning af de aldersjusterede sammenhænge vist i tabel 4 med resultaterne af de tilsvarende ujusterede logistiske regressionsanalyser vist i bilag A, observeres der hovedsageligt kun ubetydelige afvigelser i OR-værdierne. Undtagelse herfor er dog variablene ”Kronisk ængstelse eller deprimeret” samt ”Generelt frisk”. Associationen mellem dårlig psykiske trivsel og risikoen for voldsudsættelse går for disse to variable fra at være grænsesignifikante i de ujusterede analyser til at være signifikante i de aldersjusterede analyser. Ligeledes bemærkes der mindre forskelle i resultaterne for de logistiske regressions analyser justeret for brug af stoffer sammenlignet med fund fra de ujusterede analyser. Således ses variablene ”Hverdag præget af interessebetonede gøremål de seneste 4 uger” samt ”Selvmordsadfærd” at gå i en mere signifikant retning i analyserne justeret for brug af stoffer i forhold til de ujusterede analyser (bilag A og bilag G). For de logistiske regressionsanalyser, hvor der er justeret for henholdsvis kombineret skole- og erhvervsuddannelse, samlivsstatus, hjemmeboende børn, rygevaner samt alkoholvaner forekommer der imidlertid ingen nævneværdige forskelle i resultaterne sammenlignet med dem fra de ujusterede analyser (bilag A-F). Hvad angår de logistiske regressionsanalyser af sammenhængen mellem risikoen for voldsudsættelse afhængig af forskellige psykiske parametre for etnisk danske kvinder alene, viser det sig, at kun dårlig psykisk trivsel målt ved SF-36 score er signifikant associeret med risikoen for overgreb. Derudover er opfattelse af egen hverdag, som værende præget af ikke interessebetonede gøremål fundet til at være grænsesignifikant relateret til en øget risiko for voldsudsættelse. Endelig ses sammenhængene mellem de øvrige parametre for psykisk trivsel og voldsudsættelse at være insignifikante (bilag H).

Tabel 4. Aldersjusteret risiko for voldsudsættelse 2005 afhængig af forskellige psykiske parametre målt ved SUSY 2000 for kvinder, som ikke har rapporteret om voldsudsættelse i SUSY 2000.

Covariater	Voldsudsat 2005		Ikke voldsudsat 2005	OR	95% CI
	n	%	n		
SF-36 MH					
Dårlig (Score 0-91)	30	4,98	572	4,75	1,43-15,79**
God (Score 92-100)	3	0,91	325	1,00	-
Uoplyst	1	16,67	5	-	-
Kronisk ængstelig eller deprimeret					
Ja	11	6,67	154	3,06	1,42-6,59**
Nej	23	2,99	745	1,00	-
Uoplyst	-	-	4	-	-
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst de seneste 14 dage					
Ja	4	6,25	60	1,93	0,64-5,75
Nej	30	3,44	842	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Nedtrykthed, deprimeret, uheldig de seneste 14 dage					
Ja	4	7,55	49	2,53	0,84-7,65
Nej	30	3,40	853	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Hverdag præget af interessebetonede gøremål de seneste 4 uger					
Ja	24	2,92	797	1,00	-
Nej	10	9,09	100	3,22	1,48-7,04**
Uoplyst	-	-	5	-	-
Stresset					
Ja	20	3,88	495	1,00	0,49-2,04
Nej	14	3,35	404	1,00	-
Uoplyst	-	-	3	-	-
Søvnbesvær, søvnproblemer de seneste 14 dage					
Ja	6	5,94	95	2,18	0,86-5,52
Nej	28	3,35	807	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Træthed de seneste 14 dage					
Ja	10	4,76	200	1,21	0,56-2,60
Nej	24	3,31	702	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Generelt frisk					
Ja	24	3,03	767	1,00	-
Nej	10	6,94	134	3,36	1,51-7,44**
Uoplyst	-	-	1	-	-
Frisk og veludhvilet de seneste 4 uger					
Ja	24	3,27	711	1,00	-
Nej	10	5,10	186	1,52	0,71-3,27
Uoplyst	-	-	5	-	-
Selvmoedsadfærd					
Ja	3	10,00	27	3,23	0,90-11,59
Nej	31	3,42	875	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Nervøse lidelser nogensinde					
Ja	3	5,66	50	1,84	0,46-7,27
Nej	9	3,04	287	1,00	-
Uoplyst	22	3,75	565	-	-
Sove- og/eller nervemedicin de seneste 14 dage					
Ja	2	4,65	41	2,64	0,33-21,20
Nej	4	4,00	96	1,00	-
Uoplyst	28	3,53	765	-	-

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

4.2.1 Sammenhænge mellem en række psykiske parametre og risikoen for henholdsvis partnervold og ikke partnervold

Figurerne 4.A-N visualiserer fordeling af en række psykiske parametre blandt ikke voldsudsatte kvinder målt ved SUSY 2000 fordelt på partnervold og ikke partnervold rapporteret ved SUSY 2005.

Alle 14 kvinder, som angiver at være udsat for partnervold i SUSY 2005, har rapporteret om dårlig psykisk trivsel evalueret vha. SF-36 MH spørgsmålene i SUSY 2000. For kvinder udsat for vold begået af anden gerningsmand end partner er den tilsvarende andel 78,6% (figur 4.A).

Der ses ingen procentvis forskel blandt kvinder, som angiver at være kronisk ængstelig eller deprimeret i SUSY 2000, og som senere rapporterer om partnervold eller om ikke partnervold i SUSY 2005 (figur 4.B).

Omtrent hver femte kvinde, som angiver at være udsat for partnervold i SUSY 2005, oplyser at være generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst eller om ubehag i form af nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig de seneste 14 dage i SUSY 2000. Ingen kvinder udsat for anden vold end partnervold angiver at være generet af de nævnte former for ubehag forud for overgrebene (figur 4.C og figur 4.D).

Blandt kvinder udsat for partnervold i SUSY 2005 oplyser ca. en tredjedel i det selvadministrerede spørgeskema til SUSY 2000, at deres hverdag ikke har været præget af interessebetonede gøremål de seneste 4 uger, mens den tilsvarende andel for kvinder udsat for ikke partnervold kun er lidt over en fjerdedel (figur 4.E).

Flere kvinder udsat for partnervold rapporterer om stress eller søvnbesvær, søvnproblemer de seneste 14 dage i SUSY 2000 sammenlignet med kvinder udsat for ikke partnervold (figur 4.F og figur 4.G). Ligeledes er hyppigheden af kvinder, der rapporterer om træthed de seneste 14 dage i SUSY 2000 højere for kvinder udsat for partnervold i forhold til kvinder udsat for ikke partnervold (figur 4.H).

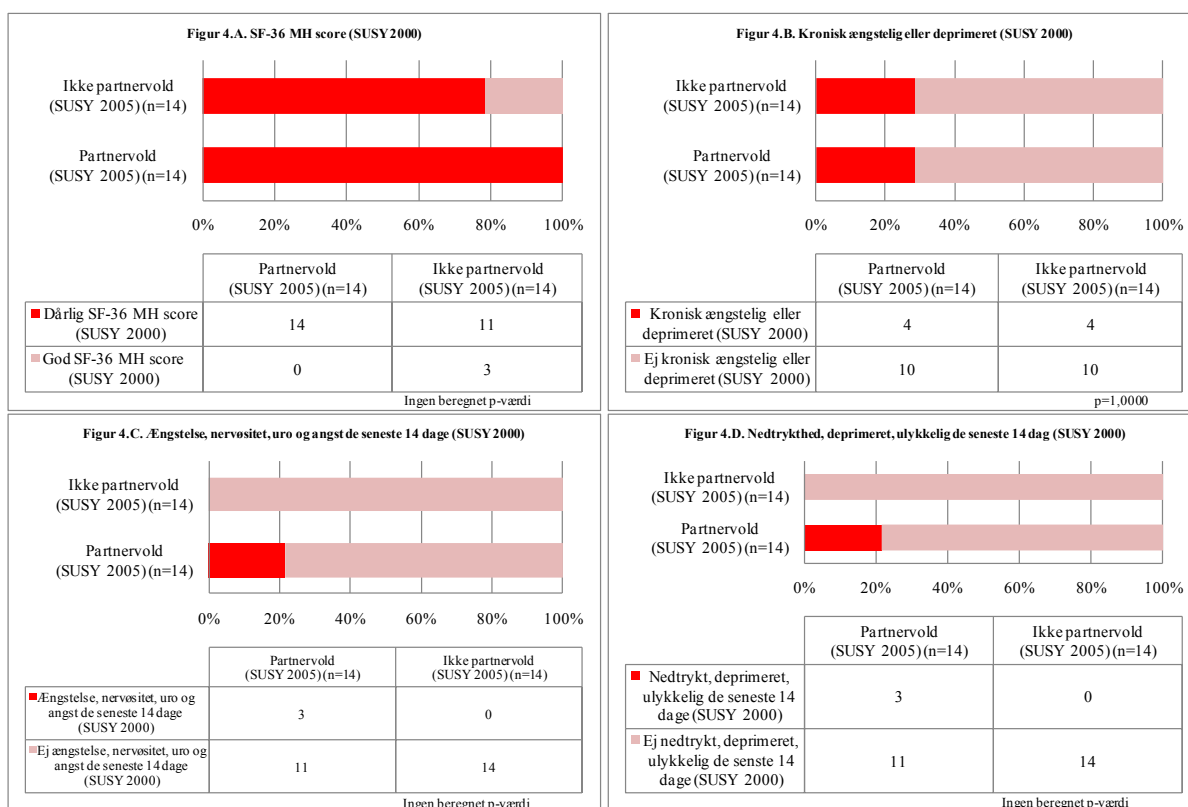
En større andel af kvinder, som har været udsat for partnervold i SUSY 2005, oplyser ikke at føle sig generelt friske eller friske og veludhvilede de seneste 4 uger i SUSY 2000 sammenlignet med kvinder, som oplyser at gerningsmanden ikke var en partner (figur 4.I og figur 4.J).

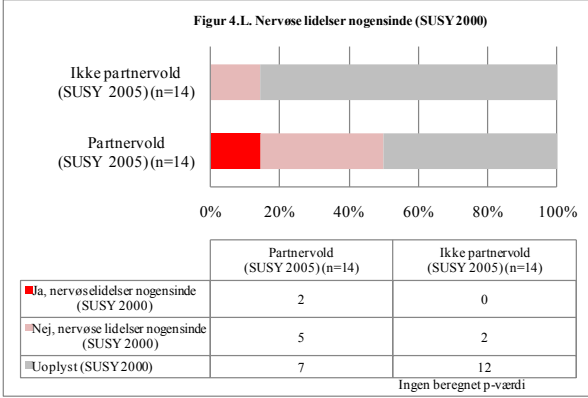
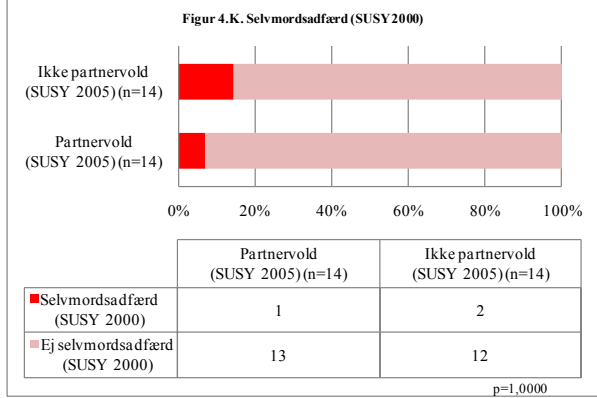
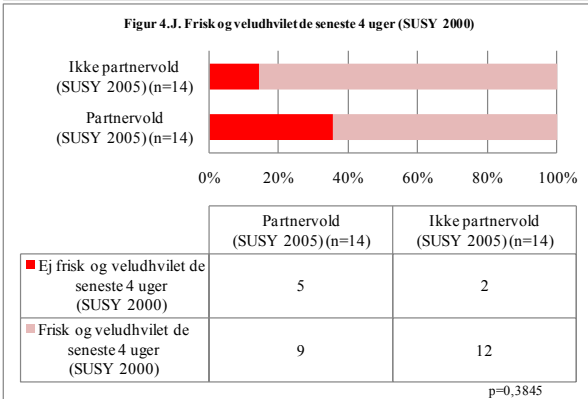
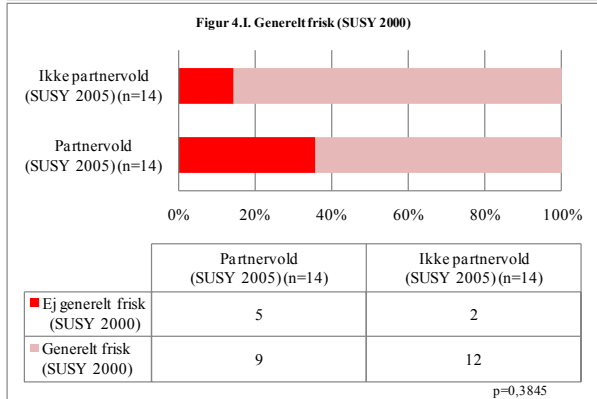
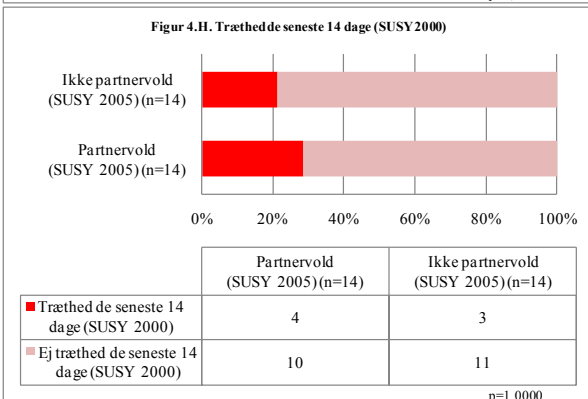
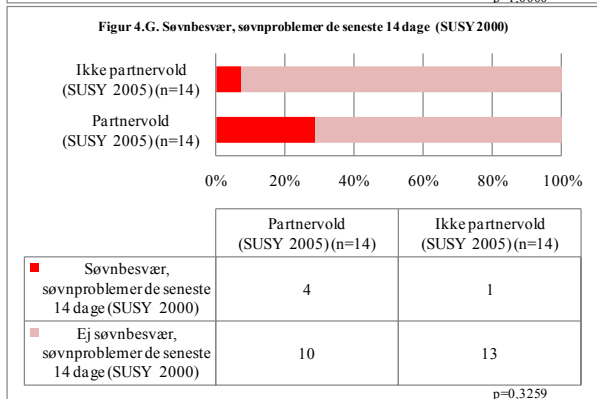
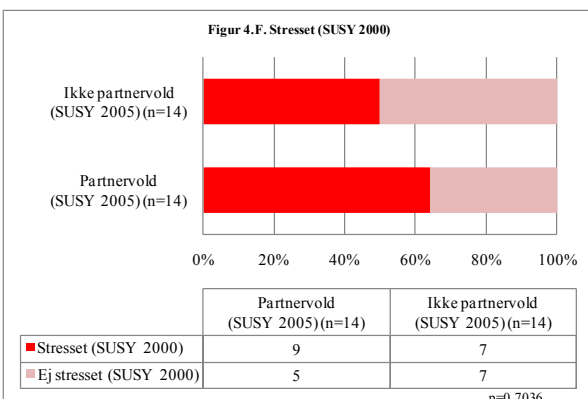
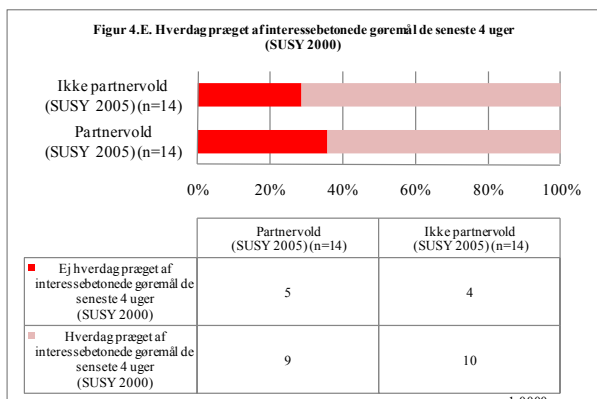
Kun én kvinde udsat for partnervold, rapporterer om selvmordsadfærd forud for voldshændelsen sammenlignet med to kvinder i gruppen af kvinder udsat for ikke partnervold (figur 4.K).

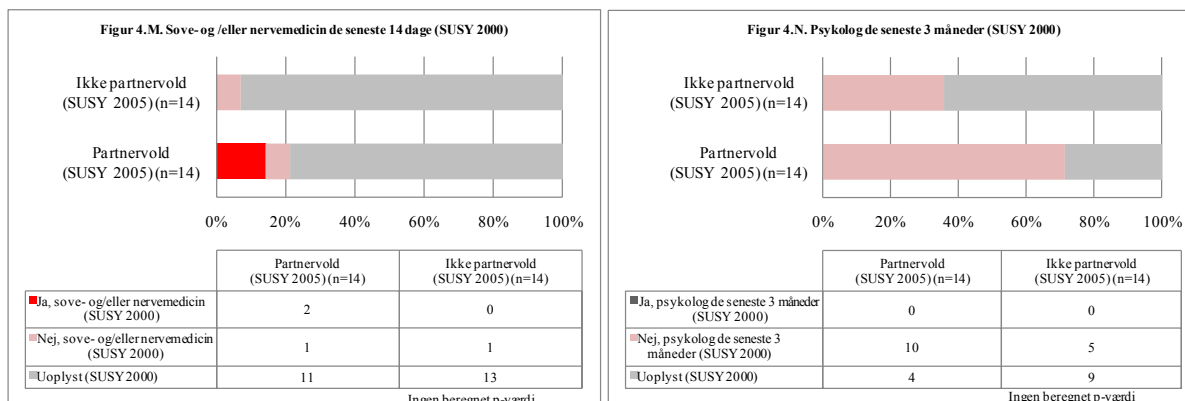
Ingen af de beskrevne vekselvirkninger, som figurerne antyder, er imidlertid fundet signifikante.

Mht. besvarelse af spørgsmål vedrørende nervøse lidelser, brug af sove- og/eller nervemedicin de sidste 14 dage samt konsultation af psykolog de seneste 3 måneder i SUSY 2000, er andelen af respondenter, der har udeladt at svare for stor til at kunne se nogle klare tendenser på, hvorledes disse mål for psykisk trivsel er relateret til risikoen for partnervold.

Figur 4.A-N. Den procentvise fordeling af en række psykiske parametre blandt ikke voldsudsatte kvinder målt ved SUSY 2000 fordelt på partnervold og ikke partnervold rapporteret ved SUSY 2005.







4.3 Sammenhænge mellem socio-demografiske samt livsstilmæssige faktorer og risikoen for voldsudsættelse

Af tabel 5 ses, hvorledes en række socio-demografiske og livsstilmæssige faktorer målt ved SUSY 2000 for kvinder, som ikke har været udsat for vold, fordeles sig i forhold til voldsstatus målt ved SUSY 2005. Yderligere ses resultaterne fra de univariate analyser af de socio-demografiske og livsstilmæssige faktorerers betydning for risikoen for voldsudsættelse. Af tabellen fremgår det, at der er en tydelig aldersgradient, således at flere yngre kvinder rapporterer om voldsudsættelse end ældre. Sammenlignet med gruppen af ældre kvinder er OR= 5,63 for de yngste kvinder, mens OR= 2,66 for kvinder i 30'erne. Det er imidlertid kun for aldersgruppen 18-29-årige, at forekomsten er fundet signifikant forskellig fra aldersgruppen 40-64-årige ($p=0,0000$). Aldersgruppen 30-39-årige afviger derimod ikke signifikant fra gruppen af de ældste kvinder ($p=0,0851$). Hvad angår længden af skole- og erhvervsuddannelse ses det, at risikoen for voldsudsættelse er 20% højere for kvinder med et kort uddannelsesforløb sammenlignet med kvinder med et langt uddannelsesforløb. Til gengæld tyder det på, at kvinder med et mellemlangt uddannelsesforløb besidder en lidt mindre risiko for voldsudsættelse i forhold til kvinder med et langt uddannelsesforløb. Begge resultater er dog fundet insignifikante. Yderligere findes, at kvinder, som ikke er samboende med en partner, besidder en signifikant højere risiko for voldsudsættelse i forhold til kvinder, som er samboende med en partner ($p=0,0022$). Derimod ses det at have hjemmeboende børn på 15 år eller derunder ikke at have betydning for risikoen for voldsudsættelse ($p=0,4782$). Rygere rapporterer til gengæld langt hyppigere om overgreb, sammenlignet med ikke rygere (OR=2,06). Samme tendens gør sig gældende for kvinder med et stofmisbrug, der oftere rapporterer om voldsudsættelse i forhold til ikke stofmisbrugere (OR=4,14). Begge estimater er fundet grænsesignifikante ($p=0,0447$ for

rygevaner og $p=0,0510$ for stofmisbrug). Derudover rapporterer flere kvinder, som angiver at overskride SSTs genstandsgrænse, at være voldsudsatte ($OR=1,37$). Sammenhængen er imidlertid ikke fundet signifikante ($p=0,5446$). Endelig er sammenhængen mellem etnicitet og risikoen for voldsudsættelse fundet grænsesignifikant ($p=0,0304$). Således oplyser flere kvinder med anden etnisk baggrund end dansk at være udsat for overgreb end etnisk danske kvinder.

Table 5. Risiko for voldsudsættelse 2005 afhængig af en række forskellige socio-demografiske og livsstilmæssige faktorer målt ved SUSY 2000 for kvinder, som ikke har rapporteret om voldsudsættelse i SUSY 2000.

Covariater	Voldsudsat 2005		Ikke voldsudsat 2005 n	OR	95% CI
	n	%			
Alder					
18-29-årige	18	8,14	203	5,63	2,41-13,16***
30-39-årige	8	4,02	191	2,66	0,98-7,19
40-64-årige	8	1,55	508	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse					
Kort uddannelsesforløb	6	4,41	130	1,20	0,42-3,43
Mellemlangt uddannelsesforløb	19	3,41	539	0,91	0,41-2,05
Langt uddannelsesforløb	9	3,72	233	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Samlivsstatus					
Samboende	17	2,37	700	1,00	-
Ej samboende	17	7,83	200	3,50	1,76-6,98**
Uoplyst	-	-	2	-	-
Hjemmeboende børn					
Ja, hjemmeboende børn ≤ 15 år	11	3,03	352	0,75	0,36-1,55
Nej, ingen hjemmeboende børn ≤ 15 år	23	4,01	550	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Rygevaner					
Ryger	18	5,34	319	2,06	1,03-4,09*
Ikke ryger	16	2,67	583	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Alkoholvaner					
Overskredet SST's genstandsgrænse	4	4,65	82	1,33	0,46-3,88
Ej overskredet SST's genstandsgrænse	30	3,53	819	1,00	-
Uoplyst	-	-	1	-	-
Brug af stoffer					
Stofmisbrug	4	11,76	30	4,14	1,17-14,74*
Ej stofmisbrug	28	3,23	840	1,00	-
Uoplyst	2	5,88	32	-	-
Etnicitet (målt ved SUSY 2005)					
Etnisk dansker	29	3,27	857	1,00	-
Ej etnisk dansker	5	10,00	45	3,28	1,21-8,88*
Uoplyst	-	-	-	-	-

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

4.4 Sammenhænge mellem voldsudsættelse og risikoen for at udvikle psykiske problemer

Figurerne 5.A.-L. viser fordeling af en række psykiske parametre blandt kvinder målt ved SUSY 2005 fordelt på voldsstatus for kvinder oplyst ved SUSY 2000. I disse figurer indgår kvinder, der i SUSY 2000 har rapporteret om god psykisk trivsel målt ved de valgte indikatorer for psykiske problemer. Yderligere har ingen af disse kvinder angivet at være udsat for vold i SUSY 2005. Der gøres opmærksom på, at antallet af de samlede observationer varierer i figurerne, idet ikke alle respondenter har besvaret samtlige spørgsmål vedrørende psykisk trivsel i SUSY 2000 og SUSY 2005.

