

Cand. psych ritgerð

**Áhrif kynferðisofbeldis á líðan polenda sem
leita til Stígamóta: Tengls
áfallastreitueinkenna, áfengis- og
vímuefnavanda og bjargráða**

Höfundur:

Ólína Guðbjörg Viðarsdóttir



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Sálfræðideild

Heilbrigðisvísindasvið

Aðalleiðbeinandi: Berglind Guðmundsdóttir

Meðleiðbeinandi: Jakob Smári

Júní 2009

Eftirtaldir aðilar fá þakkir fyrir aðstoð við gerð þessarar ritgerðar:

Berglind Guðmundsdóttir, leiðbeinandi minn, fyrir góða leiðsögn og gagnlegar ábendingar.

Jakob Smári, prófessor, fyrir góðar og gagnlegar ábendingar.

Starfskonur Stígamóta, fyrir góða samvinnu og fyrirlögn gagnanna.

Hörður Þorgilsson, prófdómari, fyrir gagnlegar athugasemdir.

Sjöfn Evertsdóttir, fyrir frábært samstarf og stuðning á meðan á vinnunni stóð.

Jóhanna Sævarsdóttir, móðir mín, fyrir gagnlegar athugasemdir og hjálp á meðan á vinnunni stóð.

Sérstakar þakkir fær *Edda Garðarsdóttir*, unnusta mín, fyrir ómetanlegan stuðning og þolinmæði í gegnum allt námið.

Útdráttur

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna tíðni áfallastreitueinkenna, áfengis- og vímuefnavanda hjá fólki sem leitar til Stígamóta í kjölfar kynferðisofbeldis. Einnig var tilgangurinn að kanna bjargráð og áhrif þeirra á tengsl áfallastreitueinkenna og áfengis- og vímuefnavanda. Nánar tiltekið var athugað hvort að þeir sem nota minna af jákvæðum tilfinningamiðuðum bjargráðum, þ.e. tilfinningaúrvinnslu eða tilfinningatjáningu eða meira af reynsluforðunar bjargráðum greini frekar frá áfallastreitueinkennum eða áfengis- eða vímuefnavanda. Þátttakendur voru 48 þolendur kynferðisofbeldis sem leituðu aðstoðar Stígamóta á tímabilinu janúar til apríl 2009. Helstu niðurstöður voru þær að 58,7% þolenda greindu frá áfallastreitueinkennum, um 20,8% greindu frá áfengisvanda og 16,6% greindu frá vímuefnavanda. Þolendur sem nota minna af tilfinningaúrvinnslu og tilfinningatjáningu en meira af reynsluforðun greindu frekar frá áfallastreitueinkennum. Auk þess greindu þolendur sem nota minna af tilfinningaúrvinnslu og meira af reynsluforðun frekar frá áfengisvanda. Niðurstöðurnar sýna að meirihluti þolenda sem leita til Stígamóta á við margvísleg vandamál að stríða. Auk þess gefa þær mikilvægar upplýsingar varðandi hvað geta reynst þolendum kynferðisofbeldis hjálplegar og óhjálplegar aðferðir við að takast á við áfallastreitueinkenni og áfengisvanda.

Abstract

The purpose of this study was to assess the frequency of posttraumatic stress symptoms and substance abuse with victims of sexual abuse who seek counseling at Stigamot, a center for victims of sexual abuse. The purpose was also to examine the relationship between three different coping methods, posttrauma symptoms and substance abuse. In particular, this study examined whether victims who use less emotional processing or emotional expression, or more experiential avoidance coping methods, reported more posttrauma symptoms or substance abuse. Finally, this study looked at whether or not these coping methods mediate the relationship between posttrauma symptoms and substance abuse. Alcohol abuse and drug abuse problems were examined separately. Participants were 48 victims of sexual abuse who sought counseling at Stigamot from January to April 2009. Results showed that 58.7% reported posttrauma symptoms, 20.8% reported alcohol abuse problems and 16.6% reported drug abuse problems. Less emotional processing and expression, and more experiential avoidance were associated with more posttrauma symptoms. Less emotional processing and more experiential avoidance was associated with more alcohol abuse problems. The three coping methods did not mediate the relationship between posttrauma symptoms and substance abuse. The results suggest that majority of victims of sexual abuse seeking counseling at Stigamot are dealing with various problems. They also give information as for what methods can enhance or reduce posttrauma symptoms and substance abuse related to alcohol.

Efnisyfirlit

Inngangur.....	10
Skilgreining á kynferðisofbeldi	11
Tíðni kynferðisofbeldis.....	12
Tíðni kynferðisofbeldis samkvæmt erlendum rannsóknum.....	12
Tíðni kynferðisofbeldis samkvæmt innlendum rannsóknum.....	13
Afleiðingar kynferðisofbeldis.....	15
Áfallastreituröskun (ÁSR)	16
Greiningarskilmerki fyrir áfallastreituröskun (ÁSR).....	16
Tíðni áfallastreituröskunar (ÁSR).....	19
Áhættuþættir fyrir áfallastreituröskun (ÁSR) eftir kynferðislegt ofbeldi	20
Samsláttur áfallastreituröskunar (ÁSR) við aðrar geðraskanir	21
Áföll og áfengis- og vímuefnavandamál	22
Greiningarskilmerki efnamisnotkunar og efnaánetjunar.....	23
Tegund vímuefna og tengsl við áfallastreitueinkenni	26
Kenningar um tengsl ÁSR og áfengis- og vímuefnavanda	26
Bjargráð þolenda kynferðisofbeldis.....	27
Stígamót.....	30
Þjónusta Stígamóta.....	31
Núverandi rannsókn.....	33
Markmið.....	33
Tilgátur	33
Ávinningur	34
Aðferð.....	35
Pátttakendur.....	35
Mælitæki	35
Gátlisti.....	35

Kvarði fyrir áfallastreitueinkenni (PTSD Symptom Scale-Self Report, PSS-SR).....	35
Punglyndiskvarði Becks (Beck Depression Inventory, BDI-II)	36
Kvarði fyrir tilfinningamiðuð bjargráð, (Emotional Approach Coping Scale, EACS).....	37
Kvarði fyrir reynsluforðunar bjargráð, (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ).	38
Skimunarpróf um áfengisneyslu, (Short Michican Alcoholism Screening Test, SMAST).	38
Skimunarpróf um vímuefnaneyslu, (Drug Assessment Screening Test, DAST).	39
Framkvæmd.....	40
Tölfræði.....	41
Niðurstöður.....	44
Upplýsingar um þolendur.....	44
Hversu alvarlegt er kynferðisofbeldi.....	46
Aðstoð eftir kynferðisofbeldi	49
Ráðgjöf vegna kynferðisofbeldis og annarra erfiðleika	52
Viðbrögð þolenda við kynferðisofbeldi og önnur áföll.....	53
Heilsa og heilsuhegðun þolenda.....	55
Afleiðingar kynferðislegs ofbeldis	60
Tengsl milli áfallastreitueinkenna og áhættuþátta fyrir áfallastreituröskun (ÁSR)	60
Tíðni áfengis- og vímuefnavanda.....	62
Tengsl einstakra flokka áfallastreitueinkenna við lyfjanotkun	63
Tengsl bjargráða við áfallastreitueinkenni, áfengis- og vímuefnavanda.....	64
Bjargráð sem miðlun að sambandinu milli áfallastreitueinkenna og áfengis- eða vímuefnavanda.....	65
Umræða	66

Upplýsingar um þolendur.....	66
Hversu alvarlegt er kynferðisofbeldi.....	67
Aðstoð eftir kynferðisofbeldi	68
Ráðgjöf vegna kynferðisofbeldis og annarra erfiðleika	69
Viðbrögð þolenda við kynferðisofbeldi og önnur áföll.....	70
Heilsa og heilsuhegðun þolenda.....	70
Afleiðingar kynferðisofbeldis	72
Tengsl milli áfallastreitueinkenna og áhættuþátta fyrir áfallastreituröskun (ÁSR)	72
Tíðni þunglyndiseinkenna.....	73
Tíðni áfengis- og vímuefnavanda.....	73
Tengsl einstakra flokka áfallastreitueinkenna við lyfjanotkun	75
Tengsl bjargráða við áfallastreitueinkenni	76
Tengsl bjargráða við áfengis- og vímuefnavanda	76
Bjargráð sem miðlun að sambandinu milli áfallastreitueinkenna og áfengis- eða vímuefnavanda.....	77
Annmarkar rannsóknar.....	78
Samantekt	79
Heimildir.....	82
Viðauki 1: Leyfi Vísindasiðanefndar fyrir rannsókninni	91
Viðauki 2: Kynningarbréf um vísindarannsókn	92

Töfluyfirlit

Tafla 1. Greiningarskilmerki fyrir áfallastreituröskun samkvæmt DSM-IV-TR greiningakerfinu (APA, 2000).....	18
Tafla 2. Greiningarskilmerki fyrir efnamisnotkun samkvæmt DSM-IV-TV greiningakerfinu (APA, 2000).....	24
Tafla 3. Greiningarskilmerki fyrir efnaánetjun samkvæmt DSM-IV-TR greiningakerfinu (APA, 2000).....	25
Tafla 4. Aldursdreifing þolenda.....	44
Tafla 5. Skólaganga þolenda.....	45
Tafla 6. Hjúskaparstaða þolenda.....	45
Tafla 7. Starf og nám þolenda.....	44
Tafla 8. Innsetning tippi, fingurs, tungu eða hlutar í leggöng, mun eða rass þolenda með valdi, gegn vilja hans.....	46
Tafla 9. Fjöldi atvika sem þolendur kynferðisofbeldis urðu fyrir.....	47
Tafla 10. Tímalengd frá því kynferðisofbeldi átti sér stað og þar til þolandi leitaði aðstoðar.....	48
Tafla 11. Önnur ráðgjöf en hjá Stígamótum vegna einhverra erfiðleika.....	52
Tafla 12. Innlagnir þolenda á sjúkrahús af geðrænum ástæðum.....	53
Tafla 13. Áföll sem þolendur hafa orðið fyrir, að undanskyldu kynferðisofbeldi... 54	
Tafla 14. Notkun þolenda á svefn-, kvíða-, þunglyndis- og verkjalyfjum.....	57
Tafla 15. Neysla þolenda á ólöglegum vímuefnum á síðastliðnum 12 mánuðum... 58	
Tafla 16. Notkun þolenda á svefn-, kvíða-, þunglyndis-, verkja- og ólöglegum róandi lyfjum.....	59
Tafla 17. Tíðni áfengisvanda meðal þolenda kynferðisofbeldis.....	62
Tafla 18. Tíðni vímuefnavanda meðal þolenda kynferðisofbeldis.....	62
Tafla 19. Tengsl milli <i>PSS-SR</i> , <i>BDI-II</i> , <i>SMAS</i> T og <i>DAST</i>	63
Tafla 20. Tengsl áfallastreitueinkenna, áfengi- og vímuefnavanda við jákvæð tilfinningamiðuð bjargráð og reynsluforðunar bjargráð.....	65

Myndayfirlit

Mynd 1. Sex aðgreind miðlunarlíkön.....	42
Mynd 2. Aldur þolanda þegar fyrsta eða eina atviki átti sér stað.....	47
Mynd 3. Aldur þolanda þegar síðasta atvik gerðist, ef fleiri en eitt atvik átti sér stað.....	48
Mynd 4. Tengsl þolanda við geranda.....	48
Mynd 5. Tímalengd fyrir hversu lengi þolandi hefur sótt þjónustu Stígamóta.....	50
Mynd 6. Tegund þjónustu sem þolandi sótti til Stígamóta.....	50
Mynd 7. Tegund annarrar þjónustu en Stígamóta sem þolandi sótti eftir kynferðisofbeldi.....	51
Mynd 8. Andleg og tilfinningaleg viðbrögð þolanda á meðan á kynferðisofbeldi stóð.....	53
Mynd 9. Samanburður á heilsu þolanda fyrir og eftir kynferðisofbeldi.....	55
Mynd 10. Reykingar þolenda.....	56
Mynd 11. Áfengisneysla þolenda.....	57
Mynd 12. Tíðni áfallastreitueinkenna hjá þolendum kynferðisofbeldis.....	60
Mynd 13. Tíðni þunglyndiseinkenna hjá þolendum kynferðisofbeldis.....	61

Kynferðislegt ofbeldi er stórt samfélagslegt vandamál bæði erlendis og á Íslandi. Polendur kynferðisofbeldis þurfa oftast en ekki að takast á við alvarlegar og í mörgum tilfellum varanlegar afleiðingar ofbeldisins. Enginn vafi leikur á því að kynferðisofbeldi er áfall fyrir hvern þann sem fyrir því verður og hefur neikvæð áhrif á bæði líkamlega og andlega heilsu þolanda þess. Rannsóknir hafa endurtekið sýnt að líkamleg heilsa þolanda kynferðisofbeldis sé almennt verri en þeirra sem hafa ekki orðið fyrir kynferðisofbeldi. Einnig breytist hegðun þolanda gjarnan í kjölfar kynferðisofbeldis, þeir eru líklegri til að byrja fyrir að reykja og eru líklegri til að eiga í vanda með áfengi og vímuefni (Anda o.fl., 1999; Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders og Best, 1997; Kilpatrick o.fl., 2000). Auk heilsutengdra vandamála eru ýmis geðræn vandamál oftast en ekki afleiðing kynferðisofbeldis og má þar helst nefna áfallastreituröskun, ÁSR (*posttraumatic stress disorder*). Polendur kynferðisofbeldis eru í sérstökum áhættuhópi fyrir ÁSR. Rannsóknir sýna að allt að 57% kvenna greinast með ÁSR í kjölfar kynferðisofbeldis en aðeins 9% kvenna sem lenda í bíslýsi (Blanchard og Hickling, 2004; Kilpatrick, Saunders, Best og Von, 1987). Aðrar afleiðingar kynferðisofbeldis eru meðal annars alvarlegt þunglyndi (*major depressive disorder*) og áfengis- og vímuefnavandi (*substance abuse disorders*).

Afleiðingar kynferðisofbeldis geta verið flóknar og rannsóknir sýna að algengt er að samsláttur geðrænna vandamála er til staðar. Til að mynda sýna rannsóknir að 30% til 59% þolanda kynferðisofbeldis sem greinast með ÁSR, greinast einnig með áfengis- eða vímuefnavanda á sama tíma (Helzer, Robins og McEvoy, 1987; Najavits, Weiss og Shaw, 1997). Margar kenningar hafa verið settar fram til að útskýra þennan samslátt. Sú kenning sem hefur notið vaxandi athygli rannsakenda er að bjargráð, það er að segja aðferðir sem fólk notar til að takast á við áföll, miðli sambandinu milli ÁSR og áfengis- og/eða vímuefnavanda og hafa rannsóknir fundið góðan stuðning fyrir þessari kenningu (Ouimette, Ahrens, Moos og Finney, 1997; Staiger, Melville, Hides, Kambouropoulos og Lubman, 2008). Hins vegar hafa þær rannsóknir sem gerðar hafa verið beinst að þessu sambandi meðal fólks sem lent hefur í stríðstengdum áföllum en takmarkaðar upplýsingar liggja fyrir um þolendur kynferðisofbeldis.

Stígamt eru samtök sem bjóða fólki aðstoð til að takast á við kynferðisofbeldi og afleiðingar þess. Áfengis- og vímuefnafíkn virðist vera stórt

vandamál hjá þessum hópi en tæplega þriðjungur þeirra sem þangað leita telja sig eiga við áfengis og/eða vímuefnafíkn að stríða (Ingibjörg Þórðardóttir, 2008). Mikill skortur er á tölulegum upplýsingum um afleiðingar kynferðisofbeldis á Íslandi og engar rannsóknir hafa verið gerðar á þeim bjargráðum sem þolendur kynferðisofbeldis sem leita til Stígamóta nota. Því er mikil þörf á rannsóknum á þessu sviði.

Skilgreining á kynferðisofbeldi

Kynferðislegt ofbeldi hefur margvíslegar birtingarmyndir og hafa skilgreiningar á því verið ólíkar. Skilgreiningar hafa færst frá því að nota hugtök eins og misnotkun eða nauðgun í það að nota atferlislýsingar. Þá er ofbeldinu gjarnan skipt niður í lýsandi flokka eftir því hversu alvarlegt það er. Dæmi um slíka flokka eru í stórri samnorrænni rannsókn sem gerð var á tíðni andlegs, líkamlegs og kynferðislegs ofbeldis meðal kvenna sem leituðu til kvensjúkdómalæknis. Í þeirri rannsókn var kynferðisofbeldi skipt upp í fjóra flokka; vægt kynferðisofbeldi án kynfærasnertingar; væg kynferðisleg eða tilfinningaleg niðurlægning; miðlungs kynferðisofbeldi með kynfærasnertingu; alvarlegt kynferðisofbeldi með innþrengingu tippis, fingurs, tungu eða einhvers hlutar í leggöng, munn eða rass polanda (Wijma, o.fl., 2003). Ástæðan fyrir því að meiri áhersla hefur verið lögð á atferlislýsingar í stað almennra hugtaka er sú að þolendur kynferðisofbeldis eru stundum ekki vissir um hvort að um kynferðisofbeldi hafi verið að ræða. Þá er hættu á að tíðnitölur verði lægri en efni standa til en rannsóknir hafa sýnt að þegar slík hugtök eru notuð þá er líklegra að færri þolendur skilgreini kynferðisofbeldi sem kynferðisofbeldi (Koss, 1983). Nákvæm lýsing á atburðinum gefur því skýrari mynd af því sem gerðist (Kilpatrick o.fl., 2003). Mikilvægt er að skilgreining á kynferðisofbeldi komi fram í rannsóknum því rannsóknir hafa sýnt að afleiðingar þess geta verið misalvarlegar eftir tegund ofbeldisins (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders og Best, 1993). Yfirgripsmikil og ítarleg skilgreining var sett fram af Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni, en þar er kynferðislegt ofbeldi skilgreint sem:

...allar kynferðislegar athafnir, tilraunir til að koma á kynferðislegri athöfn, óvelkomnar kynferðislegar athugasemdir eða þreifingar, eða athafnir til að versla með kynlíf eða annað sem beint er gegn kynferði einstaklings með þvingun, af öllum manneskjum óháð sambandi þeirra við þolandann, í hvaða aðstæðum sem er, þar með talið en ekki takmarkað af heimili og vinnustað (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi og Lozano, 2002, bls. 149).

Samkvæmt þessari skilgreiningu getur þvingun til kynferðislegra athafna verið líkamlegs eðlis eða andlegs eðlis, þar sem gerandi beitir hótunum til að fá sínu fram. Þvingun á sér einnig stað þegar vitundarástand þolanda er skert eða hann ekki hæfur til að gefa samþykki sitt (Krug o.fl., 2002).

Tíðni kynferðisofbeldis

Tíðni kynferðisofbeldis samkvæmt erlendum rannsóknum

Samkvæmt erlendum tölum er kynferðislegt ofbeldi algengt. Langflestar rannsóknir sem gerðar hafa verið á landsvísu á stórum úrtökum hafa verið gerðar í Bandaríkjunum. Árið 1993 gerðu Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders og Best stóra þjóðarrannsókn (*National womens study*) á tíðni áfalla hjá 4008 konum í almennu þýði og sýndu niðurstöður að yfir 12,7% hafði verið nauðgað á lífsleiðinni og um 14,3% orðið fyrir annarskonar kynferðislegu ofbeldi. Konur eru mun oftfar þolendur kynferðisofbeldis en karlar og sýna bandarískar rannsóknir að um 18% kvenna verði fyrir nauðgun eða tilraun til nauðgunar á lífsleiðinni, en til samanburðar um 3% karla (Tjaden og Thoennes, 2000).

Stórar rannsóknir sem gerðar hafa verið í Ástralíu og Bretlandi benda til þess að tíðni kynferðisofbeldis sé lægri þar en í Bandaríkjunum. Í Ástralíu var gerð yfirgripsmikil rannsókn á 10.641 konum og körlum, og sýndu niðurstöður að um 13% kvenna en um 3% karla höfðu orðið fyrir nauðgun eða tilraun til nauðgunar á lífsleiðinni (Creamer, Burgess og McFarlane, 2001). Árið 2000 var gerð stór könnun í Bretlandi á 6944 konum á aldrinum 16 til 59 ára og sýndu niðurstöður að 9,7% kvennanna höfðu orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi, þar af voru 4,9% nauðganir (Myhill og Allen, 2002).

Kynferðislegt ofbeldi á sér oft stað þegar þolandi er á barnsaldri. Árið 1995 gerðu Boney-McCoy og Finkelhor þjóðarsímakönnun á tíðni ofbeldis gegn börnum og unglingum. Þátttakendur voru 2000 börn og unglingar á aldrinum 10 til 16 ára og sýndu niðurstöður að 15,3% stelpna og 5,9% stráka höfðu orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi. Þátttakendur voru síðan beðnir um að svara sömu spurningum 15 mánuðum síðar og kom þá í ljós að 9,7% stelpna og 3,1% stráka urðu fyrir kynferðisofbeldi á rannsóknartímabilinu (Boney-McCoy og Finkelhor, 1996). Sambærileg rannsókn var gerð af Finkelhor, Ormrod, Turner og Hamby árið 2005 en í þeirri rannsókn var áætlað hversu hátt hlutfall barna á aldrinum 2 til 17 ára verður fyrir kynferðisofbeldi á 12 mánuðum. Niðurstöður voru á þá leið að af 2030 börnum og unglingum urðu 8,2% fyrir kynferðislegu ofbeldi á rannsóknarárinu, þar af urðu 3,3% fyrir nauðgun eða tilraun til nauðgunar. Önnur stór þjóðarkönnun á tíðni kynferðisofbeldis var gerð árið 2003 af Kilpatrick o.fl. meðal bandarískra unglinga (*National Survey of Adolescents*). Í þeirri rannsókn voru þátttakendur 4023 unglingar á aldrinum 12 til 17 ára og sýndu niðurstöður að 8,1% unglinga höfðu orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi, 13% stelpna en 3,4% stráka.

Tíðni kynferðisofbeldis samkvæmt innlendum rannsóknum

Lítið er vitað um raunverulega tíðni kynferðisofbeldis hér á landi. Fáar stórar vísindarannsóknir hafa verið gerðar en þær gefa þó einhverjar upplýsingar um tíðni kynferðisofbeldis á Íslandi. Stærsta rannsókn þess efnis er samnorræn rannsókn þar sem tíðni andlegs, líkamlegs og kynferðislegs ofbeldis var metin hjá konum sem leituðu til kvensjúkdómalækna á árunum 1999 til 2001. Alls tóku 3641 kona frá Danmörku, Finnlandi, Svíþjóð, Noregi og Íslandi þátt. Á Íslandi tóku 649 konur 18 ára og eldri þátt og höfðu 33% orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi á lífsleiðinni. Rúmlega 22% kvennanna höfðu verið beittar alvarlegu kynferðislegu ofbeldi, þar af rúmlega 10% fyrir 18 ára aldur. Meðal tíðni kynferðisofbeldis í hinum löndunum var á bilinu 16,6% til 26,9%. Þessar niðurstöður sýndu að tíðni kynferðisofbeldis á Íslandi var töluvert hærri en á hinum Norðurlöndunum (Wijma o.fl., 2003). Svavarsdóttir og Orlygsdóttir (2008) gerðu rannsókn á tíðni og eðli ofbeldis gegn konum sem sóttu heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Niðurstöður þeirra sýndu að 19,6% þeirra sem leituðu aðstoðar á slysa og bráðadeild Landspítalans og 19,8% þeirra sem komu í mæðraskoðun höfðu orðið fyrir kynferðislegri misnotkun af nánnum fjölskyldumeðlim.

Tíðni kynferðisofbeldis gegn börnum í íslenskum rannsóknum sýna að hún er nokkuð há. Barnaverndarstofa og rannsóknarmiðstöðin Rannsóknir og greining könnuðu líkamlegt og kynferðislegt ofbeldi gegn börnum á Íslandi með því að leggja könnun fyrir framhaldsskólanema á aldrinum 16 til 24 ára. Unnið var með svör 10.472 þátttakenda og sýndu niðurstöður að 8,4% þeirra höfðu orðið fyrir kynferðislegri misnotkun (Barnaverndarstofa, 2007). Niðurstöður óbirtrar rannsóknar Hrefnu Ólafsdóttur (2002) bentu hins vegar til mun hærri tíðni en niðurstöður Barnaverndarstofu. Þátttakendur voru 1500 konur og karlar á aldrinum 18 til 60 ára. Samkvæmt þeirri rannsókn höfðu fimmta hver stúlka (23%) og tæplega tíundi hver strákur (8%) orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi fyrir 18 ára aldur, þar af fjórðungur fyrir 6 ára aldur.

Nokkuð ósamræmi er á tíðni kynferðisofbeldis á börnum, bæði í íslenskum og erlendum rannsóknum. Skoða þarf aldur þátttakenda sérstaklega því rannsóknir sýna að tíðni kynferðisofbeldis er há meðal stelpna upp að 15 ára aldri en lækkar síðan eftir það (Perkonigg o.fl., 2000). Mikilvægt er að aldursbil úrtaka í rannsóknum sé það sama til að hægt sé að bera niðurstöður þeirra saman. Óvenju há tíðni kynferðisofbeldis í rannsókn Hrefnu Ólafsdóttur (2002) vekur athygli en hafa skal í huga að þátttakendur voru orðnir eldri en 18 ára þegar rannsóknin fór fram. Talið er að meirihluti barna sem verði fyrir kynferðisofbeldi segi ekki frá því fyrr en á fullorðinsárum (Resnick o.fl., 2000). Engar stórar þjóðarrannsóknir hafa verið gerðar hérlandis á tíðni kynferðisofbeldis gegn börnum þar sem börn yngri en 16 ára hafa tekið þátt. Því er erfitt að draga ályktanir um tíðni kynferðisofbeldis gegn börnum hér á landi til samanburðar við tíðnitölur erlendis.

Niðurstöður erlendra rannsókna benda til þess að tíðni kynferðisofbeldis sé töluvert hærri í Bandaríkjunum en í öðrum löndum. Hins vegar verður að hafa í huga að í rannsókn Resnick o.fl. (1993) voru notaðar atferlislýsingar til að lýsa kynferðisofbeldi en í bresku og áströlsku rannsóknunum voru notuð hugtök eins og nauðgun og kynferðisleg misnotkun. Þrátt fyrir að lítið sé til af tölulegum upplýsingum um tíðni kynferðisofbeldis á Íslandi gefa niðurstöður þeirra rannsókna sem gerðar hafa verið vísbendingar um að tíðni sé hærri hér á landi en erlendar rannsóknir sýna. Hins vegar er mikilvægt að hafa í huga að úrtök í rannsóknum hér á landi eru þröng og einskorðast aðeins við konur sem leita sér aðstoðar innan heilbrigðisþjónustu. Alhæfingargildi niðurstaðna á almennt þýði er því takmarkað. Eins er hugsanlegt að skýra megi ólíka tíðni að hluta til með ólíkum skilgreiningum

á kynferðislegu ofbeldi. Brýnt er að gera fleiri rannsóknir á landsvísu til að fá skýrari mynd af tíðni kynferðisofbeldis í íslensku samfélagi.

Afleiðingar kynferðisofbeldis

Afleiðingar kynferðisofbeldis eru fjölmargar og hafa rannsóknir sýnt að kynferðislegt ofbeldi getur haft alvarlegar og oft varanlegar afleiðingar á andlega og líkamlega heilsu þolenda (Kilpatrick o.fl., 1987; Kilpatrick o.fl., 2000). Í samanburði við aðrar konur, eru konur sem hafa verið misnotaðar í æsku líklegri til að eiga við ýmis líkamleg vandamál eins og sýkingar, sykursýki, astma, ofnæmi og óeðlilegar blæðingar í þvagi á fullorðinsárum (Walker o.fl., 1999). Afleiðingar fela einnig í sér slæma heilsutengda hegðun. Þolendur kynferðisofbeldis eru líklegri til að reykja og eiga í vanda með áfengi eða vímuefni, bæði sem unglingar og á fullorðinsárum (Anda o.fl., 1999; Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders og Best, 1997; Kilpatrick o.fl., 2000). Börnum sem eru misnotuð kynferðislega fer gjarnan að ganga verr í námi og þau verða árásarhneigðari, jafnvel upp að því marki að þau fara að hegða sér á glæpsamlegan hátt (Buka, Stichick, Birdthistle og Earls, 2001; Dyson, 1990; Garnefski og Diekstra, 1997). Kynferðislegt ofbeldi getur einnig haft alvarleg neikvæð áhrif á bæði heilastarfsemi og hormónastarfsemi barna (Teicher o.fl., 2003). Þau svæði heilans sem ná gjarnan ekki að þroskast á eðlilegan hátt þegar barn verður fyrir áfalli eins og kynferðisofbeldi eru þau svæði sem tengjast tilfinningastjórn, rökhugsun, lausn á vandamálum og dómgreind (DeBellis o.fl., 1999; DeBellis, Keshavan, Frustacy o.fl., 2002; DeBellis, Keshavan, Shifflett o.fl., 2002). Sú hormónastarfsemi sem stjórnar viðbrögðum líkamans við streitu nær heldur ekki að þroskast eðlilega hjá sumum börnum sem verða fyrir kynferðisofbeldi (DeBellis, Baum, Birmaher og Ryan, 1997).

