



# **Psykisk ohälsa hos kvinnor som erfarit intimt partnervåld**

- i relation till fysisk aktivitet

Emma Börjesson & Matilda Roos

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN  
Självständigt arbete grundnivå 14:2019  
Hälsopedagogprogrammet 2016-2019  
Handledare: Maria Fernström  
Examinator: Maria Ekblom

# Sammanfattning

## Syfte och frågeställningar

Syftet var att undersöka om psykisk ohälsa var mindre förekommande hos fysiskt aktiva kvinnor som erfarit intimt partnervåld, jämfört med ej fysiskt aktiva kvinnor som erfarit intimt partnervåld. Frågeställningarna var; för grupperna fysiskt aktiva kvinnor och ej fysiskt aktiva kvinnor som erfarit intimt partnervåld skiljde sig (1) grad och symtom av Post traumatiskt stress syndrom (PTSD)? (2) grad och symtom av depression? (3) grad och symtom av stress?

## Metod

Urvalet var 97 kvinnor som erfarit intimt partnervåld. Kvinnojourer kontaktades via mail och stödgrupper för våld i nära relationer kontaktades på Facebook. Data samlades in via en digital anonym enkät som innefattade tre validerade enkäter; PCL-5 för PTSD, MADRS-S för depression och PSS-10 för stress, samt fem egenkonstruerade frågor och två utav Socialstyrelsens indikatorfrågor om fysisk aktivitet. Grupperna fysiskt aktiva och ej fysiskt aktiva analyserades. Graden av PTSD, depression och stress utvärderades ifrån totalpoängen på PCL-5, MADRS-S och PSS-10. Symtomen utvärderades utifrån de enskilda frågorna.

## Resultat

Medelvärde på PCL-5 för fysiskt aktiva var 39.3, och 44.9 för ej fysiskt aktiva ( $p=0.14$ ). Medelvärde på MADRS-S var 20.2 för fysiskt aktiva, och 22.1 för ej fysiskt aktiva ( $p=0.43$ ). Båda medelvärdena klassades som "hög sannolikhet för egentlig depression om tillståndet varat mer än två veckor" enligt gränsvärden. Medelvärde för fysiskt aktiva på PSS-10 var 22.1, och 23 för ej fysiskt aktiva ( $p=0.53$ ). Tre symtom visade signifikanta skillnader mellan grupperna, mindre symtom rapporterades av de fysiskt aktiva kvinnorna. Symtomen för PTSD var; "problem att minnas den stressfulla upplevelsen" ( $p<0.02$ ) och "förlust av intresse i aktiviteter som du brukade njuta av" ( $p<0.05$ ). För stress var symtomet; "känt att du var oförmögen att kontrollera de viktiga sakerna i ditt liv" ( $p<0.05$ ).

## Slutsats

Graden av PTSD, depression och stress skiljde sig inte hos fysiskt aktiva kvinnor som erfarit intimt partnervåld, jämfört med ej fysiskt aktiva kvinnor som erfarit intimt partnervåld. P-värdet var 0.14 på PCL-5, två frågor hade signifikant skillnad och skillnaden mellan medelvärdena var större än MADRS-S och PSS-10. Den psykiska sjukdom som var närmast att påvisa signifikant skillnad var PTSD, där fysiskt aktiva hade lägre medelvärde.

# Innehåll

Sammanfattning .....	2
1 Inledning.....	5
1.1 Begreppsdefinitioner .....	8
2 Bakgrund .....	10
2.1 Psykisk ohälsa & intimt partnervåld.....	10
2.2 Fysisk aktivitet & rekommendationer från FYSS .....	10
2.3 Post-traumatisk stress .....	10
2.3.1 PTSD & fysisk aktivitet .....	11
2.4 Depression .....	12
2.4.1 Depression & fysisk aktivitet.....	13
2.5 Stress.....	14
2.5.1 Stress & fysisk aktivitet .....	14
2.6 Syfte & frågeställningar.....	15
3. Metod .....	16
3.1 Målgrupp .....	16
3.1.1 Urval .....	16
3.2 Material.....	16
3.3 Mätinstrument.....	16
3.3.1 Socialstyrelsens indikatorfrågor om fysisk aktivitet.....	17
3.3.2 PCL-5: PTSD .....	17
3.3.3 MADRS-S: depression.....	18
3.3.4 PSS-10: stress.....	18
3.4 Tillvägagångssätt enkät .....	19
3.5 Tillvägagångssätt statistisk analys.....	19
3.6 Litteratursökning .....	20
3.7 Etik.....	20
4. Resultat.....	21
4.1 Bortfall.....	21
4.2 Målgrupp .....	21
4.3 Fysisk aktivitet.....	23
4.4 PCL-5: PTSD.....	24
4.5 MADRS-S: depression .....	26
4.6 PSS-10: stress .....	27

5. Diskussion .....	28
5.1 Frågeställningar .....	28
5.2 PTSD .....	28
5.3 Depression .....	29
5.4 Stress.....	30
5.5 Etik.....	30
5.6 Metodkritik .....	31
5.6.1 Felkällor .....	33
5.7 Vidare forskning .....	35
5.8 Reflektion .....	35
5.9 Slutsats.....	36
6 Källhänvisning .....	37
Bilaga 1 Litteratursökning.....	44
Bilaga 2 Enkät .....	45
Bilaga 3 Mail till Kvinnojourer .....	55
Bilaga 4 Kontaktade Kvinnojourer .....	56
Bilaga 5 Meddelande till Facebook-grupper .....	62
Bilaga 6 Kontaktade Facebook-grupper.....	63

## **Tabell & Figurteckning**

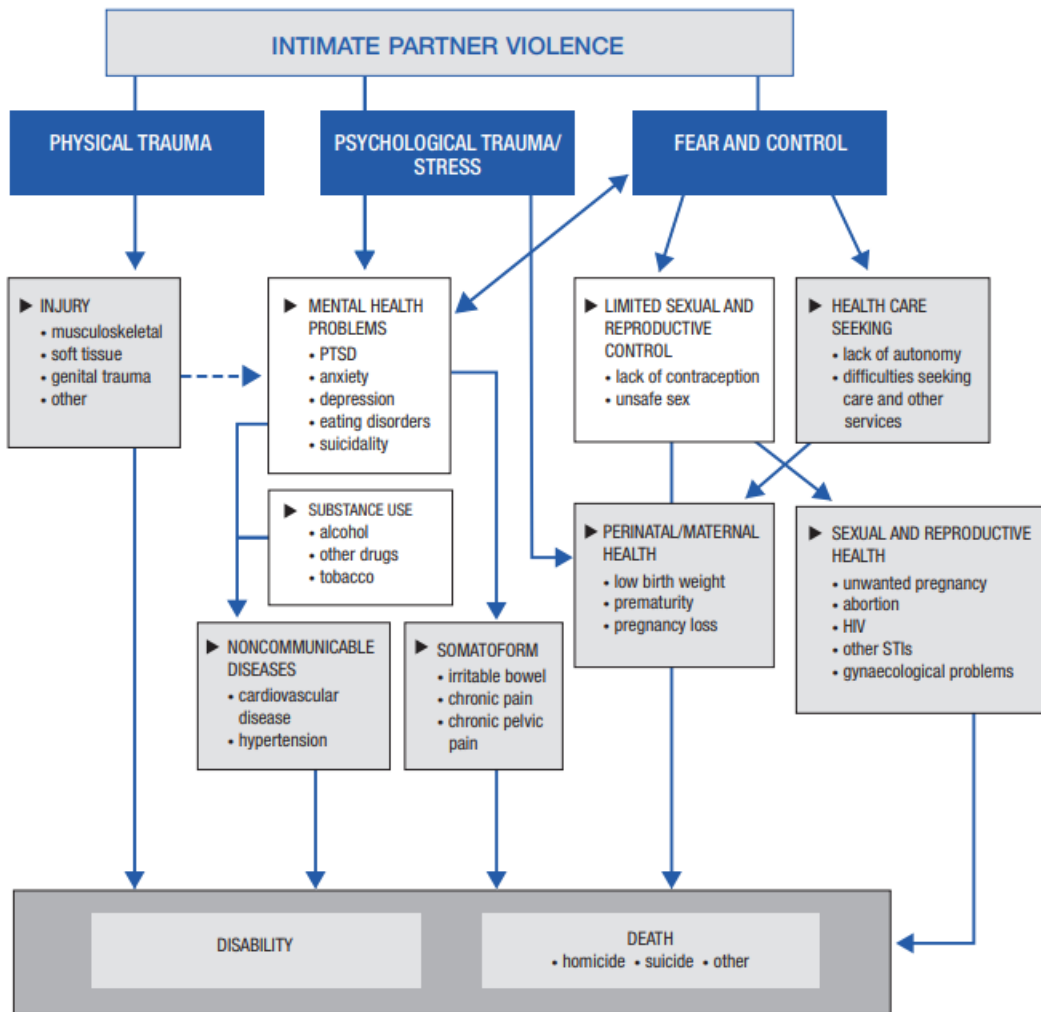
Tabell 1 – Ålder.....	21
Tabell 2 – Vilken typ av stad bor du i? .....	21
Tabell 3 – Har du varit i kontakt med en kvinnojour? I så fall, när? .....	21
Tabell 4 – Har du erfarenhet av en partner-relation med antingen psykiskt/fysiskt/sexuellt/ekonomiskt våld? I så fall, när? .....	22
Tabell 5 – Bor du för nuvarande, eller har du inom det senaste året bott på skyddat boende? .....	22
Tabell 6 – Fråga 8 på PCL-5 .....	24
Tabell 7 – Fråga 12 på PCL-5 .....	25
Tabell 8 – Fråga 2 på PSS-10 .....	27
Figur 1 – Fördelning fysiskt aktiva och ej fysiskt aktiva .....	23
Figur 2 – Medelvärde PCL-5 .....	24
Figur 3 – Medelvärde MADRS-S .....	26
Figur 4 – Medelvärde PSS-10.....	27

# 1 Inledning

Mäns våld mot kvinnor i nära relationer är ett globalt folkhälsoproblem (Pico-Alfonso 2005, s. 182; WHO 2017-11-29). World Health Organisation (WHO) konstaterar att det är ett allvarligt brott mot kvinnors mänskliga rättigheter (WHO 2017-11-29). Intimt partnervåld påverkar kvinnors fysiska och psykiska hälsa (Pico-Alfonso 2005, s. 182), och innebär långsiktiga negativa konsekvenser efter att den våldsamma relationen avslutats (Campbell et al. 2002, s. 1157 f.). Av de kvinnor som varit i ett förhållande, har 30 procent utsatts för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld av sin partner. Av de mord som utförs på kvinnor har 38 procent utförts av en partner kvinnan haft en intim relation med. (WHO 2013a, s. 2)

Konsekvenserna av intimt partnervåld är många, se bild 1. Den mest direkta effekten av intimt partnervåld är dödliga och icke-dödliga fysiska skador. Huvud, nacke och ansikte är de vanligaste områdena, därefter kommer skador mot könsorgan och muskelskador. Av de kvinnor som utsätts för våld av sin partner rapporterar 41.8 procent fysiska skador till följd av våldet. (WHO 2013a, s. 25 f.) Hos en grupp på 980 kvinnor som erfarit intimt partnervåld, samt en kontrollgrupp på 1000 kvinnor, var huvudvärk och ryggsmärta bland de mest rapporterade problemen. Båda hälsoproblemen hade rapporterats mer frekvent hos gruppen som erfarit intimt partnervåld, således hade de högre prevalens av skador på centrala nervsystemet. Även högt blodtryck rapporterades i högre grad. Troligen hade de även högre prevalens av svimningar och epileptiska anfall. Totalt sett rapporterades flera hälsoproblem av gruppen utsatta kvinnor. (Campbell et al. 2002, s. 1159 f.) Att utsättas för psykiskt intimt partnervåld har visats vara associerat med ökad risk för bland annat kronisk smärta i nacke och rygg samt migrän och annan frekvent huvudvärk. Andra kroppsliga konsekvenser kan vara artros och funktionshinder som hindrar arbete. Fysiskt intimt partnervåld har visats vara signifikant associerat till förlorad hörsel och kardiovaskulära sjukdomar. (Coker et al. 2000, s. 453 f.)

Figure 1. Pathways and health effects on intimate partner violence



There are multiple pathways through which intimate partner violence can lead to adverse health outcomes. This figure highlights three key mechanisms and pathways that can explain many of these outcomes. Mental health problems and substance use might result directly from any of the three mechanisms, which might, in turn, increase health risks. However, mental health problems and substance use are not necessarily a precondition for subsequent health effects, and will not always lie in the pathway to adverse health.

Bild 1: WHO 2013a, s. 8

Största skillnaden i fysisk hälsa mellan kvinnor utsatta för sexuellt partnervåld och ej utsatta kvinnor är gynekologiska problem (Campbell 2002, s. 1332). Kvinnor utsatta för intimt partnervåld drabbas signifikant mer av könssjukdomar och allvarlig smärta vid menstruation (Letourneau et al. 1999, s. 117). Kvinnorna kan uppleva smärta vid samlag (Campbell et al. 2002, s. 1159; Letourneau et al. 1999, s. 117). Blödningar i underliv kan förekomma hos kvinnorna (Campbell et al. 2002, s. 1159) Andra problem som kan uppstå är; urinvägsinfektion, infektion i underliv, könssjukdomar och smärta i bäckenbotten. (Coker et al. 2000, s. 454; Campbell et al. 2002, s. 1159 f.). Smärta i bäckenbotten förekommer även kroniskt (Coker et al. 2000, s. 454). Fysiskt intimt partnervåld kan leda till infektion i njurar

och hysterektomi (Coker et al. 2000, s. 453 f.). Kvinnor som utsätts för våld av sin partner löper högre risk att drabbas av HIV. Män som utför våld mot kvinnor har vanligtvis fler riskbeteenden för HIV. Forcerat samlag, oskyddat samlag och den långvariga stressen kvinnorna lever med är ytterligare anledningar till riskökningen. (WHO 2013a, s. 22)

Oplanerade graviditeter är en konsekvens av kvinnors utsatthet i våldsamma relationer. Varje år sker 80 miljoner oavsiktliga graviditeter, varav minst hälften av kvinnorna tvingas utföra abort. Hälften av de påtvingade aborterna sker under osäkra förhållanden, dessa samt illegala aborter medför stor risk för kvinnans hälsa. (WHO 2013a, s. 23) Kvinnor utsätts för våldtäkt och våld under graviditeten vilket skadar kvinnan och barnet (Karakurt, Smith & Whiting 2014, s. 693).

Följande mag-tarmproblem kan drabba kvinnor som utsatts för psykiskt partnervåld; magsår, matsmältningsproblem, halsbränna, förstoppning och diarré (Coker et al. 2000, s. 453 f.). Nio procent av en grupp kvinnor som erfårit intimt partnervåld rapporterade minskad aptit, jämfört med tre procent hos kontrollgruppen. Buksmäta och matsmältningsproblem rapporterades också i högre grad av gruppen utsatta kvinnor. (Campbell et al. 2002, s. 1160) Problem med mage och tarmar kan kvarstå efter ett våldsamt förhållande (Campbell 2002, s. 1332).

Kvinnor som erfårit våld av en partner är mer benägna att konsumera farlig dos av alkohol, och de som dricker är mer benägna att rapportera våld av partner. Korrelation finns men inte ett orsakssamband. Möjligtvis konsumerar kvinnorna alkohol för att stå ut med misshandelns följsjukdomar. (WHO 2013a, s. 24) Att utsättas för verbal och fysisk aggression från sin partner korrelerar med antalet alkoholhaltiga drycker som konsumeras åt gången, utifrån självrapporterad data (Tollestrup et al. 1999, s. 433).

År 2006 uppskattade Socialstyrelsen att våld mot kvinnor kostar svenska samhället 2,7 till 3,3 miljarder kronor per år. Av dessa var 38 miljoner sjukhuskostnader. (Leander et al. 2009, s. 339) I Kalifornien var mentalvårdskostnader 800 procent högre hos utsatta kvinnor och de genererade ungefär 92 procent högre vårdkostnader per år jämfört med kvinnor som ej var utsatta. Kostnadsökningen bestod till största del av behandling av psykiska hälsoproblem, till exempel kostnader för öppenvårdsmottagningar och psykiatriska kliniker. (Wisner et al. 1999, s. 441) Sexuellt och psykiskt intimt partnervåld leder till fysiska hälsoproblem som indikerar medicinering eller regelbundna läkarbesök. De mest frekventa hälsoproblemen som kräver

medicinering är migrän, infektioner, mag- och tarmproblem, högt blodtryck och muskulära problem. (Letourneau et al. 1999, s.117) År 2017 i Sverige, kostade receptbelagd medicin i snitt 1 995 kronor per kvinnlig invånare i åldern 19-44 år, och 3 708 kronor per kvinnlig invånare i åldern 45-64 år (Socialstyrelsen 2018).

## 1.1 Begreppsdefinitioner

**Ekonomiskt våld:** Att utsättas för ekonomiskt underläge i en relation som del av ett förtryck. Till exempel att bli ifrågasatt om sina inköp, behöva utföra handlingar mot pengar och undanhållas nödvändigheter. Tillgången till pengar kan kontrolleras av partnern och användas som belöning och straff. (Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige 2019-01-17c) Partnern skriver under dokument som ger negativa följder för den som är utsatt (Socialstyrelsen 2019-01-17c). Den utsatta skriver på lån och abonnemang som partnern utnyttjar, vilket kan leda till betalningsanmärkningar (Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige 2019-01-17c).

**Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS):** Evidensbaserad handbok för hur fysisk aktivitet kan förebygga samt behandla flera sjukdomar och tillstånd (FYSS 2019-02-14)

**Fysiskt aktiv:** Uppger minst 150 minuter måttlig fysisk aktivitet, 75 minuter högintensiv fysisk aktivitet, eller kommer upp i 150 minuter i total tid, i veckan på Socialstyrelsens indikatorfrågor.

**Fysiskt våld:** Innefattar slag med knytnäve eller föremål, sparkar, att bli släpad, misshandlad, strypt, bränd, hotad och få föremål kastat mot sig som kan orsaka skada. Kan även innebära skada eller hot med pistol, kniv eller annat vapen av sin partner. (WHO 2013a, s. 6)

**Intimt partnervåld:** En intim partner beter sig på ett sätt som orsakar fysisk, sexuell eller psykisk skada. Detta inkluderar fysisk aggressivitet, sexuellt tvång, psykisk misshandel och kontrollerande beteenden. Definitionen innefattar våld av nuvarande och före detta makar, och andra intima partners. (WHO 2013b, s. VII) Författarnas definition är; fysiskt, psykiskt, sexuellt och/eller ekonomiskt våld av en intim partner av manligt kön.



**Psykiskt våld:** Att uppleva rädsla för sin partner och bli konstant förminskad och förnedrad (Krug et al. 2002, s. 89). Att bli kränkt, hotad, straffad med tystnad, hånad eller konstant kritiserad och nedvärderad av sin partner (Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige 2019-01-18b).

**Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (ROKS):** Kvinnojourer erbjuder stöd i form av; samtal, rådgivning, att följa med till möten om polisanmälan, vårdnadstvister, besök hos advokat eller socialtjänsten. En del kvinnojourer har tillgång till skyddat boende. (Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige 2018-11-26d)

**Sexuellt våld:** Att bli fysiskt tvingad till samlag och/eller blir tvingad till något sexuellt av sin partner som den utsatte finner förnedrande eller nedvärderande. Att ha samlag till följd av rädsla för vad partnern ska göra om den utsatte vägrar samlag. (WHO 2013a, s. 6)

**Skyddat boende:** Tillfällig bostad på hemlig ort för kvinnor som tvingats fly sina hem. (Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige 2018-11-26d). Anledning för kvinnor att söka sig till skyddat boende är för att våldsförövaren behövs sättas i fängelse för att kvinnan ska känna sig trygg i samhället. På det skyddade boendet finns säkerhetsdörrar, kameraövervakning och larm kopplade till vaktbolag eller polis, och adressen är hemlig. Trots detta kan oro och ångest upplevas på boendet. (Rättshjälp 2018-06-22)

## **2 Bakgrund**

### **2.1 Psykisk ohälsa & intimt partnervåld**

Förutom de fysiska skador som uppstår till följd av intimt partnervåld tillkommer risk för flera psykiska sjukdomar. Psykisk misshandel som isolering och förnedring kan innebära försämring av fysisk och psykisk hälsa (Pico-Alfonso 2005, s. 183). De mentala konsekvenser som beskrivs hos kvinnor utsatta för intimt partnervåld är; post-traumatisk stress (PTSD), depression, ångest, sömnstörningar, ätstörningar, social dysfunktion, suicidala tankar och försök samt ökad risk för att utveckla substans-beroende av olika slag (Pico-Alfonso 2005, s. 182). Visst underlag finns för att depression och PTSD ofta förekommer samtidigt (Gleason 1993 se Campbell & Soeken 1999, s. 24; Cascardi et al. 1999, s. 230; Parekh 2017). Högre förekomst av grov verbal aggression har associerats med att kvinnor själva upplever sämre hälsa. Verbal och fysisk aggression korrelerade positivt med antalet dagar i månaden kvinnorna rapporterade att dem kände sig ledsna. (Tollestrup et al. 1999, s. 433) Kvinnor som rapporterade att dem kände sig ledsna minst nio dagar under en månad var ungefär dubbelt så benägna att rapportera fysisk aggression jämfört med kvinnor som inte upplevde ledsamhet någon dag i månaden (ibid, s. 434). Ungefär hälften av deltagarna som utsattes för intimt partnervåld rapporterade att de upplevde ledsamhet mer än tre dagar i månaden (ibid s. 439).

### **2.2 Fysisk aktivitet & rekommendationer från FYSS**

Fysisk aktivitet rekommenderas för att främja hälsa och förebygga förtida död (Jansson, Hagströmer & Anderssen 2016, s. 2). Att vara mycket stillasittande kopplas till ökad risk för förtida död (Wennberg et al. 2016, s. 3). Vuxna, 18 år och uppåt, rekommenderas vara fysiskt aktiva i 150 minuter per vecka på måttlig intensitet eller i 75 minuter högintensivt. Aktiviteten bör fördelas på flera dagar under veckan och utföras minst 10 minuter åt gången. De måttliga och högintensiva aktiviteterna kan kombineras. (Jansson, Hagströmer & Anderssen 2016, s. 2)

### **2.3 Post-traumatisk stress**

PTSD uppstår till följd av en eller flera traumatiska upplevelser. Symtomen kategoriseras i fyra grupper; påträngande tankar, undvikandebeteende, negativa tankar och känslor, samt förhöjd överspändhet och överdrivna fysiologiska reaktioner. Att leva med symtomen innebär vanligtvis ångestkänslor eller problem att fungera i vardagen. (Parekh 2017) PTSD kan orsakas av våld där en person upplever rädsla för sin säkerhet och hjälplöshet att kontrollera

situationen (Karakurt, Smith & Whiting 2014, s. 694). Symtom av PTSD är långvariga, och pågår efter en våldsam relation avslutats (Woods 2000 se Pico-Alfonso 2005, s. 182).

PTSD är bland de mest förekommande psykiska följderna hos kvinnor utsatta för intimt partnervåld, medelvärdet uppskattas vara 64 procent (Golding 1999 se Pico-Alfonso 2005, s. 182). Ytterligare uppskattning visade att 40 till 60 procent av kvinnor som utsatts för intimt partnervåld lider av PTSD (Mertin & Mohr 2001 se Karakurt, Smith & Whiting 2014, s. 694). Vid undersökning av 102 israeliska kvinnor som bodde på jourhem och varit i en våldsam heterosexuell relation, hade 65 procent symtom av PTSD (Bargai, Ben-Shakhar & Shalev 2007, s. 271). PTSD förekom hos 28 procent av kvinnor utsatta för intimt partnervåld och hos 0 procent av icke-utsatta kvinnor i en studie med 127 kvinnor. Fysisk och sexuell misshandel innebär en överrisk för att utveckla PTSD. Psykologisk misshandel är något starkare kopplat till risken. (Pico-Alfonso 2005, s. 188)

### **2.3.1 PTSD & fysisk aktivitet**

I en randomiserad kontrollerad studie på tio veckor undersöktes kvinnor som överlevt våld i nära relationer. En grupp hade en timme yoga i veckan och kontrollgruppen hade hälsoundervisning en timme i veckan. Yogan reducerade symtom av PTSD hos kvinnorna. Kontrollgruppen hade också en minskning av symtom men återgick sedan till de initiala symtomen. (Van der Kolk et al. 2014, s. 561 f.)

Effekten av fysisk aktivitet undersöktes i en pilotstudie på nio personer som överlevt trauma och hade diagnostiserad PTSD. Tolv veckors terapi genomfördes i sessioner om 90 minuter, varav en grupp även tilldelades medel-intensiv aerob träning. Träningsgruppen utförde 30 minuter på löpband på 70 procent av maxpuls innan varje terapitillfälle. Kombinationen av terapi och träning reducerade symtom av PTSD något bättre än endast terapi. Nivåer av "brain-derived neurotrophic factor" (BDNF) mättes innan och efter interventionen. (Powers et al. 2015, s. 314 ff.) BDNF har tillväxtfrämjande påverkan på nervceller i hjärnan (Svensk MeSH 2019-02-14). BDNF ökade endast hos dem som ordinerats kombination av träning och terapi (Powers et al. 2015, s. 320).

Intervention med kampsport i en kvalitativ studie var effektiv för dem som överlevt sexuellt våld. Att utöva kampsport ledde till ökat självförtroende associerat med läkning av sexuellt trauma hos en fjärdedel av kvinnorna i studien. (Guthrie 1997 se Smith-Marek 2018, s. 1693)

Åtta kvinnor som överlevt sexuellt våld i nära relation intervjuades för att undersöka deras upplevelse av fysisk aktivitet. Deltagarna befann sig på Kriscenter för våldtäkt. Gruppintervju och individuella intervjuer genomfördes. Samtliga rapporterade fördelar med träningen, men även utmaningar. Fyra kvinnor tyckte träningen gav positiva effekter som ökad självkänsla och självförtroende, samt förbättrad kroppsuppfattning. Två kvinnor upplevde att träningen fick dem att delvis känna sig säkrare, medan två kvinnor kände sig säkrare av att undvika träning. Fyra kvinnor förklarade att träningen gav känsla av trygghet, varav två kvinnor kopplade kampsport till trygghetskänslan. Lika många kvinnor utförde träning på hög intensitet för att känna sig säkra som kvinnor som föredrog lågintensiv träning som yoga. Triggers upplevdes som en risk vid högintensiv träning på grund av okontrollerad hög puls och snabbare andning, men risken för triggers uttryckte sig också finnas vid utförande av yoga. (Smith-Marek et al. 2018, s. 1697 ff.)

## **2.4 Depression**

Sjukdomstillståndet depression beskrivs som att en persons tankar, känslor och kroppsliga funktioner märkbart förändras i begränsade perioder, minst två veckor eller längre. Mellan perioderna förbättras tillståndet. Depression är den största orsaken till att folk i västvärlden går miste om friska levnadsår och till långvarig sjukskrivning samt fullbordat självmord. I Sverige beräknas 20 procent av befolkningen drabbas av depression någon gång under livet. Negativ stress kan öka risken för depression. Kränkningar och tidiga trauman är riskfaktorer och relationsproblem kan vara en utlösande faktor. (Martinsen et al. 2016, s. 2 f.) Upplevelser av trauman kan leda till stress, rädsla och isolering vilket är troliga orsaker till depression och suicidalt beteende (WHO 2013a, s. 24 f.). Depression har en negativ effekt på sömn, aptit, energi och förmågan att fungera i vardagen, samt kan leda till suicidala försök eller tankar (Karakurt, Smith & Whiting 2014, s. 694).

I samband med intimt partnervåld förekommer depression och självmordsförsök, den största förklaringen är troligtvis traumatisk stress (WHO 2013a, s. 24 f.). Kvinnor som misshandlats allvarligt av män var sannolikt fyra gånger mer deprimerade och benägna till självmordsförsök, jämfört med kvinnor som inte misshandlats (Straus och Smith 1993 se Karakurt, Smith & Whiting 2014, s. 694).

Av 102 kvinnor som varit i en våldsam heterosexuell relation hade 40 procent symtom på djup depression. Symtomen utvärderades från självskattning. (Bargai, Ben-Shakhar & Shalev 2007, s. 269 ff.) Enkät svar från 6926 kvinnor visade att 30 procent av de som erfarit intimt partnervåld uppgav dålig självkänsla och var femte kvinna hade depression. Av de kvinnor som utsatts för våld hade tre av fyra försökt ta sitt liv, och ungefär två av tre haft suicidal tankar. (Lundgren 2001, s. 56 ff.)

På ett skyddat boende undersöktes 35 kvinnor som erfarit fysisk eller psykisk misshandel av deras nuvarande eller före detta manliga partner. Suicidala tankar rapporterades av 42 procent, och 31 procent uppgav att de under sin livstid försökt ta sitt liv. (Karakurt, Smith & Whiting 2014, s. 696) Utöver suicidal tankar rapporterade kvinnorna även sorgsenhet, sömnsvårigheter, förvirring, humörsvängningar och koncentrationssvårigheter (ibid, s. 698 f.).

#### **2.4.1 Depression & fysisk aktivitet**

I en review visade 35 studier att fysisk aktivitet sänkte depressionssymtom jämfört med ingen behandling (Cooney et al. 2013, s. 4). Sju studier visade likvärdiga förbättringar mellan fysisk aktivitet och terapi, samt fysisk aktivitet och medicinering (ibid, s. 33). Fysisk aktivitet förbättrade självförtroende, självkänsla och känslan av att kunna bemästra situationer vilket visades lindra depression (Martinsen et al. 2016, s. 6).

Dos-respons sambandet mellan fysisk aktivitet och depression undersöktes i en kohortstudie mellan 1996 och 2001. Kvinnor i åldrarna 45-50 deltog, varav 9207 fullständigt fyllde i enkäter vid tre tillfällen. Depressiva symtom mättes via två självskattningsinstrument; CESD-10 och Mental Health (MH). Minst 10 poäng på CESD-10, samt max 52 poäng på MH klassades som förekomst av depressiva symtom. Utöver det frågade enkäterna om fysisk aktivitet. Resultatet var att kvinnornas depressiva symtom minskade i samband med fysisk aktivitet, vilket innebar ett signifikant omvänt samband. Oavsett vid vilken tidpunkt det angavs, så sjönk CESD-10 poäng medan MH poäng steg i samband med ökad fysisk aktivitet, även vid anpassning för felkällor. De som var minst fysisk aktiva vid start men mötte rekommendationerna i tredje enkäten, var mindre benägna att rapportera depressiva symtom än de som haft samma låga fysiska aktivitet alla fem åren. Oddskvoten för att skatta höga depressiva symtom vid sista enkäten var 30-40 procent lägre för dem som rapporterade minst 60 minuters fysisk aktivitet på medelintensitet, jämfört med dem som rapporterade färre minuter. (Brown et al. 2005, ss. 265-272)

## 2.5 Stress

Fler kvinnor är stressade än män i Sverige bland åldrarna 16-84. År 2018 angav 19 procent av kvinnorna upplevelse av stress, jämfört med 12 procent av männen. (Folkhälsomyndigheten 2019-01-07) Depression och utmattningssyndrom kan ses som stressrelaterade sjukdomar och långvarig exponering för stress är största anledningen till PTSD. Genetik, personlighetsdrag, levnadsvanor, otillräcklig förmåga att bemästra situationer och socialt stöd tros påverka varför vissa individer löper större risk att drabbas av stressrelaterade symtom. (Jonsdottir & Lindegård Andersson 2016, s.1 f.)

En intervju-studie via telefon undersökte stress hos kvinnor (Tollestrup et al. 1999, s. 431). Fysisk och verbal aggression associerades med rapporterad oförmåga att hantera stress i vardagen (ibid, s. 437). De som rapporterade hantering av stress i vardagen någorlunda bra, inte så bra eller inte bra alls var ungefär dubbelt benägna att rapportera händelser av grov verbal aggression jämfört med de som rapporterade hantering av stress mycket bra (ibid, s. 433).

Stressen som medföljer intimt partnervåld orsakar troligen fysiologiska effekter som ger kvinnorna högre förekomst av fysiska symtom på kroniska stressrelaterade sjukdomar. Dessa kan vara högt blodtryck, IBS-syndrom, förkylningar och infektioner. (Campbell et al. 2002, s. 1160) Stressen kan medföra indirekta hälsokonsekvenser som magsår, matsmältningsbesvär, diarré, förstoppning, kärlkramp och hypertoni (Coker et al. 2000, s. 454). Vid graviditet kan stressen leda till att barnet har en för låg vikt vid födsel. Även för tidig födsel och problem med barnets utveckling kan uppstå. (WHO 2013a, s. 23) Skam och stress relaterat till forcerat samlag kan ge höga nivåer av depression och stress, vilket kan ha ett samband med ökad risk för gynekologiska problem. Höga nivåer av stress och depression har visats försvaga immunsystemet. (Campbell 2002, s. 1332) Stress sänker immunförsvaret, vilket kan förklara den höga frekvensen av förkylningar och symtom på influensa hos kvinnorna (Campbell et al. 2002, s. 1161).

### 2.5.1 Stress & fysisk aktivitet

Det finns ingen tydlig evidens att fysisk aktivitet minskar risken för stress. Högre evidens finns för att symptomen till följd av stressrelaterad ohälsa förbättras, till exempel sömnstörningar, mental och fysisk trötthet samt kognitiv funktionsnedsättning. (Jonsdottir & Lindegård Andersson 2016, s. 3 f.) I en studie på medelålders- och äldre vuxna med

sömnpromblem genomfördes en intervention med fysisk aktivitet med aerob träning på måttlig intensitet och muskelstärkande aktivitet på hög intensitet. Det sågs en förbättring på sömnkvaliteten hos personerna. (Yang et al. 2012 se Jonsdottir & Lindegård Andersson 2016, s. 4)

## **2.6 Syfte & frågeställningar**

Symtom av depression och PTSD, samt stressrelaterade symtom, verkade fördelaktigt kunna påverkas av fysisk aktivitet. Därför syftade studien till att undersöka om psykisk ohälsa var mindre förekommande hos fysiskt aktiva kvinnor som erfarit intimt partnervåld, jämfört med ej fysiskt aktiva kvinnor som erfarit intimt partnervåld.