Figur 5.A viser, at blandt kvinder, der rapporterer om god psykisk trivsel evalueret vha. SF-36 MH score i SUSY 2000, rapporterer flere kvinder i gruppen af voldsudsatte om dårlig psykisk trivsel i SUSY 2005 sammenlignet med kvinder i gruppen af ikke voldsudsatte. Forskellen er fundet signifikant ($p=0,0227$).

Der ses ingen procentvis forskel i andelen af kvinder, der rapporterer om kronisk ængstelse eller depression i SUSY 2005 blandt voldsudsatte og ikke voldsudsatte. Ingen af disse kvinder har tidligere i SUSY 2000 angivet at lide af kronisk ængstelse eller depression (figur 5.B).

For kvinder, som i SUSY 2000 ikke rapporterede om henholdsvis ængstelse, nervøsitet, uro og angst de seneste 14 dage eller ubehag i form af nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig de seneste 14 dage, er den procentvise andel af kvinder, som rapporterer om disse gener og former for ubehag i SUSY 2005, derimod en anelse større i gruppen af voldsudsatte sammenlignet med ikke voldsudsatte (figur 5.C og figur 5.D). Det omvendte billede tegner sig for kvinder, der ikke har rapporteret om stress i SUSY 2000, hvor gruppen af ikke voldsudsatte tenderer til oftere at angive at lide af stress i SUSY 2005 sammenlignet med kvinder i gruppen af voldsudsatte (figur 5.E).

Flere voldsudsatte kvinder, som i SUSY 2000 ikke rapporterede om søvnbesvær, søvnproblemer eller om træthed de seneste 14 dage, angiver at være plaget af disse gener i SUSY 2005 sammenlignet med ikke voldsudsatte kvinder (figur 5.F og figur 5.G). Omtrent hver femte kvinde i gruppen af voldsudsatte kvinder oplyser ikke at føle sig generelt frisk i SUSY 2005, mens det kun drejer sig om godt og vel hver tiende kvinder blandt de ikke voldsudsatte. Kvinderne har alle i SUSY 2000 angivet at føle sig friske (figur 5.H). For kvinder, der ikke rapporterede om

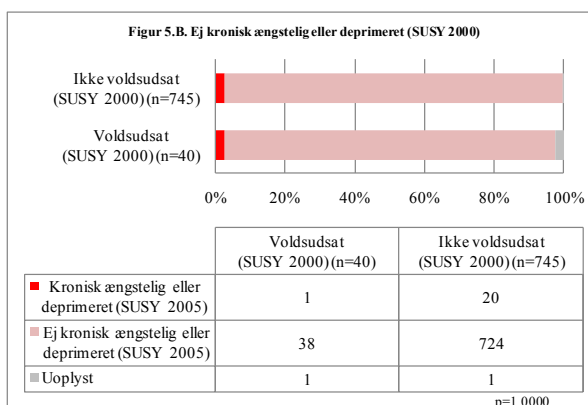
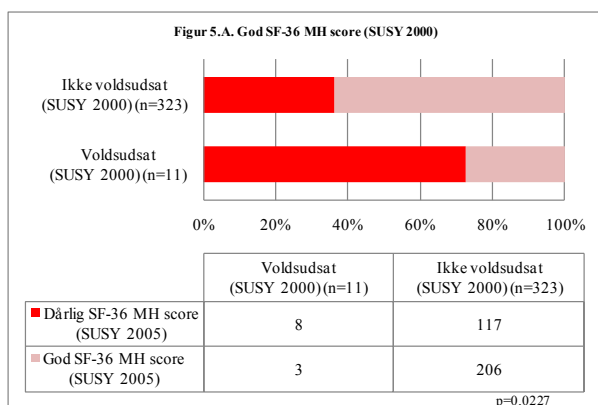
selvmordsadfærd i SUSY 2000, er andelen af respondenter, som rapporterede om selvmordsadfærd i SUSY 2005, større for gruppen af voldsudsatte kvinder sammenlignet med kvinder, der ikke har været udsat for overgreb (figur 5.I). Lige mange kvinder uden forudgående nervøse lidelser oplyser at have eller at have haft symptomer af denne art i SUSY 2005 uanset voldsstatus (figur 5.J).

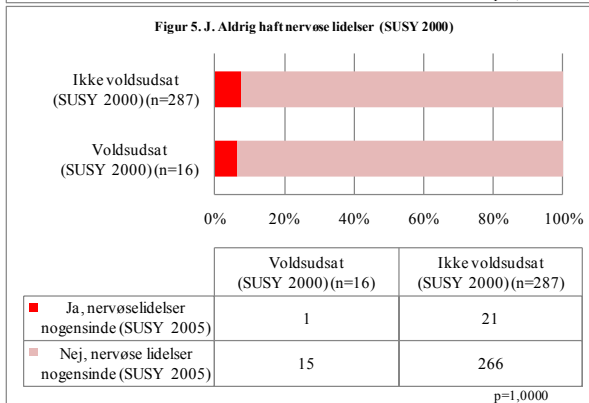
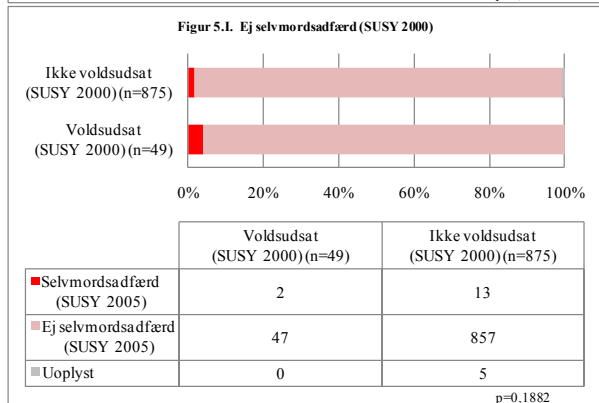
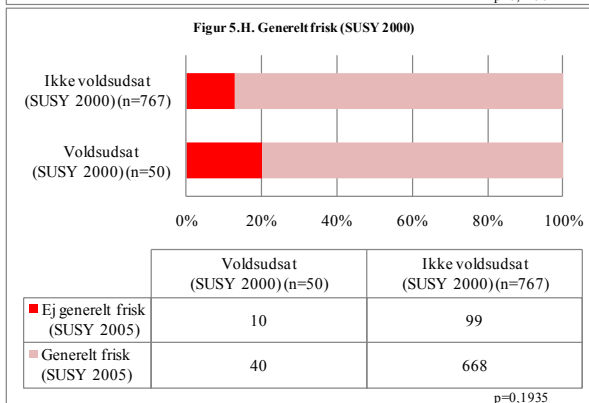
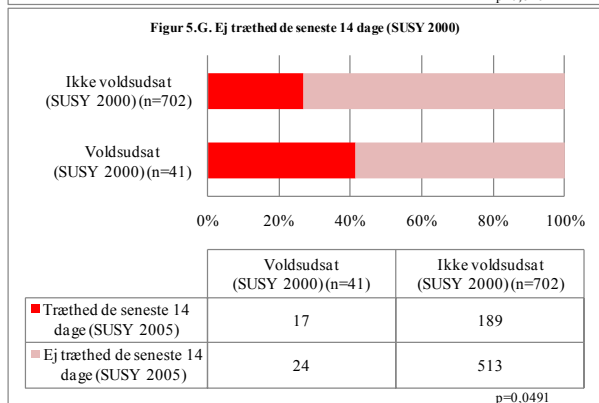
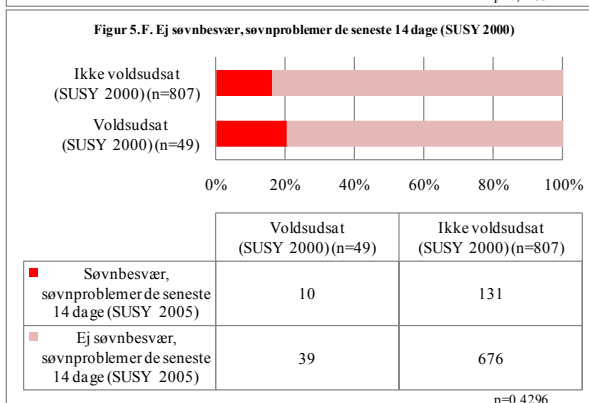
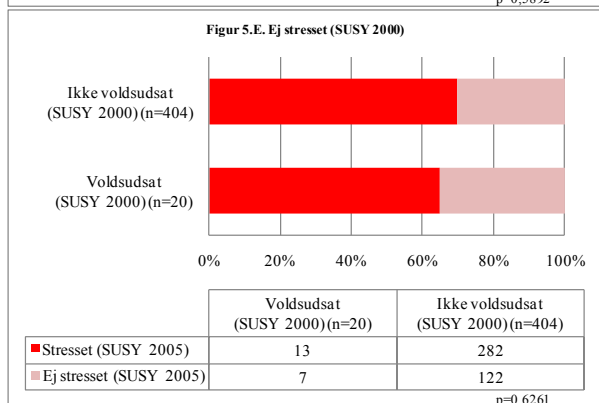
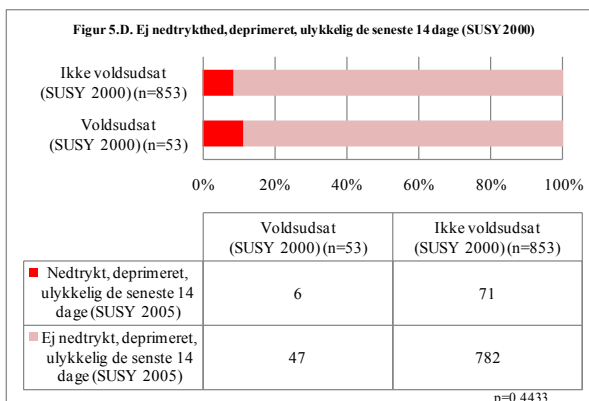
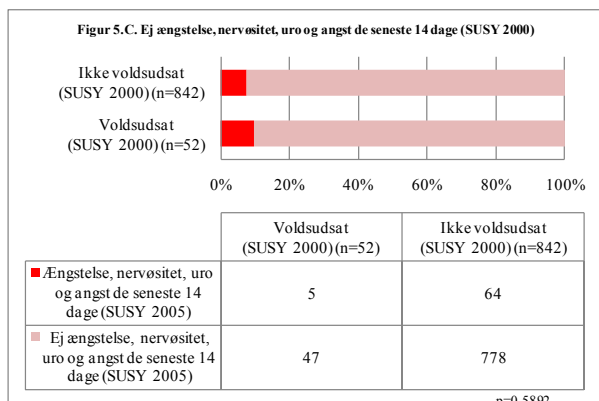
Ingen kvinder blandt voldsudsatte rapporterer om brug af sove- og/eller nervemedicin de seneste 14 dage i SUSY 2005 mod 6 kvinder i gruppen af ikke voldsudsatte kvinder. For konsultation af psykolog inden for de seneste 3 måneder gør det sig gældende, at kun 1 kvinder udsat for vold rapporterer om brug heraf i SUSY 2005 mod 8 kvinder i gruppen af ikke voldsudsatte. Ingen af kvinderne har i SUSY 2000 rapporteret om brug af de pågældende medikamenter eller om konsultation af psykolog.

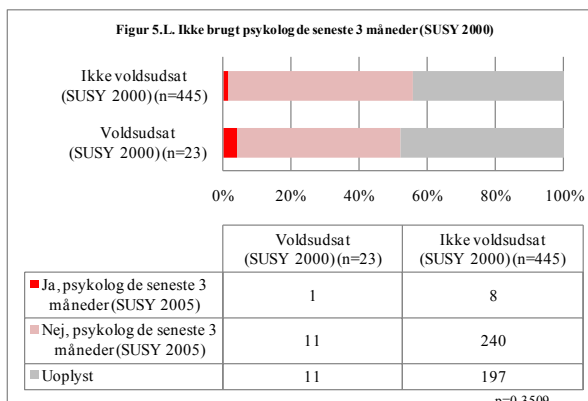
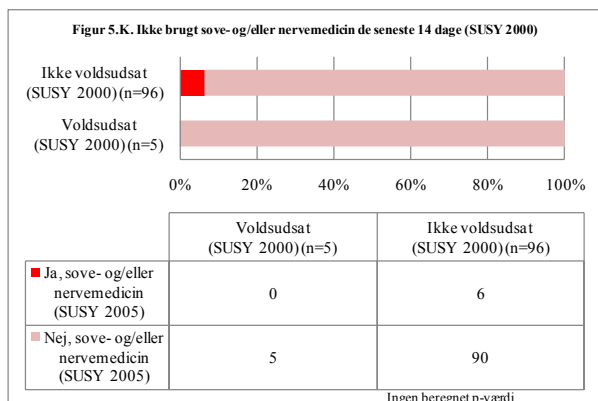
Ud over associationen mellem voldsudsættelse og risikoen for senere dårlig psykisk trivsel evalueret ved SF-36 MH score, er ingen af de øvrigt beskrevne vekselvirkninger, som figurerne antyder, fundet signifikante.

Variablene ”Hverdag præget af interessebetonede gøremål de seneste 4 uger” samt ”Frisk og veludhvilet de seneste 4 uger” indgår ikke i analyserne af association mellem voldsudsættelse og risikoen for at udvikle psykiske problemer, idet der ikke er spurgt hertil i SUSY 2005.

Figur 5.A-L. Den procentvise fordeling af en række psykiske parametre blandt ikke voldsudsatte kvinder målt ved SUSY 2005 fordelt på voldsstatus for kvinder med god psykisk trivsel målt ved SUSY 2000.







4.5 Sammenhænge mellem voldsudsættelse og risikoen for at bestående psykiske problemer forværres

Figurerne 6.A-L illustrerer fordeling af en række psykiske parametre blandt kvinder målt ved SUSY 2005 fordelt på voldsstatus for kvinder oplyst ved SUSY 2000. I disse figurer indgår kvinder, der i SUSY 2000 har rapporteret om dårlig psykisk trivsel målt ved de valgte indikatorer for psykiske problemer. Derudover har ingen af kvinderne angivet at være udsat for vold i SUSY 2005. I lighed med figurerne 5.A-L varierer antallet af de samlede observationer i figurerne 6.A-L, idet ikke alle respondenter har besvaret samtlige spørgsmål vedrørende psykisk trivsel i SUSY 2000 og SUSY 2005.

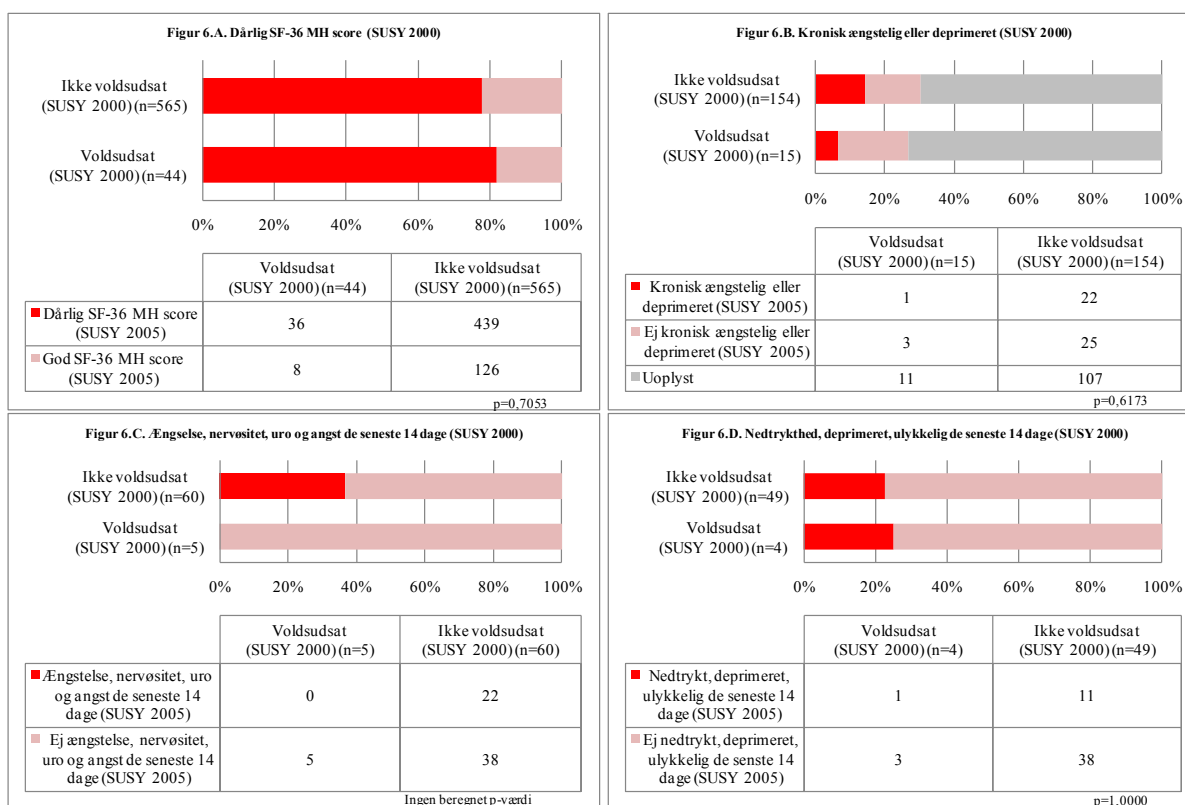
Som det imidlertid fremgår, er en del af figurerne baseret på forholdsvis få observationer i kategorien af voldsudsatte kvinder i forhold til kategorien af ikke voldsudsatte kvinder. De usikre oplysninger gør det vanskeligt at drage nogle klare konklusioner. De pågældende figurer vil derfor ikke blive kommenteret. Det drejer sig om figurerne 6.B-6.D, figur 6.H samt figurerne 6.J-6.L.

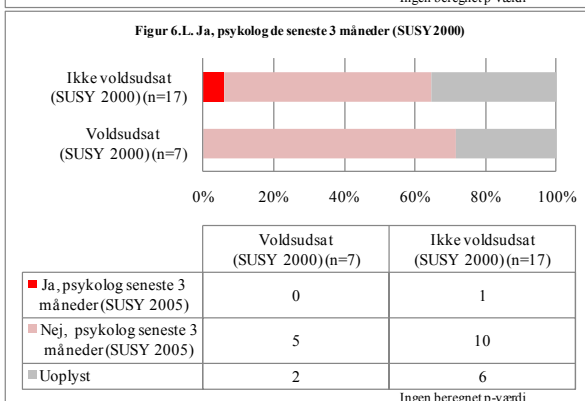
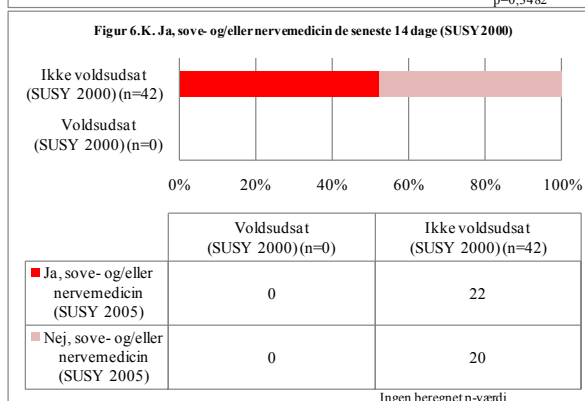
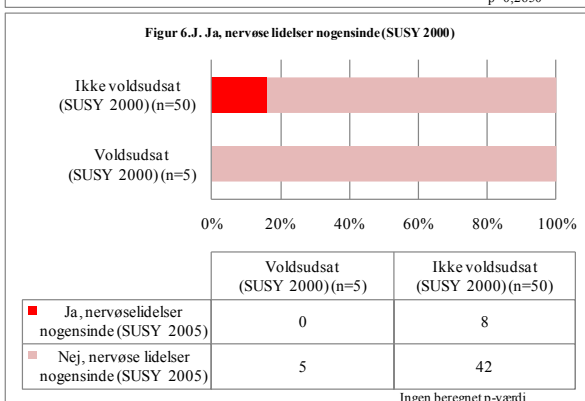
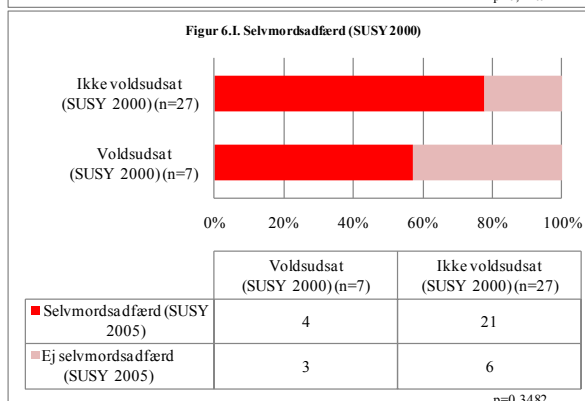
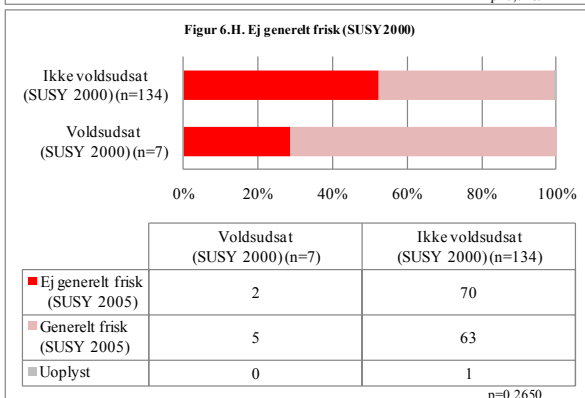
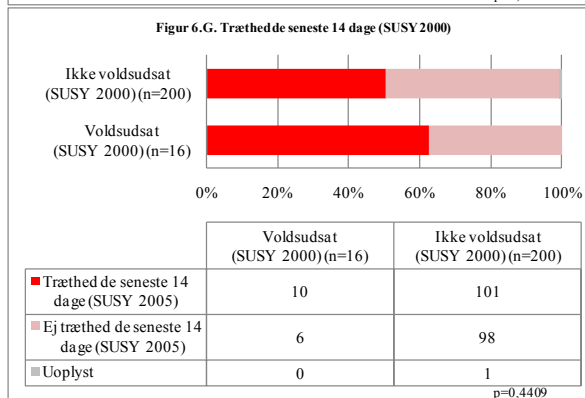
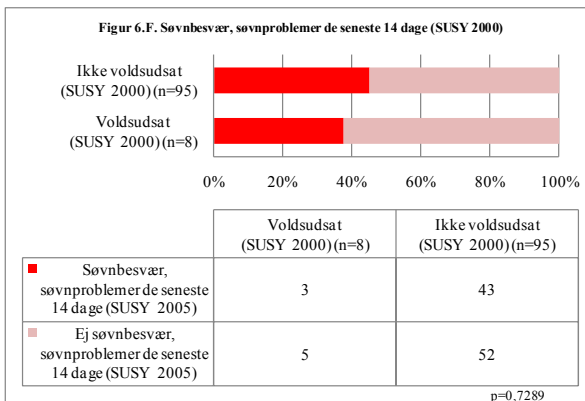
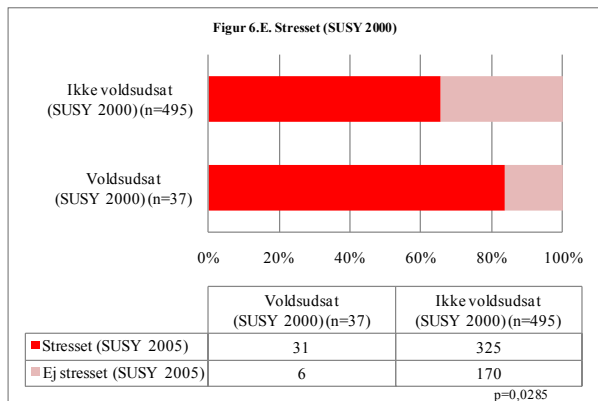
For kvinder, der rapporterer om dårlig psykisk trivsel evalueret vha. SF-36 MH score i SUSY 2005, tenderer andelen at være større blandt gruppen af voldsudsatte kvinder, der rapporterede om dårlig psykisk trivsel evalueret vha. SF-36 MH score i SUSY 2000 i forhold til den tilsvarende gruppe af kvinder, der ikke har angivet at være voldsudsatte (figur 6.A). Samme billede tegner sig for kvinder, som har oplyst at være generet af ubehag i form af træthed de seneste 14 dage i SUSY 2000. Flere voldsudsatte kvinder rapporterer således at være plaget heraf de seneste 14 dage i SUSY 2005 sammenlignet med ikke voldsudsatte kvinder (figur 6.G). Det omvendte billede tegner sig derimod for kvinder, der har rapporteret om gener i form af søvnbesvær, søvnproblemer de seneste 14 dage

eller om selvmordsadfærd i SUSY 2000. Her forekommer det, at kvinder i kategorien af ikke voldsudsatte oftere angiver at lide af søvnbesvær eller selvmordsmordsadfærd i SUSY 2005 sammenlignet med kategorien af voldsudsatte kvinder (figur 6.F og figur 6.I). Ingen af de beskrevne interaktioner er dog fundet signifikante. Til gengæld ses det, at signifikant flere voldsudsatte kvinder, som tidligere har oplyst at lide af stress, ligeledes rapporterer om stress i SUSY 2005 sammenlignet med gruppen ikke voldsudsatte kvinder ($p=0,0285$). Associationen er illustreret i figur 6.E.