Auk líkamlegra og heilsutengdra afleiðinga getur kynferðisofbeldi haft alvarlegar neikvæðar afleiðingar á andlega heilsu þolanda. Rannsóknir sýna að ÁSR er ein helsta geðröskunin í kjölfar kynferðislegs ofbeldis (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes og Nelson, 1995). Þá sýna rannsóknir einnig að þolendur kynferðisofbeldis í æsku eru líklegri en aðrir til að greinast með alvarlegt þunglyndi (*major depressive disorder*) (Kilpatrick o.fl., 2003; Pergonigg o.fl., 2000;).

Áfallastreituröskun (ÁSR)

ÁSR er geðröskun sem þróast í kjölfar þess að hafa upplifað atburð þar sem viðbrögð við atburðinum fela í sér hjálparleysi, hrylling eða mikinn ótta (American Psychological Association, 2000). Áður fyrr var aðallega litið á ÁSR sem sálfræðilegt vandamál sem eingöngu fyrrverandi hermenn og fólk sem hafði lent í alvarlegum slysum átti við að stríða. Það var ekki fyrr en í kringum árið 1970 sem viðhorfsbreytingar urðu í samfélögum í kjölfar kvannahreyfinga víða um heim og farið var að viðurkenna að fólk sem hafði lent í kynferðisofbeldi var einnig í áhættuhópi fyrir ÁSR. ÁSR varð síðan formlega skilgreind sem geðröskun í DSM greiningakerfinu árið 1980 með kynferðisofbeldi sem eitt af þeim áföllum sem getur leitt til röskunarinnar (Friedman, Resick og Keane, 2007).

Greiningarskilmerki fyrir áfallastreituröskun (ÁSR)

ÁSR flokkast undir kvíðaraskanir í DSM-IV-TR greiningakerfinu (*Diagnostic and statistical manual*). Ólíkt flestum öðrum geðröskunum greinist ÁSR í kjölfar ákveðins atburðar, en samkvæmt DSM-IV-TR er grunnatriði fyrir greiningu á ÁSR að hafa orðið fyrir eða orðið vitni að atburði sem ógnaði lífi og/eða olli alvarlegum áverka. Viðbrögð við atburðinum þurfa að fela í sér sterk viðbrögð eins og skelfingu, hjálparleysi eða hrylling. Auk þess að hafa orðið fyrir slíkum atburði þarf einnig að upplifa önnur skilmerki ÁSR. Einkennum ÁSR er skipt upp í þrjú flokka og þurfa þau að vera til staðar í að minnsta kosti einn mánuð eftir áfallið (APA, 2000).

Fyrsti flokkurinn felur í sér að síendurteknar minningar (*reexperiencing symptoms*) um áfallið sækja á einstaklinginn (sjá Tafla 1). Endurupplifunin getur falið í sér ásæknar og síendurteknar minningar um áfallið, endurtekna drauma eða martraðir tengdar áfallinu og fyrirvaralaus viðbrögð eða tilfinningar eins og að atburðurinn endurtaki sig. Þegar eitthvað minnir á atburðinn kann einstaklingurinn að finna fyrir sálrænni kvöl og/eða líkamlegum viðbrögðum (APA, 2000). Skilyrði fyrir uppfyllingu á viðmiðum í fyrsta flokknum er að einstaklingurinn hafi eitt eða fleiri af þessum einkennum.

Annar flokkurinn felur í sér hliðrun og tilfinningadofa (*avoidance and numbing symptoms*) og þarf viðkomandi að finna fyrir þremur eða fleiri af einkennum í þeim flokki (sjá Tafla 1). Hliðrun felur í sér að forðast hugsanir, tilfinningar og samtöl sem tengjast atburðinum og reyni jafnvel að forðast ákveðnar

athafnir, kringumstæður og fólk sem minna á atburðinn. Hliðrun getur einnig falið í sér minnisleysi gagnvart ákveðnum atriðum sem tengjast atburðinum. Tilfinningadofi felur í sér áhugaleysi á áður ánægjulegum athöfnum, dofa eða minni tilfinningaupplifun og í sumum tilfellum þá tilfinningu að vera úr tengslum við aðra og verða jafnvel skammlífur (APA, 2000).

Þriðji flokkurinn felur í sér einkenni ofurárvekni (*hyperarousal symptoms*) (sjá Tafla 1). Fólk með einkenni ofurárvekni gæti átt erfitt með svefn og orðið auðveldlega pirrað og reitt. Auk þess eiga sumir erfitt með einbeitingu og/eða eru með óvenju yfirdrifið viðbragð þannig að þeim bregður við minnsta tilefni (APA, 2000). Skilyrði fyrir uppfyllingu á viðmiðum í flokki þrjú er að hafa tvö eða fleiri af þessum einkennum.

Misjafnt er hvaða einkennum fólk finnur fyrir og eru þeir aðilar sem fá greiningu á ÁSR oft með ólíka blöndu af þessum einkennum. Hins vegar er skilyrði fyrir greiningu á ÁSR að einkenni valdi verulegu uppnámi eða truflun í félagslegum samskiptum, atvinnulífi eða á öðrum mikilvægum sviðum lífsins.

Tafla 1. Greiningarskilmerki fyrir áfallastreituröskun samkvæmt DSM-IV-TR greiningakerfinu (APA, 2000)

- A. Einstaklingurinn varð fyrir áfalli sem olli því að bæði eftirfarandi skilyrði eru til staðar:
- (1) Verður fyrir eða verður vitni að atburði sem ógnaði lífi og/eða limun, eða persónulegri velferð viðkomandi eða annarra.
 - (2) Viðbrögð við áfallinu fólu í sér skelfingu, bjargarleysi eða hrylling.
- B. Síendurteknar minningar um atburðinn sækja á einstaklinginn á einn (eða fleiri) eftirfarandi hátt:
- (1) Ásæknar og síendurteknar minningar um atburðinn sem eru eins og ímyndir, hugsanir og skynjanir.
 - (2) Endurteknir draumar og martraðir tengdir atburðinum.
 - (3) Fyrirvaralaus viðbrögð eða tilfinningar eins og atburðurinn endurtaki sig.
 - (4) Sálræn kvöl vegna atburða sem tákna eða endurspeglar áfallið
 - (5) Líkamleg viðbrögð (t.d. sviti, sjálfti, vöðvaspenna) vegna atburða sem tákna eða endurspeglar áfallið.
- C. Hliðrun frá áreitum sem minna á atburðinn eða almennur tilfinningadofi á þrjá (eða fleiri) eftirfarandi hætti:
- (1) Hliðrun hugsana, tilfinninga og samtala sem tengjast áfallinu.
 - (2) Hliðrun athafna, kringumstæðna og fólks sem minna á áfallið.
 - (3) Minnisleysi tengt áfalli.
 - (4) Áhugaleysi á áður ánægjulegum athöfnum.
 - (5) Hafa á tilfinningunni að vera úr tilfinningatengslum við aðra.
 - (6) Dofi eða minni tilfinningaupplifun.
 - (7) Tilfinning um að vera skammlífur.
- D. Ofurárvekni, tvö (eða fleiri) einkenni um aukna örvun.
- (1) Svefntruflanir.
 - (2) Þirringur eða reiðiköst.
 - (3) Einbeitingarörðugleikar.
 - (4) Ofurárvekni eða miklar vökur.
 - (5) Yfirdrifið viðbragð.
- E. Einkennin (í liðum B, C og D) þurfa að vera til staðar í að minnsta kosti einn mánuð. Einkenni valda mikilli vanlíðan og/eða truflun í félagslegum samskiptum, atvinnulífi eða á öðrum mikilvægum sviðum.
-

Tilgreina þarf hvort að um bráða (einkenni koma í ljós 1- 3 mánuði eftir áfallið), langvarandi (einkenni koma í ljós 3 til 6 mánuðum eftir áfallið) eða seinkaða (einkenni koma í ljós 6 mánuðum eftir áfallið) áfallastreituröskun sé að ræða.

Tíðni áfallastreituröskunar (ÁSR)

Eins og áður hefur komið fram benda erlendar og innlendar rannsóknir til þess að kynferðisofbeldi sé algengt. Fyrst eftir ofbeldið er eðlilegt að finna fyrir ótta, bjargarleysi, endurupplifa eða forðast allt sem minnir á atburðinn. Tæplega helmingur þolenda kynferðisofbeldis nær að vinna úr þessum erfiðu tilfinningum og minningum á farsælan hátt án formlegs inngríps á fyrstu mánuðunum eftir áfallið (Foa o.fl., 1997; Horowitz og Solomon, 1975; Valentiner, Foa, Riggs, og Gershuny, 1996). Hins vegar þegar þessar tilfinningar fara að yfirtaka allar aðrar tilfinningar og vara í lengri tíma þá getur verið að ÁSR hafi þróast.

Áhættan á ÁSR er mismikil eftir áfalli og sýna rannsóknir að kynferðislegt ofbeldi leiðir oft til ÁSR en flest önnur áföll (Kessler o.fl., 1995; Resnick o.fl., 1993). Allt að 57% kvenna og 65% karla sem hefur verið nauðgað greinast með ÁSR (Kilpatrick o.fl., 1987; Resnick o.fl., 1993) í samanburði við tæplega 9% kvenna sem lent hafa í bílslysi (Blanchard og Hickling, 2004). Langflestar rannsóknir á tíðni ÁSR hafa verið gerðar í Bandaríkjunum en samanburðarrannsóknir í öðrum löndum eru óvenju fáar. Resnick o.fl. (1993) skoðuðu tíðni ÁSR í þjóðarrannsókn sinni á tíðni áfalla meðal bandarískra kvenna og sýndu niðurstöður að 12,3% höfðu þjádast af ÁSR einhvern tímann á lífsleiðinni. Af þeim konum sem höfðu verið beittar kynferðisofbeldi höfðu 31% uppfyllt greiningarskilmerki DSM-III fyrir ÁSR einhvern tímann á lífsleiðinni og 32% þeirra sem hafði verið nauðgað. Fyrsta stóra þjóðarrannsóknin sem gerð var á afleiðingum áfalla fyrir bæði karla og konur var gerð árið 1995 af Kessler o.fl. Þátttakendur voru 5877 og voru niðurstöður á þá leið að 65% karla og 46% kvenna sem hafði verið nauðgað greindust með ÁSR.

Tíðni ÁSR er einnig há meðal barna en talið er að um 20% til 30% barna sem lent hafa í alvarlegu áfalli greinist með ÁSR (Singer, Anglin, Song og Lunghofer, 1995). Flestar rannsóknir þess efnis sýna að áfallastreitueinkenni eru fleiri og alvarlegri hjá börnum sem hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi heldur en hjá börnum sem hafa orðið fyrir annarskonar áföllum (Boney-McCoy og Finkelhor, 1996; Runyon og Kenny, 2002). Rannsóknir sýna að allt að 46% stelpna og 34% stráka sem verða fyrir kynferðisofbeldi greinist með alvarleg einkenni ÁSR (Boney-McCoy og Finkelhor, 1995; Kendall-Tackett, Williams og Finkelhor, 1993).

Áhættuþættir fyrir áfallastreituröskun (ÁSR) eftir kynferðislegt ofbeldi

Eins og áður hefur komið fram greinast ekki allir með ÁSR í kjölfar kynferðisofbeldis og hafa rannsóknir sýnt að ákveðnir áhættuþættir miðli sambandinu milli kynferðisofbeldis og ÁSR. Margir af þeim þáttum eru til staðar fyrir kynferðisofbeldi og er lágur aldur dæmi um slíkan áhættuþátt en þólandi er sérstaklega viðkvæmur fyrir ÁSR þegar hann verður fyrir kynferðisofbeldi á barnaldri (Kessler o.fl., 1995; Norris, 1992). Auk aldurs virðist lítil menntun, saga um fyrri geðheilsuvandamál og/eða fyrri áföll einnig vera áhættuþættir fyrir ÁSR (Brewin, Andrews og Valentine, 2000; Creamer o.fl., 2001; Kessler o.fl., 1995). Auk þess eru þær konur sem hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi líklegri til að verða aftur fyrir kynferðisofbeldi seinna á lífsleiðinni og aukast þar af leiðandi líkurnar á ÁSR hjá þeim konum (Kilpatrick o.fl., 1997). Áhættuþættir sem koma fram á meðan á kynferðisofbeldi stendur eru meðal annars hversu sterk óttaviðbrögð þólanda eru og hversu alvarlegt kynferðisofbeldi er, en líkurnar á ÁSR aukast töluvert ef um innþrengingu eða tilraun til innþrengingar er að ræða (Creamer, Burgess og Pattison, 1992; Russell, 1999). Niðurstöður rannsóknar Resnick o.fl. (1993) sýndu að þeim konum sem hótað var lífláti og fengu líkamlega áverka á meðan á kynferðisofbeldi stóð voru rúmlega tvisvar sinnum líklegri til að greinast með ÁSR en aðrar konur í úrtakinu.

Niðurstöður allsherjargreiningar Brewin o.fl. (2000) bentu til þess að þessir þættir auk þátta sem koma í ljós eftir að kynferðisofbeldi á sér stað hafa meiri áhrif á þróun ÁSR en þættir sem eru til staðar fyrir kynferðisofbeldi. Gott félagslegt net í kringum þólanda er mikilvægt fyrir bataferli hans. Lítil eða enginn stuðningur frá vinum eða fjölskyldu og/eða áfengis- eða vímuefnaneysla í fjölskyldu þólanda auka líkurnar til muna á að þólandi greinist með ÁSR eftir kynferðisofbeldi (Brown, Read og Kahler, 2003). Auk þessara þátta hafa rannsóknir fundið mikinn stuðning fyrir því að neikvæð bjargráð þólanda auki líkurnar á því að hann greinist með ÁSR í kjölfar alvarlegra áfalla eins og kynferðisofbeldis (Brown o.fl., 2003; Foa og Kozak, 1986; Foa, Steketee og Rothbaum, 1989).

Eins og sjá má eru margir mismunandi þættir sem auka líkurnar á því að þólandi greinist með ÁSR í kjölfar kynferðisofbeldis. Hver einstaklingur er sérstakur og hvert áfall er einstakt og hafa því ekki allir jafna möguleika til að takast á við kynferðisofbeldi á farsælan hátt. Þólandur kynferðisofbeldis sem greinast með

ÁSR eru einnig viðkvæmari fyrir öðrum geðröskunum (Kessler, o.fl., 1995). Þannig geta afleiðingar kynferðisofbeldis orðið flókið og langvarandi vandamál.

Samsláttur áfallastreituröskunar (ÁSR) við aðrar geðraskanir

Meirihluti fólks með ÁSR uppfyllir einnig greiningarskilmerki fyrir að minnsta kosti eina aðra geðröskun samtímis (Kessler o.fl., 1995). Rannsóknir sýna að yfir helmingur einstaklinga sem þjást af ÁSR uppfylla einnig greiningarskilmerki fyrir alvarlegt þunglyndi (*major depressive disorder*) og er það algengasta fylgiröskun ÁSR meðal kvenna og næst algengust meðal karla, á eftir áfengisvandamálum (Creamer o.fl., 2001; Kessler o.fl., 1995). Tíðni þunglyndis er há meðal þolenda kynferðisofbeldis en allt að fjórðungur kvenna sem hafa verið beittar kynferðislegu ofbeldi greinist með þunglyndi (Anderson, Bach og Griffith, 1981). Auk þess er þunglyndi allt að fjórum sinnum algengara meðal barna sem hafa orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi en annarra barna (Boney-McCoy o.fl., 1996).

Sjálfsvíg eru hluti af þunglyndi og er algengi sjálfsvígstilrauna meðal almennings talið vera um 5% (Pettit og Joiner, 2006). Tíðni sjálfsvígstilrauna er enn hærri meðal þeirra sem hafa orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi. Til að mynda sýndu niðurstöður rannsóknar Hrefnu Ólafsdóttur (2002) á kynferðisofbeldi gagnvart börnum að 15% þeirra höfðu gert tilraunir til sjálfsvígs. Í viðtölum sem Sigrún Sigurðardóttir (2007) tók við sjö íslenskar konur sem höfðu allar verið beittar endurteknu kynferðislegu ofbeldi í æsku, kom í ljós að þær höfðu allar hugsað um sjálfsvíg eða gert tilraun til sjálfsvígs.

Auk þunglyndis eru persónuleikaraskanir og aðrar kvíðaraskanir eins og almenn kvíðaröskun (*generalized anxiety disorder*) og kvíðaköst (*panic disorder*) algengar fylgiraskanir ÁSR (Brown o.fl., 2003; Creamer o.fl., 2001; Kilpatrick o.fl., 1985; Kilpatrick o.fl., 2000). Erfitt er að segja til um hvort ÁSR komi á undan öðrum geðröskunum eftir áfall þar sem flestar rannsóknir eru gerðar á einum tímavarki eða á fólki sem leitar sér hjálpar og eru þar af leiðandi með einkenni ÁSR. Þær langtímarannsóknir sem gerðar hafa verið benda þó til þess að algengt sé að fólk greinist með aðrar kvíðaraskanir áður en það lendir í áfalli og greinist með ÁSR, en alvarlegt þunglyndi eða áfengis- og vímuefnavandamál eftir að hafa fengið greiningu á ÁSR (Kessler o.fl., 1995; Perkonig o.fl., 2000).

Samsláttur milli ÁSR og áfengis- og/eða vímuefna er einnig algengur en eins og fram hefur komið er áfengisvandi algengasta fylgiröskun meðal karla sem

greinast með ÁSR (Creamer o.fl., 2001). Þolendur kynferðisofbeldis virðast vera í sérstökum áhættuhópi fyrir því að þjást bæði af ÁSR og áfengis- og/eða vímuefnavandamálum á fullorðinsárum (Helzer o.fl., 1987; Najavits o.fl., 1997). Skoða þarf sérstaklega sambandið milli kynferðisofbeldis og áfengis- og vímuefnavandamála til að hægt sé að útskýra af hverju svo algengt sé að fólk sem greinist með ÁSR eigi einnig í vanda með áfengi og/eða vímuefni.

Áföll og áfengis- og vímuefnavandamál

Vitað er að þolendur kynferðisofbeldis leiðast gjarnan út í áfengis- og vímuefnaneyslu snemma á lífsleiðinni. Algengt er að þolendur kynferðisofbeldis noti áfengi og/eða vímuefni tímabundið til að takast á við erfiðar tilfinningar í kjölfar áfallsins en dragi síðar úr neyslunni. Hins vegar þegar neysla áfengis og vímuefna verður þungamiðja lífs þeirra og fer að skapa alvarleg vandamál fyrir þá sjálfa, aðstandendur og þjóðfélagið er að öllum líkindum um efnamisnotkun eða efnaánetjun að ræða (sjá Tafla 2).

Árið 1997 gerðu Kilpatrick o.fl. tveggja ára langtímarannsókn á áhrifum líkamlegs og kynferðislegs ofbeldis á áfengis- og vímuefnaneyslu kvenna. Þátttakendur voru 4009 konur eldri en 18 ára. Niðurstöðurnar voru þær að konur sem urðu fyrir kynferðisofbeldi á rannsóknartímabilinu voru þrisvar sinnum líklegri til að eiga við áfengisvanda og tvisvar sinnum líklegri til að eiga við vímuefnavanda að stríða en aðrar konur, sama hver aldur, menntun, kynþáttur eða fyrri áfengis- og vímuefnaneysla kvennanna var. Talið er að tæplega helmingur þeirra sem leita sér aðstoðar vegna áfengis- og/eða vímuefnavandamála hafi orðið fyrir kynferðisofbeldi á lífsleiðinni (Najavits o.fl., 1997; Steward, Conrod, Pihl og Dongier, 1999). Hjá einstaklingum sem eru inniliggjandi vegna áfengis- og/eða vímuefnavanda, til að mynda í afvötnun á sjúkrahúsum eða í meðferð á meðferðarheimilum, getur tíðni áfalla verið allt að 95% (Brown o.fl., 2003).

Síðastliðinn áratug hafa rannsakendur í vaxandi mæli kannað notkun áfengis og vímuefna sem bjargráð eftir áföll. Nánar tiltekið hafa rannsóknir sýnt tengsl milli ÁSR í kjölfar áfalla og áfengis- og vímuefnavandamála (Chilcoat og Breslau, 1998; Kessler o.fl., 1995). Árið 1996 gerðu Ouimette, Wolfe og Chrestman rannsókn á áhrifum og eðli áfalla á ÁSR og áfengis- og vímuefnavandamál hjá 52 konum sem höfðu verið hermenn í Víetnam stríðinu. Niðurstöður þeirra sýndu að þær konur sem höfðu orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi voru mun líklegri en konur sem höfðu

orðið fyrir líkamlegu eða andlegu ofbeldi til að greinast með bæði ÁSR og áfengisvandamál. Áfengis- og vímuefnavandamál eru enn stærra vandamál meðal karla sem greinast með ÁSR og eru þeir allt að fimm sinnum líklegri en aðrir karlar til að misnota vímuefni og tæplega tvisvar sinnum líklegri til að misnota áfengi (Helzer o.fl., 1987). Hjá börnum og unglingum er ÁSR í kjölfar kynferðisofbeldis einn af þeim þáttum sem eykur líkurnar á áfengisvandamálum en er stærsti áhættuþátturinn fyrir vandamál tengdum lyfjum eða ólöglegum vímuefnum (Kilpatrick o.fl., 2000).

Greiningarskilmerki efnamisnotkunar og efnaánetjunar

DSM-IV-TR greiningakerfið skilgreinir áfengis- og vímuefnavanda sem annað hvort efnamisnotkun eða efnaánetjun. Öll efni, þar með talið áfengi og vímuefni, falla undir þær skilgreiningar (APA, 2000). Efnamisnotkun felur í sér að endurtekin neysla kemur í veg fyrir að viðkomandi geti sinnt mikilvægum skyldum sínum, stefnir honum eða öðrum í hættu á einhvern hátt, veldur því að hann kemst í kast við lögin og/eða veldur endurteknum vandamálum í samskiptum við aðra (sjá Tafla 2). Efnaánetjun felst hins vegar í því að hafa aukið þol fyrir áfengi og/eða vímuefnum, fá fráhrarfseinkenni og nota jafnvel meira af efnum til að losna við þau, nota oft meira magn efna en ætlunin var, hafa gert misheppnaðar tilraunir til að draga úr neyslu, eyða miklum tíma í að verða sér út um efni, vanrækja skyldur sínar gagnvart fjölskyldu og öðrum mikilvægum sviðum lífsins og halda áfram neyslu þrátt fyrir að vera meðvitaður um neikvæðar afleiðingar hennar á heilsu (sjá Tafla 3). Mikilvægt er að gera greinarmun á efnaánetjun og efnasmisnotkun því samkvæmt DSM-IV-TR greiningakerfinu er ekki hægt að greinast með efnasmisnotkun á tilteknu efni ef skilmerki fyrir efnaánetjun uppfyllast á sama tíma (APA, 2000).

Tafla 2. Greiningarskilmerki fyrir efnamisnotkun samkvæmt DSM-IV-TR greiningakerfinu (APA, 2000)

Eitt eða fleiri eftirfarandi skilyrði eru til staðar og hafa átt sér stað á síðustu

12 mánuðum:

1. Endurtekin notkun efna sem leiðir til þess að viðkomandi vanrækir skyldur sínar í vinnu, námi eða gagnvart fjölskyldu (t.d. skrópar endurtekið eða stendur sig illa vegna efnanotkunar, er vikið úr starfi eða námi, sinnir ekki börnum eða húsverkum).
 2. Endurtekin notkun efna í aðstæðum sem geta stefnd viðkomandi eða öðrum í hættu (t.d. að keyra bíl eða stjórna vélbúnaði undir áhrifum efna).
 3. Komast endurtekið í kast við lögin vegna efnatengdra vandamála (t.d. verið handtekin/n eða hafður/höfð í haldi vegna efnatengdra vandamála).
 4. Efnanotkun er haldið áfram þrátt fyrir að hún eða áhrif efna valdi eða stuðli að endurteknum og varanlegum félagslegum vandamálum og vandamálum í samskiptum við aðra (t.d. rifrildi við maka um afleiðingar efnanotkunar eða líkamlegt ofbeldi).
-

Skilyrði fyrir greiningu á efnamisnotkun er að einkenni efnamisnotkunar hafi aldrei náð viðmiðum fyrir efnaánetjun fyrir það/þau efni sem misnotuð eru. Samkvæmt DSM-IV-TR greiningakerfinu getur viðkomandi annað hvort misnotað eða ánetjast efni en ekki bæði á sama tíma.

Tafla 3. Greiningarskilmerki fyrir efnaánetjun samkvæmt DSM-IV-TR greiningakerfinu (APA, 2000)

Efnaánetjun má greina hjá einstaklingi í óeðlilegri áfengis- eða vímuefnaneyslu sem veldur verulegri óstarfhæfni og vanlíðan. Þrjú (eða fleiri) eftirfarandi skilyrði þurfa að vera til staðar og hafa átt sér stað á síðustu tólf mánuðum.

1. Aukið þol sem einkennist annað hvort af:
 - (a) Þörf fyrir að nota verulega aukið magn af efnum til að fá fram þau áhrif sem óskað er.
 - (b) Áberandi minni áhrif fást þegar sama magn efna er notað hverju sinni.
 2. Fráhvarf sem lýsir sér annaðhvort með:
 - (a) Viðeigandi fráhvarfseinkennum fyrir það efni sem notað var.
 - (b) Áfengi eða róandi lyf eru notuð til að laga eða forðast fráhvarf.
 3. Oft er notað meira magn efna eða setið lengur að notkun áfengis eða vímuefna en ætlað var.
 4. Viðvarandi löngun eða misheppnaðar tilraunir til að draga úr eða hætta neyslu efna.
 5. Miklum tíma er eytt í að verða sér úti um efni, nota efni eða jafna sig eftir neyslu efna.
 6. Fjölskylda eða vinna er vanrækt vegna efna notkunar eða hætt er við eða dregið úr ýmsum heilbrigðum venjum og tólmstundum.
 7. Efnanotkun er haldið áfram þó að viðkomandi geri sér grein fyrir að hún veldur viðvarandi eða endurteknum líkamlegum eða andlegum veikindum.
-

Greina þarf enn fremur hvort efnaánetjun sé líkamlega vanabundin, þar sem einkenni um þol eða fráhvörf (viðmiðunaratriði 1 og 2) eru til staðar, eða ekki líkamlega vanabundin.

Tegund vímuefna og tengsl við áfallastreitueinkenni

Einkenni ÁSR eru alvarleg og algengt er að fólk sem greinist með ÁSR leiti sér lækniástoðar og fái lyf til að reyna að halda þessum einkennum í skefjum. Hins vegar getur sú lyfjanotkun orðið að lyfjaánetjun eða lyfjamisnotkun og þannig orðið að vítahring sem erfitt er að komast út úr. Í flestum tilvikum eru lyf uppáskrifuð af læknum þau lyf sem fólk með ÁSR misnotar eða ánetjast. Algengasta tegund þeirra lyfja eru verkjalyf (*opiates*) en á eftir koma kvíðastillandi lyf (*benzodiazepines*), þunglyndislyf eða svefnlyf. Á eftir uppáskrifuðum lyfjum kemur áfengi og þar á eftir ólögleg vímuefni eins og kókaín, heróín eða marijuana (Chilcoat og Breslau, 1998; Goldenberg o.fl., 1995). Öll þessi lyf, að undanskildu kókaíni, eru róandi og deyfa miðtaugakerfið. Þannig slá þau á einkenni ÁSR til skamms tíma en viðhalda þeim til lengri tíma.

Eins og fram hefur komið skiptast einkenni ÁSR í þrjá flokka samkvæmt DSM-IV-TR, síendurteknar minningar um áfallið, hliðrun og tilfinningadofa og ofurárvekni (sjá Tafla 1). Tengsl einstakra einkenna ÁSR við áfengis- og vímuefnavanda hafa verið skoðuð og benda rannsóknir til þess að þeir sem finna mikið fyrir síendurteknum minningum um áfallið eru líklegri til að ánetjast uppáskrifuðum verkjalyfjum. Hins vegar er talið að þeir sem finna fyrir sterkum einkennum hliðrunar og tilfinningadofa séu líklegri til að ánetjast kvíðastillandi lyfjum. Að lokum benda rannsóknir til þess að þeir sem finna fyrir sterkum einkennum ofurárvekni séu líklegri til að ánetjast bæði áfengi og uppáskrifuðum verkja- og kvíðastillandi lyfjum (McFall, Mackay og Donovan, 1992; Steward, Conrod, Pihl og Dongier, 1999).

Kenningar um tengsl ÁSR og áfengis- og vímuefnavanda

Enginn vafi er á því að sterk tengsl eru milli ÁSR og áfengis- og vímuefnavanda og er samsláttur milli þessara raskana algengur. Þó vitað sé að fólk með ÁSR sé í áhættuhópi fyrir áfengis- og vímuefnavanda, og öfugt, er enn lítið vitað um þætti sem miðla þessu sambandi. Ýmsar kenningar hafa verið settar fram til að útskýra þennan samslátt en þrjár kenningar settar fram af Brown og Wolfe (1994) hafa fengið sérstaka athygli rannsakenda.

