



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Tiden leger *ikke* alle sår - konsekvenser av seksuelle overgrep i barndommen

Time does *not* heal all wounds - consequences of childhood sexual abuse

Marita Dahle og Randi Oterhals Størdal

Totalt antall sider inkludert forsiden: 60

Molde, 25.03.2015



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Liv Bachmann

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 25.03.2015

*Trist liten jente,
rømmer i ord.
Må bare vente
til hun blir stor.*

*Årene går,
men hun oppdager snart,
at den frihet hun søkte,
er sårbar og sart.*

*For omverden er hun
så stødig og trygg.
De kjenner ei børen
hun har på sin rygg.*

*Sliten, så sliten,
det er bare det,
hun vet ikke hvordan
hun skal la deg se.*

*Sliten, så sliten.
Hun vil ikke mer.
Men tar på en maske,
og smiler og ler.*

(TER)

Antall ord: 11655

Sammendrag

Bakgrunn: Seksuelle overgrep mot barn er et så omfattende problem at WHO har definert det som et folkehelseproblem. Sannsynligheten for å treffe offer for seksuelle overgrep i helsetjenesten er stor, og det er viktig at helsepersonell møter disse med kunnskap og respekt.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse fysiske og psykiske senvirkninger som voksne har etter å ha vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen.

Metode: Litteraturstudium basert på 11 forskningsartikler, 8 kvalitative og 3 kvantitative.

Resultat: Konsekvensene av seksuelle overgrep er mange og sammensatte, og de henger ofte sammen. Problemer med grensesetting, fysisk sykdom, angst og flashbacks var fremtredende. Mange følte at overgrepet lå som en mørk skygge over livet, men til tross for dette greide flere å beholde håpet og troen på fremtiden.

Konklusjon: Seksuelle overgrep i barndommen fører med seg ulike fysiske og psykiske senvirkninger. Som sykepleiere er det viktig å ha forståelse og kunnskap i møte med voksne personer som har vært utsatt for overgrep. I tillegg må sykepleier være observant på tegn som viser at barn kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep.

Til tross for at litteraturstudien identifiserte fem hovedtema kan disse ikke sees uavhengig av hverandre. Samlet viser de hvor komplekse konsekvensene av å ha opplevd seksuelle overgrep i barndommen er.

Nøkkelord: seksuelle overgrep, barndom, konsekvenser, mestring, erfaringer

Abstract

Background: Sexual abuse against children is such an extensive problem that WHO has declared it as a public health issue. The probability to meet a victim of sexual abuse while working in the health care is large, and it is important that the health personnel meet the victims with knowledge and respect.

Intention: The purpose of this literature review was to clarify physical and psychical long-term consequences, which adults face after being sexually abused during their childhood.

Method: Literature review based on 11 research papers, 8 qualitative and 3 quantitative.

Results: The consequences of sexual abuse are many and complex, and they are often related. Problems with setting limits, physical illness, anxiety and flashbacks were prominent. Many of the assaulted victims felt like having a dark shadow hanging over their lives, but even with this burden many believed in a brighter future.

Conclusion: Sexual abuse during childhood causes different physical and psychical problems. As nurses, it is important to have understanding and knowledge when meeting with adults that have been victims of abuse. Nurses must also be observant towards signs indicating possible sexual abuse against children.

Though the literature review identified five main topics, they can not be secluded from each other. Together they show how complex the consequences are of having experienced sexual abuse during childhood.

Keywords: sexual abuse, childhood, consequences, coping, experience.

Innhold

1.0	Innledning	8
1.1	Hensikt.....	8
2.0	Teoribakgrunn	9
2.1	Fakta rundt seksuelle overgrep.....	9
2.2	Konsekvenser av seksuelt misbruk.....	11
2.3	Forstyrrelser i barnets utvikling	11
2.4	Mestring tross krisesituasjon	12
3.0	Metodebeskrivelse	14
3.1	Datasamling.....	14
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	17
3.3	Kvalitetsvurdering	17
3.4	Etiske hensyn.....	18
3.5	Analyse.....	19
4.0	Resultat	21
4.1	Å bære på en stor byrde.....	21
4.2	Det kjennes på kroppen	23
4.3	Å leve med minnene	24
4.4	Vanskelig å sette grenser.....	25
4.5	Det vanskelige samlivet.....	27
5.0	Metodediskusjon	29
5.1	Datainnsamling og litteratursøk	29
5.2	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	31
5.3	Analyse.....	32
6.0	Resultatdiskusjon	33
6.1	Overgrepene resulterte i hemmelighold, sosial angst og isolasjon.....	33
6.2	Overgrepene ga kroppslige problemer	35
6.3	Overgrepene ble liggende som en mørk skygge over livet	36
6.4	Overgrepene førte til grenseløs adferd	37
6.5	Overgrepene minket sjansen for å oppleve et godt samliv.....	39
7.0	Konklusjon.....	41
7.1	Forslag til videre forskning	41
8.0	Litteraturliste.....	43

Vedlegg 1 – Liste over relevante funn

Vedlegg 2 – PO-skjema

Vedlegg 3 – Oversikt over litteratursøk

Vedlegg 4 – Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i inkluderte artikler

1.0 Innledning

Mange barn i Norge vokser opp i et hjem preget av vold og seksuelle overgrep, men det er vanskelig å tallfeste eksakt hvor mange dette gjelder. På verdensbasis er problemet så omfattende at WHO har definert det som et folkehelseproblem (Felleskap mot seksuelle overgrep 2008).

Studier av seksuelle overgrep foretatt i Norge viser at antatte tall er at mellom 10-20 % av jentene og 5-10 % av guttene har opplevd seksuelle overgrep før fylte 18 år (Steine et al. 2012). Dette er antatte tall, og man tror at mørketallene er store. Det er tidligere antatt at overgrep i stor grad begås av menn og at ofrene er jenter, men ny kunnskap viser at både kvinner og menn er overgripere og at både jenter og gutter blir utsatt for overgrep (Haugland et al. 2011).

Personer som har opplevd overgrep i barndommen treffer vi i alle deler av helsevesenet og samfunnet forøvrig. Det er viktig at vi har kunnskaper om overgrep og hvilke fysiske og psykiske konsekvenser dette har både i barneårene og i voksen alder. Det har vært mange og alvorlige overgrepssaker i media den siste tiden, og vi tror at økt fokus og kunnskap kan gjøre det lettere for barnet å fortelle om sine opplevelser.

1.1 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse de fysiske og psykiske senvirkninger som voksne har etter å ha vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen.

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet vil vi belyse relevant teori omkring seksuelle overgrep i barndommen.

2.1 *Fakta rundt seksuelle overgrep*

Seksuelle overgrep mot barn forekommer i alle land og i alle lag i befolkningen. Forskning har vist at mange barn og unge under 18 år blir utsatt for overgrep, mens det er store gap i forekomsten av overgrep. Dette kan skyldes at det finnes mange ulike definisjoner på hva det innebærer å bli utsatt for dette. I følge Steine et al (2012) finnes det få forekomststudier av seksuelle overgrep i den norske befolkningen, men antatte tall er at mellom 10-20 % av kvinnene og mellom 5-10 % av den mannlige befolkningen har blitt utsatt for seksuelle overgrep før fylte 18 år.