Frågeställningarna var; för grupperna fysiskt aktiva kvinnor och ej fysiskt aktiva kvinnor som erfarit intimt partnervåld skiljde sig (1) grad och symtom av PTSD? (2) grad och symtom av depression? (3) grad och symtom av stress?

## **3. Metod**

### **3.1 Målgrupp**

Målgruppen var kvinnor som erfarit fysiskt, psykiskt, sexuellt och/eller ekonomiskt våld i en intim partner-relation. Antal respondenter var 97. Av respondenterna hade 62 stycken haft kontakt med en kvinnojour. Inom det senaste året, eller för nuvarande, hade 11 stycken bott på skyddat boende.

#### **3.1.1 Urval**

Den primära målgruppen var kvinnor i kontakt med kvinnojourer. Därför samlades 61 mailadresser in till kvinnojourer i Sverige via ROKS, tjejjourer exkluderades. ROKS var enligt författarnas åsikt en pålitlig källa till att hitta uppdaterade kontaktuppgifter, samt att söksidan var ett smidigt verktyg för att hitta jourer. Sex dagar från att enkäten skickades ut hade ett svar inkommit. Därför samlades ytterligare mailadresser in från ROKS hemsida. De tillagda jourerna kunde ha manligt anställda, detta förekom ej hos de ursprungliga jourerna. Efter komplettering med dessa, hade 136 kvinnojourer mailats. En påminnelse skickades den 1a januari 2019 eller 4e januari 2019 till jourer som inte återkopplat. Efter ytterligare 14 dagar hade två enkätsvar inkommit. Därför ändrades målgruppen och urvalsmetoden. För att samla fler respondenter kontaktades Facebook-grupper för att lägga upp enkäten. För Facebook-grupper, se bilaga 6.

### **3.2 Material**

Material som användes var enkätverktyget Google Formulär. För att kontakta målgruppen användes Facebook och Outlook.

### **3.3 Mätinstrument**

I utgångsläget bestod enkäten av fyra validerade enkäter samt tre egenkonstruerade frågor. De egna frågorna handlade om ålder, vilken stad de var bosatta i samt skyddat boende. Frågorna ämnade till att beskriva målgruppen för att se representerbarhet. Dessa frågor var obligatoriska, men på frågorna om stad och skyddat boende fanns alternativ ”vill ej svara”. Två frågor adderades då enkäten delades i Facebook-grupper. Därefter hade enkäten fem egenkonstruerade frågor som var obligatoriska. De två tillagda frågorna handlade om erfarenhet av våld i nära relation och kontakt med kvinnojourer för att kunna identifiera att respondenten tillhörde målgruppen. Se bilaga 2.



### **3.3.1 Socialstyrelsens indikatorfrågor om fysisk aktivitet**

Indikatorfrågor för fysisk aktivitet har tagits fram av Socialstyrelsen. Dessa rekommenderades av FYSS för att bedöma och utvärdera fysisk aktivitet. (Hagströmer, Wisén & Hassmén 2016, s. 1) År 2016 omformulerades frågorna (Folkhälsomyndigheten 2016-11-17).

Indikatorfrågorna inkluderade; frågor med både öppet och slutet svarsalternativ, samt tabeller där en veckas träning och vardagsmotion fylls i per veckodag i minuter (Olsson et al. 2016, s. 71). Jämfört med andra beprövade enkäter om fysisk aktivitet var slutna frågor mest valida (Forslund 2019-01-28). Slutna svarsalternativ hade starkare signifikant korrelation med accelerometerdata, jämfört med öppna svarsalternativ (Olsson et al. 2016, s. 74); Forslund 2019-01-28). Slutna svarsalternativ hade starkare specificitet än öppna svarsalternativ och tabellerna (Olsson et al. 2016, s. 74; Forslund 2019-01-28), och sensitivitet för att upptäcka otillräckligt aktiva människor (Forslund 2019-01-28). De hade även god validitet och reliabilitet (Enheten för interventions- och implementeringsforskning 2015, s. 16). Därav användes slutna svarsalternativ till författarnas enkät. Se bilaga 2. Socialstyrelsens indikatorfrågor var obligatoriska.

Genom att addera minuterna från fråga 1 och 2 beräknades aktivitetsminuter. Fråga 1 om träning på hög intensitet, vägdes dubbelt. Till exempel 45 minuter räknades som 90 minuter. (Hagströmer, Wisén & Hassmén 2016, s. 8) Uträkningen utfördes på mittenvärdet i intervallen för det angivna svaret vid slutna svarsalternativ. För de högsta alternativen användes; 120 respektive 300 minuter, inte mittenvärdet. (Forslund 2019-01-28)

### **3.3.2 PCL-5: PTSD**

Frågorna i PCL-5 undersökte till vilken grad personen besvärats av olika PTSD-symptom under senaste månaden (Blevins et al. 2015, s. 489; Sveen, Bondjers & Willebrand 2016, s. 2). Detta gjordes utifrån en skala från 0 till 4 (Sveen, Bondjers & Willebrand 2016, s. 2). Fyra symptomkluster stod till grund för de 20 frågorna. Symptomklustren var; påträngande tankar, undvikandebeteenden, negativa förändringar i känslor och sinnesstämning, och förhöjd överspändhet och fysiologisk aktivering. (Sveen, Bondjers & Willebrand 2016, s. 1 f.) Totalpoängen räknades ut genom att addera frågornas svars-poäng och maxpoängen var 80 poäng.

Vid granskningen av engelska PCL-5 visades god test-retest reliabilitet, konvergent och diskriminativ validitet (Blevins et al. 2015, s. 493). Den svenska versionen som användes av

författarna, hade granskats i en pilotstudie. Deltagarna besvarade PCL-5 innan dem grupperades. Sex veckor senare när indelning gjorts fick kontrollgruppen fylla i enkäten igen. Från detta sågs god test-retest reliabilitet med en signifikant koefficient på 0.66. Pilotstudien visade också att deltagarna skattade approximativt lika på frågor som granskade samma ämne, således var intern konsistens hög. Validitet kollades via korrelation mellan enkäten och andra mätningar av traumatisk stress, generell stress och depression. I pilotstudien jämfördes PCL-5 mot "Event Scale-Revised" (IES-R), en välanvänd enkät med god intern konsistens, som mätte symtom av PTSD under föregående vecka. Totalpoängen från PCL-5 och IES-R korrelerade signifikant. Pilotstudien drog slutsatsen att PCL-5 hade god validitet och reliabilitet vilket motiverade användning av enkäten. (Sveen, Bondjers & Willebrand 2016, s. 2 ff.)

### **3.3.3 MADRS-S: depression**

MADRS var ett kliniskt mätinstrument för depression. MADRS-S var den självskattande versionen av MADRS, med nio frågor om depressiva symtom (Svanborg och Åsberg 2001, s. 210). Frågorna gav mellan 0 och 6 poäng. Maxpoängen var 54 poäng och totalpoängen räknades ut genom att addera frågornas svars-poäng. En högre poäng ifrån MADRS-S indikerade svårare depression (Uppdrag psykisk hälsa 2018, s. 2). Gränsvärdena för MADRS-S var; 0-11 poäng ej deprimerad, 12-20 mild depression, >20 hög sannolikhet för egentlig depression om tillståndet varat mer än två veckor, och >40 inläggning på psykiatrisk klinik bör övervägas (ibid, s. 3). Frågorna baserades på känslorna under de tre senaste dagarna.

MADRS hade god interbedömarreliabilitet mellan expertskattning och självskattning (Montgomery & Åsberg 1979, s. 384). MADRS-S hade hög korrelation ( $r=0.87$ ) och gav likvärdiga resultat med det validerade självskattningstestet The Beck Depression Inventory (Svanborg och Åsberg 2001, s. 205 ff.).

### **3.3.4 PSS-10: stress**

Självskattningsenkäten PSS-10 undersökte stress och baserades på erfarenheter senaste månaden. Totalpoängen var mellan 0 till 40 där en högre poäng innebar en hög nivå av stress. PSS-10 visades ha god interbedömarreliabilitet och god validitet. (Nordin & Nordin 2013, s. 503 ff.)

Frågorna handlade om positiva och negativa erfarenheter. Frågorna som handlade om positiva erfarenheter behövde omvändas vid uträkning. För den längre versionen PSS-14 räknades

poängen ihop så att de omvända frågorna ändrades till 0=4, 1=3, 2=2 och 3=1. (Cohen, Kamarck & Mermelstein 1983, s. 387). För PSS-10 var frågorna 4, 5, 7, och 8 omvända, därför hade poängen för dessa räknats om för att kunna göra analys, som beskrivet för PSS-14.

### **3.4 Tillvägagångssätt enkät**

Utifrån enkätsvaren jämfördes två grupper, vilket betydde att studiedesignen var en tvärsnittsstudie. Enkäten pilottestades av två personer för att utvärdera tidsåtgång och tydlighet. Från pilottestning uppskattades enkäten ta 10-15 minuter att fylla i. Enkäten var öppen mellan 12 december 2018 och 21 januari 2019.

Kvinnojurer mailades länk till enkäten samt information om undersökningen och hantering av personuppgifter. De som var intresserade utav att delta vidarebefordrade mailet till kvinnor som hade kontakt med kvinnojouren eller bodde på skyddat boende. Kvinnorna hade då möjlighet att via länken fylla i enkäten på dator eller mobil.

För att hitta grupperna på Facebook användes sökord som "Kvinnojour", "Utsatta kvinnor", "Stöd kvinnor", "Hjälp kvinnor", "Kvinnor kris", "Kvinnor support", "Misshandel kvinnor" och "Våld i nära relationer". Grupperna var stödgrupper för kvinnor och stödgrupper för våld i nära relationer. Gruppernas administratörer kontaktades via meddelande på Facebook med information om enkäten, uppsatsen och hantering av personuppgifter. Administratören avgjorde själv om enkäten delades i gruppen eller inte. Totalt kontaktades nio grupper. Enkäten lades upp i åtta grupper. Grupperna varierade i antal medlemmar; från 45 till omkring 1700.

### **3.5 Tillvägagångssätt statistisk analys**

Deltagarna delades in i kategorierna fysisk aktiv eller ej fysiskt aktiv utefter aktivitetsminuterna de angett på Socialstyrelsens frågor. Gränsvärdet som användes var 150 aktivitetsminuter i veckan, enligt rekommendationer från FYSS (Jansson, Hagströmer & Andersson 2016, s. 2). De som uppnådde minst 150 minuter klassades som fysiskt aktiva, dessa registrerades som en etta i IBM SPSS version 24 (SPSS). De som hade 149 aktivitetsminuter eller lägre klassades som ej fysiskt aktiva, dessa registrerades som en tvåa i SPSS.

Variabler matades in i SPSS. Variablerna var svaren på samtliga frågor i enkäten, samt klassifikationen "1" eller "2" om de var fysiskt aktiva eller ej fysiskt aktiva. Totalpoängen för PCL-5, MADRS-S och PSS-10 räknades ut från den insamlade datan. Detta gjordes i excel. Samtliga totalpoäng för varje respondent lades därefter in i SPSS. Analys av datan gjordes i SPSS. Frekvenstabeller och histogram för; ålder, stad, kontakt med jourhem, erfarenhet av intimt partnervåld, skyddat boende och totalpoängen för PCL-5, MADRS-S och PSS-10 togs fram för att utvärdera om datan var normalfördelad. Frekvenstabellerna togs fram via SPSS funktioner "Analyze", "Descriptive statistics" och "Frequencies". Utifrån histogram bedömdes datan för PCL-5, MADRS-S och PSS-10 totalpoäng vara normalfördelad. Med anledning av att datan var normalfördelad genomfördes oberoende T-test. Testet utfördes för att upptäcka eventuella skillnader mellan grupperna fysiskt aktiva och ej fysiskt aktiva. Skillnader som analyserades var (1) PCL-5 totalpoäng, (2) MADRS-S totalpoäng och (3) PSS-10 totalpoäng. Även skillnader för de enskilda frågorna från varje enkät del om psykisk hälsa analyserades. Oberoende T-test genomfördes via SPSS funktioner "Analyze", "Compare Means", "Independent-Samples T Test" och "Sig.". SPSS användes för att ta fram diagram med felstaplar för medelvärdena av totalpoängen.

Graden av PTSD, depression och stress utvärderades ifrån totalpoängen på enkät delarna. De enskilda frågorna i enkät delarna utvärderade symtomen för PTSD, depression och stress.

### **3.6 Litteratursökning**

Litteratursökningen genomfördes på Google Scholar, Web of Science, Pubmed samt Diva. Se bilaga 1.

### **3.7 Etik**

Enkäterna besvarades anonymt och deltagande i undersökningen var valfritt. De som fick mailet med enkäten avgjorde själva om de ville besvara den eller inte. Inga personuppgifter behövde anges för att besvara enkäten.

Frågorna i PCL-5, MADRS-S och PSS-10 var valfria, på så sett kunde deltagarna avstå frågor som upplevdes betungande. Valfria frågor valdes för att minska bortfall. Enkäterna kunde skickas in utan att hela besvarats, och det blev enbart bortfall för den enkät del som saknade svar. Möjligen ökade det sannolikheten för fler respondenter. I kontrast skulle en del inte delta om samtliga frågor var obligatoriska. Frågorna gällande fysisk aktivitet behövde besvaras på

grund av frågeställningen, jämförelsen kunde ej genomföras utan kunskap om respondenternas fysiska aktivitetsvanor. Därför var dessa obligatoriska.

## 4. Resultat

### 4.1 Bortfall

Två stycken enkätsvar analyserades inte då dessa två respondenter ej erfarit intimt partnervåld och därmed inte tillhörde målgruppen.

Frågorna “Har du varit i kontakt med en kvinnojour? I så fall, när?” och “Har du erfarenhet av en partner-relation med antingen psykiskt/fysiskt/sexuellt/ekonomiskt våld? I så fall, när?” hade två bortfall på grund av att de lades till efter två enkätsvar samlats in.

Bortfall för respektive enkät del presenteras i samband med resultatet för den enkät delen.

### 4.2 Målgrupp

Från enkätens svar delades kvinnorna in i ålderskategorier som författarna förbestämt. Kategorierna var; 18 eller yngre, 19-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 eller äldre.

Tabell 1 – Ålder

	18 år eller yngre	19-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70 år eller äldre
<b>Antal</b>	1	17	24	38	15	1	1
<b>Procent</b>	1	17,5	24,7	39,2	15,5	1	1

Tabell 2 - Vilken typ av stad bor du i?

	Storstad	Småstad	Vill ej svara
<b>Antal</b>	29	59	9
<b>Procent</b>	29,9	60,8	9,3

Tabell 3 - Har du varit i kontakt med en kvinnojour? I så fall, när?

	Ja, för nuvarande	Ja, inom det senaste året	Ja, men inte inom det senaste året	Nej aldrig
<b>Antal</b>	7	19	36	33
<b>Procent</b>	7,2	19,6	37,1	34

Tabell 4 - Har du erfarenhet av en partner-relation med antingen psykiskt/fysiskt/sexuellt/ekonomiskt våld? I så fall, när?

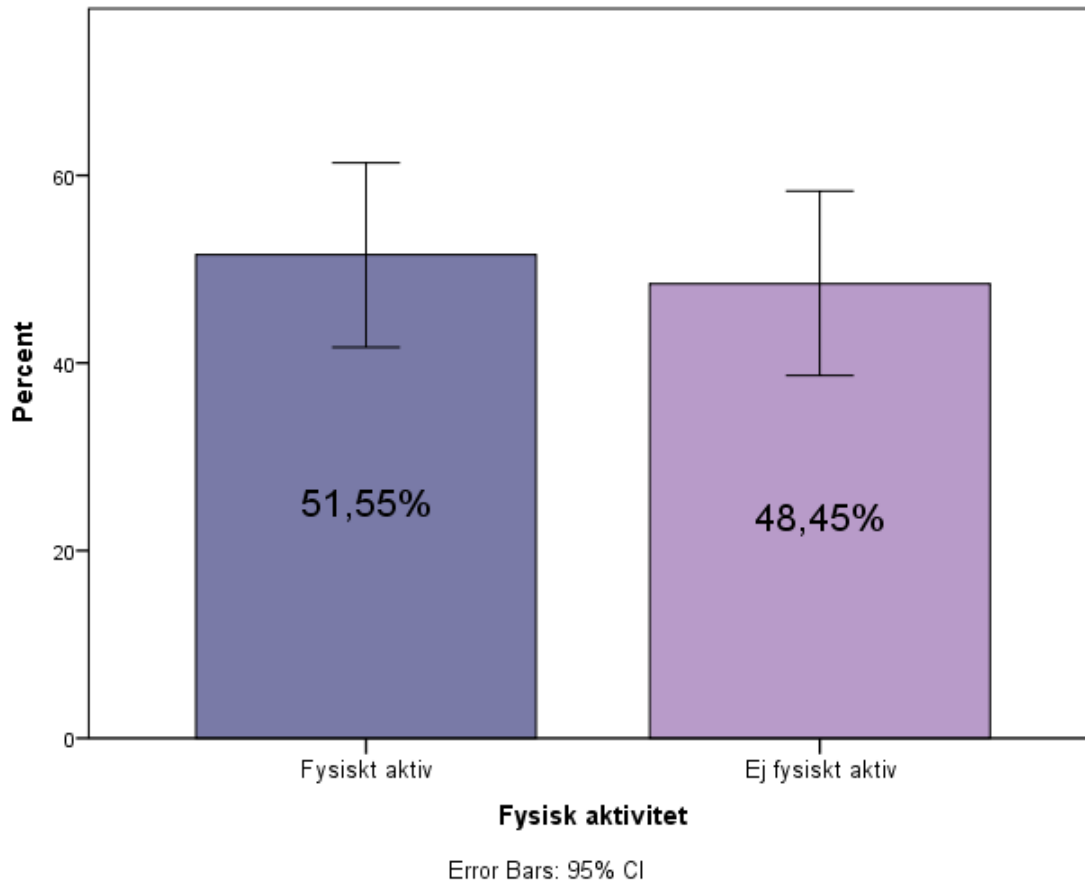
	Ja, för nuvarande	Ja, inom det senaste året	Ja, men inte inom det senaste året	Nej aldrig
<b>Antal</b>	14	18	63	0
<b>Procent</b>	14,4	18,6	64,9	0

Tabell 5 - Bor du för nuvarande, eller har du inom det senaste året bott på skyddat boende?