Variablene ”Hverdag præget af interessebetonede gøremål de seneste 4 uger” samt ”Frisk og veludhvilet de seneste 4 uger” indgår ikke i analyserne af association mellem voldsudsættelse og risikoen for at bestående psykiske problemer forværres, idet der ikke er spurgt hertil i SUSY 2005.

Figur 6.A-L. Den procentvise fordeling af en række psykiske parametre blandt ikke voldsudsatte kvinder målt ved SUSY 2005 fordelt på voldsstatus for kvinder med dårlig psykisk trivsel målt ved SUSY 2000.





4.6 Bortfald

Der er fundet signifikant forskel i alderen mellem kvindelige respondenter og non-respondenter på voldsspørgsmålene i SUSY 2000 og SUSY 2005 i kildepopulationen ($p < 0,0001$).

Gennemsnitsalderen for non-respondenter er fundet til at være 64,8 år, mens gennemsnitsalderen for respondenter er fundet til at være 42,8 år. Blandt kvinder over 64 år, blev der kun fundet 2 kvinder, som rapporterede om vold. Dette antal udgør 1,9% af det samlede antal af voldsramte kvinder i det oprindelige datasæt indeholdende de 64+-årige.

Hvad angår delstikprøven af kvinder i alderen 18-64 år, ses kvinder, som ikke har besvaret voldsspørgsmålene, at være signifikant ældre samt at besidde en signifikant kortere kombineret skole- og erhvervsuddannelse sammenlignet med kvinder, der har besvaret voldsspørgsmålene ($p < 0,0001$ for både alder samt kombineret skole- og erhvervsuddannelse). Færre non-respondenter til voldsspørgsmålene har desuden hjemmeboende børn på 15 år eller derunder end respondenter. Forskellen er fundet grænsesignifikant ($p = 0,0646$). Der er ikke fundet nogen afvigelser i samlivsstatus, rygevaner, alkoholvaner, brug af stoffer samt etnicitet mellem respondenter og non-respondenter af voldsspørgsmålene. Ligeledes er der ikke bemærket nogle forskelle i besvarelse af spørgsmål udvalgt som indikatorer for psykisk trivsel i SUSY 2000 mellem respondenter og non-respondenter af voldsspørgsmål. For besvarelserne af spørgsmålene udvalgt som indikatorer for psykisk trivsel i SUSY 2005 er der derimod fundet signifikante forskelle i fordelingen af at lide af ængstelse, nervøsitet, uro og angst de seneste 14 dage ($p = 0,0255$), stress ($p = 0,0210$) samt følelsen af ikke at være generelt frisk ($p = 0,0254$) mellem respondenter og non-respondenter af voldsspørgsmålene. Blandt non-respondenter angiver flere således at lide af disse former for ubehag i forhold til respondenter. Derudover ses det, at flere non-respondenter lider eller har lidt af nervøse lidelser sammenlignet med respondenter af voldsspørgsmålene. Forskellen er fundet grænsesignifikant ($p = 0,0391$). Der er ikke fundet yderligere afvigelser i besvarelse af de øvrige parametre for psykisk trivsel mellem respondenter og non-respondenter af voldsspørgsmålene. Sluttelig er der ikke fundet nogen signifikant forskel mellem respondenter og non-respondenter af voldsspørgsmål i SUSY 2005 i forhold til voldsstatus oplyst ved SUSY 2000 ($p = 1,000$).

5.0 Diskussion

5.1 Hovedfund

Nærværende undersøgelse er så vidt vides det første danske prospektive studie, der har undersøgt hvorvidt dårlig psykisk trivsel er en selvstændig risikofaktor for voldsudsættelse blandt kvinder. Resultater fra de aldersjusterede logistiske regressionsanalyser tyder på, at der er en kausal sammenhæng mellem psykiske problemer og risikoen for overgreb. Således ses kvinder, der rapporterer om henholdsvis dårlig psykisk trivsel målt ved SF-36 MH score, kroniske angstelse eller depression, ikke at have en hverdag præget af interessebetonede gøremål de seneste 4 uger, eller ikke at være generelt friske i SUSY 2000 signifikant oftere at oplyse om voldsudsættelse i SUSY 2005. Derudover tenderer de øvrige parametre for psykisk trivsel fra analyserne, bortset fra stress, at være kausalt relateret med en øget risiko for voldsudsættelse. Ingen af disse sammenhænge er dog fundet signifikante. For stress gælder det, at der ikke er fundet nogen forskelle i risikoen for overgreb afhængig af stressstatus ved baseline. Ved justering for henholdsvis alder og brug af stoffer ses sammenhænge og tendenser hovedsageligt at gå i en mere signifikant retning, mens øvrige justeringer ikke medfører nogen nævneværdige ændringer i OR- samt p-værdierne sammenlignet med resultaterne fra de tilsvarende ujusterede analyser. For etnisk danske kvinder alene ses sammenhængen mellem risikoen for voldsudsættelse afhængig af forskellige psykiske parametre til gengæld generelt at være mindre signifikante.

Resultaterne fra analyserne viser endvidere, at dårlig psykisk trivsel inkl. stress især synes at udgøre en risikofaktor for udsættelse for partnervold. Undtagelse herfra er parametrene ”Ængstelse eller deprimeret” og ”Selvmordsadfærd”. For førstnævnte variable ses der ikke nogen forskelle i risikoen for henholdsvis partnervold og anden vold, mens flere kvinder udsat for ikke partnervold rapporterer om forudgående selvmordsadfærd sammenlignet med kvinder udsat for partnervold. Ingen af de fundne tendenser er imidlertid fundet signifikante.

Derudover konstateres det, at alder og samlivsstatus har signifikant betydning for risikoen for voldsudsættelse, således at henholdsvis flere yngre kvinder og kvinder, som ikke er samboende med en partner, rapporterer om vold. Rygning, stofmisbrug og anden etnicitet end dansk ses desuden at være grænsesignifikant associeret med risiko for overgreb, mens der ikke er fundet nogen signifikant sammenhæng mellem henholdsvis alkoholvaner og kombineret skole- og

erhvervsuddannelse og risikoen for overgreb. Ligeledes viser det sig, at hjemmeboende børn på 15 år eller derunder ingen betydning har for voldsrisici.

Endelig indikerer de sparsomme resultater fra undersøgelsens sidste del, at voldsudsættelse øger risikoen for psykiske problemer. Associationen er dog kun fundet signifikant for psykisk trivsel målt ved SF-36 MH score. Samtidig tyder fundene på, at bestående psykiske problemer forværres ved voldsudsættelse, på trods af at sammenhængen kun er fundet signifikant for parameteren stress.

5.2 Diskussion af de fundne resultater i relation til tidligere undersøgelser

5.2.1 Den rapporterede voldsforekomst

I dette datasæt angiver 10,5% af kvinderne at være udsat for vold, hvoraf 5,7% alene rapporterer om vold i SUSY 2000, 3,4% har kun oplyst om voldsudsættelse i SUSY 2005 mens 1,5% angiver være voldsudsat i begge undersøgelser. Desuden findes det, at partnervold udgør 37,7% af det samlede antal overgreb. Tallene fra denne undersøgelse er ikke umiddelbart sammenlignelige med andre danske undersøgelser, idet der er tale om en prospektiv kohorteundersøgelse. Så vidt vides, har hidtidige danske voldsstudier været baseret på tværsnitsundersøgelser. Sammenholdes voldsforekomsten fra SUSY 2000 i nærværende undersøgelser alligevel med fund fra de seneste spørgeskemaundersøgelser, ses det, at andelen af kvinder, som rapporterer om voldsudsættelse, er en smule højere end angivelserne i IVAWS (4,8%) og i rapporten *"Mænds vold mod kvinder"* fra 2004 (3,7%)^{5;38}. Sidstnævnte bygger endog ligeledes på oplysninger hentet fra SUSY 2000⁵. Årsagen til forskellene skyldes givetvis, at endskønt der i IVAWS eksempelvis opereres med en voldsdefinition, som i lighed med den aktuelle undersøgelses definition af vold, inkluderer både fysisk og seksuelle overgreb samt trusler om vold inden for det seneste år, så adskiller de to undersøgelser sig mht. til undersøgelsespopulationens alder. Datasættet som anvendes i analyserne til dette speciale omfatter kvinder i alderen 18-64 år, mens IVAWS-undersøgelsen er baseret på kvinder i alderen 18-70 år³⁸. Fra tidligere undersøgelser vides det, at det især er unge kvinder, som udsættes for overgreb^{6;44;48;68;118}. Ved at inkludere flere ældre aldersgrupper i en studiepopulation vil andelen af voldsramte derfor være mindre i forhold til i undersøgelser, der ikke opererer med livstidsprævalenser for voldsudsættelse. Omvendt vil lignede undersøgelser, der kun omfatter yngre aldersgrupper have en tilsvarende højere voldsforekomst. Hvad angår den lavere andelen af

voldsramte kvinder i rapporten "*Mænds vold mod kvinder*" fra 2004 sammenlignet med nærværende undersøgelse, tilskrives afvigelsen forskelle i voldsdefinitionen. Helweg-Larsen et al. har gjort brug af en snæver voldsdefinition, som kun omfatter fysisk vold⁵, hvorfor voldsforekomsten bliver tilsvarende mindre i forhold til en bredere definition, som også omfatter seksuelle overgreb samt trusler om vold. De nævnte årsagsforklaringer kan til dels også forklare de afvigelser, der ses i andelen af partnervold mellem forskellige undersøgelser. For eksempel vides det, at der i opgørelser fra kvindekrisecentre vil være en overvægt af partnervold, samt overvægt af ofre for vold i hjemmet⁵. Af LOKKs årsstatistik fra 2008 fremgår det således, at 96,0% af kvindekrisecentrenes klienter oplyser, at voldsudøveren var en nuværende eller tidligere partner³⁹. Til sammenligning finder Helweg-Larsen et al., at i knap 66,0% af voldstilfældene var overgrebene i SUSY 2000 udøvet af en nuværende eller tidligere partner eller anden person med nær tilknytning til kvinden⁵, mens andelen af overgreb begået af en nuværende eller tidligere partner/ægtefælle er opgjort til 40,0% i SUSY 2005⁶.

5.2.2 Er der direkte sammenhæng mellem psykiske problemer og risikoen for voldsudsættelse?

Resultater fra nærværende undersøgelsen tyder på, at der er en direkte sammenhæng mellem en række psykiske problemer og risikoen for overgreb i og uden for familien. Især synes dårlig psykisk trivsel overordnet set at udgøre en særlig risiko for partnervold i forhold til anden vold. Forskellene er dog ikke fundet signifikante. Samtidig forekommer det, at forskellige parametre for psykisk trivsel har varierende betydning for risikoen for voldsudsættelse blandt kvinder. Dette er i overensstemmelse med de få longitudinelle studier, som hidtil har undersøgt psykisk helbreds betydning for voldsudsættelse blandt kvinder^{9-11;110;111}. Dog hersker der ikke entydig konsensus om, hvorledes de forskellige former for psykiske lidelser og psykisk trivsel influerer på risikoen for voldsudsættelse samt former for vold^{9-11;110;111}.

Hedtke et al. finder således, at PTSD er signifikant associeret med voldsudsættelse, samt at kvinder med svær depression ved baseline oftere rapporterer om nye voldshændelser ved follow-up. Sidstnævnte sammenhæng er imidlertid ikke fundet signifikant¹⁰. I et andet studie konstaterer Cogle et al., at symptomer for alvorlig depression samt PTSD hver især øger risikoen for udsættelse for interpersonel vold af henholdsvis fysisk samt seksuel karakter. Stratificeres der på

partnervold og ikke partnervold ses sammenhængen imidlertid ikke længere at være signifikant for alvorlig depression. PTSD er derimod signifikant associeret med ikke partnervold men ikke med partnervold⁹. I modsætning hertil finder Lehrer et al., at unge kvinder, som ved baseline udviste svære depressive symptomer, signifikant oftere angiver at være udsat for partnervold ved follow-up i forhold til unge kvinder uden depressive symptomer¹¹¹. På samme måde påviser Kim et al. at depressiv symptomatologi er signifikant prædiktiv for senere partnervold; dog kun af psykisk men ikke af fysisk art¹¹. I nærværende undersøgelse ses det bl.a., at det at være kronisk ængstelig eller deprimeret er signifikant korreleret med en højere risiko for voldsudsættelse, men at der ved stratificering på voldstype ikke findes nogen signifikant forskel på risikoen for partnervold og ikke partnervold. De inkonsistente fund kan tillægges de i baggrundsafsnittet 2.2.1 tidligere beskrevne forskelle i studiedesign, definition af eksponeringsmål for psykisk trivsel og helbred samt vold, studiernes størrelse og kontrol for covarians med andre relevante risikofaktorer.

Hvad angår de manglende signifikante estimater af associationen mellem psykiske problemer og risikoen for voldsudsættelse i nærværende studie, antages dette dels at skyldes, at analyserne er baseret på et for spinkelt datagrundlag, dels at en række af variable for psykisk helbreds validitet som indikator for psykiske problemer svækkes pga. selektionsbias. Eksempelvis findes det, at andelen af kvinder med selvmordsadfærd er større i gruppen af voldsudsatte sammenlignet med kvinder, der ikke har været udsat for overgreb. Resultatet er i overensstemmelse med fund fra et tværnationalt WHO-survey-studie omhandlende kvinder udsat for fysisk og/eller seksuel partnervold og deres helbred⁶⁶. Hvor sammenhængen imidlertid i WHO-studiet er fundet signifikant, er det modsatte tilfældet i nærværende undersøgelse. Årsagen hertil formodes at være, at selvmord er en relativt sjælden hændelse, og at den aktuelle studiepopulation derfor er for lille til at opnå tilstrækkelig statistisk styrke. Ligeledes har det ikke været muligt at påvise nogen signifikant association mellem brug af sove- og/eller nervemedicin eller livstidsprævalens for nervøse lidelser og risikoen for voldsudsættelse. Tidligere udenlandske tværsnitsundersøgelser har ellers fundet, at kvinder udsat for partnervold hyppigere rapportere om brug af receptpligtige lægemidler som beroligende medicin, sovepiller og antidepressiva sammenlignet med ikke voldsudsatte kvinder^{71;72}. Desuden finder McPerson et al. som før nævnt i et prospektivt studie blandt mødre diagnosticeret med en psykisk sygdom, at antallet af rapporterede psykiatriske problemer ved baseline er signifikant positivt associeret med partnervold ved follow-up¹¹⁰. Som de

fremgår af tabel 4 side 58, er andelen af uoplyste i netop disse to delanalyser betragtelig stor, hvilket højst sandsynligt influerer på resultaterne.

Den i øvrige studier fundne og i nærværende undersøgelse delvist påviste sammenhæng mellem dårlig psykisk trivsel og risikoen for voldsudsættelse blandt kvinder, kan muligvis tilskrives, at individer med psykiske problemer interagerer med andre på en sådan måde, at de fremkalder negative reaktioner fra deres omgivelser^{195;196}. Yderligere har det vist sig, at par, hvor den ene part er depressiv, adskiller sig fra ikke depressive par mht. opfattelse og tilkendegivelse af misfornøjethed samt i forhold til evner inden for problemløsning, støttende adfærd og åbenhed. Depressive par er desuden mere tilbøjelige til at udvise ambivalens, fjendtlighed og anspændthed samt indtage en kritisk holdning i forbindelse med parkonflikter¹⁹⁷. Dårlige problemløsningsevner er i en række undersøgelser blevet knyttet sammen med en øget risiko for partnervold¹⁹⁸⁻²⁰⁰. Derudover findes depressiv symptomatologi at være associeret med risikoadfærd af forskellig art. Således ses depressive at være mere tilbøjelige til at omgås udsatte grupper eller grupper med afvigende adfærd. Det er højst sandsynligt, at en eventuel partner vælges fra denne risikopopulation²⁰¹. Et amerikansk studie blandt gymnasieelever finder desuden, at svære symptomer på depression er signifikant associeret med seksuel risikoadfærd¹¹¹. Der er endvidere stærk evidens for, at depression, stress, PTSD, angst og andre psykiske problemer er relateret til misbrugsadfærd, der videre ses at spille en fremtrædende rolle i voldssammenhæng^{56;202-206}. En anden forklaring kan være, at dårlig psykisk trivsel er forbundet med manglende evne og overskud til fravælge en voldelig partner, og at disse kvinder ligefrem føler, at overgrebene er selvforskyldte. Endelig kan den fundne sammenhæng mellem dårlig psykisk trivsel og øget risiko for voldsudsættelse blandt voksne kvinder være relateret til tidligere overgreb i barnealderen. Som før beskrevet, er overgreb i barndommen og ungdommen knyttet til psykiske problemer, antisocial adfærd og ægteskabelige problemer^{1;45;89;95;96} og dermed en øget risiko for reviktimisering.

5.2.3 Hvilken indflydelse har socio-demografiske og livsstilmæssige faktorer på risikoen for voldsudsættelse?

For at undersøge formodningen om, at en række socio-demografiske og livsstilmæssige faktorer influerer på sammenhængen mellem psykiske problemer og risikoen for voldsudsættelse, er der

indledningsvist foretaget en række univariate analyser af disse variables korrelation med risikoen for overgreb. Resultaterne fra disse analyser diskuteres i det efterfølgende.

5.2.3.1 Alder og risiko for voldsudsættelse

I lighed med en lang række andre studier findes der en sammenhæng mellem alder og voldsudsættelse, således at flere yngre kvinder rapporterer om overgreb end ældre^{6;44;48;68;118}. Selv om de fundne OR-værdier i dette studie indikerer en aldersgradient, er det imidlertid kun for aldersgruppen 18-29-årige, at risikoen for overgreb er fundet signifikant forskellig fra aldersgruppen 40-64-årige (OR=5,63 (95% CI: 2,41-13,16)). Aldersgruppen 30-39-årige afviger derimod ikke signifikant fra gruppen af de ældste kvinder (OR=2,66 (95% CI: 0,98-7,19)). Årsagen for den manglende signifikans kan skyldes, at flere ældre kvinder har udeladt at besvare voldsspørgsmålene i SUSY 2000 og SUSY 2005. Det er derfor ikke utænkeligt, at det insignifikante fund kan skyldes selektionsbias samt, at der i analysen ikke er tilstrækkelig statistisk styrke.

At det især er de unge kvinder, der er udsættelse for overgreb, kan dels bero på forskelle i aldersgruppernes livssituation og livsstil. Unge kvinder færdes i højere grad end de ældre uden for hjemmet, i fremmede miljøer og blandt fremmede personer. Desuden sker der blandt de unge forholdsvis hyppigere partnerskift^{38;161}. Samtidig er det muligt, at unge kvinder er mindre tilbøjelige eller længere tid om at forlade en voldelig partner pga. økonomisk afhængighed af partneren²⁰⁷. I forlængelse af disse betragtninger er det derfor ikke utænkeligt, at vold i ældre aldersgrupper kan formodes at repræsenterer kronisk vold.

5.2.3.2 Uddannelse og risiko for voldsudsættelse

Der er i det aktuelle studie ikke påvist nogen signifikant sammenhæng mellem kvinders uddannelseslængde og risiko for overgreb. Dog ses en tendens til, at risikoen for voldsudsættelse er højere for kvinder med et kort uddannelsesforløb sammenlignet med kvinder med et langt forløb. Til gengæld fandtes det overraskende, at kvinder med et mellemlangt uddannelsesforløb synes at have en lidt mindre risiko for voldsudsættelse end kvinder med et langt forløb. Dette resultat kan dog være et udtryk for tilfældig variation eller være forårsaget af selektionsbias. Således er det

fundet, at der er signifikant flere non-respondenter af voldsspørgsmålene blandt kvinder med et kortere kombineret skole- og erhvervsuddannelsesforløb sammenlignet med kvinder, som har besvaret spørgsmål vedrørende overgreb i de to SUSY-undersøgelser. Denne underestimering af kvinder med kortere uddannelsesforløb må formodes at svække en eventuel association mellem uddannelseslængde og risikoen for vold. En række internationale tværnsnitsstudie finder fx en tydelig uddannelsesgradient i forekomsten af voldsudsættelse blandt kvinder, dvs. jo højere uddannelsesniveau jo færre kvinder rapporterer om voldsudsættelse^{46;68;154}. Der er imidlertid ikke justeret for alder i nogen af disse undersøgelser. Det er derfor ikke til at afvise, at den fundne sammenhæng mellem længden af skoleuddannelse og voldsforekomsten skyldes en eventuel vekselvirkning mellem voldsofrene unge alder og den deraf manglende uddannelse. Til eksempel finder Helweg-Larsen i en dansk undersøgelse ingen klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og udsættelse for fysiske overgreb, bortset fra en lavere risiko blandt kvinder med mere end 14 års samlet uddannelse, når der justeres for alders betydning for voldsforekomsten⁶. Forskellen i resultaterne kan på den anden side set også skyldes, at der i Danmark er en mindre grad af socioøkonomisk ulighed end i de lande, hvor data til de øvrige studier stammer fra. Yderligere kan den lave grad af socioøkonomisk ulighed målt ved kombineret skole- og erhvervsuddannelse i dette studie skyldes, at populationen er mere homogen og bedre stillet med hensyn til uddannelsesniveau end baggrundsbefolkningen.

