



Meistaránám í heilbrigðisvísindum
Heilbrigðisdeild 2007
MPRO130

KYNFERÐISLEG MISNOTKUN
OG ÖNNUR SÁLRAEN ÁFÖLL
Í ÆSKU OG ÁHRIF ÞEIRRA Á
HEILSUFAR OG LÍÐAN KVENNA:

FYRIRBÆRAFRÆÐILEG
RANNSÓKN

Meistaranevi: Sigrún Sigurðardóttir

Meistaranevnd:

Leiðbeinandi: Dr. Sigríður Halldórsdóttir

Ráðgjafi: Dr. Guðrún Agnarsdóttir

Verkefni þetta er meistaraverkefni til M.S. prófs í heilbrigðisvísindum við Háskólann á Akureyri.

Verkefnið vann:

Sigrún Sigurðardóttir hjúkrunarfræðingur B.Sc. (300168-4939) ha030546

Dagsetning _____

Það staðfestist hér með að þetta meistaraprófsverkefni fullnægir kröfum til M.S. prófs í heilbrigðisvísindum.

Dr. Sigríður Halldórsdóttir, prófessor í hjúkrunarfræði H.A.leiðbeinandi.

Dr. Guðrún Agnarsdóttir, ráðgjafi.

Margrét Tómasdóttir, prófdómari.

Þakkarorð

Ég vil þakka þeim sjö hugrökku kjarnakonum sem gáfu kost á sér til að deila sársaukafullri og átakanlegri lífsreynslu sinni, án þeirra hefði þessi rannsókn ekki orðið að veruleika.

Dr.Sigríði Halldórsdóttur aðalleiðbeinanda mínum þakka ég fyrir að taka svo vel hugmynd minni að þessari rannsókn, hvatningu til að gera hana að veruleika og stuðninginn við þessa miklu vinnu. Dr.Guðrúnu Agnarsdóttur þakka ég einnig jákvæðni og hvatningu gagnvart rannsókninni og fyrir að taka þátt í þessari vinnu. Vigdís Steinþórsdóttir og Hafdís Garðarsdóttir fá þakkir fyrir að vekja áhuga minn á þessu viðfangsefni er ég hlustaði á fyrirlestur þeirra haustið 2003, einnig fá þær þakkir fyrir samvinnuna og stuðninginn meðan á rannsókninni stóð.

Gullmolarnir mínir þrír, Signý Rós, Sigurður Bogi og Gréta Þórey fá hjartans þakkir fyrir að vera til og fyrir ótrúlega þolinmæði meðan á rannsóknarvinnunni stóð og fyrir að minna móður sína á það, þegar mesta álagið var í rannsóknarvinnunni, hvað það er sem er dýrmætast í lífinu, það eru börnin okkar. Óli minn fær einnig hjartans þakkir fyrir umburðarlyndi, þolinmæði, stuðning og yfirlestur alls efnis. Ömmur og afi barnanna fá kærar þakkir fyrir að bjóða barnabörnin ávallt velkomin þegar móðir þeirra þurfti að fá næði til að vinna.

Salka Valka

„Nei ég skal aldrei gleyma því að það varst þú sem eyðilagðir alt gott og hreint og fallett sem ég átti í sálinni, með því að troðast eins og viðbjóðslegt kvikindi uppí rúmið okkar mömmu” ... „sem var þá ekki annað en barn á tólfta ári, og ég er ekki búin að ná mér eftir það enn og næ mér aldrei meðan ég lifi, - þessi andstyggð hefur ásótt mig í vöku og svefni alltaf síðan, og þegar mig dreymir djöfulinn á næturnar þá ert það þú, þú, þú – þú er djöfullinn sjálfur og ég lifi aldrei, aldrei glaðan dag fyren ég veit að þú ert dauður” (Halldór Laxnes, 1931, bls.166).

Útdráttur

Rannsóknir sýna að börn sem verða fyrir ýmsu ofbeldi eða kynferðislegri misnotkun upplifa mikla vanlíðan, eru með geðræn vandamál, lélega sjálfsmynd og sjálfsvígshugsanir. Á fullorðinsárum koma fram ýmis líkamleg, geðræn og félagsleg vandamál og einstaklingar leita mikið í heilbrigðisþjónustuna.

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna heilsufar og líðan kvenna sem hafa orðið fyrir sálrænum áföllum í æsku, eins og kynferðislegri misnotkun og öðru ofbeldi. Rannsóknaraðferðin var fyrirbærafræðileg, eigindleg og kennd við Vancouver-skólann. Tekin voru samtals 14 viðtöl við sjö konur á aldrinum 30-65 ára sem höfðu slíka sögu og höfðu leitað sér aðstoðar í heilbrigðiskerfinu.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að sálræn áföll í æsku, eins og kynferðisleg misnotkun og ofbeldi, hafa mjög alvarlegar afleiðingar. Þeim var skipt í sex megin þemu: 1) *Upplifun af áfallinu*, þar sem konur ýmist lokuðu á sára reynslu, fóru útúr líkamanum eða upplifðu „sálarmorð“. 2) *Slæm líðan sem barn og unglíngur* þar sem þær lýsa allar mikilli vanlíðan, voru með geðræn og líkamleg einkenni og voru berskjaldaðar fyrir endurteknu ofbeldi. 3) *Líkamleg einkenni* sem þær voru þjakaðar af á fullorðinsárum eins og móðurlífsvandamál, útbreiddir verkir, vefjagigt og eru fimm þeirra öryrkjar sökum þess. 4) *Geðræn vandamál* sem hafa þjakað þær allt lífið með kvíða, þunglyndi, sjálfsvígshugsunum og sjálfsvígstilraunum. 5) *Erfiðleikar við tengslamyndun, traust og snertingu*, en þeim hefur gengið mjög illa að tengjast maka og börnum og átt erfitt með snertingu og kynlíf. 6) *Staðan í dag og horft til framtíðar*. Allar konurnar þróuðu með sér einkenni áfallaröskunar, lifa við mikla vanlíðan í dag, eru oft fullar vonleysis og finnst þær vera að gefast upp á lífinu.

Mikilvægt er að efla fræðslu til fagfólks svo það geti greint einkenni og hugsanlegar afleiðingar, brugðist rétt við og veitt stuðning.

Lykilhugtök: Sálræn áföll, kynferðisleg misnotkun, ofbeldi, fyrirbærafræði, viðtöl, konur.

Abstract

Research show that children who suffer various types of violence such as sexual abuse experience great distress, have psychological problems, poor self image and have suicidal thoughts. As these individuals grow up, various physical, psychological and social problems emerge and these individuals repeatedly seek help from health services.

The purpose of this research was to examine health and well-being of women who have suffered psychological trauma as children, such as sexual abuse and other types of violence. The research method is a qualitative, phenomenological method, known as the Vancouver School of doing Phenomenology. Seven women were interviewed twice; age 30-65, with a history of such childhood violence and who had sought help from health services, in all 14 dialogues.

Results of this research showed that childhood psychological trauma, such as sexual abuse and other kinds of violence, did have very serious consequences. These were divided into six themes: 1) *Experiencing the trauma*, where women described either shutting the door on a painful experience, they left their bodies or described „soul murder“. 2) *Lack of well-being as a child and as a teenager*, when they were describing living in great distress, had psychological and physical problems and were vulnerable to repeated violence. 3) *Physical symptoms*, which plagued their adult years, things like uterine problems, widespread pain and fibromyalgia which have made five of them disabled. 4) *Psychological problems*, which they have had to live with all their lives, like anxiety, depression, suicidal thoughts and attempts. 5) *Difficulties with bonding, trusting and touching*, problems relating to their spouses and children and in regard to their sex life. 6) *Present situation and future*

expectations. All the women evolved symptoms of PTSD, still live in great despair, are often full of hopelessness and feel like giving up on life.

Increased knowledge is important for professionals so they can spot symptoms and possible consequences, respond in the right way and provide help.

Key words: Psychological trauma, sexual abuse, violence, phenomenology, interviews, women.

Efnisyfirlit

Kaflí 1 Inngangur	14
Inngangur	14
Bakgrunnur viðfangsefnis	14
Tilgangur rannsóknarinnar og rannsóknarspurning	16
Rökstuðningur varðandi val á rannsóknaraðferð	16
Skilgreining meginhugtaka	17
Gildismat rannsakandans og forsendur rannsóknarinnar	17
Takmarkanir rannsóknarinnar	18
Samantekt	19
 Kaflí 2 Fræðileg umfjöllun	 20
Inngangur	20
Bókasafnsleit	20
Fræðileg umfjöllun	20
Sálræn áföll og áfallaröskun	20
Kynferðisleg misnotkun, önnur sálræn áföll og áhrif þeirra á börn og unglínga	22
Líkamleg einkenni á fullorðinsárum	23
Geðræn vandamál á fullorðinsárum	24
Tengslamyndun, kynlíf, traust, snerting og ofbeldi	26
Reynsla af heilbrigðisþjónustunni	27
Samantekt	28
 Kaflí 3 Aðferðarfræði	 29
Inngangur	29
Rannsóknaraðferð	29
Rannsóknarferlið	30
1. þrep. Að velja samræðufélaga	30
2. þrep. Að vera kyrr	31

3. þrep. Þátttaka í samræðum - gagnasöfnun	32
4. þrep. Skerpt vitund varðandi orð, byrjandi gagnagreining	33
5. þrep. Byrjandi greining á þeimum (að setja orð á hugmyndir).....	34
6. þrep. Að átta sig á heildarmynd reynslu hvers einstaklings.....	34
7. þrep. Staðfesting á heildarmynd hvers einstaklings með honum sjálfum.....	34
8. þrep. Að átta sig á heildarmyndinni – megin niðurstöður	35
9. þrep. Að bera saman niðurstöðurnar við rannsóknargögnin.....	35
10. þrep. Að velja rannsókninni heiti sem lýsir niðurstöðum hennar	36
11. þrep. Að sannreyna niðurstöðurnar með meðrannsakendum.....	36
12. þrep. Að skrifa upp niðurstöður rannsóknarinnar	37
 Siðfræðilegar vangaveltur og rannsóknarsiðfræði	37
 Réttmæti og áreiðanleiki	39
 Samantekt.....	40
 Kafli 4 Niðurstöður rannsóknar	41
 Inngangur	41
 Fyrirbærafræðileg lýsing.....	41
 Niðurstöður rannsóknar	42
Upplifun af áfallinu.....	44
Slæm líðan sem barn og unglingur	49
Líkamleg vandamál.....	54
Geðræn vandamál	59
Erfiðleikar við tengslamyndun, traust og snertingu.....	66
Staðan í dag og horft til framtíðar.....	74
 Samantekt á niðurstöðum.....	79
 Kafli 5 Umfjöllun um niðurstöður rannsóknarinnar	80
 Inngangur	80
 Líkamleg einkenni í æsku	80
 Móðurlífsvandamál, vefjagigt, vöðvabólga og fæðingarþunglyndi.....	81
 Fjölpætt líkamleg einkenni á fullorðinsárum.....	81
 Upplifun af áfallinu.....	82
 Líðan sem barn og unglingur	83

	12
Verkir	84
Geðræn vandamál	85
Tengslamyndun, traust og snerting	86
Tengslamyndun og snerting við börnin	87
Staðan í dag og heilbrigðiskerfið	88
Samantekt.....	89
Kafli 6 Samantekt, niðurstöður, notagildi og framtíðarrannsóknir	90
Inngangur	90
Samantekt og niðurstöður	90
Notagildi rannsóknarinnar fyrir heilbrigðisvísindi	91
Samantekt.....	93
Heimildaskrá	94
Ítarefni.....	102
Fylgiskjöl	111
Fylgiskjal 1. Tólf meginþrep í rannsóknarferlinu	111
Fylgiskjal 2. Staðfesting tilkynningar til Persónuverndar.....	112
Fylgiskjal 3. Samþykki Vísindasiðanefndar	113
Fylgiskjal 4. Kynningar- og upplýsingablað vegna upplýsts samþykkis.....	114
Fylgiskjal 5. Upplýst samþykki	119
Fylgiskjal 6. Samstarfsyfirlýsing Eyrún B. Jónsdóttir, hjúkrunarfræðingur.....	120
Fylgiskjal 7. Samstarfsyfirlýsing, Hulda Rafnsdóttir, hjúkrunarfræðingur	121

Yfirlit yfir myndir:

Mynd 1. Vitrænir meginþættir í rannsóknarferlinu í Vancouver-skólanum, bls. 30.

Mynd 2. Tengsl bókasafnsleitar, gagnasöfnunar og gagnagreiningar í Vancouver-skólanum, bls. 33.

Tafla 1. Niðurstöður rannsóknarinnar, bls. 43.

Tafla 2. Tólf meginþrep í rannsóknarferlinu, bls. 111.

Kafli 1 Inngangur

Inngangur

Fjallað er um bakgrunn rannsóknarinnar, tilgang, rannsóknarspurningu og rökstuðning varðandi val á rannsóknaraðferð. Megin hugtök eru skilgreind; sálræn áföll, ofbeldi og kynferðisleg misnotkun. Að lokum er fjallað um gildismat rannsakandans, forsendur og takmarkanir rannsóknarinnar.

Bakgrunnur viðfangsefnis

Börn verða fyrir sálrænu áfalli þegar þau verða fyrir kynferðislegu ofbeldi og geta afleiðingar þess verið mjög alvarlegar eins og þróun áfallaröskunar (Golier, Yehuda, Bierer og Mitropoulou, 2003) og ein mesta áhættan fyrir áfallaröskun er eftir kynferðislegt ofbeldi (Norris, Murphy, Baker, Perilla, Rodriguez og Rodriguez, 2003; Fagan og Freme, 2004; Hetzel og McCanne, 2005). Sálræn áföll eru ógn við persónuleg mörk og tilveru einstaklinga og mest eyðileggjandi áföllin eru þegar einhver nákominn er valdur að áfallinu (Scaer, 2001). Eftir kynferðislega misnotkun upplifa börn skömm, vanmátt, hjálparleysi, sektarkennd, ótta, andúð, varnarleysi og dofa (Blátt áfram, e.d., Guðrún Jónsdóttir, 1993). Þau eru með sjálfsásakanir, eiga í erfiðleikum með tengsl (Feiring, Rosenthal og Taska, 2000), eru með sjálfsvígshugsanir, sjálfskaðandi hegðun, gera sjálfsvígstilraunir og eru með átraskanir (Edgardh og Ormstad, 2000; Martin, Bergen, Richardson, Roeger og Allison, 2004).

Líkamleg einkenni sem komið hafa fram eftir alls kyns ofbeldi eru meltingarfærasjúkdómar, öndunarfærasjúkdómar, sjúkdómar í og á kynfærum og ófrjósemi (WHO, 2002), mjög útbreiddir og langvinnir verkir (WHO, 2002; Woods og Wineman, 2004; Otis, Keane og Kerns, 2003), taugaveiklun, svefnörðugleikar, skjálfti, dofi og áfallaröskun (Woods og Wineman, 2004; Otis o.fl., 2003). Einnig

offita og aðrar átraskanir (Striegel-Moore, Dohm, Pike, Wilfley og Fairburn, 2002; Jia, Li, Leserman, Hu og Drossman, 2006), vefjagigt (Finestone, Stenn, Davies og Stalker, 2000), langvinn þreyta, blöðrúvandamál, asmi, hjarta- og æðakerfisvandamál og sykursýki (Romans, Belaise, Martin, Morris og Raffi, 2002). Geðræn einkenni sem komið hafa fram eftir ofbeldi eru þunglyndi, kvíði, fælni, sjálfsvígstilraunir, lélegt sjálfsmat, skömm, sektarkennd, sjálfskaðandi hegðun, áfengis- og vímuefnamisnotkun (WHO, 2002; Stígamót, 2005). Einnig persónuleikaröskun og félagsfælni (Horwitz, Widom, McLaughlin, White. 2001; Golier o.fl., 2003; Ystgaard, Hestetun, Loeb og Mehlum, 2004; Chen, Michael, Dunne og Ping, 2006).

Konur eiga í erfiðleikum með kynlíf og tengsl við maka og vini eftir kynferðislega misnotkun (Stígamót, 2005; Blátt áfram, e.d.; Guðrún Jónsdóttir, 1993), eiga í erfiðleikum með að treysta karlmönnum og eru líklegri til að lenda í slæmu hjónabandi eða hjónaskilnaði (Whiffen, Thompson og Aube, 2000; Fleming, Mullen, Sibthorpe og Bammer, 1999; Colman og Widom, 2004; Blátt áfram, e.d.). Þær eru einnig berskjaldaðar fyrir kynferðislegu og líkamlegu ofbeldi á fullorðinsárum (Hetzl og McCanne, 2005; Guðrún Jónsdóttir, 1993; Coid, Petruckevitch, Feder og Chung, 2001; Freydís Jóna Freysteinsdóttir, 2005; Steel og Herlitz, 2005). Konur sýna mikinn kvíða vegna nánna tengsla við börn sín, meiri streitu og álag sem foreldri (Douglas, 2000) og eru í meiri áhættu fyrir að beita börn sín ofbeldi (Freydís Jóna Freysteinsdóttir, 2005). Þær leita í miklum mæli til heilbrigðisþjónustunnar með ýmis andleg og líkamleg vandamál og segja í fæstum tilfellum frá ofbeldinu (Wijma, Schei, Swahnberg, Hilden, Offerdal, Pikarinen o.fl., 2003). Þær hafa langa sögu um samskipti við heilbrigðiskerfið, fá lítinn sem engan stuðning en nóg af lyfjum (Bergþóra Reynisdóttir, 2003; Guðrún Jónsdóttir, 1993) og kosta heilbrigðiskerfið

tvöfalt meira heldur en þær sem ekki hafa sögu um ofbeldi (Tang, Jamieson, Boyle, Libby, Gafni og MacMillan, 2006).

Tilgangur rannsóknarinnar og rannsóknarspurning

Tilgangur rannsóknarinnar er að kanna heilsufar og líðan kvenna sem hafa orðið fyrir sálrænum áföllum í æsku eins og kynferðislegri misnotkun og öðru ofbeldi.

Rannsóknarspurningin er hvaða áhrif geta sálræn áföll í æsku, eins og kynferðisleg misnotkun og ofbeldi, haft á líðan og heilsufar kvenna?

Rökstuðningur varðandi val á rannsóknaraðferð

Viðfangsefni rannsóknarinnar er mjög alvarlegt, viðkvæmt og vandmeðfarið og til þess að fá ýtarlegar upplýsingar er að mínu mati best að notast við eigindlega, fyrirbærafræðilega rannsóknaraðferð, þar sem rætt var við sjö konur með slíka reynslu til að dýpka skilning á líðan þeirra eftir að þær urðu fyrir sálrænu áfalli eins og kynferðislegri misnotkun. Með djúpviðtölum/samræðum, virkri hlustun og nærveru er minni hætt á að valda skaða með viðkvæmum spurningum heldur en með því að senda út spurningalista. Spurningalisti gefur þar að auki ekki eins mikla dýpt í lýsingar á reynslunni eins og opnar samræður. Margar meginlegar rannsóknir fundust um viðfangsefnið en aðeins ein eigindleg rannsókn og var það enn frekari hvatning fyrir vali á eigindlegri aðferð. Rannsakanda finnst einnig að persónulegir kostir hans séu að eiga djúpar samræður við fólk og að eiga mjög auðvelt með að fá fram viðkvæmar upplýsingar hjá einstaklingum og nota virka hlustun. Einnig er góðri reynslu lýst af notkun eigindlegrar aðferðar Vancouver-skólans í fyrirbærafræði við rannsóknir viðkvæmra mála (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

Skilgreining meginhugtaka

Sálrænt áfall er andlegt áfall sem einstaklingur upplifir þegar hann verður fyrir eða upplifir einhvern hræðilegan atburð eða aðstæður, sem ógnar heilsu hans og lífi eða annarrar manneskju, eða verður vitni að því hjá öðrum einstaklingi. Áfallið hefur svo sterk áhrif á einstaklinginn að hann getur ekki losnað undan áhrifum af þeirri reynslu eða sársaukafullum tilfinningum sem fylgja henni (Fagan og Freme, 2004).

Ofbeldi er líkamlegt vald, hótanir eða verknaður gegn annarri manneskju sem mjög líklega hefur þær afleiðingar að valda meiðslum, drepa, valda sálrænum skaða, vanþroska eða misþroska. Ofbeldið getur verið andlegt, líkamlegt eða kynferðislegt og því getur verið beitt af ókunnugum eða tengdum aðila eins og ættingja eða fjölskylduvini (WHO, 2002).

Kynferðisleg misnotkun er þegar ofbeldi er fært í kynferðislegan farveg og miðar að því að lítillækka, auðmýkja, ráða yfir og skeyta ekki um vilja eða líðan þess sem fyrir því verður. Það er hvers konar þukl eða káf á kynfærum, að neyða börn til að hlusta á eða horfa á klám, að ofbeldismaður lætur barn fróa sér og/eða fróar því, á við barnið samfarir, hvort sem er í munn, leggöng eða endaparm, með fingri, getnaðarlim eða hlutum (Guðrún Jónsdóttir, 2001).

Gildismat rannsakandans og forsendur rannsóknarinnar

Mikilvægi gildismats er að átta sig á eigin skoðunum sem byggjast á reynslu og lestri fræðilegs efnis. Rannsakandi hefur ekki persónulega reynslu af sálrænum áföllum í æsku eins og ofbeldi en reynslan byggist á að starfa með einstaklingum með slíka reynslu og eiga samræður við þá. Rannsakandi starfaði sem lögregluþjónn og kynnti

sér sérstaklega vinnslu mála erlendis varðandi kynferðislegt ofbeldi gegn börnum ásamt því að starfa á geðdeild fyrir áfengis- og vímuefnasjúklinga þar sem reynsla af erfiðri æsku endurspeglaði líðan þeirra. Einstaklingar sem lentu í ofbeldi í æsku voru mjög brotnir, lentu oft í félagslegum og sálrænum vandamálum og komust í kast við lögin. Lokaverkefni rannsakanda í hjúkrunarfræði fjallaði um afleiðingar kynferðislegs ofbeldis gegn börnum: þunglyndi, átröskun og sjálfskaðandi hegðun.

Rannsakandi sat fræðslufund hjá hjúkrunarfræðingi sem starfaði á endurhæfingardeild og fjallaði um sálræn áföll og áhrif á líkamann. Hún talaði út frá reynslu sinni í starfi með einstaklingum með verki og fleiri líkamleg vandamál og reynslu þeirra af sálrænum áföllum í æsku eins og kynferðislegri misnotkun. Einnig talaði kona með slíka reynslu og óútskýranleg líkamleg einkenni, og vaknaði þar hugmyndin að þessari rannsókn.

Takmarkanir rannsóknarinnar

Takmarkanir rannsóknarinnar eru að niðurstöðurnar byggjast á upplifun og frásögn sjö kvenna, hæfileikum þeirra til að tjá líðan sína, jafnvel mjög sára reynslu og ef til vill sínar allra dýpstu hugsanir. Það er ekki hægt að stjórna ytri áhrifum í slíkri rannsókn en mikilvægt að gera sér grein fyrir þeim áhrifum sem helst geta bjagað niðurstöður. Erfitt er að segja til með vissu að ákveðin líkamleg einkenni séu afleiðing af ákveðnu sálrænu áfalli því það er ekki mælanlegt, aðeins frásögn einstaklingsins sem dregin er ályktun af. Rannsóknin snýr því að huglægum fyrirbrigðum sem siðferðilega er ekki hægt að mæla áhrif með beinum hætti á mönnum. Það getur verið takmarkandi þáttur í rannsókninni að gagnasöfnun byggir á samræðum tveggja einstaklinga og rannsakandi stendur einn að gagnagreiningu og túlkar niðurstöður þannig að viss hætta er fyrir hendi að viðhorf hans liti frásögn

samræðufélagans. Rannsakandi með aðra reynslu gæti nálgast viðfangsefnið frá öðru sjónarhorni og lýst á annan hátt sama fyrirbærinu. Rannsakandi verður að vera hlutlaus og leggja fyrirframgefnar hugmyndir til hliðar og forðast alla fordóma, sem getur haft áhrif á þróun viðtalsins og þar með niðurstöðurnar. Takmarkanir felast einnig í þeim tengslum sem rannsakandi og meðrannsakandi ná, hvernig samband myndast til að fá þær viðkvæmu upplýsingar sem þarf og byggist mikið á innsæi og næmi rannsakanda og tjáningarhæfni og innsæi meðrannsakanda.

Samantekt

Sálræn áföll í æsku eins og ofbeldi og kynferðisleg misnotkun geta haft alvarlegar og viðtækar afleiðingar fyrir félagslegt, geðrænt og líkamlegt heilbrigði. Megin hugtök voru skilgreind þ.e. sálræn áföll, ofbeldi og kynferðisleg misnotkun. Vegna þess hve viðkvæmt og vandmeðfarið viðfangsefnið er var eigindleg fyrirbærafræðileg rannsóknaraðferð valin. Mikilvægt er að átta sig á eigin skoðunum og hugmyndum á viðfangsefninu áður en byrjað er en rannsakandi hefur ekki persónulega reynslu af sálrænum áföllum í æsku eins og ofbeldi en hefur kynnst slíku í starfi. Takmarkanir rannsóknarinnar byggjast að miklu leyti á trúverðugleika, einnig hvernig rannsakanda tekst að túlka frásögn meðrannsakanda og þeim tengslum sem þeir ná að mynda.

Kafli 2 Fræðileg umfjöllun

Inngangur

Fjallað er um ritað efni og rannsóknir sem gerðar hafa verið um sálræn áföll í æsku, eins og kynferðislega misnotkun og annað ofbeldi, og áhrif þess á heilsufar og líðan kvenna. Umfjöllunin er kaflaskipt, í byrjun er kynnt hvar heimilda var aflað og fjallað um sálræn áföll og áfallaröskun. Þá er fjallað um kynferðislega misnotkun og önnur sálræn áföll og áhrif þeirra á börn og unglinga. Einnig er fjallað um hvaða áhrif slíkt hefur á einstaklinga er fullorðins aldri er náð, reynslu þeirra af heilbrigðiskerfinu og að lokum er samantekt.

