

A FIZIKAILAG BÁNTALMAZOTT NŐK

ta, citation and similar papers at core.ac.uk

brought to you

provided by Repository of the A

GYÖRFFY ZSUZSA* – SÁNDOR IMOLA –
CSOBOTH CSILLA – KOPP MÁRIA

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2010. március 17.; elfogadva: 2010. szeptember 19.)

Célkitűzés: A fizikai bántalmazás hatása a test-lelki egészségre jól ismert, azonban a bántalmazás és a reprodukciós zavarok előfordulása a kevésbé vizsgált területek közé tartozik. Jelen kutatásunk célkitűzése, hogy a fizikai bántalmazás és öt reprodukciós zavar (spontán vetélés, veszélyeztetett terhesség, meddőség, művi abortusz, fájdalmas menstruáció) összefüggéseit feltárja.

Módszerek: Keresztmetszeti elemzéseink mintáját a Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés női tagjai szolgáltatták (N = 6987).

Eredmények: Mintánk közel 10%-a számolt be a partner/szülő, illetve más fontos személy általi fizikai bántalmazásról. Megállapítottuk, hogy a bántalmazott nők esetében a reprodukciós zavarok prevalenciája magasabb, mint a nem bántalmazott nőknél. A partner általi bántalmazott nők esetében a spontán vetélés, a veszélyeztetett terhesség, a meddőség, a művi abortusz, valamint a fájdalmas menstruáció mutatott szignifikáns kapcsolatot a fizikai bántalmazás tényével. A szülő által bántalmazottak esetében a spontán vetélés, a veszélyeztetett terhesség, a művi abortusz, valamint a fájdalmas menstruáció mutatott szignifikáns kapcsolatot. A kapott eredmények többváltozós modellben való értelmezése azt mutatta, hogy a bántalmazás a reprodukciós zavarok – egyéb változóktól (életkor, iskolai végzettség, dohányzás, BMI, korábbi művi abortuszok, nőgyógyászati problémák) független – meghatározó rizikótényezője.

Következtetések: Eredményeink felhívják a figyelmet arra, hogy a fizikai bántalmazás jelentős hatással lehet a reprodukciós zavarok kialakulására és/vagy fenntartására. A fizikai bántalmazás és a reprodukciós zavarok közötti kapcsolat pontosabb megismeréséhez további vizsgálatok szükségesek.

Kulcsszavak: fizikai bántalmazás, női reprodukciós zavarok

* Levelező szerző: dr. Gyórfly Zsuzsa, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail: gyorzsu@net.sote.hu

1. BEVEZETÉS

A nők elleni fizikai, szexuális és pszichés erőszak világjelenség. A nemzetközi adatok azt mutatják, hogy a nők mintegy 10%-a válik áldozattá családtagok vagy idegenek részéről (Porcerelli, 2003; Wijma és mtsai, 2007); valamint, hogy kultúrától függően a nők 10–69%-át valamikor élete során bántalmazta a partnere (Csoboth, 2006). Fontos megjegyeznünk, hogy a nemzetközi vizsgálatok összehasonlíthatósága gyakran problematikus az eltérő kérdésfeltevések, megfogalmazások, kutatási módszerek – és nem utolsósorban az eltérő kulturális sémák, az erőszakhoz való eltérő viszony miatt. A nemzetközi adatok országonként, sőt egy-egy országon belül is igen változatos képet mutatnak. Azoknak a nőknek az aránya, akiket valaha is bántalmazott valamelyik partnerük, a 10 százalékos értéktől (Paraguay) a 69 százalékos értékig (Nicaragua) terjednek. A nyugat-európai és észak-amerikai adatok 10–20 százalék közöttiek. A megismételt vizsgálatok azt mutatják, hogy az utóbbi országokban az elmúlt húsz év során csökkent az erőszakot elszenvedett nők aránya (WHO, 2008).

Közismert, ma is élő közmondás, hogy „A pénz számolva, az asszony verve jó”, ami az asszonyverés tradicionális elfogadottságára utal (Tóth, 1999). Mindehhez hozzájárul az is, hogy ma még Magyarországon is széles körben elfogadott nevelési eszköz a gyerek verése. A TÁRKI felmérése szerint (Tóth, 1999) a 8 osztálynál kevesebbet végeztek 90 százaléka, az egyetemet végezettek 67 százaléka tartja a pofozást szülői jognak. A házasságon belüli fizikai bántalmazást kevésbé tartják elítélendőnek, mint például az ittas vezetést. Jellemző a tanult minták átörökítése is: a rendszeresen megvert gyerek maga is sok esetben válik bántalmazóvá (McCord, 1983; O’Leary és mtsai, 2007; Sellers és mtsai, 2005; Singh, 2009). Fontos adalék a gyermekbántalmazáshoz, hogy számos kutatás szerint a gyermeket legalább az esetek felében az anya bántalmazza, ami súlyosságában nem marad alatta az apa általi bántalmazásnak (Tóth, 1999).

A Jobb Egészséget a Nőknek felmérés (1998) adatai azt mutatják, hogy a fiatal nők 31%-át bántalmazták valamilyen formában, 23%-ukat valamilyen fontos személy, 7,4%-ukat pedig partnere bántalmazta élete során (Kopp és mtsai, 1999). A felmérést megelőző évben a fiatal nők 12,7%-át bántalmazták, míg szexuális aktivitásra a nők 2%-a volt kényszerítve. A bántalmazás gyakrabban fordult elő olyan nőknél, akiknek alacsonyabb volt az iskolai végzettségük, és akik másokhoz viszonyítva rosszabbnak ítélték meg anyagi helyzetüket. A nem adaptív megküzdési stratégiák, mint pl. a dohányzás, alkoholfogyasztás gyakrabban fordultak elő a bántalmazott nők körében.