Skyddat boende	Ja	Nej	Vill ej svara
Antal	11	81	5
Procent	11,3	83,5	5,2

### 4.3 Fysisk aktivitet

Av de 97 kvinnorna som svarade på enkäten var 50 stycken fysiskt aktiva och 47 stycken nådde ej upp till rekommendationerna 150 minuter per vecka. Felstaplarna visade konfidensintervallet som var 95 procent.



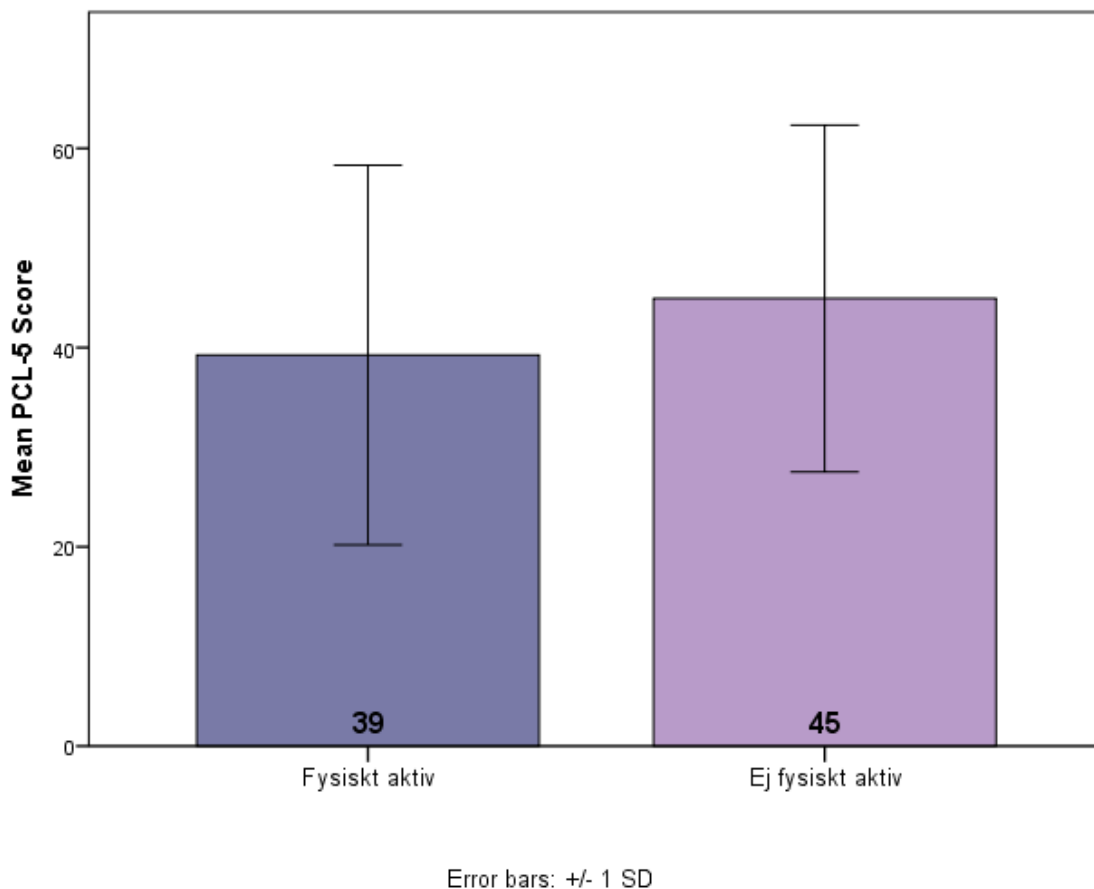
Figur 1 – Fördelning fysiskt aktiva och ej fysiskt aktiva

#### 4.4 PCL-5: PTSD

För PCL-5 totalpoäng användes 48 stycken svar från fysiskt aktiva och 44 stycken svar från ej fysiskt aktiva till analysen. Det var 5 bortfall på grund av ofullständiga enkätsvar.

Medelvärdet på PCL-5 poäng för de fysiskt aktiva var 39.3. Medelvärdet på PCL-5 poäng för de ej fysiskt aktiva var 44.9.

Oberoende t-test hade p-värde 0.14. Felstaplarna visade standardavvikelsen vilket var 19.1 för de fysiskt aktiva och 17.4 för ej fysiskt aktiva.



Figur 2 – Medelvärde PCL-5 avrundat till heltal

För fråga 8 “Problem att komma ihåg viktiga delar av den stressfyllda erfarenheten?” var p-värdet <0.02. Detta visade en signifikant skillnad mellan grupperna.

Tabell 6 – Fråga 8 på PCL-5

Fråga 8 PCL-5	Antal respondenter	Medelvärde	Standardavvikelse
Fysiskt Aktiv	49	1.5	1.3
Ej fysiskt aktiv	47	2.2	1.2



För fråga 12 “Förlust av intresse i aktiviteter som du brukade njuta av?” var p-värdet <0.05. Detta visade en signifikant skillnad mellan grupperna.

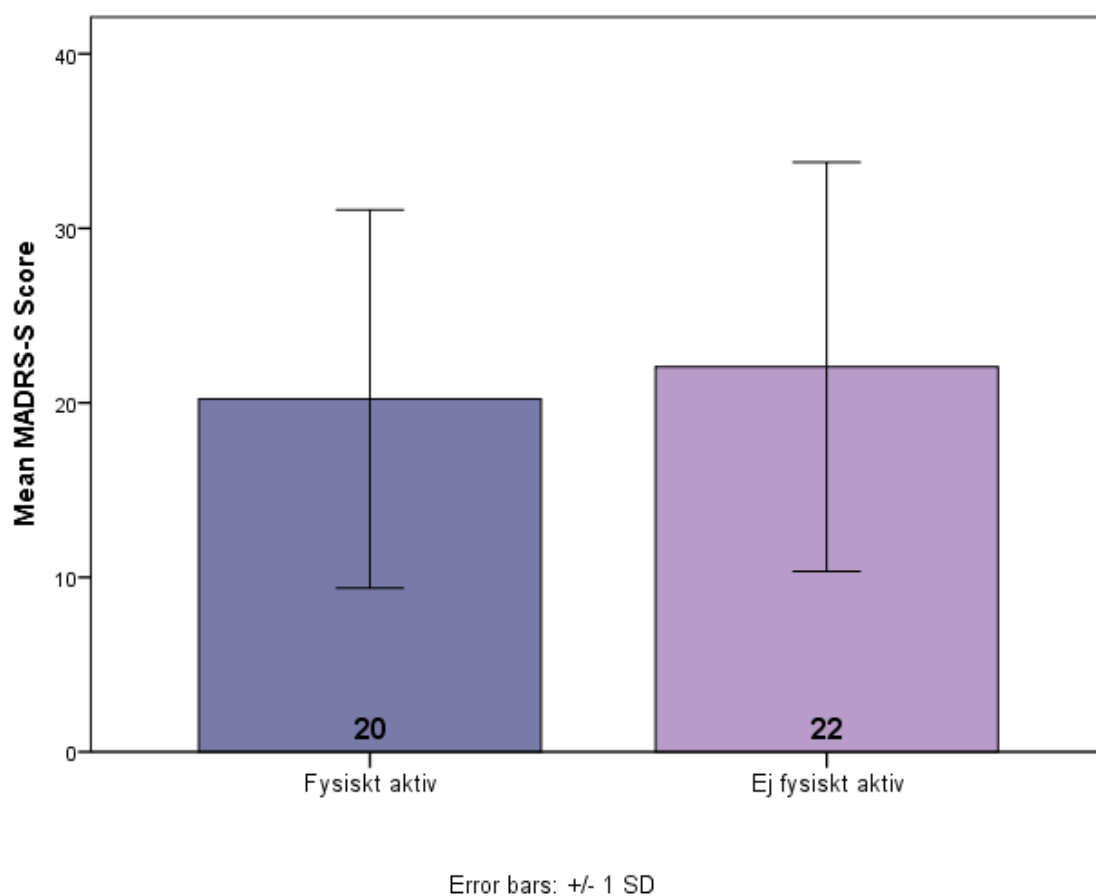
Tabell 7 – Fråga 12 på PCL-5

<b>Fråga 12 PCL-5</b>	<b>Antal respondenter</b>	<b>Medelvärde</b>	<b>Standardavvikelse</b>
<b>Fysiskt Aktiv</b>	49	2	1.4
<b>Ej fysiskt aktiv</b>	47	2.6	1.3

## 4.5 MADRS-S: depression

För MADRS-S totalpoäng analyserades 49 stycken enkätsvar för fysiskt aktiva och 45 stycken för ej fysiskt aktiva. Medelvärdet på MADRS-S poäng var 20.2 för fysiskt aktiva. För ej fysiskt aktiva var medelvärdet 22.1. Båda medelvärdena klassades som “hög sannolikhet för egentlig depression om tillståndet varat mer än två veckor” enligt gränsvärdena.

Oberoende t-test visade p-värde 0.43. Det var tre bortfall på MADRS-S totalpoäng på grund av ofullständiga enkätsvar. Felstaplarna visade standardavvikelsen, vilket var 10.8 för fysiskt aktiva och 11.7 för ej fysiskt aktiva.

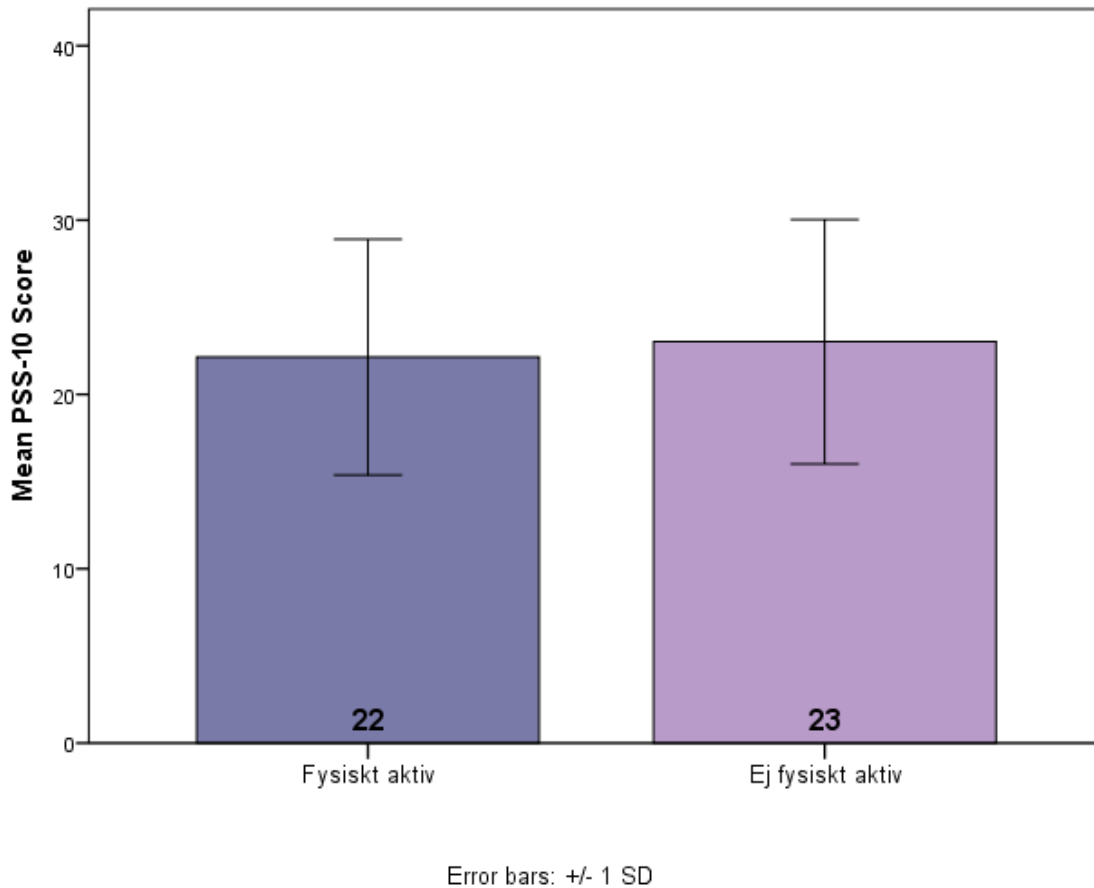


Figur 3 – Medelvärde MADRS-S avrundat till heltal

## 4.6 PSS-10: stress

För analys av totalpoängen på PSS-10 användes 50 stycken svar från fysiskt aktiva och 47 stycken svar från ej fysiskt aktiva. Det var noll bortfall på PSS-10. Medelvärdet för de fysiskt aktiva var 22.1. Medelvärdet för de som var ej fysiskt aktiva var 23.

Oberoende t-test hade p-värde 0.53. Felstaplarna visade standardavvikelsen vilket var 6.7 för de fysiskt aktiva och 7 för ej fysiskt aktiva.



Figur 4 – Medelvärde PSS-10 avrundat till heltal

För fråga 2 “Känt att du var oförmögen att kontrollera de viktiga sakerna i ditt liv?” var p-värdet <0.05, vilket var en signifikant skillnad mellan grupperna.

Tabell 8 – Fråga 2 på PSS-10

Fråga 2 PSS-10	Antal respondenter	Medelvärde	Standardavvikelse
Fysiskt Aktiv	50	2.2	1.2
Ej fysiskt aktiv	47	2.7	1

## **5. Diskussion**

### **5.1 Frågeställningar**

Studiens syfte var att undersöka om psykisk ohälsa var mindre förekommande hos kvinnor som erfarit intimt partnervåld och var fysiskt aktiva jämfört med de som ej var fysiskt aktiva. Graden av PTSD, depression och stress utvärderades utifrån totalpoängen från respektive enkät del. Inga signifikanta skillnader fanns mellan grupperna och graden av PTSD, depression eller stress. De höga standardavvikelseerna innebar att resultatet för totalpoäng hade stor spridning, det betydde att de enskilda värdena kunde vara långt ifrån medelvärdet. Både fysiskt aktiva och ej fysiskt aktiva hade fått låga och höga resultat på samtliga totalpoäng. Om det fanns en skillnad mellan gruppen fysiskt aktiva och ej fysiskt aktiva verkade det vara PTSD som skiljde sig, där gruppen fysiskt aktiva skattade en lägre grad av PTSD. Utifrån denna enkätundersökning kunde det möjligen finnas en skillnad där fysisk aktivitet verkade spela lite eller ingen roll i samband med graden av PTSD. Psykisk ohälsa var inte mindre förekommande hos fysiskt aktiva kvinnor som erfarit intimt partnervåld, jämfört med ej fysiskt aktiva kvinnor som erfarit intimt partnervåld. Tre frågor visade signifikanta skillnader mellan grupperna. För dessa frågor hade gruppen fysisk aktiva lägre medelvärde än gruppen ej fysiskt aktiva. Skattningen av dessa egenskaper och symtom var lägre hos fysiskt aktiva kvinnor. Gruppen fysiskt aktiva kunde sägas lida mindre av svårigheter att minnas, och i mindre grad uppleva; förlust av intresse för aktiviteter de gillar och svårighet att kontrollera viktiga saker i sina liv.

### **5.2 PTSD**

Powers et al. menade att kombinationen av terapi och träning gav något bättre effekt på symtom av PTSD än endast terapi (2015, s. 320). Eftersom reduceringen av symtom skiljde sig lite mellan grupperna, om något större reducering för dem med träning (ibid), stod troligtvis terapin för den största effekten. Det var en liten pilotstudie, men den kunde tolkas som att fysisk aktivitet hade en liten effekt i kombination med terapi, och att endast terapi hade näst intill lika god effekt. Enkätundersökningen som genomfördes av författarna visade ingen signifikant skillnad mellan grupperna för totalpoängen på PCL-5, men p-värdet var 0.14. Detta kunde betyda att en skillnad förelåg men som inte visades i resultatet på grund av typ-2 fel; att resultaten möjligen varit signifikant om antalet respondenter varit fler. PCL-5 var den enkät del där medelvärdena skiljde sig mest mellan grupperna. Skillnaden i medelvärdena var 5,7 poäng för PCL-5, jämfört med 1.9 på MADRS-S och 0.9 poäng på PSS-10.