Sú fyrsta er að ÁSR orsaki þróun áfengis- og vímuefnavanda. Fólk með ÁSR byrji að nota áfengi og/eða vímuefni til að reyna að hafa stjórn á og deyfa áfallastreitueinkenni og þróist notkunin smátt og smátt út í misnotkun eða ánetjun á

þeim efnum (Brown og Wolfe, 1994). Neysla áfengis og vímuefna eykst samhliða einkennum ÁSR þar sem einstaklingurinn þarf meira magn áfengis eða vímuefna til að deyfa aukin einkenni áfallastreitu. Ef áfengis- og vímuefnavandinn á hinn bóginn eykst þá viðheldur eða eykur neyslan áfallastreitueinkennum til lengri tíma, til dæmis með því að koma í veg fyrir viðvana við minningum um áfallið (Blanchard o.fl., 1996). Rannsóknir hafa fundið sterkan stuðning fyrir þessari kenningu (Chilcoat og Breslau, 1998; McFall o.fl., 1992; Steward o.fl., 1999).

Önnur kenning Brown og Wolfe (1994) er að áfengis- og vímuefnavandi sé áhættuþegðun í sjálfu sér. Þeir sem misnota áfengi og/eða vímuefni eru líklegri til að lenda í ákveðnum tegundum áfalla og þar af leiðandi líklegri til að greinast með ÁSR. Samkvæmt þessari kenningu er áfengis- og vímuefnavandinn til staðar fyrir ÁSR. Þessi kenning hefur ekki fengið nægilegan stuðning og benda flestar rannsóknir til þess að ÁSR komi á undan áfengis- og vímuefnavandamálum en ekki öfugt (Kessler o.fl., 1995). Þó benda niðurstöður rannsóknar Kilpatrick o.fl. (1997) til þess að tiltekinn undirhópur sem greinir frá mikilli neyslu ólöglegra vímuefna sé líklegri til að verða fyrir ofbeldi vegna áhættusams líferniss þeirra sem snérist að mestu leyti um að útvega meiri vímuefni.

Þriðja kenningin, og sú kenning sem hefur fengið minnstan stuðning rannsókna (Chilcoat og Breslau, 1998) er að áfengis- og vímuefnavandamál gætu orsakað þróun ÁSR eftir áfall þar sem líkami þeirra sem háðir eru áfengi eða vímuefnum er mun viðkvæmari fyrir áfallastreitueinkennum. Það er vegna stöðugra fráhrarfseinkenna frá efnunum eða vegna breytinga á taugaboðefnum í heilanum eftir mikla og/eða langvarandi neyslu (Brown og Wolfe, 1994). Þær fáu rannsóknir sem fundið hafa einhvern stuðning fyrir þessari kenningu hafa einnig sýnt að aðrir þættir, eins og aðrir geðsjúkdómar og hegðunarvandamál, hafi áhrif á hversu viðkvæmt þetta fólk er fyrir ÁSR (Cottler, Compton, Mager, Spitznagel og Janka, 1992; Deykin og Buka, 1997; Helzer o.fl., 1987).

Bjargráð þolenda kynferðisofbeldis

Auk þessara þriggja kenninga hefur sú útskýring að neikvæð bjargráð geti gegnt stóru hlutverki í þróun bæði ÁSR og áfengis- og/eða vímuefnavanda eftir áfall fengið aukna athygli rannsókna (Brown o.fl., 2003; Fairbank, Hansen og Fitterling, 1991). Bjargráð eru aðferðir sem fólk notar til að takast á við streituvaldandi atburði og geta verið nauðsynlegar til að hjálpa fólk að komast yfir

áföll og erfiðar lífsreynslur. Hins vegar geta bjargráð einnig verið óhjálplegar aðferðir sem hindra bata og jafnvel viðhalda eða auka vandamál eftir áföll. Erlendar rannsóknir sýna að þeir sem nota tilfinningamiðuð bjargráð (*emotion focused coping*) og forðun (*avoidance*) eru líklegri til að greinast með ÁSR í kjölfar áfalla eins og kynferðisofbeldis (Fairbank o.fl., 1991; Foa og Kozak, 1986; Valentiner o.fl., 1996). Einnig eru þeir sem nota þessi bjargráð líklegri til að eiga við áfengis- og vímuefnavandamál að stríða og eru líklegri til að falla aftur í áfengis- og/eða lyfjaneyslu eftir að hafa haldið sér frá neyslu í einhvern tíma (Brown o.fl., 2003; Ouimette o.fl., 1997).

Tilfinningamiðuð bjargráð eru ekki þó ekki alltaf neikvæð og geta einnig verið jákvæðar aðferðir sem hjálpa fólki að takast á við áföll eins og kynferðisofbeldi. Samkvæmt skilgreiningu Austenfelds og Stantons (2004) eru jákvæð tilfinningamiðuð bjargráð aðferðir sem fólk notar til að minnka neikvæðar tilfinningar sem það finnur fyrir í kjölfar streituvaldandi atburða. Dæmi um slík bjargráð er að tjá tilfinningar, hafa áhyggjur af því að geta ekki ráðið við aðstæður, vita ekki hvað skuli gera, sjálfsásökun og forðast tilfinningar sínar. Jákvæðum tilfinningamiðuðum bjargráðum má síðan skipta upp í tvennskonar gerðir tilfinningamiðaðra bjargráða: Tilfinningatjáningu (*emotional expression*), þegar fólk tjáir sig munnlega eða notar aðrar leiðir til að tjá tilfinningar sínar, og tilfinningaúrvinnslu (*emotional processing*), þegar fólk notar virkar aðferðir til að viðurkenna, kanna merkingu og skilja eigin tilfinningar (Austenfeld og Stanton, 2004).

Forðun er önnur aðferð sem fólk notar gjarnan til að takast á við áföll og felur meðal annars í sér að forðast að upplifa reynslu sína (hugsanir, tilfinningar og atburði) tengda erfiðum og streituvaldandi atburðum (Billing og Moos, 1981; Endler og Parker, 1990).

Reynsluforðunar bjargráð (*experiential avoidance coping*) eru ein aðferð forðunar. Samkvæmt skilgreiningu Hays, Wilson, Gifford, Follette og Strosahl (1996) notar fólk reynsluforðunar bjargráð þegar það neitar að vera í tengslum við ákveðnar persónubundnar upplifanir eins og líkamsskynjanir, tilfinningar, hugsanir, minningar, ímyndir eða hegðun og reynir að breyta eðli, tíðni eða samhengi þeirra, þrátt fyrir að það hafi skaðlegar afleiðingar. Erfitt getur verið að breyta slíkum bjargráðum því þau draga úr neikvæðum tilfinningum tengdum áfallinu og hafa þannig tafarlaus jákvæð áhrif. Þegar til lengri tíma er litið geta reynsluforðunar

bjargráð hins vegar haft víðtæk neikvæð áhrif á líf fólks. Rannsóknir hafa sýnt að þeir sem nota þessi bjargráð eru líklegri til að eiga við ýmis geðræn vandamál að stríða eins og þunglyndi og kvíða, sem og verri lífsgæði (Hays o.fl., 2004).

Meirihluti erlendra rannsókna hafa einblínt á áhrif bjargráða á þróun ÁSR eftir stríðstengd áföll, eins og að fá alvarlega líkamlega áverka og verða vitni að dauðsfalli, en minna er til af rannsóknum á bjargráðum þolenda kynferðisofbeldis sem greinast með ÁSR. Enn færri rannsóknir hafa verið gerðar á áhrifum bjargráða á samslátt milli ÁSR og áfengis- og vímuefnavanda. Helsta rannsókn þess efnis er langtímarannsókn Ouimette o.fl. (1997) á fyrrverandi hermönnum sem áttu við áfengis- og/eða vímuefnavandamál að stríða og þjáðust af ÁSR, sem kannaði hvort bjargráð gætu miðlað sambandinu milli raskananna. Þátttakendur voru 133 konur og karlar á aldrinum 18 til 55 ára. Niðurstöður þeirra sýndu að þeir hermenn sem notuðu tilfinningamiðuð bjargráð eða forðun til að takast á við erfiðleika í stað lausnarmiðaðra bjargráða náðu lakari árangri í meðferð og voru ólíklegri til að skrá sig aftur í meðferð. Þeir drukku einnig meira magn áfengis og áttu við fleiri vandamál að etja sökum þess. Samkvæmt þessum niðurstöðum miðla tilfinningamiðuð bjargráð og forðun að hluta til sambandinu milli ÁSR og áfengis- og vímuefnavanda. Önnur nýlegri rannsókn var gerð á bjargráðum unglunga með bæði áfengis- og vímuefnavandamál og ÁSR í samanburði við unglunga með áfengis- og vímuefnavandamál án ÁSR. Niðurstöður sýndu að unglingar með áfengis- og vímuefnavandamál og ÁSR voru líklegri til að bregðast við erfiðleikum með því að nota tilfinningamiðuð bjargráð, eins og að komast í mikið uppnám eða neyta áfengis og vímuefna. Auk þess áttu þeir erfiðara með að takast á við erfiðleika á farsælan hátt og voru viðkvæmari fyrir því að falla aftur í neyslu (Staiger o.fl., 2008). Samskonar rannsóknir á fólki sem hefur orðið fyrir kynferðisofbeldi hafa ekki verið gerðar.

Þegar gera á rannsókn á þolendum kynferðisofbeldis er eðlilegt að úrtaks sé leitað innan stofnanna, samtaka eða annarrar þjónustu sem þolendur kynferðisofbeldis leita til. Þar sem lang flestir sem leita til slíkra stofnanna hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi er hægt að fá umfangsmeiri upplýsingar um kynferðisofbeldi og afleiðingar þess í þeim hópi. Á Íslandi er í boði ýmis þjónusta fyrir þolendur kynferðisofbeldis eins og til dæmis Neyðarmóttaka LSH, Geðdeild LSA og FSA, Barnahús, Kvennaathvarf, Heilsugæsla, Lögregla og Stígamót.

Stígamót eru líklega stærstu hjálparsamtökin sem sérhæfa sig í aðstoð fyrir þolendur kynferðisofbeldis.

Stígamót

Stígamót bjóða þolendum kynferðisofbeldis og aðstandendum þeirra aðstoð til að takast á við kynferðisofbeldi og afleiðingar þess. Eins og áður kom fram þá er mikill skortur á tölulegum upplýsingum um afleiðingar kynferðisofbeldis á Íslandi. Ársskýrslur Stígamóta gefa góða hugmynd um tíðni og eðli kynferðisofbeldis meðal þeirra sem þangað leita, en þó er ekki hægt að draga ályktanir um tíðni kynferðisofbeldis í samfélaginu út frá þeim upplýsingum.

Stígamót voru stofnsett árið 1989 og eru óformleg grasrótarsamtök kvenna og hafa þær konur sem þar starfa sjálfar verið beittar kynferðisofbeldi. Þannig byggja þær ráðgjöf sína að hluta til á eigin reynslu. Áhersla er lögð á að starfsemi Stígamóta byggist ávallt á reynslu þeirra sem þangað leita og er litið svo á að þolendur kynferðisofbeldis þekki best af öllum afleiðingar þess. Starf Stígamóta byggist á kvennapólitískum viðhorfum um kynferðisofbeldi. Skýringanna fyrir kynferðisofbeldi er að þeirra mati fyrst og fremst leitað í valda- og stöðumismun milli karla annars vegar og kvenna og barna hins vegar. Þessi viðhorf skýra jafnframt þá staðreynd að það eru lang oftast karlar sem beita konur og börn kynferðisofbeldi, en samkvæmt ársskýrslu Stígamóta árið 2008 voru 93% brotamanna karlmenn. Að þeirra mati eru þeir sem beita kynferðisofbeldi að nota það fyrst og fremst sem stjórnþæki til þess að ná valdi yfir þolanda sínum og er markmiðið ávallt að lítillækka og hafa taumhald og vald yfir þolandanum. Þá er kynferðisleg fullnægja aukaatriði fyrir geranda (Ingibjörg Þórðardóttir, 2008).

Kvennapólitísk viðhorf fela einnig í sér þau megin gildi að þolendur kynferðisofbeldis eru ekki varnarlaus fórnarlömb, heldur fólk sem hefur lifað af ógnandi ofbeldi og býr þar af leiðandi yfir miklum styrk. Einnig er litið svo á að viðbrögð þolenda kynferðisofbeldis og afleiðingar þess á líf þeirra séu eðlileg viðbrögð við óeðlilegum aðstæðum. Vinnan á Stígamótum felst fyrst og fremst í því að gera þolendur meðvitaða um eigin styrk og aðstoða þá við að nota hann til að breyta eigin lífi og að sjá ofbeldið í félagslegu samhengi en ekki sem persónulega vankanta. Auk þess að veita þeim stuðning og ráðgjöf sem orðið hafa fyrir kynferðisofbeldi fer einnig fram í Stígamótum kvennapólitísk samfélagsvinna sem inniheldur viðamikil fræðslu- og kynningarstarf. (Ingibjörg Þórðardóttir, 2008).

Frá stofnun Stígamóta til ársloka 2008 hafa 5279 einstaklingar leitað aðstoðar hjá Stígamótum, þar af 4727 konur. Samkvæmt ársskýrslum Stígamóta hefur orðið aukning á undanförunum árum á fjölda þeirra sem leita eftir aðstoð samtakanna. Árið 2008 leituðu 547 einstaklingar eftir þjónustu samtakanna og þar af voru ný mál 253. Að undanskyldu árinu 2007 hafa ný mál ekki verið fleiri síðan árið 1995. Kynjaskipting er mjög ójöfn en árið 2008 voru konur 89% en karlar 11%. Frá ári til árs eru sífjaspell, nauðgun og kynferðisleg áreitni algengustu ástæður þess að leitað er til Stígamóta. Áfengis- og/eða vímuefnafíkn virðist vera vandamál þeirra sem leita til Stígamóta en árið 2008 töldu 27% sig vera með áfengisfíkn en 16% sig vera með vímuefnafíkn (Ingibjörg Þórðardóttir, 2008). Engin formleg greiningartæki eru notuð innan Stígamóta og er þetta einungis sjálfsmat þeirra sem þangað hafa leitað.

Þjónusta Stígamóta

Stígamót bjóða bæði upp á einstaklingsmiðaða ráðgjöf og sjálfshjálparhópa og er sú þjónusta ókeypis. Allir aldurshópar geta leitað til Stígamóta og skiptir kyn ekki máli. Við fyrstu komu er fólki boðið upp á einstaklingsviðtöl þar sem það fær stuðning við að rifja upp ofbeldið og setja það í orð. Fólk ræður sjálfst ferðinni, hve mikinn stuðning það vill og í hve langan tíma (Ingibjörg Þórðardóttir, 2008).

Auk einstaklingsviðtala hefur fólk þann möguleika að taka þátt í sjálfshjálparhópum og er boðið upp á marga ólíka hópa, eins og sífjaspells- og nauðgunarhóp, unglunga-, reiði-, karla- og framhaldshóp. Árið 2008 voru níu sjálfshjálparhópar starfræktir, þar af tveir framhaldshópar um sjálfsmynd. Ekki er unnið með börnum undir 18 ára nema málin hafi fyrst farið í gegn hjá barnaverndarnefnd, verið kærð eða að foreldrar leiti eftir slíku. Í hverjum hópi eru fimm til sjö einstaklingar og einn eða tveir leiðbeinendur. Leiðbeinendur fara alltaf í gegnum sína reynslu líka og er lögð áhersla á að þetta er sjálfshjálpar en ekki meðferð. Eini hópurinn þar sem veitt er meðferð og meðferðaraðili er fagllærður sálfræðingur er hópur þar sem fjallað er um reiði. Hóparnir hittast 15 sinnum og í hverjum tíma er tekið fyrir eitt umræðuefni sem tengist afleiðingum af ofbeldinu. Markmið hópanna eru alltaf þau sömu: Að þolendur læri að þekkja tilfinningar sínar; öðlist sjálfstraust; fái að vita að þetta er ekki þeim sjálfum að kenna og að gerandinn er eingöngu ábyrgur; finni að þeir séu ekki einir með tilfinningar sínar; öðlist nýja sýn á kynferðisofbeldi og sjálfan sig; geri sér grein

fyrir hverjar afleiðingar ofbeldisins eru og læri að takast á við þær; læri að saga þeirra er ekki aðalatriðið heldur afleiðingarnar á lífið í dag; rjúfi einangrun; læri að treysta (Ingibjörg Þórðardóttir, 2008).

Auk sjálfshjálparhópa var boðið upp á opna 12 spora fundi árið 2008 og mættu alls 186 konur á þá fundi. Fundirnir voru ætlaðir sem haldreipi í sjálfsstyrkingu og stuðning þeim sem búnir voru að nýta sér aðra þjónustu Stígamóta. Einnig var boðið upp á símaþjónustu sem og þjónustu við konur í vændi. Frá árinu 2004 höfðu Stígamót verið í samstarfi við Krýsuvíkursamtökin sem reka vímuefna meðferðarheimili. Þar veittu starfskonur Stígamóta vikulega ráðgjöf fyrir fólk sem hafði verið beitt kynferðislegu ofbeldi. Fólki var síðan boðin áframhaldandi þjónusta Stígamóta þegar meðferð í Krýsuvík lauk og nýttu margir sér það. Árið 2008 fengu 13 einstaklingar í Krýsuvík ráðgjöf og voru viðtölin alls 60. Um miðbik árs 2008 var þessi þjónusta síðan lögð niður vegna fjárhagsörðugleika (Ingibjörg Þórðardóttir, 2008).

Núverandi rannsókn

Markmið

Mikill skortur er á þekkingu á afleiðingum kynferðislegs ofbeldis á Íslandi. Meginmarkmið rannsóknarinnar voru að kanna tíðni áfallastreitueinkenna og áfengis- og vímuefnavandamála hjá fólki sem leitar aðstoðar Stígamóta. Auk þess var markmið að kanna mismunandi bjargráð sem þolendur kynferðisofbeldis nota í kjölfar áfalla og áhrif þeirra á tengsl ÁSR og áfengis- og vímuefnavandamála.

Tilgátur

Settar eru fram átta tilgátur og vísa þær allar til tengsla ÁSR, áfengis- og vímuefnavanda og bjargráða hjá þolendum kynferðisofbeldis sem leita til Stígamóta. Meirihluti rannsókna hefur sýnt að þeir sem nota neikvæð bjargráð eru líklegri en aðrir til að greinast með ÁSR í kjölfar áfalla (Foa og Kozak, 1986; Foa o.fl., 1989). Nánar tiltekið bentu niðurstöður rannsóknar Wells og Davies (1994) til þess að þeir sem nota forðun og neikvæðar tilfinningamiðaðar aðferðir eru líklegri til að greina frá sálrænum vandamálum í kjölfar áfalla.

Fyrstu tvær tilgátur rannsóknarinnar byggjast á þessum rannsóknum og er fyrsta tilgátan sú að neikvætt samband sé á milli tveggja jákvæðra tilfinningamiðaðra bjargráða, tilfinningatjáningar og tilfinningaúrvinnslu, og áfallastreitueinkenna. Nánar tiltekið er gert ráð fyrir að þeir sem tjá tilfinningar sínar minna eða vinna minna úr tilfinningum sínum greini frekar frá áfallastreitueinkennum en þeir sem tjá tilfinningar sínar og vinna meira úr þeim. Önnur tilgátan er sú að jákvætt samband sé á milli reynsluforðunar bjargráða og áfallastreitueinkenna. Gert er ráð fyrir að þeir sem nota meira af reynsluforðunar bjargráðum greini frekar frá einkennum ÁSR, en þeir sem nota minna af slíkum bjargráðum.

Tilgátur þrjú til átta byggjast á niðurstöðum rannsóknar Ouimette o.fl. (1997) sem bentu til þess að tilfinningamiðuð bjargráð og forðun miðluðu að hluta til sambandi milli ÁSR og áfengis- og vímuefnavanda. Tilgáta þrjú er sú að tilfinningatjáning miðli sambandinu milli áfallastreitueinkenna og áfengisvanda hjá þolendum kynferðisofbeldis sem leita til Stígamóta. Tilgáta fjögur er sú að tilfinningaúrvinnsla miðli sambandinu milli áfallastreitueinkenna og áfengisvanda hjá þolendum kynferðisofbeldis sem leita til Stígamóta. Tilgáta fimm er sú að reynsluforðunar bjargráð miðli sambandinu milli áfallastreitueinkenna og

áfengisvanda hjá þolendum kynferðisofbeldis sem leita til Stígamóta. Tilgáta sex er sú að tilfinningatjáning miðli sambandinu milli áfallastreitueinkenna og vímuefnavanda hjá þolendum kynferðisofbeldis sem leita til Stígamóta. Tilgáta sjö er sú að tilfinningaúrvinnsla miðli sambandinu milli áfallastreitueinkenna og vímuefnavanda hjá þeim þolendum kynferðisofbeldis sem leita til Stígamóta. Tilgáta átta er sú að reynsluforðunar bjargráð miðli sambandinu milli áfallastreitueinkenna og vímuefnavanda hjá þolendum kynferðisofbeldis sem leita til Stígamóta.

Ávinningur

Ávinningur rannsóknarinnar er fjölþættur. Gert er ráð fyrir að rannsóknin muni auka þekkingu okkar á líðan þeirra sem leita sér hjálpar í kjölfar kynferðislegs ofbeldis og þeim afleiðingum sem þeir takast á við. Þetta er sérstaklega mikilvægt þar sem skortur er á tölulegum upplýsingum um ÁSR hérlandis en slík rannsókn hefur ekki verið gerð áður meðal þeirra sem leita sér aðstoðar hjá Stígamótum vegna kynferðislegs ofbeldis.

Eins mun rannsóknin auka skilning á þeim bjargráðum sem þeir sem leita sér hjálpar grípa til í kjölfar kynferðislegs ofbeldis. Rannsóknir sýna að bjargráð geta haft mikil áhrif á bataferlið og því má ætla að rannsóknin geti veitt mikilvægar upplýsingar um tengsl ólíkra bjargráða við líðan hjá þessum hópi þolenda. Auk þess er gert ráð fyrir að rannsóknin geti haft meðferðargildi þar sem hún mun veita nýjar upplýsingar um bjargráð sem geta viðhaldið ÁSR hjá þolendum kynferðisofbeldis á Íslandi. Vonast er til þess að rannsóknin muni varpa ljósi á þjónustupörf og leiða til aukinnar meðvitundar um sálrænar þarfir þolenda. Að lokum er gert ráð fyrir að rannsóknin geti haft forvarnargildi þar sem hún mun veita nýjar upplýsingar sem varpað geta ljósi á þann vanda sem þolendur takast á við og leitt til aukinnar meðvitundar um sálrænar þarfir þeirra. Þær upplýsingar er hægt að nýta til þess að bæta þá þjónustu sem er til staðar í dag.

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur voru 49. Þeir voru á aldrinum 18 til 70 ára (stærsti hópurinn, eða 35,4% var á aldrinum 24-30 ára) og höfðu leitað til Stígamóta vegna kynferðislegs ofbeldis á rannsóknartímabilinu (janúar til apríl 2009). Svör eins þátttakanda voru ekki nægjanleg til gagnaúrvinnslu og voru því ekki tekin með í gagnaúrvinnslu. Alls voru þátttakendur því 48 einstaklingar sem greint höfðu frá því að vera þolendur kynferðislegs ofbeldis. Kynjaskipting var ójöfn en 93,8% þátttakanda voru kvenkyns og 6,3% karlkyns.

Mælitæki

Notast var við gátlista með spurningum um lýðfræðilegar upplýsingar, spurningar um kynferðislegt ofbeldi, heilsu og heilsuhegðun. Auk þess voru sex spurningalistar notaðir sem má nota til að mæla og greina áfallastreitueinkenni, geðlægð, áfengisneyslu, vímuefnaneyslu, tilfinningaleg bjargráð og reynsluforðunar bjargráð.

Gátlisti. Gátlisti var notaður þar sem þátttakendur svöruðu spurningum er vörðuðu aldur, kyn, hvort þeir ættu börn eða ekki, hjúskaparstöðu, skólagöngu, fjárhag og starf, hvort þátttakandi hafi orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi, eðli kynferðisofbeldis, á hvaða aldri þátttakandi varð fyrir kynferðisofbeldi, tengsl þátttakanda við geranda og hversu lengi kynferðisofbeldi stóð yfir. Einnig eru í listanum spurningar um tilfinningaleg og líkamleg viðbrögð þátttakanda við kynferðisofbeldi, aðstoð eftir kynferðisofbeldi, heilsuhegðun og önnur áföll að kynferðisofbeldi undanskildu sem þátttakandi gæti hafa orðið fyrir á lífsleiðinni.

Kvarði fyrir áfallastreitueinkenni (PTSD Symptom Scale-Self Report, PSS-SR). Spurningalisti um áfallastreitueinkenni (PSS-SR) var notaður til að kanna hvort og í hve ríkum mæli þátttakendur finni fyrir áfallastreitueinkennum í kjölfar kynferðisofbeldis (Foa, Riggs, Dancu, og Rothbaum, 1993). Spurningalistinn samanstendur af 17 spurningum sem mæla viðbrögð á borð við endurupplifun, forðun og ofurárvekni samkvæmt greiningarviðmiðum DSM-IV-TR (APA, 2000). Tíðni sérhvers einkennis er mælt á 4 punkta Likert kvarða þar sem 0 merkir *aldrei eða einungis einu sinni*, 1 merkir *einu sinni í viku eða sjaldnar/af og til*, 2 merkir 2-

4 sinnum í viku/helminginn af tímanum og 3 merkir 5 sinnum eða oftar í viku/nærri alltaf. Heildarskor er frá 0 upp í 51 og jafngildir skor 10 og minna því að ekki sé um áfallastreitueinkenni að ræða, 11-15 skor að viðkomandi sé á mörkum þess að vera með áfallastreitueinkenni, 16-20 að um væg áfallastreitueinkenni sé að ræða, 21-25 skor þýðir að um meðal til alvarleg áfallastreitueinkenni sé að ræða, 26 til 30 skor þýðir alvarleg áfallastreitueinkenni og 30 skor eða meira þýðir að um mjög alvarleg áfallastreitueinkenni sé að ræða. Auk þess er með listanum mælt hvort eitthvað af þeim einkennum hafi truflað daglegt líf þátttakanda síðan kynferðislega ofbeldið átti sér stað.

Réttmæti kvarðans er gott og hefur hann háa fylgni við aðrar mælingar á sálrænum einkennum sem tengjast áföllum. Auk þess hefur hann mjög góðan innri áreiðanleika (alfa = 0,91–0,94) sem og góðan endurprófunaráreiðanleika (alfa = 0,74) (Coffey, Guðmundsdóttir, Beck, Palyo og Miller, 2006; Foa o.fl., 1993). Georgía M. Kristmundsdóttir og Berglind Guðmundsdóttir sálfræðingar þýddu kvarðann yfir á íslensku. Forprófun kvarðans á íslenskum háskólastúdentum sýndi að hann greindi vel á milli þeirra sem orðið höfðu fyrir áfalli og þeirra sem ekki höfðu orðið fyrir áfalli. Jafnframt greindi hann vel milli þeirra sem fundu fyrir áfallastreitueinkennum og þeirra sem fundu ekki fyrir áfallastreitueinkennum (Karen Ragnarsdóttir og María Ögn Guðmundsdóttir, 2008). Engu að síður ber að hafa í huga að flokkun á áfallastreitueinkennum eftir alvarleikastigi hér að ofan byggist á erlendum rannsóknum og verður því að fara með gát þegar henni er beitt á Íslandi. Kvarðinn var staðfærður að þolendum kynferðisofbeldis fyrir þessa rannsókn og var áreiðanleiki kvarðans alfa = 0.91.

Punglyndiskvarði Becks (Beck Depression Inventory, BDI-II).

Punglyndiskvarði Becks (*BDI-II*) var notaður til að kanna þunglyndiseinkenni þátttakenda (Beck, Steer og Brown, 1996). Punglyndiskvarði Becks er 21 atriða sjálfsmatskvarði sem mælir þunglyndiseinkenni samkvæmt greiningarviðmiðum DSM-IV-TR. Tíðni sérhvers einkennis er metið á 4 punkta Likert kvarða frá 0 upp í 3 og heildarskor er frá 0 upp í 63 stig. Skor á bilinu 0-19 stig standa fyrir *væg þunglyndiseinkenni*, 20-28 stig fyrir *hófleg þunglyndiseinkenni*, og 29-63 stig fyrir *veruleg þunglyndiseinkenni*. Beck o.fl. (1996) skoðuðu próffræðilega eiginleika kvarðans í tveimur úrtökum, annars vegar meðal 500 göngudeildarsjúklinga og hins vegar meðal 120 háskólanema. Alfa áreiðanleikastuðlar voru 0,92 fyrir klíníska

úrtakið og 0,93 fyrir háskólanema. Endurprófunaráreiðanleiki í 26 manna klínísku úrtaki með einnar viku millibili milli fyriragna var 0,93.