A nők elleni házasságon belüli erőszak tárgyalása során a szakirodalom megkülönbözteti egymástól a fizikai bántalmazást, a lelki, pszichikai erőszakot és a szexuális erőszakot. A bántalmazás ugyanakkor még szélesebb spektrumú jelenség: megkülönböztethető a házastársak (élettársak) közötti bántalmazás, a gyermekbántalmazás, továbbá a gyermekek esetében a szexuális abúzus, a fizikai bántalmazás, az elhanyagolás, valamint az úgynevezett pszichés vagy érzelmi elhanyagolás, illetve bántalmazás. Az amerikai mentális betegségeosztályozási rendszer (DSM-IV) felosztásában az ún. klinikai figyelmet igénylő állapotok között kap helyet a „visszaélés és az elhanyagolás”, melynek középpontjában egy személy másik személlyel szembeni rossz bánásmódja áll (Hajnal és Bagdy, 2005).

A bántalmazás egészségre ható következményei jelentősek: a bántalmazás valamennyi formája szoros kapcsolatban áll a szomatikus és a pszichés zavarokkal és az életminőség alakulásával (Dichinson és mtsai, 1999; Hilden és mtsai, 2004). A pszichés zavarok közül kiemelendők az alacsony önértékelés, a szorongásos tünetek, a depresszió, az öngyilkossági gondolatok és kísérletek, az impulzuskontroll- és evészavarok (Allison és mtsai, 2007). A bántalmazás főbb egészségi következményei között tartjuk számon a depresszió, a krónikusfájdalom-szindróma és a különböző pszichoszomatikus megbetegedések megjelenését (Coker és mtsai, 2000; Downs és mtsai, 2006; Sachs-Ericsson és mtsai, 2007). Számos kutatás kiemeli a szomatizáció és az inadaptív coping stratégiák jelenlétét (Kirkhengen és mtsai, 1993). A pszichoszomatikus zavarok közül a nemzetközi szakirodalom az irritábilisbél-szindrómát, az emésztési zavarokat, a krónikus fejfájást és az általános fájdalom-szindrómát említi, mint a bántalmazás lehetséges következményeit (Coker és mtsai, 2000; Drosman és mtsai, 1996; Romans és mtsai, 2002; Walsh és mtsai, 2007).

A reprodukciós zavarok meglétét is kapcsolatba hozták a bántalmazás jelenségével, az ezzel összefüggő vizsgálatok száma azonban igen alacsony. A nemzetközi vizsgálatok szoros korrelációt állapítottak meg a bántalmazás és a szexuális úton terjedő betegségek, valamint a művi abortuszok között (Eby és mtsai, 1995; Györffy és mtsai, 2004; Johnson és Hellerstedt, 2002; Martin, 1999; McMahon és mtsai, 2000; Ney és Wickett, 1993; Wu és mtsai, 2006). Pallitto és munkatársai (2005) a művi abortuszok magasabb előfordulásáról számolnak be fizikai bántalmazások esetében. Fontos megállapításuk, hogy azok a nők, akiket bántalmaz a partnerük, kétszer olyan nagy valószínűséggel esnek teherbe akarataikon kívül, illetve hogy ezen nők körében a művi abortuszok és a többszörös művi abortuszok száma magasabb. A kutatások más csoportja felhívja a figyelmet a bántalmazás és a premenstruációs szindróma kapcsolatára (Golding és mtsai, 2000).

Morland és munkatársai (2008), illetve Boyles és munkatársai (2000) kimutatták, hogy a spontán vetélések és a fizikai bántalmazás is szoros összefüggést mutatnak.

Jelen tanulmányunkban a nők elleni fizikai bántalmazás partner, illetve szülő/rokon által gyakorolt formájának a reprodukciós zavarokkal való lehetséges összefüggéseit elemezzük. Kutatásunk feltáró jellegű, amelyben célul tűztük ki, hogy megvizsgáljuk a spontán vetélések, a veszélyeztetett terhességek, a menstruációs fájdalmak és a művi abortuszok prevalenciáját a fizikai bántalmazáson átesett nők körében. Feltételezzük, hogy mind a fizikai abúzus partner általi formája, mind pedig a szülők/rokonok által megvalósult formája jelentős hatással bír a későbbi reprodukciós zavarok kialakulására. Tudomásunk szerint nem született még olyan vizsgálat, melyben a reprodukciós zavarok ötfajta tényezőjét egyidejűleg elemezték volna a fizikai bántalmazás összefüggésében, így vizsgálatunk ezen aspektusa újszerűnek tekinthető.

2. MÓDSZER

2.1. Minta és eljárás

Vizsgálatunk mintáját a Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés képezi (Rózsa és mtsai, 2003). E felmérés keretében 2002-ben a Magyar Védőnői Hálózat munkatársai 12 668 személyt kerestek meg otthonukban, és kikérdezték őket demográfiai jellemzőikről, testi és pszichés egészségükről, pszichoszociális védő- és kockázati tényezőikről. A minta korra, nemre és kistérségre vonatkozóan reprezentálta Magyarország felnőtt lakosságát. A válaszadási ráta a teljes minta esetében közel 83%-os volt.

Jelen vizsgálatunk mintáját a Hungarostudy 2002 felmérés női válaszadói szolgáltatták (N = 6987). A bántalmazás megtörténtét két eldöntendő kérdéssel vizsgáltuk, ezek a következőképpen szerepeltek a kérdőívben: „Élete során előfordult, hogy partnere testileg bántalmazta?”, illetve: „Élete során előfordult, hogy más fontos személy (szülő, rokon) testileg bántalmazta?” A reprodukciós zavarokat az alábbi kérdésekkel vizsgáltuk: (1) „Állt-e élete során kezelés alatt spontán vetelés miatt?”; (2) „Állt-e élete során kezelés alatt veszélyeztetett terhesség miatt?”; (3) „Állt-e élete során kezelés alatt meddőség miatt?”; (4) „Menstruációs fájdalmak korlátozzák-e mindennapi tevékenységeiben?”; (5) „Hányszor volt művi abortusza?” Az első négy kérdés eldöntendő volt, az utolsóra pedig egy számmal felelhetek a megkérdezettek.