I PCL-5 fanns även två enskilda frågor med signifikant skillnad mellan grupperna. Frågorna gällde problematik att minnas det stressfulla som skett och att inte längre njuta av aktiviteter som personen brukade njuta av, se bilaga 2. Medelvärdena skiljde sig mellan grupperna med 0.6 på både fråga 8 och 12. Frågorna behandlade symtomklustret; "Negativa förändringar i emotioner och sinnesstämningar" (Sveen, Bondjers & Willebrand 2016, s. 2). Utifrån frågornas medelvärden verkade det som att fysisk aktivitet kunde påverka detta symtomkluster. Bland kvinnor som bodde på skyddat boende rapporterades koncentrationssvårigheter (Karakurt, Smith & Whiting 2014, s. 698 f.). Fysisk aktivitet kunde möjligen, utifrån den signifikanta skillnaden på fråga 8, bidra till mindre förekomst av koncentrationssvårigheter till exempel minnessvårigheter. P-värdet på fråga 8 var  $<0.02$  vilket var det lägsta p-värdet av de tre enskilda frågorna som visade signifikans. Därmed var det liten risk att slumpen påverkade resultatet; att de fysiskt aktiva kvinnorna hade bättre förmåga att minnas den stressfyllda erfarenheten. Förbättrad självkänsla och självförtroende i samband med fysisk aktivitet uttrycktes av en del kvinnor på kriscenter för våldtäkt (Smith-Marek et al. 2018, s. 1770). Möjligtvis bidrog självkänsla och självförtroende till den signifikanta lägre skattningen på fråga 12 av fysiskt aktiva kvinnor. Frågan handlade om förlust av intresse av aktiviteter som en person vanligtvis njuter av. Gruppen fysiskt aktiva kvinnor kunde ha haft bättre självförtroende. Fysisk aktivitet och självförtroendet, som verkade kunna vara en positiv följd, påverkade möjligen kvinnorna att våga mer, och fortsätta delta i aktiviteter och intressen. Samt att de fortsatte uppleva glädje för dessa. För fråga 12 var p-värdet  $<0.05$  vilket betyder att det var en liten risk att resultatet var en slump.

### **5.3 Depression**

Medelvärdet för MADRS-S var 20.2 för fysiskt aktiva och 22.1 för ej fysiskt aktiva. Medelvärdet för båda grupperna låg inom kategorin "hög sannolikhet för egentlig depression om tillståndet varat mer än två veckor" vilket tydde på att båda grupperna möjligen led av egentlig depression. Däremot frågade MADRS-S efter mående de senaste tre dagarna, och det kunde därför inte konstateras att individerna mådde dåligt under mer än två veckor. Det kunde diskuteras om fysisk aktivitet var mer effektivt än terapi eller medicinering vid lindring av depression (Cooney et al. 2013, s. 33). Då inga skillnader i graden av depression hittades mellan fysiskt aktiva och ej fysiskt aktiva i våra resultat kunde det styrka tidigare evidens.

## 5.4 Stress

Stressrelaterade symtom verkade kunna påverkas positivt av fysisk aktivitet, men att fysisk aktivitet minskade stress som helhet fanns det ingen god evidens för (Jonsdottir & Lindegård Andersson 2016, s. 1 ff.). Författarnas enkätundersökning fann inte signifikanta skillnad för graden av stress i förhållande till fysisk aktivitet. PSS-10 var den enkätindel som visade minst skillnad mellan grupperna, där skillnaden i medelvärdet av totalpoängen var mindre än en poäng.

På PSS-10 fråga 2 fanns signifikant skillnad mellan grupperna. Frågan gällde förmågan att kontrollera viktiga saker i sitt liv, se bilaga 2. P-värdet var  $<0.05$ , vilket innebar att det var liten sannolikhet att resultatet berodde på slumpen. Fysisk aktivitet hade setts förbättra känslan av att kunna bemästra situationer (Martinsen et al. 2016, s. 6), vilket kunde kopplas till egenskapen att kontrollera viktiga saker i sitt liv. Från intervjuer uttryckte fyra kvinnor, som befann sig på kriscenter för våldtäkt, att träningen gav dem känsla av trygghet (Smith-Marek et al. 2018, s. 1697). En koppling skulle kunna ses mellan att känna sig trygg och att uppleva kontroll i livet, vilket kunde relateras till fråga 2 på PSS-10. Resultatet visade att de kvinnor som var fysiskt aktiva upplevde mindre svårighet att kontrollera viktiga saker i livet jämfört med ej fysiskt aktiva.

## 5.5 Etik

Enkäten var anonym för att kvinnorna skulle våga och vilja svara. Ett etiskt dilemma uppstod kring svar som indikerade suicidala tankar och tillkännagav att erfarenheten av intimt partnervåld var pågående. På MADRS-S fråga 9, se bilaga 2, svarade en procent alternativet "Jag är egentligen övertygad om att min enda utväg är att dö, och jag tänker mycket på hur jag bäst skall gå tillväga för att ta mitt eget liv.". Detta var en andel som mådde påfallande psykiskt dåligt till graden att de hade allvarliga suicidala tankar. Att ange det alternativet signalerade behov av stöd och professionell hjälp, men på grund av anonymiteten kunde författarna inte förmedla hjälp. Liknande dilemma gällde de 14.4 procent som uppgav sig vara i en relation med intimt partnervåld "Ja, för nuvarande". Dessa var säkerligen också i behov av hjälp och stöd, men anonymiteten som användes för att öka chansen för hög svarsfrekvens hindrade författarna från att kunna identifiera kvinnorna och erbjuda information och stöd. Anonymiteten var ett etiskt problem när det gällde dessa resultat. I studier som kan uppfattas etiskt problematiska, kan syftet bedömas utifrån risk och nytta. Det vill säga vad fördelarna är med att studien genomförs, jämfört med nackdelarna och riskerna av att den genomförs för

deltagarna. Dilemmat i denna undersökning kan resoneras utifrån risk och nytta, där det kan diskuteras vilket som väger tyngst. Det är en viktig målgrupp att undersöka, där anonymiteten troligen är en viktig aspekt för att kunna inhämta respondenter. Samtidigt är det viktigt att de har möjlighet till hjälp, och där hindrar anonymiteten den möjligheten. Förhoppning finns att stödgrupperna på Facebook ger socialt stöd och hjälp. Frågan "Har du varit i kontakt med en kvinnojour? I så fall, när?" kan ha väckt reflektion hos kvinnor som inte haft kontakt med en kvinnojour men som för nuvarande, eller nyligen, upplevt våld i nära relation.

Förhoppningsvis kunde reflektion från den frågan fått dem att överväga kontakt med en kvinnojour. På så vis kunde enkäten förmedla kunskap och påminnelse om att hjälp finns att få på jourer, och motverka att hjälp uteblir vilket stärkte undersökningens etiska försvarbarhet.

Uppsatsens syfte uppfattades olika av kvinnojournerna, en del uttryckte positivt intresse för att målgruppen undersöktes. Vi mottog god respons i form av förslag till diskussion och synpunkter på syftet och frågeställningarna. Två kvinnojourer ville inte sprida vidare enkäten eftersom de menade att enkäten skuldbelade kvinnorna som inte var fysisk aktiva. I enkäten var frågorna om fysisk aktivitet nummer sex och sju, vilket betydde att om respondenten upplevde anklagelse kunde de välja att avsluta enkäten. Respondenterna fick ta del av enkätens syfte och ämne innan de valde att fylla i den, eftersom informationen stod ovanför enkätlänken, se bilaga 3 och 5. Risken av skuldbeläggning ansågs väga mindre än nyttan av att undersöka målgruppen.

## **5.6 Metodkritik**

Den primära målgruppen; kvinnor i kontakt med kvinnojourer var en svår målgrupp att samla in svar från. En anledning kunde vara tidsbristen hos de som arbetade på kvinnojournerna. Personalen hade begränsad tid på grund av stor arbetsbelastning, samt att många arbetade ideellt, detta uppfattades via mail. Ytterligare anledning till svårigheten var att enkätundersökningen pågick under period med röda dagar (jul och nyår). Under denna period verkade många kvinnojourer ha begränsad bemanning. Som konsekvens uteblev svar på mail och enkäten kunde inte spridas.

Enkäten var på svenska vilket begränsade respondenterna. En kvinnojour påpekade via mail att enligt erfarenhet var svenska kvinnor vanligtvis mer fysiskt aktiva än kvinnor med annan bakgrund. Sociala faktorer kan påverka hälsan, en sådan faktor kan anses vara etnicitet.

Sociala faktorer som begränsar fysisk aktivitet kan vara miljö och ekonomi. Långvarigt stillasittande kan påverka hälsan negativt (Wennberg et al. 2016, s. 3) och regelbunden fysisk aktivitet kan påverka hälsan positivt (Jansson, Hagströmer & Anderssen 2016, s. 2). Därför kan det tänkas att fysisk aktivitet är en bestämningfaktor för hälsa. Att ha ofördelaktiga sociala faktorer för regelbunden fysisk aktivitet kan resultera i otillräcklig fysisk aktivitet som påverkar hälsan negativ. Det kan varit som det uttrycktes i mailet; att kvinnor av annan etnicitet än svensk rör på sig mindre. Förekomsten av psykisk ohälsa och antalet ej fysiskt aktiva hade möjligen ökat om enkäten varit på ett annat språk, till exempel engelska. Eftersom kvinnor som endast var svensktalande besvarade enkäten gick en del av målgruppen förlorad. Svar från kvinnor som inte kunde svenska hade stärkt målgruppens variation och ökat generaliserbarheten. Resultatet begränsades av detta, då resultatet endast gällde svensktalande kvinnor.

Nackdelen med kvantitativ metod var att viss information troligen gick förlorad. Enkäten gav inte utrymme för individuella upplevelser och berättelser. Möjligen fanns positiva effekter av träning eller vardagsmotion som kvinnorna själva upplevde, men som de inte hade möjlighet att uttrycka i enkäten eftersom det var slutna svarsalternativ. Positiva förändringar på självförtroendet har setts i samband med träning hos vuxna kvinnor (Weinberg & Gould 2015, s. 413). Martinsen et al. menade att fysisk aktivitet förbättrade självförtroende, självkänsla och känslan av att kunna bemästra situationer, och att dessa förbättringar kunde lindra depression (2016, s. 6). Självförtroende och liknande faktorer hade möjligtvis framkommit mer i kvalitativt metodval. En del frågor i författarnas enkätundersökning bemötte liknande känslor och egenskaper, men inte utförligt. Eftersom dem inte berördes i sin helhet kunde skillnad ha funnits mellan grupperna.

En styrka var de många enkätsvaren från en målgrupp som inte var välundersökt och kunde vara svår att nå ut till. Troligtvis var anonymiteten en styrka som bidrog till den höga svarsfrekvensen genom en känsla av trygghet. Högt antal respondenter var positivt för generaliserbarhet. Eftersom målgruppen inkluderade ett högt antal respondenter, ökade chansen för att varierande grad och symtom av psykisk ohälsa representerades. Därav kunde resultatet sägas gälla för svensktalande kvinnor som erfarit intimt partnervåld, främst i åldrarna 19-59 år och som bodde i småstäder.



Enkät svar från två kvinnor som inte tillhörde målgruppen mottogs. Därför var den egenkonstruerade frågan "Har du erfarenhet av en partner-relation med antingen psykiskt/fysiskt/sexuellt/ekonomiskt våld? I så fall, när?" användbar så kvinnor som inte tillhörde målgruppen kunde exkluderas.

Det var positivt att undersökningen inkluderade graden av olika psykiska sjukdomar. Enkät delarna hade en del liknande frågor, men de undersökte olika symtom av psykisk hälsa. Analys av samtliga totalpoäng från PTSD, depression och stress gav en helhetsbild av kvinnornas psykiska hälsa.

Resultaten var trovärdiga eftersom fördelning av fysiskt aktiva och ej fysiskt aktiva var jämn; 51.6 procent respektive 48.5 procent. Att datan var normalfördelad innebar att selektionsbias undvikits. Det kunde tänkas att kvinnornas livssituation skulle vara orsak till att de generellt inte var fysiskt aktiva, särskilt de som hade en pågående relation med intimt partnervåld. De som utförde mycket och lite vardagsmotion, samt mycket och lite träning, representerades. Fördelning av enkät delarnas totalpoäng var jämn; både kvinnor som skattade mycket och lite symtom på sjukdomarna besvarade enkäten. Dessa jämna fördelningar ökade tillförlitligheten vid analys. Jämförelsen mot deras aktivitetsvanor var representerbar för fysiskt aktiva och ej fysiskt aktiva. Att det inte fanns signifikanta skillnader på totalpoängen var troligt eftersom dem som mådde psykiskt dåligt, psykiskt bra och däremellan representerades.

### **5.6.1 Felkällor**

En möjlig felkälla var miljön på skyddat boende, som kan ha påverkat den psykiska hälsan negativt. Detta till följd av sociala faktorer som fysisk omgivning och geografi. Den geografiska platsen för boendet var troligen inte självvald av kvinnorna, och förmodligen var lägenheten inte inredd med egna möbler. Säkerhetsdörrar, kameraövervakning och larm kan förekomma på skyddat boende (Rättshjälp 2018-06-22), vilket kunde vara en trygghet. Eftersom oro och ångest finns närvarande, är skyddat boende ingen långsiktig lösning (ibid). Dålig trivsel till följd av stämningen på boendet kunde ha lett till fortsatt psykisk ohälsa. Att leva på skyddat boende kunde tänkas vara ensamt och isolerande. Isolering kan leda till depression (WHO 2013a, s. 24 f.), samt ett omvänt samband kunde tänkas förekomma. Känsla av isolering ökade troligen om boendets adress inte fick lämnas ut, då kunde kvinnan inte ta emot besökare (Rättshjälp 2018-06-22). För att kvinnan ska känna trygghet i samhället krävs det att våldsföraren sätts i fängelse (ibid). Att våldsföraren gick fri kunde ha

påverkat kvinnorna till att stanna inne på boendet vilket kunde begränsat möjligheterna för fysisk aktivitet. Respondenter som bodde på skyddat boende kunde gett missvisande resultat. För det första, för att den ångestladdade miljön på boendet bidrog till högre skattningar på enkätdelarna än vad som hade förekommit om de fortfarande bott hemma. Detta kunde tänkas beröra framförallt kvinnor som vistades på boendet en längre tid. För det andra, för att kvinnorna på boendet hade mindre möjlighet till fysisk aktivitet. En jour uttryckte via mail att fysiskt aktiva kvinnor hade svårt att fortsätta vara aktiva efter inflyttning till skyddat boende. Svårigheterna kunde vara många, till exempel om flytten innebar en ny stad och träningen tidigare utförts på anläggning i hemstaden. Jouren menade också att rädsla kunde förekomma av att befinna sig i en okänd miljö. Praktiska hinder kunde förekomma; träningsvänner, barnpassning, träningsredskap och träningskläder fanns inte alltid tillgängligt på det nya boendet. Möjligen speglades inte kvinnornas egentliga fysiska aktivitetsvanor efter att de flyttat in på skyddat boende. En felkälla kunde ha varit att inkludera både kvinnor som bodde på skyddat boende och de som inte gjorde det, eftersom det skyddade boendet kan ha påverkat till sämre psykisk hälsa samt begränsad möjlighet att vara fysiskt aktiv. Däremot var det 11,3 procent av målgruppen som bodde eller hade bott på skyddat boende närmsta året, därför var de inte välrepresenterade och påverkade troligtvis inte resultatet.

Enligt flera jourer fanns kvinnor som varken hade ork eller vilja att fylla i enkäten. Vilket kunde innebära att det samlats in begränsat med svar från kvinnor med högre grad av psykisk ohälsa. Resultatet kunde därför vara missvisande om dessa besvarade enkäten i mindre grad, och troligen mätte sämre än de som använde Facebook och orkade svara. Det kunde även tänkas att fler kvinnor som ej är fysiskt aktiva undvek att svara på grund av skam. De fysiskt aktiva kunde vara mer benägna att svara eftersom dem troligtvis fann enkäten intressant på grund av ämnet fysisk aktivitet kopplat till psykisk ohälsa. Detta var troligen orsaken till att färre respondenter var ej fysiskt aktiva och fler var fysiskt aktiva. Om de med högre grad av psykisk ohälsa och fler med låga aktivitetsvanor hade deltagit kunde resultatet blivit annorlunda och målgruppen representerat verkligheten bättre.

En kvinnojour uttryckte i mail att många kvinnor de möter inte har tillgång till dator. Kvinnans tillgång till dator och Facebook kunde tänkas begränsas av att relationen med intimt partnervåld var pågående, och om partnern var väldigt kontrollerande. Som följd av detta använde möjligen kvinnan inte dator och Facebook, eller så kan användningen varit begränsad och kontrollerad. Efter den avslutade relationen kan det ha funnits anledning att undvika

Facebook på grund av risken för trakasserier och förföljelse av ex-partnern. Kvinnor som inte använde dator av olika skäl; en kontrollerande partner eller vistelse på skyddat boende, kunde inte inkluderas i målgruppen. Kvinnor som kontrollerades av sin partner kunde tänkas ha högre grad av psykisk ohälsa, eftersom våldet var pågående och kontrollerandet begränsade deras frihet och lycka. Dessa kunde vara anledningar till att Facebook-grupperna inte nådde alla som erfarit intimt partnervåld. Främst undgicks de som levde i en situation där de blev väldigt kontrollerade, eller bodde på skyddat boende och hade begränsad tillgång till dator. Att dessa inte inkluderats i målgruppen kunde ha gett missvisande resultat.