5.2.3.3 Samlivsstatus og risiko for voldsudsættelse

Samlivsstatus var signifikant korreleret med kvinders risiko for overgreb (OR=3,50 (95% CI: 1,79-6,98)). At være samboende udgør således en beskyttende faktor mod voldsudsættelse. Resultatet er i overensstemmelse med fund fra tidligere tværnsnitsundersøgelser, der ligeledes peger på, at andelen af voldsudsatte kvinder er større blandt enlige sammenlignet med samlevende^{6;38;56;68;163;164}. Af den danske del af IVAWS-undersøgelsen fremgår det bl.a., at mens 26% af samlevende/gifte kvinder uden børn har været udsat for overgreb, drejer det sig om 31% af samlevende/gifte kvinder med børn, 36% af enlige kvinder uden børn og om 53% af de enlige mødre³⁸. Den fundne sammenhæng kan tilskrives en anderledes risikoprofil blandt ikke samboende kvinder, idet enlige kvinde hyppigere befinder sig i situationer, hvor der er risiko for at blive eksponeret for vold begået af en fremmed gerningsmand²⁰⁸. Derudover er det blevet fremhævet, at sammenhængen kan tænkes at

medieres af, at gifte kvinder er ældre og drikker mindre alkohol end ugifte kvinder³³. Helweg-Larsen et al. finder imidlertid, at enlige (ugifte) har en højere forekomst af oplevet fysisk vold i forhold til gifte selv efter aldersjustering (OR=2,74 (95% CI: 1,58-4,75))⁶. På den anden side må samliv formodes at øge risikoen for partnervold²⁰⁹. Som tidligere nævnt, er det derfor ikke usandsynligt, at det er volden, som betinger en del af de enlige kvinders samlivsstatus og ikke omvendt^{38;165}, idet overgreb kan være årsagen til at kvinder forlader deres voldelige partner¹⁴¹.

5.2.3.4 Hjemmeboende børn og risiko for voldsudsættelse

At have hjemmeboende børn på 15 år eller derunder ses ikke at øge risikoen for overgreb. Tværtimod findes risikoen for voldsudsættelse at være 25% lavere for kvinder med hjemmeboende børn på 15 år eller derunder i forhold til kvinder uden børn. Sammenhængen er dog ikke fundet signifikant (OR=0,75 (95% CI: 0,36-1,55)). I modsætning hertil finder en række tidligere tværsnitsundersøgelser, at kvinder udsat for overgreb (især partnervold) oftere angiver at have børn sammenlignet med ikke voldsudsatte kvinder^{68;166;167}. Specielt kvinder med mange børn samt enlige mødre rapporterer om overgreb^{38;68;168}.

Årsagen til at den aktuelle undersøgelse ikke finder tilsvarende sammenhænge mellem hjemmeboende børn og risiko for voldsudsættelse, kan til dels bero på forskelle i studiedesigns og i fordelingen af andre risikofaktorer, der kan tænkes at mediere sammenhængen. I nærværende studie var der endvidere færre non-respondenter til voldsspørgsmålene blandt kvinder med hjemmeboende børn på 15 år eller derunder i forhold til respondenterne. Desuden er enlige forældre underrepræsenteret i den oprindelige SUSY-stikprøven^{36;37}, hvilket kan have betydning for resultaterne. Den danske del af IVAWS påviste, at enlige mødre uanset hvilken form for vold udgør en mere udsat gruppe sammenlignet med øvrige kvinder, herunder også enlige kvinder uden børn³⁸. Det kan derfor ikke udelukkes, at underrepræsentationen af respondenter med børn samt af enlige forældre i interviewundersøgelserne kan have bidraget til en underestimering af betydningen af hjemmeboende børn på 15 år eller derunder på kvinders risiko for overgreb i nærværende undersøgelsespopulation.

Det er blevet foreslået, at den i andre studier fundne relation mellem det at have børn og voldsudsættelse skyldes øget stress i børnefamilier¹. I overensstemmelse med denne teori, er det

fundet, at partnervold forekommer hyppigere i børnerige familier¹⁶⁸. Omvendt kan stressede personer med tendens til stress tænkes at fravælge børn, hvorved det at have hjemmeboende børn kan være associeret med lavere stressrapportering²¹⁰ og dermed lavere risiko for overgreb.

5.2.3.5 Rygevaner og risiko for voldsudsættelse

Den påviste tendens til sammenhæng mellem rygning og overgreb er i overensstemmelse med, hvad tidligere studier antyder. Resultaterne fra disse tværsnitsstudier viser, at kvinder udsat for bl.a. partnervold på et hvilket som helst tidspunkt i deres voksenliv oftere angiver at være rygere eller tidligere rygere sammenlignet med ikke voldsudsatte kvinder^{109;134;164}. Det er dog ikke muligt på baggrund af disse survey-undersøgelser at bestemme den reciproke sammenhæng mellem rygning og overgreb.

Trods det grænsesignifikante fund i dette studie, anses rygning dog næppe for at være en selvstændig risikofaktor for voldsudsættelse. Derimod tolkes resultatet snarere som et udtryk for en anderledes risikoprofil blandt kvindelige rygere i forhold til ikke-rygere; dvs. at rygning betragtes som en indikator for risikoadfærd.

5.2.3.6 Alkohol og risiko for voldsudsættelse

Der var en tendens til, at stort alkoholforbrug øgede risikoen for overgreb. Associationen var dog ikke signifikant, men er i overensstemmelse med fund fra en række nyere studier^{33;117;118}. En svaghed ved nærværende analyser er, at dikotomiseringen af variabelen for alkoholvaner kan have reduceret realibiliteten samt den statistiske styrke til at finde en signifikant association¹⁰. Tidligere studier har således påvist, at kvinder udsat for vold oftere angiver at have et højere alkoholforbrug end ikke voldsramte kvinder^{56;71;109;113}. Der er imidlertid tale om udenlandske undersøgelser med en studiepopulation, hvis alkoholkultur må formodes at være anderledes end den danske. Derudover er det omdiskuteret, hvorvidt selvrappede data om alkoholforbrug underestimerer forbruget, og dermed underestimerer af alkohols betydning i voldssammenhænge²¹¹. Undersøgelser har dog påvist, at selvrappede alkoholforbrug tilvejebringer mere nøjagtige oplysninger end laborietests eller dagbogsoptegnelser²¹¹. Den manglende statistiske korrelation mellem

alkoholforbrug og risiko for overgreb i nærværende undersøgelse kan endvidere ses i sammenhæng med, at alkohol i Danmark er en del af socialt samvær, og derfor ikke længere er en markør for en særlig sårbar population⁷¹.

5.2.3.7 Euforiserende stoffer og risiko for voldsudsættelse

Stofmisbrug tenderede til at øge risiko for overgreb. Tidligere studier har imidlertid påvist en signifikant sammenhæng mellem brug af euforiserende stoffer og vold^{31;33;112;126}. Årsagen til den manglende signifikans i nærværende undersøgelse skyldes derfor givetvis, at afrapporteringen af stofmisbrug i almindelige befolkningsundersøgelser er relativt lav¹²⁹, hvorved den statistiske styrke reduceres.

Forklaringen på en eventuel korrelation mellem brug af euforiserende stoffer og voldsudsættelse kan være, at narkotiske midler øger irritabilitet og aggressivitet samt nedsætter evnen til at håndtere konflikter, hvorved risiko for vold øges^{33;129}. Desuden kan stofmisbrugeres ustabile parforhold have betydning^{31;33}. Samtidig peges der på, at stofmisbrugere ofte færdes i en socialt afvigende subkultur med en stor voldsforekomst. Det er derfor påregneligt, at kvindelige stofmisbrugere vælger deres seksualpartnere fra denne risikopopulation af voldelige mænd^{31;33}.

5.2.3.8 Etnicitet og risiko for voldsudsættelse

Kvinder af anden etnisk oprindelse end dansk havde en grænsesignifikant større risiko for voldsudsættelse end etnisk danske kvinder. Resultatet er foreneligt med fund fra tidligere undersøgelser, som finder højere forekomster af overgreb mod kvinder blandt etniske minoritetsgrupper sammenlignet med majoritetsbefolkningen^{46;68;153;158;173}. Det har dog vist sig at være vanskeligt og problematisk at forklare etniske forskelle i voldsudsættelse²¹². Ifølge nogle forklaringsmodeller skyldes variationer i forekomsten af partnervold blandt etniske grupper eksempelvis forskelle i alder og socioøkonomisk status^{141;152;213}. Omvendt er det dog også fundet, at de etniske forskelle persisterer selv efter kontrol for socio-demografiske faktorer²¹⁴. De modstridende resultater har derfor foranlediget nogle forskere til at foreslå, at variation i associationen mellem etnicitet og voldsudsættelse skyldes forskelle i, hvorledes etnicitet defineres i

de respektive undersøgelser. Således formodes det, at der er afvigelser i accept af vold som en del af ægteskabet og hverdagen mellem etniske minoritetsgrupper og majoritetsbefolkningen men også etniske minoritetsgrupper imellem^{1;176}. Derudover kan det også tænkes, at villighed til at afsløre udsættelse for vold (især overgreb begået af en partner) varierer blandt befolkningsgrupper^{215;216}.

Grundet det aktuelle datamateriales størrelse har det imidlertid ikke være muligt at undersøge, hvorvidt der er variation i risikoen for voldsudsættelse blandt forskellige etniske minoritetsgrupper samt at kontrollere for alder og socioøkonomisk status i delanalysen omhandlende etnicitets betydning for risikoen for overgreb.

5.2.4. Har socio-demografiske og livsstilmæssige faktorer selvstændig betydning for sammenhænge mellem psykiske problemer og risikoen for voldsudsættelse?

Resultaterne fra de univariate analyser tyder på, at en række socio-demografiske og livsstilmæssige faktorer influerer på sammenhængen mellem psykiske problemer og risikoen for voldsudsættelse. Imidlertid viser fund fra de justerede regressionsanalyser, at det kun er alder og stofmisbrug, som har betydning. Signifikante sammenhænge og tendenser bliver generelt mere signifikant ved justering for disse to variable, mens justering for de øvrige socio-demografiske og livsstilmæssige faktorer ikke medfører nogle nævneværdige ændringer af sammenhænge. Samlivsstatus samt rygevaner fandtes ellers i de univariate analyser at associere henholdsvis signifikant eller grænsesignifikant med risikoen for overgreb. Årsagen til den manglende covarians kan være, at disse to faktorer indgår i et mere komplekst samspil af flere medierende covariater på samme tid i forhold til alder og stofmisbrug.

Det har kun været muligt at identificere tre prospektive studier omhandlende kausaliteten mellem psykisk helbred og risiko for overgreb blandt kvinder, der i lighed med nærværende studie har justeret for alder og/eller stofmisbrug i analyserne^{9;110;111}. I undersøgelsen af Lehrer et al. justeres der imidlertid på en og samme tid for både alder, etnicitet og forældres uddannelse, således at det ikke er muligt, at sige noget alene om betydningen af alders covarians med psykisk helbred for risikoen for voldsudsættelse. Desuden er resultaterne fra de ujusterede analyser ikke angivet, af hvilken grund det ikke er muligt at konkludere noget om, hvorvidt associationen styrkes eller

svækkes ved justeringen¹¹¹. Et andet studie finder imidlertid, at sammenhængen mellem psykiatrisk diagnose og risikoen for overgreb bliver mindre signifikant ved justering for alder¹¹⁰. Forskellen kan skyldes, at mens der i den aldersjusterede analyse i nærværende studie ikke er stratificeret på voldstype, så omhandler det amerikanske studie udelukkende partnervold¹¹⁰. Partnervold forekommer særligt at være præget af en aldersgradient, således at forekomsten er højest blandt yngre kvinder og lavere blandt ældre^{6;38}, hvorfor alder som forklarende variabel især vil vægte mere i studier omhandlende denne form for overgreb. Ud over alder, interagerer antallet af hospitalsindlæggelser, antallet af psykiatriske symptomer samt alkohol og stofmisbrug med associationen mellem psykiatrisk diagnose og risikoen for voldsudsættelse¹¹⁰. Det har i nærværende studie ikke været muligt at justerer for de to førstnævnte variable i nærværende studie, mens der ikke er fundet nogen vekselvirkning mellem de psykiske helbredsparametre og risikoen for overgreb for alkoholvariablen. Som tidligere nævnt kan dette bero på den i Danmark fremherskende liberale alkoholkultur med en høj grad af tilgængelighed af alkohol, hvorved alkohol ikke længere kan opfattes som en risikomarkør i forbindelse med vold mod kvinder⁷¹. En tredje undersøgelse påviste, at stofmisbrug forekommer at covariere med PTSD og risikoen for partnervold samt ikke partnervold⁹. Vekselvirkningen er imidlertid ikke fundet signifikant for nogen af voldstyperne (OR=1,56 (95% CI:0,82-2,87) for partnervold og OR=1,17 (95% CI:0,73-1,86) for ikke partnervold)⁹. Forskellen i betydningen af stofmisbrug for associationen mellem psykiske problemer og risikoen for voldsudsættelse i denne og nærværende undersøgelserne kan givetvis tillægges forskelle i definition af stofmisbrug. I modsætning til den aktuelle undersøgelse, betragtes et enkelt forsøg med stoffer inden for de seneste 12 måneder ikke som et stofmisbrug i den amerikanske undersøgelse⁹.

At unge kvinder med dårligt psykisk helbred er i højere risiko for voldsudsættelse end ældre kvinder med psykiske problemer er ikke overraskende. Fund fra den nærværende undersøgelse samt tidligere studier peger på, at ung alder udgør en særlig forhøjet risiko for voldsudsættelse^{38;161}. Som før nævnt, skal forklaringen hertil bl.a. findes i en anderledes livsstil og risikoadfærd blandt unge kvinder i forhold til ældre^{38;161}. Derimod bør fundet af stofmisbrugs covarians med psykisk helbred og korrelationen med risiko for overgreb tolkes med varsomhed⁷¹. Selv om det er fundet, at der er en korrelation mellem psykisk helbred og misbrugsadfærd²¹⁷, så ses stofmisbrug fx ofte at være stærkt korreleret med en eventuel partners misbrug. Det kan derfor være vanskeligt at skelne

mellem den afhængende og den interagerende effekt mellem kvindens eget misbrug og partnerens¹³¹. Derudover færdes stofmisbrugere ofte i en ulovlig og socialt afvigende subkultur, hvor voldelig adfærd optræder hyppigere end i det omgivende samfund²¹⁸.

5.2.5 Øger voldsudsættelse risikoen for senere psykiske problemer eller for en forværrelse af eksisterende psykiske problemer?

Undersøgelsen indikerer, at overgreb er kausalt forbundet med udvikling af psykiske problemer, om end sammenhængen kun er for psykisk trivsel målt ved SF-36 MH score. Samtidig tyder fundene på, at bestående psykiske problemer forværres ved voldsudsættelse, til trods for at sammenhængen udelukkende ses at være signifikant for parameteren stress. Resultater fra bortfaldsanalyserne viser imidlertid, at der er signifikante forskelle i fordelingen af at lide af ængstelse, nervøsitet, uro og angst de seneste 14 dage, være stresset eller at have følelsen af ikke at være generelt frisk mellem respondenter og non-respondenter i SUSY 2005. Således angiver flere non-respondenter at lide af disse former for ubehag og gener i forhold til respondenter. Desforuden er der fundet en tendens til, at flere non-respondenter rapporterer at lide eller have lidt af nervøse lidelser sammenlignet med kvinder, der har besvaret voldsundersøgelserne i SUSY 2005. Det er derfor ikke utænkeligt, at selektionsbias medfører en underestimering af korrelationen mellem voldsudsættelse og risikoen for at udvikle psykiske problemer eller for at psykiske problemer forværres.

De i nærværende undersøgelse fundne tendenserne svarer til fundene i tidligere internationale studier. Således finder Bonomi et al. i et retrospektivt case-kontrol studie blandt amerikanske kvinder i alderen 18-64 år, at kvinder, der har været udsat for partnervold inden for de seneste 5 år, oftere lider af enten svære (PR=2,6 (95% CI: 1,9-3,6)) eller milde (PR=2,3 (95% CI: 1,9-2,8)) symptomer på depression end kvinder, der aldrig har været udsat for partnervold. Derudover findes det, at disse kvinder besidder en signifikant lavere SF-36 MH score (-5,54 point) sammenlignet med kvinder i referencegruppen. For kvinder udsat for partnervold for mere end 5 år siden, ses PR=1,7 (95% CI: 1,3-2,2) for svære og PR=1,5 (95% CI: 1,3-1,8) for milde symptomer for depression. Desuden har denne gruppe af kvinder ligeledes lavere SF-36 MH score (-2,21 point) i forhold til gruppen af kvinder, der aldrig har oplevet partnervold. I lighed med resultater fra nærværende studier tyder det således på, at voldsudsættelse medfører øget risiko for psykiske problemer. Samtidig ses det, og at de psykiske konsekvenser af voldsudsættelse er størst i perioden tættest på

overgrebet. Partnervold er i det amerikanske studie defineret som fysisk eller seksuelle overgreb samt trusler om vold. Desuden er der i analyserne justeret for alder, indtægt og misbrug i barndommen¹⁰⁹. Hedtke et al. finder ligeså, at kvinder udsat for seksuelt misbrug, fysiske overgreb eller som har været vidne til en alvorlig ulykke eller et voldeligt dødsfald har op til 14 gange så stor risiko for at lide af PTSD og 5-8 gange højere risiko for svær depression ved follow-up sammenlignet med kvinder uden nogen forhistorie med voldsudsættelse. Samme studie viser endvidere, at kvinder, der alene er udsat for seksuelle overgreb, er tre gange mere tilbøjelig til at have PTSD og to gange oftere rapporterer om svær depression ved follow-up end kvinder, som ikke har været udsat for vold¹⁰. I overensstemmelse hermed konkluderer McPerson et al., at blandt mødre diagnosticeret med en psykisk sygdom ved baseline, ses antallet af indlæggelser til psykiatrisk behandling over livstid samt antallet af rapporterede psykiatriske problemer ved baseline at være positivt associeret med partnervold ved follow-up. Mødre, der ved follow-up angav at være blevet udsat for partnervold inden for de sidste 12 måneder, rapporterede endvidere om flere psykiatriske symptomer end mødre, som ikke havde oplevet partnervold de seneste år¹¹⁰. Der er ikke i lighed med studiet af Bonomi et al. differentieret mellem kortsigtede og langsigtede konsekvenser af voldsudsættelse på psykisk helbred i undersøgelserne foretaget af Hedtke et al. og af McPerson et al.

Det er blevet foreslået, at den større sygelighed blandt viktimerede kvinder skyldes andre copingstrategier end hos ikke viktimerede kvinder^{219;220}. Voldsudsatte er mere tilbøjelig til at benytte copingstrategier, som går ud på tankemæssigt at forskyde de voldelige oplevelser. Til sammenligning ses ikke voldsudsatte kvinder oftere at besidde en mere analyserende og handleorienteret tilgang til stressfyldte episoder i deres liv²²¹. I en meta-analysisk review-studie af copingmetoder findes, at den problemfokuserede metode er positivt korreleret med helbred²²². Derudover er der fundet en sammenhæng mellem problemfokuseret coping og mindsket følelse af håbløshed²²³. Copingstrategier som distancering og afvigeadfærd synes derimod at være associeret med negativt helbredsoutcome²²². Samtidig er det nærliggende at forestille sig, at kvindens sociale ressourcer har betydning for, hvordan hun tackler selve situationen under og efter et overgreb; herunder også mulige konsekvenser på længere sigt. Sålunde kan social og emotionel støtte tænkes

at modificere effekten af voldsudsættelse²²⁴. Kvinder i voldelige forhold ses imidlertid ofte at være udsat for social isolation fra familie og venner²⁰⁷.

5.3 Metodemæssige overvejelser

5.3.1 Studiepopulation

Som tidligere beskrevet, er nærværende studie baseret på data fra SUSY-undersøgelserne fra henholdsvis 2000 samt 2005. Stikprøvepopulationen til begge surveys er udvalgt således, at tværnsnitsundersøgelserne overordnet set burde være nationalt og regionalt repræsentative^{36;37}. Det fremgår imidlertid af både SUSY 2000 og SUSY 2005, at der er en tendens til, at svarpersonerne er lidt ældre end den danske befolkning, og at der er en overrepræsentation af gifte og en let underrepræsentation af ugifte. Yderligere gør det forhold sig gældende, at børn med enlige forældre er underrepræsenteret i stikprøven, og at den regionale fordeling blandt henholdsvis inviterede og den danske befolkning ikke er ens^{36;37}. Der er dog ikke foretaget nogen vægtning i analyserne. Betydningen af den manglende vægtning bør teoretisk set ikke udgøre noget problem, når formålet med undersøgelsen, som i dette speciale, har været, at foretage interne sammenligninger. Den eksterne validitet kan dog eventuelt kompromitteres²²⁵. Desuden er analyserne i nærværende undersøgelse undertiden baseret på svar fra meget få respondenter. Det kan derfor diskuteres, hvorvidt det ville have været mere korrekt at kompensere ved vægtning i analyserne, idet der ikke er sikkerhed for, at svar for de få respondenter er repræsentative. En evt. vægtning vil i så fald bidrage til øget bias. Problemet med de få respondenter skyldes i øvrigt, at voldshændelser relativt set er forholdsvis sjældne begivenheder, og at nærværende studiepopulation i den sammenhæng kan tænkes at være for lille²²⁶. I alt indgår 1.008 danske kvinder i den aktuelle undersøgelse, hvoraf 57 alene rapporterer om voldsudsættelse i SUSY 2000, mens 34 kvinder angiver kun at være udsat for overgreb i SUSY 2005. 15 kvinder oplyser om voldsudsættelse i begge undersøgelser. Videre er der mistanke om, at den i voldssammenhænge lille studiepopulation kan medføre øget risiko for type II fejl. Type II fejl er et udtryk for, at en falsk nul-hypotese accepteres; dvs. at en undersøgelse fejlagtigt afviser eksistensen af en sand sammenhæng²²⁷. For at imødekomme denne problemstilling opereres der derfor i specialet både med signifikante samt grænsesignifikante p-værdier.

5.3.2 Dataindsamling

Dataindsamlingen er for begge SUSY-undersøgelser vedkommende foregået vha. et interviewbaseret spørgeskema, som dernæst er suppleret med et selvadministreret spørgeskema^{36;37}. Det er imidlertid tidligere blevet påpeget, at et sensitivt emne som vold kan medføre en lavere svarprocent i spørgeskemaundersøgelser¹⁰¹, bl.a. fordi kvinder, som har været udsat for vold ofte normaliserer deres voldsudsættelse²²⁸. Derudover rapporteres der om socio-kulturelle forskelle i velvillighed hos respondenter til at besvare sensitive spørgsmål^{229;230}. Data vedrørende vold er dog indsamlet vha. det selvadministrerede spørgeskema, således at respondenterne har kunnet besvare spørgsmålene herom i en tidsmæssig og fysisk kontekst efter eget valg. De udvalgte deltagere havde endvidere forud for interviewundersøgelsen modtaget et brev, som garanterede at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, samt at svarerne var fortrolige, og kun ville være tilgængelige for udvalgte forskere^{6;37;48}. Disse foranstaltninger er med til at øge undersøgelsens validitet samt højne svarprocenten⁶⁸. Desuagtet hersker der ingen garanti for, at respondenterne selv har udfyldt spørgeskemaet eller ikke har været overvåget. Det skønnes dog, at risikoen herfor er begrænset, og at dette derfor ikke har haft betydning for de aktuelle resultater.