Seksuelle overgrep mot barn er ikke et nytt fenomen i samfunnet. I Norges lover av 1687 beskrev en av paragrafene straffen for blodskam (incest), som var halshugging og deretter brenning på bål. Straffen gjaldt ikke bare for overgriperen, men ofte også for offeret (Norsk Rettsmuseum 2015). Gjennom historien har det vært brukt ulike begreper på seksuelle overgrep. Begreper som blodskam, incest, pedofili, overgrep og misbruk har tidligere vært brukt om hverandre, mens det nå er seksuelt overgrep eller seksuelt misbruk som blir mest brukt (Kvam 2001).

Sosial- og helsedirektoratet (2007) definerer seksuelle overgrep som alle former for tvang eller bruk av vold, inklusive luring, press eller bruk av trusler, for å få noen til å utføre eller aktivt eller passivt delta i handlinger av seksuell karakter.

Straffeloven skiller mellom tre kategorier av seksuelle overgrep, disse er seksuell atferd, seksuelle handlinger og seksuell omgang (Norges Lover 2005, Steine et al. 2012). I Norge er den seksuelle lavalderen 16 år, og overgrep som er begått mot personer under 16 år regnes som seksuelle overgrep (Steine et al. 2012).

De aller fleste overgripere er menn, men det fins også en liten andel kvinner som begår overgrep. Overgriperen er vanligvis en barnet kjenner fra før og som barnet har tillit til. Dette kan for eksempel være mor, far, søsken, en trener, en slektning eller en ansatt i barnehage eller skole. I få tilfeller kan overgriperen være en ukjent. Da er overgrepet ofte uten direkte fysisk kontakt, men kan for eksempel være blotting (Kvillo 2007, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress 2010). Overgrepene kan skje en enkelt gang eller det kan pågå over tid (Kvam 2001, Kvillo 2007).

Når et barn blir utsatt for overgrep av en person i nær relasjon vil dette føre til store vansker for barnet. Barnet blir utnyttet av en person man er glad i og avhengig av, og muligheten til å unnsnippe overgrep er minimale siden barnet er i fysisk nærhet av overgriperen. Barnet er lojal mot overgriperen og vil være redd for hva som skjer hvis overgrepet blir kjent for andre. Overgriperen har stor makt over barnet, og gjennom fysiske og verbale trusler vil overgriperen få barnet til å unngå å røpe hva som foregår. Barnet kan bli truet med at de må flytte fra mor eller far, at kjæledyret blir drept eller at overgriper vil forgripe seg på yngre søsken hvis de avslører overgrepet. Barnet kan også miste goder dersom man ikke er medgjørlige, dette kan være leker, klær, å få delta på fritidsaktiviteter eller forandring i barnets posisjon innad i familien (Kvam 2001).

Barn som blir utsatt for seksuelle overgrep er ofte i tillegg utsatt for omsorgssvikt eller andre former for fysisk mishandling. Undersøkelser har vist at 20 % av barn som utsettes for seksuelle overgrep også utsettes for annen fysisk vold (Kvillo 2007). En families omsorgsevne påvirkes av mange faktorer. Manglende sosialt nettverk, arbeidsledighet, fysisk og psykisk sykdom og økonomiske problemer kan være faktorer som påvirker familien negativt (Grøholt, Sommerschild og Garløv 2008). En vet også at foreldre som selv har blitt utsatt for eller vært vitne til mishandling i egen barndom har en høyere risiko for selv å utføre vold (Kvam 2001). Foreldre som ikke mestrer foreldrefunksjonen kan føle at hverdagen ikke er håndterbar, og dette igjen fører til lavere selvfølelse og mindre egenverd (Ingstad 2013). Alt som svekker foreldrefunksjonen kan bidra til omsorgssvikt som for eksempel vold og overgrep (Grøholt, Sommerschild og Garløv 2008).

2.2 Konsekvenser av seksuelt misbruk

Seksuelt misbruk kan ha konsekvenser for den psykiske og fysiske helsen for både menn og kvinner. I følge Wilson (2010) varer disse problemene gjennom hele livet, og dette har blitt vist gjennom forskning på langvarige konsekvenser som har blitt publisert de siste 20 årene. Det kommer også frem gjennom forskning at konsekvensene av seksuelle overgrep er mange og ulike, og at man ikke kan sette en stereotypi av gruppen. De mest fremtredende fysiske og psykiske konsekvensene er fedme, depresjoner, autoimmune sykdommer, spiseforstyrrelser og avhengighet (Wilson 2010).

Når barnet blir traumatisert av nære omsorgspersoner som for eksempel far, får dette utviklingsmessige følger og kan skape en kollaps i barnets atferd. Barnet opplever omsorgsgiver som skremmende og som årsaken til barnets frykt (Braarud og Nordanger 2011). Når overgriperen er en omsorgsperson for barnet kan dette skape en tilknytningsforstyrrelse, som kalles den relasjonssvake personligheten. Dette kommer av at barnet har hatt omsorgspersoner rundt seg som har gjort det utrygt å oppleve nærhet og tilknytning (Bunkholdt 2010).

2.3 Forstyrrelser i barnets utvikling

Forskning på utviklingspsykologien har slått fast at nervesystemets raske utvikling i småbarnstiden innebærer en ekstra sårbarhet for videre utvikling. Belastningen av smertefulle opplevelser av både fysisk og psykisk art over tid er de mest skadelige stressbelastningene, spesielt hvis dette skjer i barnets omsorgsbasis. Sped- og småbarnsperioden er spesielt sårbar siden det er i denne perioden barnet knytter seg til omsorgspersoner. Utvikling av selvregulering omfatter kontroll av emosjonelle, kognitive, oppmerksomhets-, fysiologiske og relasjonelle prosesser. Når barnet blir utsatt for et traume som for eksempel et seksuelt overgrep, vil disse prosessene stagnere eller de blir et problem i utviklingen av selvregulering (Braarud og Nordanger 2011). Det er viktig at når overgrep skjer må dette oppdages tidlig, da skader fra tidlige relasjonelle traumer kan være reversible dersom det skjer en betydelig forbedring av omsorgen til barnet. Problemet er at overgrepene ikke avdekkes tidlig nok, og at

barnet da allerede har utviklet store vansker. Barn som har blitt utsatt for seksuelle overgrep har veldig mange ulike symptomer, ingen er like, men allikevel er det en del symptomer som går igjen. Barna kan på mange måter vise tegn på at de lever i vanskelige situasjoner, de kan virke forandret og fungerer dårligere på skolen. Utviklingen kan stoppe opp, eller gå tilbake, og atferden kan bli småbarnslig eller klengete. Nattevæting, endring av søvnmønstre, og engstelig atferd kan også være aktuelle symptomer. Noen barn isolerer seg, mens andre får en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse og blir veldig kontaktsøkende (Grøholt, Sommerschild og Garløv 2008).

