

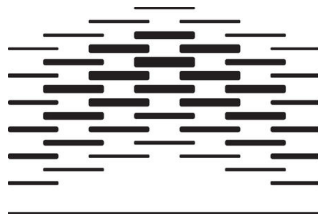
MASTEROPPGAVE
Masterstudium i psykisk helsearbeid, deltid
Mai 2016

Partnervold og vold i opprinnelsesfamilien.

En studie om forskjeller mellom partnervoldsutsatte kvinner med og uten vold i opprinnelsesfamilien.

Anja Bø

Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Sammendrag

Partnervold omtales av verdens helseorganisasjon (WHO) som et folkehelseproblem og har klare sammenhenger med psykiske vansker. Å eksponeres for vold i oppveksten enten som vitne til partnervold eller ved å selv bli direkte utsatt for vold, øker risikoen for å bli utsatt for partnervold i voksen alder. Denne studien av partnervoldsutsatte kvinner som har vært i kontakt med krisesenter, undersøker hvilke forskjeller det er mellom kvinner som har voldserfaring fra oppveksten og de som ikke har slik erfaring fra sin opprinnelsesfamilie.

Studien tar utgangspunkt i deler av datamaterialet fra doktorgradsarbeidet til Solveig Karin Bø Vatnar. Et representativt utvalg på 73 kvinner rekruttert fra 10 krisesentre i Norge har ut ifra et interaksjonelt perspektiv på partnervold, besvart spørsmål som omhandlet partnervoldserfaring, voldserfaring i opprinnelsesfamilien, sosiodemografi, oppvekstvilkår, psykiske helse mål og håndtering/mestring av partnervolden. Førtitre av kvinnene hadde erfaring fra vold i opprinnelsesfamilien; de fleste av dem (n=31) hadde både selv vært utsatt for vold og hadde vært vitne til partnervold mellom foresatte. Univariate og multivariate logistisk regresjonsanalyser ble utført ved hjelp av SPSS for å undersøke forskjeller mellom partnervoldsutsatte kvinner med og uten voldserfaring i opprinnelsesfamilien.

I tråd med et interaksjonelt perspektiv på partnervold, rapporterte partnervoldsutsatte kvinner med voldserfaring fra opprinnelsesfamilien annerledes enn partnervoldsutsatte kvinner uten slik erfaring når det gjaldt sosiodemografi, oppvekstvilkår og karakteristika ved partnervolden. Kvinner som hadde opplevd vold i opprinnelsesfamilien hadde større sannsynlighet for å ha blitt født i Norge og for å ha vokst opp med foresatte med alkohol- eller andre rusproblemer og dårlig økonomi sammenlignet med kvinner uten voldserfaring i opprinnelsesfamilien. Kvinner med voldserfaring fra opprinnelsesfamilien rapporterte også om lengre varighet ved den seksuelle partnervolden. Studien fant ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene på psykiske helse mål.

Abstract

Intimate partner violence is recognized by the World Health Organisation (WHO) as a public health problem and is associated with psychological problems. Exposure to violence during childhood, either as a witness to parental violence or as a direct victim of abuse, increases the risk of being exposed to intimate partner violence in adulthood. This study of intimate partner abused women who have been in contact with shelters, examines the differences between those who have been exposed to violence in childhood and those who don't have this experience in the family of origin.

The study is based on selected parts of the data material from the doctoral project of Solveig Karin Bø Vatnar. A representative sample of 73 women recruited from 10 shelters in Norway participated and answered questions about interactional aspects of intimate partner violence experiences, experiences of violence in the family of origin, socio-demographics, living conditions in childhood, mental health and coping with intimate partner violence. Forty-three of the women had experienced violence in the family of origin; most of them (n = 31) were both directly abused *and* had witnessed parental violence. Univariate and multivariate logistic regression analysis was conducted using SPSS to examine the differences between intimate partner abused women with and without experience of violence in the family of origin.

Consistent with an interactional perspective on intimate partner violence, women subjected to intimate partner violence who were exposed to violence in the family of origin, reported differently than partner abused women without such experience when it came to socio-demographics, living conditions in childhood and characteristics of partner violence. Women who had experienced violence in the family of origin were in increased risk of being born in Norway and to having parents with alcohol or drug problems and poor economy compared with women without this experience in the family of origin. Women exposed to violence in the family of origin also reported a longer duration of the sexual partner violence. The study found no statistically significant differences between groups in measures of mental health.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract	2
Tabelloversikt	4
Figuroversikt	4
Forord	5
1 Introduksjon	6
1.1 Hva er vold i nære relasjoner?	7
1.1.1 Partnervoldsbegrepet	7
1.1.2 Vold i opprinnelsesfamilien	9
1.2 Et interaksjonelt perspektiv på partnervold	9
1.3 Omfanget av partnervold	12
1.4 Omfanget av vold i oppveksten	13
1.5 Vold og psykisk helse	15
1.5.1 Å bli utsatt for vold i oppveksten – konsekvenser i voksen alder	15
1.5.2 Vold i oppveksten som risikofaktor for partnervold i voksen alder	16
1.5.3 Psykiske konsekvenser av partnervold	17
1.5.4 Mestring og håndtering av partnervolden	18
1.6 Rammer og kontekst for denne studien	20
1.7 Problemstilling og forskningsspørsmål	21
2 Metode	23
2.1 Litteratursøk	23
2.2 Rekruttering og datainnsamling	23
2.3 Beskrivelse av sentrale deler ved spørreskjema	25
2.4 Beskrivelse av utvalget	29
2.5 Manglende data	30
2.6 Forskningsetiske betraktninger	31
2.7 Statistiske analyser	32
3 Resultater	33
3.1 Karakteristika ved partnervolden	33
3.1.1 Fysisk partnervold	33
3.1.2 Psykisk partnervold	34
3.1.3 Seksuell partnervold	34
3.2 Kvinnenes rapporterte helse	35
3.3 Andel kvinner med og uten voldserfaring i opprinnelsesfamilien	35
3.4 Sosiodemografiske forskjeller	36
3.5 Forskjeller i oppvekstsvilkår	37
3.6 Forskjeller i helse mål	38
3.7 Forskjeller i karakteristika ved volden	39
3.8 Forskjeller i kvinnenes håndtering/mestring av volden	40
3.9 Gjennomgående gruppeforskjeller	42
4 Diskusjon	43
4.1 Hovedfunn	43
4.2 Kvinnenes komplekse partnervoldserfaringer	43
4.3 Partnervold og psykiske helseproblemer	44
4.4 Et betydelig antall kvinner med voldserfaring i opprinnelsesfamilien	45
4.5 Forskjeller mellom kvinner med og uten vold i opprinnelsesfamilien	47
4.5.1 Oppvekstsvilkår - økt risiko for dårligere økonomi og rusproblemer i familien	47
4.5.2 Partnervold, voldserfaring i opprinnelsesfamilien og etnisitet	48

4.5.3 Karakteristika ved partnervolden – lengre varighet ved seksuell vold	50
4.5.4 Ingen forskjeller i selvrapportert psykisk helse	52
4.5.5 Kvinnenes mestring/håndtering av partnervolden	53
4.6 Studiens styrker og begrensinger	56
4.7 Implikasjoner for praksis- og forskningsfeltet	58
5 Avslutning	60
Referanseliste	61
Vedlegg 1: Dokumentasjon av litteratursøk	74

Tabelloversikt

Tabell 1: Nåværende sosiodemografiske variabler hos kvinner som har vært utsatt for vold i opprinnelsesfamilien sammenlignet med kvinner som ikke har slik erfaring	37
Tabell 2: Oppvekstvilkår hos kvinner som har vært utsatt for vold i opprinnelsesfamilien sammenlignet med kvinner som ikke har slik erfaring	38
Tabell 3: Selvrapportert helse hos kvinner som har vært utsatt for vold i opprinnelsesfamilien sammenlignet med kvinner som ikke har slik erfaring	38
Tabell 4: Karakteristika ved volden hos kvinner som har vært utsatt for vold i opprinnelsesfamilien sammenlignet med kvinner som ikke har slik erfaring	39
Tabell 5: Håndtering/mestring av volden hos kvinner som har vært utsatt for vold i opprinnelsesfamilien sammenlignet med kvinner som ikke har slik erfaring	41
Tabell 6: Multivariate assosiasjoner mellom kvinner med og uten voldserfaring i opprinnelsesfamilien når det gjelder sosiodemografi, oppvekstvilkår, helse mål, karakteristika ved volden og håndtering/mestring av volden.	42

Figuroversikt

Figur 1: Rekrutteringsprosedyre	24
Figur 2: Kombinasjoner av voldserfaring kategorisert etter fysisk, psykisk og seksuell vold.	33
Figur 3: Kvinnenes voldserfaring i opprinnelsesfamilien	35
Figur 4: Kombinasjoner av voldserfaring, direkte utsatt for vold i opprinnelsesfamilien.	36
Figur 5: Kombinasjoner av voldserfaring, vitne til vold mellom foresatte i opprinnelsesfamilien	36

Forord

Først av alt vil jeg takke min veileder Solveig Karin Bø Vatnar, forsker ved Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, fakultet for helsefag. Takk for ditt engasjement, din grundige veiledning og for at jeg fikk bruke datamaterialet ditt. Takk for tid, omsorg og for spennende samtaler.

Takk også til venner og familie som har støttet meg. Dere er uvurderlige.

Oslo, mai 2016.

Anja Bø

1 Introduksjon

Arbeid mot vold i nære relasjoner har fått mye oppmerksomhet de senere årene, og i internasjonal sammenheng ligger Norge langt fremme i dette arbeidet. Likevel er det behov for mer kunnskap på området for å kunne iverksette gode forebyggende tiltak, samt bedre kvaliteten på tiltakene som de voldutsatte får (Meld. St. 15 (2012-2013), 2013). Økt kunnskap og kompetanse om voldens årsaker, karakteristika og konsekvenser samt om de voldsutsattes behov for hjelp fremheves som sentralt (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013). I tillegg meldes det om behov for ytterligere forskning på vold i nære relasjoner i et generasjonsperspektiv, samt mer kunnskap om sårbare grupper (Meld. St. 15 (2012-2013), 2013).

Partnervold mot kvinner omtales av verdens helseorganisasjon som et folkehelseproblem, og anslås å ramme omtrent hver tredje kvinne globalt (Garcia-Moreno et al., 2013). Partnervold kan få helsemessige og sosiale konsekvenser for den utsatte. Det er dokumentert klare sammenhenger mellom partnervold og senere psykiske vansker (Lagdon, Armour & Stringer, 2014). I tillegg kan partnervold føre til isolasjon, økonomiske problemer og arbeidsledighet (Meld. St. 15 (2012-2013), 2013). Å oppleve eller å være vitne til vold i barndommen er en av de mest konsistente risikofaktorene for partnervold i voksen alder (Jasinski & Williams, 1998; Whitfield, Anda, Dube & Felitti, 2003).

Vatnar (2008) har i sitt doktorgradsarbeid intervjuet hjelpesøkende partnervoldsutsatte kvinner rekruttert fra krisesentre, politi og familievernkontor om partnervold i et interaksjonelt perspektiv, for å kunne få bedre forståelse av partnervoldens kompleksitet og heterogenitet. Dataene innhentet av Vatnar gir mulighet til å utforske flere aspekter ved partnervold, blant annet partnervold og vold i opprinnelsesfamilien. Denne studien tar utgangspunkt i kvinnene rekruttert fra krisesentre og undersøker om det er noen forskjeller mellom kvinner med og uten voldserfaring fra opprinnelsesfamilien. Hensikten med studien er å utforske mulige forskjeller for å få en bedre forståelse av disse kvinnenes voldserfaringer og dermed også kunne identifisere viktige fokusområder for intervensjon.

Krisesentertilbudene i Norge er et viktig hjelpetilbud for voldsutsatte som i en akutfase har behov for et trygt oppholdssted, råd og veiledning. Det er et lavterskeltilbud, der man ved direkte henvendelse skal få en vurdering av sin situasjon og sine hjelpebehov. Sentrene defineres ikke som behandlingsinstitusjoner, men tilbyr ulike former for bistand som samtale,

praktisk hjelp og formidling av kontakt til det offentlige hjelpeapparatet (Sentio, 2015). Krisesentertilbudet var opprinnelig et frivillig tilbud drevet av krisesenterbevegelsen og hovedsakelig rettet mot kvinner, men med innføringen av krisesenterloven i 2010 overtok kommunene ansvar for å gi et helhetlig og likeverdig krisesentertilbud til alle voldsutsatte, og både menn og barn ble anerkjent som selvstendige brukere (Bakketeig et al., 2014; Jonassen, 2014). I 2014 var det tilsammen 46 krisesentertilbud i Norge. Totalt 1917 voksne personer hadde 2435 opphold på krisesentre, hvorav 1770 var kvinner. 2373 voksne personer var dagbrukere av krisesentertilbudene, og rundt 90 % av disse var kvinner (Sentio, 2015). Selv om partnervoldsutsatte kvinner på krisesentre kun utgjør en liten del av partnervoldsutsatte kvinner i Norge (jf. Lund, 2014), så indikerer studier at disse kvinnene har opplevd alvorligere former for partnervold enn kvinner i befolkningen generelt (Johnson, 2006; Haaland, Clausen & Schei, 2005; Alsaker, Kristoffersen, Moen & Baste, 2011). Det er derfor viktig å få mer kunnskap om denne gruppen hjelpesøkende kvinner.

1.1 Hva er vold i nære relasjoner?

Vold i nære relasjoner ble først anerkjent som et samfunnsproblem rundt 1970-tallet etter å lenge ha blitt ansett som et privatanliggende innenfor familiens sfære (Lawson, 2012; Jonassen, 2014, Meld. St. 15 (2012-2013)). I Norge og i andre land var det kvinnebevegelsen som satte problemet på dagsordenen, ved å fokusere på menns vold mot kvinner. Tradisjonelt har det dermed vært et klart kjønnsperspektiv på volden, noe som også gjenspeiles i måten fenomenet har blitt omtalt på, hvor formuleringer som konemishandling, kvinnemishandling, og vold mot kvinner har blitt brukt (Meld. St. 15 (2012-2013), 2013; Jonassen, 2014). Senere har begrepet vold i nære relasjoner blitt anvendt for å presisere at også barn og menn er utsatt. Vold i nære relasjoner favner et vidt felt, og kan handle om blant annet vold mot barn, vold mot eldre fra nære familiemedlemmer eller partnervold (Meld. St. 15 (2012-2013)).

1.1.1 Partnervoldsbegrepet

Denne studien tar utgangspunkt i Verdens helseorganisasjon sin definisjon av partnervold hentet fra rapporten World Report on Violence and Health, hvor partnervold forstås som:

any behavior within an intimate relationship that causes physical, psychological, or sexual harm to those in the relationship. Such behaviors include acts of physical aggression, such as slapping, hitting, kicking and beating, psychological abuse, such as

intimidation, constant belittling and humiliating, forced intercourse and other forms of sexual coercion, and various controlling behaviors such as isolating a person from their family and friends, monitoring their movements, and restricting their access to information or assistance (Heise & Garcia-Moreno, 2002, s. 89).

Denne definisjonen favner både fysiske, seksuelle og psykiske aspekter ved partnervold. Tidlig forskning på partnervold har hovedsakelig fokusert på fysisk og/eller seksuell vold, blant annet fordi det kan være lettere å konseptualisere og måle enn psykisk vold. Dette kan ha redusert forståelsen av partnervold som et komplekst fenomen (O'Leary, 1999; Dutton, Goodman & Bennett, 1999; Slep & Heyman, 2001; Heise & Garcia-Moreno, 2002). Psykisk vold har dermed blitt ansett som å ha mindre innvirkning på offeret enn andre typer vold (Lawrence, Yoon, Langer & Ro 2009). Lagdon et al. (2014) fant i sin systematiske oversiktsartikkel en sammenheng mellom alle typer partnervold og psykiske helseplager, og at psykisk vold alene kan ha en effekt på depressive symptomer, angst og posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Denne studien inkluderer derfor både fysisk, seksuell og psykisk vold. Det som omtales som psykisk vold begrenser seg kun til episoder som har skjedd uten at fysisk og seksuell vold har forekommet samtidig (jf. Vatnar & Bjørkly, 2008).

Slik partnervold er definert ovenfor, kan det omfatte både menns vold mot kvinner, kvinners vold mot menn, og partnervold i likekjønnede forhold. Studier viser også at det kan forekomme gjensidig partnervold (Hamberger & Larsen, 2015). Selv om både menn og kvinner kan være utøvere og ofre for partnervold, tyder studier på at kvinner i større grad blir utsatt for den gjentakende og mer alvorlige formen for partnervold samt opplever større skade ved volden enn menn (Archer, 2000; Hamberger & Larsen, 2015; Thoresen & Hjemdal, 2014; Meld. St. 15 (2012-2013)). Både menn og kvinner kan være utøvere og ofre for fysisk og psykisk partnervold, men ifølge Hamberger & Larsen (2015) er menn nesten utelukkende utøverne av seksuell partnervold. Denne studien avgrenser seg derfor til partnervoldsutsatte kvinner rekruttert fra krisesentre. Den inkluderer både kvinner som har opplevd vold fra daværende partner eller eks partnere (Jf. Vatnar & Bjørkly, 2008).

Partnervold er ikke et ensartet fenomen, men kan handle om hele spennet fra engangshendelser til gjentakende voldsepisoder hvor en eller flere ulike former for vold forekommer (Meld. St. 15 (2012-2013)). Studier viser at kvinner ofte utsettes for flere former

for vold samtidig, og at voldserfaringene kan være komplekse og heterogene (Lagdon et al., 2014; Pico-Alfonso et al., 2006; Alsaker et al., 2011; Heise & Garcia-Moreno, 2002). Karakteristika ved volden, konteksten, utøver og offer kan bidra til store individuelle forskjeller i opplevelsen av og konsekvensene av volden (Vatnar, 2008; Bogat, Levendosky & von Eye, 2005).

1.1.2 Vold i opprinnelsesfamilien

Vold i opprinnelsesfamilien blir i denne studien brukt som betegnelse for både det å ha vært vitne til fysisk, psykisk og/eller seksuell vold mellom foresatte og det å selv ha blitt direkte utsatt for fysisk, psykisk og/eller seksuell vold i oppveksten. Flere oversiktsartikler konkluderer med at det er en nær sammenheng mellom det å være vitne til partnervold og det å selv bli utsatt for vold (Osofsky, 2003; Bedi & Goddard, 2007; Slep & Heyman, 2001; Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl & Moylan, 2008). Appel & Holden (1998) rapporterte i sin gjennomgang av 31 studier at en median på 40 % av barna som levde med partnervold også hadde blitt utsatt for fysisk vold av en foresatte. En norsk studie av avgangselever i videregående skole fant at 35 % av dem som hadde sett eller hørt grov vold mot mor eller far også hadde blitt utsatt for grov fysisk vold fra enten mor eller far (Mossige & Stefansen, 2007). En annen norsk studie fant at over 40 % av kvinnene som hadde opplevd alvorlig vold fra foresatte i barndommen også hadde vært vitne til vold mellom foresatte (Thoresen & Hjemdal, 2014). Det er altså en stor overlapp mellom det å være vitne til partnervold og det å bli direkte utsatt for vold fra foresatte. I tillegg tyder en rekke studier på at det å være vitne til partnervold og det å bli direkte utsatt for vold i oppveksten kan være like belastende (Bedi & Goddard, 2007; Kitzmann, Gaylord, Holt & Kenny, 2003; Pinheiro, 2006). Når det refereres til begrepene vold i opprinnelsesfamilien eller voldserfaring i barndommen/oppveksten skilles det derfor ikke mellom det å ha vært vitne til eller det å ha blitt utsatt for vold, dersom ikke annet er presisert.

1.2 Et interaksjonelt perspektiv på partnervold

Hvordan partnervold forstås har avgjørende betydning for forskningen på området og for valg av tiltak og intervensjoner (Dixon & Graham-Kevan, 2011). I løpet av årene har ulike teoretiske perspektiver på partnervold blitt fremsatt, og noen av de mest anerkjente kan deles inn i sosiokulturelle og individuelle teorier (Bell & Naugle, 2008; Kantor & Jasinski, 1998). Eksempler på sosiokulturelle teorier er feministteorier og maktteorier, mens sosial

læringsteori og bakgrunns-/situasjonsmodell og personlighets-/typologiteorier er eksempler på individteorier (Bell & Naugle, 2008).

En av de eldste og mest kjente teoriene på partnervold er feministteorier, som ser på partnervold hovedsakelig ut ifra et kjønnsperspektiv, hvor partnervold forstås ut ifra menns dominans av kvinner i patriarkalske samfunn. Volden blir sett på som en av mange former for menns utøvelse av makt ovenfor kvinner. Samfunnsdefinerte kjønnsroller som plasserer menn i maktposisjon ovenfor kvinner, kjønnsdiskriminering og mangel på likestilling anses som noen av hovedgrunnene til partnervolden (Dobash & Dobash, 1977; Dobash & Dobash 1980).

Maktteorier fokuserer på at volden ikke bare knytter seg til kulturen, men også til familiestrukturen, hvor volden forstås som en måte å håndtere konflikter eller stress på i familiesystemet. Man tenker at det å bruke vold for å håndtere familiekonflikter er lært i oppveksten enten gjennom selv å være utsatt for volden eller å være vitne til den (Straus, 1977 i Bell & Naugle, 2008) og at psykososiale belastninger som medfører økt stressnivå i familien kan øke risikoen for vold i familien (Straus, Gelles & Steinmetz, 1980 i Bell & Naugle, 2008).

Basert på modeller utviklet av Bandura (1973 i Bell & Naugle, 2008) fokuserer sosial læringsteori på at partnervold i utgangspunktet er lært gjennom oppveksten, og at det å observere eller erfare vold i oppveksten kan øke ens toleranse og aksept for vold senere i livet (Mihalic & Elliott, 1997). Om volden fortsetter i voksen alder, antas å henge sammen med om man har opplevd eller vært vitne til positive utfall ved volden, og om volden dermed har hatt en funksjon (Riggs & O'Leary, 1989 i Bell & Naugle, 2008).

Bakgrunns-/situasjonsmodell er en modell utviklet av Riggs og O'Leary (1989, 1996 i Bell & Naugle, 2008) som forsøker å forstå partnervold ut ifra faktorer både ved bakgrunnen og ved situasjonen. Eksempler på bakgrunnsfaktorer er det å selv ha vært vitne til eller erfart vold eller aggressive personlighetskarakteristikker. Situasjonelle faktorer kan handle om rusmiddelbruk, problemløsningsferdigheter etc. Tanken er at en samhandling mellom bakgrunnsfaktorer og situasjonsfaktorer kan ha en innvirkning på intensiteten ved en konflikt mellom et par, og dermed avgjøre om det vil forekomme vold (Riggs O'Leary (1989, 1996, i Bell & Naugle, 2008).

Det har også blitt gjort mange forsøk på å identifisere psykopatologi og personlighetskarakteristikk som kan øke en persons tilbøyelighet for å utføre vold. Duttons Borderline Personality Organization (BPO) og Assaultiveness Theory og Holtzworth-Munroe og Stuarts Developmental Model of Batterer Subtypes er to tilnærminger som ofte nevnes i litteraturen. Begge tilnærmingene vektlegger tilknytning, tidlig barndomserfaringer og impulsivitet i forståelsen av partnervold (Dutton, 1995; Holtzworth-Munroe & Stuart, 1994 i Bell & Naugle 2008).

De siste 40 årene har det pågått en debatt blant forskere og klinikere om konseptualiseringen av partnervold (Dixon & Graham-Kevan, 2011). Antall konkurrerende partnervoldsteorier har resultert i en splittelse blant forskere innenfor feltet (Bell & Naugle, 2008). Den største diskusjonen finner man trolig mellom tilhengere av feministperspektivet og tilhengere av familievoldsperspektivet (Lawson, 2012). Feministperspektivet har sitt utspring fra rettighetsbevegelser for ofre for seksuelle overgrep og vold i hjemmet, og familievoldsperspektivet, eller "Family Violence" har sitt utspring fra sosial- og atferdsforskning på familievold (Winstok, 2007). Mens feministperspektivet som nevnt tidligere forstår partnervold hovedsakelig ut ifra et kjønnsperspektiv og mer spesifikt som et uttrykk for menns dominans over kvinner, ser teorier innenfor familievoldsperspektivet på partnervold som et uttrykk for konflikt innenfor familien, og dermed ikke som kvalitativt forskjellig fra andre former for familievold, som for eksempel vold mot eldre eller vold mot barn (Lawson, 2012). Uenigheten om hvordan man skal forstå partnervold, har resultert i en mangel på integrering av ulike teorier innenfor et teoretisk rammeverk som kunne ha utvidet feltets forståelse av partnervold (Bell & Naugle, 2008). Det å for eksempel utelukkende referere til kjønn i forståelse av partnervold, istedenfor å se på kjønn som *en* mulig faktor som interagerer med andre variabler, kan bidra til en begrenset forståelse av partnervolden (Winstok 2007; Dixon & Graham-Kevan, 2011). Mange har påpekt at eksisterende teorier ikke favner kompleksiteten og heterogeniteten ved partnervold, slik som voldens alvorlighetsgrad og funksjon, ulike type parforhold og ulike typer partnervold (psykisk, fysisk og seksuell) og at det derfor er behov for nyere teoretiske perspektiver og rammeverk som i større grad favner dette (Bell & Naugle, 2008; Winstok, 2007; Bogat, et al., 2005). Også i offentlige dokumenter om vold i nære relasjoner vektlegges dette perspektivet; for å forstå partnervold er det viktig å ta hensyn til den multifaktorielle interaksjonen mellom strukturelle, situasjonelle og individuelle forhold (Meld. St. 15 (2012-2013), 2013).