Bókasafnsleit

Heimilda var leitað á bókasafni Háskólans á Akureyri, Amtsbókasafninu á Akureyri og á Landsbókasafni Íslands, Háskólabókasafni. Einnig var leitað á veraldarvefnum ProQuest 5000, Web of Science, ScienceDirect, Medline og CINAHL eftir leitarorðunum sálræn áföll, PTSD (áfallaröskun), ofbeldi og kynferðisleg misnotkun.

Fræðileg umfjöllun

Sálræn áföll og áfallaröskun

Einstaklingur verður fyrir sálrænu áfalli þegar hann upplifir aðstæður, verður fyrir reynslu eða vitni að ógnvekjandi atburði (Scaer, 2001; Fagan og Freme, 2004) og viðbrögðin einkennast af miklum ótta, hjálparleysi og skelfingu. Áföll geta verið andlegt og líkamlegt heimilisofbeldi, kynferðislegt ofbeldi eða misnotkun og einelti. Börn geta einnig orðið fyrir áfalli við kynferðislegar athafnir sem hæfa ekki þroska þeirra, þó það sé ekki með ofbeldi. Í öllu ofbeldi virðist skaðinn líklegur til að verða

mestur og djúpstæðustu afleiðingar þegar sá sem brýtur á fórnarlambinu stendur því nærri, til dæmis náinn vinur eða ættingi (Scaer, 2001).

Áföllum má skipta annars vegar í snögg og skammvinn áföll eins og slyss og árásir og hins vegar áföll sem fólk má þola um langan tíma, ár eða jafnvel áratugi eins og langvinna sjúkdóma, viðvarandi kynferðislega misnotkun, heimilisofbeldi og ofsóknir (Scaer, 2001). Cullberg (1985) sagði alla sem lentu í áfalli myndu bregðast í stórum dráttum við á sama hátt og myndu ganga í gegnum fjögur stig: 1. stig er loststig, 2. stig er viðbragðsstig, 3. stig er úrvinnslustig og 4. stig er áttun.

Við áfall bregst líkaminn ýmist við með því að berjast, flýja eða “frjósa”, þegar líkaminn getur hvorki flúið né barist. Fólk sem upplifir mikið áfall finnur oft fyrir skömm og sekt fyrir að hafa frosið, hafa ekkert gert til að vernda sjálft sig eða aðra með því að berjast á móti eða flýja. Langvinnt álagsástand verður og áfallastreita þróast sem leiðir af sér ýmis geðræn og líkamleg einkenni (Rothschild, 2000). Levine og Frederick (1997) segja tvær ástæður fyrir mikilvægi þess að frjósa, það er neyðarvörn til að lifa af og einstaklingur fer í huglægt ástand þar sem hann finnur ekki sársauka, kemst næst því að deyja. Rothschild (2000) segir áfallaröskun mikilvæga til að brúa bilið milli hugar og líkama og tengja saman líkamleg og geðræn áhrif og afleiðingar af áföllum.

Börn verða fyrir sálrænu áfalli þegar þau verða fyrir kynferðislegu ofbeldi. Geta afleiðingar þess verið mjög alvarlegar og er áfallaröskun ein af þeim (Golier o.fl., 2003). Ein mesta áhætta fyrir áfallaröskun er eftir kynferðislegt ofbeldi, sérstaklega í æsku (Norris o.fl., 2003; Fagan og Freme, 2004; Hetzel og McCanne, 2005). Áfallaröskun og ofvirkni með athyglisbresti voru algengustu sjúkdómsgreiningar hjá börnum sem urðu fyrir kynferðislegri misnotkun samkvæmt rannsókn Weinstein, Staffelbach og Biaggio (2000). Ekki eru allir sem þróa með sér

áfallaröskun og þættir eins og árangursrík varnarviðbrögð, þroski einstaklings, trú, fyrri reynsla, innri styrkur, aðlögunarhæfni og stuðningur frá fjölskyldu og samfélagi geta hindrað eða komið í veg fyrir þróun áfallaröskunar (Rothschild, 2000).

Kynferðisleg misnotkun og önnur sálræn áföll og áhrif þeirra á börn og unglínga

Einstaklingar hafa ákveðin mörk umhverfis sig, persónulega línu sem er mikilvæg til aðgreiningar til að byggja upp sterka sjálfsmynd. Börn eru stöðugt að styrkja þessa línu með aðstoð uppalenda og þegar þau verða fyrir áfalli er það ógn við tilveru þeirra sem einstaklinga. Þess vegna er það mest eyðileggjandi tegund af áfalli þegar einhver nákominn er ógn við tilveruna, þegar forsjáraðili er ofsafenginn alkóhólisti, heimilisfaðirinn misnotar börnin eða beitir líkamlegu ofbeldi, þá er engin örugg heimahöfn og engin örugg mörk milli barnsins og umheimsins, sjálfsmynd barnsins er brotin og barnið þolir minni ógn frá umhverfinu (Scaer, 2001). Næg umhyggja og meðferð móður á fyrstu þroskastigum er mjög mikilvæg fyrir sálrænan og félagslegan þroska barnsins og ef móðir hefur ekki búið við hlýjar tilfinningar í æsku á hún erfitt með að mæta þörfum barnsins og meiri hætta er á sálrænu áfalli (Bosch, 2005).

Þær tilfinningar sem gera vart við sig hjá börnum fyrst eftir kynferðislega misnotkun eru skömm, vanmáttur, hjálparleysi, sektarkennd, ótti, hræðsla, andúð, varnarleysi og dofi (Blátt áfram, e.d., Guðrún Jónsdóttir, 1993). Rannsókn Guðrúnar Jónsdóttur (1993) sýndi að konur sem urðu fyrir kynferðislegri misnotkun í æsku fannst að fólk ætti að hafa séð hvernig þeim leið, fannst þær öðruvísi og skítugar. Þær gátu engum treyst, fóru oft í fósturstellingu, fannst þær einskis virði, með sjálfsásakanir og brotna sjálfsmynd, nokkrar fóru í áfengisdrykkju og voru með sjálfsvígshugsanir. Þær reyndu að gleyma áfallinu, fannst það alltaf vera í höfðinu og fengu „flashback“, þær upplifðu erfiðleika í skóla, létu ýmist lítið fyrir sér fara eða

voru með hegðunarerfiðleika, unglingsárin voru erfið og þær fóru ekki í framhaldsnám.

Kynferðislegt ofbeldi í æsku hefur neikvæð áhrif á persónuleika barna, þau eru með sjálfsásakanir, finnst þau ekki viðurkennd af félögunum, eiga í erfiðleikum með náin tengsl við kunningja og hugsanlega elskhuga (Feiring o.fl., 2000).

Sjálfsvígstílaunir og sjálfskaðandi hegðun eru mjög algeng meðal 17 ára unglinga sem höfðu verið kynferðislega misnotaðir, samkvæmt rannsókn Edgardh og Ormstad (2000). Stúlkurnar höfðu í miklu fleiri tilfellum gert tilraun til sjálfsvígs, verið með sjálfsvígshugsanir, stundað sjálfskaðandi hegðun og haft átröskun heldur en samanburðarhópur. Svipaðar niðurstöður komu fram í rannsókn Martin o.fl. (2004), stúlkur sögðu frá miklu álagi vegna misnotkunar og voru í þrefalt meiri hættu á að vera með sjálfsvígshugsanir heldur en stelpur sem ekki höfðu slíka reynslu.

Líkamleg einkenni á fullorðinsárum

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) hefur lýst sálvefrænum einkennum sem afleiðingum ofbeldis svo sem útbreiddum langvinnum verkjum, meltingarfærasjúkdómum, öndunarfærasjúkdómum, sjúkdómum í og á kynfærum, minnkaðri kynlíflöngun og ófrjósemi (WHO, 2002). Líkamleg einkenni sem hrjá konur eftir langvarandi ofbeldi eru höfuðverkur, taugaveiklun, vöðvaeymsli, hjartsláttur, svefnörðugleikar, liðverkir, skjálfti, verkir í mjóbaki, dofi, hálsverkur og þreyta og áhætta fyrir áfallaröskun eykst um helming. Einkenni áfallaröskunar, ofurnæmi/ofvirkni og fælni eru í sterkum tengslum við líkamleg heilsufarsvandamál og líkamlegt ofbeldi í æsku, því lengur sem kona býr við ofbeldið því fleiri líkamleg sjúkdómseinkenni upplifir hún. (Woods og Wineman, 2004). Meðal einstaklinga með

áfallaröskun eru 80% með sögu um langvinna verki og því meiri sem áfallaröskunin mælist þeim mun meiri eru verkirnir og verkjatengd vandamál (Otis o.fl., 2003).

Niðurstöður Finestone ofl. (2000) benda til að konur með sögu um kynferðislegt ofbeldi í æsku segi í mun fleiri tilfellum frá langvinnum verkjum, útbreiddari verkjum og séu með fleiri greiningar á vefjagigt heldur en samanburðarhópar. Þær hafa einnig að baki fleiri sjúkrahúslegur, aðgerðir og komur til heimilislækna. Marktækur munur er á offitu meðal kvenna sem hafa verið kynferðislega misnotaðar og þeirra sem ekki hafa verið misnotaðar. Tengsl eru milli misnotkunar eða ofbeldis og sálíkamlegra einkenna á fullorðinsárum (Striegel-Moore o.fl., 2002). Svipaðar niðurstöður koma fram í rannsókn Jia o.fl. (2006) þar sem konur í yfirvigt eða sem þjást af offitu segja í fleiri tilfellum frá líkamlegu og kynferðislegu ofbeldi í æsku. Lýðfræðileg rannsókn Romans o.fl. (2002) bendir til að langvinn þreyta sé mest áberandi einkenni hjá konum eftir allar tegundir ofbeldis og þær eru allar með blöðruvandamál. Einnig eru mjaðmagrindarverkir, höfuðverkur, asmi, hjarta- og æðakerfissvandamál og sykursýki algeng hjá konunum eftir alls kyns ofbeldi á lífsleiðinni.

Geðræn vandamál á fullorðinsárum

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur einnig lýst geðrænum einkennum sem afleiðingum ofbeldis, eins og þunglyndi, kvíða, fælni, sjálfsvígstílaunum, lélegu sjálfsmati, skömm og sektarkennd, sjálfskaðandi hegðun eins og áfengis- og vímuefnamisnotkun (WHO, 2002). Í rannsókn Hrefnu Ólafsdóttur komu fram tilfinningar eins og reiði, andúð, hryggð, depurð, vonbrigði og sjálfsvígstílaunir hjá þolendum kynferðisafbrotá og konurnar kljást við afleiðingarnar allt lífið eða þar til þær leita sér aðstoðar sérfræðinga (Blátt áfram, e.d.). Hjá konum sem leituðu til

Stígamóta eftir kynferðislega misnotkun voru afleiðingar sem þær glímdu við, skömm, léleg sjálfsmynd, depurð, sektarkennd, kynlíf erfitt, sjálfsvígshugleiðingar, svipmyndir, ótti, kvíði, einangrun, tilfinningalegur doði, reiði, sjálfsásakanir, einbeitingarörðugleikar og hegðunarörðugleikar (Stígamót, 2005).

Einstaklingar með jaðarpersónuleikaröskun sem höfðu orðið fyrir líkamlegu ofbeldi í æsku voru tvisvar sinnum líklegri til að þróa með sér áfallaröskun heldur en hinir. Einstaklingar með persónuleikaröskun sögðu í miklum mæli frá líkamlegu eða kynferðislegu ofbeldi í æsku og mjög stór áhættuþáttur fyrir áfallaröskun var ofbeldi í æsku (Golier o.fl., 2003). Svipaðar niðurstöður komu fram í rannsókn Chen o.fl. (2006) að meðal kvenna sem sögðu frá kynferðislegu ofbeldi í æsku var hærri tíðni þunglyndis, lágs sjálfsmats, yfirþyrmandi sorgar, sjálfsvígshugsana, áfengisneyslu, reykinga og slagsmála.

Stúlkur sem höfðu orðið fyrir kynferðislegu og/eða líkamlegu ofbeldi voru í meiri afneitun/höfnun gagnvart lífinu heldur en þær sem ekki höfðu orðið fyrir ofbeldi. Því meira ofbeldi sem stúlkurnar höfðu orðið fyrir, því meiri sjálfsvígshugsanir höfðu þær og neikvæðari hugsanir um lífið (Gutierrez, Thakker og Kuczen, 2000). Einstaklingar sem höfðu verið fluttir á sjúkrahús eftir að hafa reynt að fyrirfara sér, höfðu flestir orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi, en einnig líkamlegu ofbeldi, vanrækslu, misst forsjáraðila eða orðið vitni að heimilisofbeldi. Líkamlegt og kynferðislegt ofbeldi var eini þátturinn sem orsakaði endurteknar tilraunir til sjálfskaða. Algengustu greiningar þeirra voru alvarlegt þunglyndi, kvíðaröskun, áfallaröskun, jaðarpersónuleikaröskun og áfengisvandamál (Ystgaard o.fl., 2004). Konur sem höfðu orðið fyrir ofbeldi eða vanrækslu sögðu meira frá félagsfælni, persónuleikaröskun og áfengisvandamáli (Horwitz o.fl., 2001).

Tengslamyndun, kynlíf, traust, snerting og ofbeldi

Konur sem leituðu til Stígamóta sögðu frá erfiðleikum með tengsl við maka og vini (Stígamót, 2005). Konur sem höfðu lent í ofbeldi í æsku áttu almennt í erfiðleikum með að mynda nánin sambönd, áttu erfitt með að treysta karlmönnum, giftust jafnvel aldrei eða lentu í slæmu hjónabandi, lentu í hjónaskilnaði, persónuleg vandamál voru algengari og konur voru tilfinningalega fjarlæggar (Whiffen o.fl., 2000; Fleming o.fl., 1999, Colman og Widom, 2004; Blátt áfram, e.d.).

Marktækt fleiri konur sem urðu fyrir kynferðislegu og líkamlegu ofbeldi í æsku sögðu frá kynferðislegu og líkamlegu ofbeldi á fullorðinsárum, meiri áföll voru í tengslum við hærri stig áfallaröskunar og kynferðislegs og líkamlegs ofbeldis á fullorðinsárunum (Hetzl og McCanne, 2005; Guðrún Jónsdóttir, 1993; Coid o.fl., 2001; Freydís Jóna Freysteinsdóttir, 2005). Niðurstöður Steel og Herlitz (2005) studdu niðurstöður fyrri rannsókna um tengsl milli þess að vera misnotaður kynferðislega í æsku og á unglingsárum og þess að byrja að stunda kynlíf mjög ung, skipta ört um rekkjunauta, nota ekki varnir gegn kynsjúkdómum, óskipulagðar þunganir, auknar líkur á þátttöku í hóp kynlífi, vændi, misnotkun efna og meiri líkur á kynferðislegu og líkamlegu ofbeldi á fullorðinsárum (Fleming o.fl., 1999).

Mæður sem urðu fyrir kynferðislegri misnotkun í æsku sýndu marktækt meiri kvíða vegna náinna tengsla við barnið heldur en samanburðarhópur, kvíðinn var í tengslum við að snerta barnið á viðkvæmum stöðum, snerta börnin á óviðeigandi hátt eins og gert var við þær. Þeim fannst óþægilegt að kyssa börn sín, hugsunin um ofbeldið var alltaf til staðar, þær sögðu frá marktækt meiri streitu og álagi almennt sem foreldri (Douglas, 2000). Mæður sem beittu dætur sínar líkamlegu ofbeldi og mæður sem vissu af kynferðislegri misnotkun á heimilinu og gerðu ekkert í því bjuggu við ofbeldi, kúgun og voru bældar og algjörlega háðar mönnum sínum.

Nokkrar kvennanna leiddust út í áfengi og fíkniefni, upplifðu kynlíf sem líkamlega og tilfinningalega sársaukafullt, þær gerðu það fyrir mennina í von um ást og hlýju í staðinn, varanleg áhrif voru að þær urðu að hjálparlausum fórnarlömbum (Guðrún Jónsdóttir, 1993). Mæður sem höfðu orðið fyrir ofbeldi í æsku voru í meiri áhættu fyrir að beita börn sín ofbeldi, aðrir áhættuþættir voru misnotkun áfengis, þunglyndi og geðrænir sjúkdómar, einnig ef veik tengsl voru milli barna og foreldris var meiri hætta á ofbeldi (Freydís Jóna Freysteinsdóttir, 2005).

Reynsla af heilbrigðisþjónustunni

Rannsóknir hafa sýnt að konur sem hafa orðið fyrir ofbeldi og/eða misnotkun leita í miklum mæli til heilbrigðisþjónustunnar með ýmis geðræn og líkamleg vandamál og segja í fæstum tilvikum frá ofbeldinu. Rannsókn á kvennadeildum sýndi að helmingur hafði að meðaltali orðið fyrir líkamlegu ofbeldi, aðeins færri orðið fyrir andlegu ofbeldi og kynferðislegu ofbeldi og fæstar höfðu sagt kvensjúkdómalæknum frá ofbeldinu (Wijma o.fl., 2003). Konur sem höfðu glímt við þunglyndi, voru öryrkjar og bjuggu við andlegt, líkamlegt og/eða kynferðislegt ofbeldi í æsku og höfðu allar langa sögu um samskipti við heilbrigðiskerfið, fengu lítinn sem engan stuðning heilbrigðisstarfsfólks en nóg af lyfjum (Bergþóra Reynisdóttir, 2003). Svipaðar niðurstöður komu fram í rannsókn Guðrúnar Jónsdóttur (1993) þar sem allar konurnar nema tvær höfðu neikvæða reynslu af slíku. Í rannsókn Tang o.fl. (2006) kom fram að konur með sögu um ofbeldi leituðu mikið í heilbrigðisþjónustuna og kostuðu heilbrigðiskerfið tvöfalt meira heldur en þær sem ekki höfðu sögu um ofbeldi.

Samantekt

Einstaklingur upplifir sálrænt áfall þegar hann upplifir aðstæður sem eru honum yfirþyrmandi. Afleiðingar geta orðið mjög alvarlegar og geta þróast yfir í áfallaröskun. Börn upplifa skömm og sektarkennd, vanlíðan í skóla, einbeitingarörðugleika, ofvirkni, eru með lélega sjálfsmynd, átröskun og sjálfsvígshugsanir. Einkenni áfallaröskunar geta verið mjög alvarleg og birst í geðrænum einkennum eins og þunglyndi, kvíða, fælni, sjálfsvígshugsunum, átröskun og misnotkun efna og áfengis. Þau geta einnig birst í líkamlegum einkennum eins og verkjum, meltingarfærasjúkdómum og svefnörðugleikum, erfiðleikum með að treysta, mynda náin tengsl og njóta snertingar og kynlífs. Ofbeldi í æsku eykur hættuna á endurteknu ofbeldi síðar á lífsleiðinni og einstaklingar leita mikið í heilbrigðisþjónustuna, án þess þó að segja frá ofbeldinu.

Kafli 3 Aðferðarfræði

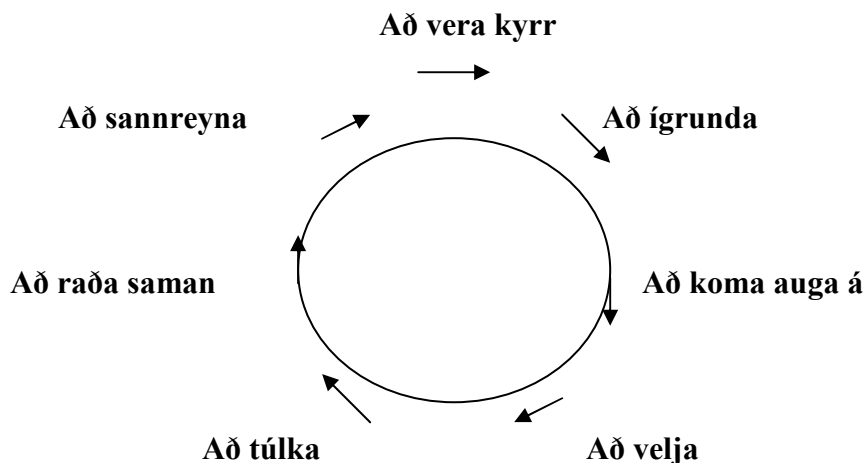
Inngangur

Fjallað er um rannsóknaraðferðina, sem er fyrirbærafræðilegur skóli. Farið er yfir þá sjö vitrænu meginþætti sem einkenna skólann og meginþrepin 12 sem rannsóknarferli skólans byggir á (sjá fylgiskjal 1). Síðan er fjallað um siðfræðilegar vangaveltur og rannsóknarsíðfræði, réttmæti og áreiðanleika og að lokum er samantekt.

Rannsóknaraðferð

Rannsóknaraðferðin er fyrirbærafræðileg, eigindleg, kennd við Vancouver-skólann í fyrirbærafræði og er ætlað að auka skilning á mannlegum fyrirbærum m.a. í þeim tilgangi að bæta mannlega þjónustu eins og t.d. heilbrigðisþjónustu. Upphafismaður fyrirbærafræðinnar var Edmund Husserl og vildi hann setja fram mótvægi við einhliða meginlega hugsun og aðferðafræði, einnig gætir áhrifa frá Anderson, Colaizzi, Spiegelberg, Ricoeur og Schwandt. Vancouver-skólinn byggir á þeim skilningi að sérhver einstaklingur sjái heiminn með sínum augum, að sýn hans mótist af fyrri reynslu og eigin túlkun á reynslunni sem hefur áhrif á hvernig hann upplifir heiminn og lifir sínu lífi (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

Í rannsóknarferlinu er farið í gegnum sjö vitræna meginþætti sem fara hring eftir hring: 1) að vera kyrr, 2) að ígrunda, 3) að koma auga á, 4) að velja, 5) að túlka, 6) að raða saman og 7) að sannreyna (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).



Mynd 1. Vitrænir meginþættir í rannsóknarferlinu í Vancouver-skólanum

Fyrirbærafræði er lýsing á innri og ytri reynslu, hún er lýsandi rannsókn, t.d. með djúpum viðtölum við fáa þátttakendur um upplifun þeirra á einhverju ákveðnu fyrirbæri. Annmarkar fyrirbærafræðinnar er lítið skýringar- og alhæfingargildi og að horft er fram hjá röklegum skilyrðum hugtaka (Kristján Kristjánsson, 2003).

Rannsóknarferlið

1. þrep. Að velja samræðufélaga

Í Vancouver-skólanum er lögð áhersla á að fullt samræmi sé milli úrtaksins og tilgangs rannsóknarinnar, í flestum tilfellum er reynt að velja fólk sem er ekki stutt í miðri reynslunni þannig að einstaklingurinn geti lítið yfir farinn veg og miðlað af reynslu sinni. Úrtakið er tilgangsúrtak þar sem valdir eru einstaklingar sem hafa bæði

dæmigerða reynslu af fyrirbærinu og ódæmigerða reynslu og þannig er meðvitað reynt að koma í veg fyrir að úrtakið sé einsleitt (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

Rannsakandi leitaði til hjúkrunarfræðings á endurhæfingardeild sem kom rannsakanda í samband við konur sem voru reiðubúnar til þátttöku í rannsókninni. Skilyrði fyrir þátttöku var að meðrannsakandi hefði orðið fyrir sálrænum áföllum í æsku, eins og kynferðislegri misnotkun eða öðru ofbeldi, og leitað sér faglegrar aðstoðar vegna heilsufarsvandamála. Þær þurftu að geta rifjað upp reynslu sína af sálrænum áföllum og hugsanlegum afleiðingum og vera reiðubúnar að ræða þá reynslu. Valdar voru sjö konur á aldrinum 30-65 ára með slíkan bakgrunn sem höfðu verið í endurhæfingu til að ná bata og vinna úr tilfinningum tengdum áföllum. Þær höfðu allar leitað mikið í heilbrigðiskerfið með sín einkenni og einnig í óhefðbundnar meðferðir. Litið er á þátttakendur í rannsókninni sem meðrannsakendur og fékk hver og einn nafn sem notað var þegar vitnað var í hann.