Variasjoner av senvirkninger er mange, men det virker likevel som om de fleste drar med seg minner gjennom hele livet som en tung ballast, og mange har redusert selvfølelse. En vanlig senvirkning er posttraumatisk stresslidelse. Denne lidelsen oppstår som en forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende livshendelse av katastrofal art og vises gjennom påtrengende minner (flashbacks) eller mareritt og at hendelsen oppleves gang på gang (Grøholt, Sommerschild og Garløv 2008). Tall viser at lidelsen sees hos ca 50% av alle som har symptomer etter seksuelle overgrep (Braarud og Nordanger 2011).

Krisereaksjoner kan sees hos barn etter alvorlige dramatiske hendelser som ulykker, overgrep, og alvorlig sykdom og dødsfall i familien. Ulike faktorer påvirker hvor kraftig stressreaksjon barnet kan få, som for eksempel hendelsens alvorlighet, barnets alder og utviklingsnivå. Barn kan takle disse hendelsene ved å vise styrke og mot, men det kan også føre til uheldige reaksjoner og minner som setter seg fast og preger livet helt inn i voksen alder. Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep har økt risiko for å få symptomer og psykiatriske lidelser. Overgrepet kan være et vedvarende og smertefullt minne, og symptomene kan oppstå lenge etter at overgrepet skjedde (sleeper effect). Sen debut av symptomer gjør det vanskelig å få oversikt over konsekvensene av overgrepet (Grøholt, Sommerschild og Garløv 2008).

2.4 Mestring tross krisesituasjon

Ikke alle voksne som har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen opplever negative helsekonsekvenser. At man greier å komme seg gjennom en slik traumatiserende opplevelse kan forklares med Aaron Antonovsky`s (1923-1994) tenkning. Han var en israelsk-amerikansk sosiolog som var opptatt av hva som gjør at mange mennesker bevarer, og til og

med bedrer helsen til tross for at de møter motstand i livet (Bakken 2012). Antonovskys tenkning baserer seg på at helsen vår er nær knyttet til opplevelsen av at det er en sammenheng i livet, og teorien hans bygger på forholdet mellom 3 faktorer som har betydning for opplevelsen av sammenheng. Den første faktoren er “begripelighet” som handler om i hvilken grad man opplever at stimuli man utsettes for i det indre, eller ytre miljø, er kognitivt forståelig. Personen forventer at utfordringer han eller hun møter i fremtiden, vil kunne plasseres i en sammenheng og forklares. Den andre komponenten kalles “håndterbarhet” og forstås som hvilken grad man opplever at man har tilstrekkelige ressurser til rådighet til å kunne takle kravene man blir stilt ovenfor av stimuli man bombarderes med. Den tredje og viktigste komponenten “meningsfullhet” innebærer at hvis mennesket ikke opplever noen mening i det han gjør blir man også mindre motiverte til å takle utfordringer (Antonovsky 2012).

3.0 Metodebeskrivelse

Den avsluttende bacheloroppgaven i sykepleie ved Høgskolen i Molde skal være en systematisk litteraturstudie. I følge Forsberg og Wengström (2013) innebærer en litteraturstudie at man søker systematisk, kritisk vurderer og deretter sammenfatter litteraturen innen et gitt emne eller problemområde. En forutsetning for at man kan gjennomføre en systematisk litteraturstudie er at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan være grunnlag for vurdering og konklusjoner (Forsberg og Wengström 2013).

For å fylle kravene som er satt av Høgskolen, har vi fulgt generelle retningslinjer for avsluttende bacheloreksamen i sykepleie (2014). I følge retningslinjene skal vår litteraturstudie basere seg på 10-15 originale forskningsartikler, og metoden skal være så tydelig beskrevet at andre skal kunne gjenta undersøkelsen.

3.1 Datasamling

Arbeidet med bacheloroppgaven startet høsten 2014. Vi bestemte tema, gjorde prøvesøk og utarbeidet hensikt og problemstilling. Vi hadde også veiledningstime hos bibliotekar der vi fikk råd og tips angående søkestrategi.

Vi startet med å innhente relevant bakgrunns litteratur, både skjønnlitterær og faglig litteratur, samt reviewartikler. Deretter satte vi opp ei liste med forslag til norske søkeord, og så brukte vi databasen SweMed+ for å finne aktuelle engelske søkeord. Vi søkte på begrepet «seksuelle overgrep» og fikk da opp flere artikler på både norsk, svensk og engelsk. Vi valgte en av de engelske artiklene fra trefflisten og åpnet denne. Det kom da opp engelske MeSH-termer for begrepet «seksuelle overgrep». MeSH-termer (Medical Subject Headings) er standardiserte ord som brukes i databasen Medline, og ordene gir en beskrivelse av hva artikkelen handler om (Nordtvedt et al. 2012). Dette søket ga oss de engelske begrepene «childhood sexual abuse» og «adult survivors of child abuse». Disse ordene brukte vi til å utføre en rekke prøvesøk i ulike databaser, både for å se om det var nok relevant forskning på temaet, men også for å finne forslag til relevante søkeord.

Etter prøvesøkene gikk vi gjennom søkeordene vi hadde og ekskluderte de som ikke var relevant for vår hensikt. De gjenværende søkeordene ble så satt inn i et PICO-skjema. Da vi ikke var ute etter tiltak eller sammenligning av tiltak, utelatte vi «intervention» og «comparison» «I» og «C» i PICO-skjemaet.

«P» i skjemaet står for «patient» og inneholder hvilken type pasient eller hvilken pasientgruppe vi ønsket å undersøke (Nordtvedt et al. 2012). Vi ønsket å se på voksne kvinner og menn som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen og hadde disse engelske søkeordene: adult survivors of child abuse og childhood sexual abuse.

«O» står for «outcome» og inneholder hvilke utfall eller resultat vi er ute etter (Nordtvedt et al. 2012). Vi ønsket å finne ut hvilke erfaringer eller senvirkninger voksne har etter å ha vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Vi kom frem til disse søkeordene: consequence, physical health, mental health, experience og coping.

Vi laget da et PO-skjema med søkeordene vi mente ville gi svar på vår hensikt (vedlegg 2). Ved å legge inn grenser (limits) fikk vi avgrenset søket i forhold til hvilket år studien var publisert og til språk. Disse begrensningene var «2009-current» og «english language». I utgangspunktet var vi ute etter kvalitative studier siden den type studie best besvarer vår hensikt, men vi valgte likevel å ikke legge inn begrensninger på studiedesign da det kunne føre til at vi gikk glipp av relevante artikler.

For å kombinere søkeord brukes de boolske operatørene «AND» og «OR» (Nordtvedt et al. 2012). Disse brukes for å utvide eller avgrense søket. «OR» utvider søket ved å gi treff på artikler som inneholder enten det ene eller det andre søkeordet, mens «AND» avgrenser ved og kun gi treff på artikler der begge søkeordene er med (Nordtvedt et al. 2012, s. 55). I vårt søk brukte vi kun «AND» siden vi har få søkeord, og siden mange av artiklene inneholder flere av søkeordene vi har under «P» og «O».

For å sikre oss at vi fikk med alle varianter av søkeordene brukte vi trunkering. Å trunkere vil si at man søker på stammen av et ord (Nordtvedt et al. 2012, 56). Ved og for eksempel trunkere på ordet experienc* ville vi få treff på både experience, experienced og experiencng.