De senere årene har det derfor vært et økende fokus på partnervold ut ifra et interaksjonelt perspektiv (Eisikovits & Bailey, 2011; Vatnar & Bjørkly, 2008, 2011; Vatnar, 2015). Et interaksjonelt perspektiv tar utgangspunkt i at vi lever i et miljø bestående av både fysiske, geografiske, biologiske, sosiale og kulturelle faktorer som samhandler kontinuerlig med hverandre og med det enkelte individet involvert og at det er gjennom konkrete situasjoner at denne samhandlingen med individet skjer. I forståelsen av personlig utvikling og atferd, vektlegges denne kontinuerlige, gjensidige interaksjonen mellom person og situasjon. Hvordan situasjonen defineres, avhenger av hvordan den blir oppfattet, tolket og tillagt mening av personen som opplever situasjonen. Tidligere erfaringer er også med på å forme et menneskets kognitive strukturer, affekter og mestringsstrategier, og påvirker hvordan en person opplever en situasjon (Magnusson, 1981).

Et interaksjonelt perspektiv på partnervold innebærer dermed en forståelse av at partnervold består av en kontinuerlig interaksjon (gjensidig påvirkning) mellom individene og de ulike situasjonene individene møter. Det handler om en person-situasjon interaksjon og ikke om en person-situasjon dikotomi. En kvinne som utsettes for fysisk, psykisk og seksuell vold ved ulike anledninger vil antageligvis oppleve og forstå disse episodene som ulike, selv om volden utøves av samme person hver gang, fordi situasjonene kan være forskjellige. Fysisk, psykisk og seksuell vold behandles derfor som tre separate analytiske enheter (jf. Vatnar & Bjørkly, 2008; 2011). Videre vil et interaksjonelt perspektiv på partnervolden innebære en forståelse av at karakteristika ved kvinnen (sosiodemografisk bakgrunn, helse, oppvekst etc.), karakteristika ved volden og hva som har skjedd både i forkant og etterkant av volden vil ha en innvirkning på hvordan partnervolden oppleves, hvilke konsekvenser den får, hvordan den håndteres og mestres osv. (jf. Kirsebom, Vatnar & Bjørkly, 2014). Basert på en antagelse om at voldserfaring fra oppveksten kan ha en innvirkning på opplevelsen av partnervolden og dens konsekvenser, kan det å undersøke om det er forskjeller mellom partnervoldsutsatte kvinner med og uten slik erfaring derfor være interessant. Å undersøke ulike aspekter gjennom analyse av flere ulike variabler som skiller disse to gruppene, i stedet for å avgrense seg til kun noen få forhold, er også i tråd med et interaksjonelt perspektiv på partnervold.

1.3 Omfanget av partnervold

Omfanget av partnervold internasjonalt og i Norge er vanskelig å fastslå fordi definisjonen og forståelsen av vold endrer seg over tid, og kan variere i de ulike studiene. I tillegg regner man med at mørketallene er store (Sørbø, 2014; Hjemdal, 2014; Meld. St. 15 (2012-2013), 2013).

Den første systematiske oversiktsrapporten fra Verdens helseorganisasjon, basert på data fra 79 land, estimerer at omtrent 30 % av alle kvinner som har vært i et parforhold har opplevd fysisk og/eller seksuell vold fra sin partner. Andelen kvinner som har opplevd partnervold synes å være høyere i lavinntektsland enn i høyinntektsland, hvor henholdsvis 37 og 23 prosent av kvinnene har opplevd partnervold en gang i livet, noe som kan tyde på at både økonomiske og sosiokulturelle faktorer er av betydning (Garcia-Moreno et al., 2013). Den første prevalensstudien i Norge viste at rundt hver tiende kvinne og 2 % menn har vært utsatt for alvorlig partnervold. Omtrent en fjerdedel av kvinnene som noen gang hadde levd i et parforhold, rapporterte å ha opplevd fysisk partnervold minst en gang etter fylte 15 år (Haaland et al., 2005; Nerøien & Schei, 2008). En nyere omfangsstudie viste lignende tall, hvorav over 9 % av kvinnene og i underkant av 2 % av mennene oppga å noen gang ha vært utsatt for alvorlig fysisk partnervold i voksen alder. 3.8 % av kvinnene hadde blitt voldtatt og 5.5 % hadde blitt usatt for andre former for seksuell vold fra partner (Thoresen & Hjemdal, 2014).

Flere studier indikerer at partnervolden rammer sosialt skjevt. Andelen voksne som oppgir å ha vært utsatt for partnervold er høyere blant dem med lavere utdanning og dårligere økonomi, blant sosialhjelpsmottakere, trygdede og arbeidsledige (Pape & Stefansen, 2004; Haaland et al., 2005; Nerøien & Schei, 2008). En nylig rapport om partnerdrap i Norge bekrefter samme tendens; i underkant av 40 % av ofrene var enten arbeidsledige eller trygdede (Vatnar, 2015). Studier indikerer også økt risiko for partnervold i parforhold med rusproblematikk (Testa et al., 2012). En undersøkelse av hjelpesøkende kvinner fra krisesentre i Norge viste at personer med innvandrerbakgrunn var overrepresentert på krisesentre i forhold til i den generelle populasjonen (62 % mot 14 %), at en større andel kvinner på krisesentre mottok sosialhjelp eller trygd (42.6 % mot under 3 %) og at færre kvinner på krisesentre var i arbeid sammenlignet med kvinner fra den generelle populasjonen (rundt en tredjedel mot to tredjedeler) (Lund, 2014).

1.4 Omfanget av vold i oppveksten

Vi vet lite om hvor mange barn som lever med vold i familien i Norge, fordi det er gjennomført få omfangsundersøkelser og fordi det er knyttet en rekke metodiske og etiske utfordringer til forekomstundersøkelser av barns voldserfaringer (Heltne & Steinsvåg, 2011). De norske omfangsundersøkelsene som finnes er hovedsakelig publisert som rapporter og ikke i fagfelleverderte tidsskrifter. En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i

videregående skole fant at omtrent en fjerdedel hadde opplevd minst et tilfelle av fysisk vold fra en forelder og åtte prosent hadde opplevd grov fysisk vold. Rundt seks prosent hadde sett eller hørt minst ett tilfelle av fysisk partnervold mot minst en av foreldrene. Omtrent en tiendedel hadde enten vært vitne til grov vold mot en forelder, eller hadde selv blitt utsatt for grov fysisk vold fra en forelder, og rundt to prosent hadde både vært vitne og blitt direkte utsatt for vold fra en forelder (Mossige & Stefansen, 2007). I en nasjonal telefonundersøkelse av personer i alderen 18-75 år hvor deltakerne også ble spurt om vold i oppveksten, kom det frem at 31.1 % hadde opplevd minst et tilfelle av vold fra en foreldre. Fem prosent hadde opplevd alvorlig fysisk vold, 13.4 % hadde opplevd gjentakende psykologisk vold og rundt 1.7 % hadde blitt utsatt for seksuell vold fra en forelder. En tiendedel av utvalget hadde sett eller hørt vold mellom foresatte (Thoresen & Hjemdal, 2014). En nasjonal telefonundersøkelse av 16- og 17-åringer i Norge viste at rundt en tiendedel hadde opplevd minst et tilfelle av fysisk vold fra en forelder. I underkant av to prosent (1.8 %) hadde opplevd alvorlig fysisk vold og 6.6 % hadde opplevd gjentakende psykologisk vold. Tre prosent rapporterte at de hadde sett eller hørt vold mellom foresatte (Myhre, Thoresen & Hjemdal, 2015).

I følge en systematisk oversiktsartikkel er vold i familien nært koblet til andre forhold som foreldres rusmisbruk, arbeidsløshet, økonomiske vansker og psykiske helseproblemer (Herrenkohl et al., 2008). Også de norske omfangstudiene har rapportert om lignende funn. Mossige & Stefansen (2007) fant at foresattes rusproblemer, dårlig økonomi i familien og minoritetsbakgrunn var knyttet til økt risiko for både direkte voldsopplevelser og vitneerfaringer. Myhre et al. (2015) fant at ungdom som kom fra familier med dårligere råd, samt ungdom med innvandrerbakgrunn, hadde større risiko enn andre ungdom for å bli utsatt for fysisk vold av en forelder (Myhre et al., 2015).

Studiene baserer seg på overslag og har en rekke begrensinger, for eksempel ekskluderer studien av avgangselever på videregående skole ungdom som har droppet ut og som dermed presenterer en annen sosial bakgrunn hvor voldsutsatthet antas å være høyere (Øverlien, 2012; Mossige & Stefansen, 2007). I tillegg kan voldshendelser være glemt eller vanskelige å snakke om og særlige sårbare grupper, som for eksempel institusjonsbeboere eller alvorlig syke, kan være vanskelig å få tak i ved telefonundersøkelser (jf. Myhre et al., 2015). Tallene kan derfor være underestimerte (Mossige & Stefansen, 2007; Myhre et al., 2015).

1.5 Vold og psykisk helse

Generelt betraktes det å bli utsatt for vold som potensielt traumatiserende. Å bli utsatt for vold i nære relasjoner anses i tillegg som mer skadelig enn det å bli utsatt for vold av en fremmed, fordi volden utøves av en som offeret i utgangspunktet skal stole på og ha tillit til (Herman, 1997). Mekanismene bak sammenhengen mellom vold og psykiske helseproblemer er utenfor denne studiens formål, men at vold i nære relasjoner kan føre til alvorlige og omfattende helsemessige konsekvenser er godt dokumentert (Meld. St. 15 (2012-2013), 2013); Garcia-Moreno et al., 2013; Lagdon et al., 2014).

1.5.1 Å bli utsatt for vold i oppveksten – konsekvenser i voksen alder

Å bli utsatt for vold i oppveksten kan ha en rekke følger både akutte, men også av mer langvarig karakter. Etersom utvalget i denne studien er voksne partnervoldsutsatte kvinner, vil fokuset være på konsekvensene det kan ha i voksen alder. Flere studier indikerer imidlertid at vold i oppveksten er assosiert med et bredt spekter av psykologiske, sosiale, emosjonelle og atferdsmessige problemer hos barn (Kitzmann et al., 2003; Øverlien, 2010; 2012; Howell, 2011).

Å være vitne til vold mellom foresatte kan være en like stor belastning som å selv bli utsatt for vold (Øverlien, 2010). Slike erfaringer synes også å ha langsiktige konsekvenser. Cater et al. (2015) fant i sin retrospektive studie av 2500 unge voksne at de som hadde vært vitne til partnervold i oppveksten skåret signifikant høyere på mål på angst, depresjon og PTSD sammenlignet med de som ikke hadde slik erfaring i oppveksten. Adverse Childhood Experiences (ACE), en omfattende studie som har som generell målsetting å undersøke sammenhenger mellom ulike skadelige barndomsopplevelser og nåværende helse som voksen (Felitti, 2002), fant også sammenheng mellom vold i oppveksten og psykisk helse i voksen alder. I to omganger har 18175 personer som har helseforsikring i et større amerikansk forsikringsselskap, besvart på spørsmål som handler om skadelige barndomsopplevelser, i tillegg til at det forelå detaljert informasjon om helseforhold (Whitfield et al., 2003). Studien viste at forekomsten av depresjon i voksen alder var fra 2 til 3.1 ganger høyere for kvinner som hadde vært utsatt for enten fysisk, psykisk eller seksuell vold i barndommen sammenlignet med kvinnene som ikke hadde slik erfaring (Chapman et al., 2004). Studien tydet også på et dose-respons forhold mellom antall type voldserfaringer i barndommen og økt sannsynlighet for depressive lidelser (Chapman et al., 2004), samt skår på psykisk helse i voksen alder (Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003). I tillegg viste studien at personer som

hadde vært utsatt for fysisk, psykisk eller seksuell vold i oppveksten hadde lavere helserelatert livskvalitet i voksen alder, enn personer som ikke hadde voldserfaring i barndommen (Corso, Edwards, Fang & Mercy, 2008).

1.5.2 Vold i oppveksten som risikofaktor for partnervold i voksen alder

En rekke studier har dokumentert en sammenheng mellom vold i oppveksten og det å bli utsatt for eller utøve partnervold i voksen alder (Thoresen et al., 2015; Lagdon et al., 2014; Whitfield et al., 2003, Ehrensaft et al., 2003, Thoresen & Hjemdal, 2014; Askeland, Evang & Heir, 2011; Øverlien, 2010). Askeland et al. (2011) fant i sin studie av voldsutøvende menn at 60 % hadde voldserfaring fra opprinnelsesfamilien og at fysiske voldserfaringer i oppveksten var assosiert med å utøve partnervold i voksen alder. Whitfield et al. (2003) fant at det å ha blitt utsatt for enten fysisk eller seksuell vold, eller det å ha vært vitne til partnervold mot mor, fordoblet risikoen for å bli utsatt for partnervold i voksen alder. Denne risikoen økte med antall voldserfaringer og frekvensen ved volden. En 20-årig longitudinell studie fant at det å kun ha vært vitne til partnervold i oppveksten økte risikoen tredobbelt for å bli utsatt for partnervold i voksen alder (Ehrensaft et al., 2003). Voldserfaringer i opprinnelsesfamilien kan i tillegg gi økt risiko for å oppleve vold fra flere ulike partnere (Alexander, 2009; Vatnar & Bjørkly, 2008). Å undersøke hvor mange kvinner i dette utvalget som har vært utsatt for eller har vært vitne til vold i oppveksten, samt å se hva som skiller partnervoldsutsatte kvinner med og uten voldserfaring fra opprinnelsesfamilien er derfor interessant.

Flere teorier har blitt lansert for å forklare hvorfor det å bli utsatt for vold i opprinnelsesfamilien kan gi økt risiko for å bli utsatt for partnervold i voksen alder, blant annet tilknytningsteori (Alexander, 2009; Mossige & Stefansen, 2007; Liem & Boudewyn, 1999) og sosial læringsteori (Kantor & Jasinski, 1998). Bowlby (1979) hevdet at tidlige tilknytningserfaringer fungerer som et grunnlag for senere sosiale relasjoner, og at det er en sterk sammenheng mellom et individs erfaring med sine foresatte og senere evne til å knytte seg til andre. En manglende konsistent og varm omsorg i barndommen kan medføre en utrygg tilknytningsstil og indre arbeidsmodeller om at en selv ikke fortjener kjærlighet samt forventinger om at andre ikke er til å stole på (Berlin, Cassidy, & Appleyard, 2008 i Kong et al., 2016). Å leve med vold mellom foreldre og/eller å bli utsatt for vold av foreldre kan dermed føre til en utrygg tilknytningsstil som igjen kan synes å gi økt risiko for å inngå relasjoner med andre hvor det forekommer vold (Liem & Boudewyn, 1999). Studier har vist en sammenheng mellom utrygg tilknytningsstil og det å utøve eller bli utsatt for partnervold

(Higginbotham, Ketring, Hibbert, Wright & Guarino, 2007; Babcock, Jacobsen, Gottman & Yerinton, 2000; Sonkin & Dutton, 2003; Kuijpers, van der Knaap & Winkel, 2011). Ut ifra sosial læringsteori, antar man at det å bli eksponert for vold i oppveksten kan medføre en tankegang om at vold er en akseptabel måte å håndtere konflikter med partneren på, og at vold i voksen alder dermed er lært gjennom erfaringene i barndommen (Ehrensaft et al., 2003; Kantor & Jasinski, 1998). Thoresen & Hjemdal (2014) påpeker at psykiske reaksjoner av å ha blitt utsatt for vold i oppveksten, som for eksempel skyldfølelse, angst og depresjon og forandret risikopersepsjon også kan gi økt sårbarhet for nye voldserfaringer i voksen alder. I tillegg nevner de vedvarende dårlige levekår i barndom og voksen alder som mulige forklaringer på sammenhengen mellom vold i oppveksten og partnervold i voksen alder.

Kantor & Jasinski (1998) understreker at flere risikofaktorer for partnervold i voksen alder er knyttet til erfaringer i opprinnelsesfamilien. Costa et al. (2015) fant i sin systematiske gjennomgang av longitudinelle prospektive studier at ikke bare det å være vitne til vold mellom foresatte eller det å selv bli utsatt for vold i barndommen ga økt risiko for senere å oppleve partnervold i voksen alder, men også lav sosioøkonomiske status i opprinnelsesfamilien og foresattes bruk av rusmidler. Lignende funn ble gjort i ACE-studien. De som hadde vært vitne til partnervold i opprinnelsesfamilien hadde også betydelig større risiko for å ha vokst opp i familier med alkohol- eller rusproblem, kriminalitet eller psykiske lidelser, samt hadde større sjans for å bli utsatt for vold eller blitt neglisjert i oppveksten (Dube, Anda, Felitti, Edwards & Williamson, 2002). Dong et al. (2004) fant i tillegg en større sannsynlighet for at disse skadelige barndomsopplevelsene forekom samtidig og ikke uavhengig av hverandre. Å undersøke om det er forskjeller mellom kvinnene i dette utvalget også når det gjelder andre forhold i opprinnelsesfamilien er derfor relevant.

1.5.3 Psykiske konsekvenser av partnervold

Kvinner utsatt for partnervold rapporterer i større grad symptomer på depresjon, angst og PTSD sammenlignet med andre kvinner (Golding, 1999; Nerøien & Schei, 2008; Lagdon et al., 2014; Wong & Mellor, 2014; Haaland et al., 2005; Campbell, 2002). Golding (1999) fant i sin metaanalyse at kvinner utsatt for partnervold hadde tre til fem ganger så stor risiko for å rapportere om symptomer på depresjon og PTSD sammenlignet med kvinner som ikke hadde vært utsatt for partnervold. Nerøien & Schei (2008) fant i sin studie en sammenheng mellom partnervold og somatiske og psykiske helseproblemer, også når man kontrollerte for alder, utdanning, arbeidsløshet og lav økonomisk status. Alsaker, Moen, Nortvedt & Baste (2006)

fant i sin studie at kvinner på krisesentre i Norge skåret mye lavere på alle dimensjonene ved helserelatert livskvalitet sammenlignet med andre kvinner i Norge. Flere studier viser i tillegg en sammenheng mellom partnervold og selvmordstanker og/eller selvmordsforsøk (Golding, 1999; Pico-Alfonso et al., 2006; Garcia-Moreno et al., 2013; Haaland et al., 2005), samt partnervold og rusmisbruk (Testa et al., 2012), noe som kan være måter å håndtere de vanskelige følelsene og smertene knyttet til volden på (Garcia-Moreno et al., 2005). Kvalitative studier tyder på at tap av selvtillit, følelse av maktesløshet og hjelpeløshet, handlingslammelse, redsel og frykt, isolasjon, skamfølelse og mindreverdsfølelse er velkjente fenomen blant mange partnervoldsutsatte kvinner (Hansen, Skjerve & Thorsnes, 2009; Jonassen & Eidheim, 2001).

Det er økende kunnskap om et dose-respons forhold mellom eksponering for partnervold og utvikling av symptomer og sykdommer (Sørbø, 2014). Gjentakende eksponering, eksponering for flere typer vold samt eksponering for alvorligere former for partnervold synes å gi økt risiko for utvikling av psykiske helseplager (Golding, 1999; Garcia-Moreno et al., 2005; Bogat et al., 2005; Bonomi et al., 2006; Armour & Sleath, 2014; Lagdon et al., 2014). Flere studier har også undersøkt dose-respons forholdet når det gjelder voldserfaringer både i oppveksten og i voksenlivet. Cloitre et al., (2009) fant at det å bli utsatt for flere traumatiske opplevelser spesielt i barndommen, men også i voksen alder, kan påvirke alvorligheten og kompleksiteten ved PTSD symptomer i voksen alder. En norsk studie fant at symptomer på angst og depresjon økte med antall voldskategorier erfart i barndommen og i voksen alder (Thoresen et al., 2015). Lang et al. (2004) fant at partnervoldsutsatte kvinner som også hadde voldserfaring fra barndommen skåret høyere på PTSD og lavere på helserelatert livskvalitet. Basert på antagelsen om et dose-respons forhold mellom voldserfaringer i barndom og voksen alder og psykiske helseproblemer, er det derfor interessant å undersøke om det er noen forskjeller i psykisk helse mellom de partnervoldsutsatte kvinnene i dette utvalget som har erfaring fra vold i oppveksten og de uten denne voldserfaringen.

1.5.4 Mestring og håndtering av partnervolden

Lazarus & Folkman (1984, s.141) definerer mestring som ”constantly changing cognitive and behavioural efforts to manage specific external an/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person”. Forfatterne skiller mellom problemfokuset mestring, hvor hensikten er å håndtere det spesifikke problemet og emosjonsfokuset mestring som handler om å redusere/regulere det emosjonelle ubehaget ved problemet. Dersom endring

ikke anses som mulig, så antas det at personen vil benytte emosjonsfokusert mestring (Goodman, Smyth, Borges & Singer, 2009). Perspektivet mellom problemfokusert og emosjonsfokusert mestring kan være nyttig når det gjelder partnervold, for å forstå alle de mangfoldige måtene partnervoldsutsatte forsøker å håndtere og mestre volden på (Goodman, Dutton, Weinfurt & Cook, 2003).

Flere studier har vist at kvinner som utsettes for partnervold bruker en rekke mestringsstrategier i møte med partnervolden for å håndtere volden, overleve og beskytte seg selv, både passive/emosjonsbaserte strategier som å ignorere eller forsøke å beskytte seg selv emosjonelt og aktive/problemfokuserede strategier, som å konfrontere partneren sin eller ringe politiet (Foster et al., 2015; Goodman et al., 2003). Haeseler (2013) presiserer at mange i tillegg må håndtere flere utfordringer som oppstår på grunn av partnervolden og at disse vil variere om kvinnen er i eller på vei ut av det voldelige forholdet. Fysiske skader, psykiske helseproblemer, økonomiske problemer, utfordringer med å fungere i jobben og i det sosiale liv og utfordringer knyttet til det å beskytte eventuelle barn er forhold som nevnes.

Selv om mange kvinner bruker en rekke strategier i møte med volden, kan flere studier tyde på at en stor andel ikke søker hjelp. En norsk studie av partnerdrap viste at i overkant av en fjerdedel hadde vært i kontakt med krisesenter før drapet og at nesten halvparten hadde kontaktet politi (Vatnar, 2015). En norsk omfangsstudie fant at rundt 39.7 % av kvinnene som noen gang hadde opplevd vold og trusler fra partner, hadde kontaktet hjelpeapparatet ((krisesenter, krisetelefon, sosialkontor, familievernkontor, advokat, politiet, fastlege, legevakt) en eller annen gang på grunn av partnervolden (Haaland et al., 2005). Rapportering fra krisesentertilbudene viser at 93 % av beboerne hadde vært utsatt for vold gjentatte ganger før de søkte om hjelp på et krisesentertilbud (Sentio, 2015). Mange som mottar terapi forteller ikke om partnervolden til terapeuten sin (Sartin, Hansen & Huss, 2006), og helsepersonell unngår ofte å spørre om partnervold selv om kvinnen har fysiske skader (Heise & Garcia-Moreno, 2002). Partnervold oppdages derfor ofte ikke før rettssystemet er involvert (Sartin et al., 2006).

Konteksten eller omstendigheten rundt volden synes å ha betydning for kvinnenens valg av strategier og hjelpesøkende atferd (Foster et al., 2015; Waldrop & Resick, 2004). Studier indikerer at kvinner bruker mer unngående/passive og emosjonsbaserte strategier når de fremdeles er i relasjonen og forsøker å mestre den pågående volden, men mer aktive og

problemfokuserte strategier dess alvorligere og mer frekvent volden blir (Waldrop & Resick, 2004; Meyer, Wagner & Dutton, 2010). Kvinner som holder partneren sin ansvarlig for partnervolden bruker både mer offentlige og mer aktive mestringsstrategier enn kvinner som unnskylder volden (Meyer et al., 2010). Norske studier tyder på at hjelpesøkende atferd er assosiert med alvorlighetsgraden ved partnervolden og om offeret har forlatt partneren sin (Haaland et al., 2005; Stefansen, Pape & Hjemdal, 2004). Kvinner som mottar positive responser fra potensielle hjelperessurser som venner, familie, krisesentre etc. har i større grad tro på sine muligheter til å endre situasjonen (Waldrop & Resick, 2004). Tilgjengelige ressurser er også faktorer som kan påvirke kvinnenens håndtering av partnervold (Waldrop & Resick, 2004; Heise & Garcia-Moreno, 2002), for eksempel kan dårlig økonomi og mangel på sosialt nettverk begrense kvinnenens muligheter til å forlate den voldelige partneren, og heller medføre at kvinnene utøver en overlevelsesfokuseret mestringsstil som handler om kortsiktig overlevelse, tilfredsstillelse av grunnleggende behov og det å forsøke å holde seg selv og sine nærmeste så trygge som mulig (Goodman et al., 2009). En kvalitativ studie av kvinner på krisesentre i Norge fant at det å ha arbeid og egen inntekt styrket troen på at de kunne klare seg på egenhånd (Alsaker, Moen, Baste & Morken, 2016). Å forlate den voldelige partneren er en prosess og mange forlater og returnerer til partneren sin gjentatte ganger før de endelig avslutter forholdet (Heise & Garcia-Moreno, 2002). Rundt 15 % av beboeroppholdene på krisesentre i 2014 endte med at kvinnene dro tilbake til voldsutøver (Sentio, 2015). Hvorfor noen blir i et forhold eller ei er en kompleks problemstilling knyttet til mange faktorer, som økonomi, jobb, støtte fra venner og familie, om man har barn eller ei, boligforhold, egen helse, skamfølelse og den tette sammenvevingen mellom vold og kjærlighet (Heise & Garcia-Moreno, 2002; Goodman et al., 2009; Bakketeig et al., 2014; Griffing et al., 2002; Vatnar & Bjørkly, 2008; Meld. St. 15 (2012-2013), 2013; Hansen et al., 2009). Fordi flere forhold synes å ha innvirkning på kvinnenens respons på volden, kan det å undersøke forskjeller mellom kvinnene med og uten voldserfaring fra opprinnelsesfamilien når det gjelder mestringsstrategier og hjelpesøkende atferd være interessant.

