

Heimilisofbeldi: Fræðileg samantekt á umfangi, afleiðingum og hlutverki hjúkrunarfræðinga

ARNA HILMARSDÓTTIR

LOKAVERKEFNI TIL BS PRÓFS
Í HJÚKRUNARFRÆÐI (12 EININGAR)

LEIÐBEINANDI: DR. BRYNJA ÖRLYGSDÓTTIR

JÚNÍ 2010



HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD
HÁSKÓLI ÍSLANDS

Þakkarorð

Ég vil byrja á að þakka leiðbeinanda mínum, dr. Brynju Örlygsdóttur, lektor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands fyrir góða leiðsögn, aðstoð og faglega ráðgjöf. Einnig vil ég þakka fjölskyldu minni og þá sérstaklega foreldrum mínum, Hilmari B. Baldurssyni og Vigdísí Hauksdóttur, fyrir ómetanlegan stuðning í náminu öllu.

Útdráttur

Heimilisofbeldi er heilsufarsvandamál sem getur haft alvarlegar afleiðingar fyrir andlega og líkamlega heilsu þeirra sem fyrir því verða. Konur eru í meirihluta þolenda og gerandinn er í flestum tilfellum fyrrverandi eða núverandi maki. Þannig benti nýleg rannsókn til að allt að 22% íslenskra kvenna upplifi ofbeldi í nánu sambandi einhverntíman á lífsleiðinni. Talið er þó að þetta hlutfall sé töluvert hærra í raunveruleikanum og því er ljóst að um verulega vangreindan málaflokk er að ræða. Í þessari fræðilegu úttekt er fjallað um umfang og afleiðingar heimilisofbeldis fyrir konur sem eru þolendur auk þess sem skoðað er hvernig hjúkrunarfræðingar geta beitt sér gegn þessu skaðlega vandamáli. Þolendur ofbeldis í nánum samböndum leita mun oftar til heilbrigðiskerfisins en aðrir og því eru hjúkrunarfræðingar í lykilaðstöðu til að koma þessum konum til hjálpar. Þar sem að einkenni slíks ofbeldis eru sjaldan augljós er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar skimi allar konur fyrir ofbeldi, hvort sem grunur er um að þær séu þolendur eða ekki.

Lykilorð: Heimilisofbeldi, ofbeldi í nánum samböndum, afleiðingar, skimun, hlutverk hjúkrunarfræðinga.

Abstract

Domestic violence can have devastating effects for the emotional and physical wellbeing of those involved. Women make up the majority of victims and the violence is normally inflicted upon them by their former or current partner. According to a recent survey, 22% of Icelandic women experience some sort of violence in an intimate relationship during the course of their lives. This ratio is thought to be much higher in reality suggesting a lack of identification. The purpose of this thesis was to review the literature of the extent and consequences of domestic violence for women with the main emphasis being on analysing ways for nurses when dealing with this problem. Victims of domestic violence frequently seek help from professionals with nurses being at the forefront for providing such care. Since the symptoms of such violence are rarely obvious, it is important that nurses screen women for domestic violence, whether they are suspected victims or not.

Keywords: Domestic violence, intimate partner violence, consequences, screening, role of nurses.

Efnisyfirlit

Þakkarorð	iii
Útdráttur	iv
Abstract	v
Efnisyfirlit	vi
Inngangur	1
Fræðileg samantekt	4
Heimilisofbeldi	4
Andlegt ofbeldi	5
Líkamlegt ofbeldi	6
Heimilisofbeldi á Íslandi	6
Könnun Dóms- og kirkjumálaráðuneytisins árið 1996	7
Rannsóknir Erlu Kolbrúnar Svavarsdóttur og Brynju Örlygsdóttur á árunum 2005- 2006	8
Könnun Rannsóknarseturs í barna- og fjölskylduvernd árið 2008	9

Áhættuþættir heimilisofbeldis.....	11
Samfélagslegir áhættuþættir.....	11
Einstaklingsbundnir áhættuþættir þolenda.....	13
Konur í sérstakri áhættu.....	14
Aðrir áhættuþættir	16
Afleiðingar heimilisofbeldis	17
Líkamlegar afleiðingar þolenda	19
Sálrænar afleiðingar þolenda	20
Afleiðingar ofbeldis á meðgöngu.....	22
Afleiðingar ofbeldis á börn	24
Afhverju yfirgefa konur ekki menn sem beita þær ofbeldi?	28
Hlutverk hjúkrunarfræðinga.....	31
Skimun fyrir ofbeldi í nánum samböndum	33
Hvernig eiga hjúkrunarfræðingar að bera sig að?.....	37
Umræður	41

Umfang	41
Afleiðingar	43
Hlutverk hjúkrunarfræðinga.....	44
Takmarkanir	46
Framtíðaráherslur	47
Gildi fyrir hjúkrun.....	47
Lokaorð	49
Heimildaskrá	50

Inngangur

Heimilisofbeldi eða ofbeldi í nánnum samböndum er útbreitt vandamál (Enander og Holmberg, 2008) sem oft er vel dulið innan fjölskyldunnar og annarra sambanda (Krieger, 2008). Þolendur þess eru á öllum aldri og koma úr öllum stéttum samfélagsins (Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997; Soglin, Bauchat, Soglin og Martin, 2009) en þekkt er að ofbeldi af þessu tagi getur leitt til alvarlegra afleiðinga fyrir líkamlega og andlega heilsu þolenda (Flinck, Paavilainen og Ástedt-Kurki, 2005; Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009a). Þannig má benda á að viðvarandi sálrænir erfiðleikar og þrálátir líkamlegir kvillar eru þekkt einkenni hjá þolendum ofbeldis í nánnum samböndum (Krieger, 2008; Valente, 2002), en einnig getur ofbeldi sem á sér stað á meðgöngu ógnað heilsu móður og barns og jafnvel stefnt lífi þeirra í hættu (Curry, Perrin og Wall, 1998; Edin, Dahlgren, Lalos og Högberg, 2010; Krieger, 2008).

Tíðnitölur ofbeldis í nánnum samböndum eru nokkuð á reiki en skýringuna á því má meðal annars finna í ólíkum skilgreiningum sem stuðst er við hverju sinni (Erla Kolbrún Svavarsdóttir, 2006), ófullkomnu skráningakerfi heilbrigðiskerfisins á heimilisofbeldi og til þess að fórnarlömb gefa ekki upp raunverulega ástæðu áverka við komu á sjúkrahús (Alþingi, e.d.). Til að gefa einhverja mynd af umfangi þessarar tegundar ofbeldis má benda á niðurstöður íslenskrar rannsóknar sem sýndi að um 22% kvenna upplifa ofbeldi í nánnum samböndum einhverntíman á lífsleiðinni (Félags- og tryggingamálaráðuneyti, e.d.), þó ætla megi að hlutfallið sé mun hærra og því sé um verulega vangreindan málaflokk að ræða (Flinck, o.fl, 2005; Krieger, 2008). Það sem er þó vitað með vissu er að konur eru meirihluti þolenda (Dóms og kirkjumálaráðuneytið, 1997;

Krieger, 2008) og að gerendur eru í flestum tilvikum núverandi eða fyrrverandi maki (Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997; Félags- og tryggingamálaráðuneyti, e.d.).

Fjölmargar skilgreiningar á heimilisofbeldi og ofbeldi í nánnum samböndum hafa verið settar fram. Skilgreiningarnar eru margar og misyfirgripsmiklar en það sem flestar þeirra eiga sameiginlegt er að ofbeldið á sér stað á milli einstaklinga sem tengjast tilfinningaböndum og að ofbeldið veldur þólandanum andlegum og/eða líkamlegum skaða (Flinck, o.fl., 2005; Krieger, 2008; Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2008). Sú skilgreining sem hefur verið notuð í rannsóknum dr. Erlu Kolbrúnar Svavarsdóttur og dr. Brynju Örlygsdóttur felur í sér að heimilisofbeldi sé „kerfisbundin áætlun til að staðfesta og viðhalda valdi og stjórn yfir hugsunum, viðhorfum og hegðun konunnar með því að ala á ótta og gera konuna háða gerandanum“ (Reynolds og Schweitzer, 1998, sótt í Erlu Kolbrún Svavarsdóttir og Brynju Örlygsdóttir, 2008, bls. 1), en skilgreining Samtaka um kvennaathvarf á heimilisofbeldi er eftirfarandi: „Heimilisofbeldi er þegar einn fjölskyldumeðlimur kúgar annan í skjóli friðhelgi heimilisins og tilfinningalegrar-, félagslegrar- og fjárhagslegrar bindingar“ (Samtök um kvennaathvarf, e.d., bls.5). Þegar heimilisofbeldi er annarsvegar er mikilvægt að gera sér grein fyrir hvers eðlis ofbeldið er, þar sem birtingarmyndirnar geta verið á ýmsa vegu en oft er talað um andlegt, líkamlegt og kynferðislegt ofbeldi (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2008). Í þessari fræðilegu samantekt verður þó eingöngu fjallað um þau tvö fyrrnefndu. Þess ber að geta að hugtökin heimilisofbeldi og ofbeldi í nánnum samböndum verða hér lögð að jöfnu þar sem þeim svipar að miklu leyti til hvors annars (Krieger, 2008). Hið fyrrnefnda vísar til þess að ofbeldið eigi sér stað á heimilinu eða

innan fjölskyldunnar á meðan hið síðarnefnda, sem er öllu nútímalegra, vísar til ofbeldis sem á sér stað á milli tveggja einstaklinga sem tengjast nánnum böndum (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2008).

Hjúkrunarfræðingar mæta fórnarlömbum ofbeldis í nánnum samböndum á öllum sviðum heilbrigðiskerfisins og því eru þeir í lykilaðstöðu til að koma þessum konum til hjálpar (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009a), en ákveðin þekking og færni er þó nauðsynleg til að geta brugðist við ofbeldi á viðeigandi hátt (Martin, Mackie, Kupper, Buescher og Moracco, 2001). Í ljósi þessa hefur verið bent á mikilvægi reglubundinnar skimunar á meðal kvenna sem leita til heilbrigðiskerfisins (Hindin, 2006; Soglin, o.fl., 2009; Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009a; Valente, 2002), það er ekki síst mikilvægt núna þegar tekjulækkun og efnahagslegar þrengingar eru kaldur veruleiki hjá stórum hluta þjóðarinnar en slíkt ástand virðist, á einn eða annan hátt, auka tíðni ofbeldis (Ingólfur V. Gíslason, 2008; Krieger, 2008; Samtök um kvennaathvarf, e.d; Soglin, o.fl., 2009). Þessi vitneskja varð þannig kveikjan að því að ég ákvað að fjalla um heimilisofbeldi í lokaverkefni mínu til prófs í hjúkrunarfræði en tilgangur ritgerðarinnar er tvíþættur. Annars vegar er henni ætlað að rýna í ofbeldi í nánnum samböndum og þær líkamlegu og sálrænu afleiðingar sem það hefur á konur og börn og hinsvegar er henni ætlað að varpa ljósi á mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar þekki einkenni heimilisofbeldis og hvernig bregðast eigi við þeim.

Heimildir voru að mestu fengnar úr gagnagrunni Scopus, Cinahl (EBSCOhost), og á vef Landspítalans (www.hirsla.lsh.is). Heimildir voru einnig sóttar á vefsíðum íslenskra stofnana sem höfðu fjallað um heimilisofbeldi eða málefni tengd því á einn eða annan hátt. Leitarorð voru heimilisofbeldi, ofbeldi í nánnum samböndum, afleiðingar, skimun og hlutverk hjúkrunarfræðinga.

Fræðileg samantekt

Heimilisofbeldi

Heimilisofbeldi hefur margvísleg áhrif á líf og heilsu þolenda enda er um að ræða eitt stærsta heilsufarsvandamál kvenna í heiminum í dag (WHO, e.da.). Ýmislegt bendir til að ofbeldi af þessu tagi sé lítið öðrum augum en ofbeldi sem á sér stað utan veggja heimilisins. Því má ekki gleyma að í hugum fólks hefur heimilið og fjölskyldan ákveðna merkingu og þar ríkja ákveðnar hugmyndir um öryggi, umhyggju og traust. Ofbeldi innan veggja heimilisins hefur þannig annarskonar þýðingu en ofbeldi utan veggja þess (Guðrún Kristinsdóttir og Ingibjörg H. Harðardóttir, 2008). Því er oft talað um ofbeldi innan veggja heimilisins sem heimiliserjur eða einkamál á meðan sama athæfi utan veggja þess er skilgreint sem líkamsárás. Tengsl gerenda og þolenda spila þar inn í en því nánari sem tengslin eru því meiri líkur eru á að ofbeldið sé umborið (Dóms-og kirkjumálaráðuneytið, 1997).

Heimilisofbeldi er meðal annars talið eiga rætur sínar að rekja til ójafnræðis á meðal karla og kvenna, bæði í samböndum sem og í samfélaginu. Þannig er samfélagsleg staða kynjanna ójöfn þrátt fyrir að á yfirborðinu sé talað um formlegt jafnrétti (Guðrún Kristinsdóttir og Ingibjörg H. Harðardóttir, 2008). Í þessu samhengi má benda á að oft er talað um tvennskonar gerðir ofbeldis, annarsvegar ógnarstjórn feðraveldis og hinsvegar makaofbeldi. Þrátt fyrir að báðar tegundirnar snúist um ofbeldi eru þær ólíkar hvað alvarleika, afleiðingar og stigmögnun varðar. Hið fyrrnefnda snýst um gömlu eignarréttahugmyndina; feður eiga dætur sínar og karlinn á konu sína. Konunni ber skylda til að hlýða karli sínum, geri hún það ekki hefur hann rétt á að beita hana ofbeldi til að fá hana til að hlýða, þannig getur ofbeldið gegnt hlutverki kúgunartækis.

Ofbeldið er endurtekið til lengri tíma, það hefur tilhneigingu til að stigmagnast og verða alvarlegra eftir því sem á líður og karlar eru í meirihluta gerenda. Makaofbeldi einkennist aftur á móti af upplausn deilna hjá pari þar sem annar aðilinn grípur til ofbeldis til að koma vilja sínum fram. Ofbeldi af þessari gerð er yfirleitt ekki jafn alvarlegt þó það geti vissulega skaðað þolanda þess andlega og/eða líkamlega. Yfirleitt er um einn atburð að ræða en fari slíkt ofbeldi að endurtaka sig og leiða til mynsturs þar sem kúgunum er beitt er um ógnarstjórn feðraveldis að ræða (Ingólfur V. Gíslason, 2008).