A többváltozós elemzés során a következő kontrollváltozókat használtuk. Az életkort folytonos változóként vettük figyelembe, az iskolai végzettséget kétkategóriás változóként szerepeltettük: érettségivel nem rendelkezők, valamint érettségizettek és diplomások. A dohányzást szintén kétkategóriás változóként használtuk: akik jelenleg nem dohányoznak, illetve akik a megkérdezés idején dohányoztak. A testtömegindexet a testsúlyból és a magasságból számítottuk: testsúly (kg)/magasság (m)². Megkülönböztettük továbbá azokat a nőket, akiknek van gyerekük, és azokat, akiknek nincs. Ugyancsak kétkategóriás változóként szerepeltettük a nőgyógyászati betegségek meglétét.

2.2. Statisztikai elemzések

Első lépésként a bántalmazott minta és a kontrollcsoport összehasonlítását tettük meg, ahol a folytonos változók esetében átlagokat, míg a diszkrét változók között gyakoriságokat vizsgáltunk. A vizsgált változók közötti százalékos eltéréseket is jeleztük. A változók típusa szerint független-mintás t-próbát, Mann-Whitney-féle U-tesztet, illetve Khi-négyzet-próbát alkalmaztunk.

A második lépésben a reprodukciós zavarok és a bántalmazás kapcsolatát vizsgáltuk, először a potenciális kovariánsoktól függetlenül. Számos esetben esélyhányadosokat (odds ratio) és 95%-os konfidenciaintervallumokat számítottunk. A harmadik lépésben bináris logisztikus regresszióval elemeztük a bántalmazott mintában megjelenő reprodukciós zavarok és a háttértényezők kapcsolatát. A többváltozós elemzésekben az életkor, az iskolai végzettség, a dohányzás, a testtömegindex, a szülés, a korábbi művi abortusz és a korábbi nőgyógyászati betegség miatti kezelés szerepeltek mint kontrollváltozók. Az adatok statisztikai elemzése az SPSS 13.0 programmal történt. Analíziseinkben a $p = 0,05$ -ös szignifikanciaszintet használtuk.

3. EREDMÉNYEK

A bántalmazásra vonatkozó kérdések alapján megállapítottuk, hogy a minta közel 10%-át érintette a fizikai abúzus valamilyen formája (1. táblázat).

1. táblázat. A fizikai bántalmazáson átesett nők aránya a vizsgált mintában

Vizsgált változó	Nem % (N)	Igen % (N)
„Élete során előfordult, hogy partnere testileg bántalmazta?”	91,1 (5946)	8,9 (583)
„Élete során előfordult, hogy más fontos személy (szülő, rokon) testileg bántalmazta?”	89,7 (5906)	10,3 (679)

2. táblázat. Partner által bántalmazottak, illetve nem bántalmazottak összehasonlítása

Változók	Partner által bántalmazottak, % (N = 583)	Partner által nem bántalmazottak, % (N = 5946)	p*
Iskolai végzettség			< 0,001
Kevesebb, mint érettségi	62,4 (361)	55,1 (3032)	
Érettségi, főiskola, egyetem	37,6 (222)	44,9 (2914)	
Családi állapot			< 0,001
Partnerrel él	31,6 (180)	64,9 (3858)	
Egyedül él	68,4 (400)	35,1 (2358)	
Gyermekek száma			< 0,001
0	29 (169)	20,9 (1242)	
1	20,1 (117)	22,2 (1320)	
2	29,5 (171)	39,4 (2342)	
3 vagy annál több	21,4 (124)	17,6 (1046)	
Állami gondozott volt	2,7 (15)	1,1 (65)	< 0,001
1 éves kor előtt tartós távollét a családtól	4,2 (24)	3 (178)	0,037
Szülők válása	16,6 (96)	11,6 (689)	< 0,001
Szociális helyzete miatt hátrányos helyzetbe került			< 0,001
Nem jellemző	69,3 (404)	82,2 (4887)	
Jellemző	30,7 (179)	17,8 (1059)	
Spontán vetélés	13,3 (125)	10,9 (595)	0,034
Veszélyeztetett terhesség	15,1 (142)	11,9 (652)	0,007
Meddőség	3 (28)	1,8 (97)	0,020
Művi abortusz	33 (302)	21,7 (1211)	< 0,001
Fájdalmas menstruáció	16,4 (139)	12,2 (639)	0,001

* A p-érték folytonos változók esetében a független-mintás t-tesztnek vagy a Mann-féle U-próbának, kategoriális változók esetében a Khi-négyzet-próbának megfelelő szignifikanciaértéket jelöli.