1.6 Rammer og kontekst for denne studien

Høgskolen i Oslo og Akershus og Oslo krisesenter inngikk våren 2015 et toårig samarbeidsprosjekt kalt "Faglig tilnærming til mennesker som utsettes for vold i nære relasjoner – Oslo krisesenter som en tverrprofesjonell læringsarena". Oslo krisesenter tilbyr praksisplasser for studenter fra sosionom- og barnevernsstudiet, og vil nå inkludere praksisstudenter fra videreutdanningen i psykisk helse og sykepleie. I den forbindelse er det

ønskelig at studenter ved videreutdanningen og masterstudiet i psykisk helse skriver fordypningsoppgaver og masteroppgaver om vold i nære relasjoner. Denne masteroppgaven er knyttet til dette samarbeidsprosjektet.

Vatnar (2008) har i sitt doktorgradsarbeid ”An interactional perspective on help-seeking women subject to intimate partner violence” intervjuet partnervoldsutsatte kvinner rekruttert fra krisesentre, politi og familievernkontor. Denne masteroppgaven baserer seg på deler av datamaterialet til dette doktorgradsarbeidet, og er et selvstendig arbeid.

Ut ifra erfaringer jeg har gjort med litteratursøk, både i de systematiske søkene og i gjennomlesingen av litteraturen, kan det se ut til at det er gjennomført få studier som undersøker forskjeller mellom partnervoldsutsatte kvinner med og uten voldserfaring i opprinnelsesfamilien. Internasjonale studier har fokusert på risikofaktorer for å oppleve partnervold, hvor voldsopplevelser i barndommen inngår som en risikofaktor (f.eks. Lagdon et al., 2014; Whitfield et al., 2003; Ehrensaft et al., 2003; Costa et al., 2015). Kirsebom (2012) og Kirsebom et al. (2014) har undersøkt forskjeller mellom kvinner med og uten erfaring fra vold i opprinnelsesfamilien med utgangspunkt i noen av de samme dataene som denne studien. Imidlertid har de brukt data innhentet både fra krisesentre, politi og familievernkontor, og fokuset var på kvinnenes opplevelse av skyld, skam og ansvar. Vatnar & Bjørkly (2009) fant i sin studie forskjeller mellom kvinnene som hadde kontaktet disse ulike hjelpeinstansene. Kvinnene som hadde kontaktet krisesentre representerte en annen sosiodemografisk bakgrunn, blant annet med lavere inntekts- og utdanningsnivå enn kvinnene rekruttert fra familievernkontor. Å kun ta utgangspunkt i de kvinnene som har tatt kontakt med krisesentrene i undersøkelsen av forskjeller mellom dem med og uten voldserfaring fra barndommen kan dermed bidra med ytterlige kunnskap om denne spesifikke gruppen partnervoldsutsatte kvinner.

1.7 Problemstilling og forskningsspørsmål

I denne studien ønsker jeg å undersøke om det er noen forskjeller mellom kvinner som har kontaktet krisesenteret på grunn av partnervoldserfaring og som i tillegg har erfaring fra vold i opprinnelsesfamilie og kvinner som ikke har slik erfaring fra oppveksten. Hvilke konsekvenser kan en slik erfaring fra opprinnelsesfamilien ha for partnervolden de nå opplever? Hensikten med studien er å utforske mulige forskjeller for å få en bedre forståelse

av disse kvinnenes voldserfaringer og dermed også kunne identifisere viktige fokusområder for intervensjon.

Følgende forskningsspørsmål søkes besvart i denne studien:

1. Hva karakteriserer partnervolden som kvinnene fra krisesentrene har vært utsatt for?
2. Hva karakteriserer kvinnenes psykisk helse?
3. Hvor mange av kvinnene har voldserfaring fra opprinnelsesfamilien og hvilke voldserfaringer er det?
4. Rapporterer kvinner på krisesenter som er utsatt for partnervold og som også har voldserfaring fra opprinnelsesfamilien annerledes enn kvinner som ikke har slik erfaring fra oppveksten når det gjelder:
 - o Nåværende sosiodemografiske forhold?
 - o Oppvekstvilkår?
 - o Egenskaper ved partnervolden de har blitt utsatt for (type vold, alvorlighetsgrad, varighet, frekvens, konsekvenser etc.)?
 - o Psykisk helse?
5. Er det noen forskjeller i måten kvinnene med og uten voldserfaring fra opprinnelsesfamilien har håndtert/mestret partnervolden på når det gjelder:
 - o Muligheten for å forutse volden og om de forsøkte å forhindre den?
 - o Mestringsstrategier og hvilke de opplevde som effektive?
 - o Egen vurdering av muligheten for å unngå ny partnervold?
 - o Forholdets varighet?
 - o Tidligere partnervoldserfaringer?
 - o Selvmordstanker/selvordsforsøk?
 - o Bruk av beroligende medisin?
 - o Hjelpesøkende atferd (kontakt med politi, sykehus, fastlege, psykolog, fortalte andre om siste overgrep, tidligere kontakt med krisesenter)?

Følgende antagelser ligger til grunn for studien; Partnervoldsutsatte kvinner med voldserfaringer i opprinnelsesfamilien rapporterer om dårligere oppvekstvilkår, om dårligere psykisk helse samt om andre mestringsstrategier og annen hjelpesøkende atferd enn kvinner uten denne erfaringen.

2 Metode

2.1 Litteratursøk

De første forberedelsene til studien ble gjort sommeren 2015. Søk i blant annet Orio, PsycInfo og Idunn ble gjort for å finne relevant litteratur som omhandlet partnervold og omfang av partnervold i Norge. Detaljene ved disse søkene ble ikke dokumentert systematisk. Fra og med høsten 2015 er detaljer fra søkene for det meste dokumentert (se vedlegg 1). Ut i fra treffene ved disse utførte søkene ble artikler fra fagvellevurderte tidsskrifter som ble ansett som relevante for studien valgt. I tillegg har oppgaven tatt utgangspunkt i relevante henvisninger/referanser i artikler og bøker som jeg har kommet over.

2.2 Rekruttering og datainnsamling

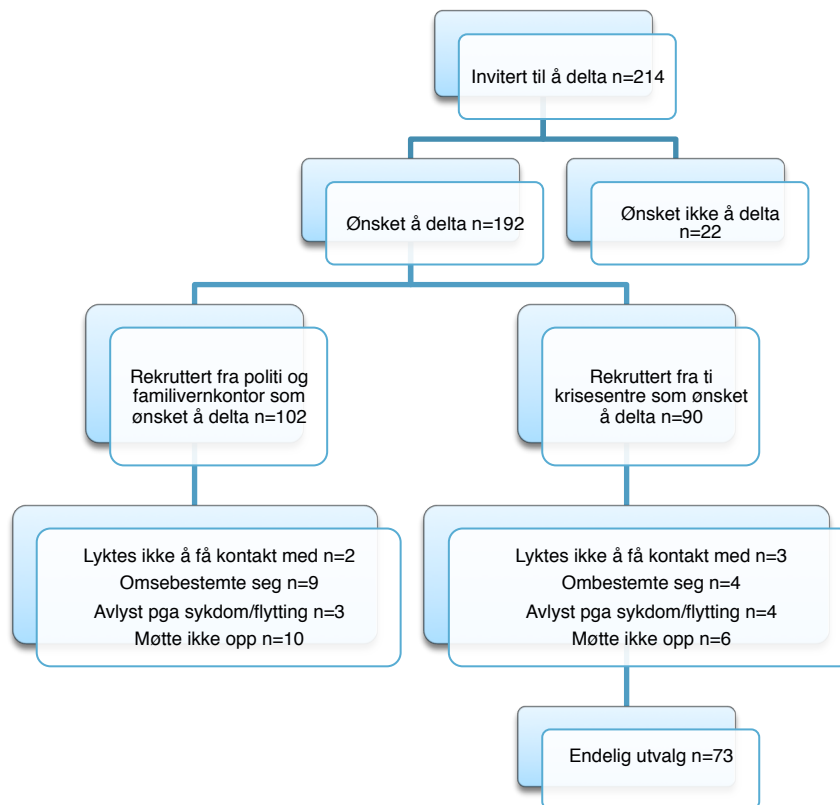
Denne studien tar utgangspunkt i deler av datamaterialet fra doktorgradsarbeidet til Solveig Karin Bø Vatnar (SV) (2008). Doktorgradsprosjektet var godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Intervjuene ble foretatt mellom april 2005 og april 2006 av SV. Deltakerne til doktorgradsarbeidet ble rekruttert gjennom krisesentre, politi og familievern fra ulike regioner i Norge. Min studie tar kun utgangspunkt i intervjuene av deltagere rekruttert fra 10 krisesentre. Inklusjonskriteriene for studien var:

- 1) En minimumsalder på 18 år
- 2) At kvinnene hadde kontaktet krisesenteret etter å ha blitt utsatt for partnervold
- 3) At kvinnene hadde vært utsatt for partnervold i løpet av de siste 6 månedene før deres deltagelse i studien

For å rekruttere et representativt utvalg av kvinner fra krisesentre med et proporsjonalt antall kvinner med innvandrerbakgrunn, ble det som da var de nyeste offisielle dataene brukt. I 2005 hadde 51 % av kvinnene som tok kontakt med krisesentre utenlandsk opprinnelse (Lien & Nørgaard, 2006). På bakgrunn av dette ble hver kvinne som tok kontakt med krisesentre i rekrutteringsperioden spurt av ansatte på krisesentrene om å frivillig delta i studien inntil de enkelte undergruppene av etnisk norske kvinner og kvinner med utenlandsk bakgrunn var fylt opp fra de ulike krisesentrene (Vatnar, 2008).

Totalt 214 kvinner ble invitert til å delta i opprinnelsesstudien. Av disse takket 192 ja. Fem kvinner lyktes det ikke å få kontakt med, 13 kvinner ombestemte seg, syv kvinner avlyste på grunn av sykdom eller flytting, og ti kvinner møtte ikke opp til avtalt intervju. Endelig utvalg av kvinner rekruttert fra krisesentre, familievernkontor og politi var 157. Av de 192 kvinnene

som i utgangspunktet takket ja til å delta, var 90 kvinner rekruttert fra ti ulike krisesentre. Sytten av disse droppet ut underveis av ulike grunner; tre lyktes det ikke å få kontakt med, fire ombestemte seg, fire avlyste på grunn av sykdom eller flytting og seks møtte ikke opp til avtalt intervju. Krisesentrenes selvrappotering viste at et gjennomsnitt på 92.3 % av de som ble spurt til å delta i studien takket ja til deltagelse. Prosentandelen av de som ble spurt om å delta og som takket ja varierte fra 75 til 100 % hos de ulike krisesentrene.



Figur 1: Rekrutteringsprosedyre

Etter at rekrutteringen var ferdig ble utvalget statistisk kontrollert i henhold til krisesentrenes årlige statistikker når det gjaldt sosiodemografiske variabler slik som alder, sivilstatus, arbeid og barn. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom utvalget og populasjonen utvalget var rekruttert fra (Vatnar, 2008).

Dataene ble innsamlet av SV ved hjelp av et semistrukturert intervju som foregikk ansikt-til-ansikt på krisesentrene eller på SV sitt kontor. Erfaringene fra en pilotstudie av 20 kvinner tydet på at et semi-strukturert intervju med avkryssingsmulighet på flere svaralternativer gjorde det lettere for kvinnene å besvare intime spørsmål, enn at de selv skulle komme med egne beskrivelser av voldsopplevelsene. Mange av spørsmålene ga likevel muligheter for kvinnenes egne svaralternativ eller utdypende beskrivelser for å sikre mest mulig informasjon

fra deltagerne. Konklusjonen etter pilotstudien var at dette formatet bidro til reliabel og valid informasjon uten å ta for mye tid (Vatnar, 2008). Intervjuene varte fra en til tre timer. I ni av intervjuene ble en profesjonell tolk benyttet. Ingen av informantene mottok økonomiske kompensasjon for deltagelsen i studien. Ingen av kvinnene fortalte om partnervolden for første gang, ettersom alle kvinnene som ble intervjuet var rekruttert fra kritesenteret (Vatnar & Bjørkly, 2008).

2.3 Beskrivelse av sentrale deler ved spørreskjema

Datamaterialet til doktorgradsarbeidet baserer seg på et omfattende spørreskjema bestående av over 300 (items) ledd. Denne studien benytter seg av deler av dette datamaterialet, og i det følgende presenteres det mest sentrale. Se Vatnar & Bjørkly (2008) for en utdypende beskrivelse av det totale spørreskjemaet.

Sosiodemografi. Spørsmål som knytter seg til sosiodemografi er basert på Statistisk sentralbyrå (SSB) sin levekårsundersøkelse fra 1995. Sosiodemografiske variabler som ble innhentet var blant annet informasjon om alder, utdanning, arbeid, økonomi, etnisitet, sivilstatus, barn, rusmisbruk, sosial kontakt, selvrapportert sosial status og selvvardert helse.

Oppvekstvilkår. Kvinnene ble spurt om de i løpet av oppveksten hadde opplevd at noen av foreldrene/foresatte hadde alkohol- eller annet rusproblem i løpet av oppveksten (nei/ja), og om hvordan de ville beskrive familiens økonomi innen fylte 16 år sammenlignet med de andre familiene i nabolaget der de vokste opp, målt på en 4-punkts Likert skala fra *var blant de rikeste* til *var blant de fattigste*. Antall flyttinger frem til 16-årsalderen ble kartlagt på en 6-punkts Likert skala fra *1 gang* til *mer enn 10 ganger*.

Psykisk helse. For å kartlegge psykisk helse hos kvinnene ble Hopkins Symptoms Check List-25 (HSCL-25) (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth & Covi, 1974), Generalized Self-Efficacy Scale (GSE) (Jerusalem & Schwarzer, 1992), samt spørsmål om behandlingsbehov for psykiske lidelser benyttet (Vatnar, 2008).

HSCL-25 inneholder 25 spørsmål om symptomer på depresjon og angst. Respondenten blir bedt om å besvare hvorvidt de har vært plaget av disse i løpet av de siste 14 dagene på en 4-punkts Likert skala fra *ikke plaget* til *veldig mye plaget*. Verdien på svaralternativene gir grunnlaget for sumskåre på HSCL-25, med en mulig sum fra 25-100. HSCL-25 kan ikke

fastslå om en medisinsk diagnose er tilstede, men registrerer symptomer på depresjon/angst. En gjennomsnittsskår over 1.75 brukes ofte som en valid indikator for å skille de som har klare psykiske vansker fra de som ikke har det (Folkehelseinstituttet, 2015; Strand, Dalgard, Tambs & Rognerud, 2003). Den interne reliabiliteten, målt ved Cronbach's alpha, har i andre studier vært 0.93 (Strand et al., 2003). Denne studien oppnådde en Cronbach's alpha på 0.887. HSCL-25 er mye brukt i norske studier for å identifisere psykiske helseproblemer, og en studie tyder på at mellom 50-60 % av de som får en skåre over 1.75 HSCL-25 også får stilt en psykiatrisk diagnose ved kliniske intervjuer (Sandanger et al., 1998).

GSE kartlegger personers generelle opplevelse av mestring, selvtillit og selvfølelse. Instrumentet består av 10 utsagn som rangeres på en 4-punkts Likert skala fra *helt galt* til *helt riktig*. Sumskår regnes ut ifra verdien på svaralternativet, med en mulig sum fra 10-40. GSE opererer ikke med en cut-off point for å skille de med lav eller høy GSE, men gjennomsnittsskåren har i mange utvalg vært rundt 29 (Schwarzer, 1993; 2014). I følge Leganger, Kraft & Røysamb (2000) og Schwarzer (1993) er det en sammenheng mellom lav GSE og blant annet ensomhet, depresjon, angst, pessimisme, lav selvtillit og hjelpeløshet, samt en sammenheng mellom høy GSE og høy selvtillit, selvkontroll, optimisme og tilfredshet. Skalaen har vært brukt i en rekke nasjonale og internasjonale studier og har vist god validitet og reliabilitet i norske utvalg (Leganger et al., 2000). I tidligere studier har Cronbach's alpha variert fra 0.75 – 0.94 (Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2005; Leganger et al., 2000; Schwarzer, 1993). For utvalget i denne studien var Cronbach's alpha på 0.786.

Behandlingsbehov ble kartlagt ved spørsmål om kvinnene hadde opplevd behov for behandling av psykiske lidelser det siste året før kontakt med krisesenter (*nei/ja*), om slikt behov skyldtes partnervoldserfaringen målt på en 4-punkts Likert skala fra *nei det skyldtes andre forhold* til *ja, uten volden ville jeg ikke hatt dette behovet*, og om vedkommende fikk behandling dersom hun hadde sagt ifra om behandlingsbehovet (*nei/ja*). Om informanten hadde en psykisk lidelse som hun jevnlig tok medisiner for ble målt ut ifra *nei/ja*.

Kvinnenes bekymring ble kartlagt ved spørsmålet om de den siste tiden hadde bekymret seg for noe av det følgende: 1) din/familien sin økonomi det kommende år, 2) din egen helse, 3) tiden etter flytting ut fra KS, 4) hvordan andre vil behandle deg (etter at du har flyttet ut fra KS), 5) jobbsituasjon (etter du har flyttet ut fra KS), 6) bosituasjon (etter du har flyttet ut fra KS), 7) familiesituasjonen, 8) barnas samvær med far (voldsutøver), 9) avhengighet av

rusmidler og 10) annet, spesifiser. Flere svaralternativ var mulig. Frekvens ved bekymring ble målt ved hjelp av svaralternativene *sjelden*, *av og til* og *ofte*, og bekymringsgrad ble målt ut ifra svaralternativene *nesten ikke ubehagelig*, *litt ubehagelig* og *veldig ubehagelig*.

Egenskaper ved partnervolden. Et multidimensjonalt semi-stukturert spørreskjema som kartlegger interaksjonelle aspekter ved partnervold ble utviklet av Vatnar & Bjørkly (2008). Delene ved spørreskjemaet som omhandler de interaksjonelle aspektene ved partnervold ble utviklet spesielt til doktorgradsarbeidet, og er senere blitt benyttet i ni vitenskapelige artikler publisert i fagfellevurderte tidsskrifter (Vatnar & Bjørkly, 2008, 2009, 2010a, 2010b, 2011, 2012, 2013, 2014, Kirsebom, Vatnar & Bjørkly, 2014). Spørsmål som omhandler definisjoner av de ulike formene for fysisk, psykisk og seksuell vold ble tatt fra Conflict Tactics Scale (CTS-2) (Straus, 1979; Straus, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996). Spørsmål som knytter seg til kvinnenes siste opplevde partnervoldsepisode ble tatt fra British Crime Survey (Mirrlees-Black, 1999; jf. Vatnar, 2008). Spørreskjemaet inneholdt spørsmål knyttet til hver enkelt voldskategori (fysisk, psykisk og seksuell) i tre forskjellige deler. Alle kvinnene ble intervjuet om hver enkelt voldskategori. Dersom vedkommende ikke hadde noen erfaringer med en voldskategori, gikk intervjuet videre til neste del. Basert på et interaksjonelt perspektiv inneholdt hver av delene spørsmål om blant annet type vold, varighet, frekvens, alvorlighetsgrad, reaksjoner under volden, mestringsstrategier etc. (Vatnar, 2008).

Stengt inne i hjemmet, dyttet, bitt og kvelertak er eksempler på ulike typer fysisk vold som ble kartlagt. *Fornærmelser, isolert fra slektninger og venner, roping og knusing av gjenstander* er eksempler på psykisk vold. Eksempler på ulike typer seksuell vold som ble kartlagt er *samleie mot din vilje, onanert foran deg, og du måtte selge sex til andre*. Flere svaralternativ var mulig. Varighet ved volden ble målt på en 8-punkts Likert skala fra *mindre enn 6 måneder, mellom 6 og 12 måneder, mellom 1 og 2 år, mellom 2 og 4 år, mellom 4 og 6 år, mellom 6 og 8 år, mellom 8 og 10 år til mer enn 10 år*. Frekvens ved volden ble målt på en 7-punkts Likert skala fra *bare en gang, mindre enn 4 ganger, en gang per måned, to ganger per måned, en gang per uke, to ganger eller mer per uke til daglig*.

Alvorlighetsgrad ved partnervolden ble omkodet på en 5-punkts Likert skala fra *ingen vold til ekstremt alvorlig vold* basert på kvinnenes besvarelse når det gjaldt ulike voldstyper. Omkoding ble gjort separat for fysisk, psykisk og seksuell partnervold. Eksempler på alvorlighetsgradene er:

- *Moderat alvorlig vold*: oppkloret, løgner, du ble tvunget til å se på pornografiske bilder/videofilmer.
- *Alvorlig vold*: ristet, nektet deg å arbeide utenfor hjemmet, du måtte kle deg i spesielle klær/utstyr.
- *Svært alvorlig vold*: slått med gjenstander (belte, stakk etc.), isolert fra slektninger og venner (nektes kontakt), samleie mot din vilje.
- *Ekstremt alvorlig vold*: stukket med kniv, truet med å drepe deg eller andre i familien, du måtte ha sex med dyr (Vatnar & Bjørkly, 2011).

Alvorlighetsgrad ved skade ble omkodet på en 5-punkts Likert skala fra *ingen konsekvenser* til *ekstremt alvorlige konsekvenser* ut ifra kvinnenes besvarelse på skadeforhold. Eksempler på omkodingen er:

- *Moderat alvorlige konsekvenser*: sår
- *Alvorlige konsekvenser*: blåmerker
- *Svært alvorlige konsekvenser*: bruddskader
- *Ekstremt alvorlige konsekvenser*: indre blødninger

Hvis respondenten hadde blitt utsatt for en eller flere partnervoldstyper som var klassifisert som ekstremt alvorlige skåret vedkommende på 5 på alvorlighetsskalaen. En skåre på 4 ble gitt dersom kvinnen ikke hadde blitt utsatt for en voldstype klassifisert som ekstremt alvorlig, men i det minste en voldstype klassifisert som svært alvorlig og så videre. Kvinnene ble i tillegg spurt om de hadde opplevd livsfare under partnervolden målt ut ifra *ja/nei* (Vatnar & Bjørkly, 2011).

Voldserfaring i opprinnelsesfamilien. Kvinnene ble spurt om voldserfaringer i oppveksten fra før de var 12 år og fra 12 til 17 år. De ble spurt om de noen gang hadde sett at mor/far hadde utført 1) fysisk, 2) psykisk og/eller 3) seksuell vold mot a) mor, b) mors partner, c) mot far eller d) mot fars partner. Kvinnene ble også spurt om de noen gang hadde vært utsatt for 1) fysisk, 2) psykisk og/eller 3) seksuell vold a) av far, b) av mors partner, c) av mor d) av fars partner. Mulige svaralternativ var *aldri, noen ganger og ofte*. Ut ifra kvinnenes besvarelse på disse spørsmålene, er variabelen med og uten voldserfaring dikotomisert mellom to grupper; de kvinnene som har sett eller selv vært utsatt for vold i opprinnelsesfamilien frem til de var 17 år, og de kvinnene som ikke har slik voldserfaring fra opprinnelsesfamilien. Det skiller dermed ikke mellom barndomstid og ungdomstid, mellom det å ha vært vitne til eller selv

vært utsatt for vold, og om det er mor eller far som har vært utøver/offer.

Mestring/håndtering av volden.