Artikler som virket relevante ble enten skrevet ut direkte eller bestilt via Oria og utlevert ved biblioteket ved Høgskolen i Molde.

Database: SweMed+

Vi gjorde vårt første hovedsøk den 311014. Vi startet i databasen SweMed+ der vi brukte søkeordet «childhood sexual abuse» og limits «2009-2014». Dette ga treff på 7 artikler, der 4 abstrakt ble lest og 3 artikler som syntes relevant ble skrevet ut eller bestilt.

Etter kvalitetsvurdering som er beskrevet i punkt 3.3 ble en artikkel ekskludert og to inkludert, og disse ble nummerert 1 og 2.

Database: Ovid Medline

Den 131114 utførte vi vårt andre hovedsøk. Vi brukte søkeordene «sexual abuse», «childhood» og «adult survivor*» under «P» AND «experienc*» under «O», med limits «english language» og «2009-current». Dette resulterte i 135 artikler der vi leste 35 abstrakt og 11 av disse virket relevante. Disse ble enten skrevet ut direkte eller bestilt via Oria.

Etter ekskludering av fem artikler ble artikkel nummer 3, 4, 5, 7, 9 og 11 inkludert,

Vårt tredje søk i Ovid Medline gjorde vi den 021214. Vi brukte da andre søkeord i håp om å finne nye og relevante artikler. Vi brukte ordene «adult survivor*», «child abuse», «mental health» AND «physical health» med limits «2009-current» og «english language». Dette ga 8 treff, der 2 abstrakt ble lest og 1 ny artikkel ble skrevet ut. Denne ble inkludert og nummerert 6.

Database: Ovid Embase

Den 261114 søkte vi med endrede søkeord. Vi brukte «childhood sexual abuse» under «P» AND «coping» under «O». Limits var «english language» og «2009-current». Vi fikk da 87 treff, der 12 abstrakt ble lest og 1 ny artikkel ble bestilt via Oria. Denne ble inkludert og nummerert 10.

Database: Ovid Nursing database

Den 021214 gjorde vi et søk i Ovid Nursing database med søkeord «sexual abuse», «consequenc*» AND «child abuse». Vi brukte limits «2009-current» og «english language».

Dette ga 12 treff, der 2 abstrakt ble lest og 1 ny artikkel ble skrevet ut. Denne ble inkludert og nummerert 8.

Viser til vedlegg 3 for oversikt over litteratursøk.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi har valgt å ha pasientperspektiv, og har inkludert både kvinner og menns erfaringer i vår litteraturstudie. Artikkene skulle omhandle voksne personer over 18 år der alle hadde opplevd gjentatte seksuelle overgrep i barndommen. Alle artiklene skulle være skrevet på engelsk og ha opprinnelse i et vestlig land. Vi inkluderte både kvalitative og kvantitative artikler som var publisert i perioden fra 2009 til dags dato. Alle inkluderte artikler skulle være fagfellevurdert og kvalitetsvurdert til nivå 1 eller nivå 2.

Vi valgte å ekskludere artikler fra ikke-vestlige land, samt review- og fagartikler. Vi ekskluderte artikler eldre enn fra 2009.

3.3 Kvalitetsvurdering

Etter hovedsøk satt vi igjen med 17 artikler. Vi leste artiklene hver for oss for å få et inntrykk om de var relevant for litteraturstudiets hensikt.

Vi brukte Willman, Stoltz og Bahtsevani (2011) sine sjekklister for kvalitetsvurdering av kvalitativ og kvantitativ forskning. Sjekklistene brukes for å hjelpe leseren med å identifisere metodisk kvalitet, resultat og overførbarhet til klinisk praksis (Nordtvedt et al. 2012).

Sammen gikk vi gjennom sjekklister og benyttet bilag G for vurdering av kvantitativ metode og bilag H for vurdering av kvalitativ metode (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2011). Etter gjennomgang av sjekklisten plasserte vi artiklene i kategorier for «høy kvalitet» eller «middels kvalitet» etter hvor mange positive og negative svar vi fikk. 11 av artiklene ble

vurdert til høy kvalitet, mens 6 artikler ble vurdert til middels kvalitet eller ikke relevante. Artiklene som var av middels kvalitet og/eller ikke relevante ble ekskludert fra litteraturstudien.

For ytterligere kvalitetsvurdering benyttet vi oss av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste sitt register over publiseringskanaler, dette for å forsikre oss om at de inkluderte artiklene var fagfellevurdert. Vi søkte opp artikkelens ISSN nummer og fikk da opp hvilket nivå tidsskriftet den ble publisert i hadde. 10 av våre inkluderte artikler var publisert i nivå 1 tidsskrift, mens 1 artikkel var publisert i nivå 2 tidsskrift.

3.4 Etiske hensyn

Vi har lagt vekt på at det etiske er ivaretatt i alle de inkluderte artiklene. Aadland (2004) skriver at

I forskning vedrørende mennesker må man alltid ta hensyn til personvern, taushetsplikt og anonymisering. Dessuten må man innhente frivillig informert samtykke; det vil si at deltakerne må få vite på forhånd hva de skal delta i (Aadland 2004, 265).

Blant våre artikler var 10 godkjent av etisk komité, mens det i 1 artikkel ikke kom frem at den var etisk vurdert. Til tross for dette valgte vi å ta den med da etiske hensyn i forhold til rekruttering av deltakere, informasjon, anonymitet og mulighet for å trekke seg fra studien var godt beskrevet.

Selv la vi vekt på og ikke være forutinntatt i arbeidet med oppgaven, men å være nøytrale. Vi hadde også i tankene at våre lesere kunne ha erfaringer med denne typen overgrep, og vi var derfor bevisste på hvordan vi uttrykte oss skriftlig.

3.5 *Analyse*

I følge Høgskolens retningslinjer (2014) skal analysen beskrives så systematisk at det er mulig for andre å følge analyseprosessen.

Vi benyttet oss av Evans fire faser i analysearbeidet.

Disse stegene består i å samle inn data, identifisere hovedfunn, relatere funn på tvers av studiene og å beskrive fenomenet (Evans 2002).

Å samle inn data:

Vi hadde gjennom vår søkeprosess og kvalitetsvurdering funnet 11 artikler som vi ønsket å inkludere i vårt litteraturstudie.

Å identifisere hovedfunn:

Vi startet med å merke artiklene med nummer fra 1-11 og startet hver for oss med å lese gjennom artiklene på nytt. Vi markerte setninger og sitat som var relevant for vår hensikt fra resultatdelen av artikkelen. Deretter gikk vi på nytt gjennom en og en artikkel og ble enige om hvilke funn som var relevante og disse ble skrevet inn i et tekstdokument med nummeret på artikkelen de var funnet i. Når vi hadde gjort dette med den første artikkelen ble vi enige om hva de ulike funnene handlet om og formulerte tema som vi plasserte funnene under. Deretter gjorde vi det samme med artikkel nummer to og funnene ble plassert inn under de tema de passert inn under, eller vi lagde nye temaer hvis det ikke allerede var noe som passet. Når vi gjorde dette for hver artikkel var det lettere å holde oversikten over innholdet. Da dette var gjort med alle 11 artiklene, satt vi igjen med et arbeidsdokument med rundt 27 temaer. Viser til vedlegg 1 for oversikt over hovedfunn og underfunn.