Kvarðinn hefur ekki verið staðlaður á Íslandi en Jón Friðrik Sigurðsson og Gísli H. Guðjónsson þýddu hann yfir á íslensku og Þórður Örn Arnarson, Daníel Þór Ólason, Jakob Smári og Jón Friðrik Sigurðsson (2008) könnuðu próffræðilega eiginleika þeirrar þýðingar meðal 1208 nema og 248 göngudeildarsjúklinga. Rannsókn þeirra benti til þess að þegar íslenska þýðinga listans er notuð sé ákjósanlegast að flokka alvarleika þunglyndis í tvo flokka, þ.e. fólk sem fær skor á bilinu 0-19 stig greinist með *ekkert þunglyndi* en fólk sem fær skor 20 og yfir greinist með *þunglyndi*. Alfa áreiðanleikastuðull var 0,91 í nemendaúrtakinu og 0,93 í klínísku úrtakinu. Endurprófunaráreiðanleiki með eins til tveggja vikna millibili var 0,89. Niðurstöður bentu því til að réttmæti íslensku þýðingarinnar væri ásættanlegt og í samræmi við réttmæti bandarísku útgáfunnar. Áreiðanleiki kvarðans í þessari rannsókn var $\alpha = 0,93$.

Kvarði fyrir tilfinningamiðuð bjargráð, (Emotional Approach Coping Scale, EACS). Spurningalistinn um tilfinningamiðuð bjargráð (EACS) var notaður til að kanna hvernig þátttakendur takast á við erfiðar tilfinningar í kjölfar erfiðra eða streituvaldandi atburða í lífi sínu (Carver o.fl., 1989; Stanton o.fl., 2000). Spurningalistinn er átta atriða sjálfsmatskvarði sem samanstendur af tveimur fjögurra spurninga kvörðum sem mæla tilfinningaúrvinnslu annars vegar og tilfinningatjáningu hins vegar, en það eru tvær mismunandi gerðir tilfinningamiðaðra bjargráða. Öll atriðin eru mæld á 4 punkta Likert kvarða þar sem 0 merkir *venjulega geri ég þetta alls ekki*, 1 merkir *venjulega geri ég þetta sjaldan*, 2 merkir *venjulega geri ég þetta nokkuð oft* og 3 merkir *venjulega geri ég þetta í miklu mæli*.

Niðurstöður rannsókna hafa sýnt að báðir kvarðarnir hafa góða próffræðilega eiginleika. Áreiðanleiki kvarðans tilfinningaleg úrvinnsla var $\alpha = 0,72$ og áreiðanleiki kvarðans tilfinningaleg tjáning var $\alpha = 0,82$. Endurprófunaráreiðanleiki kvarðanna var 0,73 fyrir kvarðann sem mældi tilfinningalega úrvinnslu og 0,72 fyrir kvarðann sem mældi tilfinningalega tjáningu (Stanton o.fl., 2000). Ásdís Eir Símonardóttir og Berglind Guðmundsdóttir sálfræðingar þýddu listann yfir á íslensku. Próffræðilegir eiginleikar íslensku útgáfunnar hafa verið forprófaðir í rannsókninni „Áhrif jarðskjálftans 29. maí 2008

á íbúa á Suðurlandi” og reyndust þeir góðir og í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna. Niðurstöður sýndu að áreiðanleiki kvarðans sem notaður er til að mæla tilfinningalega úrvinnslu var $\alpha = 0,78$ og áreiðanleiki kvarðans sem notaður er til að mæla tilfinningalega tjáningu var $\alpha = 0,80$ (Berglind Guðmundsdóttir, munnleg heimild 18. mars 2009). Í þessari rannsókn var áreiðanleiki þess hluta kvarðans sem notaður er til að mæla tilfinningalega úrvinnslu $\alpha = 0,86$ og þess hluta sem notaður er til að mæla tilfinningalega tjáningu $\alpha = 0,88$.

Kvarði fyrir reynsluforðunar bjargráð, (*Acceptance and Action Questionnaire, AAQ*). Spurningalisti um reynsluforðunar bjargráð (*AAQ*) var notaður til að kanna getu þátttakenda til að þola erfiða reynslu og þær aðferðir sem þeir nota til að forðast þá tilfinningalegu reynslu eða aðstæður sem skapa þær (Hayes o.fl., 2004). Spurningalistinn er sjálfsmatskvarði sem inniheldur 9 staðhæfingar sem mældar eru á sjö punkta Likert kvarða frá 1 *á aldrei við um mig* upp í 7 *á alltaf við um mig*. Heildarskor er frá 9 upp í 63. Kvarðinn er eina mælitækið sem mælir reynsluforðunar bjargráð á þennan hátt. Hann hefur þó ágæta fylgni við mælitæki sem mæla hugsanabælingu eins og *The White Bears Suppression Inventory, WBSI* (Hayes o.fl., 2004). Listinn hefur góða próffræðilega eiginleika og er áreiðanleiki listans $\alpha = 0,70$ og endurprófunaráreiðanleiki listans 0,64 (Hayes o.fl., 2004) sem þykir almennt gott miðað við lista sem hefur færri en 10 atriði. Agnes Björg Tryggvadóttir, Dr. Berglind Guðmundsdóttir og Ólína Guðbjörg Viðarsdóttir þýddu listann yfir á íslensku. Próffræðilegir eiginleikar listans voru kannaðir við íslenskar aðstæður og var áreiðanleikinn $\alpha = 0,74$ (Berglind Guðmundsdóttir, munnleg heimild 18. mars 2009). Áreiðanleiki kvarðans í þessari rannsókn var $\alpha = 0,62$.

Skimunarpróf um áfengisneyslu, (*Short Michican Alcoholism Screening Test, SMAST*). Skimunarpróf um áfengisneyslu (*SMAST*) var notað til að mæla hvort að þátttakendur eigi hugsanlega við áfengisvanda að stríða (Selzer, Vinokur og van Rooijen, 1975). Skimunarprófið um áfengisneyslu er sjálfsmatskvarði sem samanstendur af 13 staðhæfingum um áfengisneyslu. Þátttakendur eru beðnir um að merkja við *já* eða *nei* eftir því við hvort þeir telji staðhæfinguna eiga við um sig eða ekki. Heildarskor eru á bilinu 0 til 13 og eru heildarskor 3 og hærrí vísbending um áfengisvanda. Skimunarprófið er stytt útgáfa af 25 atriða skimunarprófi um

áfengisneyslu (*Michigan Alcoholism Screening Test, MAST*) en góðir próffræðilegir eiginleikar styttri útgáfunar sem og hagkvæmni í fyrirlögn hafa orðið til þess að sú útgáfa er meira notuð. Staðhæfingarnar 13 spyrja út í áfengisneyslu samkvæmt greiningarviðmiðum DSM-III um efnamisnotkun. Réttmæti kvarðans er gott sem og áreiðanleiki kvarðans $\alpha = 0,80$ (Selzer, Vinokur og van Rooijen, 1975).

Þýðandi kvarðans er Þórarinn Tyrfingsson. Kvarðinn hefur verið prófaður við íslenskar aðstæður á fólki sem upplifði jarðskjálfta á Suðurlandi árið 2008. Próffræðilegir eiginleikar íslensku útgáfunnar voru góðir, en áreiðanleiki kvarðans í þeirri rannsókn var 0,78 (Berglind Guðmundsdóttir, munnleg heimild 18. mars 2009). Áreiðanleiki kvarðans í þessari rannsókn var $\alpha = 0,96$.

Skimunarpróf um vímuefnaneyslu, (*Drug Assessment Screening Test, DAST*). Skimunarpróf um vímuefnaneyslu (*DAST*) var notað til að mæla hvort að þátttakendur eigi mögulega við vímuefnavandamál að stríða (Gavin, Ross og Skinner, 1989). Skimunarprófið er sjálfsmatskvarði sem samanstendur af 20 staðhæfingum um vímuefnaneyslu og eru þátttakendur beðnir um að merkja *já* eða *nei* eftir því hvort þeir telji staðhæfinguna eiga við um sig eða ekki. Heildarskor er á bilinu 0 til 20 og er heildarskor 6 og hærra vísbending um vímuefnavanda, en heildarskor 16 og hærra vísbending um mjög alvarlegan vímuefnavanda. Notast var við lengri útgáfu skimunarprófsins um áfengisneyslu (*MAST*) við uppbyggingu kvarðans og eru staðhæfingar kvarðanna mjög sambærilegar, en þær voru staðfærðar að vímuefnaneyslu. Staðhæfingarnar 25 spyrja því einnig út í vímuefnaneyslu samkvæmt greiningarviðmiðum DSM-III um efnamisnotkun (Gavin o.fl., 1989). Því var talið hentugt fyrir þessa rannsókn að nota *DAST* skimunarprófið um vímuefnaneyslu samhliða *SMAST* skimunarprófinu um áfengisneyslu. Kvarðinn þykir hafa góða próffræðilega eiginleika en hann hefur verið prófaður á mörgum mismunandi úrtökum. Réttmæti kvarðans er gott og hefur hann háa fylgni við aðrar mælingar á vímuefnaneyslu. Niðurstöður rannsókna á fólki sem leitar sér aðstoðar við áfengis- og/eða vímuefnavanda sýna að áreiðanleiki kvarðans er á bilinu $\alpha = 0,74$ til $\alpha = 0,95$ (Cocco og Carey, 1998; Skinner 1982) og endurprófunaráreiðanleikinn er 0,78 (Cocco og Carey, 1998). Þýðandi listans er Ólína Guðbjörg Viðarsdóttir. Listinn hefur ekki verið staðfærður á Íslandi en verður prófaður í fyrsta sinn við íslenskar aðstæður í þessari rannsókn. Áreiðanleiki kvarðans í þessari rannsókn var $\alpha = 0,93$.

Framkvæmd

Rannsókn þessi er hluti af stærri rannsókn sem unnin var í samstarfið við Sjöfn Evertsdóttur cand.psych. nema. Auk þeirra kvarða sem komið hafa fram hér að ofan var í verkefni Sjafnar spurt um sjálfskaðandi hegðun meðal þolenda sem leituðu til Stígamóta á rannsóknartímabilinu og þátt tóku í rannsókninni. Lýsandi tölfræði var því að hluta til sameiginleg í þessari rannsókn og rannsókn Sjafnar Evertsdóttur en þessi rannsókn lagði áherslu á tíðni áfallastreitueinkenna og áfengis- og vímuefnavanda.

Áður en rannsókn hófst voru leyfi fyrir rannsókninni fengin frá Vísindasiðanefnd (sjá viðauka 1) og tilkynnt til Persónuverndar. Gagnasöfnun fór fram innan veggja Stígamóta. Starfskonur Stígamóta voru þjálfaðir í fyrirlögn og sáu um alla fyrirlögn sem og söfnun gagna. Þátttakendum var afhent bréf sem nefnist „Kynningarbréf um vísindarannsókn” (sjá viðauka 2) og innihélt nákvæmar upplýsingar um framkvæmd rannsóknarinnar. Þeir þátttakendur sem samþykktu að taka þátt í rannsókninni fengu síðan umslag með gátlistanum og spurningalistunum sex til að fylla út. Rannsóknargögnin voru ópersónugreinanleg en þeir þátttakendur sem óskuðu eftir því að fá niðurstöður sínar úr könnuninni voru beðnir um að skrifa nafn sitt og símanúmer á blað sem innihélt hlaupandi númer og fylgdi með spurningalistunum. Þegar þátttakendur höfðu lokið við að fylla út spurningalistana skiluðu þeir þeim í lokuðu umslagi aftur til starfskvenna Stígamóta.

Rannsóknargögnin voru slegin inn í tölfræðiforritið SPSS fyrir Windows stýrikerfi og var það forrit notað við úrvinnslu gagnanna. Þeir þátttakendur sem óskuðu eftir upplýsingum um niðurstöður spurningalistana fengu símtal frá Sjöfn Evertsdóttur cand.psych. nema sem gerði þátttakendum grein fyrir helstu niðurstöðum þeirra í samráði við dr. Berglindi Guðmundsdóttur, sálfræðing. Þegar þátttakendum hafði verið greint frá niðurstöðum var blaðinu með upplýsingum um nafn og símanúmer eytt.

Tölfræði

Lýsandi tölfræði var notuð til þess að setja fram upplýsingar um kyn, aldur, skólagöngu, hjúskaparstöðu, fjárhagsstöðu, starf og nám þolenda. Einnig var lýsandi tölfræði notuð til að skoða hversu alvarlegt kynferðisofbeldi var, aðstoð eftir kjölfar kynferðisofbeldið, viðbrögð þolenda við kynferðisofbeldi, önnur áföll sem þolendur gætu hafa orðið fyrir á lífsleiðinni og heilsu og heilsuhegðun þolenda. Að lokum var lýsandi tölfræði notuð til að setja fram upplýsingar um afleiðingar kynferðisofbeldis á þolendur, nánar tiltekið tíðni áfallastreitueinkenna, þunglyndiseinkenna, áfengisvanda og vímuefnavanda meðal þolenda sem leita aðstoðar Stígamóta.

Til þess að gera samanburð á meðalskorum þolenda á spurningalista um áfallastreitueinkenni (*PSS-SR*) eftir því hvort þeir hefðu orðið fyrir meiðslum á meðan á kynferðisofbeldi stóð eða ekki var notast við óháð t-próf (*independent t-test*). Einnig var notast við óháð t-próf þegar samanburður var gerður á meðalskorum þolenda á spurningalista um áfallastreitueinkenni eftir því hvort að þeir hefðu orðið fyrir öðrum áföllum eða ekki. Óháð t-próf leggur mat á það hvort að meðaltöl tveggja óháðra hópa séu tölfræðilega ólík hvort öðru.

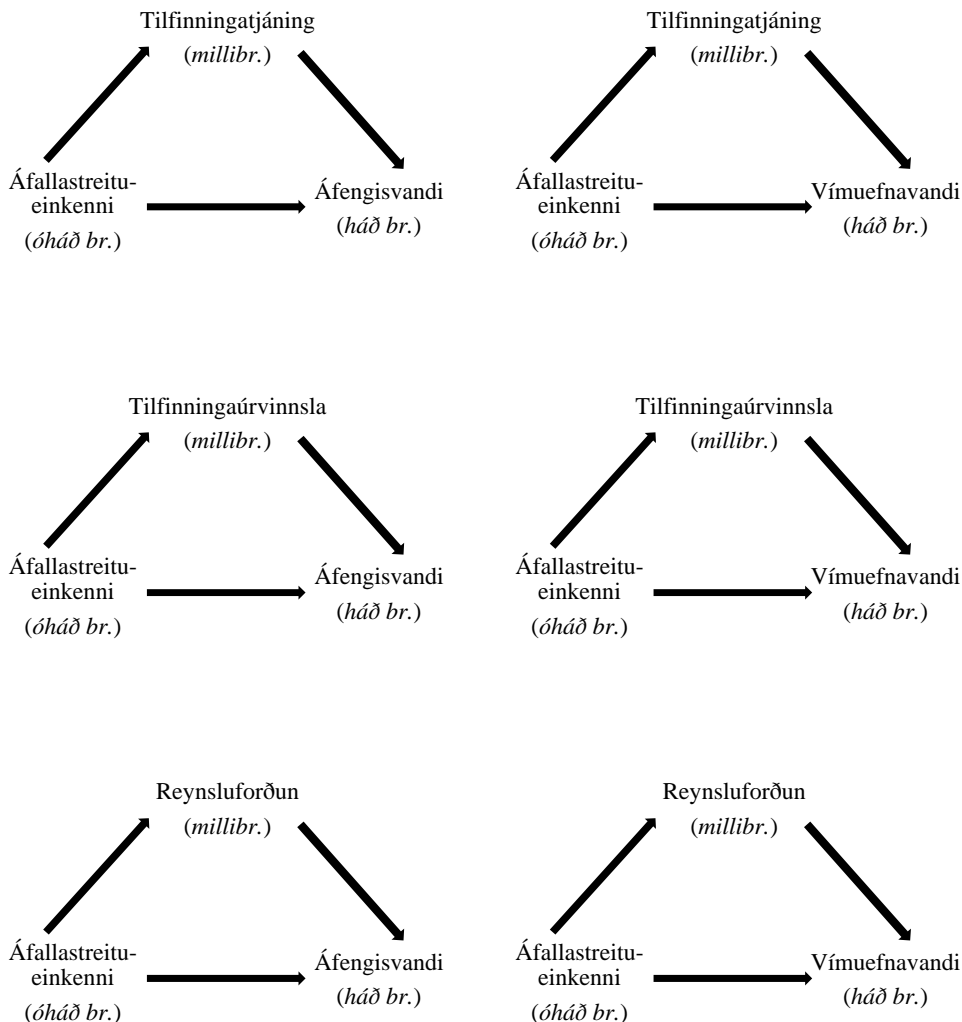
Kí- kvaðrat próf er notað til að prófa samband milli tveggja breytna sem eru mældar á nafnkvarða og því var notast við kí-kvaðrat próf til að prófa samband á milli notkunar svefn-, kvíða-, þunglyndis-, verkja- og ólöglegra róandi lyfja. Nánar tiltekið var athugað hvort að marktækt samband væri milli þess að nota eina tegund lyfja, eins og svefnlyf, og þess að nota aðra tegund lyfja, eins og kvíðastillandi lyf.

Til þess að prófa fyrstu tvær tilgátur rannsóknarinnar, hvort að neikvætt samband væri á milli tilfinningatjáningar og tilfinningaúrvinnslu, og áfallastreitueinkenna, og hvort að jákvætt samband væri á milli reynsluforðunar og áfallastreitueinkenna, var notast við fylgnistuðul Pearsons. Fylgnistuðull Pearsons er algengasta aðferðin til að athuga áhrif einnar samfelldrar breytu á aðra (McGrath og Meyer, 2006).

Til þess að prófa tilgátur þrjú til átta, hvort að jákvæð tilfinningamiðuð bjargráð eða reynsluforðun miðli sambandinu milli áfallastreitueinkenna og áfengisvanda annars vegar og vímuefnavanda hins vegar, var farið eftir viðmiðum Baron og Kenny (1986) fyrir prófun á miðlunarlíkönum. Samkvæmt Baron og Kenny (1986) er mikilvægt að sýna að tengsl séu á milli óháðu breytunnar, millibreytunnar og háðu breytunnar þegar kannað er hvort að breyta miðli sambandi

tveggja annarra breyta. Miðlun er skoðuð með því að athuga mismunandi tengsl innan miðlunar líkansins og felur sú aðferð í sér fjögur skref.

Fyrsta skrefið felur í sér að sýna fram á að tengsl séu á milli óháðu breytunnar (þ.e. áfallastreitu-einkenna) og háðu breytunnar (þ.e. áfengisvanda annars vegar og vímuefnavanda hins vegar). Annað skrefið felur í sér að sýna fram á að tengsl séu á milli óháðu breytunnar og þeirra millibreyta sem talið er að miðli sambandinu milli óháðu og háðu breytanna. Notast var við fylgnistuðul Pearsons til að kanna hvort þessi skilyrði væru uppfyllt. Í þessari rannsókn voru kannaðar þrjár millibreytur; tilfinningatjáning, tilfinningaúrvinnsla og reynsluforðun. Þetta var gert í þremur aðgreindum miðlunarlíkönum fyrir áfengisvanda annars vegar og vímuefnavanda hins vegar (sjá Mynd 1).



Mynd 1. Sex aðgreind miðlunarlíkön

Þriðja skrefið felur í sér að kanna hvort millibreytan, þ.e. tilfinningatjáning, tilfinningaúrvinnsla eða reynsluforðun, hafi áhrif á háðu breytuna, þ.e. áfengis- eða vímuefnavanda þegar stjórnað er fyrir óháðu breytunni sem er áfallastreitueinkenni. Fjórða skrefið felur í sér að athuga hvort að millibreyta miðli að fullu sambandinu milli óháðu og háðu breytanna, en þá ættu ekki að vera nein tengsl milli óháðu og háðu breytanna. Ef skilyrði fyrstu þriggja skrefanna eru uppfyllt, en ekki skilyrði fjórða skrefsins, þá bendir það til þess að millibreytan miðli að hluta til sambandinu milli óháðu og háðu breytanna. Fjölbreytu aðhvarfsgreining (*multivariate regression*) er notuð til að kanna hvort skilyrði skrefa þrjú og fjögur eru uppfyllt (Baron og Kenny, 1986).

Niðurstöður

Lýsandi tölfræði var notuð til að fá upplýsingar um þolendur kynferðisofbeldis sem tóku þátt í rannsókninni, svo sem kyn, aldur, skólagöngu, hjúskaparstöðu, nám, starf og fjárhagslega stöðu. Kannað var á hvaða aldri þolendur voru er þeir urðu fyrst fyrir kynferðisofbeldi og á hvaða aldri þeir urðu síðast fyrir kynferðisofbeldi, ef um fleiri en eitt atvik var að ræða. Einnig var kannað hversu alvarlegt kynferðisofbeldi sem þolendur greindu frá var og viðbrögð þolenda við kynferðisofbeldi, eða ef um ítreakað ofbeldi var að ræða, viðbrögð þeirra við því kynferðisofbeldi sem truflaði þá mest. Auk þess var kannað hvort og þá hve löngu eftir kynferðisofbeldi þolendur hefðu leitað sér aðstoðar vegna ofbeldisins, sem og hvort þolendur hefðu orðið fyrir einhverjum öðrum áföllum að kynferðisofbeldi undanskildu. Að lokum var lýsandi tölfræði notuð til að fá upplýsingar tíðni áfallastreitueinkenna, þunglyndiseinkenna, áfengisvanda og vímuefnavanda.

Upplýsingar um þolendur

Eins og fram hefur komið var meirihluti þeirra þátttakenda konur, eða 45 (93,8%) á móti 3 karlmönnum (6,3%). Tafla 4 sýnir aldursdreifingu þolenda og eins og sjá má voru 75% undir 40 ára aldri, þar af flestir á bilinu 24 til 30 ára.

Tafla 4. Aldursdreifing þolenda

Aldurbil	Fjöldi	Hlutfall
18 – 23 ára	9	18,8
24 – 30 ára	17	35,4
31 – 40 ára	10	20,8
41 – 50 ára	6	12,5
51 – 60 ára	5	10,4
61 – 70 ára	1	2,1
Heild	48	100

Í töflu 5 má sjá hvaða skólagöngu þolendur kynferðisofbeldis sem tóku þátt í rannsókninni höfðu lokið. Sjá má að töluverður fjöldi þolenda hafði einungis lokið skyldunámi og öðru námi sem ekki var tilgreint frekar (39,6%), en álíka fjöldi hafði lokið sérskólanámi á eða við háskólastig, eða háskólanámi (33,3%). Þá höfðu 25,1% lokið starfsnámi, iðnnámi eða bóklegu framhaldsnámi, eða öðru ótilgreindu námi sem ekki átti við aðra svarmöguleika.

Tafla 5. Skólaganga þolenda

Skólaganga	Fjöldi	Hlutfall
Hætti í skyldunámi	1	2,1
Skyldunám	17	35,4
Skyldunám og annað	2	4,2
Starfsnám, iðnnám eða bóklegt framhaldsnám	9	18,8
Starfsnám og annað	3	6,3
Sérskólanám á eða við Háskólastig	5	10,4
Háskólanám	11	22,9
Heild	48	100

Meirihluti þátttakenda voru í föstu sambandi, sambúð eða giftir en um 40% voru fráskyldir eða einhleypir (sjá Töflu 6). Þá greindu 25 (52%) þolenda frá því að eiga eitt eða fleiri börn.

Tafla 6. Hjúskaparstaða þolenda

Hjúskaparstaða	Fjöldi	Hlutfall
Gift/ur	6	12,5
Í sambúð	14	29,2
Í föstu sambandi	9	18,8
Fráskilin	8	16,7
Einhleyp/ur	11	22,9
Heild	48	100

Niðurstöður varðandi fjárhagsstöðu þátttakenda sýndu að um 27% þolenda í rannsókninni mátu fjárhagsstöðu sína góða eða mjög góða, 44% sögðu hana þokkalega en 29% sögðu hana slæma eða mjög slæma. Í töflu 7 má sjá hvað þolendur voru að gera varðandi nám, starf eða annað því tengdu á þeim tíma sem rannsóknin fór fram. Flestir voru í starfi og námi að einhverju marki eða um 70,9% þolenda en 14,6% voru öryrkjar eða voru frá vinnu sökum veikinda.

Tafla 7. Starf og nám þolenda

Starf og nám	Fjöldi	Hlutfall
Í fullu starfi	20	41,7
Í hluta starfi	7	14,6
Námsmaður	5	10,4
Í námi og vinnu	2	4,2
Atvinnulaus/í leit að vinnu	3	6,3
Öryrki/frá vinnu vegna veikinda	7	14,6
Í fæðingarorlofi	1	2,1
Annað	3	6,3
Heild	48	100

Hversu alvarlegt er kynferðisofbeldi

Kannað var hversu alvarlegt kynferðisofbeldi sem þolendur sem þátt tóku í rannsókninni höfðu orðið fyrir. Flestir þolendur (95,7%) urðu fyrir kynferðislegu ofbeldi sem fól í sér innsetningu þar sem tippi, fingur, tunga eða einhver hlutur var settur inn í leggöng, munn eða rass þolanda með valdi og gegn vilja hans (sjá Tafla 8). Niðurstöður sýndu enn fremur að 70,8% þolenda höfðu verið yngri en 15 ára er þeir urðu fyrir kynferðisofbeldi sem fól í sér innsetningu.

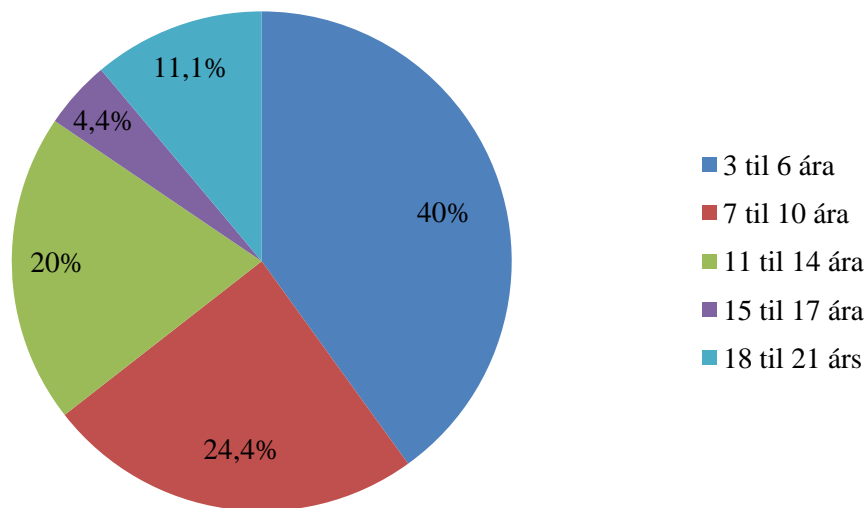
Tafla 8. Innsetning tippi, fingurs, tungu eða hlutar í leggöng, munn eða rass þolanda með valdi, gegn vilja hans

Innsetning	Fjöldi	Hlutfall
Nei	2	4,3
Já	44	95,7
Heild	46	100

Eins greindu langflestir þolendur sem tóku þátt í rannsókninni frá því að hafa orðið fyrir fleiri en einu atviki kynferðisofbeldis (sjá Tafla 9).