Andlegt ofbeldi. Mörgum hefur reynst erfitt að skýra út hvað andlegt ofbeldi er þar sem um mjög víðan málaflokk er að ræða. Ingólfur V. Gíslason (2008) skilgreinir þó andlegt ofbeldi í sinni bók sem „niðurlægjandi hegðun sem hefur það að markmiði að ná stjórn á eða völdum yfir maka eða leiðir til slíkra yfirráða“ (Ingólfur V. Gíslason, 2008, bls.19). Til að gefa einhverja hugmynd um hvað felst í andlegu ofbeldi má nefna hótanir um að valda skaða (Renner, 2009; Samtök um kvennaathvarf, e.d.), einangrun, ógnandi framkoma, ásakanir um geðveiki, niðurlægjandi athugasemdir, svívirðingar, eftirlit s.s með ferðum og pósti og sífelld gagnrýni svo einhver dæmi séu nefnd. Í andlegu ofbeldi er ekki um gagnkvæmni að ræða heldur er hegðunin einungis eða að stærstum hluta í eina átt (Ingólfur V. Gíslason, 2008). Þannig gáfu langflestar konurnar sem leituðu til Kvennaathvarfsins á árunum 2006-2008 upp andlegt ofbeldi sem ástæða komu, ýmist í bland við aðra gerð ofbeldis eða sem eitt og sér (Samtök um kvennaathvarf, e.d.), en það er þó sjaldgæfara. Algengt er að andlegt ofbeldi leiði með tímanum til líkamlegs ofbeldis og því er mikilvægt að merki um andlegt ofbeldi séu ávallt tekin alvarlega (Ingólfur V. Gíslason, 2008).

Líkamlegt ofbeldi. Líkamlegt ofbeldi er líklega sýnilegasta form heimilisofbeldis og það fyrsta sem kemur upp í huga fólks þegar rætt er um ofbeldi í nánnum samböndum. Dæmi um líkamlegt ofbeldi gagnvart konu er að hún er hrist, slegin, stungin, kæfð (Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997; Ingólfur V. Gíslason, 2008; Krieger, 2008), hárreytt, klipin, brennd (Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997), klóruð, bundin, bitin, tekin kverkataki, barin með hlutum eða hlutum hent í hana, kýld eða hún jafnvel myrt (Ingólfur V. Gíslason, 2008; Krieger, 2008). Það sem einkennir ofbeldi af þessu tagi er að áverkarnir eru á svæðum líkamans sem ekki eru sýnilegir þó einnig séu til dæmi þess að ofbeldismaðurinn veiti konunni vísvitandi áverka á sýnilegum stöðum (Ingólfur V, Gíslason, 2008).

Í ársskýrslu Samtaka um kvennaathvarf frá árinu 2008 kemur fram að líkamlegt ofbeldi var önnur algengasta ástæða fyrir komum kvenna árin 2006-2008. Þess ber þó að geta að flestar kvennanna voru beittar fleiri en einni tegund ofbeldis (Samtök um kvennaathvarf, e.d.), þannig er algengt að þolendur séu að auki beittir andlegu ofbeldi þar sem sýnt hefur verið fram á að slíkt ofbeldi á sér ýmist stað samfara líkamlegu ofbeldi eða sem undanfari slíks (Renner, 2009).

Heimilisofbeldi á Íslandi

Þegar ofbeldi gegn konum á Íslandi er skoðað er gagnlegt að rýna í nokkrar af þeim fáu rannsóknum sem framkvæmdar hafa verið hér á landi. Vitnað verður í rannsóknir sem ná allt til ársins 1996 en með þeim verður reynt að draga upp mynd af umfangi og eðli heimilisofbeldis á Íslandi.

Könnun Dóms- og kirkjumálaráðuneytisins árið 1996. Ein stærsta og viðamesta rannsóknin sem framkvæmd hefur verið hér á landi var gerð á vegum Dóms- og kirkjumálaráðuneytisins árið 1996. Rannsóknin var framkvæmd að tilskipan Alþingis í þeim tilgangi að fá mynd af stöðunni hér á landi og náði hún til allrar þjóðarinnar.

Á vormánuðum árið 1996 var hringt í 3000 Íslendinga á aldrinum 18-65 ára sem valdir höfðu verið með tilviljunarúrtaki. Lagðar voru spurningar um líkamlegt ofbeldi fyrir 2225 manns og var svarhlutfallið því 74%, þar af voru 1064 karlar (47,8%) og 1161 kona (52,2%). Spurningarnar fjölluðu flestar um líkamlegt ofbeldi, en helstu veikleikar rannsóknarinnar fólust í því að ekki var spurt um andlegt eða kynferðislegt ofbeldi. Niðurstöðurnar sýndu að 9% karla og 2,8% kvenna höfðu verið beitt líkamlegu ofbeldi síðastliðna 12 mánuði. Stærstur hluti kvennanna eða 1,3% höfðu orðið fyrir ofbeldi af hálfu núverandi eða fyrrverandi maka á meðan hlutfallið var 0,8% hjá körlum. Það sem vekur athygli er að meirihluti kvennanna eða 54% hafði verið beitt grófu ofbeldi á meðan hlutfall karla sem höfðu verið beittir grófu ofbeldi af núverandi eða fyrrverandi maka var 38%. Niðurstöðurnar sýndu því að almennt séð eru karlar líklegri til að verða fyrir ofbeldi en konur eru mun oftar fórnarlömb ofbeldis í nánnum samböndum og ofbeldið gegn þeim er fremur grófara.

Þegar konurnar voru spurðar um ofbeldi af hálfu fyrrverandi eða núverandi maka, burtséð frá því hvenær ofbeldið átti sér stað, hækkaði hlutfall þolenda ofbeldis umtalsvert. Um 14% kvennanna höfðu reynslu af slíku og 4% karlanna. Þar með sýndi rannsóknin að konurnar þekktu ofbeldismanninn í 70% tilfella en fremur algengt var að gerandinn væri fyrrverandi (34%) eða núverandi (24%) maki á meðan karlar voru líklegri til að verða fyrir ofbeldi af hendi ókunnugra.

Þegar konurnar voru spurðar um mögulega orsök ofbeldisins nefndu þær oftast áfengi (71,4%), afbrýðisemi (62,5%) og skilnað eða beiðni um skilnað (30,4%).

Menntun virtist ekki hafa mikið að segja þegar ofbeldi var annars vegar en hlutfall þeirra þolenda sem voru með grunnskólapróf, framhaldsskólamenntun eða háskólapróf var nokkuð svipað. Einnig sýndi rannsóknin fram á að tekjulægstu og allra tekjuhæstu konurnar urðu sjaldnar fyrir ofbeldi. Fráskildar konur eru í þeim hópi sem marktækt oftara hafa verið beittar ofbeldi. Möguleg skýring á því og eflaust sú augljósasta er að konur sem hafa verið beittar ofbeldi sækja um skilnað eða slíta sambúð.

Könnun Dóms- og kirkjumálaráðuneytisins staðfesti svo ekki verður um villst að ofbeldi er alvarlegt vandamál. Einnig leiddi hún í ljós að ekki er hægt að einangra einn afmarkaðan orsakapátt heldur er ofbeldið samspil margra orsakapátta og afleiðingar þess eru margþættar (Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997).

Rannsóknir Erlu Kolbrúnar Svavarsdóttur og Brynju Örlygsdóttur á árunum 2005-2006.

Erla Kolbrún Svavarsdóttir og Brynja Örlygsdóttir framkvæmdu landskönnun á árunum 2005-2006. Um var að ræða þversniðsrannsókn þar sem spurningalisti var sendur út til 7523 kvenna á aldrinum 18-67 ára sem ýmist voru giftar eða í sambúð, en 2746 konur svöruðu listunum og reyndist svarhlutfallið því vera 36,5%. Yfirlýstur tilgangur rannsóknarinnar var að kanna tengsl líkamlegrar og andlegrar heilsu á meðal íslenskra kvenna sem höfðu reynslu af ofbeldi í nánum samböndum (Svavarsdóttir og Örlygsdóttir, 2009a). Þessi rannsókn verður borin saman við aðra rannsókn sem þær stöllu framkvæmdu á slysa- og bráðadeild og Miðstöð mæðraverndar á sama tíma. Tilgangur þeirrar rannsóknar var meðal annars að meta umfang þess ofbeldis sem konur er

sækja þjónustu heilbrigðiskerfisins eru beittar. Úrtakið var 101 kona á slysa- og bráðadeild og 107 konur á Miðstöð mæðraverndar en allar voru þær á sama aldursbili og í fyrrnefndu rannsókninni (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir 2009b).

Í fyrrgreindri landskönnun var meðalaldur giftu kvennanna 47 ár og meðalaldur kvenna í sambúð 35 ár og voru flestar kvennanna útvinnandi og með 1-3 börn á heimilinu. Algengast var að konurnar hefðu verið beittar andlegu ofbeldi en 16,7% giftu kvennanna og 18,2% þeirra sem voru í sambúð greindu frá því. Tvö prósent giftu kvennanna höfðu orðið fyrir líkamlegu ofbeldi af hálfu maka síns og 3,3% kvennanna sem voru í sambúð (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009a). Þegar tíðni andlegs og líkamlegs ofbeldis á meðal kvenna var könnuð á slysa- og bráðadeild Landspítalans og á Miðstöð mæðraverndar hækkaði hlutfall þolenda umtalsvert. Á slysa- og bráðadeild greindu 33% kvennanna frá því að þær hefðu einhverntíman verið beittar líkamlegu ofbeldi í nánu sambandi á meðan hlutfallið reyndist vera 21,9% á Miðstöð mæðraverndar. Þegar konurnar voru spurðar um andlegt ofbeldi síðastliðna 12 mánuði reyndust 22,2% kvenna á slysa- og bráðadeild og 11,5% á Miðstöð mæðraverndar hafa reynslu af því. Þess má geta að meirihluti þeirra kvenna sem tóku þátt í þessari rannsókn voru giftar eða í sambúð. Samanburður á niðurstöðum þessara rannsókna benda því eindregið til að konur sem eru þolendur ofbeldis í nánnum samböndum leiti mun oftast til heilbrigðiskerfisins samanborið við aðrar konur (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009b).

Könnun Rannsóknaseturs í barna- og fjölskylduvernd árið 2008. Félags- og tryggingamálaráðuneytið fól Rannsóknarsetri í barna- og fjölskylduvernd (RBF) að framkvæma viðamikla rannsókn í þeim tilgangi að meta umfang, eðli og orsakir ofbeldis sem konur eru

beittar hér á landi, en rannsóknin er hluti af aðgerðaráætlun stjórnvalda til ársins 2011 vegna heimilisofbeldis og kynferðislegs ofbeldis.

Á haustmánuðum 2008 var hringt í 3000 konur sem höfðu verið valdar með slembiúrtaki úr þjóðskrá. Konurnar voru á aldrinum 18-80 ára og var svarhlutfall 68%. Niðurstöðurnar sýndu að um 22% íslenskra kvenna hafi upplifað ofbeldi í nánú sambandi um ævina en 1,6% kvennanna sögðust hafa orðið fyrir því á síðastliðnum 12 mánuðum. Ef sú tala er umreiknuð yfir í fjölda kvenna jafngildir það að 1800 konur hafi orðið fyrir ofbeldi í nánú sambandi árið á undan. Af þeim konum sem höfðu orðið fyrir ofbeldi í nánú sambandi um ævina töldu 26% sig hafa verið í lífshættu við síðasta ofbeldisatvik og 41% tjáðu að gerandinn hefði unnið sér líkamlegt mein. Í 19% tilfella var gerandinn fyrrverandi maki en um 5% höfðu upplifað ofbeldi í núverandi nánú sambandi. Þess má einnig geta að frásældar konur voru meirihluti þeirra sem greindu frá því að hafa verið beittar líkamlegu ofbeldi, hótunum og kynferðislegum snertingum.

Ef niðurstöður þessarar rannsóknar eru bornar saman við könnun Dóms- og kirkjumálaráðuneytisins frá árinu 1996 má sjá að hlutfallslega fleiri konur greina nú frá því að hafa verið beittar líkamlegu ofbeldi um ævina, árið 1996 greindu 14% kvennanna frá því en 22% árið 2008. Hvað ofbeldi síðustu 12 mánuðina varðar höfðu hlutfallslega jafn margar konur verið beittar því bæði árin. Í rannsókninni árið 1996 fundust engin tengsl á milli ofbeldis og menntunar en það stangast á við niðurstöðurnar árið 2008 þar sem rannsóknin sýndi að konur sem höfðu lokið háskólaprófi voru ólíklegri til að greina frá ofbeldi. Aftur á móti ber rannsóknunum saman um að gerandinn er í meirihluta tilvika fyrrverandi maki og að frásældar konur eru stærsti

hópurinn sem greinir frá því að hafa verið beittur ofbeldi (Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997; Félags- og tryggingamálaráðuneyti, e.d.).

Áhættuþættir heimilisofbeldis

Áður fyrr var oft talað um að það hlytu að vera sérstakar konur, konur sem eitthvað væri að, sem yrðu fyrir ofbeldi í nánnum samböndum. Þessum hugmyndum hefur verið kollvarpað í kjölfar rannsóknarniðurstaðna sem bentu til að þolendur hefðu ekki ákveðin sérkenni sem kalli á ofbeldi eða hafi í för með sér slíkt. Þolandinn getur allt eins verið kona sem varð fyrir þeirri ógæfu að taka saman við karl sem beitir ofbeldi (Ingólfur V. Gíslason, 2008). Þó hefur verið sýnt fram á fjölmarga áhættuþætti sem taldir eru hafa áhrif á þróun heimilisofbeldis en ljóst er að ofbeldið verður ekki skýrt út frá einum ákveðnum orsaka- eða áhrifaþætti heldur er um flókið samspil margra mismunandi þátta að ræða (Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997).

Samfélagslegir áhættuþættir. Vitað er að opinber afstaða til ofbeldis hefur sitt að segja þegar heimilisofbeldi er annarsvegar, þar sem hætta á ofbeldi er mest í samfélögum sem viðurkenna beitingu þess (Ingólfur V. Gíslason, 2008; Jewkes, 2002). Ímynd karlmennskunar spilar hér stórt hlutverk en tíðni ofbeldis er hærri í samfélögum sem viðurkenna yfirráð karla samanborið við samfélög sem gera það ekki. Þannig má benda á Suður-Afrískan lækni að nafni Jewkes (2002) sem kom fram með þá umdeildu skoðun, eftir margra ára rannsóknir á ofbeldi í nánnum samböndum, að til þess að slíkt ofbeldi gæti átt sér stað þyrftu tveir þættir að koma til; ójafnræði milli karla og kvenna og viðurkenning samfélags á beitingu ofbeldis.