## **5.7 Vidare forskning**

Resultaten på PSS-10 hade minst skillnad mellan grupperna fysiskt aktiva och ej fysiskt aktiva, vilket stärkte tidigare evidens. I kommande studier på målgruppen kan mätning av stress uteslutas på grund av resultaten, och eftersom tidigare underlag var svagt för att fysisk aktivitet reducerar stress.

Fysisk aktivitet verkade inte vara den primära behandlingen som påverkade psykisk ohälsa hos kvinnorna. Individer som mår väldigt psykiskt dåligt, som denna målgrupp, är möjligen inte i behov av fysisk aktivitet som behandling utan terapi eller medicin. Kombination av fysisk aktivitet och annan behandling, som terapi eller medicin, kan tros vara en fungerande behandling av psykisk ohälsa. För vidare forskning föreslås att kombinationen undersöks, för att eventuellt se om fysisk aktivitet ger fördelar när terapi föreligger.

Dessutom hade känslor som självsäkerhet och liknande kunnat förekomma om enkäterna undersökt dessa egenskaper mer utförligt, därav kunde fördelar med fysisk aktivitet föreligga vilket skulle stödja det som del av behandling. Det kan tänkas vara fördelaktigt att inkludera minst en öppen fråga om fördelar och nackdelar med fysisk aktivitet i framtida enkätundersökningar.

## **5.8 Reflektion**

Höga medelvärden för totalpoängen visades på de tre enkätdelarna. Medelvärdena på PCL-5 var omkring 39-45, där maxpoängen var 80. Medelvärdena på MADRS-S var omkring 20-22, där maxpoängen var 54. Medelvärdena på PSS-10 var omkring 22-23, där maxpoängen var 40. Från dessa medelvärden kunde det avläsas att respondenternas generella psykiska hälsa var dålig, oavsett fysiska aktivitetsvanor. Möjligen var det så att den eventuella fördel fysisk

aktivitet bidrog med var för liten för att vara betydelsefull i sig själv. Varje kvinnas fysiska och psykiska hälsa kunde ses som ett glas där vätskan den fylldes med gjorde hälsan sämre, och att skopa ur vätska ur glaset var positivt för hälsan. Generellt hade målgruppen troligen välfyllda glas. Det trauma, skam och orättvisa som kvinnorna genomlidit hade fyllt deras glas ordentligt. Fysisk aktivitet verkade skopa ur en del vätska ur glaset, men troligtvis för lite för att åstadkomma märkbara skillnader på graden av psykisk ohälsa. Troligen kunde denna lilla förbättring ge effekt på enskilda symtom som; förmåga att minnas det stressfyllda som hänt, att kontrollera viktiga saker i sitt liv samt att fortfarande njuta av aktiviteter som personen gillar.

## **5.9 Slutsats**

P-värdet var 0.14 på PCL-5, enkätdelen hade två frågor med signifikant skillnad och skillnaden mellan medelvärdena var störst av enkätdelarna. Vid fler respondenter hade eventuellt en starkare skillnad mellan grupperna visats. Den psykiska sjukdom som var närmast att påvisa en signifikant skillnad var PTSD, där fysiskt aktiva kvinnor eventuellt led mindre av sjukdomen.

Målgruppen kvinnor som erfarit intimt partnervåld hade inte signifikant lägre grad av varken PTSD, depression eller stress om de var fysiskt aktiva. Slutsatsen var att psykisk ohälsa inte var mindre förekommande hos fysiskt aktiva kvinnor som erfarit intimt partnervåld, jämfört med ej fysiskt aktiva kvinnor som erfarit intimt partnervåld.

## 6 Källhänvisning

Bargai, N., Ben-Shakhar, G. & Shalev, A.Y. (2007). Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Battered Women: The Mediating Role of Learned Helplessness. *Journal of family violence*, 22(5), ss. 267-275.

Bennice, J.A., Resick, P.A., Mechanic, M. & Astin, M. (2003). The Relative Effects of Intimate Partner Physical and Sexual Violence on Post-Traumatic Stress Disorder Symptomatology. *Violence and victims*, 18 (1), ss. 87-94

Blevins, C.A., Weathers, F.W., Davis, M.T., Witte, T.K. & Domino, J.L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28, ss. 489-498.

Brown, W.J., Ford, J.H., Burton, N.W., Marshall, A.L. & Dobson, A.J. (2005). Prospective Study of Physical Activity and Depressive Symptoms in Middle-Aged Women. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(4), ss. 265-272.

Campbell, J.C. & Soeken, K. (1999). Women's responses to battering over time: an analysis of change. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(1), ss. 21-40.

Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), ss. 1331-1336.

Campbell, J.C, Jones, A.S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A.C. & Wynne, C. (2002). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162(10), ss. 1157-1163.

Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. (24) ss. 385-396.

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(3), ss. 227-249.

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), ss. 451-457.

Cooney, G.M., Dwan, K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R., McMurdo, M. & Mead, G.E. (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(9) ss .1-157

Enheten för interventions- och implementeringsforskning (2015). *Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen*. Institutet för miljömedicin Karolinska Institutet, ss. 1-64

Folkhälsomyndigheten 2016-11-17. *Fysisk aktivitet*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/fysisk-aktivitet/> [2019-01-15]

Folkhälsomyndigheten 2019-01-07. *Statistik över vuxnas psykiska hälsa*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/vuxnas-psykiska-halsa/> [2019-01-28]

Forslund, K. *Forskningsstudie om validering av indikatorfrågor till patienter om fysisk aktivitet*.

[http://www.hfsnatverket.se/static/files/1185/forskningsstudie\\_validering\\_av\\_indikatorfragor\\_till\\_patienter\\_om\\_fysisk\\_aktivitet.pdf](http://www.hfsnatverket.se/static/files/1185/forskningsstudie_validering_av_indikatorfragor_till_patienter_om_fysisk_aktivitet.pdf) [2019-01-28]

FYSS. *FYSS – vägen till bättre folkhälsa*.

<http://www.fyss.se/om/det-har-ar-fyss/> [2019-02-14]

Hagströmer, M., Wisén, A. & Hassmén, P. (2016). *Bedöma och utvärdera fysisk aktivitet*.

FYSS-kapitel BEDÖMA OCH UTVÄRDERA FYSISK AKTIVITET ss. 1-22. Stockholm: Läkartidningen förlag AB

Jansson, E., Hagströmer, M. & Anderssen, A. (2016). *Rekommendationer om fysisk aktivitet för vuxna*. FYSS-kapitel FYSISK AKTIVITET FÖR VUXNA ss. 1-16. Stockholm: Läkartidningen förlag AB

Jonsdottir, I.H. & Lindegård Andersson, A. (2016). *Stress och fysisk aktivitet*. FYSS-kapitel STRESS ss. 1-9. Stockholm: Läkartidningen förlag AB

Jonsdottir, I.H. & Lindegård Andersson, A. (2016). Stress och fysisk aktivitet. FYSS-kapitel STRESS ss. 1-9. Stockholm: Läkartidningen förlag AB Citerar Yang, P.Y., Ho, K.H., Chen, H.C., Chien, M.Y. (2012). Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 58(3)

Karakurt, G., Smith, D. & Whiton, J. (2014). Impact of Intimate Partner Violence on Women's Mental Health. *Journal of Family Violence*, 29(7), ss. 693-702.

Karakurt, G., Smith, D. & Whiton, J. (2014). Impact of Intimate Partner Violence on Women's Mental Health. *Journal of Family Violence* 29(7) ss. 693-702. Citerar Mertin, P. G. & Mohr, P. B. (2001). A follow up study of post traumatic stress disorder, anxiety, and depression in Australian victims of domestic violence. *Violence and Victims*, 16(6), ss. 645–653.

Karakurt, G., Smith, D. & Whiton, J. (2014). Impact of Intimate Partner Violence on Women's Mental Health. *Journal of Family Violence*, 29(7), ss. 693-702. Citerar Straus, M. A. & Smith, C. (1993). Family patterns of primary prevention of family violence. *Trends in health care, law & ethics*. 8(2) ss. 17-25

Karolinska Institutet Svensk MeSH. *Battered women- Misshandlande kvinnor*  
<https://mesh.kib.ki.se/term/D018585/battered-women> [2018-11-26]

Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization. ss. 1-346

Leander, K., Berlin, M., Danielsson, M., Eriksson, A., Gillander Gådin, K., Hensing, G., Krantz, G. & Swahnberg, K. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Socialstyrelsen ss. 1-450

Letourneau, E.J., Holmes M. & Chasendunn-Roark, J. (1999). Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Womens Health Issues*, 9(2), ss. 115-120.

Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J. & Kalliokoski, A.M. (2001). Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige - en omfångsundersökning. *Brottsoffermyndigheten; Uppsala Universitet* ss. 1-140

Martinsen, E.W., Hovland, A., Kjellman, B., Taube, J. & Andersson, E. (2016). *Fysisk aktivitet vid depression*. FYSS-kapitel DEPRESSION, ss. 1-11. Stockholm: Läkartidningen förlag AB

Montgomery, S.A. & Åsberg, M. (1979). A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 134, ss. 382-389.

Nationalencyklopedin. *Kvinnojour*.

<https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/kvinnojour> [2018-11-22]

Nordin, M. & Nordin, S. (2013). Psychometric evaluation and normative data of the Swedish version of the 10-item perceived stress scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(6), ss. 502-507.

Olsson, J.G., Ekblom, Ö., Andersson, E., Börjesson, M. & Kallings, L.V. (2016). *Categorical answer modes provide superior validity to open answers when asking for level of physical activity: A cross-sectional study*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(1) ss. 70-76

Parekh, R. (2017). *What is Posttraumatic Stress Disorder?*

<https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd> [2019-01-15]

Pico-Alfonso, M.A. (2005). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(1), ss. 181–193.

Pico-Alfonso, M.A. (2005). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*,



29(1). ss. 181–193. Citerar Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), ss. 99–132.

Pico-Alfonso, M.A. (2005). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(1). ss. 181–193. Citerar Woods, S.J. (2000). Prevalence and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and postabused women. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(3), ss. 309–24.

Powers, M.B., Medina, J.L., Burns, S., Kauffman, Y.B., Monfils, M., Asmundson, G.J.G., Diamond, A., McIntyre, C. & Smits, J.A.J. (2015). Exercise Augmentation of Exposure Therapy for PTSD: Rationale and Pilot Efficacy Data. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44 (4), ss. 314–327.

Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige. (a). *Hitta en jour*.

<https://www.roks.se/hittaenjour> [2019-01-15]

Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige. (b). *Psykisk misshandel*.

<https://www.roks.se/har-finns-kunskap/psykisk-misshandel> [2019-01-17]

Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige. (c) *Ta makten över kvinnans ekonomi*.

<https://www.roks.se/har-finns-kunskap/ta-makten-over-kvinnans-ekonomi> [2019-01-17]

Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige. (d) *Vad är en kvinnojour?*

<https://www.roks.se/kontakta-en-jour/vad-ar-en-kvinnojour> [2019-01-15]

Rättshjälp (2018-06-22) *Vad innebär skyddat boende?* <http://www.xn--rttshjlp-0zaf.net/vad-innebar-skyddat-boende> [2019-01-29]

Smith-Marek, E.N., Baptist, J., Lasley, C. & Cless, J.D. (2018). "I don't like being that hyperaware of my body": Women survivors of sexual violence and their experience of exercise. *Qualitative Health Research*, 28 (11), ss. 1692-1707.

Smith-Marek, E.N., Baptist, J., Lasley, C. & Cless, J.D. (2018). "I don't like being that hyperaware of my body": Women survivors of sexual violence and their experience of exercise. *Qualitative Health Research*, 28(11), ss. 1692-1707. Citerar Guthrie, S. R. (1997). *Defending the self: Martial arts and women's self-esteem*. *Women in Sport and Physical Activity Journal*, 6(1) ss. 1–28

Socialstyrelsen. *Definition av våld och utsatthet i nära relationer*. (a)  
<https://www.socialstyrelsen.se/valdsochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovar/definition> [2019-01-17]

Socialstyrelsen. (2018) *Statistik om läkemedel 2017*. (b)  
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-4-7> [2019-01-09]

Svanborg, P. & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of affective disorders*, 64(2-3), ss. 203-216.

Sveen, J., Bondjers, K. & Willebrand, M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5: a pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, ss. 1-7.

Svensk MeSH. *Brain-Derived Neurotrophic Factor*.  
<https://mesh.kib.ki.se/term/D019208/brain-derived-neurotrophic-factor> [2019-02-14]

Tollestrup, K., Sklar, D., Frost, F.J., Olson, L., Weybright, J., Sandvig, J. & Larson, M. (1999). Health Indicators and Intimate Partner Violence among Women Who Are Members of a Managed Care Organization. *Preventive Medicine* (29), ss. 431-440

Uppdrag Psykisk Hälsa. (2018). *Användarstöd MADRS-S – Montgomery Åsberg Depression Rating Scale- Självrapportering*  
<https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/assets/uploads/2018/02/MADRS-S.pdf> [2019-01-15]

Uppsala Universitet - Institutionen för neurovetenskap. *Rekommenderade bedömningsinstrument för posttraumatisk stress*.

<http://www.neuro.uu.se/forskning/forskningsgrupper/katastrofpsykiatri/rad-och-behandling/rekommenderade-bedomningsinstrument-for-posttraumatisk-stress/> [2019-01-15]

Van der Kolk, B.A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M. & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an Adjunctive Treatment for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(6), ss. 559-565.

Weinberg, R.S. & Gould, D. (2015). *Foundations of sport and exercise psychology*. 6. ed. Human Kinetics

Wennberg, P., Cider, Å., Hellénus, M-L., Trolle Lagerros, Y., Grahn Kronhed, A-C., Ribom, E.L., Roos, E., Johnsson, A., Rundqvist, H., Wengström, Y. & Jonsdottir, I.H. (2016) *Fysisk aktivitet som prevention*. ss. 1-22. Stockholm: Läkartidningen förlag AB

Wisner, C.L., Gilmer, T.P., Saltzman L.E. & Zink T.M. (1999). Intimate partner violence against women: do victims cost health plans more? *The Journal of Family Practice*, 48(6), ss. 439–443.

WHO. (2013a). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. ss. 2-36.

WHO. (2017-11-29). *Violence against women*. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> [2018-11-26]

WHO. (2013b). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. ss. III-55

## Bilaga 1 Litteratursökning

Ämnesord och synonymer svenska	Ämnesord och synonymer engelska
	Battered women
Jourhem	
Våld i nära relationer	
Depression	
Post-traumatiskt stressyndrom	PTSD
	Depression battered women
MADRS-S	
PSS-10	
PCL-5	

Databaser och andra källor	Sökkombination
PubMed	MADRS-S validity reliability PSS-10 validity reliability PCL-5 validity reliability
Web of Science	Battered Women PTSD Battered Women Depression Battered Women Stress Physical activity depression Physical activity Stress Physical activity PTSD
Diva	Psykisk ohälsa 2017
Fbanken	MADRS-S PSS-10 PCL-5
Google Scholar	Campbell

## Bilaga 2 Enkät

# C-uppsats GIH Fysisk aktivitet & Psykiskt mående

Denna enkät används som underlag till våran C-uppsats på Gymnastik- och Idrottshögskolan (GIH). Enkäten är på svenska och handlar om fysisk aktivitet och psykiskt mående. Enkäten är anonym och vi kommer inte samla in några personuppgifter. Resultaten kommer redovisas på gruppnivå. Enkäten består av 5 avsnitt och tar ungefär 10-15 minuter att fylla i. Vi är otroligt tacksamma om du tar dig tid och vill fylla i enkäten. Du kan välja att inte svara på de frågor som du inte önskar ge svar på, de enda obligatoriska frågorna handlar om din ålder och dina fysiska aktivitetsvanor.

\*Obligatorisk

Uppge din ålder. \*

- 18 år eller yngre
- 19-29 år
- 30-39 år
- 40-49 år
- 50-59 år
- 60-69 år
- 70 år eller äldre

Vilken typ av stad bor du i?

Välj alternativ "vill ej svara" om du önskar att inte svara på frågan.