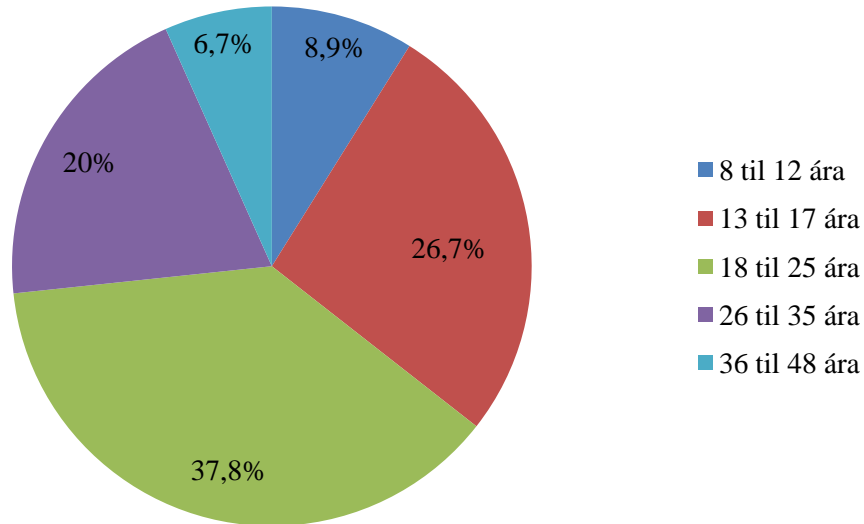
Tafla 9. Fjöldi atvika sem þolendur kynferðisofbeldis urðu fyrir

Fjöldi atvika	Fjöldi	Hlutfall
Eitt atvik	5	10,9
Fleiri en eitt atvik	41	89,1
Heild	46	100



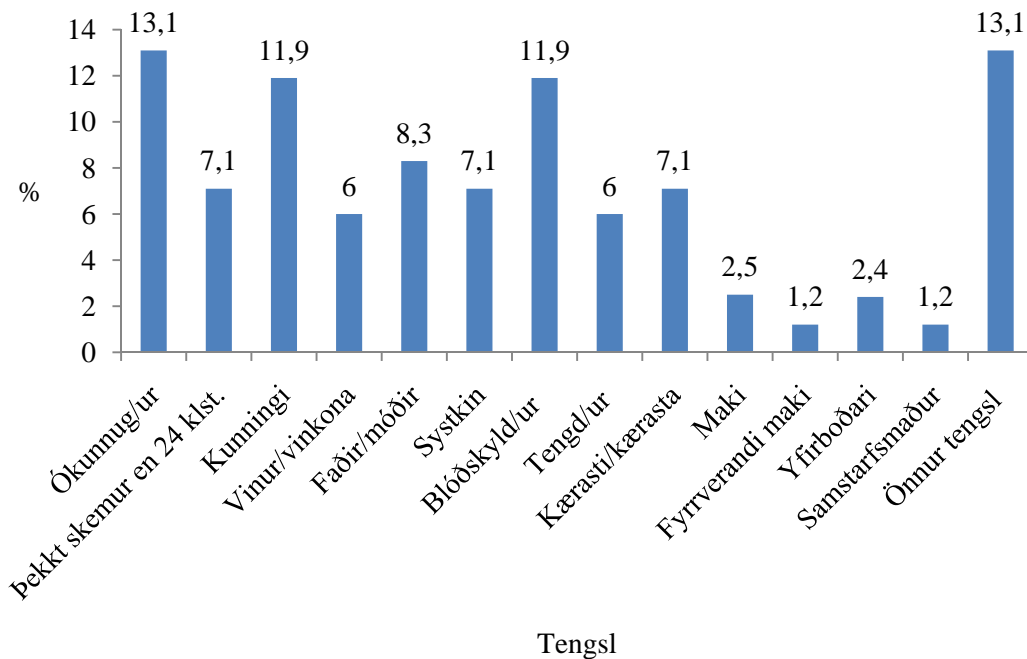
Mynd 2. Aldur þolanda þegar fyrsta eða eina atvik átti sér stað

Mynd 2 sýnir aldur þátttakenda er fyrsta eða eina atvik kynferðisofbeldisins átti sér stað. Af niðurstöðum þeirra 46 þolenda sem svöruðu má sjá að algengast var að þolendur hefðu verið á aldursbilinu 3 til 6 ára er þeir urðu fyrst fyrir kynferðisofbeldi. Enn fremur má sjá að meirihluti þolenda í rannsókninni (64,4%) var yngri en 11 ára er þeir urðu fyrst fyrir kynferðisofbeldi og 88,9% höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi í fyrsta sinn fyrir 18 ára aldur.



Mynd 3. Aldur þolenda þegar síðasta atvik átti sér stað, ef um fleiri en eitt atvik er að ræða

Mynd 3 sýnir aldur þolenda er síðasta atvik kynferðislegs ofbeldisins átti sér stað í þeim tilvikum þar sem ofbeldi var ítrekað. Á myndinni má sjá að 64,5% þeirra 46 þolenda sem svöruðu voru eldri en 18 ára þegar þeir urðu síðast fyrir kynferðisofbeldi.



Mynd 4. Tengsl þolenda við geranda

Alls svöruðu 37 þátttakendur spurningu varðandi tengsl þeirra við þann eða þá gerendur sem beittu þolendur kynferðisofbeldi. Heildarfjöldi gerenda sem greint var frá var 84, sem þýðir að hver þolandi hafi að meðaltali orðið fyrir kynferðisofbeldi af hálfu tveggja gerenda yfir ævina. Mynd 4 sýnir hver tengsl þolenda og gerenda voru. Í flestum tilfellum (26,1%) var gerandinn annað hvort kunningi þolanda eða tengdist honum á einhvern annan hátt en svarmöguleikar gerðu ráð fyrir. Aftur á móti voru 27,3% gerenda tengdir þolendum blóðböndum (faðir, móðir, systkini eða aðrir blóðskyldir ættingjar þolenda).

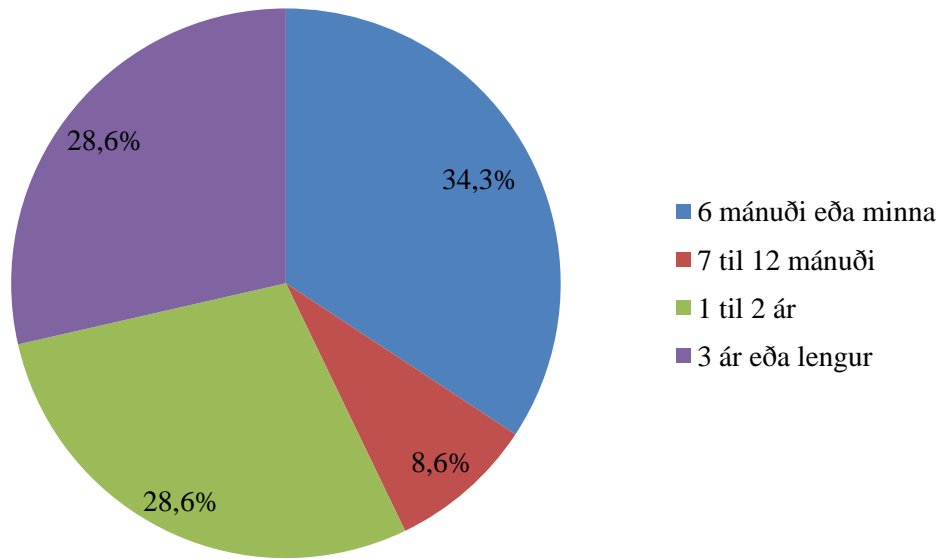
Aðstoð eftir kynferðisofbeldi

Þegar skoðað var hvort þátttakendur hefðu leitað sér einherrar aðstoðar eftir kynferðisofbeldi sýndu niðurstöður að um 51% af þeim 47 þolendum sem svöruðu spurningunni höfðu gert það. Tafla 10 sýnir hve langur tími leið frá því kynferðisofbeldi átti sér stað og þar til þolandi leitaði til Stígamóta. Niðurstöður sýndu að um rúmlega helmingur þeirra 34 sem svöruðu spurningunni játandi höfðu leitað aðstoðar fimm árum eftir kynferðisofbeldi eða síðar.

Tafla 10. Tímalengd frá því kynferðisofbeldi átti sér stað og þar til þolandi leitaði aðstoðar

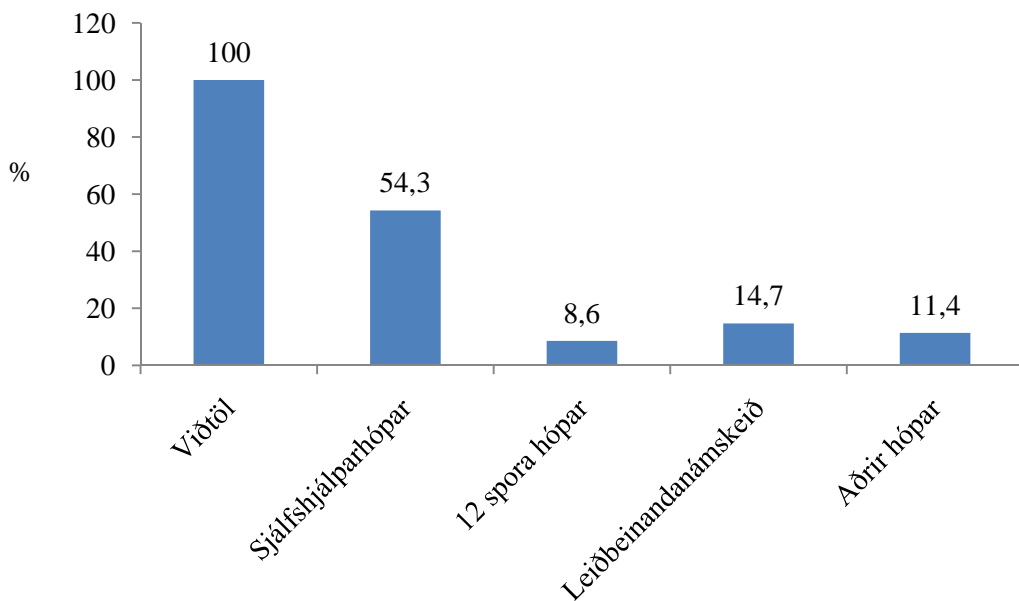
Tímalengd	Fjöldi	Hlutfall
Innan við vika	4	12,1
1 vika til innan við 1 árs	4	12,1
1 til 5 ár	6	18,2
Meira en 5 ár	19	57,6
Heild	33	100

Varðandi það hve langur tími leið frá því að kynferðisofbeldi átti sér stað þar til þolandi leitaði til Stígamóta sýndu niðurstöður að um 12% þeirra 34 sem svöruðu höfðu leitað aðstoðar innan mánaðar frá ofbeldinu, 32% einu til fimm árum eftir ofbeldið og 56% fimm árum eftir ofbeldið eða síðar.

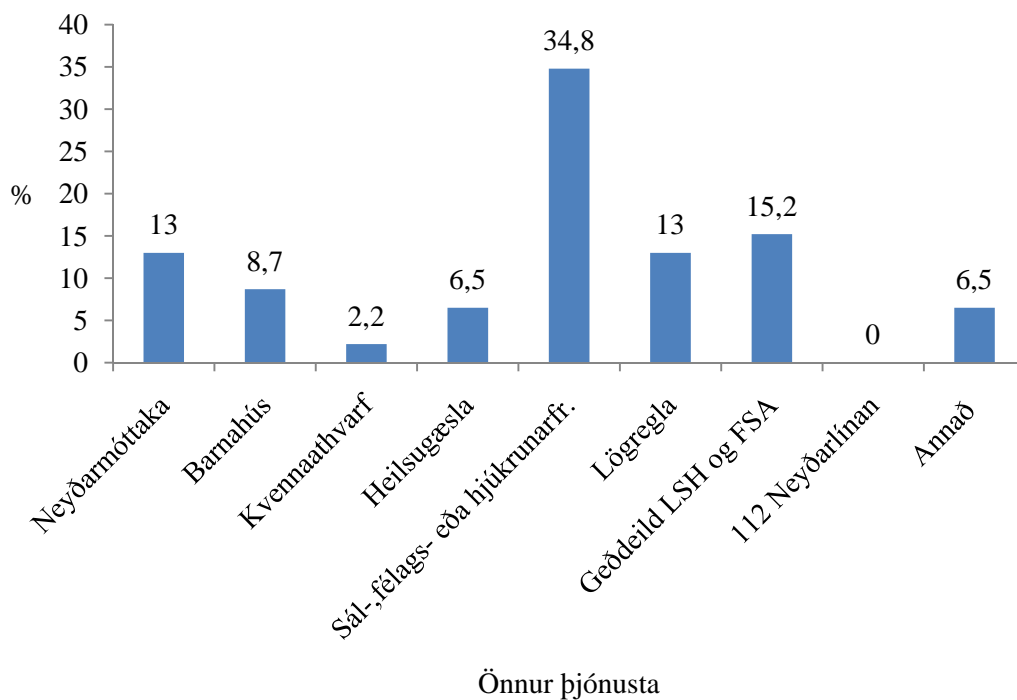


Mynd 5. Tímalengd þess hversu lengi þolendur hafa sótt þjónustu Stígamóta

Misjafnt var hve lengi þolendur kynferðisofbeldis höfðu leitað aðstoðar hjá Stígamótum. Eins og sést á mynd 5 hafði nær helmingur (42,9%) sótt þjónustu Stígamóta í 12 mánuði eða skemur, þar af flestir skemur en 7 mánuði. Þá höfðu allir þeir 35 þolenda sem þátt tóku í rannsókninni og svöruðu, nýtt sér viðtöl og ríflega helmingur hafði einnig nýtt sér sjálfshjálparhópa (sjá Mynd 6).



Mynd 6. Tegund þjónustu sem þolendur sóttu til Stígamóta



Mynd 7. Tegund annarrar þjónustu en Stígamóta sem þolendur sóttu eftir kynferðisofbeldi

Alls höfðu 24 þátttakendur nýtt sér þjónustu annarra stofnanna/samtaka eftir kynferðisofbeldi. Á mynd 7 má sjá hvaða aðra þjónustu þolendur kynferðisofbeldis höfðu sótt, aðra en þá sem Stígamót bjóða. Sjá má að flestir höfðu sótt þjónustu sál-, félags- eða hjúkrunarfræðings (34,8%). Þá höfðu 21,7% leitað til Neyðarmóttöku Landspítala eða í Barnahús.

Niðurstöður sýndu hins vegar að af þeim 33 þolendum sem svöruðu spurningu varðandi það hvort þeir hefðu þarfnast einhverrar aðstoðar eftir ofbeldi sem ekki var fánæg, sögðu 29,2% svo vera. Þegar spurt var hvers vegna þeir hefðu ekki leitað frekari aðstoðar eftir ofbeldið sögðust 56,7% af þeim 30 sem svöruðu spurningunni ekki hafa vitað hvert þeir ættu að leita. Önnur 30% sögðust hafa talið að frekari aðstoð myndi ekki gagnast þeim en 3,3% nefndu báðar ástæður. Hinir sögðust annað hvort ekki hafa þarfnast aðstoðar (3,3%) eða þá hafa fengið hana hjá vinum og ættingjum (6,7%).

Ráðgjöf vegna kynferðisofbeldis og annarra erfiðleika

Í töflu 11 sést hversu margir þátttakendur höfðu fengið ráðgjöf hjá öðrum aðilum en Stígamótum, svo sem sálfræðingi, félagsfræðingi, geðlækni eða prest, vegna einhverra erfiðleika sem þeir höfðu fundið fyrir á ævinni. Sjá má að tæplega 60% höfðu leitað einhverrar aðstoðar eftir kynferðisofbeldið, flestir vegna erfiðleika tengdum kynferðisofbeldi.

Tafla 11. Önnur ráðgjöf en hjá Stígamótum vegna einhverra erfiðleika

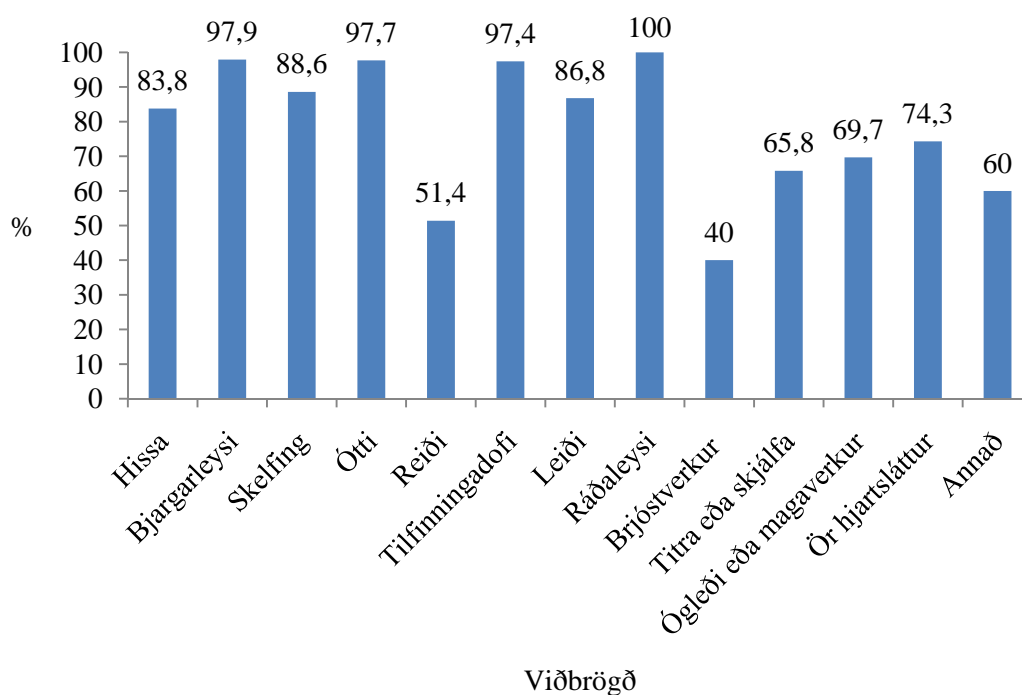
Ráðgjöf	Fjöldi	Hlutfall
Aldrei fengið aðra ráðgjöf	6	12,8
Ráðgjöf bæði fyrir og eftir kynferðisofbeldi	13	27,7
Ráðgjöf eftir kynferðisofbeldi við öðrum erfiðleikum	11	23,4
Ráðgjöf eftir kynferðisofbeldi við erfiðleikum tengdum ofbeldinu	13	27,7
Ráðgjöf eftir kynferðisofbeldi vegna þess og annarra erfiðleika	4	8,4
Heild	47	100

Rúmlega þriðjungur þolenda kynferðisofbeldis sem tóku þátt í rannsókninni (39,8%) greindi frá því að hafa verið lagðir inn á sjúkrahús af geðrænum ástæðum, svo sem vegna þunglyndis, kvíða, sjálfsskaðandi hegðunar eða of mikillar neyslu áfengis eða vímuefna (sjá Tafla 12).

Tafla 12. Innlagnir þolenda á sjúkrahús af geðrænum ástæðum

Innlagnir	Fjöldi	Hlutfall
Engin innlögn	29	60,4
Innlögn fyrir kynferðisofbeldi við öðrum erfiðleikum	1	2,1
Innlögn eftir kynferðisofbeldi við öðrum erfiðleikum	8	16,7
Innlögn eftir kynferðisofbeldi við erfiðleikum tengdum ofbeldinu	6	12,5
Innlögn bæði fyrir og eftir kynferðisofbeldi	3	6,3
Innlögn eftir kynferðisofbeldi vegna þess og annarra erfiðleika	1	2,1
Heild	47	100

Viðbrögð þolenda við kynferðisofbeldi og önnur áföll



Mynd 8. Andleg og tilfinningaleg viðbrögð þolenda á meðan á kynferðisofbeldi stóð

Á mynd 8 má sjá hvaða andlegu og tilfinningalegu viðbrögðum þolendur kynferðisofbeldis sem leituðu til Stígamóta og þátt tóku í rannsókninni greindu frá að hafa fundið fyrir meðan á kynferðisofbeldi stóð. Líkt og sjá má á myndinni greindu þolendur frá því að hafa fundið fyrir margháttuðum andlegum sem og tilfinningalegum viðbrögðum á meðan á ofbeldinu stóð. Allir þolendur greindu frá því að hafa fundið fyrir bjargarleysi eða ótta, sem er lagt til grundvallar viðmiði A fyrir einkennum ÁSR (sjá Tafla 1). Einnig greindu margir þolendur frá því að hafa fundið fyrir tilfinningadofa og allir þolendur sögðust hafa fundið fyrir ráðaleysi á meðan á kynferðisofbeldi stóð.

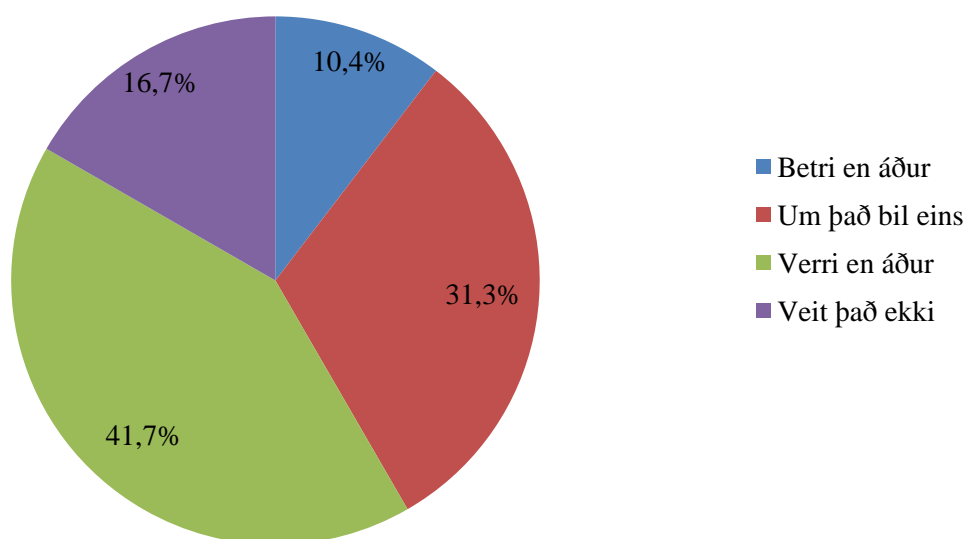
Stór hluti þátttakenda (n=47) greindi frá því að hafa orðið fyrir einhverjum öðrum áföllum en kynferðisofbeldi á lífsleið sinni. Flestir greindu frá því að hafa orðið fyrir annarri þungbærri lífsreynslu en þeirri sem svarmöguleikar gáfu kost á að merkja við og er því ekki ljóst hver sú lífsreynsla var. Hins vegar er ljóst að verulegur fjöldi hafði orðið fyrir fleiru en einu áfalli yfir ævina, þar af höfðu 61,7% orðið fyrir líkamsárás sem fólst í að vera rændur, barin, skotin, stungin með hníf eða ógnað með byssu, af völdum þekktis og/eða óþekktis aðila.

Tafla 13. Áföll sem þolendur hafa orðið fyrir, að undanskyldu kynferðisofbeldi

Tegund áfalls	Fjöldi	Hlutfall
Alvarlegt slys, eldsvoði eða sprenging	17	36,2
Náttúruhamfarir	11	23,4
Líkamsárás af völdum þekktis aðila	17	36,2
Líkamsárás af völdum óþekktis aðila	12	25,5
Hernaðaráttök	1	2,1
Frelsissvipting	5	10,6
Pyntingar	4	8,5
Lífshættulegur sjúkdómur	3	6,4
Önnur þungbær lífsreynsla	27	62,8

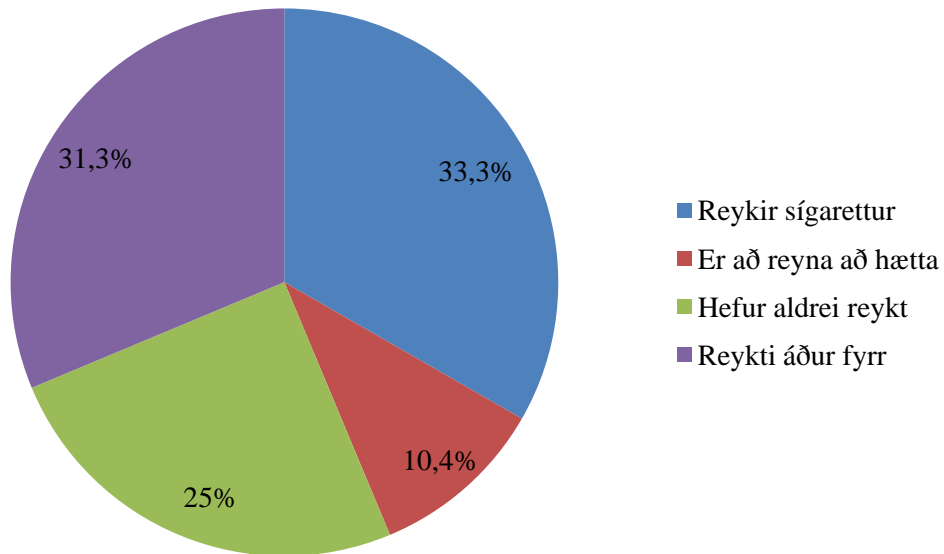
Heilsa og heilsuhegðun þolenda

Til að fá upplýsingar um heilsu þolenda kynferðisofbeldis sem tóku þátt í rannsókninni voru þátttakendur beðnir um að meta heilsu sína á þeim tíma sem rannsóknin fór fram. Í ljós kom að um 14,6% þolenda töldu heilsu sína vera slæma, um 35,4% töldu hana vera í meðallagi, um 33,3% töldu hana vera góða og um 16,7% töldu heilsu sína vera mjög góða.



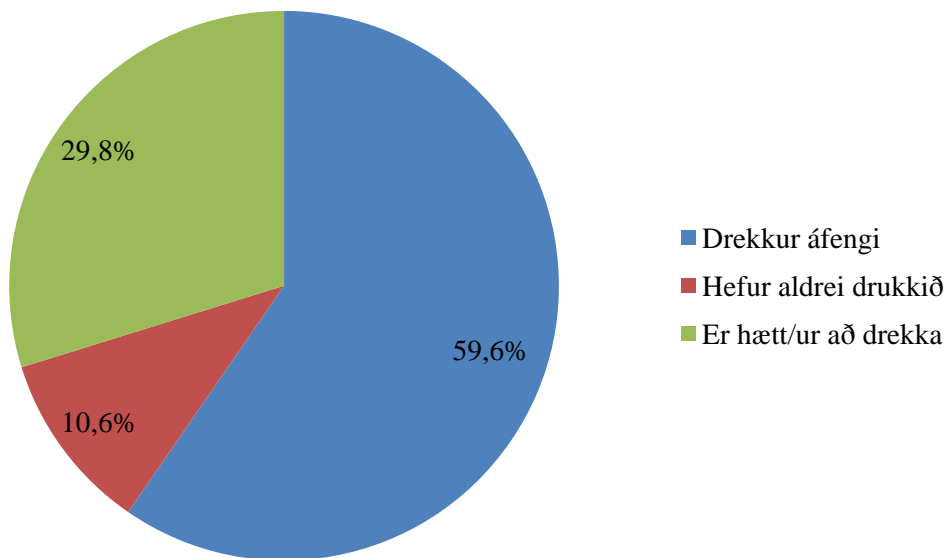
Mynd 9. Samanburður á heilsu þolenda fyrir og eftir kynferðisofbeldi

Því næst voru þátttakendur beðnir um að bera saman núverandi heilsu sína við heilsu sína fyrir kynferðisofbeldi og má sjá þann samanburð á mynd 9. Eins og sjá má á myndinni töldu aðeins 10,4% þátttakenda heilsu sína vera betri en áður en þeir urðu fyrir kynferðisofbeldi en um 41,7% töldu hana vera verri.



Mynd 10. Reykingar þolenda

Til að fá upplýsingar um heilsuhegðun þolenda kynferðisofbeldis voru þátttakendur beðnir um að svara spurningum varðandi reykingar, áfengisneyslu, neyslu lyfja og neyslu ólöglegra vímuefna. Ríflega 43,7% þolenda greindi frá því að þeir reyktu dags daglega eða voru að reyna að hætta að reykja. Hins vegar greindi fjórðungur þolenda frá því að hafa aldrei reykt (sjá Mynd 10).



Mynd 11. Áfengisneysla þolenda

Á mynd 11 má sjá að rúmlega helmingur þolenda kynferðisofbeldis sem tóku þátt í rannsókninni drekka áfengi (59,6%). Athygli vekur að 29,8% þeirra höfðu hætt að drekka áfengi. Þolendur voru einnig spurðir hvort að þeir hefðu einhvern tímann á ævinni leitað sér ráðgjafar vegna vandamála tengdum áfengis- og/eða vímuefnaneyslu og greindu 33,3% frá því að hafa fengið slíka ráðgjöf.

Kannað var hve stór hluti þátttakenda höfðu tekið inn lyf uppáskrifuð af lækni við svefnleysi, kvíða, þunglyndi, verkjum eða öðrum vandamálum síðastliðna 12 mánuði áður en rannsóknin fór fram. Í töflu 14 má sjá að algengustu lyfin meðal þeirra 70,8% þolenda sem tóku þau inn voru verkjalyf. Í langflestum tilfellum höfðu þolendur tekið inn lyf eftir að hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi.

Tafla 14. Notkun þolenda á svefn-, kvíða-, þunglyndis- og verkjalyfjum

Tegund lyfja	Engin inntaka	Inntaka fyrir kynferðisofbeldi	Inntaka eftir kynferðisofbeldi
Lyf við svefnleysi	24 (61,5%)	1 (2,6%)	14 (35,9%)
Lyf við kvíða	26 (63,4%)	4 (9,8%)	11 (26,8%)
Lyf við þunglyndi	27 (65,9%)	4 (9,8%)	8 (19,5%)
Lyf við verkjum	19 (45,2%)	2 (4,8)	17 (40,5%)

Flestir þátttakendur höfðu ekki neytt ólöglegra vímuefna síðastliðna 12 mánuði áður en rannsóknin fór fram. Algengustu vímuefnin meðal þeirra 31,3% þátttakenda sem tóku þau inn voru róandi lyf, eins og svefnlyf, eða marijuana, en engin þeirra hafði tekið inn heróín eða stera (sjá Tafla 15).