3. táblázat. Szülő, rokon által bántalmazottak, illetve nem bántalmazottak összehasonlítása

Változók	Szülő, rokon által bántalmazottak, % (N=679)	Szülő, rokon által nem bántalmazottak, % (N=5906)	p*
Családi állapot			< 0,001
Partnerrel él	51,1 (346)	62,8 (3708)	
Egyedül él	48,9 (332)	37,2 (2198)	
Gyermekek száma			< 0,001
0	24,9 (169)	21,2 (1252)	
1	21,1 (143)	22,1 (1305)	
2	34,1 (231)	39 (2303)	
3 vagy 3-nál több	19,8 (134)	17,7 (1045)	
Állami gondozott volt	2,8 (19)	1 (59)	< 0,001
1 éves kor előtt tartós távollét a családtól	5,1 (34)	2,8 (165)	< 0,001
Szülők válása	17,9 (121)	11 (649)	< 0,001
Szociális helyzete miatt hátrányos helyzetbe került			< 0,001
Nem jellemző	71,2 (483)	82,5 (4872)	
Jellemző	28,8 (196)	17,5 (1034)	
Spontán vetélés	13,3 (131)	10,9 (589)	0,033
Veszélyeztetett terhesség	16 (158)	11,8 (636)	0,005
Meddőség	2,4 (24)	1,9 (101)	NS
Művi abortusz	28,9 (278)	22,3 (1235)	< 0,001
Fájdalmas menstruáció	17,6 (159)	12 (619)	< 0,001

* A p-érték folytonos változók esetében a független-mintás t-tesztnek vagy a Mann-féle U-próbának, kategoriális változók esetében a Khi-négyzet-próbának megfelelő szignifikanciaértéket jelöli.

A partner által bántalmazott és a szülő/rokon által bántalmazott nők, valamint a nem bántalmazottak összehasonlító adatait a 2. és 3. táblázat mutatja. A partnerük által bántalmazott nők alacsonyabb iskolai végzettségűek, nagyobb arányban elváltak/egyedülállóak, és több gyermekük van, mint nem bántalmazott társaiknak. A partner által bántalmazott nők szignifikánsan rosszabb anyagi helyzetről számoltak be. Ugyancsak szignifikánsan jellemzőbb rájuk a gyermekkori traumatizáltság: a partner által bántalmazott nőkre jellemzőbb az állami gondozottság, illetve az egyéves kor előtti tartós távollét a családtól. Megfigyelhető továbbá az is, hogy a partner által bántalmazott nők esetében gyakoribb a szülők válása.

A szülő/rokon által bántalmazott csoport esetében az iskolai végzettség alapján nem találtunk különbséget a nem bántalmazottakhoz képest. Azonban szignifikánsan nagyobb arányúnak mutatkozott a szülő/rokon által bántalmazottak esetében az elváltak és az egyedül élők aránya, illetve a bántalmazott nők több gyermekkel rendelkeztek. Mind az állami gondozottság, mind az egyéves kor előtti tartós távollét, mind a szülők válása szignifikánsan jellemzőbbnek mutatkozott a bántalmazott csoportban. Ugyancsak jellemző volt az is, hogy a bántalmazott nők anyagi nehézségekről számoltak be.

A következő lépésben megvizsgáltuk a partner általi, illetve a szülő/rokon általi bántalmazás hatását a reprodukciós zavarokra. Eredményeink szerint a partner általi bántalmazás és a spontán vetélés, a veszélyeztetett terhesség, a meddőség, a művi abortusz és a dysmenorrhoea (fájdalmas menstruáció) között szignifikáns összefüggés áll fenn. A szülő/rokon által bántalmazottak esetében a spontán vetélés, a veszélyeztetett terhesség, a művi abortusz és a dysmenorrhoea (fájdalmas menstruáció) mutatott szignifikáns kapcsolatot (3–4. táblázat).

A 4. és az 5. táblázatban a bináris logisztikus regresszióanalízisek eredményeit mutatjuk be, melynek segítségével a bántalmazás és a reprodukciós zavarok közti kapcsolatot vizsgáltuk. Ha a logisztikus regresszióban, mint kontrollváltozókat szerepeltettük az életkort, a dohányzást, a testtömegindexet, a korábbi szülést, a korábbi művi abortuszt és a korábbi nőgyógyászati betegség miatti kezelést, akkor eredményeink szerint a partner által bántalmazottak esetében a meddőség, a művi abortuszok, illetve a fájdalmas menstruáció esetében a bántalmazás a kontrollváltozóktól független jelentős magyarázó tényezőnek bizonyult. A szülő/

4. táblázat: A reprodukciós zavarok és a partner általi bántalmazás közötti kapcsolat

Függő változók	Esélyhányados és 95%-os konfidenciaintervallum egyváltozós elemzés esetén	Esélyhányados és 95%-os konfidenciaintervallum többváltozós elemzés esetén ⁺
Spontán vetélés	1,256 (1,021–1,544)*	NS
Veszélyeztetett terhesség	1,316 (1,082–1,602)*	NS
Meddőség	1,707 (1,114–2,614)*	1,824 (1,156–2,876)*
Művi abortusz	1,778 (1,528–2,070)***	1,689 (1,433–1,991)***
Fájdalmas menstruáció	1,409 (1,153–1,720)**	1,360 (1,088–1,700)**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; NS: nem szignifikáns

+A többváltozós elemzésekben az életkor, az iskolai végzettség, a dohányzás, a testtömegindex, a korábbi szülés, a nőgyógyászati betegség megléte, illetve a művi abortuszok szerepeltek kontrollváltozókként.

5. táblázat: A reprodukciós zavarok és a szülő/rokon általi bántalmazás közötti kapcsolat

Függő változók	Esélyhányados és 95%-os konfidenciaintervallum egyváltozós elemzés esetén	Esélyhányados és 95%-os konfidenciaintervallum többváltozós elemzés esetén ⁺
Spontán vetélés	1,252 (1,022–1,533)*	NS
Veszélyeztetett terhesség	1,428 (1,182–1,725)***	1,365 (1,116–1,7669)***
Meddőség	NS	NS
Művi abortusz	1,412 (1,212–1,646)***	1,336 (1,137–1,570)***
Fájdalmas menstruáció	1,570 (1,298–1,900)***	1,369 (1,112–1,686)***

* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$; NS: nem szignifikáns

+ A többváltozós elemzésekben az életkor, az iskolai végzettség, a dohányzás, a testtömeg-index, a korábbi szülés, a nőgyógyászati betegség megléte, illetve a művi abortuszok szerepeltek kontrollváltozókként.

rokonok által bántalmazottak esetében a veszélyeztetett terhesség, a művi abortuszok és a fájdalmas menstruáció a kontrollváltozóktól független további jelentős magyarázó tényező.