Kvinnene ble spurt om ulike forhold som omhandler det å håndtere partnervolden. De ble spurt om de kunne forutse volden og om de forsøkte å forhindre volden, med henholdsvis *aldri, av og til og ofte* samt *aldri, noen ganger og ofte* som mulige svaralternativ. Reaksjon under overgrep (mestringsstrategier) ble omkodet på en 5-punkts passiv-aktiv skala fra *ingenting, frys-respons, passiv beskyttelse, aktiv beskyttelse* til *motangrep eller flukt* ut ifra kvinnenes besvarelse på hva de vanligvis gjorde når de ble utsatt for overgrep. *Ingenting som jeg kommer på nå, rømte, prøvde å sloss imot/beskytte meg* er eksempler på mulige svaralternativ. Også hva som hadde virket best for å hindre volden ble omkodet på en 5 punkts passiv-aktiv skala fra *ingenting, frys-respons, passiv beskyttelse, aktiv beskyttelse* til *motangrep eller flukt* ut ifra kvinnenes besvarelser. Eksempler på mulige svaralternativ var *gi etter og adlyde ham, prøve å argumentere eller forhandle og tilkalle hjelp*. Egen vurdering av muligheten for å unngå ny partnervold ble målt på en 4-punkts Likert skala fra *store muligheter* til *små muligheter*. Forholdets varighet ble målt på en 5-punkts Likert skala fra *under 1 år* til *over 10 år*. Tidligere partnervoldserfaring ble kartlagt ut ifra *nei, ja, eller ikke hatt andre partnere*. Hjelpesøkende atferd ble kartlagt under spørsmål om hva den fysiske/psykiske/seksuelle volden hadde ført til. Mulige svaralternativ var blant annet akutt innleggelse sykehus, måtte oppsøke lege, behandling hos psykiater/psykolog, kontakt med politi med anmeldelse og kontakt med politi uten anmeldelse. Informanten kunne krysse av på flere alternativ. Også selvmordstanker, selvmordsforsøk samt bruk av beroligende medisin ble kartlagt under dette spørsmålet. Tidligere kontakt med krisesenter ble kartlagt på en 5-punkts Likert skala fra *ikke tidligere kontakt* til *mer enn 5 ganger*. Årsak til kontakt med krisesenter ble kartlagt gjennom svaralternativene 1) voldens alvorlighetsgrad, 2) egen helsetilstand, 3) opplevd press fra venner/familie, 4) barns reaksjoner/press, 5) andre stressfaktorer, 6) annet.

2.4 Beskrivelse av utvalget

Gjennomsnittsalder på deltagerne i denne studien (n=73) var 34 år (SD=8.37; range 19-51 år). Tjuetre av kvinnene hadde fullført yrkesfagutdanning og 27 hadde fullført 3-årig videregående skole eller høyere utdanning. Median brutto årsinntekt var mellom 100 000-199 000 kroner. Tjueåtte av kvinnene var i lønnet arbeid når de tok kontakt med krisesenteret. Omtrent en tredjedel av kvinnene (n=26) oppga inntektsgivende arbeid som viktigste inntektskilde det siste året, mens 25 kvinner oppga enten sosialhjelp eller trygd som den

viktigste inntektskilde. Nesten halvparten av kvinnene (48.6 %) var etnisk norske (født i Norge og hadde ikke foreldre som var utenlandske statsborgere), de resterende 37 hadde utenlandsk opprinnelse (enten født i utlandet eller hadde en eller flere foresatte med utenlandsk opprinnelse). For en av informantene manglet det opplysninger om etnisk bakgrunn. I hovedstudien var det en signifikant korrelasjon mellom opprinnelsesland i utvalget og fordelingen av opprinnelsesland blant immigranter generelt i Norge (Kendall's $\tau_b=0.69, p<.001$; Vatnar & Bjørkly, 2008). Sekstio av kvinnene hadde barn, og 54 av kvinnene hadde barn under 18 år. Førtisju av kvinnene brukte alkohol sjeldnere enn en gang per måned, 37 av kvinnene oppga at de ikke var brukere av alkohol, og kun to av kvinnene oppga å ha brukt narkotika det siste året.

Tjuetre av kvinnene var enten gifte eller levde i samboerforhold, 24 var separerte, 22 var enten skilte eller hadde oppløst samboerforholdet, og fire kvinner var enten ugifte eller enker. Trettito av kvinnene hadde vært i parforholdet i 7 år eller lengre. Av de 61 kvinnene som hadde hatt andre partnere tidligere, hadde 17 opplevd partnervold i tidligere parforhold. Femtisju av kvinnene mente at de hadde ganske store eller store muligheter til å unngå ny partnervold. De fleste ($n=65$) oppga at de ikke kom til å gjenoppta forholdet til partneren sin. Femtifire kvinner (74 %) oppga at de hadde noen å snakke fortrolig med. Femtito av kvinnene besvarte spørsmål som gjaldt deres kontakt med krisesenteret. Av disse oppga 38 kvinner voldens alvorlighetsgrad som årsak til at de kom i kontakt med krisesenteret, og 25 oppga at de hadde vært i kontakt med krisesenteret tidligere. Seksten hadde vært i kontakt med krisesenteret en gang tidligere, seks kvinner to til fem ganger tidligere og tre kvinner oppga at de hadde kontaktet krisesenteret mer enn fem ganger tidligere

2.5 Manglende data

En kvinne har besvart at hun har vært utsatt for seksuelt samleie mot sin vilje, men hun har ikke besvart på noen av de mer utdypende spørsmålene under kategorien seksuell vold. En kvinne har oppgitt at hun har vært utsatt for psykisk vold, men hun har kun vært utsatt for psykisk vold i svangerskapet. De utdypende spørsmålene som knytter seg til selve volden har hun besvart under spørsmålene som gjelder vold i svangerskap og er dermed ikke tatt med i denne studien. Kun 52 kvinner besvarte spørsmålene som gjaldt kontakt med krisesenteret da disse ikke var en del av pilotstudien. Atten kvinner har ikke besvart spørsmål tilknyttet Generalized Self-Efficacy. Årsaken til at enkelte kvinner ikke besvarte spørsmålene er i følge SV at informantene ga uttrykk for at disse spørsmålene var for kompliserte.

2.6 Forskningsetiske betraktninger

I følge Johannessen, Tuft & Christoffersen (2010) er det særlig tre forhold som vektlegges i de forskningsetiske retningslinjene: informantens rett til selvbestemmelse, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv ved å ivareta konfidensialiteten og forskerens ansvar for å unngå skade.

Alle kvinnene ble forsikret om at deltagelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg uten grunn. Skriftlig informert samtykke ble innhentet av deltagerne i forkant av intervjuene. Selv om kvinnene ble forsikret om at det å delta eller det å trekke seg fra intervjuet ikke ville påvirke deres øvrige kontakt med krisesenteret, kan det at kvinnene ble rekruttert via ansatte på krisesentrene ha medført til at enkelte opplevde seg presset til å delta eller til å gjennomføre undersøkelsen. Dette kan dermed ha svekket prinsippet om frivillig deltagelse. Ingen av kvinnene mottok økonomiske belønninger for å delta, noe som kan ha økt muligheten for at deltagelsen var frivillig.

Kravet om konfidensialitet er et viktig prinsipp i forskningsetikk. Alle kvinnene ble informert om at den innsamlede dataen skulle anonymiseres slik at ingen kunne finne ut hvem som hadde deltatt og hvilke opplysninger den enkelte hadde gitt. Dataene ble kodet og lagret på en måte som gjorde det umulig for noen å avsløre identiteten til kvinnene, inkludert forfatteren av denne studien. Til tross for anonymisering har analyseringen av datamaterialet til denne studien blitt gjort i lokalene til Kompetansesenteret for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri for å ytterligere ivareta konfidensialiteten. Kun utskrifter av utførte analyser kunne medbringes utenfor Kompetansesenterets lokaler.

Forskerens ansvar for å unngå skade favner vidt og knytter seg til hvordan respondentene blir berørt eller påvirket av intervjuet (Johannessen et al., 2010). Mange av spørsmålene i intervjuet var av svært sensitiv karakter. Kvinnene ble før deltagelsen informert om at intervjuet ville inneholde detaljerte spørsmål om fysiske, psykiske og seksuelle overgrep. Erfaringene fra pilotstudien tydet på at et semi-strukturert intervju med flere svaralternativer gjorde det lettere for kvinnene å besvare intime spørsmål, enn at de selv skulle komme med egne beskrivelser knyttet til voldsopplevelsene. Likevel kan intervjuet ha vært ubehagelig for enkelte. At ingen av kvinnene fortalte om partnervolden for første gang, ettersom alle kvinnene som ble intervjuet var rekruttert fra krisesenteret, og at alle intervjuene ble gjennomført av en psykologspesialist som fra før av hadde erfaring med å møte

partnervoldsutsatte kvinner, kan ha minsket risikoen for at kvinnene ble berørt eller påvirket på en negativ måte av intervjuet. I slutten av hvert intervju ble alle kvinnene bedt om å gi en tilbakemelding på deres opplevelse av intervjuet. De fleste av kvinnene (n=55) opplevde intervjuet som meningsfylt og ivaretagende. Sytten av kvinnene opplevde intervjuet som stort sett meningsfylt og ivaretagende, men av og til ubehagelig. Kun en kvinne rapporterte at hun hadde opplevd intervjuet som meningsfylt, men ikke tilstrekkelig ivaretagende. Det er mulig at enkelte av kvinnene ikke turte å komme med sin ærlige tilbakemelding ettersom tilbakemeldingen ikke ble gitt anonymisert til intervjuer. Likevel kan tilbakemeldingene antyde at kvinnene stort sett opplevde seg ivaretatt. Alle deltagerne ble informert om at de kunne kontakte intervjuer på telefonen dersom de hadde noen flere spørsmål eller kommentarer. Kun noen få tok kontakt i etterkant for å høre om artiklene hadde blitt publisert eller for å be om råd til rettsprosesser (jf. Vatnar, 2008).

2.7 Statistiske analyser

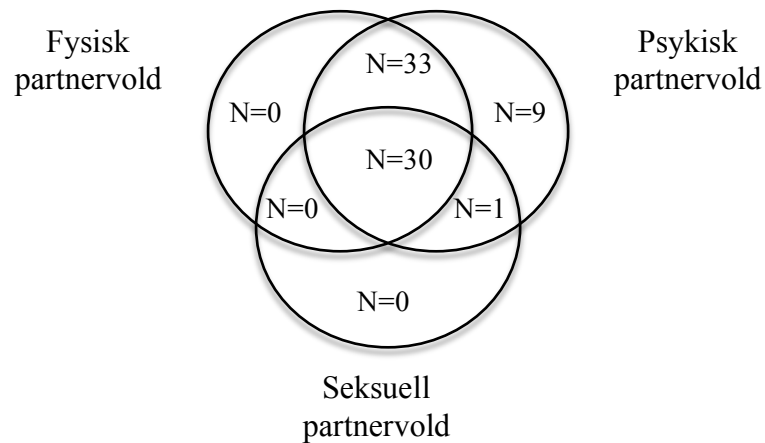
Alle statistiske analyser ble utført med SPSS versjon 21 eller versjon 23. For å undersøke forskjeller mellom kvinner med og uten erfaring fra vold i opprinnelsesfamilien ble univariate og multivariate logistiske regresjonsanalyser (Forward Stepwise, Wald) utført. Denne metoden ble valgt for å kunne kontrollere forskjellene for mulige konfunderende variabler. Avhengig variabel for logistisk regresjon var kvinner med voldserfaring fra oppveksten og kvinner uten slik erfaring (base line). Variabler med p-verdier < 0.2 i de univariate analysene ble inkludert i de multivariate analysene. I følge Altman (1991) bør kriteriet for inklusjon settes så høyt fordi variabler som ikke er signifikante i de univariate analysene kan vise seg å være signifikant ($p < 0.05$) i en multivariat regresjonsmodell på grunn av variabelens mulige komplekse korrelasjon til andre uavhengige variabler i modellen.

Multivariate regresjonsanalyser ble utført trinnvis for hver av de følgende fem kategoriene; sosiodemografiske variabler, variabler knyttet til oppvekstsvilkår, variabler knyttet til psykisk helse, karakteristika ved volden og variabler knyttet til mestring/håndtering av volden. Deretter ble de variablene som viste seg å være statistisk signifikante ($p < 0.05$) fra disse multivariate regresjonsanalysene analysert i en samlet multivariat regresjonsmodell for hver enkelt voldskategori, det vil si en multivariat modell for fysisk vold, en for psykisk vold og en for seksuell vold. Alle tre modellene ble testet med Hosmer and Lemeshow test.

3 Resultater

3.1 Karakteristika ved partnervolden

Sekstire av kvinnene hadde vært utsatt for fysisk vold, alle 73 kvinnene for psykisk vold og 31 av kvinnene hadde vært utsatt for seksuell vold. Nesten alle ($n = 64$) hadde vært utsatt for to eller flere voldskategorier.



Figur 2: Kombinasjoner av voldserfaring kategorisert etter fysisk, psykisk og seksuell vold.

3.1.1 Fysisk partnervold

Av kvinnene som hadde blitt utsatt for fysisk partnervold ($n=63$), hadde 19 blitt utsatt for volden i opptil to år og 30 hadde blitt utsatt i en periode på mellom to til åtte år. Fjorten kvinner oppga at de hadde blitt utsatt i mer enn åtte år. På spørsmål om hvor ofte de i gjennomsnitt hadde blitt utsatt for fysiske overgrep var det kun en kvinne som rapporterte om en enkelt episode. Tretten kvinner rapporterte å ha blitt utsatt for fysiske overgrep sjeldnere enn fire ganger per år, 23 kvinner en eller to ganger pr måned, 20 kvinner en eller flere ganger pr uke, og seks kvinner daglig. De fleste kvinnene utsatt for fysisk overgrep ($n=54$) oppga at de hadde hatt en opplevelse av livsfare under angrepet. Seksti av kvinnene hadde vært utsatt for veldig alvorlige til ekstremt alvorlige former for vold. To kvinner rapporterte om ingen fysiske konsekvenser, 33 kvinner om moderate til alvorlige fysiske konsekvenser, og 28 kvinner rapporterte om meget alvorlige til ekstremt alvorlige konsekvenser ved volden. Blåmerker ($n= 57$), hevelse ($n=40$), sår ($n=38$) og ytre blødninger ($n=32$) ble oppgitt flest ganger som fysiske følger ved volden. Den fysiske volden hadde ført til akutt innleggelse på sykehus for åtte av kvinnene, operasjon for fem av kvinnene, 28 kvinner hadde måttet oppsøke lege, og ti kvinner hadde søkt behandling hos psykiater/psykolog eller lignende. Tjue kvinner hadde kontaktet politiet og anmeldt voldsutøver, mens ni kvinner hadde kontaktet

politiet uten å anmelde. Over en tredjedel av kvinnene (n=23) rapporterte om selvmordstanker som følger av volden og ti kvinner oppga at de hadde gjort konkrete selvmordsforsøk.

3.1.2 Psykisk partnervold

Alle kvinnene i utvalget oppga at de hadde blitt utsatt for psykisk vold. Seksten kvinner hadde blitt utsatt for psykisk vold i opptil to år og 38 kvinner hadde blitt utsatt i en periode fra to til åtte år. Atten kvinner oppga at de hadde blitt utsatt for volden i en periode på mer enn åtte år. Ti kvinner hadde blitt utsatt for psykisk vold to ganger per måned eller sjeldnere, 21 kvinner en eller flere ganger per uke og så mange som 41 kvinner rapporterte at de hadde blitt utsatt for psykiske overgrep daglig. Nesten alle kvinnene (n=71) oppga å ha vært utsatt for alvorlige til ekstremt alvorlige former for psykisk vold. Over halvparten av kvinnene (n=49) hadde følt at livet deres var i fare under et psykisk overgrep. Sytten av kvinnene hadde oppsøkt fastlege på grunn av den psykiske volden og 15 kvinner hadde oppsøkt psykolog. Ni kvinner hadde kontaktet politiet og anmeldt voldsutøver, mens fem kvinner hadde kontaktet politi uten anmeldelse. Sytten kvinner rapporterte at de hadde hatt selvmordstanker, og fire kvinner hadde gjort selvmordsforsøk på grunn av volden.

3.1.3 Seksuell partnervold

Trettien av kvinnene oppga at de hadde blitt utsatt for ulike former for seksuell vold, men en av disse svarte ikke på resten av spørsmålene knyttet til volden. Av 30 kvinner hadde ti blitt utsatt for seksuell overgrep i opptil to år. Tolv kvinner hadde vært utsatt mellom to til åtte år, og syv kvinner i mer enn åtte år. Kun en kvinne rapporterte om et engangstilfelle av seksuell vold. To kvinner oppga at de hadde blitt utsatt for seksuell partnervold mindre enn fire ganger per år, åtte kvinner fra en til to ganger pr måned, 12 kvinner en eller flere ganger per uke og syv kvinner rapporterte at de hadde vært utsatt for seksuell vold daglig. Alle kvinnene oppga at de hadde vært utsatt for ekstremt alvorlig seksuelt misbruk. Fjorten kvinner hadde følt at livet deres var i fare under det seksuelle overgrepet. Seks av kvinnene hadde hatt selvmordstanker på grunn av volden, og fire kvinner hadde hatt selvmordsforsøk. Til tross for dette, hadde 16 kvinner ikke oppsøkt noen form for hjelp på grunn av den seksuelle partnervolden. Ingen av kvinnen hadde kontaktet politiet. Kun tre kvinner hadde oppsøkt fastlege og kun en kvinne hadde oppsøkt behandling hos psykiater/psykolog på grunn av den seksuelle partnervolden.

3.2 Kvinnenes rapporterte helse

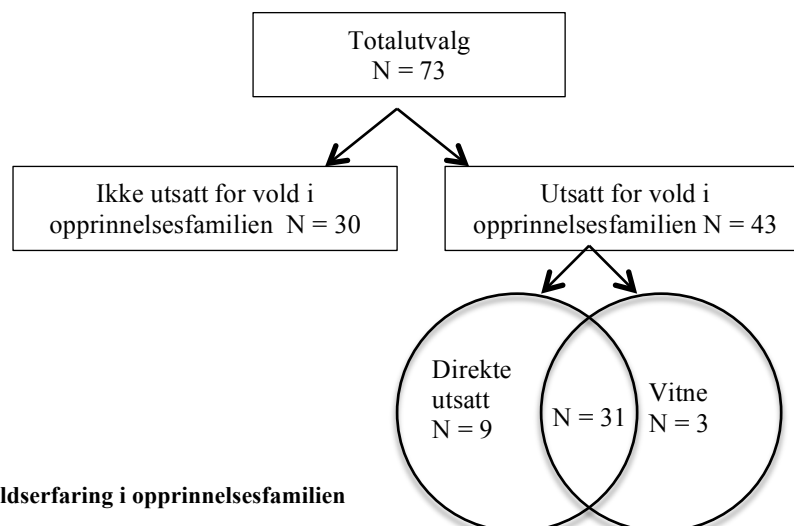
Trettini kvinner (53.4 %) rapporterte at de hadde opplevd behov for behandling av psykiske lidelser det siste året. Alle disse mente at det var partnervoldserfaringen som var årsaken til behandlingsbehovet. Tjuetre av alle kvinnene hadde mottatt behandling for psykiske problemer, de fleste av dem (n=16) poliklinisk behandling. Tretten kvinner oppga at de hadde en psykisk lidelse som de jevnlig tok medisiner for. Gjennomsnittlig sumskår på Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) for utvalget var 53.3 (range 25-100, standardavvik 17.83). Flertallet (n= 51) hadde en gjennomsnittsskår over cut-off point på 1.75.

Gjennomsnittlige sumskår på Generalized Self-Efficacy Scale (GSE) var 29.56 (range 16-40, standardavvik 5.05). Selvrapportert sosial status hvor 1 er høyest og 10 er lavest hadde en gjennomsnittsskår på 5.61 (range 2-10, standardavvik 2.094).

På spørsmål om de den siste tiden hadde bekymret seg for noe oppga flest kvinner at de hadde vært bekymret for økonomi (n=57), jobbsituasjon (n=50) og bosituasjonen (n=42 kvinner). Trettitre av kvinnene svarte at de hadde vært bekymret over egen helse. Over halvparten (n=43) oppga at de hadde vært bekymret ofte, og nesten tilsvarende (n=42 kvinner) at denne bekymringen hadde vært veldig ubehagelig.

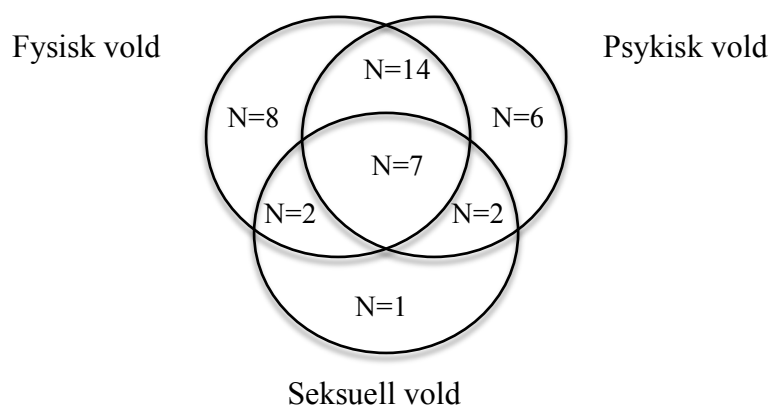
3.3 Andel kvinner med og uten voldserfaring i opprinnelsesfamilien

Førtitre av kvinnene hadde opplevd vold i opprinnelsesfamilien. Dette er nesten 59 % av hele utvalget. Av disse hadde tre vært vitne til vold mellom foresatte, ni hadde selv vært utsatt for vold og 31 hadde både vært direkte utsatt for vold og vært vitne til vold før de var 18 år. Det var altså en stor overlapp mellom det å være vitne til vold og det å selv bli utsatt for vold.

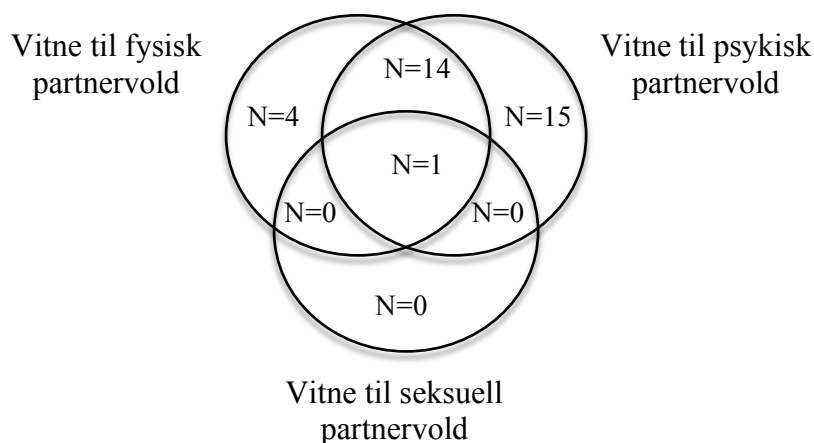


Figur 3: Kvinnenes voldserfaring i opprinnelsesfamilien

Av de 63 kvinnene som hadde opplevd fysisk partnervold, hadde 38 kvinner erfaring med vold fra opprinnelsesfamilien, og 20 av de 31 kvinnene som hadde blitt utsatt for seksuell partnervold hadde voldserfaring fra oppveksten. Av de 40 som selv hadde blitt direkte utsatt for vold i barndommen hadde 31 vært utsatt for fysisk vold, 29 for psykisk vold og 12 for seksuell vold. Over halvparten (n=25) hadde vært utsatt for to eller flere kombinasjoner av vold (se figur 4). Av de 34 kvinnene som hadde vært vitne til vold hadde 19 vært vitne til fysisk vold, 30 til psykisk vold og en hadde vært vitne til seksuell vold (se figur 5).



Figur 4: Kombinasjoner av voldserfaring, direkte utsatt for vold i opprinnelsesfamilien.



Figur 5: Kombinasjoner av voldserfaring, vitne til vold mellom foresatte i opprinnelsesfamilien

3.4 Sosiodemografiske forskjeller

Kvinner med voldserfaring i opprinnelsesfamilien rapporterte signifikant annerledes på noen nåværende sosiodemografiske variabler enn kvinner som ikke hadde slik erfaring (se tabell 1). Eldre kvinner hadde noe større sannsynlighet for å ha opplevd vold i opprinnelsesfamilien.

Kvinner født i utlandet hadde mindre sannsynlighet for å ha opplevd vold i opprinnelsesfamilien. Kvinner født i Norge hadde 4.3 ganger så stor risiko for å ha rapportert om erfaringer med vold i opprinnelsesfamilien sammenlignet med kvinner født i utlandet.¹ Verken utdanning, inntekt, sivilstatus, sysselsetting, selvrapportert sosial status eller sosial kontakt ga noen forskjeller i de univariate sammenligningene mellom kvinner med og uten voldserfaring i opprinnelsesfamilien. Kun etnisitet forble signifikant (OR=0.236, p= 0.014) etter at multivariate analyser ble gjennomført av de sosiodemografiske variablene som hadde et signifikansnivå under 0.2 (jf. Altman, 1991).

Tabell 1: Nåværende sosiodemografiske variabler hos kvinner som har vært utsatt for vold i opprinnelsesfamilien sammenlignet med kvinner som ikke har slik erfaring (base line).

Sosiodemografiske variabler	Univariate		
	OR	95% CI	p
Alder	1.063	(1.001-1.129)	0.047
Utdanning ^a	1.018	(0.890-1.165)	0.790
Bruttoårsinntekt ^b	1.375	(0.941-2.010)	0.100
Etnisitet ^c	0.230	(0,084-0,625)	0.004
Sivilstatus (enslig vs. gift/samboer)	0.669	(0.247-1.813)	0.429
Sysselsetting ^d	1.440	(0.545-3.803)	0.462
Selv-rapportert sosial status ^e	0.962	(0.765-1.210)	0.743
Sosial kontakt ^f	1.058	(0.366-3.054)	0.917

^aUtdanningsnivå er målt på 15-punkts Likert-skala fra førskole eller ingen utdanning til doktorgrad.

^bBruttoårsinntekt er målt på 7-punkts Likert-skala fra mindre enn 50 000 til 500 000 eller mer. ^cEtnisitet er målt etter om respondenten er født i Norge eller i utlandet. ^dSysselsetting er målt etter om respondenten var i lønnet arbeid da respondenten kontaktet krisesenteret. ^eVurdering av egen status er målt på en 10-punkts Likert skala hvor 1 er høyest status og 10 er lavest opplevd status. ^fSosial kontakt er målt etter om respondenten har noen som står seg nær som hun kan snakke fortrolig med (nei/ja).