Efnahagslegir erfiðleikar eða fátækt eru áhrifaþættir sem hafa verið tengdir við ofbeldi í nánnum samböndum (Jewkes, 2002). Lágar tekjur og efnahagslegar þrengingar, bæði hjá fjölskyldum og í samfélaginu í heild, virðast á einn eða annan hátt auka tíðni ofbeldis (Ingólfur V. Gíslason, 2008; Krieger, 2008; Samtök um kvennaathvarf, e.d.; Soglin, o.fl., 2009). Með þessu er ekki verið að segja að ofbeldi eigi sér eingöngu stað hjá fólki í lægstu stéttunum, þvert á móti getur það átt sér stað í öllum samfélagshópum, en rannsóknir hafa sýnt að ofbeldi í efnalítlum fjölskyldum er bæði tíðara (Ingólfur V. Gíslason, 2008; Jewkes, 2002; Soglin, o.fl., 2009) og grófara en hjá þeim sem betur mega sín (Ingólfur V. Gíslason, 2008; Jewkes, 2002). Þannig hafa kenningar verið settar fram um tengsl þessara tveggja þátta, það er efnahagslegra þrenginga og ofbeldis í nánnum samböndum. Í grein sinni setti Jewkes (2002) fram kenningu um fyrrgreinda þætti en hún gengur út á að ofbeldið sé afleiðing streitu sem einstaklingar í fjárhagslegri kreppu upplifa. Fjárhagslegir erfiðleikar auka á almennt streitustig sem aftur leiðir til þess að ofbeldisþröskuldurinn lækkar (Jewkes, 2002). Áhættan á ofbeldi eykst því í kjölfar álags og streitu og fólk kann að bregðast öðruvísi við aðstæðum en venja er. Þannig getur atvinnuleysi til lengri tíma orðið hluti af erfiðum félagslegum aðstæðum en einnig getur skyndilegt álag komið til líkt og þegar einstaklingur missir vinnu og erfiðlega gengur að fá vinnu aftur eða við skyndilega tekjulækkun. Í öllum tilvikum eykst álag og streita með aukinni hættu á ofbeldi (Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997). Í þessu samhengi má benda á að Ísland er nú að ganga í gegnum miklar efnahagslegar þrengingar og atvinnuleysi og tekjulækkun er kaldur veruleiki hjá stórum hluta þjóðarinnar. Sem dæmi má nefna var atvinnuleysi 9% á Íslandi í janúar 2010 og hefur það vaxið nánast jafnt og þétt frá janúar 2008 (Vinumálastofnun, 2010).

Þrátt fyrir að samfélaginu stafi ákveðin ógn af ástandinu eru nokkrir þættir sem gera það að verkum að við stöndum betur að vígi en mörg önnur lönd í sambærilegri stöðu. Íslenska velferðarkerfið leikur þar stórt hlutverk en segja má að það komi í veg fyrir algjört hrun fjölskyldna í kjölfar efnahagslegra erfiðleika þar sem það stuðlar að því að einstaklingar geti áfram leitað sér aðstoðar vegna veikinda auk þess sem það kemur í veg fyrir að börn hrökklist úr skóla vegna fjárhagslegra erfiðleika heima fyrir. Af þessu mætti því draga þá ályktun að efnahagsleg staða hafi ekki jafn mikið að segja um ofbeldi í nánnum samböndum hér á landi eins og víða annarsstaðar (Ingólfur V. Gíslason, 2008).

Einstaklingsbundnir áhættuþættir þolenda. Ákveðnir áhættuþættir sem tengjast bæði aðstæðum og fyrri reynslu eru þekktir á meðal þolenda. Þannig má benda á að ofbeldi á æskuheimili konunnar virðist hafa fylgni við ofbeldi í nánnum samböndum á fullorðinsárum. Það skýrist af því að konan hefur orðið vitni að því í æsku hvaða viðhorf karlar hafa til kvenna og hvernig þeir haga samskiptum sínum við þær (Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997). Ofbeldið er þannig orðin viðurkennd aðferð til að leysa úr deilum og konan er líklegri til að verða fyrir ofbeldi og umbera það en kona sem ekki hefur verið beitt eða orðið vitni að ofbeldi í æsku (Ingólfur V. Gíslason, 2008; Jewkes, 2002). Niðurstöður rannsóknar Flinck og samstarfsfélaga (2005) styðja þetta þar sem fimm af þeim sjö konum sem tekin voru viðtöl við greindu frá reynslu af ofbeldi og ótta í æsku en allar töldu þær þá reynslu hafa gert sig berskjaldaðri fyrir ofbeldi á fullorðinsárum.

Margir sjá ákveðna tengingu á milli ölvunar og ofbeldis (Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997) enda hafa vísbendingar gefið til kynna að um óumdeilanlega tengda þætti sé að ræða

(Ingólfur V. Gíslason, 2008). Vitað er að áfengi dregur úr hömlum og lækkar dómgreind (Jewkes, 2002) en ekki er fyllileg ljóst hver þáttur þess er í beitingu ofbeldis (Ingólfur V. Gíslason, 2008). Þó er vitað að ofbeldið verður ekki skýrt út með áfengi einu og sér þar sem ytri skilyrði og viðbrögð umhverfisins hafa einnig eitthvað að segja um þróun þess (Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997). Þannig getur áfengisneyslan ýmist verið afleiðing ofbeldisins eða átt þátt í orsökum þess en líklegt er að um samspil áfengis og annarra orsakaþátta sé að ræða (Ingólfur V. Gíslason, 2008). Við þetta má bæta að hvað önnur vímuefni varðar er líklegt að örvandi efni, á borð við kókaín og amfetamín, sem þekkt eru fyrir að setja mark sitt á hömlur einstaklinga hafi svipuð áhrif og áfengi þegar að ofbeldi í nánnum samböndum kemur (Jewkes, 2002).

Konur í sérstakri áhættu. Ákveðnar konur eru í meiri hættu en aðrar á að verða fyrir ofbeldi í nánnum samböndum en þeirra á meðal eru konur sem flytja frá heimalandi sínu og til annars lands. Skýringuna á því má fyrst og fremst finna í félagslegri einangrun kvennanna en þær eiga sjaldan fjölskyldu, vini og þétt stuðningsnet líkt og í heimalandi sínu. Félagsleg einangrun er þannig áhættuþáttur þar sem jákvæðu sambandi hefur verið lýst á milli þess og beitingu ofbeldis í nánnum samböndum (Ingólfur V. Gíslason, 2008). Í þessu samhengi má benda á tölur frá Kvennaathvarfinu en þær sýna að 29% þeirra kvenna sem þangað leituðu árið 2008 voru af erlendu bergi brotnar. Meirihluti þessara kvenna komu til dvalar en skýringin á því liggur að öllum líkindum í þeirra veika stuðningsneti (Samtök um kvennaathvarf, e.d.).

Líkamlega fatlaðar konur eru dæmi um annan hóp sem sýnt hefur verið fram á að séu í aukinni hættu á að verða fyrir ofbeldi í nánnum samböndum, en þessi hópur virðist einnig búa lengur við ofbeldið samanborið við konur sem ekki eru líkamlega fatlaðar. Ástæðan fyrir aukinni

tíðni ofbeldis á meðal líkamlega fatlaðra kvenna gæti falist í því að þær eru oft öðrum háðar, tækifæri þeirra til að greina frá ofbeldinu eru færri, þær skortir oft félagslegan stuðning auk þess sem þær eru í aukinni hættu á að einangrast félagslega (Copel, 2006) en einangrun ýtir undir ofbeldi og öfugt, þannig festast konurnar í vítahring sem erfitt getur verið að brjótast úr (Ingólfur V. Gíslason, 2008).

Þungaðar konur er þriðji og síðasti hópurinn sem rætt verður um í tengslum við konur í sérstakri áhættu. Þannig hefur það sýnt sig að meðganga er engin vörn gegn ofbeldi en í flestum tilfellum er um að ræða framhald af ofbeldi sem átt hefur sér stað fyrir meðgöngu, þó einnig séu til dæmi þess að ofbeldi hefjist á meðgöngu (Burch og Gallup, 2004; Edin, o.fl., 2010; Martin, o.fl., 2001). Það sem er nokkuð sláandi varðandi þennan hóp er að ofbeldið hefur tilhneigingu til að aukast á meðgöngu (Burch og Gallup, 2004). Á þessu hafa fræðimenn reynt að leita skýringa en tilgátur hafa verið settar fram um að hættan á ofbeldi aukist í samböndum þar sem karlmaðurinn hefur ímyndaðan eða staðfestan grun um að hann sé ekki raunverulegur faðir barnsins. Þannig leiðir grunur um hjúskaparbrot af sér aukið ofbeldi eða aukna ofbeldishegðun gagnvart þungaðri konunni (Burch og Gallup, 2004; Sigríður Sía Jónsdóttir, 2009). Önnur tilgáta fjallar um þá auknu athygli sem konur fá frá umhverfinu á meðgöngu. Makinn gæti hugsanlega talið að valdastöðu sinni væri ógnað sem aftur gæti leitt af sér aukið ofbeldi svo einhver dæmi séu nefnd (Sigríður Sía Jónsdóttir, 2009). Til að tengja þetta við íslenskan veruleika má benda á rannsókn frá árinu 2008 sem sýndi að íslenskar konur eru beittar ofbeldi á meðgöngu. Niðurstöðurnar sýndu að 5% kvenna sem voru þolendur ofbeldis í nánú sambandi voru ófrískar þegar síðasta ofbeldisatvik átti sér stað (Félags- og tryggingamálaráðuneyti, e.d.). Það er í

samræmi við aðrar niðurstöður íslenskrar rannsóknar frá árinu 2006 en þá skýrðu 4,7% þeirra kvenna sem voru í áhættumeðgöngu og sóttu þjónustu til Miðstöðvar mæðraverndar að þær hefðu verið beittar líkamlegu ofbeldi á meðgöngunni (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009b).

Aðrir áhættuþættir. Meðal annarra áhættuþátta fyrir ofbeldi í nánnum samböndum er til dæmis tímabilið eftir að kona ákveður að yfirgefa mann sinn. Rannsóknir hafa sýnt að sá tími er sérstaklega áhættusamur og er konan í aukinni hættu á að setið sé um hana, tilraun sé gerð til manndráps eða hún jafnvel myrt (Edin, o.fl., 2010; Jewkes, 2002). Einnig hefur aldri verið lýst sem áhættuþætti en ljóst er að yngri konur eru í aukinni hættu á að verða fórnalömb ofbeldis en þær sem eldri eru (Félags- og tryggingamálaráðuneyti, e.d.; Jewkes, 2002).

Þrátt fyrir að taldir séu upp ýmsir áhættuþættir hér að ofan er ekki þar með sagt að allar konur sem tilheyra þessum áhættuhópum séu fórnarlömb ofbeldis í nánnum samböndum. Bent hefur verið á að ósýnileiki, varnarleysi og það að vera öðrum háður séu þættir sem auka sérstaklega líkurnar á að viðkomandi verði fórnarlömb ofbeldis í nánu sambandi. Hvað sem því líður er það almennt svo að þær konur sem eiga undir högg að sækja s.s. alkóhólistar, fíklar eða konur af erlendu bergi eru líklegri til að búa við ofbeldi en aðrar konur (Ingólfur V. Gíslason, 2008).

Afleiðingar heimilisofbeldis

Konur sem beittar hafa verið heimilisofbeldi glíma við fleiri heilsufarsvandamál en konur sem ekki hafa reynslu af slíku (Lee, Pomeroy og Bohman, 2007; Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009a). Alvarleiki ofbeldisins og það hversu lengi það hefur varað hefur forspárgildi hvað andlega og líkamlega heilsu varðar (Krieger, 2008; Straus, o.fl., 2009) þar sem ofbeldið leiðir með tímanum til langvinnra heilsufarsvandamála. Ávallt verður að hafa í huga að afleiðingar ofbeldis í nánnum samböndum eru ekki alltaf sýnilegar, þvert á móti geta þær rist djúpt í hjarta og sál fórnarlamba og verið þannig ósýnilegar öðrum (Krieger, 2008). Benda má á að þó að kona endi samband sitt við ofbeldisfullan einstakling er ekki þar með sagt að áhrifum ofbeldisins ljúki. Afleiðingarnar eru oftast viðvarandi til lengri tíma og stundum vara þær ævilangt (Erla Kolbrún Svavarsdóttir, 2006). Því er ljóst að áhrif á lífsgæði, heilsu og velferð þeirra einstaklinga sem þetta þurfa að reyna eru mikil (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009b; Valente, 2002).

Polendur leita oft ýmissa leiða til að takast á við afleiðingar ofbeldis. Ef niðurstöður rannsóknar Dóms- og kirkjumálaráðuneytisins frá árinu 1997 eru skoðaðar má sjá að 23% kvennanna viðurkenndu að hafa notað áfengi til að takast á við afleiðingar ofbeldis og 20% viðurkenndu að hafa tekið inn lyf í sama tilgangi. Það sem vekur athygli er að af þessum 23% höfðu 14% neytt áfengis ítrekað í því skyni að lækna sálræn einkenni ofbeldis. Um 3% kvennanna viðurkenndu að hafa notað fíkniefni í þessum tilgangi en nær allar höfðu þær gert það oftast en einu sinni. Sýnt hefur verið fram á að einstaklingar sem neyta ítrekað áfengis í þeim tilgangi að lækna sálræn einkenni eru í aukinni hættu á að þróa með sér áfengissýki (Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997). Ákveðinn samhljómur er með þeirri þekkingu og niðurstöðum

rannsóknar Svavarsdóttir og Orlygsdóttir (2009a) þar sem þátttakendur sem misnotuðu áfengi voru líklegri til að búa við alvarlegra ofbeldi samanborið við þá sem ekki misnotuðu áfengi.

Í ljósi þess að hagsmunir barna og foreldra eru samtvinnaðir (Guðrún Kristinsdóttir og Ingibjörg H. Harðardóttir, 2008) má ekki gleyma þeim börnum sem búa við eða hafa búið við heimilisofbeldi en hið ofbeldisfulla andrúmsloft sem ríkt hefur í kringum ástvin þeirra snertir þau einnig (Flinck, o.fl., 2005). Sýnt hefur verið fram á að í mörgum tilfellum finna konurnar fyrir aukinni samhygð og aukinni verndartilfinningu gagnvart börnum sínum en þannig reyna þær að verja þau fyrir áhrifum ofbeldisins. Konurnar leitast við að setja þarfir og öryggi barna sinna í forgang (Renner, 2009; Valente, 2002). Þannig er áhugavert að benda á rannsókn sem Renner (2009) gerði og náði yfir þriggja ára tímabil en tilgangur hennar var að kanna tengsl líkamlegs og andlegs ofbeldis sem konur höfðu orðið fyrir í nánnum samböndum við álag og hlýju í foreldrahlutverkinu á sama tíma og þáttur þunglyndis var skoðaður. Niðurstöðurnar sýndu að konur sem hafa nýlega orðið fyrir andlegu ofbeldi í nánú sambandi eru líklegri til að greina frá auknu álagi í foreldrahlutverkinu seinna meir en þunglyndiseinkenni kvennanna hafa þar mikil áhrif. Aftur á móti fundust engin tengsl á milli nýlegs líkamlegs ofbeldis í nánú sambandi og aukins álags í foreldrahlutverkinu. Niðurstöðurnar benda einnig til að minni hlýju gæti á meðal mæðra í garð barna sinna stuttu eftir að andlegt ofbeldi hefur átt sér stað, en hinsvegar fundust ekki tengsl á milli hlýju og foreldrahlutverks í kjölfar líkamlegs og andlegs ofbeldis í nánú samböndum þegar til lengri tíma var litið. Því má segja að áhrifin á foreldrahlutverkið séu meiri þegar um andlegt ofbeldi er að ræða heldur en líkamlegt ofbeldi. Þetta er í samræmi við fyrri

rannsóknir sem sýndu fram á að andlegt ofbeldi virðist oft valda konum meiri skaða en líkamlegt ofbeldi (Renner, 2009).