Tafla 15. Neysla þolenda á ólöglegum vímuefnum á síðastliðnum 12 mánuðum

Tegund vímuefna	Engin neysla	Neysla á síðustu 12 mánuðum
Marijuana	32 (88,9%)	4 (11,1%)
Kókaín	42 (91,3%)	4 (8,7%)
Heróín	43 (100%)	0
Róandi lyf (<i>svefnlyf</i>)	36 (80%)	9 (20%)
Ofskynjunarlyf (<i>sýra, e-pilla</i>)	41 (93,2%)	3 (6,8%)
Sterar	43 (100%)	0
Önnur efni	42 (95,5%)	2 (4,5%)

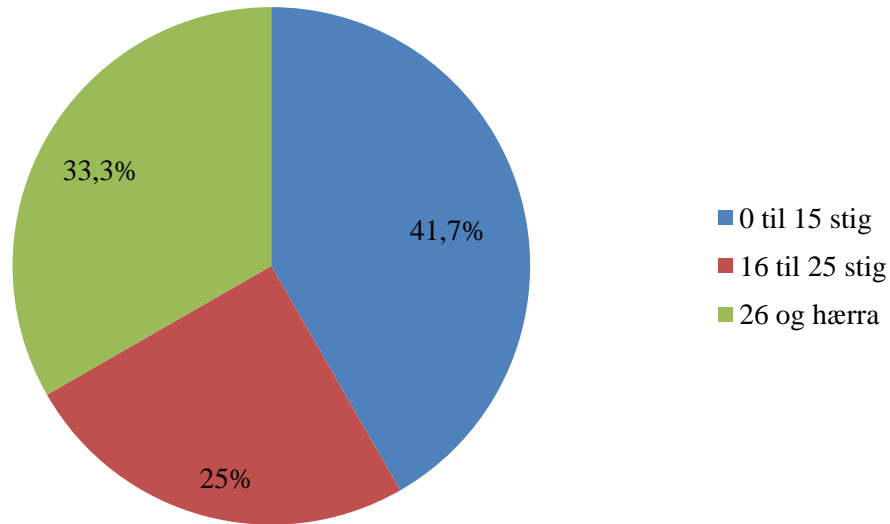
Í töflu 16 má sjá fjölda og hlutfall þátttakenda sem höfðu notað fleiri en eitt lyf á síðastliðnum 12 mánuðum áður en rannsóknin fór fram. Notast var við kí-kvaðrat próf til að kanna lyfjanotkun þolenda á svefn-, kvíða-, þunglyndis- og verkjalyfjum og kom í ljós að marktækt samband var milli þess að nota svefn- og kvíðalyf ($\chi^2(1)=17,6, p<0,01$), svefn- og þunglyndislyf ($\chi^2(1)=8,6, p<0,05$) og svefn- og verkjalyf ($\chi^2(1)=4,1, p<0,05$). Þeir þolendur sem tóku inn svefnlyf síðastliðna 12 mánuði fyrir rannsóknina voru 30 sinnum líklegri en þeir sem tóku ekki inn slík lyf til að hafa einnig tekið inn kvíðalyf ($OR=30$), 10 sinnum líklegri til að hafa tekið inn þunglyndislyf ($OR=9,3$) og fjórum sinnum líklegri til að hafa tekið inn verkjalyf ($OR=4,2$). Einnig fannst marktækt samband milli þess að nota kvíða- og þunglyndislyf ($\chi^2(1)=19,5, p<0,01$) og voru þolendur sem tóku inn kvíðalyf 40 sinnum líklegri en aðrir til að hafa einnig tekið inn þunglyndislyf ($OR=40$). Að lokum fannst marktækt samband milli þess að nota þunglyndis- og verkjalyf ($\chi^2(1)=3,9, p<0,05$) og voru þeir þolendur sem höfðu tekið inn þunglyndislyf síðastliðna 12 mánuði fyrir rannsóknina rúmlega fjórum sinnum líklegri en aðrir þolendur til að hafa tekið inn verkjalyf ($OR=4,4$).

Af þeim þátttakendum sem höfðu tekið inn ólögleg vímuefni síðustu 12 mánuði fyrir rannsóknina var algengast að þeir höfðu tekið inn róandi lyf, s.s. svefnlyf. Því var athugað hvort að tengsl væru milli notkunar slíkra lyfja og notkunar svefn-, kvíða-, þunglyndis- eða verkjalyfja sem uppáskrifuð voru af lækni. Notast var við kí – kvaðrat próf til að kanna þessi tengsl og kom í ljós að markækt samband var á milli þess að nota róandi lyf og svefnlyf ($\chi^2(1)=9,78, p<0,01$) og þess að nota róandi lyf og kvíðalyf ($\chi^2(1)=6,0, p<0,05$). Þeir þolendur sem tóku inn ólögleg róandi lyf síðastliðna 12 mánuði fyrir rannsóknartímabilið voru 20 sinnum líklegri en þeir sem ekki höfðu tekið inn slík lyf til að hafa einnig tekið inn svefnlyf ($OR=20$) og tæplega átta sinnum líklegri til að hafa tekið inn kvíðalyf ($OR=7,7$).

Tafla 16. Notkun þolenda á svefn-, kvíða-, þunglyndis-, verkja- og ólöglegum róandi lyfjum

Tegund lyfja	Svefnlyf	Kvíðalyf	Þunglyndislyf	Verkjalyf
Svefnlyf		11 (84,6%)	8 (72,7%)	10 (52,6%)
Kvíðalyf			10 (83,3%)	9 (45%)
Þunglyndislyf				9 (45%)
Róandi lyf (svefnlyf)	7 (46,7%)	6 (40%)	5 (38,5%)	4 (17,4%)

Afleiðingar kynferðislegs ofbeldis



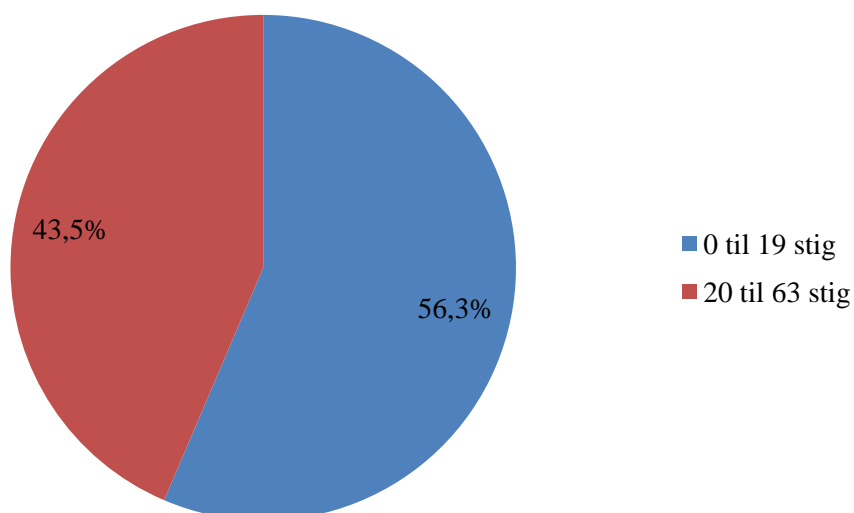
Mynd 12 . Tíðni áfallastreitueinkenna hjá þolendum kynferðisofbeldis

Allir þolendur kynferðisofbeldis svöruðu spurningalista um áfallastreitueinkenni (*PSS-SR*). Á mynd 12 má sjá að 58,3% þolenda greindu frá einkennum sem benda til að þeir geti verið að finna fyrir vægum til mjög alvarlegum einkennum ÁSR samkvæmt viðmiðum Foa o.fl. (1993). Líklegt er að þau einkenni hafi truflað daglegt líf þolenda síðan kynferðislega ofbeldið átti sér stað.

Tengsl milli áfallastreitueinkenna og áhættuþátta fyrir áfallastreituröskun (ÁSR)

Kannað var hvort að munur væri á meðalskorum þolenda kynferðisofbeldis sem tóku þátt í rannsókninni á spurningalista um áfallastreitueinkenni (*PSS-SR*) eftir aldri þeirra, öðrum áföllum sem þeir höfðu orðið fyrir og hvort að þeir hefðu orðið fyrir líkamlegum meiðslum á meðan á kynferðisofbeldi stóð. Notast var við t-próf við þennan samanburð. Niðurstöður t-prófs sýndu að ekki var marktækur munur á meðalskorum þolenda eftir aldri sem þýðir að ekki er munur á einkennum áfallastreitu eftir því hversu gamlir þolendur voru er þeir urðu fyrst fyrir kynferðisofbeldi. Hins vegar kom í ljós að marktækur munur var á meðalskorum þolenda eftir því hvort þeir höfðu orðið fyrir líkamlegum meiðslum á meðan á kynferðisofbeldi stóð eða ekki. Það þýðir að þeir þolendur sem urðu fyrir

líkamlegum meiðslum greindu frekar frá áfallastreitueinkennum ($M=27,7$, $SF= 2,7$) en þeir sem urðu ekki fyrir líkamlegum meiðslum ($M=16,2$, $SF= 1,8$), ($t(45)= -3,69$, $p=0,001$). Þá fannst einnig marktækur munur milli meðalskora þolenda sem höfðu orðið fyrir líkamsárás af völdum einhvers óþekkts aðila ($M=27,5$, $SF= 4,0$) og meðalskora þolenda sem höfðu ekki orðið fyrir slíkri árás ($M=18,7$, $SF= 1,8$), ($t(45)= -2,29$, $p=0,03$). Um var að ræða árás sem ekki fól í sér kynferðislega árás heldur til dæmis að þolandi var rændur, barinn, skotinn, stunginn með hníf eða ógnað með byssu. Marktækur munur milli þessarra hópa þýðir að þeir þolendur sem höfðu orðið fyrir líkamsárás greindu frekar frá áfallastreitueinkennum eftir kynferðisofbeldi en þeir sem höfðu ekki orðið fyrir slíkri árás.



Mynd 13. Tíðni þunglyndiseinkenna hjá þolendum kynferðisofbeldis

Allir þátttakendur svöruðu þunglyndiskvarða Becks (*BDI-II*). Rúmlega 40% greindi frá einkennum þunglyndis sem gefa vísbendingu um þunglyndi samkvæmt íslenskum viðmiðum sem mælt er með að notast sé við á Íslandi samkvæmt rannsókn Þórðar Arnar Arnarssonar o.fl. (2008) (sjá Mynd 13).

Tíðni áfengis- og vímuefnavanda

Þátttakendur sem drukkið höfðu áfengi síðastliðna 12 mánuði áður en rannsóknin fór fram voru beðnir um að svara skimunarprófi um áfengisneyslu (*SMAST*). Alls greindu 58,3% frá því að hafa drukkið áfengi síðastliðna 12 mánuði fyrir rannsóknina og af þeim greindi rúmlega þriðjungur þolenda frá áfengisvanda, eða 20,8% allra þolenda sem tóku þátt í rannsókninni (sjá Tafla 17). Það má því gera ráð fyrir því að ríflega fjórðungur allra þolenda sem tóku þátt í rannsókninni noti áfengi á þann hátt að neyslan komi í veg fyrir að þolandi geti sinnt mikilvægum skyldum, stefni honum eða öðrum í hættu á einhvern hátt, valdi því að hann komist í kast við lögin og/eða valdi endurteknum vandamálum í samskiptum við aðra (sjá Tafla 2).

Tafla 17. Tíðni áfengisvanda meðal þolenda kynferðisofbeldis

<i>SMAST</i>	Fjöldi	Hlutfall
Já	10	35,7
Nei	18	64,3
Heild	28	100

Um 58,3% þolenda kynferðisofbeldis sem tóku þátt í rannsókninni svöruðu skimunarprófi um vímuefnaneyslu (*DAST*). Af þeim sem svöruðu greindi tæplega þriðjungur, eða 16,7% allra þolenda frá vímuefnavanda og gera má ráð fyrir að þeir þolendur glími við svipuð vandamál tengdum neyslu lyfja eða vímuefna og þeir þolendur sem greindu frá áfengisvanda, þar sem áfengis- og vímuefnavandi er skilgreindur sem einn og sami vandinn samkvæmt DSM-IV-TR (sjá Tafla 2) (sjá Tafla 18).

Tafla 18. Tíðni vímuefnavanda meðal þolenda kynferðisofbeldis

<i>DAST</i>	Fjöldi	Hlutfall
Já	8	28,6
Nei	20	71,4
Heild	28	100

Tengsl skora á mælitækjum fyrir áfallastreitueinkenni, þunglyndiseinkenni, áfengis- og vímuefnaneyslu

Í töflu 19 má sjá tengsl milli skora þolenda á spurningalista um áfallastreitueinkenni (*PSS-SR*), þunglyndiskvarða Becks (*BDI-II*), skimunarprófi um áfengisneyslu (*SMAST*) og skimunarprófi um vímuefnaneyslu (*DAST*). Þar sést að sterkt jákvætt samband er milli skora á spurningalista um áfallastreitueinkenni og skora á þunglyndiskvarða Becks, sem þýðir að því meiri áfallastreitueinkennum sem þolendur greindu frá því meiri þunglyndiseinkennum greindu þeir einnig frá. Um 87,5% þeirra sem greindu frá alvarlegum einkennum ÁSR greindu einnig frá alvarlegum einkennum þunglyndis. Í töflunni má einnig sjá að hvorki er samband milli skora á mælitækjum fyrir áfengis- og vímuefnaneyslu og skora á spurningalista um áfallastreitueinkenni. Þá er ekki marktækt samband milli skora á þunglyndiskvarða Becks og skora á mælitækjum fyrir áfengis- og vímuefnavanda. Þó er úrtaksfylgni milli skora á þunglyndiskvarða Becks og skora á mælitækjum fyrir áfengis- og vímuefnaneyslu hærri en fylgni á milli skora á spurningalista fyrir áfallastreitueinkenni og síðastnefndu mælitækjanna.

Tafla 19. Tengsl milli *PSS-SR*, *BDI-II*, *SMAST* og *DAST*

	<i>BDI-II</i>	<i>SMAST</i>	<i>DAST</i>
<i>PSS-SR</i>	0,79**	0,17	0,22
<i>BDI-II</i>		0,24	0,33
<i>SMAST</i>			0,40

** $p < 0,01$

Tengsl einstakra flokka áfallastreitueinkenna við lyfjanoðkun

Notast var við t-próf til að kanna hvort þátttakendur sem tóku inn svefn-, kvíða-, þunglyndis-, eða verkjalyf síðastliðna 12 mánuði fyrir rannsóknina greindu frekar frá einstökum flokkum áfallastreitueinkenna en þeir sem höfðu ekki tekið inn slík lyf. Að einhverju leiti reyndist vera ólíkt samband milli flokkana þriggja og ólíkra lyfjategunda. Marktækur munur var á meðalskori þátttakenda sem höfðu tekið inn verkjalyf ($M=6,2$, $SF=4,1$) og þeirra sem höfðu ekki tekið inn slík lyf ($M=3,4$, $SF=2,8$), á spurningum sem kanna síendurteknar minningar ($t(40)=-2,51$, $p=0,016$). Einnig var marktækur munur á meðalskori þátttakenda sem höfðu tekið

inn verkjalyf ($M=9,8$, $SF=5,7$) og þeirra sem höfðu ekki tekið inn slík lyf ($M=6,2$, $SF=4,8$), á spurningum sem kanna hliðrun og tilfinningadofa ($t(40)=-2,19$, $p=0,034$). Það þýðir að þátttakendur sem tóku inn verkjalyf greindu frekar frá því að finna fyrir síendurteknum minningum eða einkennum hliðrunar og tilfinningadofa en þeir sem gerðu það ekki. Auk þess var marktækur munur á meðalskori þátttakenda sem tekið höfðu inn svefnlyf ($M=9,2$, $SF=3,4$) og þeirra sem höfðu ekki tekið inn slík lyf ($M=6,0$, $SF=4,4$), á spurningum sem kanna einkenni ofurárvekni ($t(37)=-2,41$, $p=0,021$) sem þýðir að þátttakendur sem tóku inn svefnlyf greindu frekar frá því að finna fyrir einkennum ofurárvekni en þeir sem gerðu það ekki.

Tengsl bjargráða við áfallastreitueinkenni, áfengis- og vímuefnavanda

Í töflu 20 má sjá tengsl milli skora á spurningalista um áfallastreitueinkenni (*PSS-SR*), skimunarprófi um áfengisneyslu (*SMAST*) og skimunarprófi um vímuefnaneyslu (*DAST*) við jákvæð tilfinningamiðuð bjargráð. Samkvæmt tilgátu 1 var búist við að neikvætt samband væri milli áfallastreitueinkenna og jákvæðra tilfinningamiðaðra bjargráða, þ.e. tilfinningaúrvinnslu og tilfinningatjáningu. Í töflunni sést að sú tilgáta stenst. Það þýðir að þolendur sem nota minna af tilfinningaúrvinnslu eða tilfinningatjáningu greindu frekar frá áfallastreitueinkennum. Samkvæmt tilgátu 2 var búist við að jákvætt samband væri milli áfallastreitueinkenna og reynsluforðunar, þ.e. að þeir sem nota meira af reynsluforðunar bjargráðum greini frekar frá áfallastreitueinkennum. Eins og sjá má í töflunni stóðst einnig sú tilgáta.

Til viðbótar má sjá að neikvætt samband er á milli áfengisvanda og tilfinningaúrvinnslu en jákvætt samband milli áfengisvanda og reynsluforðunar bjargráða (sjá Tafla 20). Það þýðir að þeir sem nota minna af tilfinningaúrvinnslu eða meira af reynsluforðunar bjargráðum til að takast á við erfiðleika greindu frekar frá áfengisvanda. Hins vegar fannst ekkert marktækt samband milli vímuefnavanda og bjargráða.

Tafla 20. Tengsl áfallastreitueinkenna, áfengis- og vímuefnavanda við jákvæð tilfinningamiðuð bjargráð og reynsluforðunar bjargráð

Spurningalistar	Bjargráð		
	Tilfinningaúrvinnsla	Tilfinningatjáning	Reynsluforðun
<i>PSS-SR</i>	-0,33*	-0,43**	0,65**
<i>SMAST</i>	-0,44*	-0,15	0,44*
<i>DAST</i>	-0,04	0,06	0,27

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Bjargráð sem miðlun að sambandinu milli áfallastreitueinkenna og áfengis- eða vímuefnavanda

Samkvæmt tilgátum 3 til 8 miðla bjargráð sambandinu milli áfallastreitueinkenna og áfengisvanda annars vegar og vímuefnavanda hins vegar. Til að skoða hvort að þær tilgátur stóðust var fyrst skoðað hvort að tengsl væru milli óháðu breytunnar (þ.e. áfallastreitueinkenna) og háðu breytunnar (þ.e. áfengisvanda annars vegar og vímuefnavanda hins vegar) og má sjá þær niðurstöður í töflu 20. Eins og sjá má var ekki marktækt samband milli þessara breytna ($p > 0,05$). Samkvæmt fyrsta skrefi Baron og Kenny (1986) þarf fylgni að vera á milli óháðu og háðu breytanna til að hægt sé að athuga hvort millibreyta miðli sambandinu þar á milli. Þar af leiðandi var ekki hægt að athuga hvort að jákvæð tilfinningamiðuð bjargráð eða forðun miðla sambandinu milli áfallastreitueinkenna og áfengisvanda annars vegar og vímuefnavanda hins vegar og því ekki stuðningur fyrir tilgátum 3 til 8.

Umræða

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna tíðni áfallastreitueinkenna og áfengis- og vímuefnavanda hjá þolendum kynferðislegs ofbeldis sem leituðu til Stígamóta á tímabilinu janúar til apríl árið 2009. Auk þess var tilgangurinn að skoða hvort þolendur sem nota jákvæð tilfinningamiðuð bjargráð, nánar tiltekið tilfinningaúrvinnslu og tilfinningatjáningu, og reynsluforðunar bjargráð til að takast á við erfiða og streituvaldandi atburði greini frekar frá áfallastreitueinkennum. Að lokum var ætlunin að kanna hvort að þessi bjargráð miðli sambandinu milli áfallastreitueinkenna og áfengisvanda annars vegar og vímuefnavanda hins vegar.

Upplýsingar um þolendur

Allir þátttakendur í rannsókninni höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi einhvern tímann á ævinni og því allir þolendur kynferðisofbeldis. Árið 2008 voru yfir 90% þeirra sem leituðu aðstoðar Stígamóta konur (Ingibjörg Þórðardóttir, 2008) og því kom ekki á óvart að meirihluti þolenda í þessari rannsókn var einnig konur. Flestir þolendur voru undir 40 ára aldri, þar af um 35% á bilinu 24 til 30 ára en aldursdreifing þolenda var á bilinu 18 til 70 ára. Tæplega 40% þolenda hafði einungis lokið skyldunámi eða minna námi en til samanburðar má sjá að í Landshögum hagtöluárbók Hagstofu Íslands (2008) höfðu að um 36% íslendinga á aldrinum 16 til 74 ára einungis lokið grunnskólanámi eða stuttu námi á framhaldsskólastigi. Líklegt er að þetta hlutfall sé enn lægra ef aldursdreifingin væri 18 til 70 ára líkt og í núverandi rannsókn, þ.e. ef niðurstöður fólks sem eru undir 18 ára og eldri en 70 ára væru teknar út. Gera má ráð fyrir því að þeir sem eru á aldrinum 16 til 18 ára hafi ekki lokið meira námi en skyldunámi og stuttu námi á háskólastigi og fólk eldra en 70 ára hafi líklega ekki haft sömu tækifæri til menntunar á þeim tíma. Samkvæmt þessum niðurstöðum hafa þolendur kynferðisofbeldis sem tóku þátt í rannsókninni almennt lokið minna námi en gengur og gerist í íslensku samfélagi. Þessar niðurstöður eru í samræmi við erlendar rannsóknir sem hafa sýnt að kynferðisofbeldi geti meðal annars haft neikvæð áhrif á heilastarfsemi barna og námsárangur (Buka, Stichick, Birdthistle og Earls, 2001; Dyson, 1990; Teicher o.fl., 2003). Hins vegar bera að geta þess að þó margir þolendur höfðu einungis lokið skyldunámi hafði viðlíka fjöldi lokið námi sem flokka má á háskólastig og fjórðungur hafði lokið starfsnámi, iðnnámi, bóklegu framhaldsnámi, eða öðru ótilgreindu námi. Rúmlega 60% þolenda voru giftir, í

sambúð eða í föstu sambandi. Flestir þolendur mátu fjárhagsstöðu sína sem þokkalega. Hins vegar mat tæplega þriðjungur þolenda fjárhagsstöðu sína sem slæma eða mjög slæma þar sem þeir voru annað hvort með miklar skuldir eða gjaldþrota. Varðandi nám og starf þolenda kom í ljós að langflestir virtust hafa vinnu að einhverju marki. Hins vegar voru hátt í 15% frá vinnu vegna veikinda eða örorku sem kom ekki á óvart þar sem erlendar rannsóknir hafa ítrekað sýnt að kynferðisofbeldi getur haft alvarlegar neikvæðar afleiðingar á andlega og líkamlega heilsu þolenda (Kilpatrick o.fl., 1987; Kilpatrick o.fl., 2000).

Hversu alvarlegt er kynferðisofbeldi

Erlendar rannsóknarniðurstöður benda til þess að afleiðingar kynferðisofbeldis séu mun alvarlegri þegar um innsetningu er að ræða (Russell, 1999). Því var alvarleiki kynferðisofbeldis flokkaður eftir því hvort að um innsetningu tippis, fingurs, tungu eða hlutar inn í legggöng, munn eða rass þolanda með valdi, gegn vilja þolanda, hafi verið að ræða eða ekki. Út frá þeirri skilgreiningu er hægt að segja að nær allir þolendur tóku þátt í rannsókninni hafi orðið fyrir alvarlegu kynferðisofbeldi, eða 92%. Samkvæmt Almennum hegningarlögum nr. 22/202 er ólöglegt að hafa samræði við barn yngra en 15 ára. Niðurstöður sýndu að um 71% þolenda voru yngri en 15 ára þegar þeir urðu fyrir kynferðisofbeldi þar sem um innsetningu var að ræða. Þá sýna niðurstöður núverandi rannsóknar að um 90% þolenda höfðu orðið fyrir ítrekuðu kynferðislegu ofbeldi. Hvað aldur þolenda varðar er fyrsta eða eina kynferðisofbeldi átti sér stað sýndu niðurstöður að tæplega 90% þolenda voru undir 18 ára aldri, þar af tæplega 65% undir 11 ára aldri. Hins vegar höfðu um 65% orðið síðast fyrir kynferðisofbeldi eftir að þeir náðu 18 ára aldri. Það bendir til þess að hjá þeim þolendum sem urðu fyrir ítrekuðu kynferðisofbeldi hafi það átt sér stað á mismunandi tímabilum ævi þeirra, fyrst á barnsaldri og síðan á fullorðinsárum. Þessar niðurstöður eru í samræmi við erlendar rannsóknir sem sýna að konur sem hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi eru í áhættuhópi fyrir því að lenda aftur í kynferðisofbeldi (Kilpatrick o.fl., 1997). Alls var um þriðjungur gerenda blóðskyldur þolanda á einn eða annan hátt, t.d. foreldri eða systkini, en rúmlega þriðjungur gerenda var ókunnugur þolanda eða einhver sem þolandi hafði þekkt skemur en 24 klukkustundir. Það má því segja að allur gangur hafi verið á því hvort þolendur þekktu geranda eða ekki. Þar sem heildarfjöldi gerenda var 84 en þolendur

voru aðeins 48 má gera ráð fyrir að gerendur hafi í mörgum tilfellum verið fleiri en einn aðili. Meðal þeirra þolenda sem höfðu orðið fyrir ítrekuðu kynferðisofbeldi er einnig hugsanlegt að gerandi hafi í einhverjum tilfellum verið skyldur þolanda en í öðrum tilfellum ókunnugur honum.

Aðstoð eftir kynferðisofbeldi

Erlendar rannsóknir sýna að tæplega helmingur þolenda nær að vinna úr erfiðum tilfinningum og minningum tengdum áföllum eins og kynferðisofbeldi á farsælan hátt, án formlegs inngríps á fyrstu mánuðunum eftir áfallið (Foa o.fl., 1997; Horowitz og Solomon, 1975; Valentiner, Foa, Riggs, og Gershuny, 1996). Þegar skoðað var hvort að þolendur hefðu leitað sér aðstoðar eftir kynferðisofbeldi kom í ljós að um helmingur þolenda leitaði sér ekki aðstoðar. Af þeim sem leituðu sér ekki aðstoðar taldi þriðjungur að sú sem þeim stóð til boða myndi ekki hjálpa þeim við að takast á við kynferðisofbeldi. Það segir þó ekki alla söguna, því aðeins um 3% töldu sig ekki hafa þarfnast aðstoðar sem bendir til þess að meirihluti þolenda sem leitaði sér ekki aðstoðar hafi í raun talið sig hafa þurft á aðstoð að halda. Um þriðjungur þolenda taldi sig hafa þurft á aðstoð að halda eftir kynferðisofbeldi sem ekki var fáanleg og tæplega 60% þolenda leituðu sér ekki frekari aðstoðar vegna þess að þeir vissu ekki hvert þeir ættu að leita. Þessar niðurstöður benda til þess að aðstoð í kjölfar kynferðisofbeldis sé ekki nægilega fjölbreytileg eða nógu sýnileg almenningi og er það visst áhyggjuefni. Hins vegar skal hafa í huga að flestir þolendur í rannsókninni voru undir 11 ára aldri þegar þeir urðu fyrir kynferðisofbeldi fyrst og því eðlilegt að þeir vissu ekki hvert þeir ættu að leita. Það undirstrikar ábyrgð ábyrgðaraðila barnsins, s.s. foreldra, kennara eða umönnunaraðila, sem jafnvel misstu af vísbendingum um að eitthvað væri að hjá barninu. Eins undirstrikar það fræðsluskyldu fullorðinna og hversu mikilvægt það er að börn séu frædd um kynferðisofbeldi og hvað þau geti gert ef þau verða fyrir því eða hafa vitneskju um að önnur börn hafi orðið fyrir kynferðisofbeldi.

Flestir þolendur sem leituðu sér aðstoðar gerðu það ekki fyrr en meira en fimm árum eftir kynferðisofbeldi, en aðeins um 12% leituðu sér aðstoðar innan við viku frá ofbeldinu. Þessar niðurstöður koma ekki á óvart í ljósi þess að flestir þolendur urðu fyrir kynferðisofbeldi þegar þeir voru á barnsaldri eða unglingsárum, en talið er að meirihluti barna sem verður fyrir kynferðisofbeldi segi ekki frá því fyrr en á fullorðinsárum (Resnick o.fl., 2000). Því er líklegt að þeir þolendur sem

ekki leituðu aðstoðar fyrr en meira en fimm árum eftir kynferðisofbeldi hafi í raun ekki gert það fyrr en þeir voru komnir á fullorðinsár. Niðurstöður varðandi tímalengd frá kynferðisofbeldi og þar til þolandi leitaði aðstoðar Stígamóta voru sambærilegar þessum niðurstöðum. Aðeins 12% þolenda leituðu aðstoðar Stígamóta innan við mánuði eftir að kynferðisofbeldi átti sér stað en rúmlega helmingur ekki fyrr en fimm árum síðar.

Um þriðjungur þolenda hafði sótt þjónustu Stígamóta í minna en sjö mánuði en tveir þriðju hafði sótt þjónustu Stígamóta í 12 mánuði eða lengur. Allir þolendur sem höfðu nýtt sér þá formlegu þjónustu sem Stígamót bjóða upp á höfðu farið í einstaklingsviðtöl. Auk þess höfðu margir nýtt sér sjálfshjálparhópa, eins og sífjaspells- og nauðgunar-, unglunga-, reiði- eða karlahópa. Aðeins brot af þeim sem leituðu til Stígamóta tóku þátt í rannsókninni hafði nýtt sér 12 spora hópa, leiðbeinendanámskeið eða aðra framhaldshópa. Það skýrist líklega af því að þessir hópar eru fyrir þá sem unnið hafa í einhvern tíma að úrlausn síns vanda og eru tilbúnir til að halda áfram og leiðbeina öðrum við að takast á við áföll sín. Aðeins 24 þolendur höfðu sótt aðra þjónustu en þjónustu Stígamóta eftir kynferðisofbeldi og var algengast að leitað hafi verið til sál-, félags- eða hjúkrunarfræðinga. Nokkrir þolendur höfðu leitað sér aðstoðar á geðdeild LSH eða geðdeild FSA, Lögreglu eða Neyðarmóttöku Landspítala en athygli vekur að enginn nýtti sér þjónustu 112 Neyðarlínu.