2. þrep. Að vera kyrr

Áður en byrjað er á samræðum er mikilvægt að staldra við og vera kyrr og er það lykilatriði í fyrirbærafræðilegum rannsóknum til að átta sig á fyrirframgerðum hugmyndum sínum. Ágætt er að skrifa þær niður og leitast við að leggja þær sem mest til hliðar til að vera fær um að taka við einhverju nýju. Einnig er gott að skrifa niður vangaveltur sínar sem fram koma og lesa sem mest um efnið til að vera við öllu búin. Mikilvægt er að leggja rækt við mannlegu hlið sína, sinn innri mann, finna innri styrk, glæða kærleikann í hjarta sínu og læra að kyrra hugann. Mikilvægt er að finna sér aðferð til að undirbúa sig fyrir samræðurnar, muna að við höfum tvö eyru og einn munn og því mikilvægt að kunna að hlusta meira en við tölum (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

3. þrep. Þátttaka í samræðum - gagnasöfnun

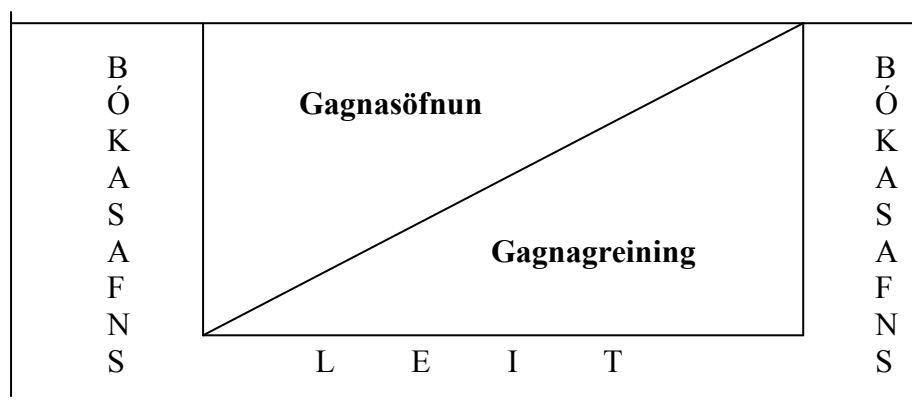
Rannsakandinn verður að mynda tengsl við meðrannsakandann, rannsakandinn er sannleiksleitandinn sem ætlar að skilja ákveðið fyrirbæri. Meðrannsakandinn er beðinn um að lýsa reynslu sinni eins ítarlega og kostur er og hugleiða merkingu reynslunnar. Ef vel gengur er eins og myndist brú milli rannsakanda og meðrannsakanda eða svokallaður samræðudans (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

Tekin voru tvö óstöðluð viðtöl, samræður, við hverja konu með nokkurra vikna millibili. Samræðurnar snúast um að laða fram lýsingar á reynsluheimi meðrannsakanda og leitast við að skilja reynslu þátttakenda frá þeirra eigin sjónarhóli. Rannsakandi ræðir við meðrannsakanda á jafnréttisgrundvelli, þeir þurfa að vera opnir hvor fyrir öðrum og virða og viðurkenna sjónarhorn hvors annars. Í fyrsta viðtalinu er lögð áhersla á að leyfa meðrannsakanda að tala sem mest um viðfangsefnið, fara vítt yfir og eins djúpt og hægt er. Í upphafi eru spurningar opnar en afmarkaðri er líður á viðtalið. Í öðru viðtalinu er farið nákvæmar í ákveðna þætti, samræður dýpkaðar og farið meira inn í vitræna og tilfinningalega merkingu reynslunnar. Einnig eru efnisatriði dregin saman og lögð sérstök áhersla á að tryggja réttmæti túlkunarinnar. Ef rannsakanda finnst upplýsingum, túlkun eða skilningi ábótavant er þriðja viðtalið tekið. Fjöldi samræðna miðast við að ná mettun í umfjöllunarefninu, þ.e. þegar komnar eru fullnægjandi upplýsingar og ekki lengur ný þemu. Virk hlustun er mjög mikilvæg og nátengd samhygð, sýna þarf hlýju og einlægni, rannsakandi þarf að gera sér grein fyrir því að það er munur á að heyra það sem hann vill eða býst við að heyra og því sem viðmælandi raunverulega segir. Óyrt tjáning er eins mikilvæg og sú tjáða og getur haft meira að segja (Helga Jónsdóttir, 2003). Staður og stund hverra samræðna var undir þátttakenda komið, hvar og hvenær hann kaus að það færi fram

og var það ýmist á heimili þeirra, heimili mínu eða í Háskólanum á Akureyri. Hver samræða tók u.þ.b. eina til eina og hálf klukkustund.

4. þrep. Skerpt vitund varðandi orð, byrjandi gagnagreining

Í Vancouver-skólanum er unnið samhliða að gagnasöfnun og gagnagreiningu, þó svo að þessir tveir þættir séu settir hvor sem sitt þrepið í rannsóknarferlinu. Mikilvægt er að hlusta nokkrum sinnum á viðtalið til að eiga auðveldara með að sökkva sér ofan í rannsóknargögnin og leyfa rannsóknargögnunum að búa með sér (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Viðtölin voru tekin upp á segulband og síðan vélrituð orðrétt og öll hik, þagnir eða hljóð sem fram komu. Segulbandsupptökum með viðtölum var eytt að vélritun lokinni og vélrituð viðtöl geymd í læstri hirslu sem rannsakandi einn hafði aðgang að. Trúnaður þátttakenda var varðveittur með því að tryggja að engar persónulegar upplýsingar sem hægt væri að rekja til kvennanna komi fram.



Mynd 2. Tengsl bókasafnsleitar, gagnasöfnunar og gagnagreiningar í Vancouver-skólanum

5. *prep. Byrjandi greining á þemum (að setja orð á hugmyndir)*

Eftir að viðtölin höfðu verið vélrituð voru þau prentuð út og textinn lesinn yfir nokkrum sinnum til að átta sig á heildarmyndinni. Greining texta var gerð með því að merkja með yfirstrikunarpenna yfir það sem rannsakanda fannst koma efninu sérstaklega við og fannst vera mikilvægast, við næsta yfirlestur voru þau atriði skoðuð betur, flokkuð í þemu og skrifuð á hægri spássíu.

6. *prep. Að átta sig á heildarmynd reynslu hvers einstaklings*

Mikilvægustu atriðunum sem skrifuð voru á spássíu og greind í þemu var raðað upp í eina heildarmynd. Fundinn var rauði þráðurinn í reynslu einstaklingsins, dregið var upp hugtakalíkan af fyrirbærinu, notaðir óhlutbundnir hugsanaferlar, einkum rök hugsun, innsæi og hugsæi. Eftir að unnið hafði verið með textann og þemun skrifuð á spássíu gerði rannsakandi greiningarlíkan með meginþemum og undirþemum sem lýstu á bestan hátt upplifun meðrannsakenda af reynslu þeirra.

7. *prep. Staðfesting á heildarmynd hvers einstaklings með honum sjálfum*

Mikilvægt er að sannreyna hvert einstakt hugtakalíkan með hverjum meðrannsakanda. Allir hafa tilhneigingu til að sjá ekki það sem þeir bjuggust ekki við, sú aðferðarfræðilega hætta er fyrir hendi þegar þessari aðferðarfræði er beitt og hver meðrannsakandi á að geta staðfest sína sögu (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Eftir að rannsakandi gerði greiningarlíkanið fyrir hvern og einn meðrannsakanda hitti hann konurnar og sýndi þeim niðurstöðurnar. Þeim fannst mjög mikilvægt að sjá niðurstöður út frá þeirra eigin sögu, átta sig á viðtækum áhrifum og fá tækifæri til að staðfesta að það sem þær sögðu hafi verið rétt skilið. Einnig var mikilvægt að leiðrétta misskilning og bæta við það sem þeim fannst ábótavant eða vildu leggja

áherslu á. Það var einnig mikilvægt fyrir rannsakanda, það nýttist vel í öðrum samræðum sem fram fóru til að ræða ákveðna þætti sem var ábótavant og spyrja frekar útí aðra tengda þætti.

8. þrep. Að átta sig á heildarmyndinni – megin niðurstöður

Eins og í þrepi sex þarf rannsakandi að nota óhlutbundna hugsanaferla við þessa hugmyndavinnu, þessi lokaúrvinnsla krefst lýsingar og túlkunar rannsakandans og þarf að vera að öllu leyti byggð á rannsóknargögnunum. Hún er viðleitni í að umbreyta því sem er framandi þannig að sá sem ekki hefur slíka reynslu geti skilið hana betur. Mikilvægt er að rannsakandinn sé mjög gagnrýnn á eigin vinnu og sífellt tilbúinn að kollvarpa því hvernig hann setur upp meginþemu og undirþemu, þessi vitræna vinna er einna mikilvægust í rannsóknarferlinu (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Eftir að rannsakandi lagði greiningarlíkanið fyrir meðrannsakendur og fram fóru aðrar samræður lagði hann greiningarlíkönin saman til að átta sig á heildarmyndinni og reyna að finna rauða þráðinn í reynslu kvennanna. Eftir að hafa endurskoðað og breytt fyrri þemum og undirþemum til að fá samræmi voru niðurstöðurnar settar fram í sex meginþemu og 30 undirþemu sem rannsakandi taldi lýsa reynslu meðrannsakenda best.

9. þrep. Að bera saman niðurstöðurnar við rannsóknargögnin

Niðurstöðurnar eru bornar saman við rituðu samræðurnar til að sjá hvort þær væru í samræmi, hvort einhver þemu séu í rituðu samræðunum sem eru ekki í niðurstöðunum og hvort þær eigi að vera með eða ekki. Rannsakandinn lítur gagnrýnum augum á niðurstöður og vill fyrst og fremst sjá samræmi milli rannsóknargagna og niðurstaðna (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Þegar komið var að þessu þrepi lagði rannsakandi

gögnin til hliðar um tíma til að aðgreina sig frá niðurstöðunum annars vegar og rituðu samræðum hins vegar. Eftir þann tíma var hugurinn ferskari og betur í stakk búinn að bera saman, sjá samræmi, vega og meta.

10. þrep. Að velja rannsókninni heiti sem lýsir niðurstöðum hennar

Þessi vinna krefst mikillar yfirlegu, í raun ákveðinna listrænna eiginleika og að rannsakandi fari enn og aftur í gegnum allt ferlið. Einnig krefst þetta þrep óhlutbundinna hugsanaferla eins og rökhugsunar, innsæis og hugsæis (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Heiti rannsóknarinnar er “kynferðisleg misnotkun og önnur sálræn áföll í æsku og áhrif þeirra á heilsufar og líðan kvenna”, þar sem reynsla kvennanna af kynferðislegri misnotkun virðist hafa haft djúpstæðustu afleiðingarnar, þó svo þær hafi einnig orðið fyrir margs konar sálrænum áföllum, eins og alls kyns ofbeldi.

11. þrep. Að sannreyna niðurstöðurnar með meðrannsakendum

Mjög jákvætt er að bera heildarniðurstöður undir einhverja meðrannsakendur og mikilvægt að átta sig á því að heildarmyndin kann að vera að einhverju leyti ólík þeirri mynd sem var borin undir hvern og einn meðrannsakanda fyrr í ferlinu (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Rannsakandi bar heildarniðurstöður undir fjóra meðrannsakendur sem voru allir mjög sáttir við niðurstöðurnar og fundu reynslu sína endurspeglast vel í heildarmyndinni.

12. þrep. Að skrifa upp niðurstöður rannsóknarinnar

Að skrifa upp niðurstöður í Vancouver-skólanum krefst þess að rödd allra meðrannsakenda fái að heyrast, þó að ákveðinn rauður þráður sé samnefnari fyrir alla þá sem upplifað hafa ákveðna reynslu þá er reynsla hvers og eins alltaf að einhverju leyti frábrugðin reynslu annarra. Í rannsóknarskýrslunni er vitnað í það sem meðrannsakandi segir til að segja frá fyrirbærinu eins trúverðuglega og hægt er, hver tilvitnun virkar á lesandann eins og sönnun á því að tiltekið þema sé ekki úr lausu lofti gripið heldur byggja á rannsóknargögnunum (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

Rannsakandi reyndi að taka út það allra mikilvægasta sem meðrannsakendur sögðu og lýsti best reynslu þeirra. Aðal vandamálið var hve margar mikilvægar tilvitnanir voru í rituðu samræðunum sem hefðu þurft að koma fram í skýrslunni en vegna lengdartakmarkana varð að velja úr.

Siðfræðilegar vangaveltur og rannsóknarsiðfræði

Eigi rannsókn að standa undir nafni þarf hún að uppfylla siðferðilegar kröfur ekki síður en aðferðarfræðilegar og í siðfræði heilbrigðisgreina eru fjórar höfuðreglur sem liggja til grundvallar. *Sjálffræðisreglan* kveður á um virðingu fyrir manneskjunn og sjálffræði hennar, hver manneskja hefur gildi í sjálfri sér sem setur henni mörk hvernig aðrir mega koma fram við hana, því er rangt að misnota fólk. Það leiðir af sér kröfuna um upplýst og óþvingað samþykki, að hafa samþykkt þátttökuna af fúsum og frjálsum vilja, vitandi hvað það var að samþykkja. Veita þarf upplýsingar um eðli rannsóknarinnar, val þátttakanda þarf að vera frjálst og óþvingað, fullt frelsi til að hafna þátttökunni eða hætta við sé hún hafin og þátttakandi þarf að vera hæfur til að skilja og leggja mat á upplýsingarnar. Þátttakendur fengu kynningarbréf afhent og bréf með upplýstu samþykki sem þeir skrifuðu undir (sjá fylgiskjöl 4 og 5).

Skaðleysisreglan fjallar um að heilbrigðisstarfsfólk skuli umfram allt forðast að valda skaða, rannsókn má ekki fela í sér ónauðsynlega áhættu fyrir þátttakanda.

Velgjörðarreglan er um skylduna að láta sem best af sér leiða og velja til þess leiðir sem minnstu fórna, samkvæmt henni er það skylda rannsakenda að gera einungis rannsóknir sem líklegar eru til hagsbóta fyrir mannkyn þegar á allt er litið. Að lokum er það *réttlætisreglan* sem kveður á um sanngirni í dreifingu gæða og byrða og að hver og einn skuli fá það sem hann á skilið. Á þetta reynir við val á þátttakendum og þegar spurt er hvað þátttakendur skuli fá í skiptum fyrir framlag sitt. Hún hefur fyrst og fremst leitt af sér kröfuna um að þeir hópar sem veika stöðu hafa séu verndaðir fyrir áhættu. Nokkur einkenni í eigindlegum rannsóknum vekja siðferðilegar spurningar. Djúpvíðtöl geta t.d. komið af stað tilfinningalegu róti sem kallar á betri faglega úrlausn en rannsakandi kann að vera fær um að veita. Skaðleysisreglan leiðir af sér að hann skuli gæta þess að halda viðtalinu utan áhættusvæða, vera á verði gagnvart merkjum um að viðtalið sé að taka skaðvænlega stefnu fyrir þátttakandann og hafa áætlun um hvernig brugðist skuli við ef á þarf að halda. Erfitt getur verið að gera eigindleg gögn ópersónugreinanleg ef gögnin sjálf lýsa einstaklingsbundinni reynslu, því auðvelt kann að vera að geta sér til um hver þátttakandinn er. Meðferð viðtala reynir því sérstakleg á þagmælsku, trúnað og varkárni rannsakandans, einkum ef þær leiða af sér viðkvæmar persónuupplýsingar sem gætu skaðað þátttakendur ef þær lentu í röngum höndum, einnig ef þær gætu leitt í ljós ólöglegar athafnir (Sigurður Kristinsson, 2003).

Þátttakendur fengu bæði munnlegar og skriflegar upplýsingar um rannsóknina og lagðar voru til grundvallar höfuðreglurnar fjórar sem nefndar voru að framan. Konurnar fengu ný nöfn sem notuð voru í niðurstöðum. Segulbandsupptökum var eytt að lokinni vélritun, engin nöfn voru nefnd, hvorki á persónum, stofnunum né

stöðum, algjör nafnleynd var frumskilyrði og engum lýst þannig að hægt væri að rekja til viðkomandi persóna. Unnið var eftir *Reglum um starfshætti Vísindasiðanefndar* (Vísindasiðanefnd, 2007), *Reglugerð um vísindarannsóknir á heilbrigðisviði*, 522/1999, *Lögum um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga*, 77/2000 og *Lögum um réttindi sjúklunga*, 74/1977.

Réttmæti og áreiðanleiki

Réttmæti og áreiðanleiki rannsóknarniðurstaðna byggist að hluta til á því hversu trúverðuglega rannsakandanum tekst að setja fram niðurstöðurnar, mikið veltur á þekkingu, aðferðarfræðilegri færni, næmleika og nákvæmni rannsakandans. Að sannreyna niðurstöður felur í sér að vera stöðugt með spyrjandi hugarfar gagnvart öllum eigin túlkunum og niðurstöður verða til í samvinnu við meðrannsakendur. Innan Vancouver-skólans er meðvitað leitast við að auka réttmæti eða áreiðanleika rannsóknarinnar og velta stöðugt fyrir sér spurningum um hvort allt sé rétt skilið og sé í raun og veru rauði þráðurinn í því sem sagt var. Rannsakandi á frumkvæði að því að meta stöðugt á gagnrýnan hátt gæði gagnasöfnunar, gagnagreiningar og framsetningar niðurstaðna (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

Mikilvægt er fyrir rannsakanda að fullvissa sig um að hann hafi skilið meginatriði með sama hætti og viðmælandi og staðfesti það með endursögn á afmörkuðum atriðum eða spyrja meðrannsakanda hvort hann sé sammála túlkuninni eða hafi einhverju við að bæta. Einnig að athuga hversu vel þátttakendur ná að tjá sig og hversu vel tjáning þeirra endurspeglar raunverulega þá merkingu sem þeir leggja í það sem verið er að rannsaka. Mikilvægt er að gera sér grein fyrir eigin reynslu, bakgrunni og hagnýtingu rannsóknarinnar og eru ítarleg, fjölbreytileg og tæmandi gögn hornsteinn réttmætis rannsóknargagna (Helga Jónsdóttir, 2003).

Samantekt

Fjallað var um rannsóknaraðferðina sem er fyrirbærafræðileg og kennd við Vancouver-skólann í fyrirbærafræði og um vitrænu meginþættina sjö. Síðan var fjallað um rannsóknarferlið í 12 þrepum samkvæmt Vancouver-skólanum og hvernig rannsakandi tók á hverjum þætti fyrir sig. Þá var fjallað um siðfræðilegar vangaveltur og rannsóknarsíðfræði sem byggir á fjórum meginstoðum siðareglna og að lokum var fjallað um réttmæti og áreiðanleika.

Kaflí 4 Niðurstöður rannsóknar

Inngangur

Í kaflanum eru kynntar niðurstöður rannsóknarinnar. Í upphafi er fyrirbærafræðileg lýsing þar sem fjallað er um heildarniðurstöður rannsóknarinnar og síðan eru niðurstöður kynntar lið fyrir lið. Kynntur er bakgrunnur meðrannsakenda og meginþemu og undirþemu, sem taka mið af rannsóknarspurningunni: Hvaða áhrif hafa sálræn áföll í æsku á heilsufar og líðan kvenna? Að lokum er samantekt á niðurstöðum rannsóknarinnar.

Fyrirbærafræðileg lýsing

Niðurstöðum rannsóknarinnar er skipt í sex meginþemu og 30 undirþemu. Fyrst upplifun kvennanna af áfallinu sem einkenndist af sjálfsásökun og sektarkennd. Þær upplifðu sálarþjófnað, sálar dauða, sársauka, örvæntingu, álag og kvöl. Þeim fannst þær varnarlausar og varnargarður vera brotinn. Fundu fyrir leynd, ógnun og niðurlægingu. Flestar lokuðu á erfiða reynslu og fengu endurminningar seinna og endurlit (flashback). Nokkrar töluðu um að til þess að lifa ofbeldið af hafi þær farið úr eigin líkama. Þær upplifðu mikla andlega vanlíðan og hræðslu sem börn og unglingar og erfiðleika í skóla. Einnig voru þær með ýmis óútskýranleg líkamleg einkenni og svefnörðugleika, nokkrar bjuggu við heimilisofbeldi og kynferðislega áreitni. Þær stunduðu sjálfskaðandi hegðun, höfðu sjálfsvígshugsanir og gerðu sjálfsvígstilraunir.

Þær fundu einnig fyrir margskonar og flóknum líkamlegum einkennum eins og móðurlífsvandamálum, vefjagigt, vöðvabólgu og verkjum. Þær áttu við offitu, átröskun eða misnotkun áfengis að stríða og höfðu ýmis flókin og útbreidd líkamleg

einkenni. Einnig fundu þær fyrir geðrænum vandamálum á fullorðinsárum eins og þunglyndi, fæðingarþunglyndi, kvíða, sjálfseyðingarhvöt, höfnunartilfinningu og hræðslu. Þær sem höfðu lokað á erfiða reynslu fengu endurminningar seinna og fundu fyrir flóttu, fælni og einangrun. Konurnar áttu mjög erfitt með tengslamyndun, traust, snertingu og kynlíf og áttu erfitt með tengslamyndun og snertingu við börn. Þær upplifa mikla vanlíðan í dag, berjast við að halda lífsviljanum, finnst þær hafa orðið fyrir varanlegum skaða, finna fyrir uppgjöf og segja mikla vinnu eftir inn að hjartarótum.

Niðurstöður rannsókna

Rannsóknarspurningin sem leitast er við að svara er: Hvaða áhrif geta sálræn áföll í æsku eins og kynferðisleg misnotkun og ofbeldi haft á heilsufar og líðan kvenna? Rætt var við sjö konur og voru tvö viðtöl við hverja konu. Rannsakandi gaf konunum ný nöfn til að vernda nafnleynd. Konurnar urðu allar fyrir endurtekinni kynferðislegri misnotkun nákominna aðila fyrir 12 ára aldur og af fleiri en einum aðila. Fimm ólust einnig upp við heimilisofbeldi og þrjár við alkóhólisma. Fjórar lentu í einelti á skólaárum sínum og fjórum var nauðgað síðar á lífsleiðinni. Fjórar hafa átt maka sem áttu við áfengisvandamál að stríða og beittu þær einhvers konar ofbeldi. Ein missti móður sína 2ja ára, var sett í fóstur og systkinahópnum skipt upp og ein missti 17 ára son. Frá barnæsku hafa þær leitað mjög mikið til heilbrigðisþjónustunnar en ekki fengið viðunandi aðstoð, fimm eru öryrkar. Niðurstöðum rannsóknarinnar var skipt í sex yfirþemu og 30 undirþemu (sjá töflu 1 bls.34).

Upplifun af áfallinu

Upplifun kvennanna af því að verða fyrir alvarlegu sálrænu áfalli er mismunandi, sumar hafa munað það alla tíð en aðrar lokuðu á það og mundu ekkert fyrir en mörgum árum seinna.

Sjálfsásökun og sektarkennd

Konurnar hafa allar nema ein glímt við miklar sjálfsásakanir, töldu sig hafa gert eitthvað rangt, vildu bara að þetta hætti og allt yrði gott aftur eins og Jóna segir: “maður áttar sig ekki á því að hann sé að gera eitthvað slæmt þó svo að manni líði svona illa, það er sjálfsásökunin sem er svo sterk, maður kennir sjálfum sér um” (J.b.17). Adda talar einnig um það: “Það voru náttúrulega sjálfsásakanir, ég átti ekki að leyfa þessu að gerast, mér fannst það og þetta var mér að kenna” (A.b.7). Adda segir einnig að menn séu búnir að vinna sér traust barnanna áður en þeir byrji á þessu:

“Það var eitthvað sem mér fannst dálítið spennandi en það breyttist mjög fljótt því eitthvað kom þarna inn að þetta væri ekki rétt af því að það mátti ekki segja frá þessu. Þetta var fyrir luktum dyrum...alltaf þessi tilfinning í mínu kynlífi seinna var alltaf rosa erfið, ég fann gífurlega sektarkennd við kynmök” (A.b.1).

Heiða hefur alla tíð glímt við miklar sjálfsásakanir: “Ég er búin að vera að kljást við sjálfsásakanir alla tíð, alltaf að reyna að fá svör, hvað gerði ég rangt? af hverju lenti ég í þessu?” (H.b.3). Það sem amma Helgu sagði við börnin á heimilinu var ekki til að bæta úr vanlíðan hennar: “Passið ykkur á því ef þið gerið eitthvað ljótt þá refsar guð ykkur og ég hélt að þetta væri refsing guðs” (He.bl.5).

Sálarþjófnaður, sálardauði, sársauki, örvænting og kvöl

Konurnar upplifðu mikinn sársauka, örvæntingu og kvöl við misnotkun og sumum fannst þær verða fyrir sálarþjófnaði eða sálardauða. Helga man vel eftir tilfinningum sínum, henni fannst hún hafa dáið við þetta og erfitt að takast á við hið daglega líf eins og að borða og ganga:

“Ég upplifði þetta sem sálarþjófnað þegar maður verður fyrir misnotkun þá er sársaukinn svo gífurlegur og svo gífurlegt álag svo ofboðsleg örvænting að það sem maður upplifir getur ekki verið annað en hafa dáið, kvölin er svo mikil...að maður skuli halda áfram að anda... þetta er svo mikil kvöl það eru engin orð til. Þetta er svo ofboðslegt (klökknar), þetta er eins og að upplifa sálardauða...þá deyr allt, deyr öll öryggiskennd, deyr sjálfsvirðing og sjálfsmynd og trú á það að maður sé einhvers virði” (He.bl.4).

Á heimili Kötú átti sér stað mikið ofbeldi og var það henni hrikalegt áfall:

“Maður svaf aldrei heila nótt, maður getur ekki heyrt hljóð úr tréstiða og maður var alltaf með andvarann og spurði sig “hvar varstu mamma?” (klökknar) og það var spurning hvern hann náði í næst” (K.b.1). Hún var tekin ásamt systkinum og móður af heimilinu og flutt í annan bæ. Það var mikið áfall fyrir þau en var þeim samt fyrir bestu: “Hann hefði alls staðar náð í okkur, hann hefði ekki hætt þessu, valdið er svo mikið sem þessir menn ná yfir þessum börnum að það er alveg ótrúlegt” (K.b.1).

Varnarleysi og varnargarður brotinn

Allir hafa persónulega línu í kringum sig sem er okkar vörn gegn áreiti, Jóna segir að við misnotkun sé brotin þessi varnarlína og því séu konurnar svo varnarlausar og berskjaldaðar og lendi síðar á ævinni í endurteknu ofbeldi og misnotkun:

“Þegar maður lendir í þessu sem lítið barn þá verður maður svo varnarlaus því það er búið að brjóta þessa persónulegu línu sem maður hafði, þeir sem hafa lent í svona ofbeldi hafa ekki þessa línu, búið að brjóta þessa vörn sem maður hafði og þá eiga aðilar auðveldara með að misnota sér mann. Ég hleypti fólki of langt að mér og áður en ég vissi voru þeir farnir að misnota sér aðstöðu sína. Kannski var maður að leita eftir ást og trausti sem var svo misskilið og misnotað af mönnum sem kunnu ekki með það að fara” (J.b.16).