Líkamlegar afleiðingar þolenda. Líkamlegar afleiðingar ofbeldis eru, eins og áður hefur verið getið, oft það fyrsta sem kemur upp í huga fólks þegar minnst er á heimilisofbeldi. Þannig verða um 22,1% kvenna fyrir líkamlegu ofbeldi í nánu sambandi einhverntímann á lífsleiðinni (Renner, 2009) og til fróðleiks má geta að 24% þeirra kvenna sem leituðu til Kvennaathvarfsins árið 2008 voru með líkamlega áverka við komu (Samtök um kvennaathvarf, e.d.). Hugmyndir almennings snúast þannig oft um þá áverka sem sýnilegir eru stuttu eftir að ofbeldisatvik hefur átt sér stað en líkamlegu afleiðingarnar eru mun víðtækari en fyrrnefndar hugmyndir fólks gefa til kynna. Sem dæmi má nefna kyrkingar en sýnilegir áverkar eins og rautt far, mar eða húðbruni eftir reipi sést einungis í 15% tilvika. Aftur á móti geta kyrkingar valdið áverkum sem ekki eru sýnilegir öðrum eins og verkur í hálsi, raddbreytingar, kyngingarörðugleikar eða broti á tungubeini (hyoid). Slíkt getur leitt til dauðsfalls allt að 36 klukkustundum eftir að þolandi verður fyrir kyrkingu (Krieger, 2008). Þannig er dauðsfall þekkt líkamleg afleiðing ofbeldis í nánum samböndum (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009a; Valente, 2002) og eru sorgleg dæmi þess hér á landi. Nýlegt tilfelli þess eru t.d örlög Sri Rahmawati en hún var myrt af barnsföður sínum á vofeiflegan hátt árið 2004 (Sextán ára fangelsi fyrir heiftarlega atlögu, 2005).

Staðreyndin er sú að konur sem beittar hafa verið ofbeldi glíma við fleiri líkamleg vandamál en þær sem ekki hafa þurft að reyna slíkt (Erla Kolbrún Svavarsdóttir, 2006). Dæmi um líkamlegar afleiðingar ofbeldis eru þyngdarbreytingar, gamlir og ómeðhöndlaðir áverkar, óskýr sjón, svimi, meltingartruflanir og langvinnir verkir (Krieger, 2008; Valente, 2002). Í

tengslum við þetta má nefna að þessar konur eru tvisvar sinnum líklegri til að þjást af hjarta- og æðasjúkdómum, gigt, bakvandamálum, truflunum í taugakerfinu, langvinnum verkjum og astma. Í ljósi fyrrgreindra afleiðinga má benda á athyglisverðar niðurstöður íslenskrar rannsóknar sem sýndi fram á marktækt jákvætt samband á milli reykinga, þunglyndis, vefjagigtar og átraskana við ofbeldi í nánnum samböndum. Auknar líkur eru á að þessi hópur kvenna tileinki sér áhættuhegðun eins og að misnota áfengi eða að reykja en það leiðir aftur af sér verri líkamlega heilsu. Í raun má segja að þegar öllu er á botninn hvolft eru þessar konur í aukinni hættu á að þróa með sér langvinn veikindi (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009a).

Sálrænar afleiðingar þolenda. Þolendur ofbeldis í nánnum samböndum eru í aukinni hættu á að þjást af ýmiskonar sálrænum einkennum sem eru afleiðingar ofbeldisins (Golding, 1999; Lee, o.fl., 2007). Í þessu samhengi má benda á að konur sem beittar hafa verið ofbeldi í nánu sambandi eru tvisvar sinnum líklegri til að þjást af sálrænum erfiðleikum samanborið við aðrar konur (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009a), en einnig hefur neikvæðu sambandi verið lýst á milli alvarleika ofbeldis og sálrænnar heilsu þolanda (Straus o.fl., 2009).

Þunglyndi er gjarnan eitt af fyrstu sálrænu einkennum sem þolendur ofbeldis í nánnum samböndum sýna (Valente, 2002). Golding (1999) greindi frá marktækt hærri tíðni þunglyndis á meðal þolenda þ.e 15-83% á meðan tíðni þunglyndis hjá konum sem ekki höfðu verið beittar ofbeldi var 10,2-21,3%. Fleiri fræðimenn hafa sýnt fram á það sama, að þunglyndi er algengt á meðal kvenna sem hafa upplifað ofbeldi í nánu sambandi (Krieger, 2008; Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009a). Ofbeldi í nánnum samböndum leiðir einnig oft til vantrausts kvenna í garð annarra, andfélagslegrar hegðunar, lágs sjálfstrausts (Krieger, 2008), svefnörðugleika (Flinck,

o.fl., 2005) og fælni auk þess sem konurnar verða varari um sig. Minnisleysi getur gert vart við sig en það lýsir sér í erfiðleikum við að greina frá og rifja upp reynsluna, skýringuna á því má hugsanlega finna í þeim áhrifum sem ofbeldið hefur á stöðvar heilans sem snúa að athygli og minni (Valente, 2002).

Skömmin hvílir einnig oft þungt á þessum konum en fórnarlömbin trúa því oft statt og stöðugt að ofbeldið sé þeim að kenna (Krieger, 2008; Valente, 2002). Svo mikil getur skömmin í raun verið að hún hindrar konurnar í að greina öðrum frá ofbeldinu (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009a; Valente, 2002). Í þessu samhengi má benda á eigindlega rannsókn Flinck og samstarfsfélaga (2005) en þeir tóku viðtöl við sjö konur sem allar höfðu reynslu af ofbeldi í nánnum samböndum. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna reynslu þessara kvenna af ofbeldinu ásamt því að skoða hvaða afleiðingar slík upplifun hefur á þolendur þess. Þrátt fyrir að ekki sé hægt að alhæfa út frá rannsókninni, sökum þess hve lítið úrtakið er, gefa niðurstöður þess ágætis innsýn inn í hugarheim þolenda en þeir lýstu meðal annars upplifun og tilfinningunni um að vonir sínar um ævilangt hjónaband væru brostnar ásamt því að þær lýstu skömminni sem fylgdi því að geta ekki látið sambandið ganga upp. Konurnar upplifðu oft mikla reiði og hatur í garð sjálfs síns og annarra auk þess sem þær lýstu tilfinningunni um biturleika, niðurlægingu og skort á sjálfstrausti svo einhver dæmi séu nefnd. Neikvæð líðan sem þessi getur leitt til sjálfsskaðandi hegðunar og hugsana um að vilja vinna sjálfri sér eða maka sínum mein (Flinck, o.fl., 2005; Valente, 2002). Í þessu samhengi má benda á grein Golding frá árinu 1999, en fræðileg samantekt hans á 13 rannsóknum sýndi að tíðni sjálfsvígstílauna á meðal kvenna sem hafa orðið fyrir ofbeldi í nánnum samböndum er á bilinu 4,6-77% (Golding, 1999).

Sjálfsvígshugsanirnar geta meðal annars stafað af kvíða í tengslum við ofbeldið en það getur verið leið konunnar til að takast á við það tilfinningalega álag sem ofbeldið veldur (Krieger, 2008).

Það að búa við stöðugan ótta af völdum ofbeldis eða hafa reynslu af slíku er álagsvaldandi fyrir þolendur en tengslin á milli álags og andlegra raskana eru vel þekkt. Raunar er það svo að saga um álag, af hvaða orsökum sem það kann það stafa, er einkennandi fyrir þá sem fá áfallastreituröskun (Golding, 1999). Samkvæmt Yoshihama og Horrocks (2003) munu 40-54% þeirra kvenna sem hafa reynslu af ofbeldi í nánnum samböndum þróa með sér áfallastreituröskun einhverntímamann á lífsleiðinni samanborið við 10-14% í almennu þýði. Golding (1999) tekur í sama streng og greinir frá mun hærri tíðni á meðal þolenda eða á bilinu 31-84,4%. Hvað sem mismunandi tíðnitölum líður er ljóst að áfallastreituröskun er algeng á meðal þolenda. Meðal einkenna áfallastreituröskunar eru endurupplifanir áfallsins, tilfinningadeyfð, árvekni og fælni (Levendosky, Huth-Bocks, Semel og Shapiro, 2002; Valente, 2002; Yoshihama og Horrocks, 2003). Fælnin felur í sér að þolandi reynir að forðast einstaklinga, aðstæður, tilfinningar, myndir og hugsanir sem minna hann á atburðinn. Þessi einkenni vara í meira en mánuð og valda verulegum truflunum á daglegu lífi þolandans (Valente, 2002).

Dæmi um önnur vandamál sem konur í þessari stöðu geta þurft að takast á við eru áfengissýki, átraskanir (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009a; Valente, 2002), lyfjamisnotkun (Valente, 2002) og atvinnuleysi (Krieger, 2008) svo fátt eitt sé nefnt.

Afleiðingar ofbeldis á meðgöngu. Þegar kona sem ber barn undir belti er beitt ofbeldi er hið ófædda barn einnig í hættu þar sem það getur, með einum eða öðrum hætti, skaðað barnið

eða stefnt því í hættu. Afleiðingarnar geta tengst ofbeldi á meðgöngu beint, líkt og þegar líkamlegu ofbeldi hefur verið beitt, eða óbeint líkt og þegar afleiðingarnar valda miklu álagi hjá konunni (Coker, Sanderson og Dong, 2004).

Ein alvarlegasta afleiðing ofbeldis á meðgöngu er fósturlát (Jasinski, 2004) en rannsóknir hafa sýnt fram á hærri tíðni fósturláta hjá konum sem beittar hafa verið ofbeldi á meðgöngu en þeim sem ekki hafa þurft að þola slíkt (Coker, o.fl., 2004). Ofbeldið eykur einnig líkurnar á ýmsum vandamálum á meðgöngu en aukin hætta er á að konurnar fæði fyrir tímann (Coker, o.fl., 2004; Jasinski, 2004), fái blæðingu um leggöng á öðrum eða þriðja þriðjungi meðgöngunnar (Curry, ofl., 1998; Jasinski, 2004), fái fylgjuulos, nýrnasýkingar (Jasinski, 2004) og þjáist af blóðleysi auk þess sem það hefur sýnt sig að þær eru líklegri til að fá sýkingar í leggöng (Curry, o.fl., 1998) svo einhver dæmi séu nefnd.

Eins og áður hefur komið fram getur verið um beinar eða óbeinar afleiðingar ofbeldisins að ræða. Þær óbeinu geta meðal annars komið í kjölfar aukins álags á móðurina eða vegna einangrunar, ófullnægjandi aðgengi hennar að meðgönguvernd, óheilbrigðum lífsstíl (s.s að reykja) eða ónógri næringarinntekt (Coker, o.fl, 2004). Hvað óheilbrigðan lífsstíl varðar hefur verið sýnt fram á að marktækt fleiri ófrískar konur sem beittar eru ofbeldi reykja (Curry, o.fl., 1998; Jasinski, 2004), en tengsl hafa fundist á milli reykinga á meðgöngu og fæðingu léttbura annarsvegar (Coker, o.fl., 2004; Curry, o.fl, 1998) og fósturláts hinsvegar (Coker, o.fl., 2004).

Konur sem beittar eru ofbeldi koma oft seinna í meðgönguvernd en það eitt og sér getur leitt til vandamála eins og léttbura- (Curry, o.fl., 1998) og fyrirburafæðinga (Jasinski, 2004). Þessar konur eru einnig líklegri til að neyta áfengis og vímuefna á meðgöngu (Curry, o.fl., 1998),

lifa óheilsusamlegu lífi, neyta næringarminni fæðu og upplifa ófullnægjandi þyngdaraukningu (Jasinski, 2004).

Coker og samstarfsfélagar (2004) gerðu þversniðsrannsókn í þeim tilgangi að kanna hvaða afleiðingar líkamlegt og andlegt ofbeldi á meðgöngu hefur á ófætt fóstur eða fætt barn. Tekin voru viðtöl við 755 konur á aldrinum 18-65 ára sem höfðu gengið í gegnum samtals 1862 meðgöngur og áttu annaðhvort lifandi fædd börn eða höfðu misst fóstur seint á meðgöngu. Niðurstöðurnar sýndu að ofbeldi á meðgöngu jók hættuna á fæðingu fyrirbura og fæðingu léttbura en jákvætt samband fannst á milli tíðni ofbeldis á meðgöngu og hættu á fæðingu léttbura. Þegar konur sem höfðu eignast léttbura voru bornar saman við konur sem höfðu eignast fullbura í eðlilegri þyngd kom í ljós að þær sem höfðu eignast léttbura, hvort sem um var að ræða fyrirbura eða fullbura, voru líklegri til að greina frá ofbeldi á meðgöngu. Þetta er í samræmi við niðurstöður rannsóknar Curry og samstarfsfélaga (1998) en þeir greindu frá marktækt hærri tíðni léttburafæðinga á meðal kvenna sem beittar höfðu verið ofbeldi þar sem tíðnin var 9% á meðal þolenda á móti 5,7% hjá þeim konum sem ekki höfðu verið beittar ofbeldi. Þannig er ljóst að ofbeldi á meðgöngu stefnir bæði lífi og heilsu móður og barns í hættu (Curry, o.fl., 1998; Edin, o.fl., 2010; Krieger, 2008) og greinilegt er að afleiðingarnar eiga rætur sínar að rekja til flókins samspils orsakapátta.

Afleiðingar ofbeldis á börn. Afleiðingar heimilisofbeldis á börn eru víðtæk og breytileg en áhrifin geta meðal annars tengst skaða fyrir fæðingu eða ótta barns sem leiðir til alvarlegra vandamála (Guðrún Kristinsdóttir og Ingibjörg H. Harðardóttir, 2008). Þegar talað er um að börn

verði vitni að ofbeldi á heimilum er ekki endilega þar með sagt að þau sjái það með berum augum. Börn sem búa við eða hafa búið við slíkar aðstæður upplifa ofbeldið með öllum sínum skynfærum; þau sjá, heyra og verða vitni að afleiðingum þess (Flinck, o.fl., 2005; Meltzer, Doos, Vostanis, Ford og Goodman, 2009; Överlien og Hydén, 2009), en ofbeldi á heimili snertir alla þá einstaklinga sem þar búa og þar eru börnin ekki undanskilin (Guðrún Kristinsdóttir og Ingibjörg H. Harðardóttir, 2008). Erlendar kannanir gefa til kynna að flest þeirra barna sem kljást við afleiðingar heimilisofbeldis eigi einhleypar eða fráskildar mæður (Levendosky, o.fl., 2002; Överlien og Hydén, 2009) en þó er óljóst hver staðan er í þeim efnum hér á landi þar sem ekki hafa verið gerðar rannsóknir á aðstæðum þessara barna.