Hvad angår selve spørgsmålene omhandlende vold, er der en række faktorer, som kan tænkes at have betydning for voldsforekomsten i nærværende undersøgelse. Således refereres der i spørgeskemaet til SUSY 2000 samt SUSY 2005 til fem specifikke fysiske voldshandlinger, der er enslydende for de to undersøgelser. For seksuelle overgreb gør det sig derimod gældende, at der i SUSY 2000 spørges uspecificeret til tvungen seksuel aktivitet, mens der i SUSY 2005 er angivet fire forskellige svarmuligheder. Ligeledes er spørgsmålet vedrørende trusler i den første undersøgelse stillet ganske bredt, og kan derfor opfange mange forskellige former for trusler – herunder egentlige og alvorlige trusler på livet samt mere tilfældigt fremsatte trusler, som måske reelt er udtryk for vredesudbrud⁸¹. I SUSY 2005 er det tilsvarende spørgsmål derimod begrænset til alene at omhandle trusler af fysisk karakter. Undersøgelser viser i den forbindelse, at spørgeskemaer med konkrete adfærdsspecifikke spørgsmål producerer højere voldsforekomster end spørgeskemaer, der blot spørger til, om kvinder fx har været udsat for fysiske eller seksuelle overgreb^{38;231}. Idet fysisk vold er baseret på flere eksemplificerede spørgsmål end seksuelle overgreb samt trusler om vold, er det således muligt, at de to sidstnævnte former for vold er underrepræsenteret i undersøgelsen. På den anden side kan det imidlertid også tænkes, at

eksemplificering af specielt fysiske overgreb har bevirket, at en række former for vold, såsom det at være udsat for bid eller at blive brændt, ikke er blevet afrapporteret, eftersom de ikke er medtaget som eksempler på vold i spørgeskemaerne. Det skal dog bemærkes, at respondenterne i SUSY 2000 fik mulighed for at specificere enhver anden form for vold under en supplerende åben svarkategori. Denne svarkategori er imidlertid udeladt i de aktuelle analyser, idet det tidligere er fundet, at afrapporteringerne var inkonsistente og data knappe²³². Derudover er der begrundet mistanke om, at der pga. ændringer i spørgsmålskonstruktionen er systematiske forskelle i afrapportering af henholdsvis seksuelle overgreb samt trusler om vold mellem de to befolkningsundersøgelser. Endvidere er der i SUSY 2005 i modsætning til i SUSY 2000 yderligere mulighed for at angive antal overgreb for de forskellige voldstyper. Hypotetisk kan dette have bidraget til bedre genkaldelse af voldsepisoder i SUSY 2005 i forhold til SUSY 2000. Omvendt er det muligt, at enkelte respondenter alene har besvaret voldsspørgsmålene i SUSY 2005 ved angivelse af antal voldsepisoder og udeladt at afkrydse i ja-feltet for overgreb. Der er imidlertid kontrolleret for sidstnævnte, og der er ikke fundet nogen uoverensstemmelser.

5.3.3 Referenceperiode for voldsudsættelse

Der opereres i nærværende undersøgelse med en referenceperiode for voldsudsættelse på et år. Det er således kun kvinder, som har været udsat for overgreb i løbet af de sidste 12 måneder, som gives offerstatus. Kvinder, hvis voldsudsættelser ligger længere tilbage i tid vil klassificeres som ikke ofre. Dette er problematisk, fordi nogle af de, som får status som ikke-offer, kan tænkes at have været udsat for grove overgreb og som en konsekvens heraf efterfølgende har oplevet helbredsproblemer. Herved opstår risikoen for potentiel underestimering af associationen mellem psykisk trivsel og voldsudsættelse²³³, idet det reelle voldsomfang sløres. På den anden side indebærer for lange tidsintervaller øget risiko for at respondenterne ikke husker de voldsepisoder, de har været udsat for; noget som særligt vil gælde de mindre alvorlige hændelser. Det er endog fundet, at genkaldelsesperioder på mere end to måneder signifikant øger risikoen for recall bias, således at prævalensen underestimeres²³⁴. I den forbindelse synes en referenceperiode på 12 måneder at imødekomme begge problemstillinger.

5.3.4 Recall bias

Risikoen for recall bias er, som beskrevet i det foregående afsnit, forsøgt minimeret ved at anvende en referenceperiode for voldsudsættelse på 12 måneder. Det er dog muligt, at omfanget af selvrapporтерet vold influeres af kvinders fortolkning af eller tærskel for, hvad der opleves som vold⁵. Således kan det formodes, at personer, der rapporterer om dårligt helbred er mere tilbøjelige til at genkalde sig eller angive at være udsat for vold⁶⁶. Til eksempel er det tænkeligt at kvinder med psykiske problemer besidder en lavere tærskel for, hvad de tolker som overgreb end andre kvinder. Desuden er det fundet, at udsættelse for vold i barndommen kan gøre kvinden mere følsomme overfor volds spørgsmål som voksen²³⁵. Selvrapportering vil i den sammenhæng give en overestimering af voldsforekomsten blandt kvinder med dårlig psykisk helbred, og dermed give et fejlagtigt billede af en stærkere sammenhæng mellem psykiske problemer og risiko for voldsudsættelse. Der har imidlertid ikke været muligt at kontrollere for misbrug i barndommen i nærværende undersøgelse, idet der i SUSY-undersøgelserne udelukkende er spurgt til seksuelle overgreb fra før kvinden fyldte 18 år. Der forefindes derfor ingen tilsvarende oplysninger om eventuelle fysiske overgreb eller trusler om vold i barnealderen. På den anden side så har undersøgelser vist, at blotlæggelse af voldshændelser er mere påvirket af metodiske problemstillinger i tilknytning til interviewerfærdigheder og spørgeskemakonstruktion end af respondentens personkarakteristika^{231;236}. I den forbindelse bør det nævnes, at der tidligere er påvist en tydelig interviewereffekt i SUSY 2000. Specielt spørgsmål vedrørende respondentens helbred og langvarige sygdomme udviste markante interviewerpåvirkninger²³⁷. Betydninger heraf vurderes imidlertid at have ringe effekt for resultaterne af nærværende undersøgelse, eftersom spørgsmål omhandlende voldsudsættelse samt en lang række af de spørgsmål, der er valgt som indikator for psykiske problemer, er stillet i det selvadministrerede spørgeskema.

5.3.5 Studiedesign

En styrke ved nærværende undersøgelse er det prospektive design, der giver mulighed for at følge kvinderne over tid og derved studere individuelle ændringer i selvrapporтерet voldsudsættelse og psykisk helbred. Det er emner, der ellers ikke umiddelbart kan studeres ud fra fx registerkoblinger. Det prospektive design sikre endvidere at eksponering forekommer før udfald, således at der kun er

mindre risiko for at foretage en fejlfortolkning af, hvad der er årsag, og hvad der er virkning. Spørgeskemaundersøgelser muliggør fremdeles med visse begrænsninger at adskille partnervold fra andre former for vold, hvilket kun er muligt i meget begrænset omfang ud fra registerdata^{6;238}. Det har dog ikke været muligt, at sige noget om gerningsmandens køn ud fra nærværende undersøgelse. Derudover er der den fordel ved spørgeskemaundersøgelser, at mens fx skadestuedata eller data fra kriminalstatistikken hovedsagelig beskriver den grove og behandlingskrævende vold, så omfatter den selvrapporterede vold fra befolkningsundersøgelser ligeledes de lette overgreb⁶. Yderligere ses generaliserbarheden af nærværende studiets resultater at øges, eftersom kildedata er baseret på to nationalt og regionalt repræsentative spørgeskemaundersøgelser^{36;37}. På den anden side, er validiteten af resultaterne i høj grad afhængig af rigtigheden af respondentens besvarelse af spørgsmålene omhandlende overgreb og psykisk helbred. Respondenten har dog ikke haft mulighed for at vide den nøjagtige sammenhæng svarangivelserne skulle anvendes i, hvilket er med til at højne undersøgelsen sensitivitet samt specificitet.

Studiedesignet er imidlertid også behæftet med en grad af selektion. Udover den tidligere nævnte underrepræsentation af yngre, ugifte, enlige med hjemmeboende børn^{36;37} samt kvinder med kortere kombineret skole- og erhvervsuddannelse pga. bortfald, indebærer interviewtilgangen desuden en udvælgelse af kvinder, der behersker det danske sprog. Begrænsede læse- og skrivefærdigheder kan endvidere medføre manglende respons på det selvadministrerede spørgeskema. Dertil kommer forskelle i den regionale fordeling blandt henholdsvis inviterede og den danske befolkning, samt at personer uden fast bopæl ikke er inviteret til at deltage i SUSY-undersøgelserne^{36;37}. Især manglende deltagelse af hjemløse kan tænkes at have medført en underestimering af associationen mellem psykiske problemer og risikoen for overgreb, idet vold synes at være en fundamental del af de hjemløses tilværelse²³⁹. Samtidig ses flere hjemløse at lide af psykiske problemer sammenlignet med baggrundsbefolkningen²⁴⁰. Endelig er det nærliggende at antage, at de, der har undladt at svare på spørgsmål vedrørende vold og psykisk trivsel, generelt har det dårligt og som følge deraf har mindre overskud til at deltage. Hvis disse kvinder havde besvaret spørgeskemaet svarende til dårligt selvvurderet helbred og ved opfølgning havde vist sig at være voldsudsat, ville det have bestyrket de foreliggende resultater.

5.3.6 Diskussion af konstruerede variable

Til brug i analyserne er der genereret en række variable, som i det efterfølgende vil blive diskuteret enkeltvist. I hovedparten af tilfældene har det været nødvendigt at dikotomisere disse. Dette er sket dels pga. de begrænsninger, som ligger i datamaterialets størrelse, dels for at lette sammenligningerne mellem de enkelte analyser.

5.3.6.1 Variabel for vold

I nærværende studie indgår fysisk og seksuelle overgreb samt trusler om vold i en samlet voldsvariabel. Det er dog muligt, at denne samlede voldsvariabel vil medvirke til at underestimere sammenhængen mellem voldsudsættelse og outcome for psykiske problemer. Resultater fra tidligere undersøgelser peger således på, at fysiske og seksuelle overgreb samt trusler om vold påvirker kvinders helbred på forskellig vis^{80;81}. Eksempelvis viser et amerikansk studie af partnervold, at kvinder, som både oplever fysisk og seksuel vold oftere udsættes for fysisk vold end kvinder, som kun udsættes for fysisk vold men ikke seksuelle overgreb. Seksuelle overgreb kan derfor tænkes, at være en markør for mere alvorlig vold og måske endog en markør for eskalering af vold¹⁴¹. På den anden side er det velkendt, at voldsramte kvinder ofte har været udsat for flere former for overgreb^{51;241;242}, samt at overgreb af forskellig slags finder sted synkront^{51;229;230}. Det vil derfor være vanskeligt at tilvejebringe den specifikke effekt af hver enkelt voldstype²⁴³. Som følge deraf skønnes den manglende sondring mellem de tre nævnte voldsformer kun at være af mindre betydning for resultaterne i dette studie.

For at højne undersøgelsens interne validitet er voldsvariablene desuden genereret således, at de defineres ens for SUSY 2000 og SUSY 2005 og derved bliver direkte sammenlignelige. Derudover er kvinder med uoplyst voldsstatus ekskluderet fra den aktuelle studiepopulation. Denne fremgangsmåde adskiller sig fra tidligere voldsundersøgelser baseret på SUSY-data, hvor uoplyst voldsstatus er klassificeret som ikke voldsudsat^{5;6}. Når denne kategorisering imidlertid ikke anvendes i nærværende undersøgelser, beror det på antagelsen om, at uoplyst voldsstatus i lige så høj grad kan afspejle, at kvinden har været udsat for vold, men ikke ønsker at oplyse herom, som at manglende besvarelse af voldsspørgsmålene skyldes, at respondenterne finder spørgsmålene

irrelevante, idet vedkommende ikke har oplevet overgreb. Ved at ekskludere kvinder med uoplyst voldsstatus mindskes risikoen for eventuel misklassifikation.

5.3.6.2 Variabel for gerningsmand

For variablene omhandlende gerningsmænd gør det sig gældende, at ven og bekendt kategoriseres som ”Partner” i den nærværende undersøgelse. Dette er sket for at undgå differentiell misklassifikation, idet det formodes, at flere ældre foretrækker at omtale en evt. partner som ”ven” eller ”bekendt” snarere end at anvende den mere moderne og ungdommelige betegnelse ”kæreste”.

5.3.6.3 Variabel for SF-36 MH

Til måling af selvvurderet psykisk helbred er der bl.a. gjort brug af spørgsmål omhandlende energi og psykisk velbefindende fra SF-36-skemaet. Skemaet er blevet anvendt i en lang række kliniske studier og befolkningsundersøgelser samt valideret i en række danske og udenlandske undersøgelser^{24;25}. Selv om der er visse problemer forbundet med anvendelse af SF-36 på individniveau, vurderer flere kilder imidlertid, at det er et af de bedste redskaber på markedet til måling af selvvurderet helbred^{24;25}. Der synes således ikke at være nogen grund til at betvivle SF-36 scorens reliabilitet og validitet som mål for psykisk helbred.

I forbindelse med SF-36 findes der så vidt vides ingen standardafgrænsninger for opdeling af mental sundhed i to grupper. I nærværende undersøgelse er definitionen på dårlig psykisk trivsel derfor baseret på et kvantitativt cut-off-punkt. Det er tilstræbt, at de ca. 25% af respondenterne, som scorer højest ved besvarelsen af SF-36 spørgsmålene omhandlende energi og psykisk velbefindende, kategoriseres som havende godt psykisk helbred, mens den resterende gruppe af respondenter kategoriseres som havende dårlig psykisk helbred. I sidstnævnte gruppe befinder sig også kvinder med moderat psykisk trivsel. Eftersom hovedformålet med den aktuelle undersøgelse er at undersøge kausaliteten mellem psykiske problemer og voldsudsættelse, anses den anvendte variabelinddeling dog ikke som en væsentlig svaghed ved studiet.

5.3.6.4 Øvrige variable til brug ved måling af psykisk helbred

Som før beskrevet, er variable til brug ved måling af psykisk helbred baseret på erfaringer fra tidligere studier gennemgået i baggrundsafsnittet samt et skøn af, hvilke variable som kan gøres til genstand for statistiske analyser på baggrund af datamaterialets størrelse. Oplysningerne vedrørende psykisk velbefindende er baseret på respondentens egne subjektive vurderinger. Det er derfor vigtigt at have for øje, at der kan være forskelle i hvorledes spørgsmålene vedrørende psykisk helbred tolkes. Respondentens egne oplevelser og tolkninger af fornemmelser og symptomer samt socio-kulturelle påvirkninger må således formodes at påvirke besvarelsen af spørgsmålene vedrørende psykisk helbred. Trods disse indvendinger betragtes selvvurderet psykisk helbred dog i vid udstrækning som et validt mål for psykiske velbefindende²⁴⁴.

5.3.6.5 Variabel for alder

For at mindske risikoen for selektionsbias er der sat en aldersmæssig begrænsning for inklusion i studiepopulationen. En aldersmæssig begrænsning synes at være nødvendigt både af praktiske grunde, og dels fordi det vides, at underrapportering af voldsepisoder er større blandt de ældste i befolkningen²⁴⁵. Samtidig ses det af den indledende bortfaldsanalyse på den ikke aldersbegrænsede stikprøve, at signifikant færre ældre kvinder end yngre har besvaret voldsspørgsmålene i SUSY 2000 og SUSY 2005. Dersom der ikke i lighed med nærværende studie sættes en aldersgrænse opad i undersøgelsen, bidrager dette til at sløre snarere end at synliggøre problemet med vold mod ældre pga. differentiell misklassifikation samt selektionsbias. Der er imidlertid stor variation, når det gælder, hvor aldersgrænsen er sat i studier omhandlende vold²⁴⁵. I denne undersøgelse er aldersintervallet sat til 18-64 år. Den nedre aldersgrænse er sat ved 18 år grundet begrænsninger i det selvadministrerede spørgeskema til SUSY 2000. Det er således kun muligt at angive, om respondenterne har været udsat for et eventuelt seksuelt overgreb inden for det seneste år eller ej, efter at denne er fyldt 18 år. Aldersintervallet er derfor gjort ens for både fysiske og seksuelle overgreb samt trusler om vold. Til fastsættelse af den øvre aldersgrænse er der skævet til brug i andre undersøgelser, der har anvendt voldsdata fra SUSY-undersøgelserne^{5;6}. I disse er den øvre aldersgrænse bestemt til 64 år^{5;6}, som forekommer fornuftig ud fra den betragtning, at den almindelige pensionsalder i Danmark er fastsat til 65 år. Ældre kvinder uden for arbejdsmarkedet må formodes at have en anderledes risikoprofil end kvinder i den arbejdsdygtige alder.

5.3.6.6 Variabel for kombineret skole- og erhvervsuddannelse som mål for socioøkonomisk status

Som mål for socioøkonomisk status er der i nærværende studie anvendt en kombineret variabel for skole- og erhvervsuddannelse (ISCED). Herved opstår der risiko for kohorteeffekt, idet uddannelsesniveaut varierer for forskellige fødselsårgange²⁴⁶. Hvis datamaterialets størrelse derfor havde muliggjort det, burde analysen for uddannelses betydning for risikoen for voldsudsættelse have været aldersjusteret. På den anden side anses uddannelse normalt for at være en god indikator for socioøkonomisk position, eftersom den er relativt simpel at estimere, og fordi den forbliver stabil over et livsforløb. Parameteren er således upåvirket af, om et individ er tilknyttet arbejdsmarkedet, eller om denne i en periode har en lav eller ingen indkomst. Samtidig ændres uddannelsesniveau ikke ved sygdom eller store livsomvæltninger²⁴⁷. Uddannelse knyttes endvidere ofte til kognitive evner²⁴⁶, som formodes at have betydning for sundheds- og risikoadfærd.

5.3.6.7 Variabel for samlivsstatus

Der er til brug i nærværende undersøgelse konstrueret en variabel for samlivsstatus, som forsøger at tilgodese mere nutidige samlivsformer. Således kategoriseres gifte, kvinder i registrerede partnerskab og papirløst samlevende som ”*Samboende*”. Gifte kvinder, som lever i henhold til fænomenet ”living together apart” vil derfor også blive grupperet som ”*Samboende*”. Det har ikke været muligt at finde nogle tal på, hvor står en andel af danske kvinder, der har indrettet deres samliv med en partner på denne måde. Det anslås dog, at det drejer sig om relativt få, og at det som følge deraf ikke vil have nogen indflydelse på undersøgelsens resultater.

5.3.6.8 Variabel for hjemmeboende børn

Variablen vedrørende hjemmeboende børn er binært konstrueret og inddelt i ”*Ja til hjemmeboende børn på 15 år eller derunder*” samt ”*Nej til hjemmeboende børn på 15 år eller derunder*”. Selv om der i litteraturen hentydes til, at særligt mødre med små børn²⁴⁸ samt kvinder med mange børn¹⁷² udsættes for vold, differentieres variabelen ikke yderligere. Først og fremmest sker dette ikke, fordi der i spørgeskemaet til SUSY-undersøgelsernes udelukkende skelnes mellem hjemmeboende børn

over og under 16 år, og dernæst fordi datamaterialets størrelse ikke tillader at stratificere på antal hjemmeboende børn på 15 år eller derunder.

5.3.6.9 Variabel for rygevaner

Variablen er inddelt i *"Ryger"* og *"Ikke ryger"*. Til kategorien *"Ryger"* henregnes bl.a. respondenter, som har angivet rygestop inden for de sidste halve år. Ligger rygestoppet derimod længere tid tilbage end et halvt år, henregnes respondenterne som tilhørende kategorien af *"Ikke rygere"*. Årsagen til at tidligere rygere, hvis rygeophør er sket inden for det seneste halve år, henregnes til kategorien af *"Rygere"* skyldes, at det har vist sig, at en stor andel af de rygere, der har prøvet et tobaksophør får *"tilbagefald"*. Risikoen for tilbagefald er størst i begyndelse af ophørsperioden²⁴⁹. Denne skelnen er derfor sket for at højne undersøgelsens interne validitet. Grundet spørgeskemaets konstruktion har det imidlertid ikke været muligt at tage højde for differentiell misklassifikation af festrygere. Festrygere opfatter ofte sig selv som ikke rygere, og det er derfor ikke sandsynligt, at de besvarer spørgsmålet *"Ryger De?"* med *"Ja, men der er dage, hvor jeg ikke ryger"*. Tal fra SSTs årlige undersøgelse af danskernes rygevaner fra 2009 viser, at 5% af rygerne angiver at være lejlighedsrygere²⁵⁰. Andelen anses dog for at være højere. Hvor stor en effekt denne informationsbias har på associationen mellem rygevaner og risikoen for voldsudsættelse vides ikke.

5.3.6.10 Variabel for alkoholvaner

Ved konstruktion af alkoholvariabel *"DRUKSST"* i DANCOS 2000 er der gjort brug af SSTs genstandsgrænse for kvinder. Genstandsgrænsen er fastsat ud fra en afvejning af de positive og negative virkninger, som alkohol har på risikoen for død og udviklingen af alvorlig fysisk sygdom²⁵¹. Genstandsgrænsen kan imidlertid også ses som et samlet mål for andre både positive og negative virkninger af alkohol²⁵¹; herunder risikoadfærd. Idet SSTs genstandsgrænse er fastsat ud fra et veldokumenteret grundlag²⁵¹, forekommer der således ingen grund til at betvivle, at inddelingen ikke kan anvendes som en risikomarkør for voldsudsættelse blandt kvinder.

5.3.3.11 Variabel for brug af stoffer

Eftersom forekomsten af stofmisbrug i almindelige befolkningsundersøgelser er relativ lav¹²⁹, er de forskellige typer af narkotiske midler samlet til en enkelt binært konstrueret variabel omhandlende, hvorvidt respondenter har et stofmisbrug eller ej. I kategorien "*Ej stofmisbrug*" indgår bl.a. respondenter, som har besvaret spørgsmålet vedrørende brug af en række stoffer med "*Ja, tidligere (men ikke inden for det seneste år)*". Årsagen hertil er, at referenceperioden for voldsudsættelse er et år. Stofmisbrug der ligger uden for denne periode anses som følge deraf ikke for at være relateret til overgrebene, eftersom det ikke er muligt præcist at tidsfæste, hvor langt forud for voldshændelsen misbruget har fundet sted.

5.3.6.12 Variabel for etnicitet

En etnisk minoritet defineres oftest som en befolkningsgruppe, der oplever at have andre kulturelle og historiske fællestræk end majoritetsbefolkningen²⁵². I nærværende undersøgelse kategoriseres kvinden som "*Etnisk dansker*", hvis kvinden selv samt begge hendes forældre født i Danmark. Er kvinden født uden for Danmark, eller er den ene eller begge hendes forældre født uden for Danmark, kategoriseres kvindes etnicitet som "*Ej etnisk dansker*". Begrundelsen for at benytte denne definitioner er en antagelse om, at hvis en person har mindst én forælder af anden etnisk baggrund end dansk, kan der eksistere en kulturkonflikt i familien, og vedkommende person vil derfor adskille sig fra den danske majoritetsbefolkning. Ved at anvende den beskrevne inddeling, reduceres risikoen for at sløre en eventuel sammenhæng mellem etnicitet og voldsudsættelse.