Leynd, ógnun og niðurlæging

Það kom í Helgu hlut að vera send með mat og fleira á elliheimili til afa síns sem misnotaði hana og mamma hennar beitti hana andlegu ofbeldi. Hún lýsir vel þeirri togstreitu sem á sér stað þegar börnum er komið í þær aðstæður að þurfa í raun að velja á milli tveggja slæmra kosta, misnotkunar afans eða andlegs ofbeldis móður:

“Ég man að ég var svona 6 ára þegar ég horfi niður á skóna mína og hugsa með mér sko hvort er betra (klökknar) drífa sig af stað og fara með þetta til hans eða fá brjálæðiskast frá mömmu? Mér fannst betra að fara til hans og hafa mömmu góða því það var svo gott þegar hún var góð við mann og hún var það ef maður stóð sig. Þarna 6 ára er ég að vega og meta hvort er betra (klökknar) þetta eru ekki glæsilegir valkostir fyrir 6 ára gamla stúlku (He.b.4).

Afi hennar fékk hana til að þegja yfir misnotkuninni og hótaði henni að það vildi enginn eiga hana ef hún segði frá: “Þá færðu ekkert að borða, færð engin föt, engin mun líta við þér og það festist svo í mér...mér svona leið eins og dýri í buri” (He.b.1). Hún var sannfærð um að enginn vildi eiga hana því allir trúðu afanum og hún upplifði mikla upphæfð er hún gifti sig: “Og presturinn segir: viltu eiga hana fyrir

augliti guðs og maðurinn minn sagði „já” og þetta var dásamlegasta stund í lífi mínu og hann var eina manneskjan sem afsannaði kallinn” (He.b.1).

Rúna var misnotuð af afa sínum, hann hótaði henni einnig til að þegja, hún man hvað hún var alltaf hrædd: “Ég man hann notaði sælgæti til að plata okkur og hélt mér svona upp við vegg því ég man alltaf eftir því ég er alltaf föst einhvers staðar úti í horni” (R.b.5). Heiða var alltaf hrædd við pabba sinn, alltaf að reyna að haga sér rétt: “Maður gat aldrei sofið almennilega á nóttunni, maður átti alltaf von á öllu, alltaf” (H.b.2). Konurnar töluðu flestar um að mæður þeirra hefðu sjálfar verið fórnarlömb ofbeldis á heimilinu og ekki getað komið þeim til bjargar. Heiða man eftir atviki þegar móðir hennar sótti pabba hennar inn í herbergi hennar um nótt: “Þegar ég hugsa um það í dag þegar hún kom inn í herbergið og barnið situr samanhnipað úti í horni með enga sæng, það hlýtur að vera eitthvað að, mamma var auðvitað líka bæld, þetta er bara gífurlegur sársauki” (H.b.7).

Endurminningar og endurlit (flashback)

Allar konurnar nema tvær höfðu lokað á sára reynslu sem börn og fóru að muna eftir henni seinna. Þær áttuðu sig ekki á því í fyrstu hvað var að gerast með þær, afhverju þeim leið eins og þeim leið og upplifðu sig öðruvísi en aðra. Gulla man mjög lítið úr sinni æsku og finnst allt vera í svartnætti, hún man ekki eftir því þegar mamma hennar dó en hún þekkir bara sorgartilfinninguna sem hefur fylgt henni alla tíð síðan og seinni ár hefur sorgin hellst yfir hana með söknuði, sorgartaugaáfalli og ofsahræðslu. Rúna fór að fá endurminningar eftir að dóttir hennar fæddist og komst svo að orði um misnotkunina: “Þetta er bara helgasti leyndardómur, þetta er helgidómur sem maður lítur svo á að maður vill fá að stjórna öllu sem skeður þar og þannig að þetta er eins

og að svipta mann sjálfræði” (R.b.5). Adda man ekki vel hvernig henni leið eftir misnotkunina en byrjaði að fitna eftir það, síðan hefur hún notað mat til að deyfa erfiðar tilfinningar og vanlíðan: “Eftir misnotkunina fór ég beint í sykurkarið og náði mér í svona deyfivímu” (A.b.4). Eftir að henni var nauðgað um tvítugt fannst henni hún upplifa misnotkunina sem barn:

“Ég held að ég hafi fengið upplifanir bæði sem tengdust nauðguninni sjálfri og misnotkuninni í æsku svona í sambland. Ég finn þegar ég er að segja honum að hætta, finnst ég bara vera með svona litla stelpurödd en tilfinningin alveg vonlaus, algjör uppgjöf” (A.b.4).

Þegar Helgu var nauðgað 13 ára upplifði hún einnig slíkar tilfinningar: “Þegar ég lá þarna eftir þetta upplifði ég allt aftur sem ég hafði gengið í gegnum og dóu svona allar tilfinningar aftur, ég var meira í atburðunum þegar ég var lítil heldur en nauðgunina sjálfa, ég upplifði bara allt aftur” (He.b.6). Heiða lokaði alveg á misnotkunina og erfiða æsku en fór að fá myndbrot mörgum árum seinna. Hún hefur alla tíð upplifað sig öðruvísi, brást öðruvísi við atburðum og gat aldrei skilið hvers vegna:

“...svo bara réðst það á mig allt í einu...koma myndir upp í hugann og martraðir sem ég var ekkert að tengja...svo fór ég að átta mig á því að þetta hafi gerst, ég hafði bara blokkerað, hafði bara lokað” (H.b.1).

Að fara úr eigin líkama

Fjórar konur tala um það á svipaðan hátt hvernig þær komust í gegnum misnotkunina með því að fara út úr líkamanum eins og Kata lýsir: “Ég fór alltaf út úr líkamanum, ég bara horfði á sjálfa mig utan frá og það var líkaminn sem að þjádíst, svo kemur sálin

aftur” (K.b.3). Heiða fór einnig út úr líkamanum: “...fór út og horfði á líkamann þjást og ég stundum nota þessa aðferð ennþá” (H.b.7). Rúna lýsir því sem hún hafi farið inn í kassa: “Maður verður alveg hlutlaus, lokar á allar tilfinningar eins og þetta sé ekki að gerast, lokuð inn í kassa en samt fyrir utan hann” (R.b.1).

Slæm líðan sem barn og unglingur

Mikil vanlíðan einkenndi líf kvennanna í æsku og á unglingsárunum, þeim leið illa í skóla, lentu í einelti og voru í stöðugum ótta. Þær urðu fyrir endurtekinni kynferðislegri áreitni og nauðgun og sumar bjuggu við heimilisofbeldi. Þær fundu fyrir margvíslegum geðrænum og líkamlegum einkennum. Aðeins hjá einni konu var utanaðkomandi aðstoð veitt, þá voru allir fjarlægðir af heimilinu nema ofbeldismaðurinn, hinar voru aldrei spurðar.

Andleg vanlíðan, hræðsla og erfiðleikar í skóla

Jóna talar um að fólk ætti oftast að geta séð á hegðun barna ef eitthvað óeðlilegt er að, hún hafi sjálf verið mjög bæld sem barn, óeðlilega stillt og góð og alltaf hrædd en hún hafi aldrei verið spurð um líðan sína:

“Ég var bara sögð vitlaus í skóla, að ég væri heimsk af því ég var svo hrædd við að gera eitthvað vitlaust að ég þorði aldrei að gera neitt. Mér fannst ég alltaf vera öðruvísi og í rauninni finnst mér það enn” (J.b.2).

Jóna og Adda tala báðar um að finnast þær alltaf hafa verið skítugar, alltaf að fara í bað og þvo sér. Adda átti við námsörðugleika að stríða og geðræn vandamál: “Ég var með athyglisbrest og ofvirkni, í sérdeild fyrir lestur og gafst bara strax upp, gat ekkert lært og fannst bara fínt að vera hjá skólastjóranum, hann var ágætis karl”

(A.b.3). Hún átti mjög erfitt á unglingsárunum, gerði uppreisn og fór að stunda kynlíf 13 ára gömul með mörgum miklu eldri mönnum og var misnotuð kynferðislega margítrekað þó svo hún segist hafa sótt í það sjálf:

“Ég sóttist mikið eftir þessu og mér finnst þetta ekkert eðlilegt í dag. Ég hlýddi engu og gerði ekkert sem átti að gera, notaði áfengi, reykti og fór mikið út í lygar til að upphefja sjálfa mig, vera ekki alveg ég sjálf, gera mig svona meira kúl en mér fannst ég vera, það var rosalega mikill flótti” (A.b.2).

Foreldrar hennar reyndu mikið af halda aftur af henni en réðu ekki við hana:

“Mamma mátti bara drepast mín vegna, þau voru bara að passa upp á mig og ég held að ég hafi kennt þeim um þetta dálítið líka, þess vegna hafi ég sýnt þeim svona mikla heift” (A.b.7). Allar konurnar nema Adda töluðu um að hafar verið bældar í æsku, reynt að láta lítið fyrir sér fara og læðst með veggjum eins og Heiða talar um:

“Maður bara faldi sig, skólinn var mér svo erfiður, mér leið svo illa í skólanum innan um allan þennan fjölda, hrædd við allt og alla en ég átti eina vinkonu og sótti mikið í að vera heima hjá henni og ég man ég öfundaði hana alltaf af pabba hennar. Hann var svo skemmtilegur” (H.b.2).

Líkamleg einkenni

Allar konurnar áttu við margþætt líkamleg vandamál að stríða í æsku sem voru aldrei tengd við sálræn áföll þeirra. Þær gengu á milli lækna en fengu aldrei sjúkdómsgreiningar eða stuðning, en nóg af verkja- róandi- þunglyndis- eða svefnlyfjum. Jóna var 13 ára gömul þegar hún var skorin upp við botnlangabólgu sem reyndust svo vera magabólgur: “...bara stress við að halda öllu inni, svo fékk ég alltaf hita þegar ég var send til pabba” (Jo.b.1). Sumarið sem hún var 12 ára missti hún

næstum sjónina og var með svo mikla eyrnabólgu að hljóðhimnurnar sprungu á 2 dögum: "...bara af álagi eins og að gefast upp á að horfa á og hlusta á lífið" (J.b.10). Helga hafði einnig flókin vandamál í æsku, hún leitaði mikið til lækna út af verkjum en aldrei fannst neitt. Þegar hún var 10 ára var hún rúmliggjandi vegna kvala í baki sem voru óútskýranlegir. Einn læknir sagði við hana að hún gæti farið heim til sín til að fá athygli en ekki til hans:

“Ég hætti að pissa undir 11 ára, bara hræðslueinkenni, svo voru það verkir það voru fyrst fætturnir 9 ára, bakið 10 ára og 11 ára fara mjaðmirnar, ég er ekki nema bara táningur þegar farið var að tala um vöðvabólgu og millirifjagigt, alltaf með verki í síðunum af því að maður var alltaf svo kíttaður saman og þegar ég er 16, 17 ára er þetta orðið bara partur af mér, verkir orðnir viðvarandi og er að upplifa mjög mikla verki” (He.b.1).

Eftir að Adda var misnotuð byrjaði hún að fitna og af offitunni komu fylgikvillar eins og sykursýki, vöðvabólgur og verkir og þegar hún var 9-10 ára fékk hún verki sem sagt var að væru ristilkrampar. Hún bólgaði einnig alltaf upp í kringum þumalinn og ekkert vitað hvers vegna. Gulla byrjaði að finna fyrir einkennum um 12 ára aldur, hún hefur verið með magabólgur og mígreni síðan hún var unglingur: ”ég fer að fá svona yfir höfuðið, fer að líða yfir mig og ég vissi nú ekki fyrir en bara löngu löngu seinna að ég hef verið með flogaveikiseinkenni” (G.b.1). Heiða hefur alla tíð síðan hún man eftir sér verið með höfuðverk, meltingarfæravandamál, svima og yfirlið: “það leið nokkrum sinnum yfir mig í skólanum og ef ég þekkti ekki umhverfið þá leið mér bara illa, ég átti það til að láta mig hverfa og mamma var leitandi að mér” (H.b.6).

Heimilisofbeldi og kynferðisleg áreitni

Áföllin héldu áfram í lífi kvennanna og virtust þær berskjaldaðar fyrir því eins og andlegu, líkamlegu og/eða kynferðislegu heimilisofbeldi, kynferðislegri áreitni, einelti, nauðgun og missi. Helga var sú eina sem sagði frá er hún var ung:

“Ég er fimm ára þegar ég segi mömmu frá þessu að afi sé að fara svona með mig. Þá slær hún mig, það var alveg gífurlegt, það gerði mig svo ringlaða og bara þessi löðrunur var á tímabili miklu erfiðari heldur en misnotkunin”
(He.b.4).

Gulla varð fyrir líkamlegu ofbeldi og vanrækslu hjá föður sínum og stjúpu þar sem hún gerði öll heimilisverkin 8 ára gömul þegar stjúpan var veik og hugsaði ekki um heimilið:

“Ég þurfti að þvo mínar þessar fáu fatarflíkur í höndunum í baðkeri og sængurverið utan af sænginni minni þó að það væri til þvottavél á staðnum... ég varð að hugsa um mig sjálf og þar af leiðandi var ég mikið að bogra yfir baðkarinu, en svo held ég líka að ég hafi verið hálf vannærð eftir að ég kom til föður míns 8 ára, þá fékk maður ekkert of mikið að borða” (G.b.2).

Fjórum konum var nauðgað á unglings- eða fullorðinsárum. Gullu fannst hún vera frosin og að hræðslan hefði borið hana ofurliði, hinar upplifðu nauðgunina sem endurupplifun á misnotkun í æsku.

Sjálfskaðandi hegðun, sjálfsvígshugsanir og sjálfsvígstilraunir

Konurnar voru allar með sjálfsvígshugsanir í æsku og gerðu nokkrar misheppnaðar tilraunir. Adda fann fyrir mikilli sjálfseyðingarhvöt og var 10 ára gömul þegar hún stökk í sjóinn: “ég var með sjálfsvígshugsanir alveg hreint alla tíð, það byrjaði mjög snemma. Ég reyndi að drekkja mér í baðinu og kyrkja mig með höndunum og eitthvað svona vonlaust” (A.b.3). Jóna bjó í sveit með móður sinni þegar hún lokaði sig inni á klósetti með kindabyssu móður sinnar: “Mig langaði mest til að skjóta mig en hugsaði um mömmu og ég vildi ekki láta hana koma að mér og þrifa allt upp” (J.b.13).

Eftir að Helgu var nauðgað 13 ára fann hún fyrir mikilli sjálfseyðingarhvöt og sjálfsfyrirlitningu og langaði ekki að lifa: “Ég átti ekkert gott skilið og ég gerði tvær tilraunir...og var svo reið við sjálfa mig að ég skyldi ekki einu sinni geta klárað þetta” (Ha.b.6). Gulla bjó hjá föður sínum og stjúpu er hún var 15 ára og var í mikilli vanlíðan: “Ég sagði við hana að mig langaði mest til að drepa mig það var svo skelfileg vanlíðan og hún sagði bara „já blessuð farðu og dreptu þig” (G.b.7). Hún hefur minna hugsað um þetta eftir að hennar eigin börn fæddust því hún vill vera til staðar fyrir þau og ekki gera þau móðurlaus eins og hún var.

Líkamleg vandamál

Konurnar lýsa margskonar og mjög víðtækum líkamlegum einkennum sem hafa komið í kjölfar áfallanna, ýmist strax á eftir eða mörgum árum og áratugum seinna og hafa í fæstum tilfellum fengið læknisfræðilega skýringu eða skilning.

Móðurlífsvandamál

Konurnar hafa allar þjáðst af alls kyns kvillum í móðurlífi ásamt miklum óútskýranlegum verkjum og verið fluttar á sjúkrahús vegna þess. Fimm konur hafa látið fjarlægja leg og upplifa það létti að losna við það sem hefur valdið þeim svo miklum kvölum. Nokkrar hafa misst fóstur og/eða fengið utanlegsfóstur nokkrum sinnum. Einkennin byrjuðu að koma fram við kynþroska, kynlíf eða fæðingu fyrsta barns eins og Jóna segir: “16-17 ára fer ég að fá blöðrur á eggjastokka, ætli sé ekki búið að skera 8-10 sinnum í kviðinn á mér út af samgróningum, blöðrum, tvíburarbróðir á eggjastokk, utanlegsfóstrum” (J.b.1). Einkenni virðast koma við aukið álag eins og hjá Jónu þegar hún byrjaði að stunda kynlíf eða er undir tilfinningalegu álagi í einkalífinu:

“Þegar við sváfum saman endaði ég uppi á slysadeild vegna þvítíkra verkja í móðurlífinu, ég bara hneig niður á gólfið daginn eftir og þá komu blöðrur á eggjastokkum...einnig hef ég fengið króníska blöðrubólgu eftir kynlíf...eftir eina fæðingu munaði engu að ég missti allt hérna hægra megin, eggjastokk og eggjaleiðara því það gréri í öllu, sýking í nýru og það var bara allt “systemið” ónýtt” (J.b.17).

Helga hefur einnig sögu um mjög mikla og óútskýranlega verki í móðurlífinu og hefur verið flutt á sjúkrahús vegna verkja, verið sprautuð niður, send í rannsóknir og engin svör fengið. Einnig hefur hún verið með mikla blæðingarverki, leg var fjarlægð þegar hún var 29 ára: “Ég er fyrst 18 ára þegar sjúkrabíllinn nær í mig þá bara steinleið yfir mig út af verkjakasti og þegar ég vaknaði úr yfirlíðinu var ég bara með hljóðum það mátti hvergi koma við mig” (He.b.2). Kata hefur haft sömu einkenni í mörg ár og minntist á það við lækni hvort þetta gæti tengst misnotkun, en henni var ekki svarað:

“Það endaði bara með því að ég bara lét taka móðurlífið 37 ára gömul eins og það lagði sig. Það var bara til vandræða, hnútar á legi og svo var búið að vera samgróningar og blöðrur og nefndu það bara allt mögulegt, var aldrei nokkurn tímann í lagi, alls konar sýkingar” (K.b.6).

Heiða er með samskonar sögu, legið var tekið úr henni fyrir fertugt: “Ég man eftir að ég lenti inn á spítala með verki í móðurlífinu sem voru óútskýranlegir svo fékk ég fósturlát fimm sinnum en ég vissi aldrei neina ástæðu eða fékk svör við því” (H.b.3).

Adda hefur misst fóstur og verið með óútskýranlega verki. Hún lá á sjúkrahúsi með mikla verki og var sprautuð niður með morfíni: “Ég hef oft fengið verki og ekki hægt að rekja þá til eins né neins en aldrei eins rosalega og hérna yfir kvið og móðurlíf. Ég er búin að vera með blöðrur á eggjastokkunum alveg viðstöðulaust og það byrjar eftir að ég á fyrsta barnið” (A.b.8).

Vefjagigt, vöðvabólga, verkir og svefnvandamál

Allar konurnar hafa verið með óútskýranlega verki og vöðvabólgu um allan líkamann. Þær hafa átt við svefnvandamál að stríða frá æsku því þær voru alltaf á varðbergi og sex konur eru greindar með vefjagigt. Gulla hefur verið með óþægindi yfir höfði og mígreni. Hún er alltaf með höfuðverk og fékk slæm köst og yfirlíðstilfinningu. Hún er einnig með bakverki og vefjagigt en er illa við að taka lyf:

“Ég var búin að vera með það í 10 ár áður en ég er greind. Ég var búin að ganga til gigtarlæknis í sprautur og var svo hryllilega þjád að ég gat engan veginn verið. Hann sprautaði mig í herðablaðið og hausinn í 5 mánuði og það svona aðeins tók mestu þjáningarnar. Ég var meðhöndluð fyrst 13 ára með bylgjum út af vöðvabólgu” (G.b.4).

Heiða hefur verið með höfuðverk frá því hún man eftir, alltaf með verki og var orðin óvinnufær út af vöðvabólgu og verkjum. Hún er greind með vefjagigt og átti að fara á örorku sem hún sætti sig ekki við og tók til eigin ráða:

“Maður er bara komin með þessa greiningu. Ég vil ekki vera sjúklingur en eftir að ég fór að hreyfa mig líður mér betur. Nú hleyp ég 3-4 sinnum í viku, syndi og ef ég tek viku frí þá er ég bara alveg frá af verkjum” (H.b.5).

Helga hefur alla tíð verið mjög þjökuð af verkjum og er greind með vefjagigt ásamt því sem verið er að tala um fleiri tegundir gigtar: “Þeir eru farnir að tala um einkenni millirifjagigtar og ég er endalaust með höfuðverk en það var aldrei samt þannig að ég væri með mígreni” (He.b.3). Kata er búin að ganga í gegnum miklar þjáningar í gegnum tíðina en segist ekki svo slæm í dag miðað við oft áður: “Ég var með ýmsa bölvæða kvilla sem komu og fóru, var ekkert hægt að finna hvað væri. Ég

er að fá svona höfuðverk núna og með verki í liðum, einhvers konar gigt en ég veit ekki hvað verður úr því” (K.b.6).

Átröskun og áfengisnotkun

Adda hefur átt við offítuvandamál að stríða síðan hún var barn, ef henni líður illa þá borðar hún. Hún fór í endurhæfingu vegna offitu 16 ára gömul og hefur sveiflast úr 80 kg upp í 130 kg og til baka: “Ef að ég er að hugsa um kynlíf þegar mér finnst ég ætti ekki að vera að hugsa um kynlíf þá leita ég í mat” (A.b.6). Heiða hefur andhverfa sögu að segja með mat en hún sveltir sig þegar henni líður illa eða er undir álagi. Hún getur svelst sig í marga daga og gleymir eða þarf ekki að borða, einnig leitar hún í áfengi þegar henni líður illa til að deyfa sig, en besta útrás fær hún við að hlaupa frá vanlíðaninni:

“Maður er ekkert góður við sjálfan sig, maður keyrir sig alveg út. Líka í tengslum við mat, einhvers konar átröskun og tengi það við þegar ég var lítil stelpa og borðaði ekki matinn minn, þá var ég óþekk og þá gerðist eitthvað mér var refsað og þá kom hann...ef ég fæ mér í glas er það alveg hörmung eftir á og ég held að það skapi mér í raun meiri vanlíðan eftir á. Ef mér líður illa og fer út að hlaupa þá get ég hlaupið bara endalaust, þá einhvern veginn losna ég við eitthvað” (H.b.5).

Ýmis líkamleg einkenni

Ýmis flókin líkamleg einkenni hafa þjakað konurnar án þess að læknisfræðilega skýringu sé að finna, einkenni eins og magaóþægindi, ristilkrampar, meltingartruflanir, sýkingar í meltingarfærum, hjartsláttaróregla, hjartverkur og hækkaður blóðþrýstingur.. einnig svimi og yfirlið, brenglun á innkirtlastarfsemi,

sogæðakerfisvandamál og taugaáföll. Þær tala um að mikið orkuleysi og síþreyta hafa lengi þjakað þær og haft mikil áhrif á allt þeirra líf. Helga var oft á tíðum mjög lasin og fékk líkamleg einkenni eins og koma fram þegar einstaklingur er deyjandi:

“Súrefnismettunin var léleg, lungun störfuðu ekki vel og taugaboðin og hjartað, það einhvern veginn lamast öll innri starfsemi. Ég hef alltaf verið í vandræðum með þvag og hægðir og hálfgerð lömun, einhver slappleiki eða viljaleysi í allri líkamsstarfseminni. Það átti að setja upp gangráð, endalaus yfirlíð og sjóntruflanir.. en ekkert að, endalaust í rannsóknum (H.b.3).

Gulla fann fyrir miklum líkamlegum einkennum eins og einkennum heilablóðfalls er hún veiktist af ofsahræðslu og var rúmliggjandi meira og minna í tvo mánuði:

“Byrjaði að dofna yfir munninn, alveg dofin öðru megin og fékk lömunartilfinningu í hálsinn, dofnaði í hendinni, fékk hræðslukast, mikið máttleysi og ógleði og var með mikla vanlíðan. Ég gat varla staðið í lappirnar, leið skelfilega, alltaf máttlaus... ég hélt að ég myndi aldrei líta glaðan dag framár og þá var komin yfir mig hugsun að mig langaði bara að deyja til að losna frá þessum þjáningum, þetta var svo mikil vanlíðan” (G.b.7).

Hún er með óþægindi frá hjarta, með hjartsláttaróreglu og vaknar upp við það um nætur. Hún fékk taugaáfall fyrir rúmlega tveimur árum og hefur verið með hækkaðan blóðþrýsting síðan. Rúna er talin vera með sjálfsöfnæmissjúkdóm sem kom í ljós fljótlega eftir að hún skildi við eiginmanninn og hún fékk óútskýranleg útbrot á kynfærin: “Byrjaði að fá rauða bletti á utanverð kynfærin og svo inní líka, svo komu sprungur sem urðu að sárum, svo komu svartir blettir” (R.b.10). Henni gengur

mjög illa að ná bata því hún er svo klemmd saman í klofinu og nær ekki að lofta um: “Alltaf að passa svæðið, ég er í svo þröngum og háum nærbuxum svo að ekkert komist nú að þessu, ekki einu sinni loftið. Ég get ekki hugsað mér að nokkur snerti mig þarna og það er nú ekki til að laga sárin” (R.b.10). Ef hún finnur fyrir andlegu álagi þrútnar hún öll út, er með vandamál í sogæðakerfinu, með hjartsláttartruflanir, brenglun á innkirtlastarfsemi og meltingarfæraóþægindi:

“Þá kom í ljós að vélindað var að lokast hjá mér og það var svo mikil bólga og roði, eitthvað út frá vélindaflæði, sýking í maga, einhver fyrirstaða í ristli svona separ og það stoppa hægðirnar...en það sem hefur þjakað mig mest er orkuleysið og þróttleysi” (R.b.8).

Geðræn vandamál

Geðræn vandamál kvennanna eru mjög margþætt og sjaldan greind, þær hafa allar fundið fyrir mikilli vanlíðan og lengi leitað til heilbrigðisþjónustunnar en ekki fengið viðeigandi stuðning.