Hafa verður í huga að börn eru eins ólík og þau eru mörg, sum geta staðið meira af sér en önnur og þar af leiðandi er mismunandi fyrir hvert og eitt barn hvenær ofbeldið fer að hafa veruleg áhrif (Valente, 2002). Aldur barnsins virðist hafa eitthvað að segja um áhrifin þar sem ungabörn sem búa á heimilum þar sem ofbeldi í nánnum samböndum á sér stað hafa tilhneigingu til að eiga í svefn- og fæðuvandamálum. Smábörnin hafa tilhneigingu til að vera hlédræg, óttaslegin og kvíðin á meðan börn á skólaaldri glíma við hegðunarvandamál sem hafa áhrif á námsframmistöðu þeirra. Tímalengd frá síðasta ofbeldisatviki og tíðni þess ofbeldis sem þau verða vitni að hefur einnig áhrif á þá erfiðleika sem þau gætu þurft að takast á við. Þessi börn eru þannig líklegri til að þróa með sér vandamál ef ofbeldisatvikin eru tíð en á sama hátt fer vandamálum barnanna fækkandi eftir því sem lengra líður frá síðasta ofbeldisatviki (Meltzer, o.fl., 2009).

Í rannsókn sem framkvæmd var hér á landi í þeim tilgangi að kanna þekkingu og skilning barna á ofbeldi á heimilum kom í ljós að 47% barna og 72% unglunga gátu skilgreint hvað

heimilisofbeldi felur í sér en þau töldu barnið yfirleitt vera þolanda (Guðrún Kristinsdóttir og Ingibjörg H. Harðardóttir, 2008). Til að gefa einhverja mynd af umfangi barna sem verða vitni að ofbeldi á heimilum má benda á rannsókn Meltzer og samstarfsfélaga (2009) sem sýndi að um 4,3% barna í almennu þýði höfðu orðið vitni að ofbeldi á heimilum sínum. Niðurstöður rannsóknar Levendosky og samstarfsfélaga (2002) sem framkvæmd var í Bandaríkjunum benti hinsvegar til að um 63% þessara barna hafi orðið vitni að ofbeldinu með berum augum. Þó þetta hafi ekki verið kannað hér á landi, hefur verið sýnt að 25% íslenskra barna sem búa við þessar aðstæður hafi hugsanlega orðið vitni að athæfinu (Félags- og tryggingamálaráðuneyti, e.d.) en það er töluvert lægra hlutfall en fyrrnefndar erlendar rannsóknir gefa til kynna.

Hvernig sem á málið er litið er ljóst að þau börn sem verða vitni að heimilisofbeldi eru í aukinni hættu á að þróa með sér ýmis vandamál sem tengjast hegðun og andlegri líðan (Emery, 2009; Levendosky, o.fl., 2002; Meltzer, o.fl., 2009; Valente, 2002; Överlien og Hydén, 2009). Þessi börn eru kvíðnari, þunglyndari (Meltzer, o.fl., 2009; Överlien og Hydén, 2009) og óttaslegnari en börn sem ekki hafa orðið vitni að heimilisofbeldi (Meltzer, o.fl., 2009). Einnig eru þau líklegri til að sýna af sér árásargirni (Krieger, 2008; Meltzer, o.fl., 2009; Överlien og Hydén, 2009) ásamt því að þau eru í aukinni hættu á að þróa með sér geðsjúkdóma, þroskaraskanir og lágt sjálfstraust. Erfiðleikar barnsins geta einnig teygt anga sína til skólans þar sem afleiðingarnar geta birst í lakari námsframmistöðu þess (Krieger, 2008). Hvað samskipti varðar eru þessi börn vísari til að stríða öðrum eða verða fyrir stríðni ásamt því að vera líklegri til að beita ofbeldi við úrlausn vandamála (Överlien og Hydén, 2009). Það á einnig við um fullorðinsárin (Flinck, o.fl., 2005; Meltzer, o.fl., 2009) og gæti mögulega tengst því að börnin

hafa lært heima hjá sér að ofbeldi er ásættanleg leið til að leysa úr vandamálum (Meltzer, o.fl., 2009). Við þetta má bæta að þessi börn eru í aukinni hættu á að þróa með sér áfallastreituröskun (Flinck, o.fl., 2005; Meltzer, o.fl., 2009; Överlien og Hydén, 2009) en tíðni röskunarinnar á meðal þeirra er á bilinu 25-40%. Helstu einkenni áfallastreituröskunar eru endurupplifanir áfallsins, fælni og árvekni. Eins og gefur að skilja getur reynst erfitt að koma auga á þessi einkenni hjá börnum. Þörfin fyrir skilgreiningu áfallastreituröskunar sem miðar að börnum er því greinilega til staðar en bent hefur verið á að endurupplifanir áfalls hjá börnum geti meðal annars komið fram í martröðum og endurteknum leikjum þar sem áföll eru ríkjandi (Levendosky, o.fl., 2002).

Afleiðingarnar sem börn þurfa að glíma við í kjölfar þess að hafa orðið vitni að ofbeldi geta komið ólíkt fram hjá kynjunum þar sem stúlkur eru líklegri til að kljást við vandamál sem oft eru öðrum hulin eins og kvíði og þunglyndi á meðan drengir eru líklegri til að þurfa að takast á við vandamál sem eru sýnileg út á við eins og árásargirni og óhlýðni (Emery, 2009; Meltzer, o.fl., 2009). Rannsókn Emery (2009) fjallaði að nokkru leyti um ólík viðbrögð kynjanna en hún gekk út á að kanna hvaða áhrif það hefur á hulin vandamál á meðal stúlkna og sýnileg vandamál á meðal drengja ef móðir ákveður að halda kyrru fyrir í ofbeldisfullu hjónabandi. Þrátt fyrir að almennt sé talið að skilnaður foreldra tengist neikvæðum afleiðingum fyrir börnin, þá hafa niðurstöður þessarar rannsóknar sýnt að synir mæðra sem dvelja áfram í ofbeldisfullu hjónabandi búa við fleiri sýnileg vandamál en synir þeirra mæðra sem kjósa að yfirgefa slíkt hjónaband. Hvað stúlkurnar varðar fundust ekki tengsl á milli aukinna hulinna vandamála og þess að móðir haldi kyrru fyrir í hjónabandi. Ef ofbeldisfullu hjónabandi er slitið aukast hinsvegar líkurnar á að foreldrahlutverkinu sé sinnt af heilum hug sem skilar sér í betri umönnun fyrir barnið, á meðan

börn sem búa áfram við stormasamt samband foreldra eru stöðugt á varðbergi gagnvart ofbeldinu (Emery, 2009).

Börn sem hafa orðið vitni að ofbeldi gegn móður sinni hafa oft ákveðnar hugmyndir um hvernig þau muni bregðast við ef ofbeldið endurtekur sig en það var á meðal þess sem Överlien og Hydén (2009) skoðuðu með viðtölum sínum við fimmtán unglunga á aldrinum 12- 15 ára sem öll komu frá fjölskyldum þar sem faðirinn hafði beitt móðurina ofbeldi. Börnin hugðust ekki ætla að flýja eða sitja hjá líkt og þau höfðu mörg hver gert þegar þau voru lítil, heldur ætluðu þau að stöðva ofbeldið með því að ganga á milli, gera öðrum viðvart eða beita öðrum aðferðum í þeim tilgangi að verja móður sína. Í viðtölunum kom ótti barnanna bersýnilega í ljós en ótti og hræðsla við að faðirinn myndi snúa aftur og beita ofbeldi virtist viðvarandi á meðal þeirra.

Afhverju yfirgefa konur ekki menn sem beita þær ofbeldi?

Margir eiga erfitt með að átta sig á því hvers vegna kona, sem beitt er ofbeldi af hálfu maka síns, yfirgefur hann ekki. Þannig þurfa þolendur oft að kljást við fleira en bara ofbeldið þar sem fyrrgreindar vangaveltur leiða oft til útskýfunar af hálfu fjölskyldu og vina, þeir skilja ekki afhverju konan fer ekki í ljósi alls þess sem á undan er gengið (Krieger, 2008). Þannig gerir fólk oft ráð fyrir að um stöðugt ofbeldi í sambandinu sé að ræða, það er þó fjarri veruleikanum. Í þessum samböndum má sjá ákveðið mynstur eða ferli ofbeldis sem nefnt hefur verið ofbeldishringurinn og skýrir ágætlega út þann vítahring sem fórnarlömb þess búa við. Allt er í ró og spekt en svo hleðst upp ákveðin spenna sem fær útrás með ofbeldi gagnvart konunni.

Gerandinn er svo fullur eftirsjár og lofar bót og betrun og allt leikur í lyndi í einhvern tíma, þar til spenna fer að hlaðast upp og ofbeldishringurinn endurtekur sig. Svona gengur sambandið hring eftir hring ef konan nær ekki að brjótast út (Pence og Paymar, 1993, sótt í Krieger, 2008). Staðreyndin er sú að fæstar konur sætta sig við ofbeldi til frambúðar, meirihluti þeirra losar sig úr viðjum ofbeldisins á einhverjum tímamarki en erlend rannsókn benti á að rúmlega helmingur þolenda yfirgefur makann innan tveggja ára (Valente, 2002). Sambærileg rannsókn hefur ekki verið gerð hér á landi og því er erfitt að segja til um hvar íslensk fórnarlömb standa í þessum efnum. Engu að síður er hætt við að þær konur sem búa áfram við andlegt og/eða líkamlegt ofbeldi af hálfu maka síns verði fyrir áframhaldandi skaða, eina leiðin að bata felst þannig í að yfirgefa hið ofbeldisfulla samband (Levendosky, o.fl., 2002). Konurnar gera stundum nokkrar tilraunir til að fara áður en að endanlegum aðskilnaði kemur (Enander og Holmberg, 2008; Valente, 2002) og má sem dæmi nefna að 34% þeirra kvenna sem leituðu til Kvennaathvarfsins árið 2008 sneru aftur heim í óbreyttar aðstæður (Samtök um kvennaathvarf, e.d.).

Þrátt fyrir að kona vilji yfirgefa ofbeldisfullt samband getur ýmislegt staðið í vegi fyrir því. Konan gæti til að mynda verið tilfinningalega eða fjárhagslega háð maka sínum eða hún gæti óttast hótanir hans um hefnd. Sá ótti er ekki að ástæðulausu þar sem hótanir geranda aukast oft rétt áður og eftir að kona yfirgefur ofbeldisfullan maka sinn (Valente, 2002). Þolandi gæti talið að það sé börnunum fyrir bestu að foreldrar þeirra séu saman þrátt fyrir ofbeldisfullt samband (Emery, 2009). Þannig veldur hjónabandið oft miklu hugarangri, en konurnar sjö sem Flinck og samstarfsfélagar (2005) tóku viðtal við komu meðal annars inn á þennan þátt. Þar höfðu þær fyrirfram ákveðnar væntingar til sambandsins um ást og öryggi en þessar hugmyndir voru

brostnar í kjölfar ofbeldisins. Þær vildu bjarga hjónabandinu á sama tíma og þær leituðust eftir að vera sjálfstæðar. Konunum fannst þeim bera skylda til að láta hjónabandið ganga þar sem þær höfðu gert ákveðin heit þegar þær gengu að eiga menn sína, þannig gátu hjúskaparheitin gert þeim erfitt fyrir að yfirgefa ofbeldisfulla menn sína (Flinck, o.fl., 2005). Konan gæti einnig hafa misst allt frumkvæði og allan þrótt og þar af leiðandi farið að efast um getu sína (Krieger, 2008), skömmin gæti hindrað þær í að greina frá ofbeldinu (Valente, 2002), sem svo gæti leitt til þess að þær kjósa frekar að halda kyrru fyrir en að þurfa að takast á við þær hindranir sem fylgja því að leita hjálpar (Edin, o.fl., 2010).

Eins og gefur að skilja er erfitt fyrir þessar konur að yfirgefa ofbeldisfullt samband (Enander og Holmberg, 2008) svo í staðinn fyrir að yfirgefa maka sinn leita þær stundum annarra leiða, leiða sem geta mögulega komið í veg fyrir ofbeldið. Sem dæmi má nefna geta þær trúað því að með því að verða þungaðar hætti gerandinn að beita þær ofbeldi, þannig líta þær á þungunina sem undankomuleið en eins og fræðin hafa sýnt er oft um falskar vonir að ræða og ofbeldið eykst frekar en hitt (Burch og Gallup, 2004; Edin og Högberg, 2002).

Að lokum má benda á ákveðin atriði sem geta orðið til þess að konan ákveður að rísa úr sæti sínu og gera breytingar á lífi sínu. Aukning á alvarleika ofbeldisins, þungun (Edin, o.fl., 2010), sjálfsvígstilraunir eða hugsanir um að vilja vinna maka sínum mein (Flinck, o.fl., 2005), ofbeldisfullir tilburðir við börnin (Enander og Holmberg, 2008; Krieger, 2008), ótti konu um eigið öryggi, barna sinna og annarra auk uppgötvunar þeirra á að ofbeldið geti mögulega skaðað fleiri en þær sjálfar (Enander og Holmberg, 2008) verða oft kveikjan að því að þær ákveða að yfirgefa maka sinn.

Hlutverk hjúkrunarfræðinga

Hjúkrunarfræðingar hafa nokkra sérstöðu hér á landi þar sem þeir eru stærsti hluti fagmenntaðra starfsmanna heilbrigðiskerfisins (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2008; Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009b), ábyrgðin sem á þeim hvílir er oft mikil og almennt séð má segja að þeir njóti mikils trausts á meðal almennings. Þegar litið er til skjólstæðinga þeirra má sjá að konur sem beittar hafa verið ofbeldi í nánnum samböndum leita oft eftir þjónustu heilbrigðiskerfisins samanbúið við aðrar konur (Krieger, 2008; Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2008). Einnig koma þær inn á öllum sviðum kerfisins (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009a), hvort sem um er að ræða bráðamóttöku, legudeild, geðdeild, heilsugæslu eða eitthvert annað svið innan heilbrigðiskerfisins. Hjúkrunarfræðingar eru því oft fyrsti heilbrigðisstarfsmaðurinn sem þolendur ofbeldis í nánnum samböndum hitta við komu á heilbrigðisstofnun (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2008; Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009b) og því er nauðsynlegt að þeir búi yfir ákveðinni þekkingu og færni til að geta brugðist við ofbeldinu á viðeigandi hátt (Flinck, o.fl., 2005; Martin, o.fl., 2001). Hjúkrunarfræðingar þurfa að vera vel vakandi og leggja sig fram við að finna þær konur sem beittar hafa verið ofbeldi í nánnum samböndum (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2008).