5.3.7 Diskussion af confounding og interaktion

Som følge af voldens multifaktorielle ætiologi er det vigtigt at undersøge for, om andre mekanismer optræder som confoundere eller mediatorer i associationen mellem psykiske problemer og risikoen for overgreb; herunder partnervold. Ligeledes er det muligt, at sammenhængen mellem voldsudsættelse og risikoen for at udvikle psykiske problemer eller for at psykiske problemer forværres er influeret af confounding eller mediering. Ved confounding menes, at de i analyserne manglende signifikante associationer er forklaret af andre risikofaktorer for henholdsvis

voldsudsættelse og psykiske problemer, der er skævt fordelt mellem eksponerede og ikke eksponerede²⁵³. Hvis en risikofaktor derimod er et led i årsagskæden mellem eksponering og udfald, så betragtes denne som en mediator²⁵³. I den indledende litteraturgennemgang i afsnittene 2.1.4 og 2.2 er der gennemgået en række faktorer, som menes at påvirke sammenhængen mellem voldsudsættelse og risikoen for psykiske problemer. Desværre har det på grund af datamaterialets størrelse ikke været muligt at inddrage alle de beskrevne risikofaktorer samt foretage større multiple logistiske regressionsanalyser, hvilket må betragtes som en svaghed ved studiet. I stedet er der i begrænset omfang foretaget justerede analyser, hvor der er korrigeret for en række sociodemografiske og livsstilmæssige faktorer enkeltvist. Der er identificeret otte baggrundsfaktorer, som menes at være de stærkeste potentielle confoundere. Disse indgår i en række univariate analyser af sammenhængen mellem de potentielle confoundere og risikoen for voldsudsættelse (tabel 5 side 63) samt af associationen mellem disse baggrundsfaktorer og de i dette speciale udvalgte parametrene for psykisk helbred (resultaterne af sidstnævnte analyser er ikke vist). Af disse faktorer er alder, samlivsstatus og rygning de eneste forklarende variable, som er fundet associeret med både risikoen for voldsudsættelse og dårlig psykisk trivsel. Disse baggrundsfaktorer er derfor at betragte som confoundere; om end svage af slagsen. Confounderrollen taget i betragtning, er det således af betydning at variablene bliver modelleret korrekt, for at der i den statistiske model bliver kontrolleret tilstrækkeligt for disse. I analyserne blev alder inddraget som en kategorisk variabel, hvor der ved inddeling af variabelen i grupper er tilstræbt homogenitet i livsomstændigheder inden for de forskellige alderskategorier. Variablen for samlivsstatus blev genereret således, at der i videst udstrækning blev taget hensyn til samlivsformer, der både dækker unges og ældres forskellige måder at leve sammen på. Endelig blev der for variabelen omhandlende rygevaner i særlig grad gjort overvejelser omkring misklassifikation. Respondenter med et rygestop inden for de seneste halve år blev således henregnet til gruppen af rygere. Desværre var det ikke muligt at dæmme op for problematikken vedrørende fetrygere og deres eventuelle egen opfattelse som ikke rygere. Konsekvensen heraf kan derfor være en underestimering af effekten af rygevaners betydning for voldsudsættelse. De øvrige forklarende variable, som blev fundet til enten at være signifikante, grænsesignifikante eller tilbøjeligvist associeret med risikoen for vold, fandtes derimod ikke at være relateret til dårligt psykisk helbred. Endelig ses det af de justerede analyser, at stofmisbrug medierer effekten af dårlig psykisk trivsel på risikoen for voldsudsættelse, således at associationer og tendenser generelt går i en mere signifikant

retning. Som tidligere nævnt i afsnittet 2.2.3 betragtes stofmisbrug som en prædikator for en anderledes risikoprofil, som mistænkes at øge eksponeringen for overgreb. De øvrige forklarende variable synes derimod ikke at influere nævneværdigt på sammenhængene mellem psykisk trivsel og risikoen for voldsudsættelse. Hvad angår de univariate analyser for associationen mellem psykisk helbred og voldsudsættelse, er der ikke foretaget justeringer for de øvrige parametre for psykisk helbred. Årsagen hertil er atter studiepopulationens størrelse og de deraf følgende begrænsninger. Omvendt kan det være et problem at foretage disse justeringer, hvis der er tale om kolinearitets, hvor eksempelvis de valgte eksponeringsmål er et udtryk for samme form for psykisk helbred²⁵⁴.

Sluttelig bør der gøres opmærksom på, at det er muligt, at de ofte manglende signifikante associationer i specialet kan være et resultat af ukendte eller umålte confoundere eller skyldes residual confounding²⁵³. Således er det ikke utænkeligt, at den udbredte anvendelse af dikotomisering af de benyttede variable kan have haft betydning for undersøgelsens realibilitet samt styrken til at finde signifikante sammenhænge¹⁰.

5.4 Perspektivering

Ud fra et folkesundhedsmæssigt perspektiv vil forbedrede muligheder for at forebygge vold mod kvinder ved at fokusere på betydningen af psykisk mistrivsel være overordentligt interessant. Fundene fra nærværende undersøgelse af at en række psykiske helbredsparametre er signifikant associeret med en øget risiko for voldsudsættelse blandt kvinder, samt at andre psykiske helbredsparametre tenderer hertil, indikerer, at der ved de rette præventive indsatser er muligt at ændre på voldsforekomsten. På den baggrund må det være muligt at nedbringe antallet af voldshændelser begået mod kvinder ved at yde en særlig indsats overfor kvinder med dårligt psykisk helbred. Resultater fra det aktuelle studie viser imidlertid også, at forebyggelse i forbindelse med vold er en yderst kompleks sag. Således findes det, at overgreb og dårlig psykisk trivsel er reciprok relateret, hvorved den ene faktor ses at øge risikoen for den anden og omvendt.

Mange af de hidtidige forebyggelsesprogrammer har ofte været rettet mod særlige risikofaktorer hos mænd, og derfor typisk målrettet kun mod mænds adfærd⁸. Samtidig har forebyggelsesprogrammer

vedrørende partnervold i stort omfang ignoreret den kendsgerning, at partnervold i lighed med andre parforholdsproblemer optræder i et samspil mellem de involverede parter. Et stigende antal undersøgelser af partnervold viser således en reciprok effekt af fjendtlighed, hvor en partners vrede og ringeagt fremprovokerer lignende adfærd hos den anden part^{11;255}. Nogle af ofrene kan således også være gerningsmænd til vold²⁵⁶. Coker et al. finder bl.a. i et amerikansk studie omhandlende partnervold, at 7,1% af de kvindelige ofre angav at være den første, som havde anvendt fysisk vold eller troet hermed⁶⁴. Det er derfor vigtigt i forebyggelsesøjemed at anerkende, at hver part i et forhold kan karakteriseres som en influerende faktor for den anden parts adfærd. Forståelse heraf kan tilvejebringe vigtig viden om, hvordan vold opstår og ændrer sig i et forhold.

Interventionsprogrammer i forbindelse med partnervold bør sålunde tage hensyn til kognitive og adfærdsmæssige interaktionsmønstre hos den enkelte, som kan lede til aggressiv opførelse overfor en partner. Det er derfor ønskværdigt, at fremtidige studier omhandlende partnervold inkluderer faktorer som fx stressfyldte livsbegivenheder, dårlige problemløsningsevner og negative kommunikationstilbøjeligheder, som må formodes at interagere med individuelle risikofaktorer og adfærd. Sådanne undersøgelser kan tænkes at være i stand til at forklare, hvorfor nogle mænds aggression påvirkes mere af deres partners karakteristika end andres. Samtidig er det vigtigt at erkende, at forebyggelse på voldsområdet skal involvere begge parter hvis muligt.

Tillært tilbøjelighed til at føle sig skyldig og skamfuld i barndommen kan øge risikoen for senere ægteskabelige konflikter²⁵⁷. Således mistænkes frygt for at blive forladt og emotionel afhængighed som udspringer af barndomsoplevelser at mediere faktor i forbindelse med risikoen for partnervold²⁵⁸. Initiativer som forebygger antisocial adfærd og depressive symptomer for både drenge og piger i barndommen og de tidlige ungdomsår, før det første romantiske forhold indledes, bør derfor iværksættes. Der er desuden behov for tiltag, som er målrettet mod afhjælpning af psykiske følgevirkninger blandt børn, der enten har overværet vold i hjemmet, eller som selv er blevet udsat for overgreb. Herved nedsættes risikoen for at de psykiske skadevirkninger fra barndommen overføres til voksenalderen. Derudover er der mulighed for en indsats i det primære sundhedsvæsen, når en kvinde henvender sig med symptomer på psykiske problemer og mulige samlivsproblemer. Det er først og fremmest vigtigt, at kvinden og en evt. partner får rådgivning til at afhjælpe stressbetonede situationer, således at årsager til afmagt forhindres. En sådan screening har hidtil ikke været en del af det almindelige lægearbejde, medmindre kvinden kommer med oplagte skader.

Der er behov for studier, som yderligere kan belyse den kausale sammenhæng mellem psykiske helbred og risikoen for voldsudsættelse. Undersøgelser af denne type, vil bidrage til at udbygge forklaringsmodellen vedrørende overgreb og dermed give en bedre forståelse af, hvilke faktorer, der påvirker risikoen for vold blandt kvinder med især psykiske problemer. Der er i Danmark unikke muligheder for at vurdere forekomsten af psykisk sygdom ved en kombination af både survey-data og registerdata om sygehuskontakt en voldsskade før og efter selvrapporteret voldsudsættelse. Det drejer sig bl.a. om data i Landspatientregistret, Lægemiddelstatistikregistret, Det Central Psykiatriregister og den Integrerede Database for Arbejdsmarkedsforskning i Danmarks Statistik. Samlet kan de danske registerdata og befolkningsundersøgelser tegne en forholdsvis præcis profil af voldsofrene. Resultater fra disse undersøgelser vil kunne finde anvendelse inden for statslig, regional og kommunal planlægning og sundhedsovervågning. Endvidere kan resultaterne anvendes til at monitorere betydningen af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser på voldsområdet.

6.0 Konklusion

Formålet med denne undersøgelse var at belyse, hvorvidt den øgede forekomst af psykiske problemer hos viktimerede kvinder er en følge af eller en medvirkende årsag til risikoen for voldsudsættelse.

Resultaterne fra de aldersjusterede logistiske regressionsanalyser viste, at der var en statistisk signifikant sammenhæng mellem henholdsvis det at have dårlig SF-36 MH score, at være kronisk ængstelig eller deprimeret, ikke at have en hverdag præget af interessebetonende gøremål de seneste 14 dage samt ikke at være generelt frisk og voldsudsættelse. Desuden var en lang række af de øvrige parametre for dårlig psykisk trivsel, bortset fra stress, forbundet med en øget risiko for overgreb. Ingen af de sidstnævnte associationer blev imidlertid fundet signifikante. Ved justering for henholdsvis alder og brug af euforiserende stoffer sås sammenhænge og tendenser hovedsageligt at gå i en mere signifikant retning, mens justeringer for øvrige socio-demografiske og livsstilmæssige baggrundsvARIABLE ikke medførte nogen nævneværdige ændringer i OR- samt p-værdierne sammenlignet med de tilsvarende ujusterede analyser.

Det blev videre fundet, at dårlig psykisk trivsel inkl. stress især syntes at udgøre en risikofaktor for udsættelse for partnervold. Ingen af de beskrevne tendenser blev dog fundet signifikante.

Derudover konstateredes det, at alder og samlivsstatus havde signifikant betydning for risikoen for voldsudsættelse, mens rygevaner, stofmisbrug og anden etnicitet end dansk sås at være grænsesignifikant associeret med risiko for overgreb. Alkoholvaner, kombineret skole- og erhvervsuddannelse eller hjemmeboende børn på 15 år eller derunder fandtes ikke at have nogen signifikant betydning for voldsrisici.

Voldsudsættelse tenderede til at øge risikoen for senere psykiske problemer. Associationen blev dog kun fundet signifikant for psykisk trivsel målt ved SF-36 MH score. Samtidig tydede fundene på, at bestående psykiske problemer forværredes ved voldsudsættelse, på trods af at sammenhængen kun blev fundet signifikant for parameteren stress.

Der skal gøres opmærksom på, at nærværende studie er baseret på en relativ lille kohorte, hvilket givetvis har medført begrænset statistisk styrke. Således er det yderst plausibelt, at årsagen til de manglende signifikante associationer i en række af analyserne skyldes få data. Til trods for dette

samt de forbehold, der tidligere er blevet diskuteret, vurderes undersøgelsens interne validitet at være tilfredsstillende.

Nærværende undersøgelse peger således på, at psykiske problemer er en selvstændig risikofaktor for voldsudsættelse blandt kvinder; herunder partnervold. Desuden ses en række socio-demografiske og livsstilmæssige faktorer at influere på denne sammenhæng. Endelig indikerer fundene, at overgreb øger risikoen for at udvikle psykiske problemer, samt at bestående dårligt psykisk helbred forværres ved voldsudsættelse hos kvindelige ofre.

7.0 Litteraturliste

1. WHO. World report on violence and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.
2. UN. The Fourth World Conference on Women 1995, Beijing. Platform for Action and Declaration. 1996. United Nations.
3. Projekt Vold i Familien - Et metodeudviklingsprojekt på tværs af organisationer, sektorer og professioner. Jensen, M. H. and Behrens, H. 2005. Socialministeriet.
4. Heise LL, Pitanguy J, Germain A. Violence Against Women: The Hidden Health Burden. World Bank Discussion Papers #255, Washington DC, 1994.
5. Helweg-Larsen, K. and Kruse, K. Mænds vold mod kvinder. Omfang, karakter og indsats mod vold. 2004. Minister for Ligestilling, Det Nationale Voldsobservatorium i Kvinderådet og Statens Institut for Folkesundhed.
6. Helweg-Larsen, K. and Frederiksen, M. L. Mænds Vold mod Kvinder. Omfang, karakter og indsats mod vold - 2007. 2007. Reproafdelingen, Københavns Universitet, Minister for ligestilling og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Institut.
7. Behrens, H. and Tilia, G. Indsatsen mod vold i EU og Norge – En sammenlignende undersøgelse. 2001. Esbjerg, Formidlingscenter for Socialt Arbejde.
8. Handlingsplan til bekæmpelse af mænds vold mod kvinder og børn i familien 2005–2008. 2005. Ligestillingsafdelingen.
9. Cogle JR, Resnick H, Kilpatrick DG. A prospective examination of PTSD symptoms as risk factors for subsequent exposure to potentially traumatic events among women. *J.Abnorm.Psychol.* 2009;**118**:405-11.
10. Hedtke KA, Ruggiero KJ, Fitzgerald MM, Zinzow HM, Saunders BE, Resnick HS *et al.* A longitudinal investigation of interpersonal violence in relation to mental health and substance use. *J Consult.Clin Psychol.* 2008;**76**:633-47.
11. Kim HK, Capaldi DM. The association of antisocial behavior and depressive symptoms between partners and risk for aggression in romantic relationships. *J.Fam.Psychol.* 2004;**18**:82-96.
12. Isdal P. Meningen med volden. Oslo: Kommuneforlaget AS, 2000.
13. <http://www.unece.org/stats/gender/vaw/about.html>. 6-4-2009.

14. Sørensen, A. R. *Køn & Vold - viden og visioner i Køn & vold - om voldsforskning i Danmark*. Sørensen, A. R. 2001. København, Videnscenter for Ligestilling.
15. Menard S., Huizinga D. Repeat Victimization in a High-Risk Neighborhood Sample of Adolescents. *Youth & Society* 2001;**32**:447-72.
16. Nielsen BG, Snare A. *Viktimologi - Om forbrydelsens ofre: teori og praksis*. Århus: Århus Universitetsforlag, 1998.
17. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse Negl.* 2007;**31**:479-502.
18. WHO. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems. Geneva: World Health Organization, 2004.
19. Ardbo, C. *Folkhälserapport 2005*. Ardbo, C. 2005. Edita Norstedts Tryckeri, Socialstyrelsen.
20. Murthy, R. S., Bertolote, J. M., Epping-Jordan, J., Funk, M., and Saxena, S. *Mental Health: New Understanding, New Hope*. 2001. 11211 Geneva 27, Switzerland, WHO.
21. WHO. *Social dimensions of mental health*. 1981. Geneva, WHO.
22. WHO. *Women's Mental Health - An Evidence Based Review*. 2000. World Health Organisation, Geneva., *Mental Health Determinants and Populations*. Department of Mental Health and Substance Dependence.
23. http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_31561/ImageVaultHandler.aspx. 9-10-2009.
24. Gatchel RJ, Mayer T, Dersh J, Robinson R, Polatin P. The association of the SF-36 health status survey with 1-year socioeconomic outcomes in a chronically disabled spinal disorder population. *Spine (Phila Pa 1976.)* 1999;**24**:2162-70.
25. Pedersen AF, Zachariae R, Mainz J. [Health-related quality of life as an outcome measure]. *Ugeskr.Laeger* 2005;**167**:4545-9.
26. <http://www.ptsdforeningen.dk/Definition.html>. 23-7-2010.
27. McPhail BA, Busch NB, Kulkarni S, Rice G. An integrative feminist model: the evolving feminist perspective on intimate partner violence. *Violence Against Women* 2007;**13**:817-41.
28. Heise LL. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women* 1998;**4**:262-90.

29. Kyvsgaard B, Snare A. Vold mod kvinder. En- eller flerdimensionel? In von Hofer H, Nilsson A, eds. *Brott i välfärden. Om brottslighet utsatthet och kriminalpolitik. Festskrift till Henrik Tham*, pp 181-202. Kriminologiska institutionen Stockholms universitet, 2007.
30. Cunningham A, Jaffe PG, Baker L, Dick T, Malla S, Mazaheri N *et al.* Theory-derived explanations of male violence against female partners: Literature up date and related implications for treatment and evaluation. London Family Court Clinic, 1998.
31. Kilpatrick DG, Acierno R, Resnick HS, Saunders BE, Best CL. A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *J.Consult Clin.Psychol.* 1997;**65**:834-47.
32. Schaffer KB, Casteel C, Kraus JF. A case-site/control-site study of workplace violent injury. *J.Occup.Environ.Med.* 2002;**44**:1018-26.
33. Testa M, Livingston JA, Leonard KE. Women's substance use and experiences of intimate partner violence: a longitudinal investigation among a community sample. *Addict.Behav* 2003;**28**:1649-64.
34. Det Nationale Voldsobservatorium - et samarbejde om bekæmpelse af mænds vold mod kvinder. Clemensen, M. and Nielsen, R. T. 2005. Kvinderådet.
35. Helweg-Larsen, K. and Kruse, M. Voldens omfang og karakter belyses bedst ved at inddrage både registerdata og oplysninger fra befolkningsundersøgelser. Ugens tal for folkesundhed 46. 2004. Statens Institut for Folkesundhed.
36. Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI *et al.* Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
37. Kjølner M, Rasmussen NK. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
38. Balvig F, Kyvsgaard B. Vold og overgreb mod kvinder. Dansk rapport vedrørende deltagelse i International Violence Against Women Survey (IVAWS). Københavns Universitet/Justitsministeriets Forskningsenhed, 2006.
39. Barlach, L. LOKK voksenstatistik 2008. Kvinder på krisecenter. 2009. Servicestyrelsen.
40. Brink O, Bitch O, Petersen KK, Charles AV. [Violence in Aarhus over two decades]. *Ugeskr.Laeger* 2002;**164**:1044-8.
41. <http://www.kvinderaadet.dk/database-dansk-udgave>. 6-10-2009.
42. Den Nationale Arbejdsmiljøkohorte. 2000. Det nationale forskningsråd for Arbejdsmiljø.
43. Mortensen P, Bengtsson S, Gerdes S, Haugaard H, Kristoffersen K, Nielsen KA *et al.* Vold og trusler om vold mod læger. *Ugeskrift forLæger* 1996;**158**:3206-8.

44. Balvig, F. and Kyvsgaard, B. Volden i Danmark 1995 og 2005. 2006. Københavns Universitet * Justitsministeriet * Det Kriminalpræventive Råd * Rigspolitechefen.
45. Helweg-Larsen K, Kruse M. Violence against women and consequent health problems: a register-based study. *Scand J Public Health*. 2003;**31**:51-7.
46. Neroien AI, Schei B. Partner violence and health: results from the first national study on violence against women in Norway. *Scand J Public Health* 2008;**36**:161-8.
47. Ruiz-Perez I, Plazaola-Castano J, Rio-Lozano M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *Eur.J Public Health* 2007;**17**:437-43.
48. Sundaram V, Helweg-Larsen K, Laursen B, Bjerregaard P. Physical violence, self rated health, and morbidity: is gender significant for victimisation? *J Epidemiol Community Health*. 2004;**58**:65-70.
49. Walker R, Logan TK, Jordan CE, Campbell JC. An integrative review of separation in the context of victimization: consequences and implications for women. *Trauma Violence Abuse* 2004;**5**:143-93.
50. Faergemann C, Lauritsen JM, Brink O, Stovring H. What is the lifetime risk of contact with an A&E Department or an Institute of Forensic Medicine following violent victimisation? *Injury* 2006.
51. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;**359**:1331-6.
52. Geeraerts B, Van Oudenhove L, Fischler B, Vandenberghe J, Caenepeel P, Janssens J *et al*. Influence of abuse history on gastric sensorimotor function in functional dyspepsia. *Neurogastroenterol.Motil*. 2009;**21**:33-41.
53. Walker EA, Katon WJ, Roy-Byrne PP, Jemelka RP, Russo J. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Am.J.Psychiatry* 1993;**150**:1502-6.
54. Hamberg K, Johansson EE, Lindgren G. "I was always on guard" - an exploration of woman abuse in a group of women with musculoskeletal pain. *Fam.Pract*. 1999;**16**:238-44.
55. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch.Fam.Med*. 2000;**9**:451-7.
56. Loxton D, Schofield M, Hussain R, Mishra G. History of domestic violence and physical health in midlife. *Violence Against.Women*. 2006;**12**:715-31.
57. Brokaw J, Fullerton-Gleason L, Olson L, Crandall C, McLaughlin S, Sklar D. Health status and intimate partner violence: a cross-sectional study. *Ann.Emerg.Med*. 2002;**39**:31-8.
58. Augenbraun M, Wilson TE, Allister L. Domestic violence reported by women attending a sexually transmitted disease clinic. *Sex Transm.Dis*. 2001;**28**:143-7.
59. Coker AL, Sanderson M, Fadden MK, Pirisi L. Intimate partner violence and cervical neoplasia. *J.Womens Health Gend.Based.Med*. 2000;**9**:1015-23.
60. Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatr.Perinat.Epidemiol* 2004;**18**:260-9.

61. Kearney MH, Munro BH, Kelly U, Hawkins JW. Health behaviors as mediators for the effect of partner abuse on infant birth weight. *Nurs.Res.* 2004;**53**:36-45.
62. Grimstad H, Schei B, Backe B, Jacobsen G. Physical abuse and low birthweight: a case-control study. *Br.J.Obstet.Gynaecol.* 1997;**104**:1281-7.
63. Grimstad H, Schei B, Backe B, Jacobsen G. Interpersonal conflict and physical abuse in relation to pregnancy and infant birth weight. *J.Womens Health Gend.Based.Med.* 1999;**8**:847-53.
64. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM *et al.* Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am.J Prev.Med* 2002;**23**:260-8.
65. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult. Clin Psychol.* 2003;**71**:692-700.
66. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet* 2008;**371**:1165-72.
67. Koss MP, Heslet L. Somatic consequences of violence against women. *Arch.Fam.Med.* 1992;**1**:53-9.
68. Brzank P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U, Kallischnigg G. [Domestic violence against women and health care demands. Results of a female emergency department patient survey]. *Bundesgesundheitsblatt.Gesundheitsforschung.Gesundheitsschutz.* 2005;**48**:337-45.
69. Plichta SB, Falik M. Prevalence of violence and its implications for women's health. *Womens Health Issues* 2001;**11**:244-58.
70. Coker AL, McKeown RE, Sanderson M, Davis KE, Valois RF, Huebner ES. Severe dating violence and quality of life among south carolina high school students. *Am.J.Prev.Med.* 2000;**19**:220-7.
71. Ruiz-Perez I, Plazaola-Castano J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosom.Med* 2005;**67**:791-7.
72. Romans SE, Cohen MM, Forte T, Du MJ, Hyman I. Gender and psychotropic medication use: The role of intimate partner violence. *Prev.Med* 2007.
73. Porcerelli JH, West PA, Binienda J, Cogan R. Physical and psychological symptoms in emotionally abused and non-abused women. *J.Am.Board Fam.Med.* 2006;**19**:201-4.
74. Harned MS. Abused women or abused men? An examination of the context and outcomes of dating violence. *Violence Vict.* 2001;**16**:269-85.
75. McCaw B, Golding JM, Farley M, Minkoff JR. Domestic violence and abuse, health status, and social functioning. *Women Health* 2007;**45**:1-23.
76. Pitzner JK, Drummond PD. The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/verbal control and physical/sexual abuse: relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *J.Psychosom.Res.* 1997;**43**:125-42.