3.5 Forskjeller i oppvekstvilkår

Når det gjaldt faktorer som knytter seg til kvinnenes oppvekst, var det noen univariate gruppeforskjeller mellom kvinnene med og uten voldserfaring fra opprinnelsesfamilien. Kvinner utsatt for vold i oppveksten hadde 5.6 ganger forhøyet risiko for å også ha hatt foresatte med alkohol- eller andre rusproblemer sammenlignet med kvinner uten slik voldserfaring. I tillegg hadde kvinner med voldserfaring fra oppveksten tre ganger så stor risiko for å også ha rapportert at opprinnelsesfamilien hadde dårlig økonomi. Begge disse forskjellene forble signifikante etter multivariate analyser (foreldres alkohol-/rusproblem: OR = 5.146, p = 0.011, familiens økonomi: OR = 3.019, p = 0.007).

¹ Verdien på Odds Ratio er invertert (1 delt på 0,230) for å lettere kunne tolke resultatet fra denne analysen (jf. Pallant, 2010).

Tabell 2: Oppvekstvilkår hos kvinner som har vært utsatt for vold i opprinnelsesfamilien sammenlignet med kvinner som ikke har slik erfaring (base line).

Variabler knyttet til oppvekst	Univariate		
	OR	95% CI	p
Foreldres alkohol- eller rusproblem ^a	5.652	(1.683-18.979)	0.005
Familiens økonomi ^b	3.248	(1.488-7.091)	0.003
Antall flyttinger før 16 år ^c	1.536	(0.704-3.350)	0.281

^aMålt etter om respondenten har opplevd at noen av sine foreldre/foresatte hadde alkohol- eller annet rusproblem i oppveksten (nei/ja). ^bMålt på en 4-punkts Likert skala etter respondentens beskrivelse av familiens økonomi sammenlignet med familiene i nabolaget fra *var blant de rikeste* til *var blant de fattigste*. ^cMålt på en 6-punkts Likert skala fra *1 gang* til *mer enn 10 ganger*.

3.6 Forskjeller i helsemål

Statistiske analyser viste ingen signifikante forskjeller mellom kvinner med og uten voldserfaring fra opprinnelsesfamilien når det gjaldt ulike mål på helse. Analysene viste kun funn på trendnivå (se tabell 3). Multivariate analyser av variablene med et signifikansnivå under 0.2 ga ingen signifikante resultater.

Tabell 3: Selvrapportert helse hos kvinner som har vært utsatt for vold i opprinnelsesfamilien sammenlignet med kvinner som ikke har slik erfaring (base line).

Univariat	Fysisk partnervold (n=63)		Psykisk partnervold (n=73)		Seksuell partnervold (n=31)	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Sumskåre HSCL-25 ^a	1.013 (0.985-1.043)	0.368	1.009 (0.982-1.036)	0.530	1.014 (0.973-1.056)	0.514
Cut-off HSCL-25 ^b	1.390 (0.677-2.853)	0.369	0.989 (0.358-2.733)	0.983	1.405 (0.502-3.935)	0.517
Generalized self-efficacy ^c	0.887 (0.779-1.010)	0.069	0.903 (0.801-1.018)	0.094	1.096 (0.887-1.355)	0.395
Behandlingsbehov ^d	1.661 (0.599-4.603)	0.329	2.000 (0.776-5.151)	0.151	0.150 (0.016-1.412)	0.097
Vold årsak til behandlingsbehov ^e	0.137 (0.016-1.154)	0.068	0.153 (0.019-1.258)	0.081	0.345 (0.041-2.887)	0.326
Medisin for psykisk lidelse ^f	4.685 (0.940-23.346)	0.059	4.812 (0.982-23.593)	0.053	1.125 (0.171-7.399)	0.902

^aMålt ut ifra 25 spørsmål målt på en 4-punkts Likert skala fra *ikke plaget* til *veldig mye plaget*. ^bDikotomisert ut ifra en gjennomsnittsskåre under eller over cut-off point på 1,75. ^cSumskåre er målt ut ifra 10 utsagn målt på en 4-punkts Likert skala fra *helt galt* til *helt riktig*. ^dMålt på spørsmål om respondenten har opplevd behov for behandling av psykiske problemer (nei/ja). ^eMålt på en 4-punkt Likert skala fra *nei det skyldes andre forhold* til *ja, uten volden ville jeg ikke hatt dette behovet*. ^fMålt på spørsmål om respondenten har en psykisk lidelse som hun tar jevnlig medisiner for.

Ettersom univariate analyser ikke ga noen signifikante resultater, ble post-hoc analyser gjennomført. Univariat lineær regresjon med grad av voldsutsatthet i barndom (sumskåre fra 1-6 for antall ulike voldserfaringer enten som vitne til fysisk og/eller psykisk og/eller seksuell partnervold og/eller selv å ha blitt utsatt for fysisk og/eller psykisk og/eller seksuell vold) som avhengig variabel og ulike mål på helse som uavhengig variabel ga ingen signifikante resultater. Heller ikke univariate logistiske regresjonsanalyser mellom kvinner som skåret under cut-off point på HSCL-25 (base line) og de som skåret over cut-off point, og ulike voldserfaringer som uavhengige variabler ga signifikante resultater.

3.7 Forskjeller i karakteristika ved volden

Den eneste signifikante forskjellen ved de undersøkte karakteristikaene ved volden var at kvinner som hadde voldserfaring fra oppveksten hadde 1.8 ganger økt risiko for å ha rapportert om lengre varighet ved den seksuelle partnervolden. Eksplorerende statistikk ved hjelp av krysstabeller viste at ni kvinner, som også hadde erfaring med vold i opprinnelsesfamilien, hadde vært utsatt for seksuell partnervold i en periode på seks år eller mer, mens det tilsvarende antallet for kvinner uten erfaring med vold i opprinnelsesfamilien var én. Analysene viste forskjeller på trendnivå for frekvens ved den fysiske volden og varighet ved den psykiske volden (se tabell 4).

Tabell 4: Karakteristika ved volden hos kvinner som har vært utsatt for vold i opprinnelsesfamilien sammenlignet med kvinner som ikke har slik erfaring (base line).

Univariat	Fysisk partnervold (n=63)		Psykisk partnervold (n=73)		Seksuell partnervold (n=31)	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Varighet ^a	1.169 (0.911-1.500)	0.221	1.240 (0.972-1.583)	0.084	1.814 (1.050-3.131)	0.033
Frekvens ^b	0.771 (0.568-1.047)	0.096	0.789 (0.547-1.139)	0.207	1.298 (0.835-2.020)	0.247
Alvorlighetsgrad volden ^c	1.111 (0.795-1.553)	0.538	2.951 (0.391-22.255)	0.294	*	
Alvorlighetsgrad skade ^d	1.189 (0.794-1.781)	0.401	**		0.846 (0.546-1.312)	0.455
Livsfare ^e	0.385 (0.073-2.028)	0.260	0.537 (0.188 – 1.537)	0.246	0.818 (0.179-3.744)	0.796

^aMålt på 8-punkts Likert skala fra *mindre enn 6 måneder* til *mer enn 10 år*. ^bMålt på en 7-punkts Likert skala fra *bare en gang til daglig*. ^cMålt på en 5-punkts Likert skala fra *ingen vold* til *ekstremt alvorlig vold*. ^dMålt på en 5-punkts Likert skala fra *ingen fysiske konsekvenser* til *ekstremt alvorlige fysiske konsekvenser*. ^e Målt på spørsmål om respondenten noen gang følte at livet var i fare under overgrepene. (nei/ja) *Alle kvinnene skåret på ekstremt alvorlig grad av volden. ** Det er ikke foretatt målinger av fysiske skader ved psykisk vold.

3.8 Forskjeller i kvinnenes håndtering/mestring av volden

Univariate analyser viste statistisk signifikante gruppeforskjeller mellom kvinner med og uten voldserfaring fra opprinnelsesfamilie når det gjaldt ulike måter å håndtere eller mestre volden på (se tabell 5). Kvinner uten voldserfaring fra opprinnelsesfamilien rapporterte i større grad at de forsøkte å forhindre den psykiske volden, sammenlignet med kvinner uten denne barndomserfaringen. Kvinner med voldserfaring fra oppveksten hadde økt risiko for å ha rapportert at en aktiv tilnærming hadde virket best for å hindre det psykiske overgrepet, samt større sannsynlighet for å ha oppsøkt psykolog/psykiater på grunn av den psykiske partnervolden sammenlignet med kvinner uten voldserfaring fra oppveksten. Kvinner med voldserfaring fra oppveksten hadde mindre sannsynlighet for å ha oppsøkt fastlege på grunn av den fysiske partnervolden og over to ganger så stor risiko for å tidligere ha kontaktet krisesenteret sammenlignet med kvinner uten denne voldserfaringen. Analysene viste funn på trendnivå for kvinnenes opplevelse av muligheten til å unngå ny partnervold.

Eksplorerende analyser viste små verdier på underkategoriene til spørsmålene som handlet om det å kunne forutse samt forhindre volden. Resultatene fra disse spørsmålene ble derfor dikotomisert (svarkategoriene *av og til* og *ofte* ble slått sammen, og svarkategoriene *noen ganger* og *alltid* ble slått sammen).

Etter multivariate regresjonsanalyser for hver voldskategori med flere enn én variabel med p-verdi < 0.2, gjenstod *oppsøkte fastlege* på grunn av fysisk vold (OR = 0.325, p = 0.039), *hva virket best for å hindre overgrepet*, psykisk vold (OR = 2.392, p = 0.030) og *behandling hos psykiater og psykolog* på grunn av psykisk vold (OR = 13.767, p = 0.017) som signifikante forskjeller. Variabelen *tidligere kontakt med krisesenter* ble utelatt i de multivariate analysene selv om denne variabelen var signifikant (se tabell 5) fordi mange av kvinnene ikke hadde besvart dette spørsmålet.

Tabell 5: Håndtering/mestring av volden hos kvinner som har vært utsatt for vold i opprinnelsesfamilien sammenlignet med kvinner som ikke har slik erfaring (base line).

Univariat	Fysisk partnervold (n=63)		Psykisk partnervold (n=73)		Seksuell partnervold (n=31)	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Kunne forutse volden ^a	0.581 (0.202-1.671)	0.314	1.318 (0.500-3.473)	0.577	1.238 (0.259-5.913)	0.789
Forsøkte å forhindre volden ^b	1.848 (0.596-5.714)	0.287	0.331 (0.121-0.910)	0.032	1.227 (0.263-5.747)	0.795
Reaksjon under overgrep ^c	0.697 (0.426-1.142)	0.152	0.972 (0.656-1.440)	0.887	1.187 (0.637-2.211)	0.589
Hva virket best for å hindre overgrep ^d	0.797 (0.552-1.150)	0.224	2.142 (1.067-4.302)	0.032	1.027 (0.379-2.784)	0.959
Varighet forholdet ^e	1.167 (0.786-1.732)	0.443	1.219 (0.835-1.781)	0.305	1.144 (0.640-2.043)	0.650
Mulighet til å unngå ny partnervold ^f	1.831 (0.949-3.531)	0.071	1.515 (0.863-2.661)	0.148	2.039 (0.747-5.567)	0.165
Volden førte til selvmordstanker ^g	1.037 (0.363-2.962)	0.946	2.708 (0.784-9.359)	0.115	115391061 (0.000-)*	0.999
Volden førte til selvmordsforsøk ^g	3.067 (0.594-15.840)	0.181	120125054 (0.000-)*	0.999	1.588 (0.144-17.561)	0.706
Tidligere partnervolds-erfaring ^g	1.339 (0.384-4.667)	0.647	1.569 (0.468-5.258)	0.465	0.955 (0.196-4.638)	0.954
Bruk av beroligende medisin ^g	3.067 (0.594-15.840)	0.181	2.626 (0.655-10.531)	0.173	0.474 (0.27-8.646)	0.611
Observerbar hjelpesøkende atferd						
Oppsøkte fastlege ^g	0.347 (0.122-0.984)	0.047	1.318 (0.462-4.079)	0.632	0,211 (0.017-2.666)	0.229
Behandling hos psykiater/psykolog ^g	0.984 (0.248-3.912)	0.982	13.517 (1.665-109.741)	0.015	**	
Akutt sykehusinnleggelse ^g	1.111(0.241-5.129)	0.893	***		****	
Kontakt med politi med anmeldelse ^g	0.364 (0.108-1.222)	0.102	0.913 (0.216-3.862)	0.902	*****	
Kontakt med politi uten anmeldelse ^g	1.524 (0.330-7.044)	0.590	1.125 (0.172-7.347)	0.902	*****	
Fortalte andre om siste overgrep ^g	1.318 (0.435-3.990)	0.626	1.696 (0.656-5.911)	0.227	0.412 (0.066-2.558)	0.341
Tidligere kontakt med krisesenter ⁱ	2.394 (1.040-5.509)	0.040	2.388 (1.116-5.109)	0.025	2.102 (0.681-6.491)	0.197

^aMålt ved hjelp av svaralternativene *aldri, av og til og ofte*. ^bMålt ved hjelp av svaralternativene *aldri, noen ganger og alltid*. ^cMålt på en 5-punkts passiv-aktiv skala fra *ingenting* til *motangrep eller flukt*. ^dMålt på en 5-punkts passiv-aktiv skala fra *ingenting* til *motangrep eller flukt*. ^eMålt på en 5-punkts Likert skala fra *under 1 år* til *over 10 år*. ^fMålt på en 4-punkts Likert skala fra *store muligheter* til *små muligheter*. ^gMålt ut ifra ja/nei. ⁱMålt på en 5-punkts Likerts skala fra *ikke tidligere kontakt* til *mer enn 5 ganger*. * Seks av kvinnene utsatt for seksuell partnervold oppga å ha selvmordstanker. Alle disse hadde erfaring med vold fra opprinnelsesfamilien. Fire av kvinnene utsatt for psykisk partnervold oppga at volden hadde ført til selvmordsforsøk. Alle disse hadde voldserfaring fra oppveksten. **Kun en kvinne oppga å ha oppsøkt behandling hos psykiater/psykolog som følge av volden. ***Ikke et mulig svaralternativ for kvinner utsatt for psykisk vold. ****Ingen kvinner oppga at de hadde blitt akutt innlagt på sykehus på grunn av seksuell vold. *****Ingen av kvinnene oppga at de hadde kontaktet politi på grunn av seksuell partnervold.

3.9 Gjennomgående gruppeforskjeller

Variablene fra de multivariate analysene fra hver temakategori som hadde p-verdier under 0.05 ble undersøkt i tre multivariate analysemodeller, en for hver voldskategori (se tabell 6). Den tydeligste forskjellen mellom kvinner med og uten voldserfaring fra barndommen var at kvinner utsatt for psykisk partnervold med voldserfaring fra oppveksten hadde over ti ganger økt risiko for å ha vokst opp med foreldre med alkohol- og/eller rusproblem. Gjennomgående for både kvinner utsatt for fysisk og psykisk partnervold var at kvinner med voldserfaringer fra oppveksten også hadde vokst opp i familie med dårligere økonomi. Kvinner utsatt for fysisk partnervold og som var født i Norge hadde økt risiko for å rapportere om voldserfaring fra barndommen enn kvinner født i utlandet. Kvinner med voldserfaring i barndommen rapporterte også om lengre varighet ved den seksuelle partnervolden enn de som ikke hadde denne erfaringen. Disse forskjellene mellom kvinner med og uten voldserfaring i oppveksten forble signifikante etter at jeg hadde justert for alle andre gruppeforskjeller.

Tabell 6: Multivariate assosiasjoner mellom kvinner med og uten (baseline) voldserfaring i opprinnelsesfamilien når det gjelder sosiodemografi, oppvekstvilkår, helse mål, karakteristika ved volden og håndtering/mestring av volden.

Multivariat	Fysisk partnervold (n=63)		Psykisk partnervold (n=73)		Seksuell partnervold (n=31)	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Etnisitet ^a	0.236 (0.075-0.745)	0.014	-	-	-	
Familiens økonomi ^b	2.477 (1.097-5.592)	0.029	2.423 (1.022-5.744)	0.045	-	
Foreldres alkohol-/rusproblem ^c	-		10.415(1.996-54.356)	0.005	-	
Behandlingsbehov ^d	-		-		-	
Frekvens ved volden ^e	-		-		-	
Varighet ved volden ^f	-		-		1.814 (1.050-3.131)	0.033
Hva virket best for å hindre overgrep ^g	-		-		-	
Oppsøkte fastlege ^h	-		-		-	
Behandling hos psykiater/ psykolog ^h	-		-		-	
Mulighet til å unngå ny partnervold ⁱ	-		-		-	

^a Målt ut ifra om respondenten er født i Norge eller i utlandet ^b Målt på en 4-punkts Likert skala etter fra *var blant de rikeste* til *var blant de fattigste*. ^c Målt etter om respondenten har opplevd at noen av sine foresatte hadde alkohol- eller annet rusproblem i oppveksten (nei/ja). ^d Målt på spørsmål om respondenten har opplevd behov for behandling av psykiske problemer (nei/ja). ^e Målt på en 7-punkts Likert skala fra *bare en gang* til *daglig*. ^f Målt på 8-punkts Likert skala fra *mindre enn 6 måneder* til *mer enn 10 år*. ^g Målt på en 5-punkts passiv-aktiv skala fra *ingen ting* til *motangrep eller flukt*. ^h Målt ut ifra ja/nei. ⁱ Målt på en 4-punkts Likert skala fra *store muligheter* til *små muligheter*. - Variabelen ble inkludert i de multivariate modellene, men forble ikke signifikant etter denne multivariate analysen.

4 Diskusjon

4.1 Hovedfunn

Kvinnene fra krisesentrene rapporterte om komplekse partnervoldserfaringer. Noen av kvinnene hadde kun vært utsatt for en type partnervold, men de fleste (n=64) hadde vært utsatt for to eller flere voldskategorier. Partnervolden karakteriseres ved å ha vært gjentakende og alvorlig og over halvparten hadde opplevd at livet var i fare på grunn av den. Nesten 70 % av kvinnene rapporterte om symptomer på psykiske lidelser, men kun i overkant av 30 % hadde mottatt behandling for psykiske problemer. Over halvparten av kvinnene (n=43) hadde opplevd vold i opprinnelsesfamilien, de fleste av disse hadde både vært vitne til foresattes partnervold og hadde vært direkte utsatt for vold fra foresatte. Kvinnene som hadde opplevd vold i opprinnelsesfamilien hadde større sannsynlighet for å ha blitt født i Norge og for å ha vokst opp med foresatte med alkohol- eller andre rusproblemer samt dårlig økonomi sammenlignet med kvinner uten erfaring med vold i oppveksten. De rapporterte også om lengre varighet ved den seksuelle partnervolden og hadde i tillegg oftere vært i kontakt med krisesenteret tidligere enn kvinner som ikke hadde vært eksponert for vold i opprinnelsesfamilien. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom disse gruppene når det gjaldt mål på psykisk helse.

4.2 Kvinnenes komplekse partnervoldserfaringer

De fleste kvinnene i dette utvalget rapporterte om alvorlige, frekvente og langvarige former for fysisk, psykisk og seksuell vold. Også tidligere studier av partnervoldsutsatte kvinner fra krisesentre har vist lignende funn (Johnson, 2006; Haaland et al., 2005; Alsaker et al., 2011). Kvinner utsatt for en type partnervold, utsettes ofte for andre typer partnervold i tillegg (Lagdon et al., 2014; Pico-Alfonso et al., 2006, Alsaker et al., 2011, Heise & Garcia-Moreno, 2002). Førtiseks prosent av kvinnene i denne studien hadde blitt utsatt for to voldskategorier og førtien prosent for fysisk, psykisk og seksuell vold (jf. figur 2). Alsaker et al. (2011) fant i sin studie av partnervoldsutsatte kvinner fra krisesentre i Norge at alle former for vold var sterkt assosiert med hverandre. En studie av 613 kvinner som noen gang hadde vært utsatt for partnervold i Japan fant at 57 % hadde blitt utsatt for både fysisk, psykisk og seksuell vold (Yoshihama & Sorenson, 1994), og en annen studie av kvinner i Nicaragua fant at 43 % hadde blitt utsatt for to voldskategorier og 28 % for alle former for partnervold (Ellsberg et al., 2000). Denne samtidige forekomsten av ulike former for partnervold kan gi større risiko for økte symptomer på psykiske helseplager (Lagdon et al., 2011). Å anse fysisk, psykisk og seksuell vold som ulike fenomener kan derfor være relevant for å få frem det komplekse

bildet av partnervoldsutsatte kvinners voldserfaringer.

Alsaker et al. (2011) fant i sin studie at alle kvinnene hadde blitt utsatt for psykisk vold (verbal/emosjonell vold eller dominerings/isolasjon). Også i denne studien rapporterte alle kvinnene at de hadde vært utsatt for psykisk vold. Ni av kvinnene hadde vært utsatt for kun psykisk partnervold, men ingen av kvinnene hadde vært utsatt for bare fysisk eller bare seksuell partnervold. Disse funnene kan indikere hvor viktig det er å anerkjenne psykisk vold som en separat voldskategori ved partnervold. I mange studier av partnervold har psykisk vold tidligere fått lite fokus, men en rekke forskere har påpekt viktigheten av å inkludere psykisk vold i forståelsen av partnervold (O'Leary, 1999; Dutton, et al., 1999; Slep & Heyman, 2001). I følge Lagdon et al. (2014) er det godt empirisk grunnlag for å hevde at psykisk vold i større grad bør betraktes som en alvorlig form for partnervold som kan gi redusert psykiske helse. For eksempel fant Pico-Alfonso et al. (2006) en sammenheng mellom psykisk vold alene og symptomer på PTSD. Dutton et al. (1999) fant at psykisk vold, sammenlignet med fysisk vold, var sterkere assosiert med psykiske helseplager som depresjon. Også i en kvalitativ studie av ti partnervoldsutsatte kvinner opplevde de fleste den psykiske volden som verst og påpekte at den ga dypere sår enn den fysiske volden (Hansen et al., 2009).

4.3 Partnervold og psykiske helseproblemer

Sammenhengen mellom partnervold og psykiske helseproblemer er godt dokumentert (Lagdon et al., 2014; Garcia-Moreno et al., 2013). De fleste kvinnene i dette utvalget (69.8 %) hadde en gjennomsnittskår over 1.75 på HSCL-25, noe som samsvarer med tidligere forskning på området. Partnervoldsutsatte kvinner rapporterer i større grad psykiske helseproblemer enn kvinner som ikke har vært utsatt for partnervold (Golding, 1999; Nerøien & Schei, 2008; Lagdon et al., 2014; Wong & Mellor, 2014; Haaland et al., 2005; Campbell, 2002). Til sammenligningen viser tall fra Statistisk Sentralbyrå fra 1995 at 13.6 % norske kvinner hadde en skåre over 1.75 (Strand et al., 2003). Funnet i denne studien kan indikere hvor store konsekvenser partnervold kan få. Selv om så mange partnervoldsutsatte kvinner fra krisesentre skåret høyt på HSCL-25, og mange av kvinnene (n=39) oppga at de på grunn av partnervoldserfaringen hadde opplevd behov for behandling av psykiske lidelser det siste året, så hadde kun 23 av kvinnene mottatt behandling for psykiske problemer. Årsakene til dette kan være mange. Det kan skyldes at mange av kvinnene ikke hadde kontaktet helsevesenet eller at partnervoldserfaringene ikke ble nevnt av de kvinnene som kom i kontakt med

helsevesenet (jf. Heise & Garcia-Moreno, 2002; Sartin et al., 2006). Ser man på hva kvinnene i denne studien har rapportert om av bekymringsområder, så er ikke egen helse oppført av flest kvinner, men heller økonomi, jobbsituasjon og bosituasjon. Dette kan indikere at kvinnene i større grad har fokusert på å håndtere det som anses som mer akutt i en krisesituasjon, og at det er mange forhold som kvinnene har måttet håndtere på grunn av partnervolden (jf. Haeseler, 2013; Goodman et al., 2009). Statistikk fra krisesenterets rapportering viste at det kun ved 10 % av beboeroppholdene ble opprettet kontakt med psykisk helsevern. Personer med innvandrerbakgrunn ble i tillegg henvist sjeldnere enn personer uten innvandrerbakgrunn (Sentio, 2015). Det er mulig at dette skyldes at mange av beboerne allerede hadde kontakt med psykisk helsevern. Jonassen et al. (2008) fant i sin nasjonale utredning av krisesentrenes kompetanse og tilgjengelighet at mange ledere ved krisesentre opplevde at kapasiteten innenfor psykisk helsevern var manglende. De uttrykte at mange av krisesentrenes brukere hadde behov for oppfølging i psykisk helsevern, men at ventelistene var lange. Dette kan også være en av grunnene til at mange av kvinnene i utvalget som har opplevd behov for behandling for psykiske lidelser det siste året ikke har fått det.