Þunglyndi, fæðingarþunglyndi og kvíði

Það er ákveðin hegðun sem sumar konurnar hafa leitað í þegar þeim leið sem verst til að finna einhvers konar frið innra með sér og það er fösturstellingin, að hnipra sig saman og sitja þannig. Þær hafa allar átt við þunglyndi að stríða á einhverju tímabili í lífi sínu, sumar alla tíð. Jónu var nauðgað þegar hún var 18 ára eftir að hún átti fyrsta barn sitt og fór hún niður í mikið þunglyndi:

“Ég gjörsamlega missti allt, missti alla lífslöngun. Sonur minn var um 10 mánaða og það sprangu í honum báðar hljóðhimnurnar og ég tók ekki eftir því, þá vissi ég að ég yrði að gera eitthvað. Ég skildi hann eftir hjá

föðurforeldrum sínum og ég stakk af suður, var hjá sálfræðingi, hún ætlaði að taka af mér sjálfsforræðið, ég var komin svo hryllilega langt niður” (J.b.4).

Þegar Helga var 23 ára komu foreldrar hennar heim til hennar til að spyrja hvort afi hennar hefði gert henni eitthvað. Þá höfðu fleiri í fjölskyldunni lent í honum og sagt frá. Það kom henni svo á óvart að þau skyldu viðurkenna að hún varð fyrir áfalli en einnig viðbrögð foreldranna:

“Ég gjörsamlega tapaði mér, gaf frá mér slík og þvílík kvalarhljóð. Þetta var ekki beint eins og grátur heldur eins og sært dýr, ég öskraði og emjaði... en svo grípur mamma um hendina og segir: “en við segjum engum frá þessu og stöndum saman sem fjölskylda”. Það var svo sárt að ég var með óhljóðum í heilan dag og þann næsta kallaði maðurinn minn á lækni, það þurfti að sprauta mig niður, ég bara emjaði af vanlíðan” (He.b.7).

Kata er elsti meðrannsakandi minn og lýsir vanlíðan sinni sem hefði líklega verið greind sem þunglyndi, en á þeim tíma var ekki um það rætt. Það er stutt síðan hún vissi hvað þunglyndi var, þá var hún búin að vera ofvirk, meðvirk og þunglynd í mörg ár og sótti mikið til lækna. Henni leið oft mjög illa, átti erfitt með skap og lét börnin finna fyrir því. Seinni ár hefur það breyst og hún hefur farið meira í sinn eigin heim. Hún varð fyrir miklu áfalli er hún missti 17 ára barn í bílslysi: “þegar maður hefur þennan grunn er maður ekki sterkur fyrir því sorgin var nóg fyrir” (K.b.5).

Konurnar tala ýmist um fæðingarþunglyndi eftir barnsburð eins og Jóna: “Ég fann aldrei þessa gleði yfir að hafa fætt barn” (J.b.5), eða tilhneigingu til að einangra sig með börnin, ofvernda þau og treysta engum fyrir þeim. Á þeim tíma sem Kata átti börnin var ekkert rætt um fæðingarþunglyndi en hún er viss um hún hafi gengið í gegnum það: “Þetta var nú hlutur sem ég vissi ekki að væri til fyrr en ég kynnist konu sem þjáðist svona af fæðingarþunglyndi og þá vissi ég að þetta hafði ég gengið í gegnum“ (K.b.5). Rúna fann einnig fyrir mikilli vanlíðan eftir fæðingu barna sinna, þá byrjaði hún að fara til lækna út af alls kyns vandamálum. Hún var ósátt við sjálfa sig, var alltaf þreytt og hafði enga orku. Þótt henni hafi liðið illa gat hún aldrei grátið, en hún lokaði sig meira af:

“Börnin voru alltaf að segja: “mamma hættu að stara svona”. Ég átti það til ef ég fann þessa tilfinningu og datt inn í einhverjar hugsanir sem meiddu, þá fór ég einhvers staðar út í horn og fór í fósturstellingu og bara starði úti loftið. Þetta er einhver flótti því það tengist þessari misnotkun og þessu andlega ofbeldi” (R.b.7).

Adda hefur verið með mikinn kvíða og fengið ofsakvíðaköst við mikið andlegt álag, hún var með athyglisbrest og ofvirkni. Hún hefur alltaf fengið fæðingarþunglyndi og fær ofsakvíðaköst: “Ofsakvíðinn getur komið ef ég er ekki að ráða við þetta, er orðin hrædd um að bregðast, þá get ég fengið andnauð, hjartslátt upp úr öllu valdi, svima og stífna upp” (A.b.6).

Sjálfsseyðingarhvöt

Þær hafa allar verið með einhvers konar sjálfsseyðingarhvöt, sjálfskaðandi hegðun eða sjálfsvígshugsanir. Kata er mjög undrandi á því að hafa ekki látið verða af því:

“Maður hefur velt því fyrir sér í raun hvað er sterkt í manni, hvaðan hefur maður allan þennan styrk, þetta er voða skrítið, það er geysilegt hatur” (K.b.4). Heiða hefur lengi hugsað alvarlega um að taka líf sitt og var búin að skipuleggja það:

“Ég stundaði það að fara út úr líkamanum, fór út og horfði á líkamann þjást. Ég ætlaði að fara bara í sjóinn og nota þessa aðferð til að verjast kuldanum í sjónum og þrauka. Það er slík vanlíðan, maður trúir ekki að nokkur kæmi til með að sakna manns, manni finnst maður í raun bara skítur.. slík er sjálfsmyndin” (H.b.6).

Höfnunartilfinning

Allar konunar hafa glímt við mikla höfnunartilfinningu alla tíð sem hefur haft mikil áhrif á hugsanir, líðan og athafnir þeirra. Þær hræðast alltaf að vera hafnað og tengist það sjálfsvirðingu þeirra. Rúna er búin að vinna með sig í 13 ár og á enn í erfiðleikum, henni finnst erfitt að hafa aldrei getað grátið þrátt fyrir þessa miklu vinnu:

“Ég held að allt þetta ferli að láta stjórna sér, maður nær ekki að berjast á móti. Maður bara felur sig og tilfinningarnar verða eins og höfnunartilfinning sem er svo mikil að það er alltaf eins og það sé kökkur hérna inni (klappar á brjóst sér). Ég hef aldrei losnað við þessa höfnun og ef ég sé t.d. minn fyrrverandi þá upplifi ég allan pakkann” (R.b.3).

Öddu finnst skelfilegt að vera hafnað og upplifir tilfinninguna jafnvel þó svo

það sé ekki þannig í raun og hún á það til að gera hluti sem hún veit að þessar tilfinningar fylgja í kjölfarið: “Það liggur við heimsendi, það er ekkert líf eftir höfnun, sjálfsvirðingin er ekki nein. Ég hef leitað mikið í að fá þessa tilfinningu, það er svona þessi sjálfseyðingarhvöt” (A.b.6).

Hræðsla og ofsahræðsla

Gulla hefur verið að glíma við sorg og söknuð alla sína tíð eftir móðurmissi, hún hefur misst mikið, finnst allir deyja sem henni þyki vænt um og það hefur haft mikil áhrif á hana: “Líkaminn hætti eiginlega að finna fyrir gleði eða sorg, ég var eiginlega bara dofin eða frosin, fann engar tilfinningar” (G.b.8). Hún veiktist af ofsahræðslu í kjölfar þess að eigninmaður hennar fór úr bænum að vinna og börnin voru flutt að heiman, hún var alein heima og fylltist af sorg:

“Það helltist yfir mig söknuður og þá kom ofsahræðsla sem varð að hryllilegum veikindum, það var alveg skelfilegt. Ég þorði ekki að gera neitt, þorði ekki út, þorði ekki í símann, þorði ekki að fara í bað, ég var gjörsamlega alein og þetta var alveg hryllingur. Miðað við alla erfiðleika lífs míns þá eru þessi andlegu veikindi það skelfilegasta sem ég hef upplifað, fór alveg niður á botn og vildi bara deyja” (G.b.5).

Á ákveðnu tímabili fann Helga fyrir raunveruleikafirringu, hún sá andlit afa síns alls staðar og fann fyrir honum þegar hún átti síst von á og minnti stöðugt á misnotkunina:

“Ef maðurinn minn kom labbandi þá sá ég andlitið á afa koma og ef maðurinn minn setti höndina undir sængina þá fannst mér það vera afi, það var rosalega erfitt” (He.b.8).

Endurminningar

Konurnar sem lokuðu á sára reynslu í æsku fengu endurminningar síðar á lífsleiðinni og voru það ákveðin atvik í lífi þeirra sem kölluðu það fram og þær gátu ekki lokað á. Hjá Rósu byrjuðu minningar að koma fram þegar tengdafaðir hennar flutti inn á heimilið til þeirra. Hún hafði ekkert slæmt um hann að segja, hann kveikti samt á minningum þegar hann hélt á dóttur hennar. Hún reyndi að fela líðan sína og loka á en það gekk ekki:

“Það byrjar þar sem eiginlega sársaukinn kemur, hún er að koma úr baði og hleypur til afa síns, upp í fangið á honum og hann er að rugga með hana berrassaða í fanginu og þá skeði eitthvað svona rosalegt hjá mér að ég fékk svona einhvers konar áfall, ég þurfti að fara til sálfræðings... þá byrjuðu upprifjanir svona brot og brot sem var eiginlega að hellast yfir mann” (R.b.2).

Hjá Öddu kviknuðu endurminningar þegar hún átti sitt fyrsta barn, þá fann hún hjá sér sterka tilfinningu að nú yrði hún að passa þetta barn svo ekkert kæmi fyrir það. Það hafði einnig áhrif að hún bjó í stormasömu sambandi og þurfti að vernda barnið: “Ég á mína fyrstu dóttur þegar ég er 18 ára, það svona kveikir mikið að eitthvað sé ekki eins og það á að vera, þarna var ég komin með litla stúlku í hendurnar og varð að passa hana” (A.b.2). Endurminningar komu hjá Heiðu eftir að í ljós kom að pabbi hennar hafði misnotað systur hennar, dætur og fleiri í fjölskyldunni og var kærður:

“Svo bara ræðst þetta á mig og var alveg hörmung, ég vissi í raun ekki hvað var að trufla mig, ég fann bara að það var eitthvað en ég gat ekki náð utan um það, svo erfitt að koma því í orð, svo mikið óöryggi” (H.b.1).

Flótti, fælni og einangrun

Flótti, fælni og einangrun eru tilfinningar og hegðun sem sumar konurnar tala mikið um. Að eiga erfitt með að vera innan um margt fólk, forðast nán tengsl og miklar kröfur sem þeim finnst alla tíð hafa verið gerðar til þeirra. Kata hefur alla tíð viljað vera ein út af fyrir sig og fara sem minnst innan um fólk. Henni finnst konur sem lenda í ofbeldi vera heimóttalegar og hjárænulegar og finnst það mjög erfitt, það hafði áhrif á að hún hætti í skóla sem henni finnst mjög miður:

“Ég sjálf persónulega var ekki heil heilsu...ég hef alla tíð verið voða fælin, það er allt í lagi að hitta svona eina manneskju en ég verð innhverf ef ég þarf að fara í veislur og innan um margt fólk. Ég einhvern veginn verð reið inn í mér og vil ekki fara, liggur við að ég hætti við að fara á síðustu stundu, ég bara hef mig ekki af stað” (K.b.7).

Heiðu hefur alla tíð liðið mjög illa í fjölmenni, vill helst vera ein þar sem engin þekkir hana, langar að búa langt í burtu frá öllu þar sem hún fær að vera í friði: “Ég gat bara ekki farið á mannamót, gerði allt til að fara ekki, þetta er alveg hörmung, þá bara fær maður kvíða og bara átak að mæta í afmæli” (H.b.7). Hún er alltaf á flóttu og þarf alltaf að vera að gera eitthvað: “Þetta stoppar ekki, ég á svo ofsalega erfitt með að stilla hugann, vinn rosalega mikið og hellti mér út í sport, fór að hlaupa og djöflast og er alltaf á fullu” (H.b.3). Rúna er mjög ósátt við að vera á stöðugum flóttu, það sé mjög ólíkt því hvernig hún var áður, nú forðast hún öll samskipti, býr ein og vill ekki kynnast fólki og hleypir engum að sér:

“Þegar ég er að labba og finn að fólk er að ganga á eftir mér þá liggur við að ég hlaupi svo þau geti örugglega ekki náð tali af mér. Ég vil bara vera í friði og það er óþolandi að vera alltaf á þessum flóttu” (R.b.9).

Erfiðleikar við tengslamyndun, traust og snertingu

Samskipti við karlmenn og tengslamyndun kvennanna hefur gengið illa, þær eiga erfitt með að stunda kynlíf og njóta þess. Búið er að brjóta allt traust og þær geta ekki treyst þeim sem standa þeim næst, eiga alltaf von á því versta frá manneskjunni, hræðast höfnun og finnst þær ekki eiga neitt gott skilið. Tengslamyndun við börnin hefur gengið misjafnlega, sumar þeirra eiga erfitt með að snerta þau og tjá þeim tilfinningar.

Tengslamyndun við karlmenn

Konurnar eiga erfitt með að tengjast karlmönnum og fjórar hafa búið með mörgum mönnum. Tvær konur voru 14 ára þegar þær kynntust sínum eiginmönnum og segja það einungis vinasamband og að þeir hafi bjargað þeim. Jóna á mjög erfitt með að tengjast karlmönnum, hefur búið með nokkrum mönnum og notar samskiptin til að finna fyrir valdi sínu og þarf stöðuga athygli:

“Samskiptin voru þannig að ég réði og hafði völdin...ég get stjórnað þeim með kynþokka eða kynlífi og sjálfsagt á ég ekki í heilbrigðu sambandi við karlmenn...ég næ bestum tengslum við homma. Þeir eru einu karlmennirnir sem ég hef getað verið ég sjálf, það er engin ógnun af þeim” (J.b.9).

Gulla kynntist eiginmanni sínum fljótlega eftir skilnað. Hún náði aldrei að vinna úr vandamálum fyrra hjónabandsins og fór með þau inn í næstu sambúð sem hafði slæm áhrif á þróun sambandsins og tengslamyndun:

“Í dag finnst mér hjónabandið vera ástlaust, við erum svona bara eins og vinir, vantar alla ást og það myndast oft svona reiði á milli okkar, mín og mannsins,

því hann veit ekki hvað er í gangi, ég í þessum köstum og hann skilur ekki”
(G.b.8).

Heiða á í miklum erfiðleikum með að mynda nánin tengsl, gengur illa í hjónabandinu og hefur fælt frá sér góða menn því henni fannst hún ekki eiga þá skilið: “Áður kynntist ég tveimur mönnum sem voru svo ofboðslega góðir við mig að ég hrinti þeim frá mér, ég trúði ekki að einhverjir vildu vera góðir við mig, ég bara hafnaði þeim” (H.b.4). Sjálfsmynd kvennanna er mjög brotin sem gerir það að verkum að þær telja sér trú um að þær eigi allt slæmt skilið. Adda lenti í stormasömu og ofbeldisfullu sambandi: “Líkamlegt ofbeldi og stormasamt samband og ég átti það að sjálfsögðu allt skilið, þú veist innan gæsalappa, þetta var bara upplifun mín og þetta var aldrei rætt” (A.b.2).

Vantraust

Þær eiga allar erfitt með að treysta, finnst allt traust brotið, sá sem þær treystu í æsku brást þeim. Jóna segir að það þurfi mjög lítið til að hún gefist upp í samböndum, ef eitthvað kemur upp á þá slítur hún sambandinu áður en hún verður særð og er hafnað. Hún er mjög fljót í næsta samband:

“Á ákveðnum tímamarki finnst mér þeir bregðast trausti mínu. Þeir gera eitthvað eða segja eitthvað og þá vil ég ekki meira, finnst ég ekki geta treyst þeim. Ég er svona ofurviðkvæm fyrir því þegar mér finnst þeir bregðast mér, þetta er eitthvað sem er vegna misnotkunarinnar þar sem pabbi minn brást alveg trausti mínu, aðili sem ég átti að treysta” (J.b.18).

Adda hefur alla tíð átt mjög erfitt með að treysta, samböndin endast hámark 3-4 ár, hún er mjög afbrýðissöm og reynir að eyðileggja: “Niðurrífsstarfsemi er algjör, ef eitthvað gengur vel fer ég að búa til eitthvað til að skemma. Ég á bara ekkert svona gott skilið og bý til ofsalegan farsa um að hann sé örugglega að halda fram hjá mér eða gera mér eitthvað vont, traustið er ekkert” (A.b.3).

Snerting og kynlíf

Konurnar eiga erfitt með alla snertingu, finnst erfitt þegar maðurinn er að koma við þær og mikil vanlíðan í sambandinu sem fylgir því. Þær hafa átt erfitt með að njóta kynlífs en látið sig hafa það fyrir manninn, finnst þær eiga að sinna þeim kynferðislega. Eftir að þær unnu með sig, fóru að segja sögu sína og hlusta á líkamann breyttist það og olli frekari erfiðleikum í hjónabandinu. Gullu hefur alla tíð liðið illa út af þessu: “Mér fannst svo óþægilegt að láta hann snerta mig, þessi tilfinning af misnotkun er eitthvað sem hverfur aldrei.. kemur alltaf til með að há manni, maður þarf að reyna að lifa með því“ (G.b.9). Hún bjó við heimilisofbeldi í mörg ár og fór í kvennaathvarfið, hún hefur alla tíð verið óheppin með karlmenn, lent í miklu áreiti og aldrei þorað að vera ein með ókunnugum karlmönnum og nýtur ekki kynlífs:

”Ég get nú eiginlega sagt að ég hafi aldrei notið þess, ég hef alltaf lent eitthvað svo illa í þeim. Fyrri maðurinn minn var mér ekki góður hann vildi alltaf vera að hafa endaparmsmök sem ég vildi ekki. Hann píndi mig til þess sem var bara enn ein misnotkun, ég naut aldrei með honum kynlífsins” (G.b.8).

Rúna hefur einnig átt mjög erfitt með snertingu. Hún fældi frá sér góða menn sem hún var hrifin af þegar hún var yngri vegna þess að hún þoldi ekki að þeir snertu hana. Hún áttaði sig á því mörgum árum seinna að líklega var ofbeldi í æsku ástæðan fyrir því: “Þegar hann fór að reyna við mig þá varð ég svona ofboðslega reið... ég brást þannig við að þegar hann tók utan um mig þá henti ég honum frá mér og einu sinni niður stiga... ég þoldi ekki að hann kæmi nálægt” (R.b.1). Hún hefur aldrei notið kynlífs, hún gerði það til að þóknast eiginmanninum og eftir að hún skildi getur hún ekki hugsað sér að koma nálægt eða líta á karlmann: “Í samförum var ég bara dauð, ég bara vildi ekkert” (R.b.4). Helga sagði eiginmanni sínum strax frá reynslu sinni og hann tók hana undir sinn verndarvæng:

“Það er núna síðasta ár að koma upp vandamál í samlífinu, þegar hann kemur heim stend ég bara frosin. Við höfum gengið í gegnum tímabil í hjónabandi að hann þurfti sitt, hann er karlmaður og ég kona og mér fannst ég þurfa að standa undir þeim væntingum. Þannig gekk það í 1-2 ár og ég kom undan því í því líkri flækju, það hann um skilnað því ég gæti þetta ekki lengur” (He.b.6).

Kata var 14 ára þegar hún kynntist manni sínum, góður maður sem bjargaði henni og nú er það bara vinasamband. Hún skilur ekki í manninum sínum að vera giftur sér í dag því hún sé algjörlega áhugalaus um kynlíf:

“Auðvitað hefur þetta hvílt alveg rosalega á mér alla tíð og maður er engin ástkona í rauninni... það hefur nú gengið óskaplega brösulega, þetta er bara hlutur sem ég get ekki gert í dag. Það kemur fyrir annað slagið svona kynferðisleg löngun og maður reynir þá að nýta það. Ég hef oft hugsað um þessa kynferðislegu hlið, hvað ég hef farið á mis við að geta ekki notið þess

(klökknar) ég bara get það ekki og ég hugsa að ég myndi gráta það mest í dag”
(K.b.7).

Jóna segir kynlíf sitt örugglega alltaf hafa verið öðruvísi en hjá konum sem hafa ekki slíka reynslu. Fyrir henni er samasemmerki milli kynlífs og væntumþykju, því hún lærði í uppeldinu hjá pabba sínum að tjá væntumþykju með kynlífi, því séu þau tengsl enn í dag með öðrum mönnum:

“Ég nota kynlíf sem vald yfir karlmönnum og fyrir mér er kynlíf sem svona ástarjátning. Ef maðurinn minn vill ekki stunda kynlíf með mér finn ég fyrir höfnun. Ég á það til að sofa mjög fljótt hjá mönnum sem ég er með, ætla mér það ekki en áður en ég veit af er allt gengið svo hratt, get ekki sagt nei, reyni að þóknast þeim, er hrædd um að missa þá, að þeir haldi að ég hafi ekki áhuga” (J.b.19).

Adda lítur á kynlíf á sama hátt og Jóna, sem viðurkenningu og vald. Hún fór að stunda ótakmarkað kynlíf mjög snemma með eldri mönnum, skipti mjög ört um karlmenn og svaf hjá hverjum sem var, hvar sem var:

“Ég naut þess aldrei, þóttist bara fá fullnægingu, gerði þetta svo helst sjálf og fékk gífurlega skömm á eftir...í dag finnst mér helst að vanti fjölbreytni í það. Ég hef átt í rosalegum vandræðum með að ég þarf alltaf að byrja og stundum ofgeri ég mér, kannski langar ekki en ég held ég sé ennþá að leita til kynlífs sem viðurkenningu. Ég er ekki gjaldgeng nema ég stundi kynlíf og mikið af því og flott” (A.b.12).

Heiða er í dag gift alkóhólista sem hefur beitt hana ofbeldi og er á þeim tímapunkti að vilja skilnað, en hann vill ekki skilja. Hún segir eins og Kata að hún skilur ekki að hann sé ekki löngu farinn:

“Það hefur verið slæmt og fer versnandi, ég hef gjörsamlega engan áhuga á þessu. Ég get bara ekki hugsað mér það, en hann hefur ekkert farið of vel með mig. Það hefur verið ofbeldi en þó aðallega kynferðislegt ofbeldi, ég lét mig bara hafa það” (R.b.3).

Tengslamyndun við börnin

Þær telja sára reynslu úr æsku og síðan fæðingarþunglyndi hafa haft mikil áhrif á það hversu erfitt þeim hefur reynst að tengjast börnum sínum eðlilega og sýna þeim ástúð. Þær hafa alltaf áhyggjur af þeim og eiga erfitt með að treysta öðrum fyrir þeim. Eftir að Jóna átti fyrsta barnið var henni nauðgað, hún fór í mikið þunglyndi og missti forræðið: “Ég var í rauninni búin að missa hann, við náðum aldrei neinum tengslum, það var líka svo erfitt þegar hann fæddist af því hann var strákur, ég vildi helst ekki skipta á honum” (J.b.6). Henni hefur alltaf fundist vanta þessa móðurtilfinningu, aldrei fundið gleði að eignast barn, finnst alltaf verið að minna á misnotkunina í gegnum börnin og finnst óþægilegt að sjá þau nakin: “Það er rosalega erfitt, ég er kannski að baða börnin mín og ég tek yngri dóttur mína og er að þurrka henni og allt í einu eins og þúki sitji á öxlinni á mér og segi: “hún er jafngömul þér þegar þú lentir í þessu” (J.b.10). Hún er hrædd um að það sé eins með börnin og karlmennina, að það endi með að þau hafni henni eins og þeir: “Alltaf spurning um höfnun, maður veit aldrei hvenær börnin fara frá manni, þau geta alltaf hafnað manni og brugðist trausti og það er kannski það sem situr í mér að hleypa engum að mér” (J.b.20).

Tengslamyndun við börnin hefur áhrif á líðan barnanna og eru mörg börn kvenanna sem eiga við vandamál að stríða. Eftir að Gulla hafði farið í kvennaathvarfið eftir ítrekað heimilisofbeldi reyndi hún að fara heim og láta hlutina lagast. Það gekk ekki og það var sonur hennar sem vakti hana til lífsins: “Það var orðið svo slæmt heima að elsti strákurinn minn sagði einu sinni: “mamma komum bara aftur í konuhúsið” ...dóttir mín er með kvíða, henni hefur oft liðið illa og það hefur nú ekki bætt ástandið hjá mér, hef haft áhyggjur af henni” (G.b.8).

Þegar Kata var að ala upp börnin var ekki mikið rætt um mikilvægi tengsla. Hún er viss um að vanlíðan hennar hafi haft mikil áhrif á líðan barnanna og að tvö elstu börnin beri það með sér að vera alin upp af móður sem var ekki alltaf í lagi. Öll börnin kljáist við misjafnlega mikið þunglyndi, sérstaklega yngsta dóttirin, en elsta dóttirin hafi oft átt virkilega bágt líka:

“Ég hef verið ákaflega erfið í umgengni og orðið að brúka kjaft við krakkana þó ég geri það ekki í dag. Tvö elstu börnin gætu borið upp á mig að ég hefði lagt á þau hendur... þau hafa stundum spurt mig að því af hverju þetta var svona, en því miður þá bara var minn þroski ekki meiri og ég vissi ekki betur. Ég veit betur í dag... maður átti bara svo nóg með sjálfa sig og hafði ekki mikið að gefa af sér” (K.b.7).

Snerting við börnin

Þær hafa átt misjafnlega erfitt með alla snertingu, hvort sem er að faðma börnin eða að börnin snerti þær. Erfiðleikarnir hafa ýmist komið fram strax eftir fæðingu, þegar börnin voru á þeim aldri sem konurnar muna eftir misnotkun eða á kynþroskaaldri. Gulla hefur alla tíð átt mjög erfitt með að taka utan um börnin sín, snerta þau og sýna þeim ástúð og hlýju: “voða erfitt að nota orð eins og elskan eða ástin og segja það við

börnin... mér fannst líka óþægilegt þegar strákar mínir voru litlir og voru eitthvað svona að koma við brjóstin” (G.b.2). Jónu semur mjög illa við eldri dóttur sína og finnst erfitt að faðma hana:

”Alveg hryllilega erfitt að faðma þessi tvö eldri, það var allt í lagi meðan þau voru lítil. Mér finnst óþægilegt þegar börnin mín eru að kyssa mig, bara á kinnina, mér finnst mjög óþægilegt að kyssa börnin mín á munninn“ (J.b.7).