77. Arias I, Pape KT. Psychological abuse: implications for adjustment and commitment to leave violent partners. *Violence Vict.* 1999;**14**:55-67.
78. Bensley L, Van Eenwyk J, Wynkoop SK. Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *Am.J Prev.Med* 2003;**25**:38-44.
79. Tollestrup K, Sklar D, Frost FJ, Olson L, Weybright J, Sandvig J *et al.* Health indicators and intimate partner violence among women who are members of a managed care organization. *Prev.Med.* 1999;**29**:431-40.
80. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. *J Womens.Health (Larchmt.)* 2007;**16**:987-97.
81. Jordan CE, Campbell R, Follingstad D. Violence and Women's Mental Health: The Impact of Physical, Sexual, and Psychological Aggression. *Annu.Rev.Clin.Psychol.* 2010.
82. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P *et al.* Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch.Intern.Med.* 2002;**162**:1157-63.
83. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch.Gen.Psychiatry* 1995;**52**:1048-60.
84. Acierno R, Kilpatrick DG, Resnick H, Saunders B, De Arellano M, Best C. Assault, PTSD, family substance use, and depression as risk factors for cigarette use in youth: findings from the National Survey of Adolescents. *J Trauma Stress* 2000;**13**:381-96.
85. Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, Nordenberg D, Giles WH, Williamson DF *et al.* Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA* 1999;**282**:1652-8.
86. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, daCosta GA, Akman D, Cassavia E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1992;**16**:101-18.
87. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V *et al.* Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am.J Prev.Med* 1998;**14**:245-58.
88. Fergusson DM, Lynskey MT. Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse Negl.* 1997;**21**:617-30.
89. Horwitz AV, Widom CS, McLaughlin J, White HR. The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. *J.Health Soc Behav.* 2001;**42**:184-201.
90. Sachs-Ericsson N, Cromer K, Hernandez A, Kendall-Tackett K. A review of childhood abuse, health, and pain-related problems: the role of psychiatric disorders and current life stress. *J.Trauma Dissociation.* 2009;**10**:170-88.
91. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch.Gen.Psychiatry* 2007;**64**:49-56.
92. Larkin W, Read J. Childhood trauma and psychosis: evidence, pathways, and implications. *J.Postgrad.Med.* 2008;**54**:287-93.

93. Breslau N. Psychiatric morbidity in adult survivors of childhood trauma. *Semin.Clin.Neuropsychiatry* 2002;**7**:80-8.
94. Schurhoff F, Laguerre A, Fisher H, Etain B, Meary A, Soussy C *et al.* Self-reported childhood trauma correlates with schizotypal measures in schizophrenia but not bipolar pedigrees. *Psychol.Med.* 2009;**39**:365-70.
95. Briere JRM. Childhood sexual abuse: Long-term sequelae and implications for psychological assessment. *Journal of Interpersonal Violence* 1993;**8**:312-30.
96. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M *et al.* Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am.J.Prev.Med.* 2005;**28**:430-8.
97. Romans SE, Martin JL, Anderson JC, Herbison GP, Mullen PE. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *Am.J.Psychiatry* 1995;**152**:1336-42.
98. Zlotnick C, Ryan CE, Miller IW, Keitner GI. Childhood abuse and recovery from major depression. *Child Abuse Negl.* 1995;**19**:1513-6.
99. Gladstone G, Parker G, Wilhelm K, Mitchell P, Austin MP. Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse. *Am.J.Psychiatry* 1999;**156**:431-7.
100. Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Malhi GS, Wilhelm K, Austin MP. Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *Am.J.Psychiatry* 2004;**161**:1417-25.
101. Helweg-Larsen, K. Seksuelle overgreb mod børn i Danmark. Problemets omfang og karakter vurderet ud fra litteraturstudier og en række danske datakilder. 2000. Statens Institut for Folkesundhed.
102. Bowen K. Child abuse and domestic violence in families of children seen for suspected sexual abuse. *Clin.Pediatr.(Phila)* 2000;**39**:33-40.
103. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am.J Orthopsychiatry* 1987;**57**:316-31.
104. Higgins DJ, McCabe MP. Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Child Abuse Review* 2000;**9**:6-18.
105. Romito P, Molzan TJ, De Marchi M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Soc.Sci.Med* 2005;**60**:1717-27.
106. Kimerling R, Alvarez J, Pavao J, Kaminski A, Baumrind N. Epidemiology and consequences of women's revictimization. *Womens.Health Issues* 2007;**17**:101-6.
107. Messman-Moore TL, Long PJ, Siegfried NJ. The revictimization of child sexual abuse survivors: an examination of the adjustment of college women with child sexual abuse, adult sexual assault, and adult physical abuse. *Child Maltreat.* 2000;**5**:18-27.

108. Echstrøm, D., Welner, N., and Helweg-Larsen, K. Effekten af psykologbehandling på senfølger til voldtægt. Rapport til Sundhedsstyrelsens Sundhedspulje. 1993. København, Sundhedsstyrelsen.
109. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA *et al.* Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *Am.J Prev.Med* 2006;**30**:458-66.
110. McPherson MD, Delva J, Cranford JA. A longitudinal investigation of intimate partner violence among mothers with mental illness. *Psychiatr.Serv.* 2007;**58**:675-80.
111. Lehrer JA, Buka S, Gortmaker S, Shrier LA. Depressive symptomatology as a predictor of exposure to intimate partner violence among US female adolescents and young adults. *Arch.Pediatr.Adolesc.Med* 2006;**160**:270-6.
112. Walton MA, Cunningham RM, Chermack ST, Maio R, Blow FC, Weber J. Correlates of violence history among injured patients in an urban emergency department: gender, substance use, and depression. *J Addict.Dis.* 2007;**26**:61-75.
113. Weinsheimer RL, Schermer CR, Malcoe LH, Balduf LM, Bloomfield LA. Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. *J Trauma* 2005;**58**:22-9.
114. Schumacher JA, Feldbau-Kohn S, Smith Slep A.M., Heyman R.E. Risk factors for male-to-female physical abuse. *Aggress Violent Behav* 2001;**6**.
115. Miller BA, Downs WR, Testa M. Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use. *J.Stud.Alcohol Suppl* 1993;**11**:109-17.
116. White HR, Chen PH. Problem drinking and intimate partner violence. *J Stud Alcohol* 2002;**63**:205-14.
117. Pape H. [Violence and verbal aggression in young people's intimate relationships]. *Tidsskr.Nor.Laegeforen.* 2003;**123**:2016-20.
118. 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**:447-57.
119. Timko C, Sutkowi A, Pavao J, Kimerling R. Women's childhood and adult adverse experiences, mental health, and binge drinking: the California Women's Health Survey. *Subst.Abuse Treat.Prev.Policy* 2008;**3**:15.
120. Wilsnack SC, Vogeltanz ND, Klassen AD, Harris TR. Childhood sexual abuse and women's substance abuse: national survey findings. *J.Stud.Alcohol* 1997;**58**:264-71.
121. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Negl.* 1996;**20**:709-23.
122. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Negl.* 1996;**20**:7-21.
123. Kaukinen C. Adolescent victimization and problem drinking. *Violence Vict.* 2002;**17**:669-89.

124. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB. Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addict.Behav.* 2002;**27**:713-25.
125. Miller BA, Downs WR. Violent victimization among women with alcohol problems. *Recent Dev.Alcohol* 1995;**12**:81-101.
126. Hotaling GT, Sugarman DB. An analysis of risk markers in husband to wife violence: the current state of knowledge. *Violence Vict.* 1986;**1**:101-24.
127. Silver E, Arseneault L, Langley J, Caspi A, Moffitt TE. Mental disorder and violent victimization in a total birth cohort. *Am.J Public Health* 2005;**95**:2015-21.
128. Gilbert L, El Bassel N, Rajah V, Foleno A, Frye V. Linking drug-related activities with experiences of partner violence: a focus group study of women in methadone treatment. *Violence Vict.* 2001;**16**:517-36.
129. Testa M. The role of substance use in male-to-female physical and sexual violence: a brief review and recommendations for future research. *J Interpers.Violence* 2004;**19**:1494-505.
130. Quigley BM, Leonard KE. Alcohol and the continuation of early marital aggression. *Alcohol Clin.Exp.Res.* 2000;**24**:1003-10.
131. Mudar P, Leonard KE, Soltysinski K. Discrepant substance use and marital functioning in newlywed couples. *J.Consult Clin.Psychol.* 2001;**69**:130-4.
132. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 2003;**111**:564-72.
133. Kanton GK, Jasinski J. When women are under the influence. Does drinking or drug use by women provoke beating by men. *Recent Development in Alcoholism* 1997;**13**:315-36.
134. McNutt LA, Carlson BE, Persaud M, Postmus J. Cumulative abuse experiences, physical health and health behaviors. *Ann Epidemiol* 2002;**12**:123-30.
135. Shannon L, Logan T, Cole J, Walker R. An examination of women's alcohol use and partner victimization experiences among women with protective orders. *Subst.Use.Misuse.* 2008;**43**:1110-28.
136. Figueroa-Moseley C, Landrine H, Klonoff EA. Sexual abuse and smoking among college student women. *Addict.Behav.* 2004;**29**:245-51.
137. Cloitre M, Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC, Portera L. Childhood abuse and subsequent sexual assault among female inpatients. *J.Trauma Stress.* 1996;**9**:473-82.
138. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse Negl.* 1997;**21**:789-803.
139. Fleming J, Mullen PE, Sibthorpe B, Bammer G. The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse Negl.* 1999;**23**:145-59.

140. Wyatt GE, Guthrie D, Notgrass CM. Differential effects of women's child sexual abuse and subsequent sexual revictimization. *J.Consult Clin.Psychol.* 1992;**60**:167-73.
141. Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am.J.Public Health* 2000;**90**:553-9.
142. Downs WR, Harrison L. Childhood maltreatment and the risk of substance problems in later life. *Health Soc Care Community* 1998;**6**:35-46.
143. Bradley KA, Bush KR, Davis TM, Dobie DJ, Burman ML, Rutter CM *et al.* Binge drinking among female Veterans Affairs patients: prevalence and associated risks. *Psychol.Addict.Behav.* 2001;**15**:297-305.
144. Messman-Moore TL, Long PJ. The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual revictimization of women: an empirical review and theoretical reformulation. *Clin.Psychol.Rev.* 2003;**23**:537-71.
145. Grauerholz L. An ecological approach to understanding sexual revictimization: linking personal, interpersonal, and sociocultural factors and processes. *Child Maltreat.* 2000;**5**:5-17.
146. Arata CM. From child victim to adult victim: a model for predicting sexual revictimization. *Child Maltreat.* 2000;**5**:28-38.
147. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA* 1996;**275**:1915-20.
148. Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2004;**5**:47-64.
149. Saltzman LE, Johnson CH, Gilbert BC, Goodwin MM. Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 states. *Matern.Child Health J.* 2003;**7**:31-43.
150. Malcoe LH, Duran BM, Montgomery JM. Socioeconomic disparities in intimate partner violence against Native American women: a cross-sectional study. *BMC Med* 2004;**2**:20.
151. Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women* 2004;**7**:70-89.
152. Moracco KE, Runyan CW, Bowling JM, Earp JA. Women's experiences with violence: a national study. *Womens.Health Issues* 2007;**17**:3-12.
153. Nordin, H. Förekomst i olika arbetsmiljöer. Menckel, E. 11-17. 2000. Stockholm, National Institute for Working Life.
154. Lambert LC, Firestone JM. Economic Context and Multiple Abuse Techniques. *Violence Against Women* 2000;**6**:49-67.
155. Porcerelli JH, Cogan R, West PP, Rose EA, Lambrecht D, Wilson KE *et al.* Violent victimization of women and men: physical and psychiatric symptoms. *J Am.Board.Fam.Pract.* 2003;**16**:32-9.

156. Staggs S., Riger S. Effects of Intimate Partner Violence on Low-Income Women's Health and Employment. *American Journal of Community Psychology* 2007;**36**:133-45.
157. Byrne CA, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL, Saunders BE. The socioeconomic impact of interpersonal violence on women. *J.Consult Clin.Psychol.* 1999;**67**:362-6.
158. Jensen VL. LOKK årsstatistik 2006. Kvinder på krisecenter. København: Styrelsen for Specialrådgivning og Social Service og LOKK, 2007.
159. Pape, H and Stefansen, K. En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep. 1. 2004. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
160. Haaland, T., Clausen, S-E., and Schei, B. Vold i parforhold – ulike perspektiver. NIBR-rapport 2005:3. 2005. Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning.
161. Acierno R, Resnick H, Kilpatrick DG, Saunders B, Best CL. Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *J.Anxiety.Disord.* 1999;**13**:541-63.
162. Kernic MA, Wolf ME, Holt VL, McKnight B, Huebner CE, Rivara FP. Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse Negl.* 2003;**27**:1231-46.
163. Loxton D, Schofield M, Hussain R. Psychological health in midlife among women who have ever lived with a violent partner or spouse. *J Interpers. Violence.* 2006;**21**:1092-107.
164. Loxton D, Schofield M, Hussain R. History of domestic violence and health service use among mid-aged Australian women. *Aust.N Z.J Public Health* 2004;**28**:383-8.
165. Skjørten, K., Bjørge, T, and Olaussen, L. P. Forskning om vold. 1999. Oslo, Norges forskningsråd, Området for kultur og samfunn.
166. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002;**324**:271.
167. Romans S, Forte T, Cohen MM, Du MJ, Hyman I. Who is most at risk for intimate partner violence? A Canadian population-based study. *J.Interpers. Violence* 2007;**22**:1495-514.
168. Martin SL, Tsui AO, Maitra K, Marinshaw R. Domestic violence in northern India. *Am.J.Epidemiol.* 1999;**150**:417-26.
169. Papadakaki M, Tzamalouka GS, Chatzifotiou S, Chliaoutakis J. Seeking for Risk Factors of Intimate Partner Violence (IPV) in a Greek National Sample: The Role of Self-Esteem. *J Interpers. Violence* 2008.
170. Franz M, Lense H, Schmitz N. Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. *Soc.Psychiatr.Epidemiol* 2003;**38**:59-68.

171. Bifulco A, Brown GW, Adler Z. Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *Br.J.Psychiatry* 1991;**159**:115-22.
172. Ellsberg M, Pena R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Soc Sci.Med.* 2000;**51**:1595-610.
173. Hampton RL, Gelles RJ, Harrop JW. Is violence in Black families increasing? A comparison of 1975 and 1985 national survey rates. *Journal of Marriage and Family* 1989;**51**:969-80.
174. Goodman LA, Salyers MP, Mueser KT, Rosenberg SD, Swartz M, Essock SM *et al.* Recent victimization in women and men with severe mental illness: prevalence and correlates. *J.Trauma Stress.* 2001;**14**:615-32.
175. Hathaway JE, Mucci LA, Silverman JG, Brooks DR, Mathews R, Pavlos CA. Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. *Am.J.Prev.Med.* 2000;**19**:302-7.
176. Astbury J, Atkinson J, Duke JE, Eastal PL, Kurrle SE, Tait PR *et al.* The impact of domestic violence on individuals. *Med.J.Aust.* 2000;**173**:427-31.
177. Herek GM. Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: prevalence estimates from a national probability sample. *J.Interpers.Violence* 2009;**24**:54-74.
178. McClennen JC. Domestic violence between same-gender partners: recent findings and future research. *J.Interpers.Violence* 2005;**20**:149-54.
179. Turell SC. A descriptive analysis of same-sex relationship violence for a diverse sample. *JOURNAL OF FAMILY VIOLENCE* 2000;**15**:281-94.
180. Austin SB, Roberts AL, Corliss HL, Molnar BE. Sexual violence victimization history and sexual risk indicators in a community-based urban cohort of "mostly heterosexual" and heterosexual young women. *Am.J.Public Health* 2008;**98**:1015-20.
181. Balsam KF, Rothblum ED, Beauchaine TP. Victimization over the life span: a comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *J.Consult Clin.Psychol.* 2005;**73**:477-87.
182. Freedner N, Freed LH, Yang YW, Austin SB. Dating violence among gay, lesbian, and bisexual adolescents: results from a community survey. *J.Adolesc.Health* 2002;**31**:469-74.
183. Holmberg, C. and Stjernqvist, U. Våldsamt like och olika - Om våld i samkönade parrelationer. 2005. Centrum för Genusstudier,Stockholm Universitet.
184. Cochran SD. Emerging issues in research on lesbians' and gay men's mental health: does sexual orientation really matter? *Am.Psychol.* 2001;**56**:931-47 i Balsam KF, Rothblum ED, Beauchaine TP. "Victimization over the life span: a comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *J.Consult Clin.Psychol.* 2005;**73.3**:477-87.

185. DiPlacido J. Minority stress among lesbians, gay men, and bisexuals: A consequence of heterosexism, homophobia, and stigmatization. In Herek GM, ed. *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals*, pp 138-59 i Balsam KF, Rothblum ED, Beauchaine TP. "Victimization over the life span: a comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *J.Consult Clin.Psychol.* 2005;**73.3**;477-87. Thousand Oaks: Sage, 1998.
186. Classen CC, Palesh OG, Aggarwal R. Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse* 2005;**6**:103-29.
187. Melzer-Lange MD, Van Thatcher CD, Liu J, Zhu S. Urban community characteristics and adolescent assault victims. *WMJ.* 2007;**106**:394-6.
188. Vogel LC, Marshall LL. PTSD symptoms and partner abuse: low income women at risk. *J.Trauma Stress.* 2001;**14**:569-84.
189. Carcià-Moreno, C., Jansen, H., Watts, C., Ellsberg, M., and Heise, L. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence health outcomes and women's responses. 2005. Geneva, World Health Organization.
190. Spencer GA, Bryant SA. Dating violence: a comparison of rural, suburban, and urban teens. *J.Adolesc.Health* 2000;**27**:302-5.
191. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr.Serv.* 1999;**50**:62-8.
192. Bergman L. Dating violence among high school students. *Soc Work* 1992;**37**:21-7.
193. Honkonen T, Henriksson M, Koivisto AM, Stengard E, Salokangas RK. Violent victimization in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.* 2004;**39**:606-12.
194. Davidsen, M., Helweg-Larsen, K., and Kjoller, M. DANCOS - en registeropfølgning af de nationale danske sundheds- og sygelighedsundersøgelser. 2007.
195. Hellmuth JC, McNulty JK. Neuroticism, marital violence, and the moderating role of stress and behavioral skills. *J Pers.Soc Psychol.* 2008;**95**:166-80.
196. Coyne JC. Depression and the response of others. *J Abnorm.Psychol.* 1976;**85**:186-93.
197. Davila J, Bradbury TN, Cohan CL, Tochluk S. Marital functioning and depressive symptoms: evidence for a stress generation model. *J Pers.Soc Psychol.* 1997;**73**:849-61.
198. Berns SB, Jacobson NS, Gottman JM. Demand-withdraw interaction in couples with a violent husband. *J Consult Clin.Psychol.* 1999;**67**:666-74.
199. Schumacher JA, Smith Slep AM, Hayman RE. Risk factors for male-to-female partner psychological abuse. *Aggression and Violent Behavior* 2001;**2-3**:255-68.

200. Gordis EB, Margolin G, Vickerman K. Communication and frightening behavior among couples with past and recent histories of physical marital aggression. *Am.J Community Psychol.* 2005;**36**:177-91.
201. Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch.Gen.Psychiatry* 2002;**59**:225-31.
202. Deykin EY, Levy JC, Wells V. Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *Am.J.Public Health* 1987;**77**:178-82.
203. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA* 1992;**267**:1478-83.
204. Lewinsohn PM, Gotlib IH, Seeley JR. Adolescent psychopathology: IV. Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry* 1995;**34**:1221-9.
205. Simon GE. Psychiatric disorder and functional somatic symptoms as predictors of health care use. *Psychiatr.Med.* 1992;**10**:49-59.
206. Wang J, Patten SB. Alcohol consumption and major depression: findings from a follow-up study. *Can.J Psychiatry* 2001;**46**:632-8.
207. Barnett OW. Why battered women do not leave, part 1: external inhibiting factors within society. *Trauma Violence Abuse* 2000;**1**:343-72.
208. Estrada F. Trends in violence in Scandinavia according to different indicators: an exemplification of the value of Swedish hospital data. *Br.J.Criminol* 2006;**46**:486-504.
209. Stickley A, Carlson P. Factors associated with non-lethal victimization in Sweden in 2004-2007. *Scand J Public Health* 2010;**0**:1-7.
210. Engell R, Nielsen NR, Andersen AM. [Stress in families with children: are children the cause?]. *Ugeskr.Laeger* 2007;**169**:311-4.
211. Babor TF, Steinberg K, Anton R, Del Boca F. Talk is cheap: measuring drinking outcomes in clinical trials. *J Stud.Alcohol* 2000;**61**:55-63.
212. Ellison CG, Trinitapoli JA, Anderson KL, Johnson BR. Race/ethnicity, religious involvement, and domestic violence. *Violence Against Women* 2007;**13**:1094-112.
213. Centerwall BS. Race, socioeconomic status, and domestic homicide. *JAMA* 1995;**273**:1755-8.
214. Violence by intimates: Analysis of data on crimes by current or former spouses, boyfriends, and girlfriend. 1998. Washington DC: Government Printing Office, Bureau of Justice Statistics.
215. Yoshihama M. Domestic violence against women of Japanese descent in Los Angeles: Two methods of estimating prevalences. *Violence Against Women* 1999;**5**:869-97.
216. Bui HN, Morash M. Domestic violence in Vietnamese immigrant community: An exploratory study. *Violence Against Women* 1999;**5**:769-95.

217. O'Hare T, Shen C, Sherrer M. High-risk behaviors and drinking-to-cope as mediators of lifetime abuse and PTSD symptoms in clients with severe mental illness. *J Trauma Stress* 2010;**23**:255-63.
218. Marshall BD, Fairbairn N, Li K, Wood E, Kerr T. Physical violence among a prospective cohort of injection drug users: a gender-focused approach. *Drug Alcohol Depend.* 2008;**97**:237-46.
219. Kemp A, Green BL, Hovanitz C, Rawlings EI. Incidence and correlations of posttraumatic stress disorder in battered women: Shelter and community samples. *Journal of Interpersonal Violence* 1995;**10**:43-55.
220. Anson O, Sagy S. Marital violence: Comparing women in violent and nonviolent unions. *Human Relations* 1995;**48**:285-305.
221. Bernhard LA. Physical and sexual violence experienced by lesbian and heterosexual women. *Violence Against Women* 2000;**6**:68-79.
222. Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS. The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine* 2002;**25**:551-603.
223. Clements CM, Sawhney DK. Coping with domestic violence: Control attributions, dysphoria, and hopelessness. *Journal of traumatic Stress* 2000;**13**:221-40.
224. Coker AL, Watkins KW, Smith PH, Brandt HM. Social support reduces the impact of partner violence on health: application of structural equation models. *Prev. Med* 2003;**37**:259-67.
225. Rothman kJ. Biases in Study Design. In Rothman kJ, ed. *Biases in Study Design*, pp 94-112. New York: Oxford University Press, 2002.
226. Mayhew P. Comment on 'Victimization Surveys'. *European Journal on Criminal Policy* 1994;**2**:36-47.
227. Rothman kJ, Greenland S. Approaches to Statistical Analyses. In Rothman kJ, Greenland S, eds. *Modern Epidemiology*, pp 181-200. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998.
228. Kelly L, Regan L, Burton S. Defending the indefensible? Quantitative feminist research. In Hinds H, Phoenix A, Stacey J, eds. *Working outside women's studies*, Lewes: The Falmer Press, 1992.
229. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* 2002;**359**:1232-7.
230. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet* 2002;**359**:1423-9.
231. Ellsberg, M. and Heise, L. Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists. 2005. Washington, DC, World Health Organization.
232. Sundaram, V. Violence victimisation as a gender-specific process. 2007. Statens Institut for Folkesundhed.
233. Smith MD. Enhancing the Quality of Survey Data on Violence against Women: A Feminist Approach. *Gender and Society* 1994;**8**:109-27.