4. MEGBESZÉLÉS

A fizikai bántalmazás jelentős hatással van a nők fizikai egészségére is (Bonomi és mtsai, 2006; Eberhard-Gran és mtsai, 2007). Jelen kutatásunkban azt a célt tűztük ki, hogy megvizsgáljuk, milyen összefüggés állapítható meg a fizikai bántalmazás és ötfajta reprodukciós zavar között. Feltételeztük, hogy mind a fizikai abúzus partner általi formája, mind pedig a szülők/rokonok által megvalósult formája jelentős hatással bír a későbbi reprodukciós zavarok kialakulására (Plichta és Abraham, 1996).

A nemzetközi adatokkal összhangban (Porcerelli, 2003; Wijma és mtsai, 2007) megállapítható, hogy a magyar nők közel 10%-át érinti a bántalmazás jelensége. Ugyancsak egybevágg a nemzetközi tendenciákkal, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségű, elvált, többgyermekes nőket érinti inkább a partner általi fizikai bántalmazás (Snow, 1999).

A partner, illetve a szülő/rokon általi erőszak etiológiájában több hipotézis fogalmazható meg. A *szociális tanuláselmélet* (social learning theory) érvelése szerint az ember a saját, „gyermekkori” családjában tanulja meg, hogyan „kell” viselkedni egy férjnek, feleségnek vagy éppen gyereknek. Az, akit gyerekkorában vertek a szülei, illetve tanúja volt annak, hogy szülei konfliktusaikat erőszakkal intézték el, maga is megtanulja ezt a viselkedést, és egyúttal a viselkedés igazolását is. Így felnőtt korában

maga is az átlagnál nagyobb eséllyel kerül bántalmazó kapcsolatba, akár férfi, akár nő az illető. Ezek szerint a családon belüli erőszak transzgenerációs átörökítése kimutatható, és a mindig újratermelő erőszak visszavezethető az elkövetők és áldozatok gyerekkori tapasztalataira. A *szociális helyzet és megküzdési képesség elmélete* (social situation/stress and coping theory) szerint a családon belüli erőszakot két fő tényező okozza. Egyrészt az, hogy a családban olyan, elsősorban a szociális, anyagi helyzettel kapcsolatos stresszhelyzet alakul ki, amelyre nincs a családtagoknak megfelelő megküzdési stratégiájuk. Tipikus példa az alacsony jövedelem, a szegénység, ami, ha látszólag megoldhatatlan helyzetet teremt, kiváltja az erőszakot. Másrészt ezt erősítik a kulturális normák: az egyén egy erőszakra épülő, illetve erőszakos normákat sugalló társadalomban megtanulja, hogy a konfliktusok leghatékonyabb megoldási eszköze maga az erőszak. Az *erőforráselmélet* (resource theory) szerint valamennyi társadalmi intézmény, így a család is tartalmazza a tényleges erőszak, kényszer vagy legalább az erőszakkal való fenyegetés bizonyos fokát. Minél több (szociális, anyagi, személyes) erőforrással rendelkezik valaki, annál inkább keresztül tudja vinni akaratát a csoporton belül. Ha valaki nyilvánvalóan és láthatóan sok erőforrással rendelkezik, kevésbé szorul rá arra, hogy az erőszakot nyíltan alkalmazza, dominanciáját így is elfogadják a többiek. Ha azonban például egy férjnek alacsony az iskolázottsága, nem keres eleget, nincsenek olyan képességei, hogy tekintélyt érjen el családjában, „kénytelen” az erőszakhoz folyamodni, hogy domináns szerepét fenntarthassa. A *csereelmélet* (exchange/social control theory) a költség-haszon dimenzióban magyarázza az erőszakot. Eszerint, ha nagyobb a „jutalom” a partner bántalmazása esetén, mint amekkora a „ráfordítás”, akkor „megéri” ehhez a viselkedéshez folyamodni. Ha tehát az erőszakos viselkedés kulturális elfogadottsága, esetleg támogatottsága nagy, viszont a várható büntetés, egyáltalán a felelősségre vonás veszélye kicsi, az emberek egy része ehhez a viselkedéshez folyamodik. A *patriarchátuselmélet* (patriarchy theory) a férfiak hagyományos, családon belüli patriarchális uralmával és a nők alárendelt szerepével magyarázza a családon belüli erőszakot. Ebben a megközelítésben az erőszak kifejezetten hatalmi kérdés, hiszen a családban a nők másodrendű szerepe mintegy előhívja az erőszakot. Az elmélet szerint tehát nem egyéni vagy az adott család működésében rejlő okok, hanem maga a társadalom tartja fenn és termeli újra a családon belüli erőszakot.