Ýmsir þættir geta staðið í vegi fyrir að þessi fórnarlömb finnist en þolendur og heilbrigðisstarfsfólk eiga þar bæði hlut að máli. Fyrst má nefna að þolendur eru ólíklegir til að greina frá ofbeldi af fyrra bragði (Guðrún Kristinsdóttir og Ingibjörg H. Harðardóttir, 2008; Soglin, o.fl., 2009; Valente, 2002) en einnig hefur það sýnt sig að heilbrigðisstarfsfólk er hikandi við að spyrja skjólstæðinga um ofbeldi (Edin, o.fl., 2010). Fyrir því hafa ýmsar ástæður verið

gefnar en þeirra á meðal er tímaskortur, þekkingarleysi á viðfangsefninu (Soglin, o.fl., 2009; Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2008), vantrú heilbrigðisstarfsmanns á eigin getu (Soglin, o.fl., 2009), skortur á þjálfun við að takast á við viðfangsefni sem þetta (Valente, 2002), erfiðleikar við að tileinka sér og hefja umræðu um efnið (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2008; Valente, 2002) auk tilfinningar heilbrigðisstarfsmanns um vanmátt gagnvart ofbeldinu verið um að kenna (Valente, 2002). Þrátt fyrir trega heilbrigðisstarfsfólks við að greina ofbeldi hefur verið sýnt fram á að meirihluti kvenna vill vera spurður um ofbeldi af heilbrigðisstarfsmanni sínum (Edin, o.fl., 2010; Thackeray, Stelzner, Downs og Miller, 2007). Þannig styðja niðurstöður rannsóknar Thackeray og samstarfsfélaga (2007) þá kenningu þar sem einungis lítil hluti þeirra kvenna, eða 7,9%, sem beittar höfðu verið ofbeldi greindu frá því að þær myndu reiðast eða móðgast ef þær yrðu spurðar um ofbeldi af heilbrigðisstarfsmanni.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) mælir með að allar konur séu skimaðar fyrir ofbeldi í nánnum samböndum (WHO, edb.) og hafa margir aðrir tekið í sama streng og bent á mikilvægi reglubundinnar skimunar á meðal kvenna sem leita til heilbrigðiskerfisins (Hindin, 2006; Soglin, o.fl., 2009; Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009b; Valente, 2002). Slíkt gæti svipt hulunni af þolendum þrátt fyrir ýmsar hindranir sem kunna að verða á vegi heilbrigðisstarfsfólks (Valente, 2002). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin bendir einnig á kosti þess að útbúa leiðbeiningar fyrir heilbrigðisstarfsfólk til að notast við, bæði í forvörnum gegn ofbeldi í nánnum samböndum en einnig til að styrkja heilbrigðisstarfsfólk í að bregðast við á viðeigandi hátt (WHO, 2009). Því er við hæfi að minnast á framtíðina hér á landi varðandi skimun kvenna sem eru þolendur ofbeldis í nánnum samböndum. Nú vinnur nefnd á vegum Landspítalans undir

forystu dr. Páls Biering að klínískum leiðbeiningum um mat og viðbrögð við ofbeldi í nánum samböndum sem ætlaðar eru til notkunar á spítalanum. Nefndin er um þessar mundir að hefja rannsókn sem í stuttu máli má segja að sé ætlað að sýna fram á klínískt gildi skimunar. Nánar tiltekið er henni ætlað að kanna hvort leiðbeiningarnar beri tilætlaðan árangur auk þess að greina þætti sem minnka eða auka líkurnar á að ofbeldi sé greint og stuðningur sé veittur.

Leiðbeiningarnar sem nefndin hefur verið að vinna að byggja á klínískum leiðbeiningum sem dr. Erla Kolbrún Svavarsdóttir og dr. Brynja Örlygsdóttir þróuðu um mat og fyrstu viðbrögð við ofbeldi í nánum samböndum (Páll Biering munnleg heimild, 27. apríl 2010) en gagnsemi þeirra var prófuð í rannsókn sem framkvæmd var á árunum 2005-2006 (Svavarsdóttir og Örlygsdóttir, 2009b). Það sem er helst ólíkt með klínísku leiðbeiningunum sem dr. Erla Kolbrún Svavarsdóttir og dr. Brynja Örlygsdóttir þróuðu og þeim sem nefndin hefur unnið að er að þær fyrirnefndu beinast aðallega að því að styðja við þolendur sem búa við ofbeldi í nánum samböndum á meðan þær síðarnefndu beinast einnig að þolendum sem hafa einhverntíman upplifað slíkt. Í haust er svo stefnt að því að innleiða klínísku leiðbeiningarnar á kvennadeildum og geðsviði Landspítalans (Páll Biering munnleg heimild, 27. apríl 2010).

Skimun fyrir ofbeldi í nánum samböndum. Skimun fyrir ofbeldi í nánum samböndum er nauðsynleg innan heilbrigðiskerfisins, og ekki síst hér á landi þar sem íslensk rannsókn sýndi að 16% kvenna með sögu um ofbeldi höfðu ekki nefnt ofbeldið við neinn og því ekki fengið neina aðstoð (Svavarsdóttir og Örlygsdóttir, 2009b). Með skimun fyrir ofbeldi er átt við að allar konur séu spurðar sömu spurningarinnar um ofbeldi við sömu aðstæður hvort sem grunur um ofbeldi er til staðar eða ekki. Skimun getur jafnvel falið í sér að notuð séu stöðluð mælitæki eins og

spurningalistar en það sem skiptir fyrst og fremst máli er að skimunin fari fram í ró og næði (Hindin, 2006) þegar konan er ein (Krieger, 2008). Sé hún hinsvegar með barn/börn sín meðferðis mega þau vera viðstödd að tveggja til þriggja ára aldri (Hindin, 2006). Margir fræðimenn eru þó á því að börn á öllum aldri megi vera viðstödd skimun fyrir ofbeldi í nánum samböndum ef spurningarnar eru almenns eðlis s.s ef konan er spurð að því hvernig heimilisfólk leysir úr ágreiningi sem upp kemur. Ef svör móðurinnar benda til þess að hún sé eða hafi verið beitt ofbeldi í nánu sambandi eigi að fylgja fyrrgreindri reglu varðandi aldur barnanna. Þar er öryggi móðurinnar meðal annars haft að leiðarljósi því séu börn, eldri en þriggja ára, viðstödd þegar móðir greinir frá ofbeldi er hætt við að þau fari að tala um það sem þau heyrðu heimavið eða annarsstaðar þar sem gerandinn er en það eitt og sér getur stefnt móðurinni í hættu (Zink, 2000).

Við skimun þarf ekki einungis að huga að aðstæðum móðurinnar heldur þarf sá sem framkvæmir skimunina einnig að vera meðvitaður um þá þætti í eigin fari og í umhverfinu sem geta haft áhrif á hvort þolandi greini frá ofbeldi. Í því samhengi má benda á rannsókn Thackeray og samstarfsfélaga frá árinu 2007, en þeir tóku viðtöl við 140 konur sem allar höfðu reynslu af ofbeldi í nánum samböndum. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna reynslu þeirra af skimunum með tilliti til umhverfis og þátta í fari þess sem skimar. Niðurstöðurnar sýndu að þolendur vilja heldur vera skimaðir af konum sem eru af sama kynþætti en einnig virtist aldur þess sem skimar skipta máli. Þannig vildi meirihluti þolenda sem voru undir þrítugu að sá sem framkvæmdi skimunina væri eldri, eða á aldrinum 30-50 ára, en þolendur sem voru á því aldursbili vildu heldur vera skimaðir af konu á svipuðum aldri. Með þessu er ekki verið að segja að sá sem framkvæmir skimunina þurfi endilega að uppfylla þessi skilyrði, enda er það

óraunhæft. Tilgangurinn er frekar að sýna fram á að það eru ákveðnir þættir í tengslum við aðilann sem framkvæmir skimunina og umhverfið sem geta haft áhrif á líðan konunnar, en almennt gildir að betri líðan eykur líkurnar á að kona greini frá ofbeldi (Thackeray, o.fl., 2007).

Þegar hugað er að fyrirkomulagi skimunarinnar má sjá að ýmsar aðferðir eru í boði og hefur hver um sig sína kosti og galla. Sumir eru hlynntari spurningalistum þar sem þeir eru fljótlegir, hægt er að leggja þá fyrir með lítilli fyrirhöfn auk þess sem börn í sama herbergi eru engin fyrirstaða (Zink, 2000). Því var fróðlegt að sjá að 67% þeirra þolenda sem tóku þátt í rannsókn Thackeray og samstarfsfélaga (2007) sögðust aðspurðir annaðhvort vilja vera skimaðir með spurningalistum eða með viðtali við skimunaraðila þar sem fullum trúnaði væri heitið. Í ljósi þessa má benda á að aðrir sjá ókosti við viðtölin þar sem ýmis einkenni í fari skimunaraðila geta haft áhrif á hvort þolandi greini frá ofbeldi. Því hefur verið bent á að með því að nota tölvur við skimun megi komast hjá öllum þeim óþægindum sem geta skapast af því að skima frá augnliti til augnlits (Thackeray, 2007). Ekki má þó gleyma að ef skimunaraðili sér, út frá spurningarlistanum, að skjólstæðingur sinn sé mögulega fórnarlamb ofbeldis í nánnum samböndum þarf hann að gera viðeigandi ráðstafanir til að geta rætt við konuna í einrúmi (Zink, 2000). Hvað sem líður mismunandi fyrirkomulagi skimunar hefur nú verið bent á kosti þess að nota sambland af nokkrum aðferðum við skimun (Thackeray, o.fl., 2007). Sem dæmi má nefna að spyrja konurnar beint út á sama tíma og önnur mælitæki eru notuð en slíkt er talið auka líkurnar á að konan greini frá ofbeldi samanborið við þegar eitt matstæki er notað (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009b).

Hjúkrunarfræðingur sem kemst að því, með skimun sinni, að skjólstæðingurinn sé beittur ofbeldi í nánu sambandi þarf að vita hvert hlutverk hans er í framhaldinu. Því hefur verið bent á mikilvægi þess að þessum konum sé veitt meðferð byggða á gagnreyndri þekkingu, m.a með notkun klínískra leiðbeininga um mat og fyrstu viðbrögð við ofbeldi í nánum samböndum (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009b). Slíkar leiðbeiningar byggja á bestu mögulegu þekkingu á hverjum tíma og eru unnar af fagfólki. Þeim er ætlað að hjálpa til við ákvarðanatöku við tilteknar aðstæður og eru því hugsaðar til stuðnings starfsfólki í heilbrigðisþjónustu í að veita bestu meðferð með sem minnstri áhættu (Landlæknisembættið, 2007). Þannig styðja niðurstöður rannsóknar Svavarsdóttir og Orlygsdóttir (2009b) þörfina fyrir klínískar leiðbeiningar varðandi þetta málefni í starfi hjúkrunarfræðinga hér á landi. Tilgangur þeirrar rannsóknar var að meta umfang ofbeldis í nánum samböndum auk þess sem gagnsemi klínískra leiðbeininga við auðkenningu og fyrstu meðferð var metin. Við gerð rannsóknarinnar var stuðst við klínískar leiðbeiningar um hjúkrunarmedferðir fyrir konur sem eru þolendur ofbeldis (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009b) en þær hafði hópur sérfræðinga unnið fyrir hjúkrunarfélagið í Ontario í Kanada (RNAO, 2005). Leiðbeiningunum var breytt og þær aðlagðar að íslensku samfélagi áður en þær voru gefnar út í tvennskunar útgáfum. Annarsvegar var um að ræða löngu útgáfuna (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009b) en hún fjallar í heild sinni um þá þætti sem skipta máli við framkvæmd skimunar og hjúkrunarfræðingar þurfa að vera meðvitaðir um, einnig er fjallað um afleiðingar á heilsufar kvenna auk þess sem leiðbeiningarnar vísa hjúkrunarfræðingum veginn þegar kemur að fyrstu viðbrögðum við ofbeldi í nánum samböndum (Erla Kolbrún Svavarsdóttir og Brynja Örlygsdóttir, 2008). Hinsvegar var um að ræða stuttu útgáfuna sem ekki var eins ítarleg en hún fór vel í vasa og innihélt helstu upplýsingar sem hjúkrunarfræðingur þarf að hafa

við skimun (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009b). Það voru svo 14 hjúkrunarfræðingar á slysa- og bráðadeild Landspítalans og 10 ljósmæður á Miðstöð mæðraverndar sem studdust við leiðbeiningarnar þegar þær spurðu úrtakið um reynslu sína af ofbeldi, auk þess sem þær horfðu á fræðslumyndband, fengu fyrirlestur og sóttu umræðufundi um notkun klínísku leiðbeininganna. Almennt séð var mikil ánægja á meðal hjúkrunarfræðinganna og ljósmæðranna með klínísku leiðbeiningarnar. Þeim fannst leiðbeiningarnar auðskiljanlegar auk þess sem þær ýttu undir sjálfsöryggi þeirra og auðvelduðu þeim að hefja umræðu um efnið. Hjúkrunarfræðingarnir og ljósmæðurnar lýstu yfir nauðsyn þess að hafa klínískar leiðbeiningar sem þessar, þær ýttu undir fagmennsku þeirra á meðan á skimuninni stóð og studdu þær í að veita bestu mögulegu fyrstu viðbrögð við heimilisofbeldi (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009b).

Hvernig eiga hjúkrunarfræðingar að bera sig að? Þegar hjúkrunarfræðingur er að byrja að skima fyrir ofbeldi er mikilvægt að hann geri sér grein fyrir eigin tilfinningum gagnvart ofbeldi í nánnum samböndum (Bull, 2009), en ekki er óeðlilegt að hann upplifi skimunina sem álagsvaldandi til að byrja með. Það var að minnsta kosti reynsla þeirra hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra sem tóku þátt í rannsókn Svavarsdóttir og Orlygsdóttir (2009b) en þeir lýstu þó auknu öryggi strax eftir fyrstu eina til tvær skimanirnar.

Hjúkrunarfræðingar sem skima þurfa að vera meðvitaðir að um mjög viðkvæmt og persónulegt málefni er að ræða sem mörgum getur reynst erfitt að tala um. Þar sem trúnaður er grundvallarforsenda þess að kona greini frá ofbeldi er mikilvægt að vinna traust konunnar áður en skimun er framkvæmd því með henni leggur hjúkrunarfræðingurinn grunninn að trúnaðarsambandi milli sín og skjólstaðings síns (Erla Kolbrún Svavarsdóttir og Brynja

Örlygsdóttir, 2008). Einnig er mikilvægt að sá sem skimar líti ekki á konuna sem fórnarlamb, hún er undir öllum kringumstæðum skjólstæðingur hans (Bull, 2009) og koma á fram við hana af tillitssemi og virðingu (Erla Kolbrún Svavarsdóttir og Brynja Örlygsdóttir, 2009b). Við þetta má bæta að eins og með öll verk hjúkrunarfræðinga er mikið lagt upp úr samviskusamlegri skráningu varðandi frásögn, áverka og afleiðingar þolenda. Mælst er til að notaðar séu teikningar og ljósmyndir sem lýsa áverkum auk þess sem leitast á við að skrá orð konunnar og forðast í lengstu lög óbeinar tilvitnanir og huglægar athugasemdir (Erla Kolbrún Svavarsdóttir og Brynja Örlygsdóttir, 2008). Slík skráning gæti komið til góða ef konan ákveður einhvern daginn að leggja kærú á hendur geranda svo einhver dæmi séu nefnd.