Helga var í mikilli vanlíðan eftir að hún átti fyrri börnin, henni leið alltaf illa. Dóttir hennar var mjög erfiður unglingur, mjög orðljót og lét sig hverfa um helgarnar: “Þegar hún var 14 ára sló ég hana utan undir, það var búið að ganga svo svakalega á og ég grét og grét yfir þessu. Þetta var versta útgáfan af mér, hún gekk of langt og ég kunni ekki að stoppa mig” (He.b.14). Hún hefur rætt þetta við hana og einnig við elsta soninn því hann hafi fundið mest fyrir því hvað henni leið illa. Hún var 16 ára þegar hann fæddist og hún var ekki mjög þolinmód: “Ég var mjög hryssingsleg við hann oft, hann sagði einu sinni við mig eftir að ég ræddi þetta við hann: “mamma, ég hataði þig því þú varst alltaf grenjandi og ég hélt það væri af því ég væri óþekkur” (He.b.14). Hún hefur áhyggjur af honum, hann eigi erfitt og loki allt inni, hún á mikið af sárum minningum tengdum honum: “Þegar hann kom heim úr skólanum þá sat ég í kuðung úti í horni, hann settist bara á gólfíð hjá mér og lagði skólatöskuna frá sér og reyndi að hugga mig” (klökknar)(Ha.bls.2.3). Hún hefur aldrei treyst neinum fyrir börnunum sínum, aldrei farið frá þeim og þau eru ofvernduð. Hún hefur alltaf átt mjög erfitt með snertingu og hlýju:

“Ég hef alltaf þurft að brjótast gegn mér, alltaf að segja mér: ég veit hvað er rétt og rangt, ég kem ekki við þau á ranga staði. Ég er að sýna þeim

væntumþykju. Ég hef í uppeldinu barist við sjálfa mig. Mér finnst öll snerting röng” (He.b.15).

Rósa hefur unnið mjög lengi með sjálfa sig og skoðað allt sitt líf og barnanna. Hún hefur alla tíð átt mjög auðvelt með að faðma og snerta ungabörn en þegar börnin verða 12-13 ára koma erfiðleikar og þannig er elsta dóttir hennar líka gagnvart sínum börnum:

“Það eru svo margar tilfinningar í kringum þetta. Þegar þau komast á kynþroskaaldurinn þá fer ég að draga mig til baka. Þau skilja ekki neitt og þetta er rosalega skrítin tilfinning. Ég fer að loka á börnin mín, svona er ég gagnvart öllum börnunum mínum og barnabörnum... og maður veltir því fyrir sér hvað tekur margar kynslóðir að leggja niður svona hegðun” (R.b.8).

Heiða einangraði sig mikið og ofverndaði börnin sín án þess að hún hafi áttað sig á því hvers vegna. Dætur hennar urðu einnig fyrir kynferðislegri misnotkun: “Ég man að ég vildi einangra mig mjög með börnin, ef einhver kom þegar ég var með börnin á brjósti þá fór ég bara upp og lokaði mig af” (H.b.2).

Staðan í dag og horft til framtíðar

Allar konurnar hafa margítrekað leitað sér aðstoðar í heilbrigðiskerfinu en ekki fengið viðeigandi aðstoð. Þær segjast vera þessar “móðursjúku” sem séu alltaf hjá læknum og “ekkert sé að” en geta fengið nóg af lyfjum. Þær hafa leitað mikið í óhefðbundnar meðferðir og nudd og finnst það hafa hjálpað, þar fá þær allavega skilning.

”Er það sem ég er í dag”

Þær lýsa mikilli vanlíðan og að þær losni aldrei við þennan skugga sem fylgi þeim, en þær reyni að sjá björtu hliðarnar á sjálfum sér og lífinu. Jónu finnst erfiðast að vera alltaf á varðbergi og geta aldrei treyst og geta þar af leiðandi ekki gefið af sér. Hún er í sambúð í dag og í fyrsta skiptið treystir hún: “ég þakka fyrir það á hverjum degi að ég skuli hafa hitt mann sem þykir svona vænt um mig og tekur mér eins og ég er. Í gegnum tíðina eru það dýrin sem mér hefur alltaf liðið best með og getað treyst” (J.b.20). Hún fer í sjúkráþjálfun og nudd 2x í viku, á að hreyfa sig reglulega sem gengur ekki vel vegna verkja og þróttleysis. Hún hefur leitað í óhefðbundnar meðferðir:

“Þegar ég fór í heilun var mikil hreinsun, margra ára uppsafnaður sársauki. Það er vinna sem ég er enn að vinna í, ég hef ekki náð bata...sjálfsmynd mín er náttúrulega langt frá því að vera góð en hún er skárri en hún var, en ég væri ekki sú sem ég er í dag ef ég hefði ekki gengið í gegnum þetta. Ég veit ekki hvort það hefur kennt mér eitthvað til góðs eða ills, öðru fólki finnst ég vera ofsalega ljúf og góður vinur” (J.b.14).

Kata er búin að vinna í sínum málum í yfir 20 ár og það sem hefur hjálpað henni mest eru óhefðbundnar meðferðir. Hún starfar við það í dag og er að reyna að hjálpa fólki sem hefur lent á áföllum á lífsleiðinni:

“Ég hef nú verið svo heppin að vera ljómandi góð í dag...ég hélt að ég ætti ekki eftir að haldast svo vel á vinnu af því að það er svo mikil ókyrrð í mér. Þetta fólk sem hefur orðið fyrir svona ofbeldi, það er mikið meiri ferð á því...hérna áður fyrr kom ekki sá dagur að ég hugsaði ekki um þetta og svo mikil hræðsla... maður var alltaf að passa sig” (K.b.8).

Lífsviljinn

Helgu finnst hún stöðugt þurfa að berjast við að halda sér gangandi frá degi til dags. Hún lýsir því sem öldudal þar sem hún fari upp og niður, stundum nái hún að halda sér á floti í ákveðinn tíma en hrynji svo niður á milli. Henni finnst erfitt að glíma við þær tilfinningar að búast alltaf við því óvænta frá manneskjunni, alltaf á varðbergi, vera hrædd við fólk og þetta sé endalaus barátta: “Ég er í dag að berjast við að halda þessum lífsvilja, þarf að minna mig á það oft að lífsviljinn er í lagi. Ég ætla bara að læra að lifa með þessu, tíminn læknar ekki öll sár heldur spurning um að lifa með þessu” (He.b.3). Henni líður stundum þannig að henni finnst hún ekki geta meira, getur ekki verið í endalausum skyldum og finnst hún vera í alvarlegri krísu: “Ég reyni að taka því fagnandi því það er næsta skref, en þetta er bara svo erfitt þegar maður er orðin svona þreyttur. Maður er kominn í svo mikla örvæntingu, innri angist sem er að reyna að komast út og þessi endalaus vonbrigði” (He.b.12).

Varanlegur skaði

Gulla er mjög ósátt í dag við heilbrigðiskerfið. Hún hefur verið öryrki frá 18 ára aldri, er búin að leita mikið í heilbrigðiskerfið frá unga aldri og finnst aldrei hafa verið hlustað á sig:

“Maður skaðast af þessu sem verður aldrei bætt og gengur aldrei til baka, þó ég sé búin að vinna mig þannig út úr að geta farið að tala um þetta og get bætt um betur. En ég er ekki viss um að maður losni við allt samt” (G.b.9.)

Hún hefur einnig leitað mikið í óhefðbundnar meðferðir og finnst það hafa hjálpað, hún er meðvituð um að veikindin eru út af sálrænum áföllum og hefur reynt að gera eitthvað í þeim strax. Áður byrgði hún alla reiði inni sér og var kúguð:

“Ég fór að hugsa hvað ég gæti gert til að láta mér líða betur því ég vildi ekki eyða ævinni í óhamingjusemi, þó svo að ég hafi þurft að gera það...mig langar til að mér líði betur, finnst mér ekki líða nógu vel í dag, er oft svo full af vonleysi” (G.b.8).

Uppgjöf

Rúna hefur lengi unnið með sjálfa sig en finnst hún nú á þeim tímapunkti að vera við það að gefast upp. Hún fær engin svör frá læknum vegna líkamlegra einkenna og segir misnotkun vera sálarmorð sem maður náir sér aldrei upp úr. Henni líður illa og finnst fortíðin endalaust sækja á sig: “Ég er búin að vinna mig heilmikið út úr þessu en samt get ég ekki sleppt þessu, það er það sem pirrar mig mest” (R.b.3). Henni finnst vera kökkur innra með sér og hún sé eins og rispuð plata, langar að taka hana út og brjóta hana og hætta þessu. Hún hefur aldrei getað grátið, grét ekki er hún missti foreldrana. Hún er orðin þreytt að finna ekki leið út og fá frið í sálinni:

“Maður höndlar ekki að vinna úr þessu, það er sama hvað ég geri það er alltaf eitthvað hér inni sem plagar mig, að vera komin á þennan aldur og geta ekki notið þess að láta sér líða vel eftir allt sem ég hef gengið í gegnum. Stundum finnst mér ég vera að gefast upp og mér finnst ég vera tilbúin að fara, finnst ég vera búin með mitt hlutverk hér... er svo þreytt á þessum sársauka sem finnur ekki leið út” (R.b.9).

Mikil vinna eftir inn að hjartarótum

Adda hefur einnig unnið mikið í sjálfri sér, margt komið en rosalega margt eftir: “Ég á eftir að þroskast öðruvísi með þessu, fá nýja reynslu ég held þetta verði aldrei búíð,

maður þarf bara að lifa með þessu” (A.b.8). Hennar barátta í dag er við vigtina eins og alla tíð, ásamt því að ná tökum á andlegum kvillum. Hún líkir sjálfri sér við epli:

“Ég er búin að taka flusið af og var rosalega fin á tímabili, svo varð ég brún, þá er maður búin að melta það sem maður er búin að opna. Þá fer maður dýpra, núna er ég eiginlega bara í þeim pakka að fara dýpra...ohhh ég er svona eins og Picasso ofsalega fögur en bara á skökkum stöðum” (A.b.8).

Heiða er komin styst í að vinna með sjálfa sig, það eru tvö ár síðan hún byrjaði að fá myndbrot og segja frá, síðan er hún búin að reyna alla aðstoð sem í boði hefur verið. Hún er óhamingjusöm í hjónabandinu, líður illa heima hjá sér, er mikið á ferðinni og hleypur og hamast til að fá útrás. Hún segir mjög mikilvægt að fólk opni sig sem fyrst, því lengur sem maður geymir þetta inni því meiri skaði verður, sérstaklega fyrir maka, börn og mann sjálfan. Hún er sátt við að hafa tekið á þessu en finnst erfitt að finna hvar hún á að bera niður í úrvinnslunni hverju sinni, það á meira eftir að koma fram:

“Mér líður ekki vel, það er alltaf eitthvað að brjótast um í kollinum á mér. Það getur í raun engin hjálpað manni nema maður sjálfur. Maður þarf að fara alla leið inn í sig... inn að hjartarótum. Ég vil spóla bara út á byrjunarreit og byrja upp á nýtt á lífinu. Ég hef verið að lifa fyrir alla aðra en mig sjálfa... Það hefur hvarflað að mér að skipta um nafn svo ég þurfi ekki að vera feðruð honum en maður breytir ekki uppruna sínum... það tekur engin annar þetta í burtu maður verður að finna þetta sjálfur. Það setur engin annar frið í mitt hjarta, hatrið er okkur sjálfum fyrir verstu” (H.b.7).

Hún er enn að glíma við sjálfsásakanir og ef eitthvað fer úrskaiðis í kringum hana kennir hún sér um það: “Ég hlýt að hafa gert eitthvað rangt, alltaf að ásaka mig, ef maðurinn minn reiðist eða einhver þá fer ég að hugsa: „bíddu hvað sagði ég eða gerði ég síðustu tvo tímana úr því honum líður illa” (H.b.6).

Samantekt á niðurstöðum

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að sálræn áföll í æsku geta haft mjög alvarlegar afleiðingar fyrir líkama og sál. Einkenni komu ýmist fram strax eftir áfallið eða mörgum árum seinna. Allar konurnar hafa þróað með sér einkenni áfallaröskunar og fengið margþætt líkamleg og geðræn einkenni. Eftir að þær lentu í fyrsta alvarlega sálræna áfallinu virtust þær berskjaldaðar fyrir endurteknum áföllum síðar á lífsleiðinni. Þær hafa upplifað mikla vanlíðan, leið mjög illa í æsku, leið illa í skóla, voru alltaf hræddar og voru með geðræn og líkamleg einkenni. Á fullorðinsárum hafa þær verið þjakaðar af margskonar líkamlegum og geðrænum einkennum og eru fimm þeirra öryrkjar sökum þess. Þeim hefur gengið illa að tengjast maka og börnum og lifa við mikla vanlíðan í dag. Þær eru oft fullar vonleysis, finnst vanlíðan aldrei ætla að taka enda, finnst þær vera að gefast upp á lífinu og berjast við halda lífsviljanum hvern dag.

Kafli 5 Umfjöllun um niðurstöður rannsóknarinnar

Inngangur

Rannsóknin fjallar um áhrif sálrænna áfalla í æsku vegna kynferðislegrar misnotkunar eða ofbeldis á heilsufar og líðan kvenna og er reynt að öðlast skilning á því hversu víðtækar afleiðingarnar geta verið. Fyrst er fjallað um niðurstöður rannsóknarinnar sem höfundur telur vera nýjar eða ekki fundust heimildir um, síðan er fjallað um niðurstöður rannsóknarinnar í tengslum við efni sem áður hefur verið rannsakað og að lokum er samantekt.

Líkamleg einkenni í æsku

Engar rannsóknir fundust um líkamleg einkenni í æsku sem afleiðingu sálrænna áfalla vegna kynferðislegs ofbeldis. Í niðurstöðum rannsóknarinnar kom fram að allar konurnar áttu við margþætt líkamleg vandamál að stríða í æsku sem voru aldrei tengd við sálræn áföll þeirra. Þær leituðu mikið í heilbrigðisþjónustuna, fengu ekki skilning en nóg af lyfjum. Þær þjáðust m.a. af margþættum meltingarfæraóþægindum, hita, missi á sjón og fylgikvillum offitu eins og sykursýki. Þær voru undirlagðar af vöðvabólgu og langvinnnum verkjum um allan líkamann, þjáðust af mígreni, svima, yfirlíði og misstu þvag. Líkamlegu einkennin tengjast varnarviðbrögðunum að frjósa, þegar sjálfvirka viðbragðskerfið er ofvirkt og sendir boð um langvarandi ógn og áfallastreita þróast (Rothschild, 2000). Levine og Frederick (1997) telja að við sálrænt áfall losni mikil orka úr læðingi í líkamanum sem líkaminn nær ekki að losa sig við. Við það frýs einstaklingurinn og getur það leitt til eyðileggingar á líkama og sál og þróast í einkenni áfallaröskunar.

Móðurlífsvandamál, vefjagigt, vöðvabólga og fæðingarþunglyndi

Konurnar lýstu mjög víðtækum líkamlegum einkennum sem komu í kjölfar áfallanna, strax á eftir eða mörgum árum seinna. Rannsóknir fundust um verki á mjaðmasvæði en engin um önnur einkenni á mjaðmasvæðinu, konurnar hafa allar þjáðst af alls kyns kvillum í móðurlífi og verið fluttar á sjúkrahús vegna verkjakasta. Leg var fjarlægð úr fimm kvennanna, nokkrar hafa misst fóstur og fengið utanlegsfóstur. Þær lýstu einkennum eins og blöðrum á eggjastokkum, samgróningum, tvíburabróður á eggjastokk, blöðrubólgu, miklum blæðingaverkjum og alls kyns sýkingum.

Engin rannsókn fannst sérstaklega um vöðvabólgu og aðeins ein um vefjagigt. Allar konurnar hafa verið með óútskýranlega verki og vöðvabólgu um líkamann frá æsku, sex kvennanna eru með vefjagigt. Engin rannsókn fannst sem fjallar sérstaklega um fæðingarþunglyndi sem mögulegar afleiðingar en allar konurnar fundu fyrir mjög miklu fæðingarþunglyndi. Engin rannsókn fannst heldur um hvaða áhrif slík vanlíðan getur haft á börn þeirra og hvernig afleiðingarnar fara áfram frá einni kynslóð til annarrar eins og konurnar lýstu sjálfar.

Fjölpætt líkamleg einkenni á fullorðinsárum

Í skýrslu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) er fjallað um almennar afleiðingar ofbeldis (WHO, 2002) en engin ýtarleg rannsókn fannst um slíkt. Ýmis flókin líkamleg einkenni hafa þjakað konurnar, einkenni eins og alls kyns meltingarfærtruflanir og sýkingar, hjarta- og æðakerfisvandamál, svimi og yfirlið, brenglun á innkirtlastarfsemi, sogæðakerfisvandamál og taugaáföll. Einnig lýstu þær einkennum eins og koma fram þegar einstaklingur er deyjandi, vandræði með þvag og hægðir ásamt viljaleysi í allri líkamsstarfsemi. Einkenni eins og koma við heilablóðfall, doði, lömunartilfinning og ógleði komu líka fram.

Sjálfsöfnæmissjúkdómur með óútskýranleg útbrot á kynfærum, mikill þroti og vökvasöfnun við andlegt álag var líka nefnt en engar rannsóknir fundust um slíkt.

Upplifun af áfallinu

Upplifun kvennanna af sálrænum áföllum var mismunandi, sumar hafa munað það alla tíð, aðrar lokuðu á það og mundu ekkert fyrir en mörgum árum seinna. Það eru eðlileg varnarviðbrögð samkvæmt umfjöllun Cullberg (1985). Konurnar hafa allar nema ein glímt við miklar sjálfsásakanir og sektarkennd og eru það tilfinningar sem Rothschild (2000) telur að komi fram vegna varnarviðbragðanna að frjósa og er algengt meðal kvenna og barna sem verða fyrir kynferðislegu ofbeldi. Levine og Frederick (1997) töldu tvær ástæður fyrir varnarviðbögðunum að frjósa og er það ástand sem konurnar í rannsókninni lýstu sem aðferð til að lifa af ofbeldið, að fara út úr líkamanum og horfa á sjálfa sig utan frá.

Tilfinningar sem konurnar í þessari rannsókn upplifðu fyrst eftir kynferðislega misnotkun samræmast niðurstöðum fyrri rannsókna (Blátt áfram, e.d., Guðrún Jónsdóttir, 1993). Þeim fannst þær hafa dáið við ofbeldið, upplifðu sálarþjófnað eða sálar dauða, gifurlegan sársauka, álag og örvæntingu, fannst öryggiskenndin, sjálfsvirðingin og sjálfsmyndin hafa dáið. Við misnotkun var brotin þeirra persónulega varnarlína, því voru þær varnarlausar og berskjaldaðar fyrir endurteknu ofbeldi og misnotkun, þær höfðu engin mörk gagnvart sjálfum sér og öðrum og samræmist það umfjöllun Scaer (2001). Misnotkun eða ofbeldi af hálfu nákomins aðila sem var treyst er ógn við tilveru þeirra, mörkin og sjálfsmyndina. Það var einnig ógn fyrir konurnar í rannsókninni sem bjuggu við andlegt ofbeldi mæðra sinna að finna ekki öruggt skjól og stuðning hjá þeim eins og fram kemur hjá Bosch (2005). Mæður kvennanna í rannsókninni voru sumar sjálfar fórnarlömb ofbeldis á heimilinu

og gátu ekki komið þeim til bjargar og það kom einnig fram í rannsókn Guðrúnar Jónsdóttur (1993) að mæður sem beittu dætur sínar líkamlegu ofbeldi og mæður sem vissu af kynferðislegri misnotkun á heimilinu og gerðu ekkert í því bjuggu við ofbeldi, kúgun og voru algjörlega háðar mönnum sínum.

Að geta ekki sett mörk og vera berskjaldaðar fyrir áföllum seinna samræmist niðurstöðum þessarar rannsóknar þar sem áföllin héldu áfram í lífi kvennanna, andlegt, líkamlegt og/eða kynferðislegt heimilisofbeldi, kynferðisleg áreitni, einelti og nauðgun. Það samræmist rannsókn Guðrúnar Jónsdóttur (1993) og umfjöllun Guðfinns P. Sigurfinnssonar og Kristins Tómassonar (2001) um fjölþætta áfallastreitu vegna fjölþætts ofbeldis. Flestar konurnar lokuðu á sára reynslu sem börn og áttuðu sig ekki á því af hverju þeim leið eins og þeim leið, upplifðu sig öðruvísi, þær fengu myndbrot og martraðir mörgum árum seinna. Það samræmist umfjöllun Gylfa Ásmundssonar og Ágústss Oddssonar (2000) um einkenni áfallaröskunar og einnig niðurstöðum Guðrúnar Jónsdóttur (1993).

Líðan sem barn og unglíngur

Konunum fannst að fólk hefði átt að sjá á hegðun þeirra að eitthvað óeðlilegt væri að, þær voru mjög bældar, óeðlilega þægar, í stöðugum ótta, treystu engum eða þær voru mjög óstýrlátar og með uppreisn. Þeim leið illa í skóla, voru með námsörðugleika, lentu í einelti, fannst þær alltaf vera öðruvísi og skítugar. Þær hættu að sofa um nætur, voru með geðræn vandamál, eins og kvíða, þunglyndi og fælmi.

Ofbeldismennirnir hótuðu þeim eða keyptu þær til að segja ekki frá og samræmist það niðurstöðum rannsóknar Guðrúnar Jónsdóttur (1993). Ein kona var greind með athyglisbrest og ofvirkni og fleiri fundu fyrir einkennum athyglisbrests og samræmist það niðurstöðum Weinstein o.fl. (2000). Þær upplifðu allar erfið unglingsár, ein fór

að stunda ótakmarkað kynlíf 13 ára, misnotaði áfengi og reykti og þrjár sváfu hjá mörgum mönnum og skiptu ört á unglingsárum og samræmist niðurstöðum Steel og Herlitz (2005).

Allar konurnar hafa átt við einhvers konar átröskun að stríða, hafa notað mat til að deyfa erfiðar tilfinningar og vanlíðan. Þær voru allar með sjálfsvígshugsanir, sjálfsfyrirlitningu og sjálfseyðingarhvöt frá unga aldri og gerðu nokkrar misheppnaðar sjálfsvígstilraunir. Samskonar niðurstöður koma fram í rannsókn Guðrúnar Jónsdóttur (1993) og Hrefnu Ólafsdóttur (Blátt áfram, e.d.). Einnig kom fram í rannsókn Edgardh og Ormstad (2000) að sjálfsvígstilraunir, sjálfskaðandi hegðun og átraskanir voru mjög algeng meðal unglunga sem höfðu verið kynferðislega misnotaðir og svipaðar niðurstöður komu fram í rannsókn Feiring o.fl. (2000) og Martin o.fl. (2004).

Verkir

Allar konurnar hafa þjáðst af langvinnum og útbreiddum verkjum frá barnæsku, í liðum og vöðvum, fótum, mjaðmasvæði, baki, hálsi og höfði. Samræmist það upplýsingum Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar um afleiðingar ofbeldis á heilsu kvenna (WHO, 2002) og rannsókn Woods og Wineman (2004) og Finestone o.fl. (2000). Fram kom hjá Otis o.fl. (2003) að hjá einstaklingum með áfallaröskun og líkamleg einkenni voru algengustu kvartanir vegna verkja, bakverkir og höfuðverkir. Í rannsókn Striegel-Moore o.fl. (2002) voru tengsl milli misnotkunar og ofbeldis og sállíkamlegra einkenna á fullorðinsárum eins og höfuðverkja, verkja í mjóbaki og mjaðmasvæðisverkja. Romans o.fl. (2002) sýndu með rannsókn sinni að líkamleg einkenni hjá konunum sem höfðu orðið fyrir einhvers konar ofbeldi voru mun algengari en hjá samanburðarhópnum.

Geðræn vandamál

Sumar konurnar fóru oft í fósturstellinguna þegar þeim leið sem verst, hnipuðu sig saman og sátu þannig og það kom einnig fram í rannsókn Guðrúnar Jónsdóttur (1993). Í rannsókn Hrefnu Ólafsdóttur (Blátt áfram e.d.) kom fram að á fullorðinsárum voru reiði, andúð, hryggð, depurð og vonbrigði algengari hjá þolendum kynferðisafbrotá og samræmist það niðurstöðum þessarar rannsóknar. Konurnar hafa allar átt við þunglyndi að stríða, hafa misst alla lífslöngun á ákveðnu tímabili, liðið mjög illa og átt erfitt með skap, þær leituðu þá mikið til lækna út af alls kyns vandamálum, voru ósáttar við sjálfar sig, alltaf þreyttar og orkulausar og samræmist það niðurstöðum Romans o.fl. (2002) og Chen o.fl. (2006).

Konurnar hafa allar verið með mikinn kvíða og sumar fengið ofsakvíðaköst við mikið andlegt álag, sveiflast milli þunglyndis og ofvirkni. Allar konurnar hafa glímt við mikla höfnunartilfinningu alla tíð sem hefur haft mikil áhrif á líf þeirra og tengist það lítilli sjálfsvirðingu þeirra og hafa allar verið með mikla sjálfseyðingarhvöt, sjálfskaðandi hegðun eða sjálfsvígshugsanir og samræmist það rannsókn Gutierrez o.fl. (2000). Í rannsókn Hrefnu Ólafsdóttur höfðu miklu fleiri þolendur gert sjálfsvígstilraunir heldur en samanburðarhópurinn (Blátt áfram, e.d.). Rannsókn Ystgaard o.fl. (2004) sýndi að líkamlegt og kynferðislegt ofbeldi í æsku var sjálfstætt í tengslum við endurteknar sjálfsvígstilraunir og af þeim konum sem leituðu til Stígamóta höfðu um helmingur verið með sjálfsvígshugsanir (Stígamót, 2005).