- Storstad t ex Stockholm, Malmö, Göteborg
- Småstad t ex Linköping, Mariefred
- Vill ej svara

Har du varit i kontakt med en kvinnojour? I så fall, när? \*

- Ja, för nuvarande
- Ja, inom det senaste året
- Ja, men inte inom det senaste året
- Nej, aldrig

Har du erfarenhet av en partner-relation med antingen psykiskt/fysiskt/sexuellt/ekonomiskt våld? I så fall, när? \*

- Ja, för nuvarande
- Ja, inom det senaste året
- Ja, men inte inom det senaste året
- Nej, aldrig

Bor du för nuvarande, eller har du inom det senaste året bott på skyddat boende? \*

- Ja
- Nej
- Vill ej svara

## Socialstyrelsens frågor om Fysisk Aktivitet

1. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning, som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik, bollsport? \*

- 0 minuter/ Ingen tid
- upp till 29 minuter
- 30-59 minuter (0,5 –straxt under 1 timme)
- 60-89 minuter (1 –straxt under 1,5 timme)
- 90-119 minuter (1,5 –straxt under 2 timmar)
- 120 minuter eller mer (minst 2 timmar)

2. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, till exempel promenader, cykling, trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången). \*

- 0 minuter/ Ingen tid
- upp till 29 minuter
- 30-59 minuter (0,5 –straxt under 1 timme)
- 60-89 minuter (1 –straxt under 1,5 timme)
- 90-149 minuter (1,5 –straxt under 2,5 timmar)
- 150-299 minuter (2,5 –straxt under 5 timmar)
- 300 minuter eller mer (minst 5 timmar)

## PCL-5 Enkät

Instruktioner: Denna svarsblankett frågar om problem som du kan ha haft efter en mycket stressfylld erfarenhet som innefattar faktisk eller hot om död, allvarlig skada, eller sexuellt våld.

Under den senaste månaden, hur mycket var du besvärad av:

1. Upprepade, störande och oönskade minnen av den stressfyllda erfarenheten?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

2. Upprepade, störande drömmar om den stressfyllda erfarenheten?

- 0 - Inte alls

- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

3. Plötsligt känner eller agerar som om den stressfyllda erfarenheten faktiskt händer igen (som om du var faktiskt tillbaka, återupplevde den)?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

4. Känna sig mycket upprörd när något påminde dig om den stressfyllda erfarenheten?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

5. Ha starka fysiska reaktioner när något påminde dig om den stressfyllda erfarenheten (till exempel, bultande hjärta, andningssvårigheter, svettning)?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

6. Undvika minnen, tankar, eller känslor relaterade till den stressfyllda erfarenheten?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

7. Undvika yttre påminnelser om den stressfyllda erfarenheten (till exempel, människor, platser, samtal, aktiviteter, objekt, eller situationer)?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket

- 4 - Extremt

8. Problem att komma ihåg viktiga delar av den stressfyllda erfarenheten?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

9. Ha starka negativa föreställningar om dig själv, andra människor, eller världen (till exempel, ha tankar som: Jag är dålig, det är något allvarligt fel med mig, ingen kan litas på, världen är fullständigt farlig)?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

10. Beskylla dig själv eller någon annan för den stressfyllda erfarenheten eller det som hände efter den?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

11. Ha starka negativa känslor som rädsla, fasa, ilska, skuld eller skam?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

12. Förlust av intresse i aktiviteter som du brukade njuta av?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

13. Känna sig avlägsen eller avskuren från andra människor?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann



- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

14. Problem att uppleva positiva känslor (till exempel, vara oförmögen att känna lycka eller ha känslor av kärlek för människor nära dig)?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

15. Irriterat beteende, ilskeutbrott, eller agera aggressivt?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

16. Ta för många risker eller göra saker som kan orsaka dig skada?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

17. Vara "superalert" eller vaksam eller på vakt?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

18. Känna sig nervös eller lättskrämd?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

19. Ha svårt att koncentrera sig?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

## 20. Problem att somna eller att sova ihållande?

- 0 - Inte alls
- 1 - Lite grann
- 2 - Måttligt
- 3 - Ganska mycket
- 4 - Extremt

## MADRS Självsfattning

Skattningssinstrumentet består av nio frågor där man kan få mellan 0 till 6 poäng (så teoretiskt kan man ha mellan 0-54 poäng totalt). Ju högre poäng desto mer deprimerad. Instrumentet är mycket väl studerat och används i många vetenskapliga utvärderingar av depression världen över. Avsikten med formuläret är att ge en detaljerad bild av ditt nuvarande sinnestillstånd. Vi vill alltså att du skall försöka gradera hur du mått under de senaste tre dyggen.

Formuläret innehåller en rad påståenden om hur man kan må i olika avseenden. Påståendena uttrycker olika grader av obehag, från frånvaro av obehag till maximalt uttalat obehag.

Välj det alternativ som du tycker bäst stämmer med hur du mått de senaste tre dagarna. Klicka endast i ett alternativ per fråga. Tänk inte alltför länge, utan försök arbeta snabbt.

### 1. Sinnesstämning

Här ber vi dig beskriva din sinnesstämning, om du känner dig ledsen, tungsint eller dyster till mods. Tänk efter hur du har känt dig de senaste tre dagarna, om du har skiftat i humöret eller om det har varit i stort sett detsamma hela tiden, och försök särskilt komma ihåg om du har känt dig lättare till sinnes om det har hänt något positivt.

0 Jag kan känna mig glad eller ledsen, allt efter omständigheterna.

1 -

2 Jag känner mig nedstämd för det mesta, men ibland kan det kännas lättare.

3 -

4 Jag känner mig genomgående nedstämd och dyster. Jag kan inte glädja mig åt sådant som vanligen skulle göra mig glad.

5 -

6 Jag är totalt nedstämd och olycklig att jag inte kan tänka mig värre.

### 2. Oroskänslor

Här ber vi dig markera i vilken utsträckning du haft känslor av inre spänning, olust och ångest eller odefinierad rädsla under de senaste tre dagarna. Tänk särskilt på hur intensiva känslorna varit, och om de kommit och gått eller funnits hela tiden.

0 Jag känner mig mestadels lugn.

1 -

2 Ibland har jag obehagliga känslor av inre oro.

3 -

4 Jag har ofta en känsla av inre oro som ibland kan bli mycket stark, och som jag måste anstränga mig för att bemästra.

5 -

6 Jag har fruktansvärda, långvariga eller outhärdliga ångestkänslor.

### 3. Sömn

Här ber vi Dig beskriva hur bra du sover. Tänk efter hur länge du sovit och hur god sömnen varit under de senaste tre nätterna. Bedömningen skall avse hur du faktiskt sovit, oavsett om du tagit sömnmedel eller ej. Om du sover mer än vanligt, sätt din markering vid 0.

0 Jag sover lugnt och bra och tillräckligt länge för mina behov. Jag har inga särskilda svårigheter att somna

1 -

2 Jag har vissa sömnsvärigheter. Ibland har jag svårt att somna eller sover ytligare eller oroligare än vanligt.

3 -

4 Jag sover minst två timmar mindre per natt än normalt. Jag vaknar ofta under natten, även om jag inte blir störd.

5 -

6 Jag sover mycket dåligt, inte mer än 2-3 timmar per natt.

### 4. Matlust

Här ber vi dig ta ställning till hur din aptit är, och tänka efter om den på något sätt skilt sig från vad som är normalt för dig. Om du skulle ha bättre aptit än normalt, markera då det på 0.

0 - Min aptit är som den brukar vara.

1 -

2 Min aptit är sämre än vanligt.

3 -

4 Min aptit har nästan helt försvunnit. Maten smakar inte och jag måste tvinga mig att äta.

5 -

6 Jag vill inte ha någon mat. Om jag skall få någonting i mig, måste jag övertalas att äta.

### 5. Koncentrationsförmåga

Här ber vi dig ta ställning till din förmåga att hålla tankarna samlade och koncentrera dig på olika aktiviteter. Tänk igenom hur du fungerar vid olika sysslor som kräver olika grad av koncentrationsförmåga, t ex läsning av komplicerad text, lätt tidningstext och TV-tittande.

0 Jag har inga koncentrationssvärigheter.

1 -

2 Jag har tillfälligt svårt att hålla tankarna samlade på sådant som normalt skulle fånga min uppmärksamhet (t ex läsning eller TV-tittande).

3 -

4 Jag har påtagligt svårt att koncentrera mig på sådant som normalt inte kräver någon ansträngning från min sida (t ex läsning eller samtal med andra människor).

5 -

6 Jag kan överhuvudtaget inte koncentrera mig på någonting

### 6. Initiativförmåga

Här ber vid dig försöka värdera din handlingskraft. Frågan gäller om du har lätt eller svårt för att komma igång med sådant du tycker du bör göra, och i vilken utsträckning du måste övervinna ett inre motstånd när du skall ta itu med något.

0 Jag har inga svårigheter med att ta itu med nya uppgifter.

1 -

2 När jag skall ta itu med något, tar det emot på ett sätt som inte är normalt för mig.

3 -

4 Det krävs en stor ansträngning för mig att ens komma igång med enkla uppgifter som jag vanligtvis utför mer eller mindre rutinmässigt.

5 -

6 Jag kan inte förmå mig att ta itu med de enklaste vardagssysslor.

## 7. Känsломässigt engagemang

Här ber vi dig ta ställning till hur du upplever ditt intresse för om världen och för andra människor, och för sådana aktiviteter som brukar bereda dig nöje och glädje.

0 - Jag är intresserad av omvärlden och engagerar mig i den, och det bereder mig både nöje och glädje.

1 -

2 Jag känner mindre starkt för sådant som brukar engagera mig. Jag har svårare än vanligt att bli glad eller svårare att bli arg när det är befogat.

3 -

4 Jag kan inte känna något intresse för omvärlden, inte ens för vänner och bekanta.

5 -

6 Jag har slutat uppleva några känslor. Jag känner mig smärtsamt likgiltig även för mina närmaste.

## 8. Pessimism

Frågan gäller hur du ser på din egen framtid och hur du uppfattar ditt eget värde. Tänk efter i vilken utsträckning du ger dig själv förebåelser, om du plågas av skuld-känslor, och om du oroar dig oftare än vanligt för t ex din ekonomi eller din hälsa.

0 Jag ser på framtiden med tillförsikt. Jag är på det hela taget ganska nöjd med mig själv.

1 -

2 Ibland klandrar jag mig själv och tycker att jag är mindre värd än andra.

3 -

4 Jag grubblar ofta över mina misslyckanden och känner mig mindervärdig eller dålig, även om andra tycker annorlunda.

5 -

6 Jag ser allting i svart och kan inte se någon ljusning. Det känns som om jag var en alltigenom dålig människa, och som om jag aldrig skulle kunna få någon förlåtelse för det hemska jag gjort.

## 9. Livslust

Frågan gäller din livslust, och om du känt livsleda. Har du tankar på självmord, och i så fall, i vilken utsträckning upplever du detta som en verklig utväg?

0 Jag har normal aptit på livet.

1 -

2 Livet känns inte särskilt meningsfullt men jag önskar ändå inte att jag vore död.

3 -

4 Jag tycker ofta det vore bättre att vara död, och trots att jag egentligen inte önskar det, kan självmord ibland kännas som en möjlig utväg.

5 -

6 Jag är egentligen övertygad om att min enda utväg är att dö, och jag tänker mycket på hur jag bäst skall gå tillväga för att ta mitt eget liv.

## Uppfattad stress-10 (Perceived stress Scale-10)

Frågorna i denna enkät handlar om dina känslor och tankar under den senaste månaden. Du skall fylla i hur ofta du har känt eller tänkt på ett visst sätt.

Under den senaste månaden, hur ofta har du:

### 1. Varit upprörd över något som hände helt oväntat?

- 0 Aldrig
- 1 Nästan aldrig
- 2 Ibland
- 3 Ganska ofta
- 4 Väldigt ofta

### 2. Känt att du var oförmögen att kontrollera de viktiga sakerna i ditt liv?

- 0 Aldrig
- 1 Nästan aldrig
- 2 Ibland
- 3 Ganska ofta
- 4 Väldigt ofta

### 3. Känt dig nervös och "stressad"?

- 0 Aldrig
- 1 Nästan aldrig
- 2 Ibland
- 3 Ganska ofta
- 4 Väldigt ofta

### 4. Litat på din förmåga att hantera dina personliga problem?

- 0 Aldrig
- 1 Nästan aldrig
- 2 Ibland
- 3 Ganska ofta
- 4 Väldigt ofta

### 5. Känt att saker och ting har gått din väg?

- 0 Aldrig
- 1 Nästan aldrig

- 2 Ibland
- 3 Ganska ofta
- 4 Världigt ofta

6. Känt att du inte kunnat hantera allt som du måste göra?

- 0 Aldrig
- 1 Nästan aldrig
- 2 Ibland
- 3 Ganska ofta
- 4 Världigt ofta

7. Klarat av att kontrollera irritationsmoment i ditt liv?

- 0 Aldrig
- 1 Nästan aldrig
- 2 Ibland
- 3 Ganska ofta
- 4 Världigt ofta

8. Känt att du haft kontroll?

- 0 Aldrig
- 1 Nästan aldrig
- 2 Ibland
- 3 Ganska ofta
- 4 Världigt ofta

9. Varit arg över sådant som hänt och varit utanför din kontroll?

- 0 Aldrig
- 1 Nästan aldrig
- 2 Ibland
- 3 Ganska ofta
- 4 Världigt ofta

10. Känt att svårigheter hopat sig så att du inte kunnat hantera dem?

- 0 Aldrig
- 1 Nästan aldrig
- 2 Ibland
- 3 Ganska ofta
- 4 Världigt ofta

## **Bilaga 3 Mail till Kvinnojourer**

Hej X,

Vi heter Matilda och Emma, och skriver C-uppsats på Gymnastik- och Idrottshögskolan (GIH) i Stockholm. Vi studerar tredje och sista året på Hälsovetenskap-linjen. Utbildningen innebär att vi studerar Folkhälsa och Idrottsvetenskap för att kunna förebygga fysisk och psykisk ohälsa på individ-, grupp- och samhällsnivå.

Vi kontaktar er för att vi skriver en C-uppsats om populationen kvinnor som är i kontakt med jourhem. Syftet med vår C-uppsats är att undersöka om det finns skillnader hos kvinnorna som är fysiskt aktiva jämfört med kvinnorna som inte är fysiskt aktiva. Skillnader vi undersöker är förekomst av diagnos och symptom av; post-traumatiskt stressyndrom, depression och stress.

Vår mätmetod är en anonym digital enkät som frågar om psykiskt mående och fysisk aktivitet. Frågorna gäller fysisk aktivitetsvanor (vardagsmotion och träning), post-traumatiskt stressyndrom, depression och stress.

Vi skickar detta mail till er för att vi undrar om ni vill medverka i uppsatsen. Vi är otroligt tacksamma om ni vill sprida vår enkät för att hjälpa till att undersöka hälsan hos denna viktiga population. Om ni vill medverka skickar ni vidare detta mailet till de kvinnor ni tror skulle vara intresserade av att delta i studien. Svara oss gärna oavsett om ni väljer att skicka vidare enkäten eller inte, på så sätt vet vi om vi kan förvänta oss svar ifrån eran kvinnojour.

### **Till dig som vill delta**

Via länken nedan fyller du i en enkät online som vi använder till vår C-uppsats på Gymnastik- och Idrottshögskolan (GIH). Enkäten är på svenska och handlar om fysisk aktivitet och psykiskt mående. Enkäten är anonym och vi kommer inte samla in några personuppgifter. Resultaten kommer redovisas på grupp-nivå. Enkäten tar 10-15 minuter att fylla i. Vi är otroligt tacksamma om du tar dig tid och vill fylla i enkäten. Du kan välja att inte svara på de frågor som du inte önskar ge svar på, de enda obligatoriska frågorna handlar om din ålder och dina fysiska aktivitetsvanor.