234. Jenkins P, Earle-Richardson G, Slingerland DT, May J. Time dependent memory decay. *Am.J.Ind.Med.* 2002;**41**:98-101.
235. Classen CC, Palesh OG, Aggarwal R. Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse* 2005;**6**:103-29.
236. Koss MP. Detecting the scope of rape: A review of prevalence research methods. *J Interpers.Violence* 1993;**8**:198-222.
237. Flachs, E. M. Interviewereffekt i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen år 2000. 1-184. 31-1-2006. Institut for Matematiske fag, Københavns Universitet.
238. Shepherd JP, Sivarajasingam V, Rivara FP. Using injury data for violence prevention. Government proposal is an important step towards safer communities. *BMJ.* 2000;**321**:1481-2.
239. Erkan, S. Vold mod hjemløse - hjemløses oplevelser af vold på gaden. 1-45. 2007. Projekt UDENFOR.
240. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and metaregression analysis. *PLoS.Med.* 2008;1670-80.
241. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet* 2002;**359**:1423-9.
242. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* 2002;**359**:1232-7.
243. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006;**368**:1260-9.
244. Fleishman JA, Zuvekas SH. Global self-rated mental health: associations with other mental health measures and with role functioning. *Med.Care* 2007;**45**:602-9.
245. Stefansen, K. Forekomstundersøkelser av familievold. Teoretiske, metodologiske og etiske spørsmål. HiO-notat nr. 5, 2001. 2001. Oslo, Høgskolen i Oslo.
246. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey SG. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol.Community Health* 2006;**60**:7-12.
247. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu.Rev.Public Health* 1997;**18**:341-78.
248. Cripps K, Bennett CM, Gurrin LC, Studdert DM. Victims of violence among Indigenous mothers living with dependent children. *Med.J Aust.* 2009;**191**:481-5.
249. Prescott, E. Tobaksrygning og rygestop: Konsekvenser for sundheden. 2004. Sundhedsstyrelsen.
250. <http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2010/Rygevaner.aspx>. 1-5-2010.

251. Becker, U., Olsen, J., Tjønneland, A., Broholm, K., Mørch, L. S., and Grønbeck, M. Genstandsgrænser for voksne. 2005. Sundhedsstyrelsen.
252. Helweg-Larsen K, Flachs EM, Kastrup M. Psykisk Trivsel, Psykisk Sygdom, Etniske forskelle blandt unge i Danmark. En undersøgelse baseret på register- og interviewdata om omfang og karakter af psykisk sygdom og psykisk trivsel blandt unge med dansk baggrund, indvandrere og efterkommere af indvandrere. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2007.
253. Woodward M. Confounding and interaction. In Woodward M, ed. *Epidemiology. Study design and data analysis*, pp 145-90. Boca Raton, Florida: Chapman & Hall/crc, 1999.
254. Altman DG. Regression. In Altman DG, ed. *Practical statistics for medical research*, pp 299-309. Chapman & Hall, 1991.
255. Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychol.Bull.* 2000;**126**:651-80.
256. White JW, Smith PH, Koss MP, Figueredo AJ. Intimate partner aggression--what have we learned? Comment on Archer (2000). *Psychol.Bull.* 2000;**126**:690-6.
257. Dutton DG, van Ginkel C, Starzomski A. The role of shame and guilt in the intergenerational transmission of abusiveness. *Violence Vict.* 1995;**10**:121-31.
258. Murphy CM, Meyer SL, O'Leary KD. Dependency characteristics of partner assaultive men. *J Abnorm.Psychol.* 1994;**103**:729-35.

Bilag

Bilag A. Ujusteret risiko for voldsudsættelse 2005 afhængig af forskellige psykiske parametre målt ved SUSY 2000 for kvinder, som ikke har rapporteret om voldsudsættelse i SUSY 2000.

Covariater	Voldsudsat 2005		Ikke voldsudsat 2005	OR	95% CI
	n	%	n		
SF-36 MH					
Dårlig (Score 0-91)	30	4,98	572	5,68	1,72-18,76**
God (Score 92-100)	3	0,91	325	1,00	-
Uoplyst	1	16,67	5	-	-
Kronisk ængstelig eller deprimeret					
Ja	11	6,67	154	2,31	1,11-4,85*
Nej	23	2,99	745	1,00	-
Uoplyst	-	-	3	-	-
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst de seneste 14 dage					
Ja	4	6,25	60	1,87	0,64-5,49
Nej	30	3,44	842	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Nedtrykthed, deprimeret, uheldig de seneste 14 dage					
Ja	4	7,55	49	2,32	0,79-6,85
Nej	30	3,40	853	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Hverdag præget af interessebetonede gøremål de seneste 4 uger					
Ja	24	2,92	797	1,00	-
Nej	10	9,09	100	3,32	1,54-7,15**
Uoplyst	-	-	5	-	-
Stresset					
Ja	20	3,88	495	1,17	0,58-2,34
Nej	14	3,35	404	1,00	-
Uoplyst	-	-	3	-	-
Søvnbesvær, søvnproblemer de seneste 14 dage					
Ja	6	5,94	95	1,82	0,74-4,51
Nej	28	3,35	807	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Træthed de seneste 14 dage					
Ja	10	4,76	200	1,46	0,69-3,11
Nej	24	3,31	702	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Generelt frisk					
Ja	24	3,03	767	1,00	-
Nej	10	6,94	134	2,39	1,12-5,10*
Uoplyst	-	-	1	-	-
Frisk og veludhvilet de seneste 4 uger					
Ja	24	3,27	711	1,00	-
Nej	10	5,10	186	1,59	0,75-3,39
Uoplyst	-	-	5	-	-
Selvmoedsadfærd					
Ja	3	10,00	27	3,14	0,90-10,90
Nej	31	3,42	875	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Nervøse lidelser nogensinde					
Ja	3	5,66	50	1,91	0,50-7,31
Nej	9	3,04	287	1,00	-
Uoplyst	22	3,75	565	-	-
Sove- og/eller nervemedicin de seneste 14 dage					
Ja	2	4,65	41	1,17	0,21-6,65
Nej	4	4,00	96	1,00	-
Uoplyst	28	3,53	765	-	-

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Bilag B. Risiko for voldsudsættelse 2005 afhængig af forskellige psykiske parametre målt ved SUSY 2000 for kvinder, som ikke har rapporteret om voldsudsættelse i SUSY 2000 justeret for kombineret skole- og erhvervsuddannelse.

Covariater	Voldsudsat 2005		Ikke voldsudsat 2005	OR	95% CI
	n	%	n		
SF-36 MH					
Dårlig (Score 0-91)	30	4,98	572	5,69	1,73-18,80**
God (Score 92-100)	3	0,91	325	1,00	-
Uoplyst	1	16,67	5	-	-
Kronisk ængstelig eller deprimeret					
Ja	11	6,67	154	2,34	1,11-4,93*
Nej	23	2,99	745	1,00	-
Uoplyst	-	-	4	-	-
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst de seneste 14 dage					
Ja	4	6,25	60	1,85	0,62-5,48
Nej	30	3,44	842	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Nedtrykthed, deprimeret, uheldig de seneste 14 dage					
Ja	4	7,55	49	2,33	0,79-6,89
Nej	30	3,40	853	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Hverdag præget af interessebetonede gøremål de seneste 4 uger					
Ja	24	2,92	797	1,00	-
Nej	10	9,09	100	3,34	1,55-7,22**
Uoplyst	-	-	5	-	-
Stresset					
Ja	20	3,88	495	1,18	0,58-2,38
Nej	14	3,35	404	1,00	-
Uoplyst	-	-	3	-	-
Søvnbesvær, søvnproblemer de seneste 14 dage					
Ja	6	5,94	95	1,81	0,73-4,48
Nej	28	3,35	807	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Træthed de seneste 14 dage					
Ja	10	4,76	200	1,44	0,67-3,08
Nej	24	3,31	702	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Generelt frisk					
Ja	24	3,03	767	1,00	-
Nej	10	6,94	134	2,41	1,11-5,23*
Uoplyst	-	-	1	-	-
Frisk og veludhvilet de seneste 4 uger					
Ja	24	3,27	711	1,00	-
Nej	10	5,10	186	1,57	0,74-3,36
Uoplyst	-	-	5	-	-
Selvmodsfærd					
Ja	3	10,00	27	3,07	0,87-10,82
Nej	31	3,42	875	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Nervøse lidelser nogensinde					
Ja	3	5,66	50	1,92	0,50-7,33
Nej	9	3,04	287	1,00	-
Uoplyst	22	3,75	565	-	-
Sove- og/eller nervemedicin de seneste 14 dage					
Ja	2	4,65	41	1,21	0,21-7,13
Nej	4	4,00	96	1,00	-
Uoplyst	28	3,53	765	-	-

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Bilag C. Risiko for voldsudsættelse 2005 afhængig af forskellige psykiske parametre målt ved SUSY 2000 for kvinder, som ikke har rapporteret om voldsudsættelse i SUSY 2000 justeret for samlivsstatus.

Covariater	Voldsudsat 2005		Ikke voldsudsat 2005		OR	95% CI
	n	%	n			
SF-36 MH						
Dårlig (Score 0-91)	30	4,98	572		5,30	1,60-17,57**
God (Score 92-100)	3	0,91	325		1,00	-
Uoplyst	1	16,67	5		-	-
Kronisk ængstelig eller deprimeret						
Ja	11	6,67	154		2,13	1,01-4,50*
Nej	23	2,99	745		1,00	-
Uoplyst	-	-	4		-	-
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst de seneste 14 dage						
Ja	4	6,25	60		1,74	0,59-5,18
Nej	30	3,44	842		1,00	-
Uoplyst	-	-	-		-	-
Nedtrykthed, deprimeret, uheldig de seneste 14 dage						
Ja	4	7,55	49		1,85	0,61-5,57
Nej	30	3,40	853		1,00	-
Uoplyst	-	-	-		-	-
Hverdag præget af interessebetonede gøremål de seneste 4 uger						
Ja	24	2,92	797		1,00	-
Nej	10	9,09	100		3,02	1,39-6,58**
Uoplyst	-	-	5		-	-
Stresset						
Ja	20	3,88	495		1,08	0,54-2,18
Nej	14	3,35	404		1,00	-
Uoplyst	-	-	3		-	-
Søvnbesvær, søvnproblemer de seneste 14 dage						
Ja	6	5,94	95		1,70	0,68-4,26
Nej	28	3,35	807		1,00	-
Uoplyst	-	-	-		-	-
Træthed de seneste 14 dage						
Ja	10	4,76	200		1,31	0,61-2,81
Nej	24	3,31	702		1,00	-
Uoplyst	-	-	-		-	-
Generelt frisk						
Ja	24	3,03	767		1,00	-
Nej	10	6,94	134		2,22	1,03-4,79*
Uoplyst	-	-	1		-	-
Frisk og veludhvilet de seneste 4 uger						
Ja	24	3,27	711		1,00	-
Nej	10	5,10	186		1,47	0,69-3,16
Uoplyst	-	-	5		-	-
Selvmodsfærd						
Ja	3	10,00	27		2,76	0,78-9,82
Nej	31	3,42	875		1,00	-
Uoplyst	-	-	-		-	-
Nervøse lidelser nogensinde						
Ja	3	5,66	50		1,59	0,41-6,22
Nej	9	3,04	287		1,00	-
Uoplyst	22	3,75	565		-	-
Sove- og/eller nervemedicin de seneste 14 dage						
Ja	2	4,65	41		1,17	0,21-6,69
Nej	4	4,00	96		1,00	-
Uoplyst	28	3,53	765		-	-

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Bilag D. Risiko for voldsudsættelse 2005 afhængig af forskellige psykiske parametre målt ved SUSY 2000 for kvinder, som ikke har rapporteret om voldsudsættelse i SUSY 2000 justeret for hjemmeboende børn på 15 år eller derunder.

Covariater	Voldsudsat 2005		Ikke voldsudsat 2005 n	OR	95% CI
	n	%			
SF-36 MH					
Dårlig (Score 0-91)	30	4,98	572	5,85	1,77-19,34**
God (Score 92-100)	3	0,91	325	1,00	-
Uoplyst	1	16,67	5	-	-
Kronisk ængstelig eller deprimeret					
Ja	11	6,67	154	2,28	1,09-4,78*
Nej	23	2,99	745	1,00	-
Uoplyst	-	-	4	-	-
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst de seneste 14 dage					
Ja	4	6,25	60	1,87	0,64-5,47
Nej	30	3,44	842	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig de seneste 14 dage					
Ja	4	7,55	49	2,33	0,79-6,88
Nej	30	3,40	853	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Hverdag præget af interessebetonede gøremål de seneste 4 uger					
Ja	24	2,92	797	1,00	-
Nej	10	9,09	100	3,40	1,58-7,33**
Uoplyst	-	-	5	-	-
Stresset					
Ja	20	3,88	495	1,20	0,60-2,41
Nej	14	3,35	404	1,00	-
Uoplyst	-	-	3	-	-
Søvnbesvær, søvnproblemer de seneste 14 dage					
Ja	6	5,94	95	1,79	0,72-4,45
Nej	28	3,35	807	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Træthed de seneste 14 dage					
Ja	10	4,76	200	1,48	0,69-3,14
Nej	24	3,31	702	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Generelt frisk					
Ja	24	3,03	767	1,00	-
Nej	10	6,94	134	2,38	1,11-5,09*
Uoplyst	-	-	1	-	-
Frisk og veludhvilet de seneste 4 uger					
Ja	24	3,27	711	1,00	-
Nej	10	5,10	186	1,63	0,76-3,46
Uoplyst	-	-	5	-	-
Selvmodsfærd					
Ja	3	10,00	27	3,09	0,89-10,76
Nej	31	3,42	875	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Nervøse lidelser nogensinde					
Ja	3	5,66	50	1,82	0,47-7,00
Nej	9	3,04	287	1,00	-
Uoplyst	22	3,75	565	-	-
Sove- og/eller nervemedicin de seneste 14 dage					
Ja	2	4,65	41	1,22	0,21-6,99
Nej	4	4,00	96	1,00	-
Uoplyst	28	3,53	765	-	-

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Bilag E. Risiko for voldsudsættelse 2005 afhængig af forskellige psykiske parametre målt ved SUSY 2000 for kvinder, som ikke har rapporteret om voldsudsættelse i SUSY 2000 justeret for rygevaner.

Covariater	Voldsudsat 2005		Ikke voldsudsat 2005	OR	95% CI
	n	%	n		
SF-36 MH					
Dårlig (Score 0-91)	30	4,98	572	5,57	1,69-18,42**
God (Score 92-100)	3	0,91	325	1,00	-
Uoplyst	1	16,67	5	-	-
Kronisk ængstelig eller deprimeret					
Ja	11	6,67	154	2,14	1,01-4,50*
Nej	23	2,99	745	1,00	-
Uoplyst	-	-	4	-	-
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst de seneste 14 dage					
Ja	4	6,25	60	1,63	0,55-4,84
Nej	30	3,44	842	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Nedtrykthed, deprimeret, uheldig de seneste 14 dage					
Ja	4	7,55	49	2,17	0,73-6,45
Nej	30	3,40	853	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Hverdag præget af interessebetonede gøremål de seneste 4 uger					
Ja	24	2,92	797	1,00	-
Nej	10	9,09	100	3,11	1,46-6,72**
Uoplyst	-	-	5	-	-
Stresset					
Ja	20	3,88	495	1,15	0,57-2,32
Nej	14	3,35	404	1,00	-
Uoplyst	-	-	3	-	-
Søvnbesvær, søvnproblemer de seneste 14 dage					
Ja	6	5,94	95	1,76	0,71-4,37
Nej	28	3,35	807	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Træthed de seneste 14 dage					
Ja	10	4,76	200	1,40	0,66-2,98
Nej	24	3,31	702	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Generelt frisk					
Ja	24	3,03	767	1,00	-
Nej	10	6,94	134	2,13	0,98-4,61*
Uoplyst	-	-	1	-	-
Frisk og veludhvilet de seneste 4 uger					
Ja	24	3,27	711	1,00	-
Nej	10	5,10	186	1,48	0,69-3,16
Uoplyst	-	-	5	-	-
Selvmoedsadfærd					
Ja	3	10,00	27	2,62	0,74-9,26
Nej	31	3,42	875	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Nervøse lidelser nogensinde					
Ja	3	5,66	50	1,77	0,46-6,83
Nej	9	3,04	287	1,00	-
Uoplyst	22	3,75	565	-	-
Sove- og/eller nervemedicin de seneste 14 dage					
Ja	2	4,65	41	1,10	0,19-6,54
Nej	4	4,00	96	1,00	-
Uoplyst	28	3,53	765	-	-

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Bilag F. Risiko for voldsudsættelse 2005 afhængig af forskellige psykiske parametre målt ved SUSY 2000 for kvinder, som ikke har rapporteret om voldsudsættelse i SUSY 2000 justeret for alkoholvaner.

Covariater	Voldsudsat 2005		Ikke voldsudsat 2005	OR	95% CI
	n	%	n		
SF-36 MH					
Dårlig (Score 0-91)	30	4,98	572	5,78	1,75-19,10**
God (Score 92-100)	3	0,91	325	1,00	-
Uoplyst	1	16,67	5	-	-
Kronisk ængstelig eller deprimeret					
Ja	11	6,67	154	2,30	1,10-4,82*
Nej	23	2,99	745	1,00	-
Uoplyst	-	-	4	-	-
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst de seneste 14 dage					
Ja	4	6,25	60	1,87	0,64-5,48
Nej	30	3,44	842	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Nedtrykthed, deprimeret, uheldig de seneste 14 dage					
Ja	4	7,55	49	2,32	0,79-6,84
Nej	30	3,40	853	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Hverdag præget af interessebetonede gøremål de seneste 4 uger					
Ja	24	2,92	797	1,00	-
Nej	10	9,09	100	3,30	1,53-7,11**
Uoplyst	-	-	5	-	-
Stresset					
Ja	20	3,88	495	1,70	0,58-2,34
Nej	14	3,35	404	1,00	-
Uoplyst	-	-	3	-	-
Søvnbesvær, søvnproblemer de seneste 14 dage					
Ja	6	5,94	95	1,82	0,74-4,51
Nej	28	3,35	807	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Træthed de seneste 14 dage					
Ja	10	4,76	200	1,48	0,70-3,15
Nej	24	3,31	702	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Generelt frisk					
Ja	24	3,03	767	1,00	-
Nej	10	6,94	134	2,37	1,10-5,08*
Uoplyst	-	-	1	-	-
Frisk og veludhvilet de seneste 4 uger					
Ja	24	3,27	711	1,00	-
Nej	10	5,10	186	1,61	0,76-3,43
Uoplyst	-	-	5	-	-
Selvmodsfærd					
Ja	3	10,00	27	3,10	0,89-10,78
Nej	31	3,42	875	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Nervøse lidelser nogensinde					
Ja	3	5,66	50	1,85	0,48-7,11
Nej	9	3,04	287	1,00	-
Uoplyst	22	3,75	565	-	-
Sove- og/eller nervemedicin de seneste 14 dage					
Ja	2	4,65	41	1,09	0,18-6,49
Nej	4	4,00	96	1,00	-
Uoplyst	28	3,53	765	-	-

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Bilag G. Risiko for voldsudsættelse 2005 afhængig af forskellige psykiske parametre målt ved SUSY 2000 for kvinder, som ikke har rapporteret om voldsudsættelse i SUSY 2000 justeret for brug af stoffer.

Covariater	Voldsudsat 2005		Ikke voldsudsat 2005	OR	95% CI
	n	%	n		
SF-36 MH					
Dårlig (Score 0-91)	30	4,98	572	5,23	1,58-17,37**
God (Score 92-100)	3	0,91	325	1,00	-
Uoplyst	1	16,67	5	-	-
Kronisk ængstelig eller deprimeret					
Ja	11	6,67	154	2,27	1,05-4,91*
Nej	23	2,99	745	1,00	-
Uoplyst	-	-	4	-	-
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst de seneste 14 dage					
Ja	4	6,25	60	2,06	0,69-6,14
Nej	30	3,44	842	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Nedtrykthed, deprimeret, uheldig de seneste 14 dage					
Ja	4	7,55	49	2,50	0,83-7,52
Nej	30	3,40	853	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Hverdag præget af interessebetonede gøremål de seneste 4 uger					
Ja	24	2,92	797	1,00	-
Nej	10	9,09	100	3,83	1,75-8,38***
Uoplyst	-	-	5	-	-
Stresset					
Ja	20	3,88	495	1,39	0,67-2,89
Nej	14	3,35	404	1,00	-
Uoplyst	-	-	3	-	-
Søvnbesvær, søvnproblemer de seneste 14 dage					
Ja	6	5,94	95	1,55	0,58-4,15
Nej	28	3,35	807	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Træthed de seneste 14 dage					
Ja	10	4,76	200	1,55	0,72-3,33
Nej	24	3,31	702	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Generelt frisk					
Ja	24	3,03	767	1,00	-
Nej	10	6,94	134	2,65	1,22-5,75*
Uoplyst	-	-	1	-	-
Frisk og veludhvilet de seneste 4 uger					
Ja	24	3,27	711	1,00	-
Nej	10	5,10	186	1,66	0,77-3,60
Uoplyst	-	-	5	-	-
Selvordsforsøg nogensinde					
Ja	3	10,00	27	3,91	1,11-13,82*
Nej	31	3,42	875	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Nervøse lidelser nogensinde					
Ja	3	5,66	50	2,15	0,55-8,42
Nej	9	3,04	287	1,00	-
Uoplyst	22	3,75	565	-	-
Sove- og/eller nervemedicin de seneste 14 dage					
Ja	2	4,65	41	1,38	0,24-7,88
Nej	4	4,00	96	1,00	-
Uoplyst	28	3,53	765	-	-

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Bilag H. Risiko for voldsudsættelse 2005 afhængig af forskellige psykiske parametre målt ved SUSY 2000 for etnisk danske kvinder, som ikke har rapporteret om voldsudsættelse i SUSY 2000.

Covariater	Voldsudsat 2005		Ikke voldsudsat 2005	OR	95% CI
	n	%	n		
SF-36 MH					
Dårlig (Score 0-91)	25	4,41	542	4,77	1,43-15,91**
God (Score 92-100)	3	0,96	310	1,00	-
Uoplyst	1	16,67	5	-	-
Kronisk ængstelig eller deprimeret					
Ja	7	4,55	708	1,53	0,64-3,65
Nej	22	3,01	147	1,00	-
Uoplyst	-	-	2	-	-
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst de seneste 14 dage					
Ja	2	3,39	57	1,04	0,24-4,48
Nej	27	3,26	800	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Nedtrykthed, deprimeret, uheldig de seneste 14 dage					
Ja	1	2,04	48	0,60	0,08-4,52
Nej	28	3,35	809	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Hverdag præget af interessebetonede gøremål de seneste 4 uger					
Ja	22	2,82	759	1,00	-
Nej	7	7,00	93	2,60	11,08-6,24*
Uoplyst	-	-	5	-	-
Stresset					
Ja	16	3,29	471	1,00	0,48-2,11
Nej	13	3,28	383	1,00	-
Uoplyst	-	-	3	-	-
Søvnbesvær, søvnproblemer de seneste 14 dage					
Ja	4	4,30	89	1,38	0,47-4,06
Nej	25	3,15	768	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Træthed de seneste 14 dage					
Ja	6	3,05	191	0,91	0,67-2,27
Nej	23	3,34	666	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Generelt frisk					
Ja	21	2,80	728	1,00	-
Nej	8	5,88	128	2,17	0,94-5,00
Uoplyst	-	-	1	-	-
Frisk og veludhvilet de seneste 4 uger					
Ja	23	3,30	675	1,00	-
Nej	6	3,28	177	1,00	0,40-2,80
Uoplyst	-	-	5	-	-
Selvmoedsafærd					
Ja	2	7,14	26	2,37	0,53-10,49
Nej	27	3,15	831	1,00	-
Uoplyst	-	-	-	-	-
Nervøse lidelser nogensinde					
Ja	2	4,08	47	1,65	0,33-8,20
Nej	7	2,51	272	1,00	-
Uoplyst	20	3,58	538	-	-
Sove- og/eller nervemedicin de seneste 14 dage					
Ja	1	2,63	37	0,63	0,07-5,81
Nej	4	4,12	93	1,00	-
Uoplyst	24	3,20	727	-	-

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001