A fizikai bántalmazás és a különböző reprodukciós zavarok kapcsolatát Campbell (2002), Hedin és Janson (2000), John és munkatársai (2004), Silvermen és munkatársai (2007), valamint Coker (2007) vizsgálták. Eredményeikkel összhangban vizsgálatunkban is több fontos összefüggés ki-

rajzolódt a fizikai bántalmazás és a reprodukciós zavarok között. Az általunk vizsgált öt reprodukciós zavar (spontán vetélés, veszélyeztetett terhesség, meddőség, művi abortusz és menstruációs fájdalmak) szignifikáns összefüggést mutatott a fizikai bántalmazások meglétével. A reprodukciós zavarok többváltozós modellben való elemzése azt mutatta, hogy a partner, illetve a szülő/rokon általi bántalmazás a hagyományos kockázati tényezők melletti jelentős magyarázó tényezőnek bizonyult. A partner általi bántalmazás a meddőség, a művi abortusz, illetve a fájdalmas menstruáció, míg a szülő/rokon általi bántalmazás a veszélyeztetett terhességek, a művi abortuszok és a fájdalmas menstruáció kockázatát növelte. A többváltozós elemzések adatai ugyanakkor azt mutatták, hogy a spontán vetélés és a fizikai bántalmazás közötti összefüggés nem igazolható. Vizsgálatunk fontos megfigyeléseként rajzolódt ki, hogy a bántalmazás mind a teherbe esés valószínűségét, mind a terhesség vállalását befolyásolhatja, illetve mindkét bántalmazási forma a fájdalmas menstruáció jelentős kockázati tényezője.

Több hipotézis fogalmazható meg arra vonatkozóan, hogy milyen tényezők közvetítenek a bántalmazás különféle formái és a reprodukciós zavarok között. A bántalmazás közvetlenül befolyásolhatja a szomatikus egészséget; a verés, ütlegelés, rugdosás önmagukban is a reprodukciós zavarok indikátorai lehetnek. Az élet folyamán elszenvedett fizikai bántalmazás és az egészségi állapot alakulása között számos más vizsgálat is szoros összefüggést figyelt meg: a bántalmazás és a járási nehézségek, a napi aktivitási problémák, a kábultság és a nőgyógyászati problémák alkotják e problémacsoport vezető tüneteit (Ellsberg és mtsai, 2008).

A bántalmazás közvetett hatásai már korántsem ennyire egyértelműek. Mint eredményeink mutatják, a reprodukciós zavarok patológiájában a szülő/rokonok általi fizikai bántalmazás is jelentős szerepű. Feltételezhető, hogy a gyerekkorban elszenvedett bántalmazás növeli az esélyét a gyermek saját felnőttkori erőszakos kapcsolatának (Tóth, 1999), illetve hogy az erőszakot átéltek stresszterhelése, szorongása, esetleges depressziója a reprodukciós zavarok és a fizikai bántalmazás közvetítőjeként jelenhet meg. A fizikai bántalmazás és a reprodukciós zavarok vizsgálatának ezért következő fontos állomása a depresszió és a szorongás esetleges mediáló szerepének feltérképezése lehet. Köztudott, hogy a partner általi bántalmazás egyik leggyakoribb következménye a depresszió, a poszttraumás stressz zavar (Campbell, 2002; Cascardi és mtsai, 1999; Golding, 1999; Ratner, 1993; Silva és mtsai, 1997). Más vizsgálatok arra is rámutatnak, hogy a bántalmazás következtében jelentősen megnövekedik az alvászavarok, különböző szorongásos zavarok, de a függőség, illetve a szerhasználat gyakorisága is (Coker és mtsai, 2002; Humphreys és mtsai, 1999; Ratner

1993). Ezek mind közvetítő szerepet játszhatnak a reprodukciós zavarok kialakulásában.

A kötődéskutatások eredményei ugyancsak fontos szerepet tölthetnek be a reprodukciós zavarok és a fizikai bántalmazás lehetséges összefüggéseinek vizsgálatában. Több felmérés is igazolta, hogy a nem biztonságosan kötődők (elkerülő, ambivalensek, félelemmel teltek) reprodukciós zavarai az életút során megnövekednek (Bereczkey és Csanaky, 2001; Horan és mtsai 2000). Ebben a modellben különösen a gyermekkorban elszenvedett bántalmazás kiemelt hatású: a bántalmazó, fizikailag, érzelmileg, szexuálisan kizsákmányoló személy nem nyújthat biztonságos kötődést a felnövekvő gyerek számára. A biztonság és a veszélyesség ambivalenciájából bizonytalan kötődés fakad, a szülő egyértelmű veszélyességéből viszont a kötődést tagadó viselkedés alakul ki. A sérült kötődés pedig több vizsgálat tanúsága szerint a spontán vetélés, a veszélyeztetett terhesség, a koraszülés és a meddőségi problémák prediktora lehet (Bakermans-Kranenburg és mtsai, 1999; Lee és Slade, 1996; Serrano és Lima, 2006).

Vizsgálatunk hiányosságának tekinthető, hogy a fizikai bántalmazás mérése egy-egy tétellel történt. Vizsgálatunk keresztmetszeti jellege továbbá nem teszi lehetővé a pontos oksági viszonyok meghatározását. Vizsgálatunk további korlátaként említhető meg, hogy az egyes reprodukciós zavarok esetében adataink finomabb elemzésekre nem alkalmasak, mert sem pontos diagnózis, sem pedig pontos súlyossági kategóriák nem állnak rendelkezésre. Ugyanakkor nem találtunk olyan vizsgálatot, amelyben mind a partner, mind pedig a szülők/rokonok általi fizikai bántalmazás hatását vizsgálták volna a reprodukciós zavarokra vetítve. Tudomásunk szerint nem született még olyan vizsgálat, melyben a reprodukciós zavarok ötfajta tényezőjét egyidejűleg elemezték volna a fizikai bántalmazás összefüggésében, így kutatásunk ezen aspektusa újszerűnek tekinthető.

Következtetésként elmondhatjuk, hogy eredményeink fontos összefüggéseket világítanak meg a fizikai bántalmazás és a reprodukciós zavarok kapcsolatában, azonban további vizsgálatok szükségesek az oksággal kapcsolatos feltételezések igazolására vagy megcáfolására, illetve a közvetítő tényezők feltárására vonatkozóan. Eredményeink ugyanakkor azt mutatják, hogy a partner, illetve a szülő/rokon általi fizikai bántalmazásnak az alapvető emberi jogok megsértésén túl komoly közegészségügyi következményei is vannak, amelyekkel mind a nemzeti, mind pedig a nemzetközi egészségpolitikai programoknak foglalkozniuk kell.