Ráðgjöf vegna kynferðisofbeldis og annarra erfiðleika

Flestir þolendur höfðu leitað sér ráðgjafar utan Stígamóta, til að mynda hjá sálfræðingi, félagsfræðingi, geðlækni eða presti, vegna einhverra erfiðleika í lífinu. Auk þess höfðu tveir fimmtu þolenda verið lagðir inn á sjúkrahús sökum geðræns vanda, svo sem vegna þunglyndis, kvíða, sjálfskaðandi hegðunar eða of mikillar neyslu áfengis og/eða vímuefna. Þrátt fyrir að þetta hlutfall sé hátt, koma þessar niðurstöður ekki á óvart í ljósi þess að erlendar rannsóknarniðurstöður hafa sýnt að kynferðislegt ofbeldi hafi gjarnan neikvæðar afleiðingar á andlega heilsu þolenda (Boney-McCoy og Finkelhor, 1996; Kilpatrick o.fl., 2003; Pergonigg o.fl., 2000). Niðurstöðurnar benda til þess að stór hluti þolenda kynferðisofbeldis sem leita til Stígamóta eigi við erfið vandamál að stríða, bæði tengd og ótengd kynferðisofbeldi og séu því að leita víðar eftir aðstoð en þeir sem eru ekki að takast á við slíka erfiðleika.

Viðbrögð þolenda við kynferðisofbeldi og önnur áföll

Kynferðislegt ofbeldi er alvarlegt áfall fyrir hvern þann sem fyrir því verður og er eðlilegt að finna fyrir margháttuðum neikvæðum andlegum og líkamlegum viðbrögðum á meðan á því stendur (Friedman, o.fl., 2001). Sú varð raunin meðal þolenda kynferðisofbeldis sem leituðu til Stígamóta og tóku þátt í rannsókninni, en allir þolendur sögðust hafa fundið fyrir bjargarleysi, ótta, tilfinningadofa eða ráðaleysi á meðan á kynferðisofbeldi stóð. Flestir þolendur greindu frá margháttuðum viðbrögðum, bæði líkamlegum og andlegum, sem komið hefðu fram á meðan á kynferðisofbeldi stóð, en almennt þó fleiri andlegum viðbrögðum heldur en líkamlegum. Varðandi önnur áföll sem þolendur höfðu orðið fyrir á lífsleiðinni kom í ljós að allir nema einn þolandi greindu frá því að hafa orðið fyrir öðru áfalli en kynferðisofbeldi og verulegur fjöldi hafði orðið fyrir fleiru en einu áfalli til viðbótar. Niðurstöður íslenskrar rannsóknar Berglindar Guðmundsdóttur, o.fl. (2008) sýndu að 67% íbúa á Suðurlandi höfðu orðið fyrir einhverju áfalli á lífsleiðinni, og því má segja að tíðni áfalla meðal þolenda sem tóku þátt í rannsókninni sé mjög há. Þar sem flestir greindu frá því að hafa orðið fyrir öðru áfalli en þeim sem svarmöguleikar gáfu kost á að merkja við er ekki hægt að segja til með vissu hvaða annað áfall í þessum hópi. Hins vegar er athyglisvert að sjá að rúmlega 60% þolenda höfðu orðið fyrir líkamsárás sem fólst í því vera rændur, barinn, skotinn, stunginn með hníf eða ógnað með byssu af völdum óþekkts eða þekkts aðila. Þetta hlutfall verður að teljast ansi hátt og er það umhugsunarvert.

Heilsa og heilsuhegðun þolenda

Erlendar rannsóknarniðurstöður hafa ítrekað sýnt að heilsa þolenda kynferðisofbeldis er oftast en ekki slæm (Kilpatrick o.fl., 1987; Kilpatrick o.fl., 2000) og því kom ekki á óvart að helmingur þolenda í rannsókninni töldu heilsu sína vera í meðallagi eða slæma. Eins og fram hefur komið var töluvert hátt hlutfall þolenda öryrkjar eða frá vinnu vegna veikinda og tengist það að öllum líkindum slæmri heilsu þeirra. Athygli vekur að yfir 40% töldu heilsu sína vera verri en hún var áður en þeir máttu þola kynferðislegt ofbeldi. Margir þolendur vissu ekki hvort að heilsa sín væri betri eða verri en hún var áður en kynferðisofbeldi átti sér stað. Það skýrist líklega að hluta til af því að flestir þolendur urðu fyrir kynferðisofbeldi

þegar þeir voru á barnsaldri og gæti því verið erfitt fyrir þá að bera saman heilsu sína þá við heilsu sína núna.

Þegar niðurstöður varðandi heilsuhegðun þolenda voru skoðaðar kom í ljós að mikill meirihluti þolenda hafði reykt á einhverjum tímapunkti ævinnar en aðeins fjórðungur þolenda hafði aldrei reykt. Það verður að teljast ansi lágt hlutfall þar sem rannsóknir sýna að tæplega helmingur íslenskra kvenna hefur aldrei reykt (Ásta G. Ragnarsdóttir, Linda M. Þorsteinsdóttir og Matthias Þorvaldsson, 2005). Þessar niðurstöður eru þó í samræmi við erlendar rannsóknarniðurstöður sem sýna að þolendur kynferðisofbeldis eru líklegri en aðrir til að reykja (Anda o.fl., 1999). Tæplega 60% þolenda drukku áfengi en athygli vakti að um þriðjungur þolenda hafði hætt að drekka áfengi og rúmlega þriðjungur þolenda hafði fengið ráðgjöf vegna áfengis- og/eða vímuefnavanda. Þó var ekki marktækt samband milli þess að vera hættur áfengisneyslu og að hafa leitað sér ráðgjafar og því ekki hægt að draga þær ályktanir að þeir sem fengu ráðgjöf vegna áfengis- og/eða vímuefnavanda hefðu hætt að drekka. Þessar niðurstöður benda til þess að margir þolendur sem drekka áfengi telji neyslu sína jafnvel vera vandamál og að þeir þurfi á ráðgjöf að halda.

Niðurstöður varðandi lyfja- og vímuefnaneyslu þolenda voru í samræmi við erlendar rannsóknarniðurstöður sem sýndu að algengustu lyfin sem þolendur kynferðisofbeldis taka inn eru verkjalyf, en þar á eftir koma kvíða-, þunglyndis og svefnlyf (Chilcoat og Breslau, 1998; Goldenberg o.fl., 1995). Þar sem flestir þolendur urðu fyrir kynferðisofbeldi á barnsaldri mátti búast við því að meirihluti þeirra byrjaði að taka inn lyf eftir að kynferðisofbeldi átti sér stað. Það er visst áhyggjuefni að þeir þolendur sem tóku inn eina tegund lyfja, s.s. svefnlyf, voru líklegri en aðrir til að taka einnig inn aðrar tegundir lyfja, s.s. kvíðastillandi lyf, þunglyndislyf og verkjalyf sem bendir til þess að þeir þolendur sem taka inn lyf á annað borð taki inn blöndu af ýmsum lyfjum. Hægt er að túlka þessar niðurstöður þannig að annað hvort sé skrifað upp á of mikið af lyfjum til þolenda sem tóku þátt í rannsókninni eða að þeir eigi við margvísleg og flókin líkamleg og geðræn vandamál að stríða. Þó er einnig líklegt að um hvorutveggja sé að ræða.

Aðeins hafði lítill hluti þolenda neytt ólöglegra vímuefna síðustu 12 mánuði fyrir rannsóknina en þeir sem neytt höfðu slíkra efna höfðu flestir neytt róandi lyfja, eins og svefnlyfja, eða marijuana. Talið er að slík efni séu notuð til að deyta einkenni ÁSR (Chilcoat og Breslau, 1998; Goldenberg o.fl., 1995) en ekki fannst

marktækt samband á milli áfallastreitueinkenna og neyslu róandi lyfja eða marijuana í þessum hópi. Í ljós kom að 40% þeirra sem höfðu neytt ólöglegra róandi lyfja höfðu einnig tekið inn uppáskrifuð kvíðastillandi lyf og rúmlega 47% höfðu einnig tekið inn svefnlyf. Óvenjulegt þykir að þeir þolendur sem tóku inn ólögleg róandi lyf eins og svefnlyf hafi verið líklegri til að taka einnig inn uppáskrifuð svefnlyf og kvíðalyf. Hugsanlegt er að þolendur hafi misskilið spurninguna og að tala þeirra sem höfðu neytt ólöglegra róandi lyfja sé í raun lægri en niðurstöður benda til og að lyfin sem þeir tóku hafi í raun verið uppáskrifuð af lækni. Þó er einnig mögulegt að í einhverjum tilfellum hafi þau svefn- og kvíðalyf sem þolendur voru að taka inn verið ólögleg lyf.

Afleiðingar kynferðisofbeldis

Tæplega 60% þolenda greindu frá vægum til mjög alvarlegum einkennum ÁSR sem er í samræmi við erlendar rannsóknarniðurstöður (Kilpatrick o.fl., 1987; Resnick o.fl., 1993). Af þessum þolendum greindi rúmlega þriðjungur þolenda frá einkennum sem flokkast alvarleg til mjög alvarleg sem gera má ráð fyrir að hafi mikil áhrif á daglegt líf og skerði lífsgæði þeirra verulega. Hafa skal í huga að þolendur kynferðisofbeldis sem tóku þátt í rannsókninni voru allir að leita sér hjálpar í Stígamótum vegna erfiðleika tengdum kynferðisofbeldinu og höfðu í flestum tilfellum einnig leitað sér annarrar aðstoðar. Því má leiða líkurnar að því að tíðni geðrænna vandamála sé ef til vill hærrí í þessum hópi en meðal þolenda kynferðisofbeldis sem leita sér ekki aðstoðar.

Tengsl milli áfallastreitueinkenna og áhættuþátta fyrir áfallastreituröskun (ÁSR)

Áhættuþættir fyrir ÁSR eru margir og erfitt er að segja til um hvers vegna sumir þolendur kynferðisofbeldis greina frá áfallastreitueinkennum en aðrir þolendur gera það ekki (Foa, 1997; Resnick o.fl., 1993). Þegar tengsl voru skoðuð milli áfallastreitueinkenna og ýmissa þátta sem samkvæmt erlendum rannsóknum teljast áhættuþættir fyrir ÁSR, kom í ljós að þeir þolendur sem urðu fyrir líkamlegum meiðslum á meðan á kynferðisofbeldi stóð voru mun líklegri til að greina frá áfallastreitueinkennum en þeir sem höfðu ekki orðið fyrir meiðslum, en þær niðurstöður eru í samræmi við erlendar rannsóknarniðurstöður (Resnick o.fl., 1993). Erlendar rannsóknir benda einnig til þess að fyrri áföll geti verið áhættuþáttur fyrir ÁSR (Brewin, Andrews og Valentine, 2000). Það kom því ekki á

óvart að þeir sem höfðu orðið fyrir líkamsárás, sem var ekki kynferðislegs eðlis, af völdum einhvers óþekkts aðila greindu frekar frá áfallastreitueinkennum en þeir sem höfðu ekki orðið fyrir slíkri árás. Hugsanlegt er að þolendur sem urðu fyrir líkamsárás finni fyrir vanlíðan tengdri árásinni og séu því líklegri til að finna fyrir áfallastreitueinkennum eftir kynferðisofbeldi.

Tíðni þunglyndiseinkenna

Tæplega helmingur þolenda kynferðisofbeldis sem leituðu til Stígamóta og tóku þátt í rannsókninni greindu frá einkennum þunglyndis sem gefa vísbendingu um þunglyndi samkvæmt íslenskum viðmiðum. Þessar niðurstöður vekja athygli þar sem þær eru hærri en erlendar rannsóknir segja til um, til að mynda greindist aðeins um fjórðungur þolenda kynferðisofbeldis með þunglyndi í rannsókn Anderson, o.fl. (1981). Vert er að benda á að í þessari rannsókn voru þolendur aðeins beðnir um að meta alvarleika þunglyndiseinkenna en fengu ekki formlega greiningu á þunglyndi líkt og gert er í mörgum erlendum rannsóknum og gæti það útskýrt að hluta til háa tíðni þunglyndis meðal þolenda í núverandi rannsókn.

Tíðni áfengis- og vímuefnavanda

Stór hluti þolenda höfðu hætt að drekka áfengi og svöruðu því ekki skimunarprófi um áfengisvanda. Hins vegar greindi um þriðjungur þeirra sem svöruðu eða um fimmtungur úrtaksins frá því að eiga við áfengisvanda að stríða. Varðandi vímuefnaneyslu kom í ljós að töluverður fjöldi þolenda hafði aldrei á ævinni neytt lyfja né vímuefna og svaraði því ekki skimunarprófi um vímuefnaneyslu. Hins vegar greindi tæplega þriðjungur þeirra sem svöruðu frá vímuefnavanda, eða um 17% úrtaksins í heild.

Tíðnitölur um áfengis- og vímuefnavanda í þessari rannsókn eru mun lægri en erlendar tölur segja til um (Kilpatrick o.fl., 1997). Það skýrist að hluta til af því að hátt hlutfall þolenda hafði hætt að drekka áfengi. Vert er að nefna að þolendur sem tóku þátt í rannsókninni voru allir að leita sér aðstoðar vegna vanlíðan tengda kynferðisofbeldi og getur verið að þeir hafi leitað ýmissa leiða til að takast á við vanlíðan sína, t.d. með því að hætta að drekka áfengi eða neyta vímuefna. Auk þess eru mikið af rannsóknum sem gerðar hafa verið á tíðni áfengis- og vímuefnavanda meðal þolenda kynferðisofbeldis gerðar meðal fólks sem leitar sér aðstoðar vegna áfengis- og/eða vímuefnavanda en ekki meðal fólks sem leitar sér aðstoðar vegna

kynferðisofbeldis. Niðurstöður slíkra rannsókna benda til þess að helmingur þeirra sem leita sér aðstoðar vegna áfengis- og/eða vímuefnavanda hafi orðið fyrir kynferðisofbeldi (Najavits o.fl., 1997; Steward, Conrod, Pihl og Dongier, 1999). Einnig ber að geta þess að í erlendum rannsóknum er áfengis- og vímuefnavandi oftast en ekki settur undir sama hatt og skoðaður sem einn og sami vandinn. Til að mynda eru orðin efnaánetjun eða efnamisnotkun (*substance abuse*) notuð sem skilgreining yfir bæði áfengis- og vímuefnavanda í DSM-IV-TR greiningakerfinu (APA, 2000). Þar af leiðandi kom ekki á óvart að tíðni áfengis- og vímuefnavanda í þessari rannsókn væri ekki sú sama og tíðni í erlendum rannsóknum.

Tengsl skora á mælitækjum fyrir áfallastreitu-, þunglyndiseinkennum, áfengis- og vímuefnaneyslu

Samsláttur milli áfallastreitueinkenna og þunglyndiseinkenna var mun algengari meðal þolenda í núverandi rannsókn heldur en erlendar rannsóknir á fólki sem greinist með ÁSR í kjölfar áfalla segja til um. Tæplega 90% þolenda sem greindu frá alvarlegum einkennum ÁSR greindu einnig frá einkennum sem gefa vísbindingu um þunglyndi samkvæmt íslenskum viðmiðum (Þórður Ö. Arnarsson o.fl., 2008). Erlendar rannsóknir sem sýnt hafa að helmingur þeirra sem greinist með ÁSR greinist einnig með þunglyndi (Creamer o.fl., 2001; Kessler o.fl., 1995), byggjast ekki einungis á þolendum kynferðisofbeldis. Því má ætla að samsláttur áfallastreitueinkenna og þunglyndiseinkenna sé mun algengari þegar um kynferðisofbeldi er að ræða heldur en þegar um annarskonar áföll er að ræða. Þó skal hafa í huga að þolendur kynferðisofbeldis sem leita til Stígamóta leita þangað vegna erfiðra vandamála tengda kynferðisofbeldinu og því hugsanlegt að þeir þjáist af alvarlegri geðrænum vandamálum en fólk sem hefur orðið fyrir áföllum en leitar sér ekki aðstoðar.

Hvorki var marktækt samband milli áfallastreitueinkenna og áfengisvanda né áfallastreitueinkenna og vímuefnavanda, það teljast mjög óvenjulegar niðurstöður og þvert á móti því sem erlendar rannsóknir segja til um (Chilcoat og Breslau, 1998; Kessler o.fl., 1995). Til að mynda benda erlendar rannsóknir til þess að ÁSR meðal barna og unglinga sé stór áhættuþáttur fyrir áfengisvanda og stærsti áhættuþátturinn fyrir vímuefnavanda (Kilpatrick o.fl., 2000). Þar sem flestir þolendur voru á barnsaldri þegar kynferðisofbeldi átti sér stað hefði mátt ætla að þeir hefðu fundið fyrir einkennum ÁSR á unga aldri og þar af leiðandi verið líklegri

til að eiga í vanda með áfengi eða vímuefni. Hins vegar verður að í huga þann fjölda þolenda í þessari rannsókn sem hætt hefur að drekka áfengi og er að leita sér hjálpar við að takast á við vanlíðan sína.

Ekki var marktækt samband milli áfengisvanda og vímuefnavanda og því má gera ráð fyrir að þeir þolendur sem eiga við áfengisvanda að stríða séu ekki þeir sömu og þeir sem eiga við vímuefnavanda að stríða. Þetta er áhugavert í ljósi þess að erlendar rannsóknir sýna að áfengis- og vímuefnavandamál greinast oft á sama tíma (Najavits o.fl., 1997; Steward, Conrod, Pihl og Dongier, 1999). Þessar niðurstöður benda meðal annars til þess að meira en þriðjungur þolenda á annað hvort í vanda með áfengi, vímuefni eða bæði. Hugsanleg skýring á því að ekki fannst marktækt samband milli áfengis- og vímuefnavanda gæti verið sú að áfengisvandi var kannaður meðal þolenda sem höfðu neytt áfengis síðastliðna 12 mánuði áður en rannsóknin fór fram en vímuefnavandi var kannaður meðal þeirra sem höfðu einhvern tímann á lífsleiðinni neytt lyfja eða ólöglegra vímuefna. Þar sem margir þolendur sem tóku þátt í rannsókninni voru hættir að drekka áfengi eða höfðu ekki neytt áfengis síðastliðna 12 mánuði fyrir rannsóknina er varhugavert að bera saman niðurstöður varðandi áfengisvanda og niðurstöður varðandi vímuefnavanda.

Tengsl einstakra flokka áfallastreitueinkenna við lyfjanotkun

Þegar tengsl einstakra flokka áfallastreitueinkenna við áfengi og vímuefni voru skoðuð kom í ljós að niðurstöður rannsóknarinnar voru að hluta til í samræmi við erlendar rannsóknir. Líkt og erlendar rannsóknarniðurstöður segja til um voru þolendur kynferðisofbeldis sem fundu fyrir síendurteknum minningum um ofbeldið líklegri til að taka inn verkjalyf. Nokkrar niðurstöður varðandi tengsl áfallastreitueinkenna við lyfjanotkun voru þó ekki í samræmi við erlendar rannsóknir. Þolendur sem fundu fyrir einkennum hliðrunar og tilfinningadofa voru líklegri til að taka inn verkjalyf en ekki kvíðastillandi lyf eins og erlendar rannsóknir segja til um. Auk þess kom í ljós að þolendur sem fundu fyrir einkennum ofurárvekni voru líklegri til að taka inn svefnlyf en ekki drekka áfengi, taka inn verkjalyf eða kvíðastillandi (McFall, Mackay og Donovan, 1992; Steward, Conrod, Pihl og Dongier, 1999). Þó svo að marktækt samband hafi fundist milli einstakra áfallastreitueinkenna og notkunar lyfja skal hafa í huga að hvorki var marktækt samband milli áfengisvanda og einstakra áfallastreitueinkenna né

vímuefnavanda og einstakra áfallastreitueinkenna. Það þýðir að þeir þolendur sem tóku inn lyf til að draga úr áfallastreitueinkennum áttu ekki endilega í vanda með áfengi eða vímuefni.

Tengsl bjargráða við áfallastreitueinkenni

Stuðningur reyndist vera fyrir fyrstu tveimur tilgátum rannsóknarinnar. Þeir þolendur sem tjá og vinna úr tilfinningum sínum tengdum erfiðum og streituvaldandi atburðum, þ.e. nota tilfinningatjáningu og/eða tilfinningaúrvinnslu, greindu frá minni áfallastreitueinkennum. Eins greindu þeir þolendur sem forðast að upplifa reynslu sína (hugsanir, tilfinningar og atburði) tengda erfiðum og streituvaldandi atburðum, þ.e. nota reynsluforðunar bjargráð, frekar frá áfallastreitueinkennum. Þessar niðurstöður eru í samræmi við erlendar rannsóknarniðurstöður sem hafa sýnt að fólk sem notar minna af jákvæðum tilfinningamiðuðum bjargráðum og meira af reynsluforðunar bjargráðum greinast frekar með ÁSR eftir áföll (Fairbank o.fl., 1991; Valentiner o.fl., 1996; Foa og Kozak, 1986; Wells og Davies, 1994). Tilfinningaúrvinnsla og tilfinningatjáning reynast því vera aðferðir sem hjálpa þolendum kynferðisofbeldis í þessari rannsókn að takast á við erfiðleika en reynsluforðunar bjargráð óhjálplegar aðferðir sem hindra bata þeirra.

Tengsl bjargráða við áfengis- og vímuefnavanda

Helstu niðurstöður varðandi tengsl bjargráða við áfengis- eða vímuefnavanda voru þær að þeir þolendur sem nota reynsluforðunar bjargráð, greindu frekar frá áfengisvanda. Auk þess greindu þeir þolendur sem nota minna af tilfinningaúrvinnslu, þ.e. nota minna af virkum aðferðum til að viðurkenna, kanna merkingu og skilja eigin tilfinningar, frekar frá áfengisvanda. Hins vegar var ekki marktækt samband milli tilfinningatjáningar og áfengisvanda. Lítið er um sambærilegar rannsóknir en þær rannsóknir sem gerðar hafa verið sýna að fólk sem notar tilfinningamiðuð bjargráð eða reynsluforðun er líklegra til að falla aftur í áfengis- og/eða lyfjaneyslu eftir að hafa haldið sér frá neyslu í einhvern tíma (Brown o.fl., 2003; Ouimette o.fl., 1997).

Hvorki fannst marktækt samband milli jákvæðra tilfinningamiðaðra bjargráða og vímuefnavanda né reynsluforðunar bjargráða og vímuefnavanda og teljast það nokkuð óvenjulegar niðurstöður. Samanber fyrri umræðu um

skilgreiningu á áfengis- og vímuefnavanda í erlendum rannsóknum sem einn og sami vandinn (APA, 2000) er hugsanlegt að frekar finnist marktækt samband milli vímuefnavanda og bjargráða þegar þessi vandamál eru skoðuð saman en þegar vímuefnavandi er skoðaður einn og sér.

Þar sem tengsl fundust milli áfengisvanda og reynsluforðunar bjargráða er athyglisvert að skoða hvort að áfengisneysla geti talist sem ein af aðferðum reynsluforðunar bjargráða. Reynsluforðunar bjargráð fela í sér að þolandi neitar að vera í tengslum við ákveðnar persónubundnar upplifanir og reynir að breyta eðli, tíðni eða samhengi þeirra, þrátt fyrir að það hafi skaðlegar afleiðingar (Hays o.fl., 1996). Hugsanlegt er að þolendur noti áfengi á sama hátt, eða til að forðast að upplifa ákveðnar persónubundnar upplifanir og þannig dragi það úr erfiðum tilfinningum þolenda til skemmri tíma en hafi neikvæðar afleiðingar þegar til lengri tíma er litið.

Bjargráð sem miðlun að sambandinu milli áfallastreitueinkenna og áfengis- eða vímuefnavanda

Ekki fannst stuðningur fyrir þeim tilgátum að jákvæð tilfinningamiðuð bjargráð eða reynsluforðun miðli sambandinu milli áfallastreitueinkenna og áfengisvanda annars vegar og vímuefnavanda hins vegar. Samkvæmt fyrsta skrefi viðmiðum Baron og Kenny (1986) er marktækt samband milli áfallastreitueinkenna og áfengisvanda annars vegar og vímuefnavanda hins vegar forsenda fyrir því að hægt sé að kanna hvort bjargráð miðli sambandinu þar á milli. Þessi forsenda var brostin þar sem ekkert marktækt samband fannst milli áfallastreitueinkenna og áfengis- né vímuefnavanda. Með öðrum orðum voru þeir þolendur sem greindu frá áfallastreitueinkennum ekki líklegri en aðrir til að greina frá áfengis- eða vímuefnavanda. Þar af leiðandi var ekki hægt að kanna hvort að jákvæð tilfinningamiðuð bjargráð eða forðun miðli sambandinu þar á milli.

Annmarkar rannsóknar

Helstu annmarkar rannsóknarinnar voru hversu lítið úrtakið var en aðeins 48 þolendur tóku þátt í rannsókninni. Þetta var minni fjöldi en búist var við á 4 mánaða tímabili (frá janúar til apríl 2009) þar sem ársskýrsla Stígamóta 2008 sýnir að yfir 500 manns leituðu til samtakana árið 2008 (Ingibjörg Þórðardóttir, 2008). Hugsanleg skýring fyrir litlu úrtaki í rannsókninni gæti verið hversu langir spurningalistarnir voru. Auk þess er ekki víst að allir þolendur kynferðisofbeldis sem leita til Stígamóta séu tilbúnir til að greina frá kynferðisofbeldi sem þeir urðu fyrir í rannsókn sem þessari þar sem kynferðisofbeldi er viðkvæmt.

Einnig var ekki gert ráð fyrir að svo margir þolendur í rannsókninni hefðu hætt að drekka áfengi. Hugsanlega hefði það gefið réttari mynd af tengslum ÁSR og áfengisvanda að spyrja um áfengisneyslu þolanda á lífsleiðinni en ekki á síðustu 12 mánuðum. Niðurstöður gefa í raun ekki skýra mynd af tíðni áfengisvanda meðal þolanda kynferðisofbeldis, heldur bara hvernig sá vandi birtist 12 mánuðum áður en þolendur tóku þátt í rannsókninni. Ef sambærileg rannsókn yrði gerð væri æskilegra að spyrja þolendur hvort þeir hefðu á einhverjum tímapunkti ævinnar átt við áfengisvandamál að stríða.

Setja má spurningamerki við alhæfingargildi rannsóknarinnar þar sem þátttakendur í rannsókninni voru allir þolendur kynferðisofbeldis sem leituðu sér aðstoðar hjá Stígamótum. Því er ekki hægt að alhæfa niðurstöðurnar yfir á þolendur kynferðisofbeldis sem leita sér ekki aðstoðar eða þolendur kynferðisofbeldis sem leita sér aðstoðar annars staðar en hjá Stígamótum. Til viðbótar er vert að nefna að fyrirlögn spurningalistanna var gerð af starfskonum Stígamóta en ekki óháðum aðilum og því er ekki hægt að útiloka þóknunaráhrif, þ.e. að þolandi reyni að dragi úr eða ýkja alvarleika vanda síns. Þar sem rannsóknin var gerð á einum tímapunkti og í flestum tilfellum þegar nokkuð langt var liðið frá fyrsta áfallinu er erfitt að vita hvaða bjargráð þátttakendur notuðu fyrir þann tíma. Einungis var hægt að skoða hvernig þolendur takast á við áfallið núna.

Samantekt

Áhugaverðar upplýsingar um þolendur kynferðislegs ofbeldis, sem leituðu til Stígamóta og tóku þátt í rannsókninni, komu fram. Allir þátttakendur höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi og voru lang flestir konur. Stór hluti hafði einungis lokið skyldunámi og vakti athygli hversu stórt hlutfall þolenda voru öryrkjar eða frá vinnu vegna veikinda. Flestir þolendur höfðu orðið fyrir ítrekuðu kynferðisofbeldi og næstum allir höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi þar sem um innsetningu var að ræða. Stór fjöldi þolenda var undir 11 ára aldri þegar þeir urðu fyrst fyrir kynferðisofbeldi og var nokkuð algengt að gerandi væri annað hvort systkini eða foreldri. Varðandi aðstoð eftir kynferðisofbeldi kom í ljós að aðeins helmingur þolenda leitaði sér aðstoðar. Um þriðjungur taldi ekki að sú aðstoð sem í boði var myndi gagnast þeim, um þriðjungur taldi sig hafa þurft á aðstoð að halda sem ekki var fánæg og tæplega 60% þolenda vissu ekki hvert þeir ættu að leita. Þeir sem sóttu þjónustu Stígamóta höfðu í flestum tilfellum gert það lengur en í eitt ár, en að Stígamótum undanskyldum var algengast að þolendur leituðu aðstoðar sál-, félags- eða hjúkrunarfræðinga eftir kynferðisofbeldi. Athygli vakti að um fjórðungur þolenda hafði verið lagður inn á sjúkrahús vegna geðrænna erfiðleika tengdum og/eða ótengdum kynferðisofbeldi sem telst ansi hátt hlutfall. Þar að auki greindi mikill fjöldi þolenda frá því að hafa lent í öðrum áföllum en kynferðisofbeldi, þar af greindi meira en helmingur frá því að hafa orðið fyrir líkamsárás.