Þegar að framkvæmd skimunar kemur geta margir hjúkrunarfræðingar lent í vandræðum með hvernig eigi að hefja máls á umræðu um ofbeldi í nánnum samböndum. Þannig lýstu margir af þeim hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum sem tóku þátt í rannsókn Svavarsdóttir og Örlygsdóttir (2009b) að þeim hefði, til að byrja með, þótt erfitt að hefja umræðu um efnið við skjólstæðinga sína. Í fyrrgreindum klínísku leiðbeiningum sem gefnar hafa verið út hér á landi koma Erla Kolbrún Svavarsdóttir og Brynja Örlygsdóttir (2008) með uppástungu um hvernig hjúkrunarfræðingar geta opnað umræðuna um ofbeldið. Hjúkrunarfræðingurinn getur til að mynda sagt eitthvað á þá leið að margir skjólstæðingar hans hafi reynslu af ofbeldi í nánnum samböndum og þess vegna hafi hann lagt í vana sinn að spyrja allar konur sem koma til sín hvort þær séu þolendur ofbeldis.

Hjúkrunarfræðingar þurfa einnig að vera meðvitaðir um tilhneigingu þolenda til að nota önnur orð yfir ofbeldið. Þannig leitast konurnar stundum við að segja að makinn reiðist

auðveldlega eða að hann sé skapstór í stað þess að segja að hann sé ofbeldisfullur. Því er mælt til þess að hjúkrunarfræðingar noti sömu orð og konan notar yfir ofbeldið, hver sem þau kunna að vera (Krieger, 2008; Valente, 2002). Einnig er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar virði þá ákvörðun sem konan tekur (Erla Kolbrún Svavarsdóttir og Brynja Örlygsdóttir, 2008), jafnvel þó hún feli í sér að konan verði hugsanlega beitt ofbeldi áfram. Það er fyrst og fremst skylda hjúkrunarfræðinga að vera upplýstir um þau úrræði sem samfélagið hefur upp á að bjóða fyrir konur sem beittar hafa verið ofbeldi í nánnum samböndum auk þess sem þeir þurfa að vera meðvitaðir um ábyrgð sína hvað varðar fræðslu þolendum til handa (Krieger, 2008). Því er mikilvægt að hjúkrunarfræðingurinn upplýsi konuna um til hvaða stofnana hún geti leitað eftir aðstoð en sem dæmi taka slysa- og bráðamóttaka Landspítalans, Kvennaathvarfið, heilsugæslan og lögregla á móti þolendum ofbeldis í nánnum samböndum (Erla Kolbrún Svavarsdóttir og Brynja Örlygsdóttir, 2008). Krieger (2008) bendir til að mynda á mikilvægi þess að útbúa öryggisáætlun með konunni og taka Erla Kolbrún Svavarsdóttir og Brynja Örlygsdóttir (2008) í sama streng í klínísku leiðbeiningum sínum þar sem þær mælast til að hjúkrunarfræðingar hvetji konurnar til að útbúa öryggisgátlista og öryggisáætlun. Öryggisgátlistinn felur í sér mat á þeirri hættu sem konan er í, skoðun á eðli ofbeldisins og eðli nýlegra samskipta við makann, mati á viðburðum í lífi konunnar auk mats á almennu stuðningskerfi hennar. Aftur á móti felur öryggisáætlun í sér að þolandinn segi einhverjum sem hún treystir frá ofbeldinu, útbúi lista með símanúmerum til að nota í neyðartilvikum, þakkar helstu fötum niður í tösku fyrir sig og börnin (ef börn eru í spílinu) auk þess sem hún safnar saman nauðsynlegum pappírurum og skilríkjum og geymir á öruggum stað. Konan ætti einnig að gera neyðaráætlun en það felur í sér áætlun um hvert konan (og börnin) fara í neyðartilvikum.

Með skimun sendir hjúkrunarfræðingurinn konunni skilaboð um að honum sé annt um velferð hennar (Erla Kolbrún Svavarsdóttir og Brynja Örlygsdóttir, 2008; Svavarsdóttir og Örlygsdóttir, 2009b) en það er eitthvað sem flestir þolendur kunna að meta. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingurinn geri konunni grein fyrir að ofbeldið sé alltaf rangt (Bull, 2009) og að ekki eigi að umbera það á neinn hátt eða halda leyndu. Að lokum má benda á að jafnvel þó kona treysti sér ekki til að greina frá ofbeldi á þeim tímapunkti sem hún er skimuð þá hefur hjúkrunarfræðingurinn sent henni mikilvæg skilaboð um að hún sé ekki ein og að það séu aðilar þarna úti sem hún getur leitað til, ef og þegar hún er tilbúin.

Umræður

Umfang

Það leikur enginn vafi á að heimilisofbeldi er algengt á Íslandi og mun algengara en fólk gerir sér almennt grein fyrir. Konur eru meirihluti þolenda og gerandinn er í flestum tilfellum núverandi eða fyrrverandi maki (Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997; Félags- og tryggingamálaráðuneyti, e.d.). Andlegt ofbeldi er sú tegund ofbeldis sem flestir þolendur eru beittir en líkamlegt ofbeldi kemur þar á eftir (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009a). Hið fyrrnefnda á sér yfirleitt stað samfara líkamlegu ofbeldi eða sem undanfari þess (Renner, 2009). Þrátt fyrir að allar konur séu í hættu á að verða beittar ofbeldi þá verður ávallt að hafa í huga að ákveðnir hópar eru berskjaldaðri fyrir ofbeldinu en aðrir. Sem dæmi má nefna eru líkamlega fatlaðar konur (Copel, 2006), aðfluttar konur (Ingólfur V. Gíslason, 2008) og konur sem bera barn undir belti (Burch og Gallup, 2004) í aukinni áhættu á að vera beittar ofbeldi en almennt má segja að konur sem eiga undir högg að sækja séu í aukinni hættu á að vera beittar ofbeldi.

Það ástand sem nú ríkir í samfélaginu og hófst með hrúni fjármálakerfisins haustið 2008 veldur töluverðum áhyggjum þegar hugað er að fórnarlömbum ofbeldis í nánnum samböndum. Þær efnahagslegu þrengingar sem nú blasa við landsmönnum og birtast meðal annars í tekjulækkunum, erfiðleikum við að fá vinnu og atvinnuleysi eru þekktar fyrir að hafa neikvæð áhrif á þróun ofbeldis í nánnum samböndum. Streitan eykst og álagið verður meira sem leiðir til þess að ofbeldisþröskuldurinn kann að lækka (Jewkes, 2002). Af þessu mætti draga þá ályktun að

hætt sé við að umfang ofbeldisins muni aukast hér á landi á næstu misserum, ofbeldið kann að verða grófara og tíðni þess mun að öllum líkindum aukast. Einnig mætti búast við að einhverjir af þeim sem ekki hafa beitt ofbeldi áður fari nú að beita því. Þessar áhyggjur eru ekki að ástæðulausu þar sem fræðin hafa sýnt fram á þetta auk þess sem áhrifanna er nú þegar farið að gæta á meðal þolenda. Í samtali við Eyrúnu Jónsdóttur verkefnastjóra á Áfallamiðstöð Landspítala kom fram að greinilegar breytingar hafa orðið á eðli ofbeldisins nú samanborið við fyrir kreppu. Ofbeldið hefur, samkvæmt þeirra tölum, ekki aukist heldur virðist sem svo að ofbeldi gegn konum sé að magnast og verða grófara (Eyrún Jónsdóttir munnleg heimild, 28. apríl 2010).

Athyglisvert er að sjá að meirihluti kvenna sem beittar hafa verið ofbeldi eru einhleypar eða fráskildar (Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997; Félags- og tryggingamálaráðuneyti, e.d.) en það er merki um að þessar konur yfirgefa menn sína fyrr eða seinna (Valente, 2002). Nú er hætt við að hlutfall þeirra kvenna sem yfirgefa maka sinn fari lækkandi en í fyrrgreindu samtali við Eyrúnu Jónsdóttur hjá Áfallamiðstöðinni kom fram að meirihluti þeirra kvenna sem leita til þeirra í kjölfar ofbeldis í nánnum samböndum fara aftur heim í sama ástand og taldi hún það jafnvel enn algengar nú en áður (Eyrún Jónsdóttir munnleg heimild, 28. apríl 2010). Það sama sést í gögnum Kvennaathvarfsins en hlutfall þeirra kvenna sem fór heim í sömu aðstæður var mun hærra árið 2008 samanborið við árið 2007 (Samtök um kvennaathvarf, e.d.). Þarna sést því, svart á hvítu, að þessar konur eru ekki í jafn miklum mæli að yfirgefa ofbeldisfulla menn sína en það eitt og sér er mikið áhyggjuefni. Þó erfitt sé að alhæfa um ástæðu þess má telja líklegt að þær efnahagslegu þrengingar sem samfélagið er að ganga í gegnum spili þar inn í. Konurnar hafa

minna á milli handanna, erfiðara er að losa eignir auk þess sem margir glíma við óstöðugt atvinnuástand en allt þetta getur hindrað þær í að yfirgefa makann.

Afleiðingar

Heimilisofbeldi getur haft alvarlegar afleiðingar fyrir andlega og líkamlega heilsu þolenda (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009a) en það sem villir fyrir mörgum er að þær eru sjaldnast sýnilegar út á við (Krieger, 2008). Þolendur ofbeldisins, hvort sem um er að ræða konurnar sjálfar eða börn þeirra sem verða vitni að ofbeldinu, gætu þurft að glíma við afleiðingar þess til lengri eða skemmri tíma, jafnvel ævilangt (Erla Kolbrún Svavarsdóttir, 2006).

Það sem vekur nokkra athygli er að alvarleiki ofbeldisins og það hversu lengi það hefur varað hefur forspárgildi hvað líkamlega og andlega heilsu þolenda varðar, því lengur sem þolendur búa við ástandið því meiri skaða verða þeir fyrir (Krieger, 2008; Straus o.fl., 2009). Ef vikið er aftur að umræðunni um efnahagsástandið hér á landi og til þeirrar ályktunar að konur muni ekki yfirgefa ofbeldisfulla menn sína í jafn miklum mæli má telja líklegt að langvinnum heilsufarsvandamálum muni fara fjölgandi á meðal þessara kvenna. Er það varla á ástandið bætandi þar sem þessar konur glímu fyrir við fleiri heilsufarsvandamál en aðrar konur (Lee, o.fl., 2007; Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009a). Á sama tíma munu börn þeirra verða áfram vitni að ofbeldinu en tíðni ofbeldis sem þau verða vitni að og tímalengd frá síðasta ofbeldisatviki hafa áhrif á þá erfiðleika sem þau gætu þurft að glíma við, vandamálum þeirra fer fækkandi eftir því sem lengra líður frá síðasta ofbeldisatviki (Meltzer, o.fl., 2009). Þar sem mæður þessara

barna yfirgefa menn sína ekki í jafn miklum mæli má telja líklegt að heilsufarsvandamálum barnanna muni einnig fara fjölgandi en það getur meðal annars birst í lakari námsframmistöðu (Krieger, 2008), aukinni árásargirni (Meltzer, o.fl., 2009; Överlien og Hydén, 2009) og í auknum andlegum vandamálum (Emery, 2009; Levendosky, o.fl., 2002; Meltzer, o.fl., 2009) svo einhver dæmi séu nefnd.

Hlutverk hjúkrunarfræðinga

Konur sem eru þolendur ofbeldis í nánnum samböndum leita mun oft til heilbrigðiskerfisins samanborið við aðrar konur (Krieger, 2008; Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2008) en hjúkrunarfræðingar eru oft fyrsti heilbrigðisstarfsmaðurinn sem þolendur hitta við komuna á heilbrigðisstofnun (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2008; Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009b). Því má segja að sérstaða hjúkrunarfræðinga sé nokkuð mikil en það er nauðsynlegt að þeir búi yfir ákveðinni þekkingu og færni til að geta brugðist við ofbeldinu á viðeigandi hátt (Flinck, o.fl., 2005; Martin, o.fl., 2001).

Reglubundin skimun fyrir ofbeldi í nánnum samböndum er alltaf mikilvæg (Hindin, 2006; Soglin, o.fl., 2009; Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009b; Valente, 2002) en núverandi samfélagsástand ýtir enn frekar undir mikilvægi þess, ekki síst í ljósi þess að þolendur greina sjaldnast frá ofbeldinu af fyrra bragði (Guðrún Kristinsdóttir og Ingibjörg H. Harðardóttir, 2008; Soglin, o.fl., 2009; Valente, 2002). Helst þyrfti að koma verkferlum í gagnid sem myndu tryggja að allar konur væru skimaðar fyrir ofbeldi í nánnum samböndum við komu á heilbrigðisstofnun.

Einnig er þörf á klínískum leiðbeiningum á þessu sviði til að leiðbeina hjúkrunarfræðingum við skimun en það hefur sýnt sig að þeir veigra sér oft við að skima fyrir ofbeldi af ýmsum ástæðum (Soglin, o.fl., 2009; Valente, 2002). Klínísku leiðbeiningarnar sem nú er verið að vinna að um mat og fyrstu viðbrögð við ofbeldi í nánnum samböndum eru því kærkomnar en ætlunin er að innleiða þær á nokkrar deildir spítalans í haust. Fróðlegt verður að sjá hvort þær skili tilætluðum árangri en ef svo er, mætti ætla að þær verði innleiddar á spítalann allan og notaðar við skimun. Slíkar leiðbeiningar myndu styðja hjúkrunarfræðinga í mati og fyrstu viðbrögðum við ofbeldi í nánnum samböndum en tilfelli sem hjúkrunarfræðingar þurfa að takast á við geta mörg hver verið flókin og erfið. Í því samhengi má benda á að greinileg þörf er fyrir sérhæfð úrræði og sérfræðinga í ofbeldi í nánnum samböndum innan hjúkrunarstéttarinnar, sem gætu tekið á móti konum sem finnast við skimun og veitt þeim sérhæfða og viðeigandi meðferð. Taka má áhættuhópana sem nefndir hafa verið áður sem dæmi en ófrísk kona, sem beitt hefur verið ofbeldi, þarf til að mynda góða samfellda meðferð auk þess sem tryggja þarf henni fullnægjandi eftirlit í meðgönguvernd. Konur sem eru af erlendu bergi brotnar þurfa túlk auk þess sem mikilvægt er að byggt sé viðeigandi stuðningsnet í kringum þær á meðan tryggja þarf líkamlega fötluðu konunum viðunandi aðstæður og umönnun svo þær eigi kost á að yfirgefa ofbeldisfullan aðila til jafns við konur sem ekki eru líkamlega fatlaðar.