Köszönetnyilvánítás: A tanulmány az ETT 100/2006, ETT 100-08 és az OTKA 73754/2008-as pályázatok és az MTA Mentális Egészségtudományok Társult Kutatócsoport támogatásával készült.

IRODALOM

- Allison, K.C., Grilo, C.M., Masheb, R.M., Stunkard, A.J. (2007): High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with binge eating disorder and night eating syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (12): 2874–2883.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., Schuengel, C., Van Ijzendoorn, M.H. (1999): Unresolved loss due to miscarriage: An addition to the Adult Attachment Interview. *Attachment and Human Development*, 1 (2): 157–170.
- Bereczkey T., Csanaky A. (2001): A szocializáció evolúciós pályái: az apa nélkül felnövő kamaszok és felnőttek viselkedésének fejlődése. In: Pléh Cs., Csányi V., Bereczkei T. (szerk.). *Lélek és evolúció*. Osiris, Budapest, 211–228.
- 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.
- Boyles, S.H., Ness, R.B., Grisso, J.A., Markovic, N., Bromberger, J., CiFelli, D. (2000): Life event stress and the association with spontaneous abortion in gravid women at an Urban Emergency Department. *Health Psychology*, 19 (6): 510–514.
- Campbell, J.C. (2002): Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359 (9314): 1331–1336.
- Cascardi, M., O'Leary, K.D., Schlee, K.A. (1999): Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*, 14: 227–250.
- Coker, A.L. (2007): Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8 (2): 149–177.
- Coker, A.L., Davis, K.E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H.M., Smith P.H. (2002): Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 24 (4): 260–268.
- Coker, A.L., Smith, P.H., Bethea, L., King, M.R., McKeown, R.E. (2000): Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9 (5): 451–457.
- Csoboth Cs. (2006): A magyar nők életminősége. In: Kopp M., Kovács M. (szerk.). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 106–115.
- Dichinson, L., deGruy, F.V., Dichinson, P., Candib, L.M. (1999): Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. *Archives of Family Medicine*, 8 (1): 35–43.
- Downs, W.R., Capshew, T., Rindels, B. (2006): Relationship between adult women's mental health problems and their childhood experiences of parental violence and psychological aggression. *Journal of Family Violence*, 21 (7): 439–447.
- Drosman, D.A., Li, Z., Leserman, J., Toomey, T.C., Hu, Y.J.B. (1996): Health status by gastrointestinal diagnosis and abuse history. *Gastroenterology*, 110 (4): 999–1007.
- Eberhard-Gran, M., Schei, B., Eskild, A. (2007): Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *Journal of General Internal Medicine*, 22 (12): 1668–1673.
- Eby, K.K., Campbell, J.C., Sullivan, C.M., Davidson, W.S. (1995): Health effect of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 16 (6): 563–576.
- Ellsberg, M., Jansen, H., Heise, L., Watts, C.H., Charlotte, H., Garcia-Moreno, C. (2008): Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO mul-

- ti-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 371 (9619): 1165–1172.
- Golding, J. M. (1999): Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14: 99–132
- Golding, J.M., Taylor, D.L., Menard, L., King, M. J. (2000): Prevalence of sexual abuse history in a sample of women seeking treatment for premenstrual syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 21 (2): 69–80.
- Gyórfy Zs., Lőrincz J., Ádám Sz., Kopp M. (2004): A művi abortuszok alakulásának háttér-
tényezői országos reprezentatív minta alapján. *Legis Artis Medicinae*, 14 (7): 512–519.
- Hajnal Á., Bagdy Gy. (2005): Az agresszivitás-impulzivitás problémái. In: Kopp M., Berg-
hammer R. (szerk.). *Orvosi pszichológia*. Medicina, Budapest, 121–138.
- Hedin, L.W., Janson, P.O. (2000): Domestic violence during pregnancy. The prevalence of
physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstetrica et Gyneco-
logica Scandinavica*, 79 (8): 625–630.
- Hilden, M., Schei, B., Swahnberg, K., Halmesmäki, E., Langhoff-Ross, J., Offerdal, K. et al.
(2004): A history of sexual abuse and health: A Nordic multicentre study. *International
Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111 (10): 1121–1127.
- Horan, D., Hill, L.D., Schilkin, J. (2000): Childhood sexual abuse and preterm labour in
adulthood: and endocrinological hypothesis. *Women Health Issues*, 10 (1): 27–34.
- Humphreys, J.C., Lee, K., Neylan, T., Marmar, C.R. (1999): Sleep patterns of sheltered bat-
tered women. *Journal of Nursing Scholarship*, 31 (2): 139–143.
- John R., Johnson, J. K., Kukreja, S., Found, M., Lindow, S. W. (2004): Domestic violence:
Prevalence and association with gynaecological symptoms. *BJOG: An International Jour-
nal of Obstetrics and Gynaecology*, 111 (10): 1128–1132.
- Johnson, P.J., Hellerstedt, W.L. (2002): Current or past physical or sexual abuse as a risk
marker for sexually transmitted disease in pregnant women. *Perspectives on Sexual and
Reproductive Health*, 34 (2): 62–67.
- Kirkhengen, A.L., Schel, B., Steine, S. (1993): Indicators of childhood abuse in gynaecolog-
ical patients in general practise. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 11 (4):
276–280.
- Kopp M., Csoboth Cs., Purebl Gy. (1999): Fiatal nők egészségi állapota. In Pongrácz Tibor-
né, Tóth, I. Gy. (szerk.). *Szerepváltozások*. TÁRKI – Szociális és Családügyi Minisztérium
Nőképviselési Titkársága, Budapest, 107–121.
- Lee, C., Slade, P. (1996): Miscarriage as a traumatic event: A review of the literature and
new implications for intervention. *Journal of Psychosomatic Research*, 40 (3): 235–244.
- Martin, L. (1999): Sexual behaviors and reproductive health outcomes: Associations with
wife abuse in India. *Journal of the American Medical Association*, 282 (20): 1967–1972.
- McCord, J. (1983): A forty year perspective on effects of child abuse and neglect. *Child
Abuse and Neglect*, 7: 265–270
- McMahon, P.M., Goodwin, M.M., Stringer, G. (2000): Sexual violence and reproductive
health. *Maternal and Child Health Journal*, 4 (2): 121–124.
- Morland, L.A., Leskin, G.A., Rebecca Block, C., Campbell, J.C., Friedman, M.J. (2008): In-
timate partner violence and miscarriage: Examination of the role of physical and psycho-
logical abuse and posttraumatic stress disorder. *Journal of Interpersonal Violence*, 23 (5):
652–669.
- Ney, P., Wickett, A.R. (1993): Relationship between abortion and child abuse and neglect:
four studies. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 8 (1): 43–63.