Voldutsatte som har rus- og/eller omfattende psykiske problemer har vist seg å være en brukergruppe som krisesentrene har utfordringer med å gi et tilbud til. En rapport fra Bufdir fra 2006² konkluderte med at minst 15 % av de som henvendte seg til krisesentre for overnatting ble avvist eller henvist videre, og i henholdsvis 28 og 44 % av tilfellene skyldtes dette rus- eller psykiske problemer (Meld. St. 15 (2012–2013); RVTS, 2011). Bakketeig et al. (2014) fant i sin evaluering av krisesenterlovens implementering at andelen krisesentertilbud som oppga å ta imot voldsutsatte kvinner med tilleggspromatikk var lav. Fjorten prosent oppga at de tok imot kvinner med kjent ruspromatikk, og seksten prosent av krisesentertilbudene oppga at de tok imot voldsutsatte med alvorlige psykiske helseproblemer. Det er derfor også mulig at min studie ikke favner de partnervoldsutsatte kvinnene med det høyeste symptomtrykket.

4.4 Et betydelig antall kvinner med voldserfaring i opprinnelsesfamilien

Totalt 58.9 % av kvinnene som kontaktet krisesenteret hadde voldserfaring fra barndommen. Dette er en betydelig høyere forekomst enn i befolkningen generelt. Forekomststudier i Norge

² Rapporten *Er hjelpen nærmest? Kvinner som avvises ved krisesentrene i Norge* er ikke offentliggjort (RVTS, 2011).

tyder på at mellom en tiendedel og en fjerdedel har opplevd minst et tilfelle av fysisk vold fra en foresatte. Videre har mellom 6.6 og 13.4 prosent opplevd psykisk vold og mellom tre og ti prosent har sett eller hørt vold mellom foresatte (Mossige & Stefansen, 2007; Thoresen & Hjemdal, 2014; Myhre et al., 2015). At forekomsten er høyere hos disse kvinnene som har opplevd partnervold er derfor et interessant funn, og samsvarer med studier som har funnet en sammenheng mellom tidligere voldserfaringer i barndommen og utsatthet for partnervold i voksen alder (Alexander 2009; Ehrensaft et al., 2003; Lagdon et al., 2014; Whitfield et al., 2003). Funnet i denne studien kan ikke si noe om risikoen for å oppleve partnervold i voksen alder når man har vært utsatt for vold i oppveksten, eller om mekanismene bak sammenhengen mellom vold i barndommen og partnervold i voksen alder. Det at en så stor andel partnervoldsutsatte kvinner også oppgir å ha vært utsatt for vold i opprinnelsesfamilien, kan likevel si noe om viktigheten av at krisesentre kartlegger kvinnenes voldserfaring fra opprinnelsesfamilien.

Hvilke erfaringer som innebærer det å oppleve vold i oppveksten er ikke gitt (Mossige & Stefansen, 2007). Tidligere antok man at barna kunne bli skjermet fra volden mellom foresatte, og mange foreldre rapporterer at de forsøker å beskytte barna fra volden (jf. Kitzmann et al., 2003). En amerikansk studie av 1500 anmeldte tilfeller av partnervold mot mor, fant at rundt 95 % av barna hadde sett eller hørt volden (Fusco & Fantuzzo, 2009). Dette kan indikere at de fleste av barna som lever i familier hvor det forekommer partnervold opplever den volden som foregår mellom foresatte. Øverlien (2010; 2012) presiserer at begrepet ”å oppleve vold” i større grad favner barnas voldserfaringer, da de ikke bare kan vitne selve voldshandlingen, men ofte også både ser og hører det som skjer i forkant og etterkant av volden. Flere studier viser i tillegg at mange av de som eksponeres for partnervold, også ofte er ofre for direkte voldshandlinger fra foresatte (Osofsky, 2003; Bedi & Goddard, 2007; Slep & Heyman, 2001; Herrenkohl et al., 2008; Mossige & Stefansen, 2007). Dette bekreftes i denne studien. De fleste av kvinnene som hadde voldserfaringer i opprinnelsesfamilien (72 %) hadde både vært vitne til vold og selv vært utsatt for vold. Fordi bare et fåtall av kvinnene kun hadde vært utsatt for vold (n=9) eller kun hadde vært vitne til partnervold (n=3) var det ikke statistisk grunnlag for å undersøke forskjeller mellom direkte voldsutsatthet og vitneerfaringer. Tidligere studier indikerer imidlertid at det å bli utsatt for vold i barndommen og det å være vitne til vold kan være like belastende (Bedi & Goddard, 2007; Kitzmann et al., 2003; Pinheiro, 2006). Fore eksempel fant Kitzmann et al. (2003) i sin meta-analyse av 118 studier at de som kun hadde vært vitne til partnervold ikke skåret

signifikant annerledes på psykiske helsemål enn de som hadde blitt direkte utsatt for fysisk vold. Cater et al. (2015) fant i sin studie en sammenheng mellom det å ha vært vitne til partnervold i oppveksten og psykiske helseproblemer i voksen alder. Funnene i denne studien, sammen med funnene fra tidligere studier peker på hvor skadelig partnervold kan være for hele familien.

4.5 Forskjeller mellom kvinner med og uten vold i opprinnelsesfamilien

4.5.1 Oppvekstvilkår - økt risiko for dårligere økonomi og rusproblemer i familien

Den tydeligste forskjellen mellom kvinner med og uten voldserfaring fra opprinnelsesfamilien var at kvinner utsatt for psykisk partnervold som hadde voldserfaring fra oppveksten hadde over 10 ganger forhøyet risiko for å ha vokst opp med foreldre med alkohol- og/eller andre rusproblem. I tillegg hadde flere kvinner med voldserfaring i oppveksten vokst opp i familie med dårlig økonomi enn kvinnene uten denne voldserfaringen. Det er altså en økt risiko for at kvinner som har opplevd vold i oppveksten, også kommer fra familier hvor andre risikofaktorer har vært til stede sammenlignet med kvinner som ikke har opplevd vold i oppveksten. Disse funnene understøttes av flere andre studier, både nasjonale (Mossige & Stefansen, 2007; Myhre et al., 2015) og internasjonale (Dube et al., 2002; Dong et al., 2004; Herrenkohl et al., 2008; Costa et al., 2015). Dube et al. (2002) fant at kvinner som hadde vokst opp med partnervold i opprinnelsesfamilien hadde 5.6 ganger økt risiko for å ha levd med familiemedlemmer med alkohol- eller rusproblem sammenlignet med kvinner uten voldserfaring i barndommen. Walsh, MacMillan & Jamieson (2003) fant i sin undersøkelse av over 8000 respondenter at det å vokse opp med foreldre med alkohol- eller rusproblem mer enn fordoblet risikoen for å bli utsatt for fysisk og seksuell vold fra foresatte. Sammenhengen mellom økonomiske levekår og voldsutsatthet er også veldokumentert i mange studier (Herrenkohl et al., 2008). For eksempel fant en studie av voldsforekomst blant norske ungdommer at ungdommene fra familier med dårligere råd oftere ble utsatt for fysisk vold fra foresatte (Myhre et al., 2015).

Om det er en årsakssammenheng mellom økonomi og vold, eller rusproblem og vold er vanskelig å si. Denne studien kan ikke si noe om mekanismene bak disse sammenhengene. Andre bakenforliggende faktorer som ikke er undersøkt i denne studien, slik som foresattes psykiske helseproblemer og kriminalitet kan i tillegg også assosieres med voldsutsatthet (Jf.

Myrhe et al., 2015; Herrenkohl et al., 2008; Costa et al., 2015; Dube et al., 2002; Dong et al., 2004). Det er viktig å påpeke at de fleste som vokser opp med dårlige levekår, ikke blir utsatt for vold i familien (jf. Mossige & Stefansen, 2007). På lik linje vil ikke alle som har vokst opp med vold i familien utøve eller utsettes for partnervold i voksen alder. En tankegang om at vold avler vold kan gi et forenklet bilde av komplekse sammenhenger hvor også andre former for negative forhold både i oppveksten og i voksen alder kan være viktige risikofaktorer for voldsutsatthet (Øverlien, 2012; Costa et al., 2015), noe også denne studien viser. Det er mulig at faktorer som økonomi- og rusproblemer er tilleggsbelastninger som kan medføre økt stressnivå i familien og som dermed kan øke risikoen for familievold (jf. Straus, Gelles & Steinmetz, 1980 i Bell & Naugle, 2008). Det er også mulig at voldsopplevelser i oppveksten, eller det å vokse opp med foresatte med rusproblemer kan føre til en utrygg tilknytningsstil som igjen kan gi økt risiko for voldsutsatthet i voksen alder (jf. Alexander, 2009; Mossige & Stefansen, 2007; Liem & Boudewyn, 1999) eller at man gjennom voldsopplevelser i barndommen har lært at vold er en akseptabel måte å håndtere konflikter på (jf. sosial læringsteori, Mihalic & Elliott, 1997; Ehrensaft et al., 2003). I tråd med et interaksjonelt perspektiv indikerer funnene fra denne studien uansett at familievold sjelden er en enkeltstående risikofaktor, og at vold ofte opptrer i interaksjon med flere andre negative forhold.

4.5.2 Partnervold, voldserfaring i opprinnelsesfamilien og etnisitet

I denne studien hadde kvinnene født i Norge over fire ganger forhøyet risiko for å ha rapportert om voldserfaringer i oppveksten enn kvinnene født i utlandet. De utenlandsfødte kvinnene rapporterte altså sjeldnere å ha blitt utsatt for vold eller å ha vært vitne til partnervold i barndommen. Dette resultatet er interessant av mange grunner. For det første kommer mange av de utenlandsfødte kvinnene fra områder hvor kvinner i større grad rapporterer å ha bli utsatt for vold enn i Norge (jf. Garcia-Moreno et al., 2013), og man skulle antatt at kvinnene med innvandrerbakgrunn i dette utvalget derfor også i større grad hadde rapportert om voldserfaringer i barndommen. At kvinnene med innvandrerbakgrunn i denne studien sjeldnere rapporterer å ha bli utsatt for vold i oppveksten kan ha sammenheng med at hva som defineres som vold og hva som oppfattes som en del av normal oppdragelse kan variere avhengig av kulturell bakgrunn. Enkelte kvinner kan komme fra deler av verden hvor synet på vold og hva som defineres som vold er annerledes og hvor det er større aksept for vold i nære relasjoner (Hansen & Finsrud, 2014; van der Weele, Ansar & Castro, 2011; Sommerfeldt, Hauge & Øverlien, 2014; Pinheiro, 2006).

Tidligere studier har funnet motsatt resultat enn det denne studien fant. Mossige & Stefansen (2007) fant en større risiko for at ungdommene hadde vært vitne til partnervold mot mor dersom mor var født utenfor Norden, og en større risiko for å selv ha blitt utsatt for fysisk vold fra foresatte dersom foresatte hadde innvandrerbakgrunn. Denne forskjellen forble signifikant selv om man også kontrollerte for andre forhold, som økonomi og foresattes rusmiddelbruk. Også Myhre et al. (2015) fant at ungdom med innvandrerbakgrunn var mer utsatt for fysisk vold fra foresatte enn norske ungdom. Vatnar & Bjørkly (2010a) fant, med utgangspunkt i samme utvalg som denne studien i tillegg til kvinner rekruttert fra politi og familievernkontor, at kvinnenes barn hadde økt risiko for å ha vært vitne til partnervolden dersom kvinnene hadde innvandrerbakgrunn. Disse ulike resultatene kan muligens indikere at når barn og unge er i en kontekst hvor de blir spurt om vold i oppveksten så fremkommer andre svar enn når man som voksen blir spurt om vold i barndommen.

Funnet i denne studien er også interessant ettersom kvinner med innvandrerbakgrunn er overrepresentert på krisesentre i Norge. I 2005 var andelen krisesenterbeboere med utenlandsk bakgrunn 51 % (Lien & Nørgaard, 2006), mens andel personer med innvandrerbakgrunn i Norge i 2006 var 8.3 % (Østby, 2006). De tilsvarende tallene for 2014 var 62 og 14 % (Lund, 2014). At de utenlandsfødte kvinnene i denne studien i mindre grad har rapportert om vold i oppveksten, kan dermed synes å være noe motsigende når en rekke studier også viser en sammenheng mellom voldserfaring i barndommen og partnervoldserfaring i voksen alder (jf. Ehrensaft, et al., 2003; Lagdon et al., 2014). Samtidig er det viktig å presisere at det store antallet kvinner med annen etnisk bakgrunn på krisesentre i Norge ikke trenger å bety at det er en sammenheng mellom etnisitet og partnervold. Det kan også ha sammenheng med karakteristika ved det å være minoritet i et annet land (Vatnar & Bjørkly, 2010). Norske partnervoldsutsatte kvinner kan ha et større nettverk å henvende seg til ved kriser enn det kvinner med annen etnisk bakgrunn har, avhengig av hvor lenge de har vært i landet (Lund, 2014). Tall fra 2005 viste at blant krisesenterbeboerne med utenlandsk opprinnelse snakket 17 % ikke norsk, mens 38 % snakket litt norsk (Lien & Nørgaard, 2006), noe som kan antyde at de ikke har vært i landet så lenge, eller at de ikke var så godt integrert. I tillegg rapporterte flere kvinner på krisesentrene med utenlandsk opprinnelse at de var hjemmearbeidende sammenlignet med kvinner uten innvandrerbakgrunn (37 mot 15 prosent) (Lien & Nørgaard, 2006). At de er mindre økonomisk uavhengige enn norske kvinner, kan dermed også medføre at de i større grad enn norske kvinner henvender seg til krisesentre. Partnervoldserfaringene kan også bli forverret på grunn av deres posisjon som immigranter

hvor blant annet manglende språkvansker, manglende tilgang til jobbmarkedet og usikkerhet rundt oppholdstillatelse kan påvirke situasjonen (Menjivar & Salcido, 2002). I tillegg er traumatisering, marginalisering, fattigdom og arbeidsløshet faktorer som kan virke inn på forekomsten av vold og etniske minoriteter kan oftere være utsatt for flere av disse stressfaktorene enn majoritetsbefolkningen (jf. van der Weele et al., 2011; Neumayer, Meyer & Sveaass, 2008).

At de norske kvinnene i denne studien hadde økt risiko for å ha vært utsatt for vold i oppveksten kan også ha sammenheng med at de muligens representerer en spesielt sårbar gruppe partnervoldsutsatte kvinner. Kirsebom (2012) som tok utgangspunkt i det samme utvalget som denne studien, i tillegg til 84 andre kvinner rekruttert fra familievernkontor og politi, fant ikke forskjeller mellom kvinnene med og uten voldserfaringen i oppveksten når det gjaldt etnisitet. Dette kan indikere at de norske kvinnene rekruttert fra krisesentre er annerledes enn de norske kvinnene som har vært i kontakt med andre deler av hjelpeapparatet. Vatnar & Bjørkly (2009) fant i sin studie basert på samme utvalg at kvinnene rekruttert fra krisesentre hadde lavere inntekts- og utdanningsnivå enn kvinnene rekruttert fra familievernkontor. Tidligere studier har funnet at voldsutsatthet er knyttet til sosiodemografiske forhold som blant annet dårlig økonomi, lav utdanning og arbeidsledighet (Pape & Stefansen, 2004; Haaland et al., 2005; Nerøien & Schei, 2008; Mossige & Stefansen, 2007; Myhre et al., 2015). At kvinnene født i Norge i denne studien hadde forhøyet risiko for å ha opplevd vold i opprinnelsesfamilien enn kvinner født utenfor Norge kan muligens skyldes at de norske partnervoldsutsatte kvinnene på krisesentre representerer en spesielt sårbar og marginalisert gruppe som skiller seg mer fra populasjonen de er trukket fra, enn brukere på krisesentre med innvandrerbakgrunn. Lund (2014) fant i kontrast til i den generelle befolkningen i Norge, at en større andel av de norske kvinnene på krisesentrene mottok sosialhjelp/trygd enn kvinnene med innvandrerbakgrunn, noe som kan synes å støtte denne hypotesen.

4.5.3 Karakteristika ved partnervolden – lengre varighet ved seksuell vold

Denne studien viste at kvinner med voldserfaring fra barndommen hadde økt risiko for å ha vært utsatt for seksuell vold over en lengre periode enn kvinnene uten denne voldserfaringen. Også justert for andre forskjeller, forble denne forskjellen signifikant. Hva som er årsaken til dette er vanskelig å si. Om disse kvinnene hadde opplevd lenger varighet ved den seksuelle volden før de tok kontakt med hjelpeapparatet, eller om de hadde returnert flere ganger til

partneren sin etter å ha oppsøkt hjelp, og dermed opplevd lengre varighet ved volden, vet vi ikke sikkert. Mange partnervoldsutsatte kvinner forlater og returnerer flere ganger til partneren sin før de endelig bestemmer seg for å avslutte forholdet (Heise & Garcia-Moreno, 2002).

Generelt for alle kvinnene utsatt for seksuell partnervold i denne studien var imidlertid at få hadde tatt kontakt med hjelpeapparat. Ingen hadde henvendt seg til politiet, tre kvinner hadde oppsøkt fastlege og kun en kvinne hadde oppsøkt psykolog på grunn av den seksuelle partnervolden. I følge Mahoney & Williams (1998) tyder flere studier på at kvinner utsatt for seksuelle overgrep fra en partner i mindre grad henvender seg til venner/familie eller formelle instanser på grunn av volden, enn kvinner utsatt for seksuelt overgrep fra fremmede. Mange partnervoldsutsatte er i tillegg mer motvillige til å prate om den seksuelle volden enn andre typer partnervold. Forfatterne nevner flere mulige grunner til dette. Skam og frykt for negative responser, usikkerhet rundt hva som er ”vanlig” og tvungen sex i et forhold, misforståelser rundt kvinnens rolle i et forhold, eller at kvinnene tar på seg skylden for overgrepet, er forhold som nevnes. I tillegg er bevisførsel i en eventuell straffesak betydelig vanskeligere når det gjelder seksuell vold begått av partner enn av en fremmed (Mahoney & Williams, 1998).

Tidligere studier har funnet at kvinner med voldserfaring fra opprinnelsesfamilien har over 11 ganger forhøyet risiko for å oppleve skyld for seksuell partnervold sammenlignet med kvinner uten denne erfaringen (Kirsebom; 2012; Kirsebom et al., 2014). Meyer et al. (2010) fant i sin studie at kvinnene som holdt partneren sin ansvarlig for partnervold i større grad utøvde problemfokuserte og offentlige mestringsstrategier, blant annet ved å kontakte det uformelle nettverket, enn kvinnene som skyldte på seg selv eller fant andre unnskyldninger for voldens årsaker. De som skyldte på seg selv eller unnskyldte volden på andre måter, brukte strategier som var mer passive og private, som å forsøke å blidgjøre partneren sin. Partnervoldsutsatte som anvender mer aktive strategier og som benytter seg av støtte utenfra, har mer ressurser tilgjengelig enn de som benytter seg av mestringsstrategier kun i den private sfære og dette *kan* ha innvirkning på om kvinnen blir i forholdet eller ei (Meyer et al., 2010). Opplevelse av skyld og dens påvirkning på valg av mestringsstrategier kan derfor muligens være en av grunnene til at kvinnene med voldserfaring i opprinnelsesfamilien forble lenger i et forhold med seksuelle partnervold. Alle de seks kvinnene som hadde hatt selvmordstanker på grunn av den seksuelle partnervolden hadde voldserfaring fra opprinnelsesfamilien, noe som kan

indikere at de i større grad har utøvd emosjonsfokuserte mestringsstrategier når det gjaldt den seksuelle partnervolden (jf. Garcia-Moreno et al., 2005; Lazarus & Folkman; 1984).

4.5.4 Ingen forskjeller i selvrapportert psykisk helse

Statistiske analyser viste ingen forskjeller mellom kvinner med og uten voldserfaring fra oppveksten når det gjaldt mål på psykisk helse. Det kan være ulike grunner til dette. Muligens ville et større utvalg ha avdekket forskjeller mellom disse gruppene. Basert på det samme utvalget som denne studien, i tillegg til 84 andre kvinner rekruttert fra familievernkantor og politi, fant Kirsebom et al. (2014) heller ikke forskjeller i symptomtrykk på HSCL-25 etter de multivariate analysene. Imidlertid fant de at kvinner med voldserfaring fra barndommen rapporterte signifikant høyere symptomtrykk målt på et utdrag av SLC-90 enn kvinner uten voldserfaring fra opprinnelsesfamilien, og konkluderer med at dette støtter dose-respons forståelsen av eksponering for vold og økt symptomtrykk.

Flere andre studier har funnet et dose-respons forhold mellom eksponering for partnervold og økt risiko for utvikling av psykiske lidelser (Golding, 1999; Garcia-Moreno et al., 2005; Bogat et al., 2005; Bonomi et al., 2006; Armour & Sleath, 2014; Lagdon et al., 2014), også når det gjaldt voldserfaringer både i oppveksten og i voksen alder (Cloitre et al., 2009; Thoresen et al., 2015). Denne studien fant ikke støtte for dette dose-respons forholdet, verken i de univariate analysene av forskjeller mellom kvinner med og uten voldserfaring fra barndommen eller i post-hoc analysene. Heller ikke Pico-Alfonso et al. (2006) fant økt symptomtrykk hos partnervoldsutsatte kvinner som også hadde opplevd vold i oppveksten. Øverlien (2012) påpeker at opplevelsen av å bli utsatt for vold er subjektiv, det vil si hva som oppfattes som mild eller grov vold vil variere fra person til person. Dessuten kan også enkeltepisoder føre til store negative helsekonsekvenser (Sørbø, 2014). Å klassifisere samt å måle "dose" vold i barndom og voksen alder kan derfor være utfordrende. Er det engangstilfelle av seksuell vold i barndommen samt gjentatte partnervoldserfaringer som utgjør den største "dosen" belastning, eller er det gjentatte fysiske overgrep i barndommen i tillegg til mindre alvorlig partnervold i voksen alder som utgjør de største belastningene? Har det sammenheng med antallet voldskategorier man er utsatt for eller frekvensen og alvorlighetsgraden ved volden? Tidligere studier har sett at både alvorlighetsgrad, frekvens og varighet ved partnervolden samt antall voldskategorier erfart i oppveksten og voksen alder kan ha betydning i et dose-respons forhold mellom vold og psykisk helse (jf. Golding, 1999; Thoresen et al., 2015; Cloitre et al., 2009; Lagdon et al., 2014). Denne studien differensierte

ikke mellom alvorlighetsgrad eller frekvens hos kvinnenes voldserfaringer i oppveksten, men spurte kun om kvinnene noen gang hadde blitt utsatt for fysiske og/eller psykiske og/eller seksuelle overgrep i barndommen samt om de hadde sett fysisk og/eller psykisk og/eller seksuell vold mellom foresatte. Å undersøke dose-respons forholdet mellom vold og psykisk helseproblemer ved å analysere forskjeller i psykisk helse mellom partnervoldsutsatte kvinner som har erfart minst en av disse i voldsformene i oppveksten og partnervoldsutsatte kvinner som ikke har denne erfaringen kan være en utfordring. Det er mulig at analysene ikke klarte å differensiere bra nok mellom de ulike ”dosene” vold. Mangel på forskjeller i psykisk helse mellom partnervoldsutsatte med og uten voldserfaring fra oppveksten kan dermed skyldes metodiske utfordringer.

I samsvar med et interaksjonelt perspektiv kan også andre medvirkende faktorer enn ”dose” vold ha hatt betydning for den psykiske helsen. For eksempel kan sosial støtte (jf. Herman, 1997; Øverlien, 2012; Jasinski & Williams, 1998) eller mestringsstil (Bedi & Goddard, 2007) redusere voldens innvirkning på den psykiske helsen. Flere studier i tillegg til denne studien, har som nevnt tidligere også vist at familievold ofte opptrer i sammenheng med andre forhold som dårlig økonomi, foresattes rusproblem, kriminalitet og foresattes psykiske helseproblemer (Mossige & Stefansen, 2007; Myhre et al., 2015; Dube et al., 2002; Dong et al., 2004; Herrenkohl et al., 2008; Costa et al., 2015). Dette er faktorer som også kan ha betydning for redusert psykisk helse (jf. Kirsebom et al., 2014; Corso et al., 2008). Kvinnene kan også ha vært utsatt for andre traumatiske hendelser både i barndommen og i voksen alder som kan ha påvirket deres psykiske helse, og som det ikke er tatt høyde for i denne studien (jf. Cater et al., 2015). At denne studien ikke fant noen sammenheng mellom voldsomfang og psykiske helseproblemer kan derfor skyldes noen av de ovennevnte forholdene. Det er viktig å presisere at partnervoldserfaringene kan være komplekse og heterogene, og at både karakteristika ved konteksten, samt ved utøver og offer kan bidra til store individuelle forskjeller i opplevelsen av og konsekvensen ved volden (Vatnar, 2009; Bogat, Levendosky & von Eye, 2005).

4.5.5 Kvinnenes mestring/håndtering av partnervolden

Flere studier har vist at kvinner bruker en rekke strategier i møte med volden de blir utsatt for av partnerne sine (Goodman et al., 2003; Foster et al., 2015). Alle kvinnene i denne studien er rekruttert fra krisesentre og er dermed kvinner som trolig aktivt har forsøkt å unngå partnervolden eller bryte ut av forholdet, eller de har fått hjelp til det. Mange av kvinnene i

denne studien har rapportert at de har tatt kontakt med psykolog, lege, og politi på grunn av volden de har erfart. I tillegg har flere av kvinnene rapportert om både selvmordstanker og selvmordsforsøk på grunn av volden, noe som kan indikere at de har forsøkt å håndtere de negative følelsene og smertene knyttet til volden (jf. Garcia-Moreno et al., 2005). Denne studien fant imidlertid få statistisk signifikante forskjeller mellom kvinnene med og uten voldserfaring fra barndommen når det gjaldt håndtering av partnervolden.