Länk till enkäten: <https://goo.gl/forms/AZWEq9GCWRrbqt0B2>

Mvh Matilda & Emma

[matilda.roos@student.gih.se](mailto:matilda.roos@student.gih.se)

[emma.borjesson@student.gih.se](mailto:emma.borjesson@student.gih.se)

## Bilaga 4 Kontaktade Kvinnojourer

Nr	Kvinnojour	Mailadress	Datum skickat	Påminnelse	Svar (ja/nej)
1	Haninge Kvinnojour	haninge@roks.se	181212	190101	
2	KvinnoJouren Maria	kvinnojourenmaria@icloud.com	181212	190101	
3	Alla Kvinnors Hus	<a href="mailto:akh.karlstad@roks.se">akh.karlstad@roks.se</a> , <a href="mailto:kvinnojouren@akhkarlstad.se">kvinnojouren@akhkarlstad.se</a>	181212	190101	Nej
4	Malmö Kvinnojour	<a href="mailto:info@malmokvinnojour.se">info@malmokvinnojour.se</a>	181212		Nej
5	STHLM VÄST	<a href="mailto:info@sthlmvastjour.se">info@sthlmvastjour.se</a>	181212	190101	Nej
6	Kvinnojouren Sala	<a href="mailto:sala@roks.se">sala@roks.se</a>	181212	190101	
7	Kvinnojouren i Vansbro	<a href="mailto:kontakt@vansbrokvinnojour.se">kontakt@vansbrokvinnojour.se</a>	181212		Nej
8	Kvinnojouren i Österåker	<a href="mailto:kvinnojoureniosteraker@gmail.com">kvinnojoureniosteraker@gmail.com</a>	181212	190101	
9	KAK	<a href="mailto:info@kvinnojourenkak.se">info@kvinnojourenkak.se</a>	181212	190101	
10	Maggan	<a href="mailto:kontakt@jourenmaggan.se">kontakt@jourenmaggan.se</a>	181212	190101	
11	Kvinnojouren Norrköping	<a href="mailto:kvinnojouren.norrkoping@roks.se">kvinnojouren.norrkoping@roks.se</a>	181212	190101	Nej
12	Rosen	<a href="mailto:kvinnojouren.rosen@live.se">kvinnojouren.rosen@live.se</a>	181212	190101	Nej
13	Snäckan/Norrtälje	<a href="mailto:snackan.norrtalje@roks.se">snackan.norrtalje@roks.se</a>	181212	190101	Nej
14	Kvinnojouren i Sandviken	<a href="mailto:kvinnojouren_sandviken@hotmail.com">kvinnojouren_sandviken@hotmail.com</a>	181212	190101	
15	Kvinnojouren Stöttan, Ovanåker Bollnäs Söderhamn	<a href="mailto:info@kvinnojourenstottan.se">info@kvinnojourenstottan.se</a>	181212	190101	
16	Kvinnojouren Svea	<a href="mailto:kumlakvinnojour@roks.se">kumlakvinnojour@roks.se</a>	181212	190101	
17	Kvinnojouren Vändpunkten Hudiksvall	<a href="mailto:kvinnojourenhudik@telia.com">kvinnojourenhudik@telia.com</a>	181212	190101	Nej
18	Motala Kvinnojour	<a href="mailto:motalakvinnojour@roks.se">motalakvinnojour@roks.se</a>	181212		Nej
19	Tyresö Kvinnojour	<a href="mailto:tyreso.kvinnojour@telia.com">tyreso.kvinnojour@telia.com</a>	181212	190101	
20	Avesta kvinno- och tjejjour	<a href="mailto:avestaktj@roks.se">avestaktj@roks.se</a>	181212		Nej
21	Vallentuna	<a href="mailto:info@kvinnojourenvallentuna.se">info@kvinnojourenvallentuna.se</a>	181212	190101	
22	Ludvika-Smedjebacken	<a href="mailto:ludvikakvinnojour@msn.com">ludvikakvinnojour@msn.com</a>	181212	190101	Nej
23	Kvinnogemenskapen Emma i Mora	<a href="mailto:emma.mora@roks.se">emma.mora@roks.se</a>	181212	190101	
24	Botkyrka Kvinnojour	<a href="mailto:info@botkyrkakvinnojour.se">info@botkyrkakvinnojour.se</a>	181212	190101	
25	Föreningen Kvinnohuset Västerås	<a href="mailto:kvinnohuset@kvinnohuset-vasteras.org">kvinnohuset@kvinnohuset-vasteras.org</a>	181212	190101	



26	Astrid (Vällingby)	info@astridkvinnojour.se	181212	190101	
27	Frida (Fagersta)	info@kjfrida.se	181212	190101	
28	Hedemora	hedemorakvinnojour@roks.se	181212	190101	
29	Kvinnojouren Eva Arvika-Eda	eva.arvika@roks.se	181212	190101	Nej
30	Kvinnojouren Ellinor i Linköping	kvinnojouren.linkoping@roks.se	181212		Nej
31	Kvinnojouren Duvkullan	rosa.carlbrink@telia.com	181212		Nej
32	Kvinnojouren Duvan/Trollhättan	kvinnojouren.duvan@hotmail.com	181212		Nej
33	Borlänge	borlange@roks.se	181212	190101	
34	Kvinnojouren Blålockan	kvinnojouren@blaklockan.com	181212	190101	Nej
35	Iris Luleå	iris.lulea@roks.se	181212	190101	Nej
36	Kiruna	kiruna.kj@roks.se	181212	190101	
37	Kvinnojouren Vera i Haparanda	haparanda@roks.se	181212	190101	
38	Vilhelmina Kvinnojour	inga.jonsson@vilhelmina.se	181212	190101	
39	Kvinnojouren i Lycksele	lycksele@roks.se	181212	190101	Nej
40	Kramfors Kvinnoforum	kramforskvinnojour@roks.se	181212	190101	
41	Kvinnogemenskap i Härnösand	harnosand@roks.se	181212	190101	
42	Kvinnogemenskap i Sundsvall	kvinnogemenskap@telia.com	181212	190101	
43	Kvinnogemenskap Örnsköldsvik	ornskoldsvik.kvjour@gmail.com	181212	190101	
44	Kalix Kvinnojour	kalix@roks.se	181212	190101	
45	Kvinnojouren Athena	athena@roks.se	181212	190101	
46	Kvinnojouren Hera	heraarvidsjaur@telia.com	181212	190101	
47	Kvinnojouren Märta (Ljungby)	ljungby@roks.se	181212	190101	Ja
48	Kvinnojouren Olivia för Alingsås Lerum Vårgårda	olivia.alingsas@roks.se	181212	190101	Nej
49	Österlen	kvinnojouren.osterlen@roks.se	181212	190101	Nej
50	Kvinnojouren Vändpunkten Kungälv/Ale	kvinnojourenvandpunkten@hotmail.com	181212	190101	Potentiellt 1
51	Olofströms Kvinnojour	olofstromkvinnojour@roks.se	181212	190101	
52	Partille Kvinnojour	info@pkj.se	181212	190101	Nej
53	Stödcentrum Humlegården (Göteborg)	info@stodcentrumhumlegarden.se	181212	190101	

54	Kvinnojouren i Mark, Svenljunga & Tranemo	kvinnojourenimark@telia.com	181212	190101	
55	FemCenter (Malmö)	info@femcenter.se	181212	190101	
56	Finska kvinnojouren Piilopirtti	piilopirtti.goteborg@roks.se	181212	190101	
57	Hultsfred/ Vimmerby kvinnojour	hult.vim@roks.se	181212	190101	Nej
58	Kvinno- och tjejjouren Ada	info@kvinnojouren-ada.nu	181212	190101	
59	Kvinnojouren Helga	helga.tranas@roks.se	181212	190101	Nej
60	Frideborg	info@frideborg.se	181212	190101	
61	Frideborg Skyddat Boende	frideborg@norrkoping.se	181214		Nej
	<b>Jourer där män arbetar + Övriga jourer</b>				
62	Qjouren	info@qjouren.se	181218	190101	
63	Qvinnoqulan Sandviken	info@rflgavleborg.se	181218	190101	Nej
64	Terrafem	info@terrafem.org	181218	190101	
65	Kvinnojouren i Östersund	info@kvinnojour.nu	181218	190101	Ja
66	Sollentuna kvinnojour	info@sollentunakvinnojour.se	181218	190101	
67	Solrosen kvinnojour	info@solrosenheby.se	181218	190104	
68	Nordvärmlands kvinnojour Torsby-Klarälvdalen	kvinnojourentorsby@hotmail.com	181218	190104	kanske
69	Mivida	kontakt@mivida.se	181218	190104	
70	Kvinnors rätt	rashidi.marya@gmail.com	181218	190104	
71	Kvinnojouren Stina	kontakt@jarfallakvinnojour.se	181218	190104	
72	Kvinnojouren Sigtuna	info@kvinnojourensigtuna.se	181218	190104	
73	Kvinnojouren Pax	info@kvinnojourenpax.org	181218	190104	
74	Stjärnjouren	kontakt@stjarnjouren.nu	181218	190104	
75	Kvinnojouren Anna	info@kvinnojourenanna.se	181218	190104	
76	Kvinnohuset Tranan	info@kvinnohusettranan.com	181218	190104	
77	Konstängens jourboende	kjourboende@gmail.com	181218	190104	
78	Clarajouren	clarajouren@hotmail.com	181218	190104	
79	Alla kvinnors hus (Unizon)	info@allakvinnorshus.org	181218		Nej

80	Kvinnojouren Falun	kvinnojourenfalun@live.se	181218	190104	
81	Kvinnojouren Kerstin Lidingö	lidingokvinnojour@telia.com	181218	190104	
82	Kvinnojouren Nacka Värmdö	nackavarmdo@kvinnoforum.nu	181218	190104	
83	Sollefteå kvinnojour Amanda	kontakt@sollefteakvinnojour.se	181218	190104	
84	Kvinnojouren Pärnan	kvinnojourenparlan@telia.com	181218	190104	
85	Kvinnojouren Måna	info@kvinnojourenmana.se	181218	190104	
86	Kvinnojouren Frida Säffle Ämål	frida@kvinnojourenfrida.se	181218	190104	
87	Kvinnojouren Mira	kontakt@kvinnojourenmira.se	181218	190104	
88	Kvinnojouren Malva	info@kvinnojourenmalva.se	181218	190104	
89	Kvinnojouren Malung-Sälen	kvinnojourenmalungsalen@live.se	181218	190104	
90	Kvinnojouren Moa	info@kvinnojourenmoa.se	181218		Nej
91	Kvinnojouren Kaprifolen	kvinnojouren.kaprifolen@comhem.se	181218	190104	
92	Kvinnojouren Huddinge	info@kvinnojourenhuddinge.se	181218	190104	
93	Kvinnojouren Gertrud	kvinnojouren.enkoping@telia.com	181218	190104	
94	Kvinnojouren Boden	kvinnojourenboden@bdtv.se	181218	190104	
95	Kvinnojouren Nike	info@kvinnojourennike.se	181218	190104	
96	Guldstadens Tjejjour	guldstadenstjejjour@gmail.com	181218		Nej
97	Guldstadens Kvinnojour	info@guldstadenskvinnojour.se	181218		Nej
98	Ronneby kvinnojour	ronneby-kvinnojour@operamail.com	181218	190104	
99	Skyddsjouren i Ängelholm	ekt033161@ektv.nu	181218	190104	
100	Q-viks kvinnojour	info@qvinnoqraft.se	181218		Ej aktiv jour.
101	Kvinnojouren Söderslätt	admin@kvinnojourensoderslatt.se	181218	190104	
102	Kvinnojouren Vändela	kjvandela@gmail.com	181218	190104	
103	Kvinnojouren Viktoria	info@kvinnojourenhalmstad.se	181218		Nej
104	Villa Karin	tina@vagenut.coop	181218	190104	
104	Trots kvinnojour	trotskvinnojour@gmail.com	181218	190104	
106	Helsingborgs kvinnojour	helsingborgs.kvinnojour@telia.com	181218	190104	
107	Kvinnojouren Blenda	info@kvinnojourenblenda.se	181218	190104	

108	Kvinnojouren Amanda i Visby	amanda@kvinnojouren-gotland.se	181218	190104	Nej
109	Kristianstad kvinnojour	info@kvinnojour.net	181218	190104	
110	Kvinnojouren Embla	info@kvinnojourenembla.se	181218	190104	Nej
111	Havsbadens kvinnoboende	pernilla@kvinnoboende.se	181218	190104	
112	Freezonen, brottsoffer- och kvinnojouren sydöstra Skåne	info@freezonen.se	181218	190104	
113	Falkenbergs kvinnojour	info@falkenbergskvinnojour.se	181218	190104	
114	ATIM Kvinno- och ungdomsjour	info@atim.se	181218		Nej
115	Alva kvinnojour	info@alvakvinnojour.se	181218	190104	
116	Kvinnojouren Borås	info@kjboras.se	181218	190104	
117	Kvinnohuset Cassandra	info@kvinnohusetkassandra.se	181218	190104	Nej
118	Kvinnojouren Linnéorna	linneorna05@gmail.com	181218	190104	
119	Kvinnojouren i Stenungsund	kvinnojouren.stenungsund@telia.com	181218	190104	
120	Kvinnojouren i Göteborg	kvinnojouren@compaqnet.se	181218	190104	
121	Kvinnojouren i Lund	info@kvinnojourenlund.se	181218	190104	
122	Kvinnojouren i Nässjö	kvinnojourennassjo@telia.com	181218	190107	
123	Talita Göteborg	andrea@talita.se	181218	190104	
124	Kriscentrum för kvinnor i Malmö	kc_kvinnor@malmo.se	181218	190104	
125	ADAs juridikjour, del av kvinnojouren ADA	juridikjouren@kvinnojouren-ada.nu	181218	190104	
126	Talita Stockholm	info@talita.se	181218	190104	nej
127	Kvinnohuset i Örebro	forening@kvinnohusetorebro.se	181218	190104	
128	Uppsala Kvinnojour	info@uppsalakvinnojour.se	181218		Ja
129	Juridikjouren i Uppsala	juridikjouren@uppsalakvinnojour.se	181218		Mail funkar ej.
130	Kvinnojouren i Umeå	mail@kvinnojoureniumea.se	181218	190104	
131	Juridikjouren i Luleå	juridikjourenlulea@gmail.com	181218	190104	
132	Stoppverksamheten	Monica.larsson@eskilstuna.se eva.oscarsson@eskilstuna.se	181219	190104	Nej
133	ROKS	<a href="mailto:info@roks.se">info@roks.se</a>	190107		Nej
134	Unizon	<a href="mailto:info@unizon.se">info@unizon.se</a>	190107		Nej
135	NCK	info@nck.uu.se	190107		Nej

136	NCK Info chef	karin.sandell@nck.uu.se	190107		Nej
-----	---------------	-------------------------	--------	--	-----

## **Bilaga 5 Meddelande till Facebook-grupper**

Hej X,

Vi heter Matilda och Emma, och skriver C-uppsats på Gymnastik- och Idrottshögskolan (GIH) i Stockholm. Vi studerar tredje och sista året på Hälsovetenskap-linjen. Utbildningen innebär att vi studerar Folkhälsa och Idrottsvetenskap för att kunna förebygga fysisk och psykisk ohälsa på individ-, grupp- och samhällsnivå.

Uppsatsen handlar om populationen kvinnor som är/har varit i kontakt med jourhem eller har/haft en partner-relation där dem erfarit våld (fysiskt, psykiskt, sexuellt, ekonomiskt). Vi undrar om ni är intresserade utav att sprida vidare en digital anonym enkät som vi använder som underlag för våran C-uppsats. Enkäten frågar om psykiskt mående och fysisk aktivitet. Frågorna gäller fysisk aktivitetsvanor (vardagsmotion och träning), post-traumatiskt stressyndrom, depression och stress.

Om ni vill medverka delar ni enkäten i eran Facebook-grupp "X", ni kan använda nedanstående text och länk "till dig som vill delta", alternativt kan vi lägga upp den i gruppen om ni tillåter. Vi är tacksamma om ni vill hjälpa oss genom att sprida enkäten vidare.

### **Till dig som vill delta**

Du ska vara en kvinna som blivit utsatt för fysiskt, psykiskt, sexuellt eller ekonomiskt våld i en partner-relation.

Via länken nedan fyller du i en enkät online som vi använder till våran C-uppsats på Gymnastik- och Idrottshögskolan (GIH). Enkäten är på svenska och handlar om fysisk aktivitet, erfarenhet av våld i nära relation och psykiskt mående. Enkäten är anonym och vi kommer inte samla in några personuppgifter. Resultaten kommer redovisas på gruppnivå. Enkäten tar 10-15 minuter att fylla i. Vi är otroligt tacksamma om du tar dig tid och vill fylla i enkäten.

Länk till enkäten: <https://goo.gl/forms/6CNoCXgdjnQEOcZq1>

Mvh Matilda & Emma

[matilda.roos@student.gih.se](mailto:matilda.roos@student.gih.se)

[emma.borjesson@student.gih.se](mailto:emma.borjesson@student.gih.se)

## Bilaga 6 Kontaktade Facebook-grupper

Facebook-grupp	Länk	Datum skickat	Svar (ja/nej)
Kvinnor som hjälper kvinnor (ca 1700 medlemmar)	<a href="https://www.facebook.com/groups/kvinnorsomhjalperkvinnor/?epa=SEARCH_BOX">https://www.facebook.com/groups/kvinnorsomhjalperkvinnor/?epa=SEARCH_BOX</a>	190109	Ja
Fias Änglar - hjälp till utsatta kvinnor och barn (74 medlemmar)	<a href="https://www.facebook.com/groups/294236697795371/?ref=br_rs">https://www.facebook.com/groups/294236697795371/?ref=br_rs</a>	190109	
Misshandel mot kvinnor - stöd och hjälp att ta sig ur osunda förhållanden (45 medlemmar)	<a href="https://www.facebook.com/groups/1651464938435504/?ref=br_rs">https://www.facebook.com/groups/1651464938435504/?ref=br_rs</a>	190109	Ja
Våld mot kvinnor är ALDRIG rätt - Visa ditt stöd!! (184 medlemmar)	<a href="https://www.facebook.com/groups/365187766830815/?ref=br_rs">https://www.facebook.com/groups/365187766830815/?ref=br_rs</a>	190109	Ja
Calle-gruppen(Stöd för kvinnor som blivit utsatta för våldtäkt) (196 medlemmar.)	<a href="https://www.facebook.com/groups/callegruppen/?ref=br_rs">https://www.facebook.com/groups/callegruppen/?ref=br_rs</a>	190109	Ja
Supportgrupp för utsatta kvinnor (334 medlemmar)	<a href="https://www.facebook.com/groups/1382169701866644/?ref=br_rs">https://www.facebook.com/groups/1382169701866644/?ref=br_rs</a>	190109	Ja
Misshandlade kvinnor3 (285 medlemmar)	<a href="https://www.facebook.com/groups/1719547468374496/">https://www.facebook.com/groups/1719547468374496/</a>	190109	Ja
#husfrid - Mot våld i hem och nära relationer (1185 medlemmar)	<a href="https://www.facebook.com/groups/258890004639854/">https://www.facebook.com/groups/258890004639854/</a>	190109	Ja
Gråsten	-	190109	Ja