- O'Leary, K.D., Smith Slep, A.M., O'Leary, S.G. (2007): Multivariate models of men's and women's partner aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5): 752-764.
- Pallitto, C.C., Campbell, J.C., O'Campo, P. (2005): Is intimate partner violence associated with unintended pregnancy? A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 6 (3): 217-235.
- Plichta, S.B., Abraham, C. (1996): Violence and gynecologic health in women <50 years old. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 174 (3): 903-907.
- Porcerelli, J.H. (2003): Violent victimization of women and men: Physical and psychiatric symptoms. *Journal of the American Board of Family Practice*, 16 (1): 32-39.
- Ratner, P.A. (1993): The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Canadian Journal of Public Health*, 84: 246-249.
- Romans, S., Belaise, C., Martin, J., Morris, E., Raffi, A. (2002): Childhood abuse and later medical disorders in women: An epidemiological study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71 (3): 141-150.
- Rózsa S., Réthelyi J., Stauder A., Susánszky É., Mészáros E., Skrabski Á., Kopp M. (2003): A Hungary study 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18 (2): 83-94.
- Sachs-Eriksson, N., Kendall-Tackett, K., Hernandez, A. (2007): Childhood abuse, chronic pain and depression in the National Comorbidity Survey. *Child Abuse and Neglect*, 31 (5): 531-547.
- Sellers, Ch.S., Cochran, J.K., Branch K.A. (2005): Social learning theory and partner violence. *Deviant Behavior*, 26 (4): 379-395.
- Serrano, F., Lima, M.L. (2006): Recurrent miscarriage: Psychological and relational consequences for couples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79 (4): 585-594.
- Silva, C., McFarlane, J., Soeken, K., Parker, B., Reel, S. (1997): Symptoms of posttraumatic stress disorder in abused women in a primary care setting. *Journal of Women Health*, 6 (5): 543-552.
- Silverman, J.G., Gupta, J., Decker, M.R., Kapur, N., Raj, A. (2007): Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 114 (10): 1246-1252.
- Singh, V. (2009): Academic men's health: Case studies in clinical practice. Intimate partner violence perpetration. *Journal of Men's Health*, 6 (4): 383-392.
- Snow, J. (1999): Annual and lifetime prevalence of partner abuse in a sample of female HMO enrollees. *Women's Health Issues*, 9 (6): 295-305.
- Tóth O. (1999): Erőszak a családban. In *Tárki Társadalompolitikai Tanulmányok 12. TÁRKI*, Budapest, 12-19.
- Walsh, C. A., Jamieson, E., MacMillan, H., Boyle, M. (2007): Child abuse and chronic pain in a community survey of women. *Journal of Interpersonal Violence*, 22 (12): 1536-1554.
- World Health Organization (2008): *Prevalence of physical violence against women*. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/ (Letöltve: 2010. VIII. 1.)
- Wijma, K., Samelius, L., Wingren, G., Wijma, B. (2007): The association between ill-health and abuse: A cross sectional population based study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 248 (6): 567-575.
- Wu, J., Wang, L., Zhao, G., Zhang, X. (2006): Sexual abuse and reproductive health among unmarried young women seeking abortion in China. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 92 (2): 186-191.

GYÓRFFY, ZSUZSA – SÁNDOR, IMOLA –
CSOBOTH, CSILLA – KOPP, MÁRIA

THE IMPACT OF PHYSICAL ABUSE ON WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH

Objectives: Violence against women is a global concern, and it is estimated that one in every five women will experience some form of violence in their lifetime. The relationship between physical abuse and physical and psychological symptoms is well-known, however, the association between physical abuse and reproductive health outcomes are limited. The purpose of this study was to document the prevalence of reported abuse and investigate the association between physical abuse and women's reproductive health and pregnancy outcomes.

Methods: Descriptive analyses were conducted on the female sample (N=6987) of the Hungarostudy 2002, a nation-wide representative survey. Binary logistic regression was used to determinate the association between physical abuse and reproductive health.

Results: 10% of women reported physical abuse, by spouse or relatives. Physical abuse was found to be associated with higher risk for miscarriage, induced abortion, dysmenorrhea, and sterility after controlling the effect of age, parity status, smoking, body-mass index and treatment for gynecological problems.

Conclusions: The relationship between physical abuse and the reproductive health deserves further investigation in order to determine the possible pathways of this association.

Keywords: physical abuse, female reproductive health