Den innledende multivariate analysen fant at kvinner med voldserfaring fra opprinnelsesfamilien i mindre grad hadde oppsøkt fastlege på grunn av fysisk partnervold, men at de i større grad hadde oppsøkt psykolog/psykiater på grunn av psykisk partnervold. I tillegg hadde de økt risiko for å ha rapportert at en aktiv tilnærming hadde virket best for å hindre den psykiske volden. Tidligere studier har vist at partnervoldsutsatte kvinner benytter seg av mer aktive og problemfokuserede strategier dess alvorligere og mer frekvent volden blir (Waldrop & Resick, 2004; Meyer et al., 2010). Det er lite trolig at forskjellene mellom kvinnenes håndtering av partnervold i denne studien skyldes karakteristika ved volden, ettersom univariate analyser ikke fant noen statistisk signifikante forskjeller mellom kvinnene med og uten voldserfaring i opprinnelsesfamilien, verken for frekvens, varighet eller alvorlighetsgrad ved fysisk og psykisk partnervold. Justert for andre gruppeforskjeller i den samlede multivariate analysen forsvant imidlertid forskjellene mellom disse to gruppene når det gjaldt håndteringen/mestring av partnervolden. Dette kan tyde på at ulike voldserfaringer fra barndommen ikke har hatt så mye å si for hvordan partnervolden har blitt mestret og/eller at det er andre faktorer som i større grad har avgjort hvorvidt kvinnene har kontaktet psykolog/psykiater/fastlege og hvorvidt de har opplevd passive eller aktive strategier som mest effektive. For eksempel kan det ha hatt sammenhengen med om kvinnene fremdeles var i forholdet eller ute av det (jf. Haaland 2005; Pape & Hjemdal, 2004), om kvinnene holdt partneren sin ansvarlig for volden eller ei (Meyer et al., 2010), eller i hvilken grad de opplevde å ha ressurser tilgjengelige (Waldrop & Resick, 2004; Goodman et al., 2009).

Den innledende univariate analysen tydet på en sammenheng mellom voldserfaring i barndommen og tidligere kontakt med kriesenter for kvinner utsatt for fysisk og psykisk partnervold. Fordi mange av kvinnene ikke hadde besvart dette spørsmålet, ble variabelen utelatt i de multivariate analysene. Det at analysen fant en statistisk signifikant forskjell basert på et så lite utvalg kan likevel indikere at resultatet er av betydning. Hvorfor kvinner med voldserfaring i barndommen oftere har vært i kontakt med kriesenter tidligere er vanskelig å

si sikkert. Andre studier har funnet en sammenheng mellom voldserfaring i opprinnelsesfamilien og det å bli utsatt for partnervold i mer enn et parforhold i voksen alder (Vatnar & Bjørkly, 2008; Alexander, 2009), men denne studien fant ikke en slik sammenheng. Grunnen til at kvinnene med voldserfaring i barndommen oftere har vært i kontakt med krisesenter er trolig derfor ikke tidligere partnervoldserfaringer. Å bryte ut av parforholdet kan være krevende, og enkelte kan ha gjentatte opphold på krisesenter før et endelig brudd (Sentio, 2015). Statistikk fra krisesentrene viser at en femtedel av beboerne i 2014 hadde overnattet på et krisesenter før, og rundt 17 % hadde vært dagbrukere før de ble beboere. Omtrent 15 % av oppholdene endte med at beboer returnerte til partneren sin (Sentio, 2015). At kvinner med voldserfaring i barndommen oftere har vært i kontakt med krisesenter tidligere *kan* derfor tyde på at de oftere har returnert til partneren sin og derfor oftere har hatt behov for hjelp, *eller* at de har vært bedre til å oppsøke hjelp enn kvinnene uten voldserfaring. At enkelte brukere av krisesenteret velger å returnere til den voldelige partneren sin kan videre ha sammenheng med flere forhold, blant annet utfordringer med å skaffe egen bolig i en retableringsfase (jf. Bakketeig et al., 2014; Griffing et al., 2002), dårlig økonomi eller mangel på sosialt nettverk (jf. Goodman et al., 2009). Tidligere studier har vist inkonsistente resultater når det gjelder sammenheng mellom voldserfaring i opprinnelsesfamilien og det å forlate eller returnere til den voldelige partneren sin (Anderson & Saunders, 2003). Noen studier har funnet at kvinner med voldserfaring i opprinnelsesfamilien har større sannsynlighet for å returnere til partneren (f.eks. Rusbult & Martz, 1995), andre har funnet det motsatte (f.eks. Gondolf & Fisher, 1988 i Anderson & Saunders, 2003), men mange studier har ikke funnet noen sammenhenger (f.eks. Okun, 1986 og Strube & Barbour, 1984 i Anderson & Saunders, 2003).

Ved å fokusere på kvinnenens mestring/håndtering av partnervold står man i fare for å implisitt indikere en tankegang om at kvinnene også har skyld i volden, også kalt "victim blaming". Det er i dag en mangel på forskning som fokuserer på risiko- og beskyttende faktorer ved offeret når det gjelder partnervold (Kujipers, van der Knaap & Lodewijks, 2011), noe som trolig skyldes en redsel for at det å fokusere på forhold knyttet til offeret indikerer at man samtidig plasserer ansvaret for å stoppe partnervolden utelukkende hos offeret (Bennett & Goodman, 2005). På den andre side kan det å få kunnskap om faktorer som er innenfor offerets innflytelsesområdet være viktig for å hjelpe de voldsutsatte til å ta kontroll og for å bedre deres situasjon (Kujipers et al, 2011; Goodman et al., 2003). Å undersøke *hvorfor* enkelte kvinner med voldserfaring i barndommen oftere har tatt kontakt med krisesenteret

tidligere kan derfor være viktig. Partnervoldsutsatte kvinner er ikke passive, hjelpeløse og resignerte kvinner, slik feltet tidligere ofte anså dem som, men heller aktive deltagere i prosessen mot å beskytte seg selv og familien fra volden (jf. Vatnar & Bjørkly, 2014; Goodman et al., 2003, Foster et al., 2015), noe som også bekreftes i denne studien.

4.6 Studiens styrker og begrensinger

Studien tar utgangspunkt i kvinner som har søkt hjelp på krisesenter i Norge. Ulike studier tyder på at mange partnervoldsutsatte kvinner ikke kommer i kontakt med hjelpeapparatet (Vatnar, 2015; Haaland et al., 2005). Funnene fra denne studien kan derfor trolig ikke generaliseres til å gjelde partnervoldsutsatte kvinner som enda ikke har oppsøkt hjelp. Disse resultatene kan heller ikke si noe om kvinner som har søkt hjelp i andre deler av hjelpeapparatet. Fordi hjelpesøkende atferd synes å være assosiert med alvorlighetsgrad ved partnervolden (Haaland et al., 2005; Stefansen et al., 2004), kan funn fra denne studien likevel være interessant for partnervoldsutsatte kvinner som har vært utsatt for partnervold med lignende alvorlighetsgrad.

Alle intervjuene foregikk ansikt-til-ansikt og alle spørsmålene ble stilt av klinisk psykolog med lang erfaring innenfor partnervoldsfeltet, noe som kan være en styrke ved denne studien. Det at en intervjuer har stilt alle spørsmålene, i stedet for at respondenten har krysset av selv på papiret, kan imidlertid ha medført til at respondentene har besvart det de tror at intervjueren har ønsket at de skulle besvare, eller at det har vært vanskelig å besvare ærlig på noen av spørsmålene som var av svært sensitiv karakter. For eksempel kan det at intervjuer har presentert listen over symptomene på HSCL-25 muntlig ha medført til at respondentene har fått en lavere skåre (jf. Sandanger et al. 1998) på grunn av respondentene mulige tilbøyelighet til å svare det som er mer sosialt akseptert (jf. Ross & Mirowsky, 1984).

Kvinnene i denne studien ble bedt om å gjenfortelle både voldserfaringer fra barndommen samt partnervoldserfaringer. En mulig svakhet med retrospektiv rapportering er hukommelsesbias. Flere studier tyder på at informasjonen innhentet retrospektivt som omhandler vonde barndomsopplevelser kan være unøyaktig, blant annet fordi de kan være vanskelige å huske, vanskelige å prate om, eller man ønsker å glemme fortiden (Femina, Yeager & Lewis, 1990; Williams, 1995). Også når det gjelder partnervold indikerer studier at retrospektiv rapportering kan medføre underrapportering av voldserfaringene (Yoshihama & Gillespi, 2002).

Reliabiliteten og validiteten ved denne studien kan være svekket på grunn av bruken av noen skalaer i spørreskjemaet som ikke er validerte, og som ble utformet spesielt til doktorgradsarbeidet (jf. Vatnar & Bjørkly, 2014). Imidlertid er resultater fra samme datamaterialet publisert i flere fagfelleverderte tidsskrift (Vatnar & Bjørkly, 2008, 2009, 2010a, 2010b, 2011, 2012, 2013, 2014, Kirsebom, Vatnar & Bjørkly, 2014) noe som kan indikere at reliabiliteten og validiteten ved disse skalaene er funnet tilfredsstillende.

Kvinnene ble spurt om de noen gang *så* at mor utøvde vold mot far eller at far utøvde vold mot mor. Som nevnt tidligere kan heller begrepet ”oppleve vold” være mer dekkende enn det å være vitne til eller å se volden, fordi barna ofte både ser og hører mer enn selve voldshandlingen, men også det som skjer i forkant og etterkant av volden (Øverlien, 2010; 2012). Ved å bruke begrepet ”å se” er det mulig at mange av kvinnenes voldserfaringer i barndommen har blitt ekskludert fra denne studien.

At denne studien ikke fant statistisk signifikante forskjeller mellom kvinnene med og uten voldserfaring i opprinnelsesfamilien når det gjaldt psykisk helse eller at studien fant få statistisk signifikante forskjeller hos kvinnene utsatt for seksuell partnervold, *kan* skyldes størrelsen på utvalget, og ikke et virkelig fravær av slike forskjeller i populasjonen utvalget ble tatt fra. Et lite utvalg kan gjøre at det er større risiko for type 2 feil, det vil si at man ikke finner forskjeller som egentlig er der. På den andre siden kan de forskjellene som studiene finner med et så lite utvalg være robuste (jf. Pallant, 2010). At studien fant få forskjeller når det gjaldt karakteristika ved volden, kan også skyldes at de fleste kvinnene har vært utsatt for så alvorlige former for vold at det er vanskelig å finne gruppeforskjeller.

Ettersom denne studien er en tverrsnittstudie, kan den ikke si noe om kausalitet mellom variablene utover at variablene knyttet til oppvekst naturlig nok ligger tidligere på tidslinjen enn variablene knyttet til nåværende partnervold. Vi kan derfor ikke si med sikkerhet at forskjellene mellom kvinnene med og uten voldserfaring fra oppveksten skyldes denne voldserfaringen i opprinnelsesfamilien.

Styrken ved denne studien er at den favner en gruppe partnervoldsutsatte kvinner som kanskje omfangsstudier eller befolkningsstudier sjeldent klarer å få med seg (jf. Haaland et al., 2005). Flere av de norske omfangsundersøkelsene baserer seg på telefonintervjuer eller spørreskjema tilsendt per post som er gjennomført på norsk, og personer med innvandrerbakgrunn er derfor

underrepresentert i disse undersøkelsene (jf. Thoresen & Hjemdal, 2014; Haaland et al., 2005). En ulempe med telefonintervjuer og postale undersøkelser når det gjelder å favne kvinner utsatt for partnervold, er også at partnerne systematisk kan kontrollere brev og telefonsamtaler og dermed begrense partnervoldsutsattes deltagelse (Vatnar, 2004; Waltermaurer, Ortega, McNutt, 2003). I en landsomfattende norsk undersøkelsen ble det i tillegg sendt et forkortet spørreskjema til landets krisesenter for å undersøke om hovedundersøkelsen favner den type vold som disse kvinnene har erfart. Funnene derfra tydet på at kvinnene på krisesentre rapporterte om alvorligere former for vold enn kvinner fra befolkningen generelt (Haaland et al., 2005), noe som bekreftes også i andre studier (Johnson, 2006, Alsaker et al., 2011). Ved å kun ta utgangspunkt i kvinner rekruttert fra krisesentre, får man mer kunnskap om en særskilt sårbar gruppe som rapporterer om alvorlige former for partnervold. Hadde denne studien tatt utgangspunkt i et større utvalg enn bare den kliniske/hjelpesøkende populasjonen, kunne funnene kanskje hatt større implikasjoner for forebygging, men disse funnene fra hjelpesøkende kvinner kan trolig ha større implikasjoner for behandling og intervensjon (jf. Alexander, 2009). Selv om kliniske utvalg kun utgjør en liten del av alle som har vært utsatt for partnervold, er det viktig å få kunnskap om en av de gruppene som er sterkest rammet (Hamberger & Larsen, 2015).

4.7 Implikasjoner for praksis- og forskningsfeltet

Omtrent hver fjerde kvinne i Norge vil oppleve partnervold en gang i livet (Haaland et al., 2005; Garcia-Moreno et al., 2013) og rundt en tiendedel vil oppleve alvorlig partnervold (Haaland et al., 2005; Nerøien & Schei, 2008; Thoresen & Hjemdal, 2014). De fleste av eventuelle barn til disse kvinnene vil trolig også bli eksponert for partnervolden (Øverlien, 2012; Fusco & Fantuzzo, 2009; Mossige & Stefansen, 2007), i tillegg til at mange barn vil bli offer for direkte vold (f.eks. Appel & Holden, 1998; Mossige & Stefansen, 2007). Når vi så vet at vold i familien kan få store helsemessige og sosiale konsekvenser (f.eks. Garcia-Moreno et al., 2013; Lagdon et al., 2014; Nerøien & Schei, 2008; Howell, 2011) er det derfor viktig at helse- og sosialarbeidere har gode kunnskap om vold i nære relasjoner. Flere systematiske oversiktsartikler indikerer i tillegg at forekomsten av partnervold er høyere blant pasienter i psykisk helsevern (Oram, Trevillion, Feder & Howard, 2013; Alhabib, Nur & Jones, 2010; Howard et al., 2010). For eksempel fant Alhabib et al. (2010) i sin systematiske gjennomgang av prevalensstudier om partnervold mot kvinner at gjennomsnittlig livstidsprevalens var høyest i studier utført i psykiatriske klinikker for alle typer partnervold (fysisk vold (30-50 %), psykisk vold (65-87 %) og seksuell vold (30-35 %)). Howard et al.

(2010) fant at livtidsprevalensen for alvorlig partnervold var mellom 30 til 60 prosent blant pasienter som mottok psykiatrisk døgntil behandling. Sammenhengen mellom partnervold og psykiske vansker er godt dokumentert (Golding, 1999; Nerøien & Schei, 2008; Lagdon et al., 2014; Wong & Mellor, 2014; Haaland et al., 2005; Campbell, 2002) og man antar at psykiske lidelser både kan være en konsekvens av samt en risikofaktor for å bli utsatt for partnervold (Howard et al., 2010). Mange kvinner i denne studien rapporterte om symptomer på depresjon/angst, og noen mottok i tillegg behandling for psykiske lidelser. Det er derfor svært sannsynlig at man møter dette fenomenet om man jobber med psykisk helsearbeid, selv om man ikke jobber på et krisesenter.

Funnet i denne studien, om at mange av de partnervoldsutsatte kvinnene som har opplevd vold i oppveksten også kommer fra familier hvor foresatte har hatt rus- og alkoholproblemer samt dårlig økonomi, bekrefter tidligere forskning som tyder på at partnervold er assosiert med vold mot barn og omsorgssvikt eller andre skadelige forhold i familien (jf. f.eks. Dube et al., 2002). Når helse- og sosialarbeidere møter partnervoldsutsatte kvinner eller voldsutstatte barn kan dette også indikere at andre skadelige hendelser forekommer mellom familiemedlemmene. Når barna lever med foresatte som har alkohol- og rusproblemer samt økonomiske vansker, øker også risikoen for at de også utsettes for vold (jf. Heltne & Steinsvåg, 2011). Kunnskapen vi har om konsekvensene ved å være vitne til vold, samt overlappingen mellom det å være vitne til vold og det å bli direkte utsatt for vold i barndommen som også denne studien viser, i tillegg til kunnskapen om sammenhengen mellom vold i opprinnelsesfamilien og senere partnervold, har implikasjoner både for praksis og for forskningsfeltet. Når helse- og sosialarbeidere møter personer utsatt for partnervold, bør en alltid vurdere barnas eventuelle voldsutsatthet. Når en mor søker hjelp for et barn som har blitt utsatt for familievold, bør man alltid undersøke morens voldsutsatthet (jf. Øverlien 2012). Helse- og sosialarbeidere bør også ha kunnskap om sammenhengen mellom vold i oppveksten og partnervold, for å kunne forebygge at barn som lever med vold blir partnervoldsutsatte voksne. Mange av kvinnene i denne studien rapporterte i tillegg om både komplekse voldserfaringer i barndommen og i voksen alder. I stedet for å fokusere på kun en type voldserfaring, bør fremtidig forskning i større grad fokusere på forskjellige typer voldsopplevelser samtidig både fra barndommen og fra voksen alder for å kunne få et helhetlig bilde av voldsutsattes situasjon (jf. Øverlien, 2012; Daro, Edleson & Pinderhughes, 2004).

I møte med partnervoldsutsatte kvinner er det viktig å kartlegge om kvinnene også har erfaring fra vold i oppveksten da det kan ha betydning for volden de erfarer i dag. Denne studien tyder på at kvinner som har vært utsatt for vold i oppveksten har økt risiko for å ha opplevd lengre varighet ved den seksuelle partnervolden de har vært utsatt for. I tillegg tyder denne studien på at partnervoldsutsatte kvinner med voldserfaring oftere har vært i kontakt med krisesenteret tidligere.

For å kunne gi brukere av krisesentre adekvat bistand, er det viktig å få nærmere kunnskap om denne gruppen partnervoldsutsatte. Fordi de norske kvinnene i dette utvalget i større grad rapporterte å ha blitt utsatt for vold i opprinnelsesfamilien enn kvinner født utenfor Norge, og ettersom vi vet at voldsutsatthet i barndommen er knyttet til sosiodemografiske forhold (jf. Mossige & Stefansen, 2007; Myhre et al., 2015; Herrenkohl et al., 2008; Dube et al., 2002), kan det å undersøke hva som karakteriserer de norske kvinnene på krisentre være viktig. Fremtidig forskning bør se på om norske kvinner fra krisesentre representerer en spesielt sårbar gruppe partnervoldsutsatte kvinner.

5 Avslutning

De fleste partnervoldsutsatte kvinnene rekruttert fra krisesentre oppga i denne studien at de hadde blitt utsatt for komplekse og alvorlige former for partnervold og mange rapporterte om psykiske helseproblemer. Forekomsten av voldserfaring i opprinnelsesfamilien var betydelig hos disse kvinnene. Selv om denne studien ikke fant forskjeller mellom kvinnene med og uten voldserfaring i opprinnelsesfamilien når det gjaldt psykisk helse, fant studien flere andre forskjeller mellom disse to gruppene. Voldserfaringer i opprinnelsesfamilien hos partnervoldsutsatte kvinner på krisesentre er derfor et relevant tema som bør få fremtidig fokus både i forskning og i praksis. Funnene kan indikere et behov for at krisesentre også kartlegger partnervoldsutsatte kvinners voldserfaringer fra oppveksten.

Referanseliste

- Alexander, P. C. (2009). Childhood trauma, attachment, and abuse by multiple partners. *Psychological Trauma. Theory, Research, Practice and Policy*, 1(1), 78-88. doi:10.1037/a0015254
- Alhabib, S., Nur, U. & Jones, R. (2010). Domestic violence against women: Systematic review of prevalence studies. *Journal of family violence*, 25(4), 369–382. doi:10.1007/s10896-009-9298-4
- Alsaker, K., Moen, B. E., Nortvedt, M. W. & Baste, V. (2006). Low health-related quality of life among abused women. *Quality of life Research*, 15(6), 959-965. doi: 10.1007/s11136-006-0046-4
- Alsaker, K., Kristoffersen, K., Moen, B. E. & Baste, V. (2011). Threats and Acts of Intimate Partner Violence Reported by Users at Norwegian Women's Shelters. *Journal of interpersonal violence*, 26(5), 950-970. doi:10.1177/0886260510365864
- Alsaker, K., Moen, B. E., Baste, V. & Morken, T. (2016). How Has Living with Intimate Partner Violence Affected the Work Situation? A Qualitative Study among Abused Women in Norway. *Journal of family violence*, 31(4), 479-487. doi: 10.1007/s10896-016-9806-2
- Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research*. London: Chapman & Hall.
- Anderson, D. K. & Saunders, D. G. (2003). Leaving an abusive partner. An empirical review of predictors, the process of leaving and psychological well-being. *Trauma, Violence & Abuse*, 4(2), 163-191. doi:10.1177/1524838002250769
- Appel, A. E. & Holden, G. W. (1998). The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of family psychology*, 12(4), 578-599. doi:10.1037/0893-3200.12.4.578
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126(5), 651-680. doi:10.1037/0033-2909.126.5.651
- Armour, C., & Sleath, E. (2014). Assessing the co-occurrence of intimate partner violence domains across the life-course: Relating typologies to mental health. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.3402/ejpt.v5.24620
- Askeland, I. R., Evang, A. & Heir, T. (2011). Association of violence against partner and former victim experiences: A sample of clients voluntarily attending therapy. *Journal of interpersonal violence*. 26(6), 1095-1110. doi: 10.1177/0886260510368152
- Babcock, J. C., Jacobson, N. S., Gottman, J. M., & Yerington, T. P. (2000). Attachment, emotion regulations, and the function of marital violence: Differences between secure, preoccupied, and dis-missing violent and nonviolent husbands. *Journal of Family Violence*, 15(4), 391–409. doi: 10.1023/A:1007558330501

- Bakketeig, E., Stang, E. G., Madsen, C., Smette, I. & Stefansen, K. (2014). *Krisesentertilbudet i kommunene Evaluering av kommunenes implementering av krisesenterloven*. (NOVA Rapport nr. 19/2014). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2014/Krisesentertilbudet-i-kommunene>
- Bedi, G. & Goddard, C. (2007). Intimate partner violence: What are the impacts on children? *Australian Psychologist*, 42(1), 66-77. doi:10.1080/00050060600726296
- Bell, K. M. & Naugle, A. E. (2008). Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1096-1107. doi:10.1016/j.cpr.2008.03.003
- Bennett, L. & Goodman, L. A. (2005). Risk factors for reabuse in intimate partner violence. A cross-disciplinary critical review. *Trauma, Violence & Abuse*, 6(2), 141-175. doi:10.1177/1524838005275088
- Bogat, G. A., Levendosky, A. A. & von Eye, A. (2005). The future of research on intimate partner violence: Person-oriented and variable-oriented perspectives. *American journal of community psychology*, 36(1-2), 49-70. doi:10.1007/s10464-005-6232-7
- Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carrell, D., Dimer, J. A. & Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 458-466. doi:10.1016/j.amepre.2006.01.015
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London, England: Tavistock/Routledge.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331-1336. doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8
- Cater, Å. K., Miller, L. E., Howell, K. H. & Graham-Bermann, S. A. (2015). Childhood exposure to intimate partner violence and adult mental health problems: Relationships with gender and age of exposure. *Journal of family violence*, 30(7), 875-886. doi:10.1007/s10896-015-9703-0
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217-225. doi:10.1016/j.jad.2003.12.013
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. doi:10.1002/jts.20444
- Corso, P. S., Edwards, V. J., Fang, X., Mercy, J. A. (2008). Health-related quality of life among adults who experiences maltreatment during childhood. *American journal of*

- public health*, 98(6), 1094-1100. Hentet fra
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2377283/pdf/0981094.pdf>
- Costa, B. M., Kaestle, C. E., Walker, A., Curtis, A., Day, A. Toumbourou, J. W. & Miller, P. (2015). Longitudinal predictors of domestic violence perpetration and victimization: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 261-272. doi: doi:10.1016/j.avb.2015.06.001
- Daro, D., Edleson, J. L. & Pinderhughes, H. (2004). Finding common ground in the study of child maltreatment, youth violence, and adult domestic violence. *Journal of interpersonal violence*, 19(3), 282-298. doi: 10.1177/0886260503261151
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth E. H. & Covi, L. (1974). The Hopkins symptom checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-15.
- Dixon, L. & Graham-Kevan, N. (2011). Understanding the nature and etiology of intimate partner violence and implication for practice and policy. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1145-1155. doi:10.1016/j.cpr.2011.07.001
- Dobash, R. E. & Dobash, R. (1977-78). Wives: The appropriate victims of marital violence. *Victimology*, 2(3-4), 426-442.
- Dobash, R. E. & Dobash, R. (1980). *Violence against wives. A case against the patriarchy*. London: Open Books.
- Dong, M., Anda, R.F., Felitti, V.J., Dube, S.R., Williamson, D.F., Thompson, T.J., Loo, C.M. & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, 28(7), 771-784. doi:10.1016/j.chiabu.2004.01.008
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., & Williamson, D. F. (2002). Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: Implications for health and social services. *Violence and Victims*, 17(1), 3-17. Hentet fra
<http://search.proquest.com.ezproxy.hioa.no/docview/208555776?accountid=26439>
- Dutton, M. A., Goodman, L. A. & Bennett L. (1999). Court involved battered women's responses to violence: The role of psychological, physical, and sexual abuse. *Violence and victims*, 14(1), 89-104, hentet fra:
<http://search.proquest.com.ezproxy.hioa.no/docview/208555953/abstract?accountid=26439>
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *The American journal of psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
- Ehrensaft, M. K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H. & Johnson, J. G. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal*