Konurnar fundu flestar fyrir flótta, fælni eða einangrun, áttu erfitt með að vera innan um margt fólk og tengjast fólki og samræmist það niðurstöðum Woods og Wineman (2004) um einkenni áfallaröskunar og umfjöllun Gylfa Ásmundssonar og Ágústs Oddssonar (2000). Í rannsókn Horwitz o.fl. (2001) kom fram að konur sem höfðu orðið fyrir ofbeldi eða vanrækslu sögðu meira frá félagsfælni,

persónuleikaröskun og áfengisvandamálum. Niðurstöður þessarar rannsóknar samræmast umfjöllun Alþjóðaheilbrigðisstofnunar um afleiðingar ofbeldis á heilsu kvenna sem geðrænum einkennum (WHO, 2002). Konurnar hafa allar átt við einhverskonar átröskun að stríða, ýmist ofát eða svelti og nota mat til deyfingar og hafa einnig notað áfengi til að deyfa vanlíðan og samræmist niðurstöðum rannsóknar Striegel-Moore o.fl. (2002) og rannsóknar Jia o.fl. (2006).

Tengslamyndun, traust og snerting

Konurnar eiga allar í erfiðleikum með að mynda nán tengsl, að eiga eðlileg samskipti við karlmenn og gengur illa í hjónabandinu. Þær eiga allar erfitt með að treysta öðrum, sá sem þær treystu í æsku brást þeim og þær eru ofurviðkvæmar fyrir því að verða særðar. Fjórar konur eiga fjölmörg skammvinn sambönd að baki, tvær kynntust mönnum sínum 14 ára og búa í “vinasambandi” án kynlífs. Samræmist það niðurstöðum rannsóknar Colman og Widom (2004) að ofbeldi í æsku hefur áhrif á félagslega stöðu á fullorðinsárum. Svipaðar niðurstöður sýndi rannsókn Whiffen o.fl. (2000) og rannsókn Hrefnu Ólafsdóttur (Blátt áfram, e.d.). Flestar konurnar hafa lent í endurteknu líkamlegu, andlegu og/eða kynferðislegu ofbeldi í sambandi eða lent í nauðgun og samræmist það niðurstöðum rannsóknar Hetzel og McCanne (2005), Coid o.fl. (2001) og Fleming o.fl. (1999).

Konurnar eiga allar erfitt með alla snertingu, finnst erfitt þegar maðurinn er að snerta þær og mikil vanlíðan í sambandinu sem fylgir því. Þær hafa átt erfitt með að stunda kynlíf og njóta þess, hafa gert það fyrir manninn því þær “eigi” að sinna honum kynferðislega, hafa engan áhuga á kynlífi og hafa sumar orðið fyrir misnotkun maka í kynlífi og samræmist niðurstöðum rannsóknar Guðrúnar Jónsdóttur (1993).

Um helmingur kvenna sem leita til Stígamóta segja frá erfiðleikum í kynlífi

(Stígamót, 2005). Flestar konurnar í þessari rannsókn tengdu saman kynlíf, væntumþykju og viðurkenningu. Þær lærðu í uppeldinu að tjá væntumþykju og ást með kynlífi. Þær nota sumar kynlíf sem vald yfir karlmönnum og byrjuðu sumar að sofa mjög fljótt hjá nýjum mönnum, þær geta ekki sagt nei, reyna að þóknast þeim og skipta mjög ört um karlmenn og samræmist það niðurstöðum rannsóknar Steel og Herlitz (2005).

Tengslamyndun og snerting við börnin

Erfiðleikar í æsku og síðan fæðingarpunglyndi hafði mikil áhrif á hversu erfiðlega konunum gekk að tengjast börnum sínum eðlilega og sýna þeim ástúð, þeim finnst að minnt sé á ofbeldið í gegnum börnin. Þær hafa flestar alltaf áhyggjur af þeim, eiga erfitt með að treysta öðrum fyrir þeim, hafa einangrað sig og ofverndað þau.

Erfiðleikar við tengslamyndun og vanlíðan þeirra hefur haft áhrif á líðan barnanna og eiga mörg börn þeirra við vandamál að stríða eins og kvíða og þunglyndi. Sum börn þeirra hafa horft upp á heimilisofbeldi og vanlíðan móðurinnar og haldið að það væri af því að þau voru óþekk. Þær hafa átt erfitt með skap, sumar þeirra talað illa til barnanna og lagt á þau hendur. Þeim fannst þær ekki hafa meiri þroska og vissu ekki betur, áttu nóg með sjálfar sig og höfðu ekki mikið að gefa af sér. Konurnar hafa átt erfitt með alla snertingu, hvort sem er að faðma börnin, kyssa þau eða að börnin snerti þær, þurftu að reyna að réttlæta alla snertingu, finnst öll snerting röng sem samræmist niðurstöðum rannsóknar Douglas (2000). Í rannsókn Freydísar Jónu Freysteinsdóttur (2005) um áhættuþætti fyrir endurtekinni illri meðferð á börnum á Íslandi kom m.a. fram að mæður sem höfðu orðið fyrir ofbeldi í æsku voru í meiri áhættu fyrir að beita börn sín ofbeldi.

Staðan í dag og heilbrigðiskerfið

Konurnar lýsa mikilli vanlíðan og að þær losni aldrei við skuggann sem fylgi þeim, en þær reyni þó að sjá björtu hliðarnar á sjálfum sér og lífinu. Þeim finnst erfitt að vera alltaf á varðbergi, búast alltaf við því óvænta og versta frá manneskjunni, geta aldrei treyst og geta þar af leiðandi ekki gefið af sér. Lífið er þeim endalaus barátta við að halda lífsviljanum og læra að lifa með þessu því tíminn lækna ekki öll sár. Þær eru meðvitaðar um líðan sína vegna sálrænna áfalla og hafa reynt að leita sér hjálpar og vinna sig út úr því til að líða betur. Þær segja mjög mikilvægt að fólk opni sig sem fyrst, því lengur sem maður geymir þetta inni því meiri verði skaðinn og þær eru sáttar við að hafa tekið á þessu. Kannski geti í raun enginn hjálpað nema þær sjálfar, það þurfi að fara alla leið inn að hjartarótum, það taki enginn þetta í burtu, það setji enginn annar frið í hjartað.

Allar konurnar hafa margítrekað leitað sér aðstoðar í heilbrigðiskerfinu, finnst ekki hafa verið hlustað á þær og þær ekki fengið viðeigandi aðstoð en nóg af lyfjum. Þær eru mjög ósáttar við heilbrigðiskerfið, fá engin svör við einkennum sínum og fimm þeirra eru öryrkjar. Samræmist það niðurstöðum rannsóknar Bergþóru Reynisdóttur (2003) og Guðrúnar Jónsdóttur (1993). Það samræmist einnig því að konur sem hafa orðið fyrir ofbeldi og/eða misnotkun leita í miklum mæli til heilbrigðisþjónustunnar með ýmis andleg og líkamleg vandamál og segja í fæstum tilfellum frá ofbeldinu eða misnotkuninni samkvæmt rannsókn Wijma o.fl. (2003). Niðurstöður rannsóknar Tang o.fl. (2006) leiddu í ljós að líkamlegt, andlegt og kynferðislegt ofbeldi í æsku tengdist marktækt fjölda líkamlegra og geðrænna heilbrigðisvandamála og konur með slíka sögu kostuðu heilbrigðiskerfið tvöfalt meira heldur en þær sem ekki höfðu sögu um ofbeldi.

Samantekt

Engar rannsóknir fundust um líkamleg einkenni í æsku, ýmsa kvilla í móðurlífi eða útbreidda vöðvabólgu, sem konurnar hafa verið þjakaðar af. Aðeins ein grein fannst um vefjagigt en fimm konur í rannsókninni eru með vefjagigt. Engar rannsóknir um fæðingarþunglyndi og slæma líðan barna kvenna með sögu um ofbeldi í æsku, en konurnar í rannsókninni sögðu frá slíku. Konurnar voru einnig með fjölpætt líkamleg einkenni á fullorðinsárum, engin ýtarleg rannsókn fannst um slíkt en nokkrar rannsóknir sem nefndu nokkra þætti lítillega. Fjölmargar rannsóknir studdu niðurstöður þessarar rannsóknar varðandi upplifun kvennanna af áfallinu, líðan þeirra sem barn og unglingur, verki þeirra og geðræn vandamál. Það sama á við um tengslamyndun, traust og snertingu við karlmenn og tengslamyndun og snertingu við börnin. Rannsóknir fjölluðu ekki sérstaklega um líðan kvenna í dag en það kemur í raun fram í öðrum niðurstöðum þar sem spurt var um líðan þegar rannsóknir fóru fram. Rannsóknir studdu niðurstöður mínar um neikvæð samskipti og stuðningsleysi heilbrigðisfagfólks.

Kafli 6 Samantekt, niðurstöður, notagildi og framtíðarrannsóknir

Inngangur

Fjallað er um samantekt og niðurstöður rannsóknarinnar, einnig notagildi rannsóknarinnar fyrir heilbrigðisvísindi, menntun heilbrigðisstétta og framtíðarrannsóknir.

Samantekt og niðurstöður

Einstaklingur upplifir sálrænt áfall þegar hann upplifir aðstæður sem eru honum yfirþyrmandi. Við alvarleg sálræn áföll í æsku eins og kynferðislega misnotkun og annað ofbeldi, sérstaklega sem einhver nákominn beitir, geta afleiðingarnar orðið mjög djúpstæðar og alvarlegar og þróast yfir í áfallaröskun með félagslegum, sálrænum og líkamlegum afleiðingum og leita þessir einstaklingar í miklum mæli í heilbrigðisþjónustuna.

Rannsóknaraðferðin er eigindleg og kennd við Vancouver-skólann í fyrirbærafræði þar sem leitast er við að skilja reynslu hvers og eins til að auka möguleika á að veita betri þjónustu. Farið er í gegnum sjö vitræna meginþætti í rannsóknarferlinu og 12 þrep samkvæmt Vancouver-skólanum. Byggt er á fjórum meginstöðum siðareglna og fjallað um mikilvægi réttmæti og áreiðanleika. Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að sálræn áföll í æsku geta haft mjög alvarlegar afleiðingar fyrir líkama og sál, einkenni geta komið fram strax eftir áfallið eða mörgum árum seinna og þróast yfir í einkenni áfallaröskunar með margþættum einkennum og einstaklingar verða berskjaldaðir fyrir endurteknum áföllum síðar á lífsleiðinni. Meðrannsakendurnir upplifðu mikla vanlíðan í æsku og í skóla, alltaf hræddar og með ýmis geðræn og líkamleg einkenni. Á fullorðinsárum hafa þær verið þjakaðar af margskonar líkamlegum og geðrænum einkennum, fimm greindar með

vefjagigt og fimm eru öryrkjar. Þeim hefur gengið illa að tengjast og njóta snertingar við maka og börn sín, lifa við mikla vanlíðan, eru oft fullar vonleysis og finnst þær vera að gefast upp á lífinu.

Engar rannsóknir fundust um líkamleg einkenni í æsku, kvilla í móðurlífi, útbreidda vöðvabólgu, fæðingarþunglyndi eða slæma líðan barna kvennanna og aðeins ein grein fannst um vefjagigt. Engin ýtarleg rannsókn fannst um fjölþætt líkamleg einkenni á fullorðinsárum en nokkrar rannsóknir nefndu nokkra þætti lítillaga. Fjölmargar rannsóknir studdu niðurstöður þessarar rannsóknarinnar varðandi upplifun kvennanna af áfallinu, líðan þeirra sem barn og unglíngur, verki þeirra, geðræn vandamál, erfiðleika með tengslamyndun, traust og snertingu við börn sín og karlmenn og um neikvæð samskipti og stuðningsleysi heilbrigðisfagfólks.

Notagildi rannsóknarinnar fyrir heilbrigðisvísindi

Rannsóknin getur haft mikla þýðingu fyrir heilbrigðisstarfsfólk því margir einstaklingar þjást af ýmsum sálrænum og líkamlegum einkennum og fá ekki lækningu meina sinna, því engin líffræðileg orsök finnst. Einstaklingarnir eru sífellt að leita til heilbrigðisþjónustunnar með einkenni sín sem í raun eru afleiðingar af ýmsum sálrænum áföllum. Rannsóknin mun geta víkkað sjóndeildarhring heilbrigðisstarfsfólks og aukið möguleika þeirra á að aðstoða einstaklinga við að greina vandann, vinna úr sálrænum áföllum sem eru oft orsök fyrir sjúkdómseinkennum eða auðvelda tilvísun til annarra fagaðila og veita fræðslu. Auka þarf umræðuna meðal heilbrigðisstarfsfólks um áhættu, einkenni, afleiðingar og viðbrögð svo að það verði betur í stakk búið til að bregðast við. Heilbrigðisstarfsfólk þarf að hafa breiða og góða þekkingu á því að einstaklingur með ákveðin

heilbrigðisvandamál geti hugsanlega haft sögu um mjög alvarleg sálræn áföll í æsku sem aldrei var rætt um og unnið úr og hefur áhrif á veikindi hans, meðferð og bata.

Hjúkrunarfræðingar eru í lykilaðstöðu til að veita fræðslu, greina vandann og vinna með fólki sem hefur orðið fyrir sálrænum áföllum, einkum í tengslum við heilsugæslu þar sem konur koma í mæðraskoðun, börn koma reglulega í skoðun og eru hjúkrunarfræðingar því oft í miklu sambandi við börn og foreldra. Þetta á einnig við um skólahjúkrunarfræðinga sem vinna daglega með börnum og eru í góðri aðstöðu til að mynda nán tengsl og öðlast traust þeirra, veita fræðslu, aðstoða þau og greina vandamál sem upp koma. Með markvissum fyrirbyggjandi aðgerðum og fræðslu er hægt að draga úr hættunni á seinni tíma vandamálum og alvarlegum heilbrigðisvandamálum. Hjúkrunarfræðingar eru í góðri aðstöðu til að veita fræðslu, greina og bregðast við vandanum því þeir njóta almennt mikils trausts og ná oft góðum tengslum við skjólstæðinga sína.

Rannsóknin getur einnig nýst þeim einstaklingum sem hafa orðið fyrir sálrænum áföllum í æsku og glíma við afleiðingar þeirra og getur nýst fólki sem tengist og umgengst þá einstaklinga. Einnig getur hún nýst öllu fagfólki eins og leikskólakennurum, sálfræðingum, lögreglufólki, lögfræðingum og starfsfólki heilbrigðis-, mennta- og dómsmálaráðuneyta við skipulag og skilning á slíkri þjónustu. Stjórnendur innan heilbrigðisþjónustunnar geta haft afdrifarík áhrif á þá fræðslu og þekkingu sem starfsfólk þeirra aflar sér og því getur rannsóknin nýst þeim til að auka skilning þeirra á vandamálum og hvetja starfsfólk og greiða götur þeirra til að afla sér þekkingar á svo mikilvægum þáttum. Rannsóknin leiðir einnig í ljós að einstaklingar með sálræn áföll í æsku kosta heilbrigðiskerfið um helmingi meira en aðrir og því getur það komið sér vel í rekstri að geta brugðist rétt við og veitt fræðslu þegar slíkt kemur upp. Kennsla heilbrigðisstétta um sálræn áföll í æsku og áhrifum

þeirra á heilsufar og líðan er nánast óplægður akur, lítið er um markvissa kennslu um slík mál og því er flest heilbrigðisstarfsfólk ekki nægilega vel í stakk búíð að bregðast við þeim. Mikilvægt er að efla menntun heilbrigðisstétta til að veita fræðslu, þekkja einkenni og auka hæfileika til að geta brugðist rétt við og veitt viðeigandi stuðning og meðferð.

Þörf er á frekari rannsóknum á þessu sviði því fáar rannsóknir liggja fyrir. Framtíðarrannsóknir gætu beinst að því að dýpka skilninginn á viðbrögðum, einkennum og heilbrigðisvandamálum einstaklinga sem lent hafa í kynferðislegu ofbeldi í æsku. Einnig er mikilvægt að rannsaka sérstaklega hvers konar úrræði og meðferðarform henti best fyrir einstaklinga með sögu um alvarleg sálræn áföll og heilsufarsleg vandamál. Rannsaka mætti einnig hver þekking heilbrigðisstarfsfólks er í slíkum málum og hvað nauðsynlegt sé að gera til að bæta úr því ef ónóg þekking kemur í ljós. Mikilvægt er einnig að gera samskonar rannsókn á karlmönnum sem orðið hafa fyrir sálrænum áföllum til að bæta þjónustu við þá.

Samantekt

Fjallað var um samantekt og niðurstöður rannsóknarinnar sem leiddu í ljós að sálræn áföll í æsku geta haft mjög víðtækar og alvarlegar félagslegar, sálrænar og líkamlegar afleiðingar. Rannsóknir sem gerðar hafa verið studdu nokkra þætti niðurstaðna rannsóknarinnar en aðrir þættir í rannsókninni höfðu ekki komið fram í fyrri rannsóknum. Einnig var fjallað um notagildi rannsóknarinnar fyrir heilbrigðisstarfsfólk, stjórnendur, menntun heilbrigðisstarfsmanna og framtíðarrannsóknir. Það er von mín að fræðsla, kennsla og rannsóknir verði aukin til muna í heilbrigðiskerfinu sem og í menntun heilbrigðisstarfsmanna, því mennt er máttur.

Heimildaskrá

Bergþóra Reynisdóttir (2003). *Þöggun þunglyndra kvenna, reynsla kvenna, sem greindar hafa verið með þunglyndi, af samskiptum við heilbrigðisstarfsfólk*. Lokaverkefni til meistaraþráðu í hjúkrunarfræði. Háskóli Íslands: Hjúkrunarfræðideild.

Blátt áfram – björt framtíð. (e.d.). *Fimmta hver stúlka misnotuð og tíundi hver drengur*. Hrefna Ólafsdóttir. Sótt 2. desember 2006 af:
<http://www.blattafram.is/default2.asp?strAction=getPublication&intPublId=69>

Bosch, B.F. (2005). *A new reality through psychological transformation. A structural psychodynamic approach*. New Zealand: Publishing Press.

Chen, J., Michael, P., Dunne, B.A. og Ping H. (2006). Child sexual abuse in Henan province, China: association with sadness, suicidality and risk behaviors among adolescent girls. *Journal of Adolescent Health, 35*(5), 544-549.

Coid, J., Petruckevitch, A., Feder, G. og Chung, W-S. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-section survey. *Lancet, 358* (9280), 450-454.

Colman, A.R. og Widom, C.S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse & Neglect, 28*(11), 133-1151.

- Cullberg, J. (1985). *Kreppa og þroski* (Brynjólfur Ingvarsson, þýddi). 3.útgáfa. Akureyri: Prentverk Odds Björnssonar h.f. (Upphaflega gefið út 1975).
- Douglas, A.R. (2000). Reported anxieties concerning intimate parenting in women sexually abused as children. *Child Abuse & Neglect*, 24(3), 425-434.
- Edgardh, K. og Ormstad, K. (2000). Prevalance and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Pædiatrica*, 88, 310-319.
- Fagan, N. og Freme, K. (2004). Confronting posttraumatic stress disorder. *Nursing*, 34(2), 52-64.
- Feiring, C., Rosenthal, S. og Taska, L. (2000). Stigmatization and the development of friendship and romantic relationship in adolescent victims of sexual abuse. *Child Maltreatment*, 5(4), 311-322.
- Finestone, H.M., Stenn, P., Davies, F. og Stalker, C. (2000). Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 24(4), 547-555.
- Fleming, J., Mullen, P.E., Sibthorpe, B. og Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 145-159.

- Freydís Jóna Freysteinsdóttir (2005). *Risk factors for repeated child maltreatment in Iceland, an ecological approach*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Golier, J.A., Yehuda, R., Bierer, L.M. og Mitropoulou, V. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (11), 2018-2024.
- Guðfinnur P. Sigurfinnsson og Kristinn Tómasson (2001). Um greiningu og meðferð áfallastreitu. *Læknablaðið* 87, 285-91.
- Guðrún Jónsdóttir (1993). *Surviving incest: Icelandic and British incest survivors' experiences of incestuous abuse*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Guðrún Jónsdóttir (2001). *Sifjaspell* (3. útgáfa). Reykjavík: Stígamót.
- Gutierrez, P.M., Thakker, R.R. og Kuczen, C. (2000). Exploration of the relationship between physical and/or sexual abuse, attitudes about life and death, and suicidal ideation in young women. *Death Studies*, 24,(8), 675-688.
- Gylfi Ásmundsson og Ágúst Oddsson (2000). Áfallaröskun eftir snjóflóðin á Vestfjörðum. *Sálfræðiritið-Tímarit sálfræðifélags Íslands*, 6, 9-26.
- Halldór Laxnes (1931). *Salka Valka* (4.útgáfa, bls.166). Reykjavík: Víkingsprent hf.

- Helga Jónsdóttir (2003). Viðtöl sem gagnasöfnun. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson. *Handbók í aðferðarfræði og rannsóknum í Heilbrigðisvísindum* (bls. 67-84). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Hetzel, M.D. og McCanne, T.R. (2005). The role of peritraumatic dissociation, child physical abuse and child sexual abuse in the development of posttraumatic stress disorder and adult victimization. *Child Abuse and Neglect*, 29(8), 915-930.
- Horwitz, A.V., Widom, C.S., McLaughlin, J. og White, H.R. (2001). The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: A prospective study. *Journal of Health and Social Behavior*, 4 (2), 184-201.
- Jia, H., Li, J.Z., Leserman, J., Hu, Y. og Drossman, D.A. (2006). Relationship of abuse history and other risk factors with obesity among female gastrointestinal patients. *Digestive Diseases and Sciences*, 49(5), 872.
- Kristján Kristjánsson (2003). Hugtakagreining. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson. *Handbók í aðferðarfræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 201-217). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Levine, P.A. og Frederick, A. (1997). *Waking the tiger, healing trauma*. California: North Atlantic Books.

Lögum um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr. 77/2000. Sótt 2. mars 2007, frá vefsíðu Alþingis: <http://www.althingi.is/lagas/nuna/2000077.html>

Lögum um réttindi sjúklinga nr. 74/1977. Sótt 2. mars 2007, frá vefsíðu Alþingis: <http://www.althingi.is/lagas/129/1997074.html>

Martin, G., Bergen, H.A., Richardson, A.S., Roeger, L. og Allison, S. (2004).

Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 491-503.

Norris, F.H., Murphy, A.D., Baker, C.K., Perilla, J.L., Rodriguez, F.G. og Rodriguez, J.J.G. (2003). Epidemiology and trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 646-656.

Otis, J.D., Keane, T.M. og Kerns, R.D. (2003). An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress-disorder. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 40(5), 397-406.

Reglugerð um vísindarannsóknir á heilbrigðissviði nr. 522/1999. Sótt 2.mars 2007, frá vefsíður Stjórnarráðs Íslands:
<http://www.reglugerd.is/interpro/dkm/WebGuard.nsf/b7fd33650490f8cf00256a07003476bb/c8d29761cf1bb1fd00256a0800328f52?OpenDocument>

- Romans, S., Belaise, C., Martin, J., Morris, E. og Raffi, A. (2002). Childhood abuse and later medical disorders in women: An epidemiological study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(3), 141-149.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers*. New York: W.W.Norton & Company.
- Scaer, R.C. (2001). *The body bears the burden*. New York: The Haworth Medical Press.
- Sigríður Halldórsdóttir (2003). Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson. *Handbók í aðferðarfræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 249-265). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurður Kristinsson (2003). Siðfræði rannsókna og siðanefnda. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson. *Handbók í aðferðarfræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 161-179). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Steel, J.L. og Herlitz, C.A. (2005). The association between childhood and adolescent sexual abuse and proxies for sexual risk behavior: A random sample of the general population of Sweden. *Child Abuse and Neglect*, 29(10), 1141-1153.

Stígamót (2005). *Ársskýrsla Stígamóta 2005*. Sótt 23. janúar 2007 af:

<http://stigamot.is/Apps/WebObjects/Stigamot.woa/swdocument/1000021/%E7rssk%3Frsla+2005.pdf>

Striegel-Moore, R., Dohm, F.A., Pike, K. M., Wilfley, D.E. og Fairburn, C.G. (2002).

Abuse, bullying and discrimination as risk factors for binge eating disorder.

The American Journal of Psychiatry, 159(11), 1902-1907.

Tang, B., Jamieson, E., Boyle, M., Libby, A., Gafni, A. og MacMillan, H. (2006).

The influence of child abuse on the pattern of expenditures in women's adult health service utilization in Ontario, Canada. *Social Science and Medicine*, 63(7), 1711-1719.

Vísindasiðanefnd (2007). *Reglur um starfshætti Vísindasiðanefndar*. Sótt 2. mars

2007, frá vefsíðu Vísindasiðanefndar: <http://www.visindasidanefnd.is/>

Weinstein, D., Staffelbach, D. og Biaggio, M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: Differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 20 (3), 359-378.

Whiffen, V.E., Thompson, J.M. og Aube, J.A. (2000). Mediator of the link between childhood sexual abuse and adult depressive symptoms. *Journal of Interpersonal Violence* 15(10), 342-351 .

WHO (2002). *World report on violence and health 2002*. Alþjóða

Heilbrigðismálastofnunin. Sótt 2. desember 2005 af:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf

Wijma, B., Schei, B., Swahnberg, K., Hilden, M., Offerdal, K., Pikarinen, U.,

Sidenius, K., Steingrímisdóttir, T. og Stoum, H. og Halmesmaki, E. (2003).