Å relatere funn på tvers av studiene:

Vi startet så prosessen med å systematisere temaene og formulere hovedtema og undertema. Vi skrev temaene fra arbeidsdokumentet på post-it lapper og flyttet lappene rundt til vi hadde bestemt hvilke funn som var relaterte til hverandre. Deretter gjorde vi det samme i arbeidsdokumentet. Vi satt da igjen med 5 tema og undertema. Viser til vedlegg 1.

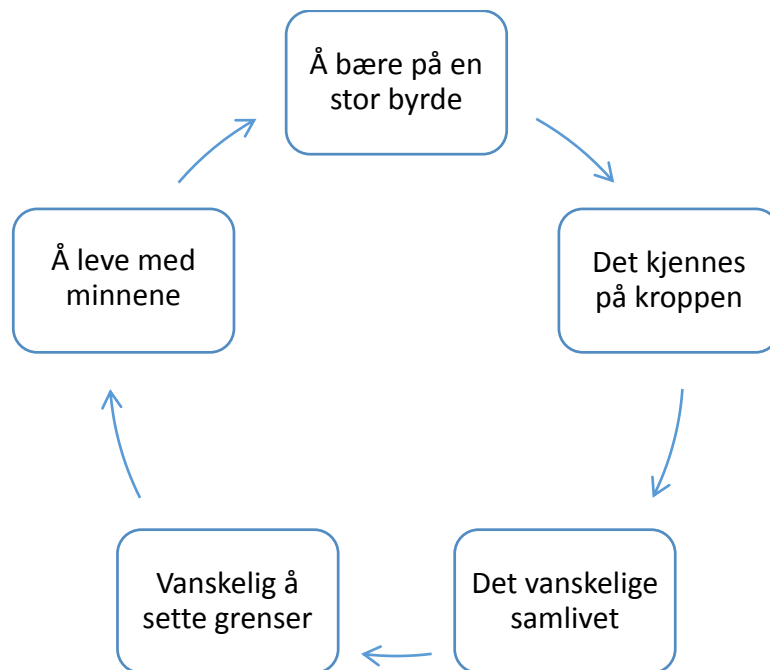
Å beskrive fenomenet:

Ut i fra disse temaene skrev vi vårt resultatkapittel med disse 5 hovedtemaene: «Å bære en stor byrde», «Å leve med minnene», «Vanskelig å sette grenser», «Det vanskelige samlivet» og «Det kjennes på kroppen».

4.0 Resultat

I denne delen av oppgaven presenterer vi relevante hovedfunn fra våre 11 inkluderte artikler.

Figur 1 viser en oversikt over hovedfunn.



Figur 1: Hovedfunn

4.1 *Å bære på en stor byrde*

Mange mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen sliter med sosial angst og isolasjon i voksen alder. Mange føler seg alene og har få eller ingen venner, og de har problemer med å stole på andre voksne. Flere finner det vanskelig å være sammen med andre, noe som kommer av at de er redde for at andre skal finne ut av misbruket. Spesielt når overgrepet var begått av en kvinne, hadde dette konsekvenser for den sosiale funksjonen som voksen (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Dorahy og Clearwater 2012, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Kia-Keating, Sorsoli og Grossman 2010, Deering og Mellor 2011).

“I still avoid social groups because i`m shit scared people will find out... it`s safer to stick to yourself” (Dorahy og Clearwater 2012, 164)

I flere av studiene kommer det frem at overgrepet holdes skjult, dette av forskjellige grunner. Flere menn holdt det hemmelig fordi det finnes en myte om at alle som er offer for seksuelle overgrep blir en overgriper selv. Mange “dekker heller over” for overgrepet, enn å avsløre det. Flere ble ikke trodd eller hørt når de fortalte om overgrepene til behandlere som leger og sosialarbeidere (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Dorahy og Clearwater 2012, Castillo og Wright 2009, Deering og Mellor 2011).

“I told the person at (the mental health service), the social worker about the abuse... And they said “are you sure that`s not just part of your psychosis?” (Dorahy og Clearwater 2012, 165).

Mange følte seg stigmatisert når de avslørte hva de hadde opplevd som barn, og det hadde mye å si for hvem de valgte å snakke om overgrepet til (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Dorahy og Clearwater 2012, Castillo og Wright 2009, Deering og Mellor 2011).

Både menn og kvinner er redde for å bli avvist av andre i familien og spesielt av det motsatte kjønn. Frykten for å bli avvist går ut over selvbildet, og resulterer i at de ikke slipper mulige partnere innpå seg (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Castillo og Wright 2009, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014).

Flere har problemer med å beholde jobbene sine, og har lav eller ingen utdanning. Noen hadde begynt på utdanning men droppet ut. Andre bruker akademisk aktivitet for å holde negative tanker borte (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Phanichrat og Townshend 2010).

I noen av studiene kommer det frem at misbruket har konsekvenser som ligger som en skygge over dem i voksen alder og at misbruket har konsekvenser som aldri forsvinner. De følte at misbruket ble en del av livet det ikke gikk an å bli kvitt, men at de prøvde å leve med overgrepet og akseptere at det hadde skjedd. Spesielt menn som hadde vært offer for overgrep hadde store problemer med å stole på andre igjen (Phanichrat og Townshend 2010, Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014).

“The abuse itself had happened and it’s never gonna not have happened because it’s in the past and it’s happened……it’s part of my history whether I like it or not”

(Phanichrat og Townshend 2010, 71).

4.2 Det kjennes på kroppen

I seks studier kom det frem at spesielt kvinnene opplevde komplekse fysiske helseplager. Vanlige plager var ulike smertetilstander, symptomer fra mage og hjerte, gynekologiske problemer, fatigue, svimmelhet og søvnvansker (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Subica 2013, Sutherland, Fantasia og McClain 2013, Deering og Mellor 2011, Lee, Tsenkova og Carr 2014).

Smerteproblematikken var ofte av en uforklarlig type. I Sigurdardottir og Halldorsdottir (2012) hadde alle sju deltakerne historier med omfattende smerter fra uterus, noe som resulterte i sykehusinnleggelse og sterke smertestillende medikamenter. I tillegg hadde fem fått diagnosen fibromyalgi eller ME. Flere av deltakerne i samme studie hadde foretatt en hysterektomi i 30-års alderen og følte at det var godt å bli kvitt det som hadde forårsaket så mye smerter (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012). Smerter og problemer i forbindelse med menstruasjon, graviditet og fødsel ble også nevnt som vanlige plager. (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Sutherland, Fantasia og McClain 2013, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014).

Andre infeksjoner i bekkenregionen samt urinveisinfeksjoner og fordøyelsesplager var typiske, og flere deltakere hadde fått utført gjentatte operasjoner i magen på grunn av dette (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Sutherland, Fantasia og McClain 2013).

“At the age of 16-17 I started to get cysts on my ovaries and I must have had 8 or 10 abdominal operations to fix all sorts of problems” (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, 427).