- of consulting and clinical psychology*, 71(4), 741-753. doi:10.1037/0022-006X.71.4.741
- Eisikovits, Z., & Bailey, B. (2011). From dichotomy to continua: Toward a transformation of gender roles and intervention goals in partner violence. *Aggression & Violent Behavior*, 16(4), 340–346. doi:10.1016/j.avb.2011.04.003
- Ellsberg M. C., Pena, R., Herrera, A., Liljestrand, J. & Winkvist, A. (2000). Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 51(11), 1595–1610. doi:10.1016/S0277-9536(00)00056-3
- Felitti, V. J. (2002). The relation between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *The permanente journal*, 6(1), 44-47. Hentet fra <http://www.thepermanentejournal.org/files/Winter2002/goldtolead.pdf>
- Femina, D. D., Yeager, C. A. & Lewis, D. O. (1990). Child abuse: Adolescent records vs. adult recall. *Child Abuse & Neglect*, 14(2), 227-231. Hentet fra http://ac.els-cdn.com.ezproxy.hioa.no/014521349090033P/1-s2.0-014521349090033P-main.pdf?_tid=c529ea56-e323-11e5-9c38-00000aacb35d&acdnat=1457218027_23d5d872c2d04e3bee5ca25597ae65cb
- Folkehelseinstituttet (2015). *Målemetoder for psykisk helse*. Hentet 19. februar 2016 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=42704>
- Foster, E. L., Becho, J., Burge, S. K., Talamantes, M. A., Ferrer, R., Wood, R. C., Katerndahl, D. A. (2015). Coping with intimate partner violence: qualitative findings from the study of dynamics of husband to wife abuse. *Families, Systems & Health*, 33(3), 285-294. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1037/fsh0000130>
- Fusco, R. A. & Fantuzzo, J. W. (2009). Domestic violence crimes and children: A population-based investigation of direct sensory exposure and the nature of involvement. *Children and youth services review*, 31(2), 249-256. doi:10.1016/j.childyouth.2008.07.017
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Garcia-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., & Watts, C. & Abrahams, N. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
- 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. doi:10.1023/A:1022079418229
- Goodman, L., Dutton, M. A., Weinfurt, K. & Cook, S. (2003). The intimate partner violence strategies index. *Violence against women*, 9(2), 163-186. doi: 10.1177/1077801202239004

- Goodman, L., Smyth, K. F., Borges, A. M. & Singer, R. (2009). When crises collide. How Intimate Partner Violence and Poverty Intersect to Shape Women's Mental Health and Coping? *Trauma, violence & abuse*, 10(4), 306-329. doi: 10.1177/1524838009339754
- Griffing, S., Ragin, D. F., Sage, R. E., Madry, L., Bingham, L. E. & Primm, B. J. (2002). Domestic Violence Survivors Self-Identified Reasons for Returning to Abusive Relationships. *Journal of interpersonal violence*, 17(3), 306-319. doi: doi: 10.1177/0886260502017003005
- Haeseler, L. A. (2013). Themes of Coping in the Spectrum of Domestic Violence Abuse: A Review of the Literature. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 10(1) 25-32, doi:10.1080/15433714.2013.751230
- Hamberger, L. K. & Larsen, S. E. (2015). Men's and women's experience of intimate partner violence: A review of ten years of comparative studies in clinical samples; Part I. *Journal of family violence*, 30(6), 699-717. doi:10.1007/s10896-015-9732-8
- Hansen, H. K., Skjerve, J. & Thorsnes, T. (2009). Kvinners erfaring med partnervold – en kvalitativ studie. *Fokus på familien*, 38(2), 136-147. Hentet fra [https://www-idunn-no.ezproxy.hioa.no/file/pdf/33616987/art06.pdf](https://www-idunn.no.ezproxy.hioa.no/file/pdf/33616987/art06.pdf)
- Hansen, L. & Finsrud, A.-M. (2014). Fysisk vold. I K. Narud (Red.), *Vold mot kvinner*. (s.81-90). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Heise, L. & Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. I E.G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi & R. Lozano (Red.), *World report on violence and health* (s. 87-121). Geneva: World Health Organization. Hentet fra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf
- Heltne, U. & Steinsvåg, P. Ø. (2011). Begrepsavklaringer og oversikt. I U. Heltne & P. Ø. Steinsvåg (Red.), *Barn som lever med vold i familien*. (s. 18-27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery. The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C. & Moylan, C. A. (2008). Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma Violence Abuse*, 9(2), 84-99. doi: 10.1177/1524838008314797
- Higginbotham, B. J., Ketring, S. A., Hibbert, J., Wright, D. W., & Guarino, A. (2007). Relationship religiosity, adult attachment styles, and courtship violence experienced by females. *Journal of Family Violence*, 22(2), 55-62. doi:10.1007/s10896-006-9049-8
- Hjemdal, O. K. (2014). Vold mot kvinner – definisjoner, forekomst og risikofaktorer. I K. Narud (Red.), *Vold mot kvinner*. (s. 211-228). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Howard, L. M., Trevillion, K., Khalifeh, H., Woodall, A., Agnew-Davies, R. & Feder, G. (2010). Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and

- interventions. *Psychological Medicine* 40(6), 881–893. doi: 10.1017/S0033291709991589
- Howell, K. H. (2011). Resilience and psychopathology in children exposed to family violence. *Aggression and violent behavior*, 16(6), 562-569. doi:10.1016/j.avb.2011.09.001
- Haaland, T., Clausen, S.-E. & Schei, B. (2005). Vold i parforhold – ulike perspektiver. Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge. (Rapport 2005:3). Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning. Hentet fra <http://www.nibr.no/filer/2005-3.pdf>
- Jasinski, J. L. & Williams, L. M. (1998). *Partner violence. A comprehensive review of 20 years of research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in the stress appraisal process. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action*. (s. 195-213). Washington: DC: Hemisphere.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johnson, M. P. (2006). Conflict and control. Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence against women*, 12(11), 1003-1018. Hentet fra: <http://vaw.sagepub.com/content/12/11/1003.full.pdf>
- Jonassen, W. (2014). Vold mot kvinner – historikk og status. I K. Narud (Red.), *Vold mot kvinner*. (s. 37-52). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Jonassen, W. & Eide, F. (2001). *Den gode vilje. Mishandlede kvinners erfaringer med hjelpeapparatet*. Oslo: NIBR.
- Jonassen, W., Sogn, H., Olsvik, V. M., & Hjemdal, O. K. (2008). *Kunnskap – kvalitet – kapasitet. En nasjonal utredning om krisesentrene kompetanse og tilgjengelighet*. (NKVTS-rapport nr. 2/2008). Hentet fra <https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/kunnskapkvalitetkapasitet2.pdf>
- Justis- og beredskapsdepartementet (2013). *Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/97cdeb59ffd44a9f820d5992d0fab9d5/hplan-2014-2017_et-liv-uten-vold.pdf
- Kantor, G. K. & Jasinski, J. L. (1998). Dynamics and risk factors in partner violence. I J. L. Jasinski & L. M. Williams (Red.), *Partner violence. A comprehensive review of 20 years of research*. (s. 1-43). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kirsebom, B. M. (2012). *Partnervold: Skadelig i flere generasjoner. En sammenligningsstudie av psykiske helseplager hos partnervoldsutsatte kvinner med og uten voldserfaring i egen familie*. (Hovedoppgave). Universitetet i Oslo.

- Kirsebom, B. M., Vatnar, S. K. B. & Bjørkly, S. (2014). Partnervoldserfaringer. Helseplager, skyld, skam og ansvarsattribuering. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 51(11), 951-959. Hentet fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=431687&a=2
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R. & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(2), 339-352. doi:10.1037/0022-006X.71.2.339
- Kong, J., Roh, S., Easton, S. D. Lee, Y.-S. & Lawler, M. J. (2016). A history of childhood maltreatment and intimate partner violence victimization among native american adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 1-23. doi: 10.1177/0886260516632353
- Kuijpers, K. F., van der Knaap, L. M. & Lodewijks, I A. J. (2011). Victims' influence on intimate partner violence revictimization: A systematic review of prospectiv evidence. *Trauma, violence & abuse*, 12(4), 128-219. doi:10.1177/1524838011416378
- Kuijpers, K. F., van der Knaap, L. M. & Winkel, F. W. (2011). Risk of Revictimization of Intimate Partner Violence: The Role of Attachment, Anger and Violent Behavior of the Victim. *Journal of Family Violence*, 27(1), 33-44. doi: 10.1007/s10896-011-9399-8
- Lagdon, S., Armour, C. & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *European journal of psychotraumatology*, 5. doi:10.3402/ejpt.v5.24794.
- Lang, A. J., Stein, M. B., Kennedy, C. M. & Foy, D. W. (2004). Adult Psychopathology and Intimate Partner Violence Among Survivors of Childhood Maltreatment. *Journal of interpersonal violence*, 19(10), 1102-1118. doi: 10.1177/0886260504269090
- Lawrence, E., Yoon, J., Langer, A. & Ro, E. (2009). Is psychological aggression as detrimental as physical aggression? The independent effects of psychological aggression on depression and anxiety symptoms. *Violence and Victims*, 24(1), 20-35. Hentet fra <http://search.proquest.com.ezproxy.hioa.no/docview/208557386?accountid=26439>
- Lawson, J. (2012). Sociological theories of intimate partner violence. *Journal of human behavior in the social environment*, 22(5), 572-590. doi: 10.1080/10911359.2011.598748
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leganger, A., Kraft, P. & Røysamb, E. (2000). Perceived self-efficacy in health behavior research: Conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology and health*, 15(1), 51-69. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hioa.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b5ed9475-d760-4fe0-b9e6-149b2233e652%40sessionmgr110&vid=5&hid=115>
- Liem, J. H. & Boudewyn, A. C. (1999). Contextualizing the effects of childhood sexual abuse on adult self- and social functioning: An attachment theory perspective. *Child abuse & Neglect*, 23(11), 1141-1157. doi:10.1016/S0145-2134(99)00081-2
- Lien, S. & Nørgaard, E. (2006). *Rapportering fra krisesentrene 2005* (Rep. No. 2006/25).

- Oslo- Kongsvinger: Statistics Norway. Hentet fra https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200625/rapp_200625.pdf
- Lund, I. O. (2014). Characteristics of a national sample of victims of intimate partner violence (IPV): Associations between perpetrator substance use and physical IPV. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(3), 261-270, doi:<http://dx.doi.org/10.2478/nsad-2014-0021>
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 139(5), 439-457. Hentet fra <http://search.proquest.com.ezproxy.hioa.no/docview/213828989/fulltextPDF/32686A3AF4534511PQ/1?accountid=26439>
- Magnusson, D. (1981). *Towards a psychology of situations: An interactional perspective*. Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Mahoney, P. & Williams, L. M. (1998). Sexual assault in marriage. Prevalence, consequences and treatment of wife rape. I J. L. Jasinski & L. M. Williams (Red.), *Partner violence. A comprehensive review of 20 years of research*. (s. 113-162). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Meld. St. 15 (2012-2013). (2013). *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-15-20122013/id716442/?ch=1>
- Menjívar, C. & Salcido, O. (2002). Immigrant women and domestic violence: Common experiences in different countries. *Gender and Society*, 16(6), 898-920. doi:10.1177/089124302237894
- Meyer, A., Wagner, B. & Dutton, M. A. (2010). The relationship between battered women's causal attributions for violence and coping efforts. *Journal of interpersonal violence*, 25(5), 900-918. doi:10.1177/0886260509336965
- Mihalic, S. W. & Elliott, D. (1997). A social learning theory model of marital violence. *Journal of family violence*, 12(1), 21-47. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hioa.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=9bfda7f7-e8f1-40b3-9f41-82654f10ae04%40sessionmgr4001&hid=4212>
- Mirrlees-Black, C. (1999). *Domestic violence: Findings from a new British crime survey self-completion questionnaire*. (Home Office Research Study 191). Hentet fra <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110218135832/http://rds.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/hors191.pdf>
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2007). (Red.), *Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole*. (NOVA rapport nr 20/2007). Hentet fra http://www.nova.no/asset/3059/1/3059_1.pdf
- Myhre, M., Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten. En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer*. (Rapport 1/2015). Oslo: Nasjonalt

- kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet fra http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/Vold_voldtekt_i_oppveksten.pdf
- Nerøien, A. S. & Schei, B. (2008). Partner violence and health: Results from the first national study on violence against women in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(2), 161-168. doi: 10.1177/1403494807085188
- Neumayer, S. M., Meyer, M. A. & Sveaass, N. (2008). *Forebygging av vold i oppdragelsen. Samarbeid mellom hjelpeapparat og minoritetsforeldre - en kunnskapsoversikt*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet fra https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/vold_oppdragelseminoriteter2.pdf
- O’Leary, K. D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, 14(1), 3-23. Hentet fra <http://search.proquest.com.ezproxy.hioa.no/docview/208555852/fulltextPDF?accountid=26439>
- Oram, S., Trevillion, K., Feder, G. & Howard, L. M. (2013). Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 202(2), 94-99. doi:10.1192/bjp.bp.112.109934
- Osofsky, J. D. (2003). Prevalence of children’s exposure to domestic violence and child maltreatment: Implications for prevention and intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 161-170. doi:10.1023/A:1024958332093
- Pallant, J. (2010). *SPSS. Survival Manual. A step by step guide to data analysis using SPSS*. (4. utg). Berkshire, England: Open University Press.
- Pape, H. & Stefansen, K. (2004). Vold og krenkelser i parforehold. I H. Pape & K. Stefansen (Red.), *Den skjulte volden? En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep* (s. 49-79) (Rapport 1/2004). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet fra <https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/skjultevolden2.pdf>
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E. & Martinez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women’s mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women’s health*, 15(5), 599-611. doi: 10.1089/jwh.2006.15.599.
- Pinheiro, P.S. (2006). *World report on violence against children*. Geneva: United Nations. Hentet fra <http://www.unicef.org/violencestudy/reports.html>
- Ross, C. E. & Mirowsky, J. (1984). Socially desirable response and acquiescence in a cross-cultural survey of mental health. *Journal of health and social behavior*, 25(2), 189-197. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/2136668>
- RVTS (2011). *Psykisk syke og rusmisbrukende kvinner som brukere av krisesentertilbud. Tiltak 31 i "Vendepunkt" Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2008-2011)*. Hentet 14. April 2016 fra

<http://sor.rvts.no/filestore/Filarkiv/Dokumenter/Publikasjoner/Psykisksykeogrusmisbrukendekvinnerksombrukereavkrisesentertilbud.pdf>

- Rusbult, C. E. & Martz, J. M. (1995). Remaining in an abusive relationship: An investment model analysis of nonvoluntary dependence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(6), 558-571. doi:10.1177/0146167295216002
- Sandanger, I., Moum, T., Ingebrigtsen, G., Dalgard, O. S., Sørensen, T. & Bruusgaard, D. (1998). Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(7), 345-354. Hentet fra <http://search.proquest.com.ezproxy.hioa.no/docview/236183642/C040F4DCD5BE4714PQ/7?accountid=26439>
- Sartin, R. M., Hansen, D. J., & Huss, M. T. (2006). Domestic violence treatment response and recidivism: A review and implications for the study of family violence. *Aggression and Violent Behavior*, 11(5), 425-440. doi:10.1016/j.avb.2005.12.002.
- Schwarzer, R. (2014). *Everything you wanted to know about the General Self-Efficacy Scale but were afraid to ask*. Hentet 30. April 2016 fra http://userpage.fu-berlin.de/%7Ehealth/faq_gse.pdf
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freien Universität Berlin.
- Sentio Research Norge (2015). *Rapportering fra krisesentertilbudene 2014*. Hentet fra http://www.buudir.no/Global/Rapportering_fra_krisesentertilbudene_2014.pdf
- Slep, A. M. S. & Heyman, R. E. (2001). Where do we go from here? Moving toward an integrated approach to family violence. *Aggression and Violent Behavior*, 6(2-3), 353-356. doi:10.1016/S1359-1789(00)00028-8
- Sommerfeldt, M. B., Hauge, M.-I. & Øverlien, C. (2014). *Minoritetsetniske barn og unge og vold i hjemmet. Utsatthet og sosialfaglig arbeid*. (Rapport 3/2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet fra <https://www.nkvts.no/rapport/minoritetsetniske-barn-og-unge-og-vold-i-hjemmet-utsatthet-og-sosialfaglig-arbeid/>
- Sonkin, D. J. & Dutton, D. (2003). Treating Assaultive Men from an Attachment Perspective, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 7(1-2), 105-133. doi:10.1300/J146v07n01_06
- Statistisk sentralbyrå (1995). *Levekårsundersøkelsen 1995*. Hentet fra https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_c301.pdf
- Stefansen, K. Pape, H. & Hjemdal, O. K. (2004). Kontakt med politi, fagfolk og hjelpeinstanser. I H. Pape & K. Stefansen (Red.), *Den skjulte volden? En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep* (s. 11-118) (Rapport 1/2004). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet fra <https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/skjultevolden2.pdf>

- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K. & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113-118. doi:10.1080/08039480310000932
- Straus, M. A. (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and Family*, 41(1), 75-88. Hentet fra <http://www.jstor.org.ezproxy.hioa.no/stable/pdf/351733.pdf?acceptTC=true>
- Straus, M. A., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS-2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316. doi: 10.1177/019251396017003001
- Sørbø, M. F. (2014). Helsekonsekvenser av vold mot kvinner. I K. Narud (Red.), *Vold mot kvinner*. (s. 211-228). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Testa, M., Kubiak, A., Quigley, B. M., Houston, R. J., Derrick, J. L., Levitt, A., Homish, G. & Leonard, K. (2012). Husband and wife alcohol use as independent or interactive predictors of intimate partner violence. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 73(2), 268-276.
- Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (Red.). (2014). *Vold og voldtekt i Norge En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. (Rapport 1/2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet fra http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/Vold_og_voldtekt_i_Norge.pdf
- Thoresen, S., Myhre, M., Wentzel-Larsen, T., Aakvaag, H. F. & Hjemdal O. (2015). Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 1-12. doi:10.3402/ejpt.v6.26259
- van der Weele, J., Ansar, N. & Castro, Y (2011). Møte med foreldre som bruker oppdragervold – erfaringer fra arbeid med minoritetsforeldre. I U. Heltne & P. Ø. Steinsvåg (red.). *Barn som lever med vold i familien. Grunnlag for beskyttelse og hjelp* (s. 120-136). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vatnar, S. K. B. (2004). Partnervold og kvinnemishandling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 41(12), 969-970. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2004/969-970.pdf>
- Vatnar, S. K. B. (2008). *An interactional perspective on help-seeking women subject to intimate partner violence* (Doktoravhandling). Centre for research and education in forensic psychiatry, Ullevål University Hospital, University of Oslo.
- Vatnar, S. K. B. (2015). *Partnerdrap i Norge 1990-2012. En mixed methods studie av risikofaktorer for partnerdrap*. Oslo: Oslo Universitetssykehus, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst.

- Vatnar, S. K. B. & Bjørkly, S. (2008). An interactional perspective of intimate partner violence: An in-depth semi-structured interview of a representative sample of help-seeking women. *Journal of Family Violence*, 23(4), 265-279. doi:10.1007/s10896-007-9150-7.
- Vatnar, S. K. B. & Bjørkly, S. (2009). Interactional Aspects of Intimate Partner Violence Result in Different Help-Seeking Behaviors in a Representative Sample of Women. *Journal of Family Violence*, 24(4), 231-241. doi:10.1007/s10896-009-9224-9.
- Vatnar, S. K. B. & Bjørkly, S. (2010a). An Interactional Perspective on the Relationship of Immigration to Intimate Partner Violence in a Representative Sample of Help-Seeking Women. *Journal of interpersonal violence*, 25(10), 1815-1835. doi: 10.1177/0886260509354511
- Vatnar, S. K. B. & Bjørkly, S. (2010b). Does it make any difference if she is a mother? An interactional perspective on intimate partner violence with focus on motherhood and pregnancy. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(1), 94-110. doi:10.1177/0886260508329129
- Vatnar, S. K. B. & Bjørkly, S. (2011). Victim of and witness to violence: An interactional perspective on Mothers' perceptions of children exposed to intimate partner violence. *Violence and Victims*, 26(6), 830-852. Hentet fra <http://search.proquest.com/docview/927983643?accountid=26439>
- Vatnar, S. K. B. & Bjørkly, S. (2012). Does separation or divorce make any difference? An interactional perspective on intimate partner violence with focus on marital status. *Journal of Family Violence*, 27(1), 45-54. doi:10.1007/s10896-011-9400-6
- Vatnar, S. K. B. & Bjørkly, S. (2013) Lethal Intimate Partner Violence: An Interactional Perspective on Women's Perceptions of Lethal Incidents. *Violence & Victims*, 28(5), 772-789. Hentet fra <http://search.proquest.com.ezproxy.hioa.no/docview/1459225424?accountid=26439>
- Vatnar, S. K. B. & Bjørkly, S. (2014) An interactional perspective on coping with intimate partner violence: Counterattack, call for help, or give in and obey him?, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(9), 881-900, doi:10.1080/10926771.2014.953716
- Vatnar, S. K. B. (2015). *Partnerdrap i Norge 1990-2012. En mixed methods studie av risikofaktorer for partnerdrap*. (Rapport nr. 1/2015). Oslo: Oslo Universitetspsykehus.
- Waldrop, A. E. & Resick, P. A. (2004). Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of family violence*, 19(5), 291-302. doi: 10.1023/B:JOFV.0000042079.91846.68
- Walsh, C., MacMillan, H. L. & Jamieson, E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect*, 27(12), 1409-1426. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.07.002

- Waltermauer, E. M., Ortega, C. A. & McNutt, L.-A. (2003). Issues in estimating the prevalence of intimate partner violence assessing the impact of abuse status on participation bias. *Journal of interpersonal violence*, 18(9), 959-974. doi:10.1177/0886260503255283
- Whitfield, C. L., Anda, R. F., Dube, S. R. & Felitti, V. J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults. Assessment in a large health maintenance organization. *Journal of interpersonal violence*, 18(2), 166-185. doi:10.1177/0886260502238733
- Williams, L. M. (1995). Recovered memories of abuse in women with documented child sexual victimization histories. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 649-673. doi:10.1007/BF02102893
- Winstok, Z. (2007). Toward an interactional perspective on intimate partner violence. *Aggression and violent behavior*, 12(3), 348-363. doi:10.1017/j.avb.2006.12.001
- Wong, J. & Mellor, D. (2014). Intimate partner violence and women's health and wellbeing: Impacts, risk factors and responses. *Contemporary Nurse*, 46(2), 170-179. doi:10.5172/conu.2014.46.2.170
- Yoshihama, M. & Gillespi, B. W. (2002). Age Adjustment and recall bias in the analysis of domestic violence data: Methodological improvements through the application of survival analysis methods. *Journal of family violence*, 17(3), 199-221. doi: 10.1023/A:1016001211182
- Yoshihama M. & Sorenson S.B. (1994). Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experiences of women in Japan. *Violence and Victims* 9(1), 63-77. Hentet fra <http://search.proquest.com.ezproxy.hioa.no/docview/208555272?accountid=26439>
- Østby, L. (2006). Hvor stor innvandrerbefolkning har egentlig Norge? *Samfunnsspeilet*, 4, 52-61. Hentet fra: <http://www.ssb.no/a/samfunnsspeilet/utg/200604/ssp.pdf>
- Øverlien, C. (2010). Children exposed to domestic violence. Conclusions from the literature and challenges ahead. *Journal of Social Work*, 10(1), 80-97. doi:10.1177/1468017309350663
- Øverlien, C. (2012). *Vold i hjemmet - barns strategier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1: Dokumentasjon av litteratursøk

Database/ressurs	Dato for søk	Søkehistorie	Avgrensinger	Resultat
Regjeringen.no	25.08.15	#1 Partnervold #2 Vold i nære relasjoner	Søk i NOU-er, Meldinger og Planer	
PsycINFO	11.09.15	#1 Intimate partner violence and interactional or interactionist #2 Intimate partner violence or partner abuse or domestic violence and theories or etiology		21 298
Academic Search Premier	11.09.15	#1 Intimate partner violence and interactional		12
Norart	15.09.15	#1 Partnervold		
Psycinfo	01.10.15	#1 Intimate partner violence or partner abuse and mental health #2 Psychological violence or emotional abuse and intimate partner violence or partner abuse or domestic violence and mental health		304 34
PsycINFO	14.10.15	Risk factors and intimate partner violence or partner abuse or domestic violence or		938
PsycINFO	25.02.16	Coping behavior and Intimate partner violence		317

		or partner abuse or domestic violence		
PsycINFO	07.03.16	Intimate partner violence or partner abuse or domestic violence and childhood victimization or child abuse or witnessing intimate partner violence		1517
PsycINFO	07.03.16	Intimate partner violence or partner abuse or domestic violence and mental health		315
PsycINFO	24.03.16	Attachment behavior or attachment theory and intimate partner violence		66
	24.03.16	Attachment behavior or attachment theory and intimate partner violence and revictimization		2
PsycInfo	25.03.16	Insecure attachment and intimate partner violence	Fagfelleverderte tidsskrifter	11
PsycInfo	15.04.16	Intimate partner violence and dose-response	Fagfelleverderte tidsskrifter	13