Emotional, physical and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics:

A Nordic cross sectional study. *The Lancet*, 361(9375), 2107-2113.

Woods, S.J. og Wineman, N.M. (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder

symptom clusters and physical health symptoms in post-abused women.

Archives of Psychiatric Nursing, 18(1), 26-34.

Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M. og Mehlum, L. (2004). Is there a specific

relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated

suicidal behavior? *Child Abuse & Neglect*, 28(8), 863-875.

Ítarefni

Barnaverndarlög, IV. kafli. Tilkynningarskylda og aðrar skyldur við

barnaverndaryfirvöld. Sótt 23. janúar 2007 af:

<http://www.althingi.is/lagas/130a/2002080.html>

Barnaverndarstofa (e.d.). *Ársskýrsla 2004-2005. Sótt 23. janúar 2007 af:*

<http://www.bvs.is/files/file461.pdf>

Bass E. Og Davis L. (1988). *The Courage to Heal*. New York: Harper Collins.

Bremner, J.D., Krystal, J.H., Charney, D.S. og Southwick, S.M. (1996). Neural mechanisms in dissociative amnesia for childhood abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7), 71-78.

Burton K.B. (2004). Resilience in the face of psychological trauma. *Psychiatry*, 67(3), 231-234.

Carter J.C., Bewell C., Blackmore E. og Woodside D.B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 257-269.

Chasen-Taber, L. og Tabachnick, J. (1999). Evaluation of a child sexual abuse prevention program. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11(4), 279-292.

- Coxell, A.W., King, M.B., Mezey, G.C. og Kell, P. (2000). Sexual molestation of men: interviews with 224 men attending a genitourinary medicine service. *International Journal of STD & AIDS*, 11(9), 574-578.
- Didie, E.R., Tortolani, C.C., Pope, C.G., Menard, W., Fay, C. og Phillips, K.A. (2006). Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1105-1115.
- Ehlert, U., Heim, C. og Hellhammer, D.H. (1999). Chronic pelvic pain as a somatoform disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(2), 87-94.
- Finkelhor D. (1984). *Child Sexual Abuse - New Theory and Research*. New York: The Free Press.
- Gall, T.L. (2006). Spirituality and coping with life stress among adult survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 30(7), 829-844.
- Geraciotti, T.D.Jr., Baker, D.G., Ekhtator, N.N. og West, S.A. (2001). CSF norepinephrine concentrations in posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1227-1230.
- Gerke, C.K., Mazzeo, S.E. og Kliwer, W. (2006). The role of depression and dissociation in the relationship between childhood trauma and bulimic symptoms among ethnically diverse female undergraduates. *Child Abuse &*

Neglect, 30(10), 1161-1172.

Gladstone, G., Parker, G., Wilhelm, K., Mitchell, P. og Austin, M-P. (1999).

Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse.

The American Journal of Psychiatry, 156(3), 431-437.

Griffin, M.G., Resick, P.A. og Yehuda, R. (2005). Enhanced cortisol suppression

following dexamethasone administration in domestic violence survivors. *The*

American Journal of Psychiatry, 162(6), 1192-1199.

Harlow, B.L. og Stewart, E.G. (2005). Adult-onset vulvodynia in relation to

childhood violence victimization. *American Journal of Epidemiology*,

161(9), 871-880.

Haviland, M.G., Sonne, J.L., Anderson, D.L. og Nelson, J.C. (2006). Thyroid

hormone levels and psychological symptoms in sexually abused adolescent

girls. *Child Abuse & Neglect*, 30(6), 589-598.

Heim, C., Owens, M.J., Plotsky, P.M. og Nemeroff, C.B. (1997). Persistent changes

in corticotropin-releasing factor systems due to early life stress: Relationship

to the pathophysiology of major depression and post-traumatic stress disorder

Psychopharmacology Bulletin, 33(2), 185-183.

- Heim, C., Newport, D.J., Bonsall, R., Miller, A.H. og Nemeroff, C.B. (2001). Altered pituitary-adrenal axis responses to provocative challenge tests in adult survivors of childhood abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 158(4), 575-581.
- Hegadoren, K.M., Lasiuk, G.C. og Coupland, N.J. (2006). Posttraumatic Stress Disorder part III: Health effects of interpersonal violence among women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(3), 163-173.
- Herman, J.L. (2002). Posttraumatic Stress Disorder / treating psychological trauma and PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1452-1453.
- Hogan, T.M.S., Myers, B.J. og Elswick, R.K. Jr. (2006). Child abuse potential among mothers of substance-exposed and nonexposed infants and toddlers. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 145-156.
- Hund, A.R. og Espelage, D.L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse & Neglect*, 30(4), 393-407.
- Hussey, J.M., Chang, J.J. og Kotch, J.B. (2006). Child Maltreatment in the United States: prevalence, risk factors and adolescent health consequences. *Pediatrics*, 118(3), 933-942.

- Ito, Y., Teicher, M.H., Glod, C.A. og Ackerman, E. (1998). Preliminary evidence for aberrant cortical development in abused children: A quantitative EEG study. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10(3), 298-310.
- Johnson, R.J., Ross, M.W., Taylor, W.C., Williams, M.L., Carvajal, R.I. og Peters, R.J. (2006). Prevalence of childhood sexual abuse among incarcerated males in county jail. *Child Abuse & Neglect*, 30(1), 75-86.
- Jonzon, E. og Lindblad, F. (2006). Risk factors and protective factors in relation to subjective health among adult female victims of child sexual abuse *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 127-143.
- Kendall-Tackett, K. (2002). The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 715-729.
- Kendall-Tackett, K.A. og Giacomoni, S.M. (2006). Child Victimization: maltreatment, bullying and vating violence, prevention and intervention. *Child Abuse & Neglect*, 30(4), 437-440.
- Koopman, C., Gore-Felton, C., Classen, C., Kim, P. og Spiegel, D. (2001). Acute stress reactions to everyday stressful life events among sexual abuse survivors with PTSD. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(2), 83-99.

- Kopec, J.A. og Sayre, E.C. (2004). Traumatic Experiences in Childhood and the Risk of Arthritis: A Prospective Cohort Study. *Canadian Journal of Public Health*, 95(5), 361-365.
- Lang, A.J., Rodgers, C.S. og Lebeck M.M. (2006). Associations between maternal childhood maltreatment and psychopathology and aggression during pregnancy and postpartum. *Child Abuse & Neglect*, 30(1), 17-25.
- Lau, A.S., Valeri, S.M., McCarty, C.A. og Weisz, J.R. (2006). Abusive parents' reports of child behavior problems: Relationship to observed parent-child interactions. *Child Abuse & Neglect*, 30(6), 639-655.
- Lee S.J. og Tolman R.M. (2006). Childhood sexual abuse and adult work outcomes. *Social Work Research*, 30(2), 83-92.
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K. og Dill, L. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: Unhealed wounds. *JAMA*, 277(17), 1362-1368.
- Ólöf Ásta Farestveit og Þorbjörg Sveinsdóttir (2006). *Verndum þau*. Reykjavík: Mál og menning.
- Randolph, M.E. og Reddy, D.M. (2006). Sexual Functioning in women with chronic pelvic pain: The impact of depression, support and abuse. *The Journal of Sex Research*, 43(1), 38-45.

- Ray, S.L. (2006). Embodiment and embodied engagement: Central concerns for the nursing care of contemporary peacekeepers suffering from psychological trauma. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(2), 106-113.
- Read, J. og Ross, C.A. (2003). Psychological trauma and psychosis: Another reason why people diagnosed schizophrenic must be offered psychological therapies. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 247-268.
- Rechtman, R. (2004). The rebirth of PTSD: the rise of a new paradigm in psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(11), 913-915.
- Shaw, J.A. (2000). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39(1), 127-130.
- Sidebotham, P. og Heron, J. (2006). Child maltreatment in the “children of the nineties”: A cohort study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 30(5), 497-522.
- Spertus, I.L., Yehuda, R., Wong, C.M., Halligan, S. og Seremetis, S.V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse & Neglect*, 27(11), 1247-1258.

- Sternberg, K.J., Lamb, M.E., Guterman, E. og Abbott, C.B. (2006). Effects of early and later family violence on children's behavior problems and depression: A longitudinal, multi-informant perspective. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 283-306.
- Thakkar, R.R. og McCanne, T.R. (2000). The effects of daily stressors on physical health in women with and without a childhood history of sexual abuse *Child Abuse & Neglect*, 24(2), 209-221.
- Ullman, S.E. og Filipas, H.H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29(7), 767-782.
- Vythilingam, M., Heim, C., Newport, J. og Miller, A.H. (2002). Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2072-2080.
- Wang, S. (2006). Traumatic stress and thyroid function. *Child Abuse & Neglect*, 30(6), 585-588.
- Weber, D.A. og Reynolds, C.R. (2004). Clinical perspectives on neurobiological effects of psychological trauma. *Neuropsychology Review*, 14(2), 115-129.
- Widom, C.S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *The American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1223-1229.

- Widom, C.S. (2001). Alcohol abuse as risk factor for and consequence of child abuse. *Alcohol Research and Health*, 25(1), 52-57.
- Wyatt, G.E., Longshore, D., Chin, D., Carmona, J.V., Loeb, T.B., Myers, H.F., Warda, U., Liu, H. og Rivkin, I. (2004). The Efficacy of an integrated risk reduction intervention for HIV-Positive women with child sexual abuse histories. *AIDS and Behavior*, 8(4), 453-462.
- Yehuda, R. (2004). Commentary on "brain environment interactions: Stress, Posttraumatic Stress Disorder, and the need for a postmortem brain collection": Understanding heterogeneous effects of trauma exposure: Relevance to postmortem Studies of PTSD. *Psychiatry*, 67(4), 391-397.
- Yehuda, R., Golier, J.A., Halligan, S.L., Meaney, M. og Bierer, L.M. (2004). The ACTH Response to Dexamethasone in PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1397-1403.

Fylgiskjöl

Fylgiskjal 1. Tólf meginþrep í rannsóknarferlinu

1. Að velja samræðufélaga (val á úrtaki)
2. Fyrst er að vera kyrr (áður en byrjað er á samræðum)
3. Þátttaka í samræðum (gagnasöfnun)
4. Skerpt vitund varðandi orð (byrjandi gagnagreining)
5. Byrjandi greining á þemum (að setja orð á hugmyndir)
6. Að átta sig á heildarmynd reynslu hvers einstaklings
7. Staðfesting á heildarmynd hvers einstaklings með honum sjálfum
8. Að átta sig á heildarmyndinni á fyrirbærinu sjálfu (meginniðurstöður rannsóknarinnar)
9. Að bera saman niðurstöðurnar við rannsóknargögnin
10. Að velja rannsókninni heiti sem lýsir niðurstöðu hennar í örstuttu máli (felur í sér túlkun á niðurstöðum rannsóknarinnar)
11. Að sannreyna niðurstöðurnar með einhverjum meðrannsakendum
12. Að skrifa upp niðurstöður rannsóknarinnar.

Tafla 2. Tólf meginþrep í rannsóknarferli Vancouver-skólans í fyrirbærafræði.

Fylgiskjal 2. Staðfesting tilkynningar til Persónuverndar

Fylgiskjal 3. Samþykki Vísindasiðanefndar

Fylgiskjal 4. Kynningar- og upplýsingablað vegna upplýsts samþykkis



Titill rannsóknar:

Kynferðisleg misnotkun og önnur sálræn áföll í æsku og áhrif þeirra á heilsufar og líðan kvenna.

Ábyrgðarmaður, aðalleiðbeinandi, formaður meistaranevndar:

Nafn: Dr. Sigríður Halldórsdóttir **kt:** 040954-4739 **staða:** Prófessor
Vinnustaður: Háskólinn Akureyri **v.s:** 460 8452 **fax:** 460 8999
Deild: Heilbrigðisdeild **h.s:** 462 7676 **gsm:** 861 4911
Heimilisfang vinnustaðar: pósthólf 224, 602 Akureyri
Netfang: sigridur@unak.is.

Rannsakandi:

Nafn: Sigrún Sigurðardóttir **kt:** 300168-4939 **Staða:** Hjúkrunarfræðingur
Skóli: Háskólinn Akureyri **h.s:** 456 3774 **gsm:** 891 7654
Netfang: olafuros@simnet.is

Aðrir rannsóknaraðilar, meðlimir meistaranevndar:

Nafn: Dr. Guðrún Agnarsdóttir **kt:** 020641-3639
Staða: læknir, forstjóri **Vinnustaður:** Krabbameinsfélag Íslands
Netfang: gudrunag@hi.is

Í stjórnarnefnd norræns rannsóknarverkefnis um heilsufarslegar afleiðingar ofbeldis gegn konum, Norvold, frá 1997, sem hefur verið styrkt af Norrænu ráðherranefndinni.



Inntak rannsóknarinnar:

Kynferðisleg misnotkun og önnur sálræn áföll í æsku geta haft mjög alvarlegar afleiðingar fyrir einstakling sem fyrir því verður. Afleiðingar þess koma oftast fram í einhverri mynd strax og í flestum tilfellum í mörg ár eftir það ef ekki er unnið úr áfallinu. Einnig geta ýmis langvinn einkenni komið fram á fullorðinsárum og leitt til ýmissa sjúkdóma. Þessir einstaklingar leita mikið til heilbrigðisþjónustunnar með ýmis einkenni sem virðast í fyrstu af óljósum orsökum því reynsla þeirra af kynferðislegri misnotkun og öðrum sálrænum áföllum í æsku er ekki rædd og/eða afleiðingar þess ekki teknar til athugunar.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) hefur hvatt hjúkrunarfræðinga til að beina meiri athygli að heilbrigðisþörfum þeirra sem beittir eru ofbeldi og bandarísk hjúkrunarfélag hafa hvatt þá til að taka markvisst þátt í vinnu að fyrsta og annars stigs forvörnum á ofbeldi gegn börnum (Erla Kolbrún Svavarsdóttir, 1999).

Ekki er vitað með fullri vissu hversu algeng kynferðisleg misnotkun gegn börnum er því það er dulið vandamál og erfitt að rannsaka. Það er flókið og erfitt viðureignar og hafa engar rannsóknir verið framkvæmdar hér á landi en margar erlendar rannsóknir hafa verið gerðar. Niðurstöður þeirra rannsókna sýna að allt frá 11,2% til 33,3% stúlkna og frá 3,1% til 14,3% drengja hafa orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi í æsku (Chasen-Taber og Tabachnick, 1999; Coxwell ofl., 2000; Edgardh og Ormstad, 2000; Shaw, 2000).

Finkelhor og Brown settu fram þá tilgátu um afleiðingar kynferðislegrar misnotkunar í æsku að börn verði fyrir sálrænu áfalli þegar þau upplifa óviðeigandi kynferðislega hegðun miðað við aldur sinn og þroska og hugmyndir þeirra um sjálf sig sem kynverur brenglast mjög (vitnað til í Heather, Jennifer Brian og Kim, 1997). Afleiðingar kynferðislegrar misnotkunar geta verið mjög víðtækar og oft mjög alvarlegar. Börn upplifa vanmátt, lítillækkun og svik. Það getur síðan leitt til þunglyndis og kvíða, lélegri sjálfsmynd sem getur gert þau viðkvæmari fyrir átröskun, sjálfskaðandi hegðun og sjálfsvígstilraunum. Áfallastreituröskun og ofvirkni með athyglisbresti voru algengustu sjúkdómsgreiningar hjá börnum sem urðu fyrir kynferðislegri misnotkun (Heather o.fl., 1997; Weinstein o.fl., 2000).

Áfallastreituröskun er ein af þeim alvarlegu afleiðingum og ein mesta áhætta fyrir áfallastreituröskun er eftir kynferðislega misnotkun, sérstaklega í æsku (Norris ofl., 2003; Fagan og Freme, 2004, Golier ofl. 2003). Erlendar rannsóknir hafa sýnt fram á tengsl milli langvinnra verkja og áfallastreituröskunar (Otis, Keane og Kerns, 2003). Einnig hefur verið sýnt fram á tengsl milli langvinnra verkja, notkunar á heilbrigðisþjónustu og kynferðislegrar misnotkunar í æsku (Finestone, Stenn, Davies og Stalker, 2000).



Markmið rannsóknarinnar

Markmið rannsóknarinnar er að öðlast skilning á þeirri reynslu og þeim áhrifum sem kynferðisleg misnotkun og önnur sálræn áföll í æsku hafa á líðan og heilsufar kvenna. Ekki er gert ráð fyrir að niðurstöðurnar hafi alhæfingargildi þar sem reynsla hvers einstaklings er sérstök en geta þó hjálpað til við að öðlast skilning á viðfangsefninu..

Gengið er út frá því að rannsóknin hafi mikilvæga þýðingu fyrir heilbrigðisstarfsfólk því margir einstaklingar eru sífellt að leita til heilbrigðisþjónustunnar með líkamleg einkenni og fá ekki lækningu meina sinna því engin líffræðileg orsök finnst og er etv. af sálrænum toga, jafnvel afleiðingar sálrænna áfalla í æsku. Rannsóknin mun því geta víkkað sjónvinkel heilbrigðisstarfsfólks og aukið möguleika á að aðstoða þessa einstaklinga við að vinna úr sálrænum áföllum sem eru oft orsök fyrir mörgum líkamlegum sjúkdómseinkennum eins og einkennum áfallastreituröskunar og langvinnum verkjum. Það hefur áhrif á hvaða þjónusta er veitt og stuðlar að auknum gæðum þjónustu.

Upplýsingar um þátttakendur

Úrtak rannsóknarinnar er tilgangsurttak (einstaklingar sem vitað er að hafa þá reynslu sem ætlunin er að rannsaka og eru taldir geta tjáð sig um viðfangsefnið). Þátttakendur eru 7-9 konur á aldrinum 25-45 ára sem hafa orðið fyrir kynferðislegri misnotkun í æsku og öðrum sálrænum áföllum.

Túlkandi fyrirbærafræði leiðir þessa rannsókn og aðferð Vancouverskólans verður notuð til greiningar á niðurstöðum. Fyrirbærafræði skoðar reynslu fólks og þýðingu hennar fyrir viðkomandi, í þeirri viðleitni að auka skilning. Þessi aðferð lítur á þátttakendur sem meðrannsakendur því rannsakandinn og þátttakandinn munu rannsaka málið saman.

Gagnasöfnun fer fram í samræðum á milli rannsakanda og þátttakenda, samræðurnar eru teknar upp á seglulband og síðan ritaðar inn á tölvu af rannsakanda. Rannsakandi mun einn sjá um alla vinnu við framkvæmd rannsóknarinnar og hún og ábyrgðarmaður munu einar hafa aðgang að gögnum sem safnað verður. Eftir að úrvinnslu gagna er lokið mun rannsakandi þurrka út allar upptök með samtölum. Útprintuð gögn verða geymd í læstri hirslu sem rannsakandi og ábyrgðarmaður einir hafa aðgang að. Við úrvinnslu gagna verður leitast við að tryggja að upplýsingar verði ekki greinanlegar eftir persónum, stofnunum, heilbrigðisstarfsfólki eða öðru því sem dregið gæti úr trúnaði við þátttakendur.

Rannsakandi er bundinn trúnaði við þátttakendur um allt sem hann kann að sjá og heyra við upplýsingasöfnun.



Hvað felst í þátttökunni

Þau skilyrði sem þátttakandi þarf að uppfylla er að hafa orðið fyrir kynferðislegri misnotkun og öðrum sálrænum áföllum í æsku og hafa leitað sér faglegrar aðstoðar með ýmis vandamál sem teljast til afleiðinga af því. Þátttakandi í rannsókninni þarf að geta rifjað upp reynslu sína af kynferðislegri misnotkun og öðrum sálrænum áföllum og hugsanlegum afleiðingum af því og vera reiðubúinn til að ræða þá reynslu. Gert er ráð fyrir 60-90 mínútna samræðum í senn og 2-3 samræðum við hvern þátttakanda, en fjöldi samræðna miðast við að ná mettun í umfjöllunarefninu, þ.e. þegar komnar eru fullnægjandi upplýsingar og ekki lengur ný þemu. Staður og stund hverra samræðna er undir þátttakanda komið, hvar og hvenær hann kys að að það fari fram.

Eftir að rannsakandi hefur haft samband við þátttakendur mun hann afhenda þeim kynningar- og upplýsingablöð um rannsóknina og fara yfir þau með þeim og ræða tilgang og fyrirkomulag rannsóknarinnar. *Þátttakendur fá bæði munnlegar og skriflegar upplýsingar um rannsóknina. Áhersla verður lögð á rétt þeirra, að þær verði ekki fyrir skaða, að þær viti hvað rannsóknin felur í sér, rétt þeirra til sjálfsákvörðunar, að geta neitað að svara spurningum eða hætt við þátttöku hvenær sem þær vilja það, verða þá öll þau gögn sem frá þeim hafa komið fjarlægð úr rannsóknargögnum, neitun mun ekki hafa áhrif á þá heilbrigðisþjónustu sem þátttakandi kann að þurfa á að halda af hendi rannsákanda. Lögð er áhersla á rétt þeirra til einkalífs og trúnaðar, dulnefni verða notuð við úrvinnslu og birtingu gagna. Engin nöfn eru nefnd, hvorki á persónum, stofnunum né stöðum. Algjör nafnleynd er frumskilyrði í rannsókninni og engum er lýst á þann hátt að hægt sé að rekja til viðkomandi persóna. Allar kröfur samkvæmt Vísindasiðanefnd verða uppfylltar. Gagnasöfnun verður ekki hafin nema þátttakandi hafi farið ýtarleg yfir öll gögn um rannsóknina og gefið skriflegt samþykki sitt fyrir þátttöku í rannsókninni. Fyllsta trúnaðar verður gætt varðandi allar upplýsingar sem í rannsókninni verður aflað. Farið verður með persónuupplýsingar og skráningu þeirra í samræmi við lög nr. 77/2000 um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga.*

Tímarammi

Áætlað er að rannsóknin hefjist í apríl 2005:

Gagnasöfnun og gagnagreining á tímabilinu apríl til júlí 2005.

Ritun rannsóknarskýrslu á tímabilinu ágúst til nóvember 2005.

Ritun tímaritsgreinar, flutningur fyrirlesturs og vörn á tímabilinu desember 2005 til febrúar 2006.



Ávinningur og áhætta

Að taka þátt í rannsókninni getur verið ávinningur þar sem samræður um eigin reynslu geta aukið skilning manns á aðstæðum sínum. Einnig geta niðurstöður rannsóknar bætt þá þjónustu sem í boði er og þar með hjálpað þátttakendum og þeim sem á eftir koma til að fá viðeigandi aðstoð og aukið skilning heilbrigðisstarfsfólks, sem er mjög mikilvægt. Þátttaka felur ekki í sér neina sjáanlega áhættu þótt mögulega gæti komið þátttakenda í uppnám að ræða þessa reynslu. Ef þátttakendur upplifa vanlíðan við upprifjun minninga um reynslu sína munu þeir eiga kost á að leita til Eyðisar Jónsdóttur, hjúkrunarfræðings á neyðarmóttöku á slysa- og bráðadeild Landsspítala eða Huldu Rafnsdóttur, hjúkrunarfræðings á neyðarmóttöku á slysa- og bráðadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri og ræða reynslu sína og tilfinningar og fá stuðning.

Rannsóknin er þátttakendum að kostnaðarlausu.

Þátttakandi mun hafa eintak að þessum blöðum í vörslu sinni.

Þátttakendur geta hvenær sem er hætt þátttöku í rannsókninni, án skýringa eða eftirmála.

Samþykki og leyfi

Þessi rannsóknaráætlun hefur verið samþykkt af Vísindasiðanefnd og tilkynnt til Persónuverndar samkvæmt lögum.

Staður _____ Dagsetning _____

Sigrún Sigurðardóttir
 Rannsóknaraðili

Dr. Sigríður Halldórsdóttir
 Ábyrgðarmaður

Ef þú hefur spurningar um rétt þinn sem þátttakandi í vísindarannsókn eða vilt hætta þátttöku í rannsókninni getur þú snúið þér til Vísindasiðanefndar, Vegmúla 3, 108 Reykjavík. Sími: 551-7100, fax: 551-1444.

Fylgiskjal 5. Upplýst samþykki



Hér með samþykki ég að taka þátt í rannsókninni **Kynferðisleg misnotkun og önnur sálræn áföll í æsku og áhrif þeirra á líðan og heilsufar kvenna** sem gerð verður af Sigrúnu Sigurðardóttur, hjúkrunarfræðingi.

Ég hef fengið munnlegar og skriflegar upplýsingar um rannsóknina samanber meðfylgjandi kynningar- og upplýsingablaði sem undirritað hefur verið af Sigrúnu Sigurðardóttur og Sigríði Halldórsdóttur, ábyrgðarmanni rannsóknarinnar, og er ég sátt við allt sem þar kemur fram, hvað varðar rannsóknina og mig sem þátttakenda. Ég er meðvituð um að ég get hvenær sem er hætt þátttöku í rannsókninni, án skýringa eða eftirmála.

Staður _____ Dagsetning _____

Sigrún Sigurðardóttir
Rannsóknaraðili

Þátttakandi/meðrannsakandi (þarf ekki að skrifa nafn sitt, en skrifa einhvers konar merki eða dulnefni sem nota má í rannsókninni).

Ef þú hefur spurningar um rétt þinn sem þátttakandi í vísindarannsókn eða vilt hætta þátttöku í rannsókninni getur þú snúið þér til Vísindasiðanefndar, Vegmúla 3, 108 Reykjavík. Sími: 551-7100, fax: 551-1444.

Fylgiskjal 6. Samstarfsyfirlýsing Eyrún B. Jónsdóttir, hjúkrunarfræðingur

Fylgiskjal 7. Samstarfsyfirlýsing, Hulda Rafnsdóttir, hjúkrunarfræðingur