Symptomer fra hjertet ble rapportert i to av studiene. Dette var sykdommer som hjertearytmier, angina og hypertensjon (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014). Søvnproblemer var et problem rapportert i tre av studiene (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Lee, Tsenkova og Carr 2014, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014).

Deering og Mellor (2011) fant at misbruk utført av en kvinnelig overgriper ikke ga fysiske helseproblemer, men at de ga psykiske problemer.

4.3 Å leve med minnene

Flere studier viser at både menn og kvinner sliter med depresjon og psykiske problemer konstant eller i perioder (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Lee, Tsenkova og Carr 2014, Subica 2013, Deering og Mellor 2011 og Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014).

I studien til Subica (2013) viser funn at personer som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen har høyere risiko for å utvikle posttraumatisk stress syndrom (PTSD), depresjon og alvorlig psykisk sykdom.

“I experience dissociative episodes, anxiety, panic attacks.... i feel overwhelmed often and ashamed, and i have diagnosed depression” (Deering og Mellor 2011, 68).

I tre av studiene kommer det frem at mange sliter med flashbacks, og dette gjelder både menn og kvinner. For kvinner gjelder dette når de er intime med sine partnere, og ved graviditet og fødsel. Noen opplever episoder hvor fortrenge minner plutselig kommer frem igjen (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Castillo og Wright 2009, Roller 2011).

Å føle selvbebreidelse og skyld er vanlig. Overgriperen legger ofte skylden for overgrepet på barnet, noe som følger de videre i voksenlivet. Mange føler skam over at det har skjedd et overgrep i familien, og er redd for at det som hadde skjedd skulle komme ut. De unngår andre mennesker og spørsmålene de tror vil komme opp om overgrepet (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Dorahy og Clearwater 2012, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014).

Et annet hovedfunn i vår studie, viser at offer for seksuelle overgrep har problemer med å stole på andre mennesker. Ofte er det slik at når overgriperen er en kvinne har offeret problemer med å stole på andre kvinner. Mange føler at de har problemer med å binde seg og stole på andre, siden de ble utsatt for seksuelle overgrep av noen de stolte på som barn. Misbruket i barndommen har konsekvenser som aldri forsvinner. De følte at misbruket var en del av livet, men at de prøvde å leve med det som hadde skjedd, og lære seg å akseptere det (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Deering og Mellor 2011, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Phanichrat og Townshend 2010).

I fire studier kommer det frem at det er vanlig med suicidaltanker og selvskading. Mange sliter med selvdestruktive tendenser, og har tanker om eller vurdert å ta selvmord på grunn av den store belastningen. Flere døyver den emosjonelle smerten de bærer på ved å skade seg selv, da den fysiske smerten er lettere å takle (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Dorahy og Clearwater 2012, Phanichrat og Townshend 2010, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014).

“I don` t think anything will cure that (emotional pain) except death itself” (Dorahy og Clearwater 2012, 167)

Det viser seg at mange er ulykkelig i livene sine, og mange menn har problemer med sinne og raseri i perioder. Noen ganger følte de seg gal fordi de mistet all kontroll. Til tross for dette kommer det frem i flere studier at mange hadde fokus på å tenke positivt og å ikke miste håpet (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Dorahy og Clearwater 2012, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Phanichrat og Townshend 2010, Castillo og Wright 2009).

4.4 Vanskelig å sette grenser

Flere studier viser at både kvinner og menn bruker mat, alkohol og narkotika for å døyve den emosjonelle smerten etter å ha opplevd misbruk i barneårene (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Lee, Tsenkova og Carr 2014, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Sutherland, Fantasia og McClain 2013, Phanichrat og Townshend 2010).

I en studie ble det beskrevet at deltakerne hadde vansker med å sette egne grenser for andre, og fant seg i hva som helst uten å være i stand til å beskytte seg selv (Sigurdardottir,

Halldorsdottir og Bender 2014). En deltaker hadde byttet sex mot en plass å bo (Roller 2011), mens fire kvinner hadde blitt voldtatt i voksen alder, noe som førte til at de gjenopplevde misbruket på nytt (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012).

“When I was lying there afterwards, I experienced everything I had gone through all over again, and my feelings just died again. I was more in the past when I was a little girl, than the rape itself, and I experienced it all over again” (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, 426).

Denne mangelen på grenser beskrives også i forhold til sex og antall sexpartnere. I to av studiene kommer det frem at flere hadde høyrisikoadferd når det gjaldt sex, dette gjaldt for eksempel for antall sexpartnere, i hvilken alder de startet å ha sex, ubeskyttet sex, sex med partnere de knapt kjente og sex i alkohol- eller narkotikarus (Sutherland, Fantasia og McClain 2013, Roller 2011). Enkelte av deltakerne beskrev seg selv som promiskuøs (Roller 2011). Kvinner som hadde opplevd seksuelle overgrep rapporterte flere sexpartnere gjennom livet og at de ofte hadde smerter under samleiet. I tillegg hadde de historier med seksuelt overførbare sykdommer og at disse sykdommene også forekom i svangerskapet (Sutherland, Fantasia og McClain 2013, Roller 2011).

Seksuelle overgrep i barndommen øker risikoen for å få symptomer på eller diagnosen metabolsk syndrom. Mange utviklet spiseforstyrrelser med overspising og dette fører til overvekt og metabolsk syndrom (abdominal fedme, glukoseintoleranse, hypertensjon og høyt kolesterol) hos både menn og kvinner. De fleste av deltakerne overspiste, mens noen utviklet spisevegring. Når alvorlighetsgraden av misbruket økte, fikk deltakerne flere symptomer på metabolsk syndrom, og dette gjaldt spesielt for menn (Lee, Tsenkova og Carr 2014, Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012).

Begge kjønn rapporterte om et høyt alkoholforbruk og at de drakk for å døyve vanskelige følelser (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Lee Tsenkova og Carr 2014). Lee, Tsenkova og Carr (2014) fant ut at 31 % av mennene og 15 % av kvinnene hadde et ukentlig høyt alkoholinntak, mens Sutherland, Fantasia og McClain (2013) fant at 53,3 % av kvinnene med en overgrepshistorie misbrakte alkohol mot 40,7 % av kvinner som ikke hadde opplevd overgrep. Narkotika ble brukt i samme hensikt. Kvinner som hadde opplevd overgrep hadde oftere misbrukt narkotika i løpet av livet enn

kvinner som ikke hadde de samme erfaringene (Sutherland, Fantasia og McClain 2013, Phanichrat og Townshend 2010).

“Heroin did save my life. If it wasn’t for heroin, I wouldn’t have been able to cope, and I would have killed myself” (Phanichrat og Townshend 2010, 69).

4.5 Det vanskelige samlivet

Flere av studiene viste at det var vanskelig å få et samliv til å fungere og at misbruket hadde stor innflytelse på den seksuelle helsen og muligheten til seksuell nytelse. Flere av kvinnene sa det var fordi de hadde et dårlig selvbilde og at de ikke fortjente å ha det bra (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Castillo og Wright 2009, Deering og Mellor 2011).