Helstu niðurstöður varðandi heilsu og heilsuhegðun þolenda voru þær að helmingur taldi heilsu sína vera í meðallagi eða vera slæma, þar af taldi fjórðungur þolenda heilsu sína vera verri en hún var fyrir kynferðisofbeldi. Meirihluti þolenda hafði reykt á einhverjum tímapunkti ævinnar og lítill hluti þolenda hafði tekið inn ólögleg vímuefni síðustu 12 mánuði fyrir rannsóknina. Hins vegar drakk meirihluti þolenda áfengi, en athygli vakti að um þriðjungur þolenda hafði hætt að drekka áfengi. Algengustu uppáskrifuðu lyfin sem þolendur tóku inn voru verkjalyf en þar á eftir komu kvíðastillandi-, þunglyndis- og svefnlyf en flestir þolendur sem tóku inn lyf tóku inn fleiri en eina tegund lyfja.

Tæplega 60% þolenda greindu frá vægum til alvarlegum áfallastreitueinkennum, rúmlega 40% greindu frá verulegum þunglyndiseinkennum og fannst marktækt samband þar á milli. Samsláttur milli áfallastreitu- og þunglyndiseinkenna var mjög hár í núverandi rannsókn en hafa skal í huga að engar greiningar voru gerðar þar sem einungis var notast við spurningalista. Því ber að

túlka niðurstöður rannsóknarinnar varðandi tíðni áfallastreitueinkenna og þunglyndiseinkenna með þeim fyrirvara. Varðandi áfengis- og vímuefnavanda kom í ljós að um þriðjungur þeirra sem drukku áfengi greindi frá áfengisvanda, eða um 20% alls úrtaksins og um þriðjungur greindi frá vímuefnavanda, eða um 17% alls úrtaksins. Ekki fannst marktækt samband milli áfallastreitueinkenna og áfengis- eða vímuefnavanda sem telst mjög óvenjulegt miðað við erlendar rannsóknarniðurstöður. Hins vegar er mikilvægt að hafa í huga að þriðjungur þolenda sem tók þátt í rannsókninni hafði hætt að drekka áfengi, en líklegt er að þeir þolendur hafi hætt áfengisneyslu vegna vandamála tengdum neyslunni. Þó ekki hafi fundist marktækt samband þar á milli fundust tengsl milli einstaka áfallastreitueinkenna og mismunandi tegunda lyfja. Einnig fundust tengsl milli áfallastreitueinkenna og ýmissa þátta sem samkvæmt erlendum rannsóknum teljast áhættuþættir fyrir ÁSR í kjölfar áfalla. Í ljós kom að þeir þolendur sem urðu fyrir líkamlegum áverkum á meðan á kynferðisofbeldi stóð og þeir þolendur sem höfðu orðið fyrir líkamsárás, sem var ekki kynferðislegs eðlis, af völdum einhvers óþekkt aðila greindu frekar frá áfallastreitueinkennum.

Niðurstöður varðandi þær tilgátur sem settar voru fram í núverandi rannsókn sýndu að stuðningur var fyrir fyrstu tveimur tilgátunum. Eins og búist var við greindu þolendur kynferðisofbeldis sem nota minna af tilfinningatjáningu og tilfinningaúrvinnslu frekar frá áfallastreitueinkennum. Auk þess greindu þolendur sem nota meira af reynsluforðunar bjargráðum frekar frá áfallastreitueinkennum. Þótt að tilgátur hafi ekki verið settar fram varðandi tengls áfengis-, vímuefnavanda og bjargráða þótti athyglisvert að skoða hvort að marktækt samband væri þar á milli. Í ljós kom í ljós að þolendur sem nota minna af tilfinningaúrvinnslu og meira af reynsluforðunar bjargráðum greindu frekar frá áfengisvanda. Ekki var stuðningur við tilgátur 3 til 8 þar sem forsendur fyrir því að kanna hvort að jákvæð tilfinningamiðuð bjargráð eða reynsluforðunar bjargráð miðli sambandinu milli áfallastreitueinkenna og áfengis- eða vímuefnavanda voru brostnar.

Af niðurstöðum rannsóknarinnar má sjá að þolendur kynferðisofbeldis sem leita aðstoðar Stígamóta hafa í flestum tilfellum þurft að þola alvarlegt og ítrekað kynferðisofbeldi og glímir stór hluti þeirra enn við neikvæðar afleiðingar þess. Einnig má sjá að jákvæð tilfinningamiðuð bjargráð og reynsluforðunar bjargráð hafa mikið að segja um það hvort þolendur kynferðisofbeldis sem leita til Stígamóta greini frá áfallastreitueinkennum og áfengisvanda. Þessar niðurstöður eru

mikilvægar þar sem þær gefa ákveðna hugmynd um hvaða aðferðir geta aukið eða dregið úr áfallastreitueinkennum og áfengisvanda eftir kynferðisofbeldi þegar til lengri tíma er lítið. Hugsanlegt er að meðferð sem einblínir á að kenna og þjálfa þolendur kynferðisofbeldis í að tjá tilfinningar sínar munnlega eða á annan æskilegan hátt og nota virkar aðferðir til að viðurkenna, kanna merkingu og skilja eigin tilfinningar myndi hjálpa þeim að draga úr líkunum á áfallastreitueinkennum og/eða áfengisvanda eftir kynferðisofbeldi. Auk þess væri æskilegt að hjálpa þolendum að vera í tengslum við ákveðnar persónubundnar upplifanir eins og líkamsskynjanir, tilfinningar, hugsanir, minningar, ímyndir eða hegðun og reyna ekki að breyta þeim.

Hafa skal í huga að niðurstöður núverandi rannsóknar eiga einungis við um þolendur kynferðisofbeldis sem leita til Stígamóta og því skal gæta varúðar þegar alhæfa á niðurstöðurnar yfir á aðra þolendur kynferðisofbeldis eða annað fólk í íslensku samfélagi. Einnig skal hafa í huga að úrtakið í rannsókninni var lítið og getur verið að það hafi áhrif á niðurstöðurnar. Áhugavert væri að sjá hvort aðrar niðurstöður kæmu í ljós ef meiri fjölda þátttakenda væri aflað fyrir samskonar rannsókn innan Stígamóta. Í framtíðinni væri einnig áhugavert að kanna hvort að sambærilegar niðurstöður fengjust meðal þolenda kynferðisofbeldis sem leita sér ekki aðstoðar eða leita sér aðstoðar annars staðar en í Stígamótum.

Þar sem mikill skortur er á tölulegum upplýsingum um afleiðingar kynferðisofbeldis er vonast til þess að rannsóknin hafi aukið þekkingu á líðan þolenda kynferðisofbeldis sem leita til Stígamóta og þær alvarlegu afleiðingar sem þeir þurfa að takast á við. Þannig er vonast til að rannsóknin hafi ákveðið forvarnargildi varðandi kynferðisofbeldi og upplýsi fólk um mikilvægi þess að veita þolendum kynferðisofbeldis þá aðstoð sem þeir þurfa. Auk þess er vonast til að rannsóknin hafi meðferðargildi og gefi meðferðaraðilum sem vinna með þolendum kynferðisofbeldis hugmynd um hvað gætu reynst hjálplegar og óhjálplegar aðferðir við að takast á við ofbeldið og þar með minnka líkurnar á áfallastreitueinkennum og áfengisvanda.

Heimildir

- Almenn hegningarlög* nr. 22/202 með áorðnum breytingum 61/2007. Sótt af vef Alþingis 10. maí, 2009 af <http://www.althingi.is/lagas/136b/1940019.html>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – text revision* (4. útgáfa). Washington, DC: APA.
- Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F. o.fl. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *The Journal of American Medical Association*, 282, 1652-1658.
- Anderson, S. C., Bach, C. M. og Griffith, S. (1981). *Psychosocial sequelae in intrafamilial victims of sexual assault and abuse*. Óbirt ritgerð: International Conference on Child Abuse and Neglect: Amsterdam, Holland.
- Austenfeld, J. L. og Stanton, A. L. (2004). Coping through emotional approach: A new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of Personality*, 72(6), 1335-1363.
- Ásta G. Ragnarsdóttir, Linda M. Þorsteinsdóttir og Matthias Þorvaldsson (2005). *Umfang reykinga: Samantekt 2005*. Lýðheilsustöð. Sótt 25 mars. 2009 af <http://www.lydheilsustod.is/rannsoknir/tobak-og-tobaksvarnir/nr/577>
- Barnaverndarstofa (2007). *Könnun á kynferðislegri misnotkun gegn börnum á Íslandi: Niðurstöður*. Sótt 12. febrúar 2009 af <http://www.bvs.is/?m=1&ser=116>.
- Baron, R. M. og Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Baschnagel, J.S., O'Connor, R.M., Colder, C.R. og Hawk Jr., L.W. (2005). Factor structure of posttraumatic stress among Western New York undergraduates following the September 11th terrorist attack on the World Trade Center. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 677-684.
- Beck, A.T., Steer, R.A. og Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Berglind Guðmundsdóttir (2009, 18. mars), sálfræðingur. *Áreiðanleiki skimunar-kvarðanna EACS og AAQ í rannsókninni „Áhrif jarðskjálftans 29. maí 2008 á íbúa á Suðurlandi”*. Viðtal tekið á Landspítala Háskólasjúkrahúsi.

- Berglind Guðmundsdóttir, Agnes Björg Tryggvadóttir, Unnur Valdimarsdóttir, Jakob Smári, Ragnar Sigurbjörnsson, Brynjólfur Mogensen o.fl. (2009). *Áhrif jarðskjálftans 29. maí 2008 á íbúa á Suðurlandi*. Erindi flutt á Fjórtaðnu ráðstefnu um rannsóknir í líf- og heilbrigðisvísindum, Háskóla Íslands, Reykjavík 6. janúar 2009.
- Billings, A. G. og Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Blanchard, E. B. og Hickling, E. J. (2004). *After the crash: Psychological assessment and treatment of survivors of motor vehicle accidents*. Washington DC: American Psychological Association.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Barton, K. A., Taylor, A. E., Loos, W. R. og Jones-Alexander, J. (1996). One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 775-786.
- Boney-McCoy S. og Finkelhor, D. (1995). Psychosocial sequelae of violent victimization in a national youth sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 726-736.
- Boney-McCoy, S. og Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1406-1416.
- Brewin, C. R., Andrews, B., og Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Brown, P. J., Read, J. P. og Kahler, C. W. (2003). Comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorders: Treatment outcomes and the role of coping (bls. 171-188). Í P. Ouimette og P. J. Brown (ritstjórar) *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders*. New York: Guilford Press.
- Brown, P. J. og Wolfe, J. (1994). Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. *Drug and Alcohol Dependence*, 35, 51-59.
- Buka, S. L., Stichick, T. L., Birdthisle, I. og Earls, F. (2001). Youth exposure to violence: Prevalence, risks and consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 298-310.

- Carver, S. C., Scheier, M. S. og Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267-284.
- Chilcoat, H. D. og Breslau, N. (1998). Investigation of causal pathways between PTSD and drug use disorders. *Addictive Behaviors*, *23*, 827-840.
- Cocco, K. og Carey, K. (1998). Psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test in psychiatric outpatients. *Psychological Assessment*, *10*, 408-414.
- Coffey, S. F., Gudmundsdottir, B., Beck, J. G., Palyo, S. A. og Miller, L. (2006). Screening for PTSD in motor vehicle accident survivors using the PSS-SR and IES. *Journal of Traumatic Stress*, *19*(1), 119-128.
- Cottler, L. B. Compton, W. M., Mager, D. Spitznagel, E. L. og Janca, A. (1992). Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 664-670.
- Creamer, M., Burgess, P. M. og McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, *31*, 1237– 1247.
- Creamer, M., Burgess, P. M. og Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 452-459.
- DeBellis, M. D., Baum, A. S., Birmaher, B. og Ryan, N. D. (1997). Urinary catecholamine excretion in childhood overanxious and posttraumatic stress disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *821*, 451-455.
- DeBellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Giedd, J. N., Boring, A. M., Frustacy, K. o.fl. (1999). Developmental traumatology; Part II. Brain development. *Biological Psychiatry*, *45*, 1271-1284.
- DeBellis, M. D., Keshavan, M. S., Frustacy, K., Shifflett, H., Lyengar, S., Beers, S. R. o.fl. (2002). Superior temporal gyrus volumes in maltreated children and adolescents with PTSD. *Biological Psychiatry*, *51*, 544-552.
- DeBellis, M. D., Keshavan, M. S., Shifflett, H., Lyengar, S., Beers, S. R., Hall, J. o.fl. (2002). Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: A sociodemographically matched study. *Biological Psychiatry*, *52*, 1066-1078.
- Deykin, E. Y. og Buka, S. L. (1997). Prevalence and risk factors for posttraumatic

- stress disorder among chemically dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154(6), 752-757.
- Dyson, J. L. (1990). The effect of family violence on children's academic performance and behavior. *Journal of the National Medical Association*, 82(1), 17-22.
- Endler, N. S. og Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Fairbank, J. A., Hansen, D. J. og Fitterling, J. M. (1991). Patterns of appraisal and coping across different stressor conditions among former prisoners of war with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 274-281.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. og Hamby, S. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, 10, 5-25.
- Foa, E. B. (1997). Psychological processes related to recovery from a trauma and an effective treatment for PTSD. *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*, 821, 410-424.
- Foa, E. B. og Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., Riggs, D.S., Dancu, C.V., Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Foa, E. B., Steketee, G. og Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorders. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Friedman, M. J., Resick, P. A. og Keane, T. M. (2007). PTSD twenty-five years of progress and challenges. Í M. J. Friedman, T. M. Keane og P. A. Resick (ritstjórar), *Handbook of PTSD – Science and practice* (bls. 3-18). New York: Guilford Press.
- Garnefski, N. og Diekstra, R. F. W. (1997). Child sexual abuse and emotional and behavioral problems in adolescence: Gender differences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 323-329.
- Gavin D.R., Ross H.E og Skinner H.A. (1989). Diagnostic validity of the Drug

- Abuse Screening Test in the assessment of DSM-III drug disorders. *British Journal of Addiction* 84, 301-307.
- Goldenberg, I. M., Mueller, T., Fierman, E. J., Gordon, A., Pratt, L., Cox, K. o.fl. (1995). Specificity of substance use in anxiety-disordered subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 319-328.
- Hagstofa Íslands (2008). *Landshagir 2008*. Sótt 12. maí, 2009 af <http://www.hagstofa.is/Pages/2152>
- Hays, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V. Follette, V. M. og Strosahl, K. D. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D. o.fl. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological record*, 54, 553-579.
- Horowitz, M. J. og Solomon, G. F. (1975). A prediction of delayed stress response syndromes in Vietnam veterans. *Journal of Social Issues*, 31, 67-80.
- Helzer, J. E., Robins, L. N. og McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
- Hrefna Ólafsdóttir. (2002). *Fimmta hver stúlka misnotuð og tíundi hver drengur*. Óútgefin gögn. Sótt 19. febrúar 2009 af <http://www.blattafram.is/default2.asp?strAction=getPublication&intPublId=69>
- Ingibjörg Þórðardóttir (2008). *Ársskýrsla Stígamóta 2008*. Reykjavík: Stígamót.
- Karen Ragnarsdóttir og María Ögn Guðmundsdóttir (2008). *Tíðni áfalla og áfallastreituröskunar hjá háskólanemum*. Óbirt BA ritgerð, Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. og Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological bulletin*, 113(1), 164-180.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. og Nelson, C. B. (1995). Post traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kilpatrick, D. G., Best, C. L., Veronen, L. J., Amicka, A. E., Villeponteaux, L. A.

- og Ruff, G. A. (1985). Mental health correlates of criminal victimization: a random community survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *53*, 866-873.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Resnick, H. S., Saunders, B., Best, C. L. (1997). A 2-year longitudinal analysis of the relationship between violent assault and substance use in women. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, *65*, 834-847.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L. og Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 19-30.
- Kilpatrick, D. G., Aruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S. og Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 692-700.
- Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Best, C. L. og Von, J. M. (1987). Criminal victimization: Lifetime prevalence, reporting to police, and psychological impact. *Crime and Delinquency*, *33*, 479-489.
- Koss, M. P. (1983). The scope of rape: Implications for the clinical treatment of victims. *Clinical Psychologist*, *36*, 88-91.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. og Lozano, R. (ritstjórar) (2002). *World Report on Violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- McFall, M. E., MacKay, P. W. og Donovan, D. M. (1992). Combat-related posttraumatic stress disorder and severity of substance abuse in Vietnam veterans. *Journal of Studies on Alcohol*, *53*, 357-363.
- McGrath, R. E. og Meyer, G. (2006). When effect sizes disagree: The case of r and d. *Psychological methods*, *11*(4), 386-401.
- Myhill, A. og Allen, J. (2002). *Rape and sexual assault of women: The extent and nature of the problem: findings from the British Crime Survey*. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate. Sótt 18. Febrúar 2009 af <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/hors237.pdf>
- Najavits, L. M., Weiss, R. D. og Shaw, S. R. (1997). The link between substance

- abuse and posttraumatic stress disorder in women. A research review. *American Journal of Addiction*, 6, 273-283.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Ouimette, P. C., Ahrens, C., Moos, R. H. og Finney, J. W. (1997). Posttraumatic stress disorder in substance abuse patients: Relationship to 1-year posttreatment outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 34-47.
- Ouimette, P. C., Wolfe, J. og Chrestman, K. R. (1996). Characteristics of posttraumatic stress disorder- alcohol abuse comorbidity in women. *Journal of Substance Abuse*, 8, 335-346.
- Pergonigg, A., Hildegard, P., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., Maercher, A. o.fl., (2000). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59.
- Pettit, J. W. og Joiner, T. E. (2006). *Chronic depression: Interpersonal sources, therapeutic solutions*. Washington DC: American Psychological Association.
- Resnick, H. S., Holmes, M. M., Kilpatrick, D. G., Clum, G., Acierno, R., Best, C. L. og Saunders, B. E. (2000). Predictors of post-rape medical care in a National Sample of Women. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 214-219.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E. og Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
- Runyon, M. K. og Kenny, M. C. (2002). Relationship of attributional style, depression, and posttraumatic distress among children who suffered physical or sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7, 254-263.
- Russell, D. E. H. (1999). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. New York: Basic books.
- Selzer, M.L., Vinokur, A. og van Rooijen, L. (1975). A self-administered short Michigan alcoholics screening test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 117-126.

- Singer, M. I., Anglin, T. M., Song, L. Y. og Lunghofer, L. (1995). Adolescent's exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *The Journal of American Medical Association*, 273, 477-482.
- Sigrún Sigurðardóttir (2007). *Kynferðisleg misnotkun og önnur sálræn áföll í æsku og áhrif þeirra á heilsufar og líðan kvenna: Fyrirbærafraeðileg rannsókn*. Óbirt meistaraverkefni. Háskólinn á Akureyri: Heilbrigðisdeild.
- Skinner, H. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors*, 7, 363-371.
- Staiger, P. K., Melville, F., Hides, L., Kambouropoulos, N. og Lubman, D., I. (2008). Can emotion-focused coping help explain the link between posttraumatic stress disorder severity and triggers for substance use in young adults? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1-7.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L. og Danoff-Burg, S. (2000). Coping Through Emotional Approach: Scale Construction and Validation. *Journal of Personal and Social Psychology*, 78(6), 1150-1169.
- Steward, S. H., Conrod, P. J., Pihl, R. O. og Dongier, M (1999). Relationships between posttraumatic stress symptom dimension and substance dependence in a community-recruited sample of substance-abusing women. *Psychology of addictive behaviors*, 13, 78-88.
- Svavarsdóttir, E. K. og Orlygsdóttir, B. (2008). Identifying abuse among Icelandic Women: The use of clinical guidelines by nurses and midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 779-788.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P. og Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 33-44.
- Tjaden, P. og Thoennes, N. (2000). *Full report of prevalence, incidence, and consequences of violence against women: Findings from the national violence against women survey (NJC 183781)*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.
- Valentiner, D. P., Foa, E. B., Riggs, D. S. og Gershuny, B. S. (1996). Coping strategies and posttraumatic stress disorder in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 455-458.
- Walker, E. A., Gelfand, A., Katon, W. J., Koss, M. P., Von Korff, M., Bernstein, D.

- o.fl. (1999). Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *American Journal of Medicine*, 107, 332-339.
- Wells, A. og Davies, M. I. (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Wijma, B., Schei, B., Swahnberg, K., Hilden, M., Offerdal, K., Pikarinen, U. o.fl. (2003). Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: A Nordic cross-sectional study. *The Lancet*, 361, 2107-2113.
- Þórður Örn Arnarson, Daníel Þór Ólason, Jakob Smári og Jón Friðrik Sigurðsson. (2008). Mælitæki fyrir þunglyndi fullorðinna sem til eru í íslenskri gerð: Próffræðilegar upplýsingar og notagildi. *Sálfræðiritið*, 13, 147-170.

Viðauki 1: Leyfi Vísindasiðanefndar fyrir rannsókninni



VÍSINDASIÐANEFND

Vegmúla 3, 108 Reykjavík,

Sími: 551 7100, Bréfsími: 551 1444

netfang: visindasiðanefnd@vsn.stjr.is

Landspítali
Dr. Berglind Guðmundsdóttir, sálfræðingur E-206
Fossvogi
108 Reykjavík

Reykjavík 13. janúar 2009
Tilv.: VSNb2008100006/03.15

Efni: Varðar: 08-130-S1 Áhrif kynferðislegs ofbeldis á liðan einstaklinga sem leita til Stígamóta.


Vísindasiðanefnd þakkar svarbréf þitt, dags. 05.01.2009 vegna áðursendra athugasemda við ofangreinda rannsóknaráætlun sbr. bréf nefndarinnar dags.28.10.2008. Í bréfinu koma fram svör og skýringar til samræmis við athugasemdir Vísindasiðanefndar og því fylgdu ný og endurbætt upplýsingabréf og spurningalistar til þátttakenda rannsóknarinnar ásamt leyfi frá Stígamótum og samstarfsyfirlýsingu frá sálfræðingi á Landspítala til að vera bakhjarl þátttakenda í rannsókninni ef á þarf að halda.

Fjallað var um svarbréf þitt og önnur innsend gögn á fundi Vísindasiðanefndar 13.01.2009 og voru þau talin fullnægjandi.

Rannsóknaráætlunin er endanlega samþykkt af Vísindasiðanefnd.

Vísindasiðanefnd bendir rannsakendum vinsamlegast á að birta VSN tilvísunarnúmer rannsóknarinnar þar sem vitnað er í leyfi nefndarinnar í birtum greinum um rannsóknina. Jafnframt fer Vísindasiðanefnd fram á að fá send afrit af, eða tilvísun í, birtar greinar um rannsóknina. Rannsakendur eru minntir á að tilkynna rannsóknarlok til nefndarinnar.

Með kveðju,
f.h. Vísindasiðanefndar,


Gísli Ragnarsson, varaformaður

Viðauki 2: Kynningarbréf um vísindarannsókn



Áhrif kynferðislegs ofbeldis á líðan einstaklinga sem leita til Stígamóta.

Kynningarbréf um vísindarannsókn

Ábyrgðarmaður:

Dr. Berglind Guðmundsdóttir
Sálfræðiþjónusta LSH
Áfallamiðstöð LSH
Landspítala, Fossvogi
Netfang: berggudm@lsh.is
Sími: 543-9292

Rannsakendur:

Ólína G. Viðarsdóttir
Cand.psych nemi við HÍ
Sími: 543-9950
Tölvupóstfang:
ogv1@hi.is

Sjöfn Evertsdóttir
Cand.psych nemi við HÍ
Sími: 543-9950
Tölvupóstfang:
sje2@hi.is

Við ofangreindar, Ólína G. Viðarsdóttir og Sjöfn Evertsdóttir, erum að vinna að lokaverkefni okkar í cand.psych-námi í sálfræði við Háskóla Íslands. Lokaverkefnið ber heitið „Áhrif kynferðislegs ofbeldis á líðan einstaklinga sem leita til Stígamóta“. Tilgangurinn með rannsóknarverkefninu er að kanna líðan einstaklinga sem leita til Stígamóta og hvaða bjargráð þeir nota til að takast á við líðan sína í kjölfar kynferðislegs ofbeldis.

Við biðjum þig vinsamlegast um að taka þátt í rannsóknarverkefni okkar með því að svara níu spurningalistum. Spurningalistarnir sem lagðir eru fyrir í þessari rannsókn fela í sér mat á algengum afleiðingum kynferðislegs ofbeldis. Spurt verður um líðan þátttakenda og varnarviðbrögð (þ.á.m. áfengisneyslu, sjálfskaðandi hegðun og forðun) sem einstaklingar nota stundum til að takast á við tilfinningar sínar í kjölfar þungbærrar lífsreynslu. Auk þess verða þátttakendur beðnir um að svara spurningum um lýðfræðilegar upplýsingar, kynferðisofbeldið, andleg og líkamleg viðbrögð við kynferðisofbeldinu, aðstoð eftir kynferðisofbeldið og heilsuhegðun. Það tekur um 25-35 mínútur að svara listunum níu.

Vonast er til þess að rannsóknin auki þekkingu okkar á afleiðingum kynferðislegs ofbeldis hjá einstaklingum sem leita sér aðstoðar í kjölfar þess. Við gerum okkar fulla grein fyrir því að þátttakendur eru hér beðnir um að rifja upp persónulega og þungbæra lífsreynslu sína og afleiðingar hennar. Fyrri rannsóknir hafa sýnt að í einstaka tilfellum getur það að svara spurningum um sjálfskaðandi hegðun leitt til löngunar til að skaða sig á ný. Slík löngun er tímabundin en mjög mikilvægt að þú greinir rannsakendum eða starfskonum Stígamóta strax frá því ef þú skyldir upplifa slíkt, svo þær geti aðstoðað þig við að takast á við vanlíðan þína.

Auk þess ef þátttaka í rannsókninni veldur þér vanlíðan og vandkvæðum þá stendur þér til boða að ræða við Regínu Ólafsdóttur sálfræðing hjá sálfræðiþjónustu Landspítalans (543-2071).

Þér er að sjálfsgöðu heimilt að neita að svara einstökum spurningum og/eða spurningalistanum í heild, en tekið er fram að útfylltir spurningalistar gagnast rannsókninni best. Þegar þú hefur svo lokið að svara spurningalistunum ertu beðin/n um að skila þeim til rannsakenda.

Fyllsta trúnaðar verður gætt við öflun gagna í rannsókninni. Spurningalistarnir verða ekki persónuauðkennanlegir á nokkurn hátt og því verður ekki hægt að rekja svör til einstakra þátttakanda. A þessu er þó undantekning ef þú óskar eftir því að fá upplýsingar um niðurstöður þínar í könnuninni. Það er að segja, þér stendur til boða að fá samantekt um niðurstöður þínar. Slíkar niðurstöður munu fela í sér samantekt á þeim bjargráðum sem þú notar og þykja almennt ákjósanleg/hjálpleg eða óhjálpleg við að ná bata eftir áföll. Eins verða upplýsingar veittar, ef við á, um einkenni sem ef til vill væri gagnlegt að láta meta frekar þar sem þau gætu verið að stuðla að vanlíðan eða truflun í daglegu lífi.

Óskir þú eftir að fá niðurstöður þínar í könnuninni biðjum við þig að fylla út nafn og símanúmer þar sem hægt er að ná í þig á meðfylgjandi blað og skila inn í sér umslagi. Á blaðinu er númer sem hægt er að tengja við spurningalistann þinn. Eftir að búið er að veita þér niðurstöður þínar verður þessu blaði eytt í bréftætara. Nafn og símanúmer þitt verður hvergi skráð í gagnagrunn.

Einungis svörin á spurningalistanum verða slegin inn í gagnaskrá og eingöngu birtar niðurstöður sem byggja á heildarúrvinnslu. Við lok rannsóknar verður öllum gögnum eytt.

Þér ber engin skylda til þess að taka þátt í þessari vísindarannsókn. Þú getur hætt þátttöku hvenær sem er, án útskýringa og án eftirmála.

Óskir þú eftir nánari skýringum á rannsókninni eða þátttöku þinni í henni mun Berglind Guðmundsdóttir veita nánari upplýsingar í síma 543-9292.

Rannsóknin hefur hlotið leyfi Vísindasiðanefndar Íslands og verið tilkynnt til Persónuverndar.

Undirskrift þess sem leggur fyrir f.h. ábyrgðarmanns

dagsetning

Undirskrift ábyrgðarmanns,
Berglind Guðmundsdóttir

dagsetning

Við þökkum þér kærlega fyrir þátttöku í rannsókninni.

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