Þegar fræðilegar heimildir eru skoðaðar má sjá að mælt er með að skimun fari fram í ró og næði (Hindin, 2006) þegar konan er ein (Krieger, 2008). Til þess að það sé hægt er ljóst að gera þarf einhverjar breytingar innan heilbrigðiskerfisins þar sem tækifæri til að ræða við konur einslega, í ró og næði, eru ekki mörg. Í þessu samhengi má benda á slysa- og bráðadeild

Landspítalans en þar hafa nýlega verið gerðar skipulagsbreytingar og eru nú mun fleiri sjúkrarúm einungis með tjöld á milli svo allar spurningar og umræður heyrast yfir til næsta sjúklings. Ef lítið er til þolenda ofbeldis í nánum samböndum má segja að þetta sé skref aftur á bak en á sama tíma kallar þetta á breyttar aðferðir við skimun. Í staðinn fyrir að spyrja konurnar beint út væri hægt að nota spurningarlista eða tölvur, ef konan reynist svo vera fórnarlamb þyrfti að gera viðeigandi ráðstafanir til að ræða við konuna í einrúmi. Þetta gæti þó haft áhrif á hvort þolendur greini frá ofbeldi þar sem bent hefur verið á kosti þess að nota sambland af nokkrum aðferðum við skimun, t.d að spyrja konurnar beint út á sama tíma og önnur mælitæki eru notuð (Svavarsdóttir og Orlygsdóttir, 2009b) en eins og áður nefnt dæmi gefur til kynna býður núverandi sjúkrahúsumhverfi ekki endilega upp á það.

Takmarkanir

Í þessari fræðilegu samantekt er eingöngu fjallað um andlegt og líkamlegt ofbeldi sem konur eru beittar en kynferðislegt ofbeldi var látið liggja á milli hluta, og það sama má segja um gerendur eða aðra þætti sem tengjast ofbeldinu þar sem afmarkana var þörf. Við þetta má bæta að þær heimildir sem stuðst er við eru flestar fengnar úr erlendum tímaritum þar sem lítið hefur verið fjallað um heimilisofbeldi hér á landi og fáar rannsóknir hafa verið gerðar á áhrifum þess, samanborið við önnur lönd.

Framtíðaráherslur

Ef litið er til fræðilegs umhverfis hér á landi má sjá að það var ekki fyrr en eftir aldamótin sem hjúkrunarrannsóknir á ofbeldi í nánnum samböndum fóru að birtast af einhverju ráði með dr. Erlu Kolbrúnu Svavarsdóttur og dr. Brynju Örlygsdóttur í broddi fylkingar. Í ljósi þess hversu algengt heimilisofbeldi er ætti að leggja meiri áherslu á rannsóknir því tengdu. Það myndi fela í sér hagnað bæði fyrir þolendur sem og þá sem að meðhöndlun þeirra koma. Á meðal atriða sem þyrfti að skoða er hver staða þessara kvenna er í samfélaginu með tilliti til fjárhags og hjúskaparstöðu, hvernig þjónustu þær vilja helst að boðið sé upp á, skoða þyrfti enn frekar þau heilsufarsvandamál sem þessar konur glíma við auk þess sem kanna þyrfti stöðu þeirra barna sem búa við ofbeldi gegn móður svo einhver dæmi séu nefnd.

Gildi fyrir hjúkrun

Hjúkrunarfræðingar þurfa að þekkja hlutverk sitt í meðferð kvenna sem eru þolendur ofbeldis, en það felur í sér góða þekkingu á umfangi, afleiðingum og fyrstu viðbrögðum við ofbeldi í nánnum samböndum. Leggja mætti meiri áherslu á kennslu um heimilisofbeldi í grunnnámi hjúkrunarfræðinga. Það væri hægt að gera með því að fjölga fyrirlestrum sem fjalla um þetta viðfangsefni, en einnig kæmi verkleg kennsla í skimun sér vel. Jafnvel ef nemendur æfðu sig á hvor öðrum með því að hefja máls á umræðu um ofbeldi, þannig ná þeir upp aukinni þjálfun sem nýtist þeim þegar kemur að því að skima skjólstaðing innan heilbrigðiskerfisins. Þó má telja öruggt að klínísku leiðbeiningarnar sem verða innleiddar á Landspítalann síðar á árinu

muni nýtast hjúkrunarfræðingum vel þegar kemur að því að nálgast og meðhöndla þolendur. Að lokum má benda á að eins og fyrri kaflar hafa sýnt er um flókinn málaflokk að ræða en greinilegt er að hjúkrunarfræðingar eru ómissandi hlekkur í stríðinu gegn ofbeldi í nánum samböndum.

Lokaorð

Þessi fræðilega samantekt á umfangi, afleiðingum og hlutverki hjúkrunarfræðinga sýnir, svo ekki verður um villst, að heimilisofbeldi er algengt og afleiðingar þess eru skaðlegar fyrir alla þá sem fyrir því verða. Konur sem hafa reynslu af ofbeldi í nánnum samböndum og börn þeirra sem verða vitni að ofbeldinu geta þurft að glíma við ýmis vandamál í tengslum við ofbeldið til lengri eða skemmri tíma, jafnvel ævilangt. Við þetta má bæta að þessar konur leita oftast til heilbrigðiskerfisins samanborið við aðrar konur svo hjúkrunarfræðingar eru í góðri aðstöðu til að veita þeim stuðning og leiðbeina í átt að betra lífi. En til þess að það sé hægt þurfa hjúkrunarfræðingar að leggja meiri áherslu á að skima allar konur fyrir ofbeldi í nánnum samböndum og innleiða skimun inn í dagleg störf sín, enda hefur það sýnt sig að meirihluti þolenda vill vera spurðir um ofbeldi af heilbrigðisstarfsmanni sínum. Þörfin á skimun er ekki síst til staðar nú þegar efnahagslegar þrengingar blasa við þjóðinni þar sem ofbeldispröskuldurinn hefur tilhneigingu til að lækka á sama tíma og ofbeldi sem beitt hefur verið hefur tilhneigingu til að magnast og verða grófara. Því er ljóst að hvernig sem á heimilisofbeldi er litið geta hjúkrunarfræðingar unnið mikið og gott verk með reglubundinni skimun og viðeigandi meðferð byggða á virðingu, tillitssemi og gagnreyndri þekkingu.

Heimildaskrá

Alþingi. (e.d.). *Svar heilbrigðisráðherra við fyrirspurn Sigríðar Ingvarsdóttur um komur á*

sjúkrastofnanir vegna heimilisofbeldis. Sótt 10. febrúar 2010 af

<http://www.althingi.is/altext/128/s/1094.html>

Bull, A. (2009). Screening for intimate partner violence: Offering the tissue box. *Journal for Nurse Practitioners*, 5(8), 620-621.

Burch, R. L., og Gallup Jr., G. G. (2004). Pregnancy as a stimulus for domestic violence. *Journal of Family Violence*, 19(4), 243-247.

Coker, A. L., Sanderson, M., og Dong, B. (2004). Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 18(4), 260-269.

Copel, L. C. (2006). Partner abuse in physically disabled women: A proposed model for understanding intimate partner violence. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(2), 114-129.

Curry, M. A., Perrin, N., og Wall, E. (1998). Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. *Obstetrics and Gynecology*, 92(4 I), 530-534.

Dóms- og kirkjumálaráðuneytið (1997, febrúar). *Skýrsla dómsmálaráðherra um orsakir, umfang og afleiðingar heimilispfældis og annars ofbeldis gegn konum og börnum.*

Sótt 10. febrúar 2010 af <http://www.althingi.is/altext/121/s/0612.html>

Edin, K. E., Dahlgren, L., Lalos, A., og Högberg, U. (2010). "Keeping up a front": Narratives about intimate partner violence, pregnancy, and antenatal care. *Violence Against Woman, 16*(2), 189-206.

Edin, K. E., og Högberg, U. (2002). Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery, 18*(4), 268-278.

Emery, C. R. (2009). Stay for the children? husband violence, marital stability, and children's behavior problems. *Journal of Marriage and Family, 71*(4), 905-916.

Enander, V., og Holmberg, C. (2008). Why does she leave? the leaving process(es) of battered women. *Health Care for Women International, 29*(3), 200-226.

Erla Kolbrún Svavarsdóttir. (2006). Konur sem lifa við stöðugan ótta: Hjúkrun gegn ofbeldi. Í Helga Jónsdóttir (Ritstj.), *Frá innsæi til inngripa: Þekkingarþróun í hjúkrunar- og ljósmóðurfræði* (bls. 107-124). Hið íslenska bókmenntafélag: Steinholt ehf.

Erla Kolbrún Svavarsdóttir og Brynja Örlygsdóttir (sept, 2008). *Leiðbeiningar í klíník fyrir hjúkrunarfræðinga og ljósmæður um framkvæmd kembileitar, mat og fyrstu viðbrögð við heimilisofbeldi*. Reykjavík: Erla Kolbrún Svavarsdóttir og Brynja Örlygsdóttir.

Félags- og tryggingamálaráðuneyti. (e.d.). *Rannsókn á ofbeldi gegn konum: Reynsla kvenna á aldrinum 18-80 ára á Íslandi*. Sótt 24. febrúar 2010 af

http://www.felagsmalaraduneyti.is/media/09FrettatengtFEL09/Samantekt_um_rannsokn_a_ofbeldi_gegn_konum.pdf

Flinck, A., Paavilainen, E., og Åstedt-Kurki, P. (2005). Survival of intimate partner violence as experienced by women. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3), 383-393.

Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132.

Guðrún Kristinsdóttir og Ingibjörg H. Harðardóttir. (2008). Mörg íslensk börn hafa vitneskjuna: Um þekkingu og skilning barna á ofbeldi á heimilum [Rafræn útgáfa]. *Læknablaðið*, 84(5), 46-54.

Hindin, P. K. (2006). Intimate partner violence screening practices of certified nurse-midwives. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 51(3), 216-221.

Ingólfur V. Gíslason. (2008). *Ofbeldi í nánum samböndum – orsakir, afleiðingar, úrræði*. Reykjavík: Félags- og tryggingamálaráðuneytið.

Jasinski, J. L. (2004). Pregnancy and domestic violence: A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 5(1), 47-64.

Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: Causes and prevention. *Lancet*, 359(9315), 1423-1429.

Krieger, C. L. (2008). Intimate partner violence: A review for nurses. *Nursing for Women's Health*, 12(3), 224-233; quiz 234.

Landlæknisembættið (2007). *Klínískar leiðbeiningar*. Sótt 1. maí 2010 af

<http://www.landlaeknir.is/Pages/182>

Lee, J., Pomeroy, E. C., og Bohman, T. M. (2007). Intimate partner violence and psychological health in a sample of asian and caucasian women: The roles of social support and coping. *Journal of Family Violence*, 22(8), 709-720.

Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C., Semel, M. A., og Shapiro, D. L. (2002). Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(2), 150-164.

Martin, S. L., Mackie, L., Kupper, L. L., Buescher, P. A., og Moracco, K. E. (2001). Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *Journal of the American Medical Association*, 285(12), 1581-1584.

Meltzer, H., Doos, L., Vostanis, P., Ford, T., og Goodman, R. (2009). The mental health of children who witness domestic violence. *Child and Family Social Work*, 14(4), 491-501.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2005). *Woman abuse: Screening, identification and initial response*. Sótt 1. maí 2010 af

http://www.rnao.org/Storage/12/655_BPG_Women_Abuse.pdf

Renner, L. M. (2009). Intimate partner violence victimization and parenting stress: Assessing the mediating role of depressive symptoms. *Violence Against Women, 15*(11), 1380-1401.

Samtök um kvennaathvarf (e.d.). *Ársskýrsla 2008*. Sótt 10. febrúar 2010 af

<http://www.kvennaathvarf.is/media/arsskyrslur/SUK-2008-low.pdf>

Sextán ára fangelsi fyrir heiftarlega atögu (2005, 30. september). *Morgunblaðið*. Sótt 27. apríl

2010 af http://www.mbl.is/mm/gagnasafn/grein.html?grein_id=1041036

Sigríður Sía Jónsdóttir. (2009). Skimun fyrir ofbeldi á meðgöngu: Hlutverk ljósmæðra. Í

Helga Gottfreðsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir (Ritstj.), *Lausnarsteinar:*

Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist (bls. 38- 56). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.

Soglin, L. F., Bauchat, J., Soglin, D. F., og Martin, G. J. (2009). Detection of intimate partner violence in a general medicine practice. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(2), 338-348.

Straus, H., Cerulli, C., McNutt, L. A., Rhodes, K. V., Conner, K. R., Kembell, R. S. o.fl. (2009).

Intimate partner violence and functional health status: Associations with severity, danger, and self-advocacy behaviors. *Journal of Women's Health, 18*(5), 625-631.

Svavarsdóttir, E. K., og Orlygsdóttir, B. (2008). Effect of abuse by a close family member on

health. *Journal of Nursing Scholarship, 40*(4), 311-318.

- Svavarsdottir, E. K., og Orlygsdottir, B. (2009a). Intimate partner abuse factors associated with women's health: A general population study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1452-1462.
- Svavarsdottir, E. K., og Orlygsdottir, B. (2009b). Identifying abuse among women: Use of clinical guidelines by nurses and midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 779-788.
- Thackeray, J., Stelzner, S., Downs, S. M., og Miller, C. (2007). Screening for intimate partner violence: The impact of screener and screening environment on victim comfort. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(6), 659-670.
- Valente, S. M. (2002). Evaluating intimate partner violence. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(11), 505-513; quiz 514-516.
- Vinnumálastofnun (2010, febrúar). *Staða á vinnumarkaði janúar 2010*. Sótt 19. febrúar 2010 af http://vinnumalastofnun.is/files/jan10_163064943.pdf
- World Health Organization (WHO). (2009). *Violence against women*. Sótt 8. maí 2010 af <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
- World Health Organization (WHO). (e.da.). *Gender based violence in the western pacific region: A hidden epidemic?* Sótt 6. maí 2010 af http://whqlibdoc.who.int/wpro/2006/9290612263_eng.pdf

World Health Organization (WHO). (e.db.). *Prevention of intimate partner violence and sexual violence*. Sótt 8. maí 2010 af

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/intimate/en/index.htm

↓

Yoshihama, M., og Horrocks, J. (2003). The relationship between intimate partner violence and PTSD: An application of cox regression with time-varying covariates. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 371-380.

Zink, T. (2000). Should children be in the room when the mother is screened for partner violence? *Journal of Family Practice, 49*(2), 130-136.

Överlien, C., og Hydén, M. (2009). Children's actions when experiencing domestic violence. *Childhood, 16*(4), 479-496.