Fysisk kontakt og seksualitet var en faktor som gjorde samlivet vanskelig. Kvinnene hadde problemer med å bli tatt på av en mannlig partner, og de greide ikke å ha glede av seksuallivet. I en studie fortalte flere deltakere om hvordan det var å avsløre misbruket for sin partner. For en deltaker hadde avsløringen ført til at partneren kalte henne “lille jente” når de hadde sex, mens en annen deltaker hadde fått høre av sin partner at:

“well, you remained in that, you must have liked it” (Castillo og Wright 2009, 397).

Menn som hadde vært utsatt for overgrep i barndommen hadde ingen problemer med å ta på kvinner, men de følte likevel at misbruket var med dem hele tiden. De opplevde at flashbacks påvirket seksuallivet og det samme gjaldt for kvinnene i studien. Noen valgte å leve i sølibat som følge av misbruket (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Deering og Mellor 2011).

Overgrep i barndommen påvirket hvordan kvinnene taklet svangerskap og fødsel. Noen av kvinnene hadde hatt spontanaborter og ektopiske graviditeter, mens andre var blitt gravide som et resultat av misbruk (Roller 2011, Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012).

Selve fødselen gjorde at flere av kvinnene gjenopplevde misbruket og at de fikk følelsen av å ikke komme seg unna (Roller 2011). En av kvinnene sa følgende om fødselen sin:

“I felt like I was stuck, like...they made me be there, and that’s what happened in the past, that person [the abuser] was on top of me making me be there. It wasn’t voluntary, at the hospital it felt like the same thing [the rape] was happening all over again” (Roller 2011, 491).

Både kvinner og menn manglet opplevelsen av glede ved fødselen til sitt eget barn og de hadde problemer med å ta på barnet. Begge kjønn fikk symptomer på postpartum depresjon og at dette gjorde at de ikke like lett ble knyttet til barnet sitt. Kvinnene fortalte om at de hadde tendens til å isolere seg, at de overbeskyttet barnet sitt og at de ikke stolte på noen andre til å passe barnet (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012).

5.0 Metodediskusjon

Vi har basert litteraturstudien på gjeldende retningslinjer for avsluttende bacheloroppgave i sykepleie ved Høgskolen i Molde (2014). I tillegg har vi benyttet relevant pensum om metode for oppgaveskriving. Vi har gjennom hele arbeidet samarbeidet bra og vi har også fått god veiledning ved Høgskolen.

5.1 *Datainnsamling og litteratursøk*

I forkant av datainnsamling startet vi med å lese det vi fant av teori og skjønnlitteratur. Vi hadde litt problemer med å finne teori i pensum, men vi fant en bok om seksuelle overgrep mot barn, samt enkeltkapitler i bøker som omhandlet omsorgssvikt. Av skjønnlitteratur fant vi en bok som var skrevet av en voksen kvinne som opplevde gjentatte overgrep fra sin far i barndommen, og dette ga oss innsikt i kvinnens forhold til sin far på godt og vondt. Å lese om en kvinne som har opplevd dette tror vi kan være en styrke for oppgaven. Det gjør det lettere for oss å forstå og kjenne igjen følelser som ble beskrevet i litteraturstudiens inkluderte artikler.

For å få presise søk brukte vi mye tid på å utarbeide PO-skjema. Der hadde vi få søkeord, og vi mente dette ga oss nok artikler på få hovedsøk. Vi ser i ettertid at dette kan være en svakhet for oppgaven, da få søkeord gir et smalt utvalg av artikler. Vi kunne med fordel ha gått grundigere inn i nøkkelord fra artiklene vi fant og brukt disse i nye søk. Ord som for eksempel «effect» kunne muligens gitt oss flere gode kvantitative artikler. Likevel så vi at under prøvesøk da vi søkte bredt i ulike databaser, fikk vi treff på mange av de samme artiklene i flere databaser. Det er mye forskning på temaet, og vi har holdt oss etter retningslinjene og brukt forskning fra de siste fem år.

Vi ser at vi har et spredt artikkelutvalg og at dette kan være en svakhet for oppgaven. Artiklene omhandler begge kjønn og har en aldersspredning på deltakerne fra 18 til 75 år. Denne aldersspredningen ser vi ikke på som en svakhet da funnene viser seg å være de samme fra hele aldersspennet. Alle de inkluderte artiklene omhandler ulike temaer omkring seksuelle

overgrep i barndommen, men har ulike fokus og ulike hensikter. I disse artiklene har vi trukket ut resultat som direkte svarer på vår hensikt, og sett bort fra andre funn som ikke spesifikt svarer på hensikten. Da våre inkluderte artikler har mindre datamateriale som omhandler menn, kan resultatene vi har funnet være påvirket av det begrensede materialet.

Vi lagret søkehistorikken fortløpende samtidig som vi noterte ned søkeord og data for å ha en god oversikt. Med mye datamateriale er det lett å miste oversikten, men gjennom prosessen greide vi å holde oversikten og finne tilbake til informasjonen når det var nødvendighet.

Vi ønsket å bruke forskning fra vestlige land i vår litteraturstudie, da vi mener det gir resultater som er overførbare til norske forhold og norsk praksis. Vi mener det er en styrke for studien å bruke data fra en mest mulig lik befolkningsgruppe med lik kultur. Når det gjelder følelser og opplevelser av for eksempel skam, skyld og stigmatisering, vil disse være sterkt knyttet opp mot kultur. Derimot vil fysiske skader etter et seksuelt overgrep være de samme, uavhengig av kultur og land. I enkelte av artiklene fra USA var dataene innhentet fra afroamerikanske befolkningsgrupper, og man kan regne med at disse har en annen kultur enn det vestlige. Til tross for dette var funnene fra disse artiklene samsvarende med funn fra resten av artiklene, og vi ser derfor ikke på det som en svakhet å bruke disse funnene.

To av våre artikler er skrevet av samme forfattere, og ser ut til å være en del av et større forskningsprosjekt. Vi ser ikke på dette som en svakhet da de to artiklene har ulikt perspektiv og materialet er differansiert.

Vi valgte å ta med forskning på både menn og kvinners erfaringer, samt forskning på både mannlige og kvinnelige overgripere. Dette mener vi er en styrke da overgrepssproblematikken er mer omfattende enn mange er klar over, og at det på grunn av temaets sensitivitet er mye av disse opplysningene som ikke kommer frem.

5.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Når vi startet prosessen med å kvalitetsvurdere artiklene, satt vi hver for oss og markerte relevante funn i hver artikkel. Vi satt med oppgavens hensikt foran oss, slik at vi hele tiden skulle være sikker på at funnene vi trakk ut skulle svare på vår hensikt. Deretter gikk vi sammen, for å identifisere at vi hadde trukket ut alle relevante funn. Dette kan ha vært en styrke for prosessen i kvalitetsvurderingen. At alle artiklene var på engelsk kan være en svakhet i vår litteraturstudie, da det kan være relevante nyanser i språket som vi ikke har forstått.

Vi brukte Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste sitt register over publiseringskanaler for å forsikre oss om at de inkluderte artiklene var fagfellevurdert. En artikkel var i nivå en, resten i nivå to. Siden ti av artiklene våre har lavere publikasjonspoeng (nivå 1) kan dette være en svakhet i oppgaven. Vi har åtte artikler som er av kvalitativt design, og tre med kvantitativt design. Viser til vedlegg 4. Siden hensikten vår har et kvalitativt design har vi hentet ut flest kvalitative artikler, da kvalitativ forskning får frem menneskers opplevelser på en god måte. Vi mener at å bruke både kvantitative og kvalitative artikler er en styrke for oppgaven da de utfyller og støtter opp under hverandre.

Kvinner og menn som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen er ofte i en sårbar posisjon. Vi har gjennom arbeidet vårt vært opptatt av at alle deltakerne i studiene skulle være rekruttert på en forsvarlig måte, og at alle etiske aspekter skulle være ivaretatt. Blant våre artikler var 10 godkjent av etisk komité, mens det i 1 artikkel ikke kom frem at den var etisk vurdert. Til tross for dette valgte vi å ta den med da etiske hensyn i forhold til rekruttering av deltakere, informasjon, anonymitet og mulighet for å trekke seg fra studien var godt beskrevet. Selv la vi vekt på og ikke være forutinntatt i arbeidet med oppgaven, men å være nøytrale. Vi hadde også i tankene at våre lesere kunne ha erfaringer med denne typen overgrep, og vi var derfor bevisste på hvordan vi uttrykte oss skriftlig.

5.3 *Analyse*

Vi benyttet oss av Evans fire trinn i analysearbeidet. Dette ga god hjelp til å strukturere analysearbeidet og gjorde arbeidet systematisk. Vi var bevisste på at funn vi hentet ut fra artiklene skulle svare på vår hensikt. Siden alle artiklene var engelskspråklige brukte vi mye tid på å diskutere setningene for å få en best mulig oversettelse og forståelse av hva de handlet om. Disse diskusjonene ga oss ideer til temaer og til å se sammenhenger mellom artiklene og teoribakgrunnen.

Å systematisere funnene i et felles arbeidsdokument ser vi på som en styrke. Vi tok en og en artikkel og plasserte funnene under passende tema etter hvert. Dette gjorde at vi greide å holde oversikten, og se sammenhenger, likheter og ulikheter i funnene. Å jobbe med dette i et felles arbeidsdokument ga oss muligheten til å diskutere funn og få klarhet i hva de handlet om. Gjennom dette arbeidet har vi tolket teksten, og dette kan være en svakhet da funnene kan ha blitt tolket etter vår forforståelse.

Gjennom teksten i to av artiklene kommer det frem at deltakerne hadde fått betalt for å delta i studien. Det kommer ikke klart frem om dette er noe de visste om når de meldte seg til å delta, eller om de fikk vite det etter at de hadde fullført studien. Dette er noe som kan ha påvirket utvalget og som kan gi betydning for resultatet, men siden vi ikke vet om deltakerne visste om det på forhånd eller ikke har vi valgt å ikke legge vekt på det.

6.0 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet diskuterer vi studiens resultat oppimot hensikt, bakgrunnsteori og annen relevant forskning.

6.1 *Overgrepene resulterte i hemmelighold, sosial angst og isolasjon*

Mange sliter med sosial angst, isolasjon og redsel for avvisning og avsløring i voksen alder. Flere synes det er vanskelig å være sammen med andre mennesker. Noen isolerer seg fra omverdenen og det henger sammen at de er redde for avvisning og avsløring. Frykten for å skulle bli avvist gjelder spesielt kvinner. Flere menn velger å holde overgrepet skjult blant annet fordi det finnes en myte om at alle som er offer for et overgrep, blir overgripere selv (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Dorahy og Clearwater 2012, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014). At problemene er så komplekse og sammensatt, kan være på grunn av belastningen av de smertefulle opplevelsene de hadde som barn. Barn er i en sårbar posisjon og prosessene i utviklingen av selvregulering kan stagnere når barnet blir utsatt for et traume. Ved trygg tilknytning erfarer barnet at omsorgspersonen er tilgjengelig, handlende og oppmerksom i forhold til det behovet og den tilstanden barnet er i (Braarud og Nordanger 2011). Når voksne personer bærer på den byrden det er å bli utsatt for seksuelle overgrep i barndommen er det naturlig å tenke seg denne utviklingen er skadet og at isolasjon, sosial angst, redsel for avvisning og hemmelighold er på grunn av brudd i den normale og positive utviklingen.

Funn i litteraturstudien viser at mange er redde for å bli stigmatisert av andre mennesker, og spesielt fra familien. Dette kan henge sammen med hvis barnet har blitt misbrukt av en omsorgsperson, kan det ha skjedd forstyrrelser i tilknytningen, og at de da i voksen alder er redde for å bli avvist av egen familie (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Dorahy og Clearwater 2012, Castillo og Wright 2009, Deering og Mellor 2011). Spesielt menn er redd for å bli stigmatisert, og ifølge Andersen (2009) bryter seksuelle overgrep på menn det vanlige tankesettet med å tenke kjønn på. Overgrep mot menn er forbundet med skam og frykt for hva andre vil si og mene. Dette støtter funn i vår litteraturstudie, at også menn er redde for å bli avvist av andre mennesker, noe som går utover selvbildet (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Castillo og Wright 2009, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014). Hvis sykepleier møter på pasienter som avslører at det har skjedd seksuelle misbruk i barndommen er det viktig å ha en forståelse og aksept, og se helhetlig på menneskets behov for å tie eller snakke ut. Det er også

viktig at sykepleier vet hvordan hun skal opptre i slike situasjoner, og tenker gjennom de ulike måtene å kommunisere og nærme seg et sårbart menneske på.

Mange drar med seg minner gjennom hele livet, og mange har redusert selvfølelse (Braarud og Nordanger 2011). Vår studie viser at flere har problemer med å holde på jobbene sine, og at mange har lav eller ingen utdanning (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Phanichrat og Townshend 2010). Det kan tenkes at den vanskelige skolegangen skyldes lav selvfølelse på grunn overgrepet. Når en overgriper er av nær familie har han større makt over barnet. Overgriperen gir ofte både fysiske og verbale trusler som kan gi dårlig selvfølelse og gjør at barnet unngår å fortelle andre hva som har hendt (Kvam 2001). Det er naturlig å tenke seg at krenkelsers som barn også vedvarer i voksenalder, og at eventuelt dårlig selvfølelse vedvarer.

Funn viser at mange har fokus på å tenke positivt, og på å holde fast ved håpet. Mange følte at overgrepet ble en del av livet det ikke gikk an å bli kvitt, men at de prøvde å leve med det, og akseptere det som hadde hendt (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Dorahy og Clearwater 2012, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Phanichrat og Townshend 2010, Castillo og Wright 2009). Noen greier seg bra etter krisesituasjoner mens andre får alvorlige fysiske og psykiske konsekvenser. Antonovsky (1923-1994) gjorde en undersøkelse på jødiske kvinner som i andre verdenskrig hadde opplevd alvorlige traumatiske lidelser i konsentrasjonsleir. Han ble overasket da funnene hans viste at mange av disse kvinnene bevarte helsen sin på tross av lidelsene. Antonovskys videre forskning rundt helse og mestring er at helse ikke er hva vi utsettes for men vår måte og evne til å takle det som skjer i livet (Midtsundstad 2007). Antonovskys tenkning baserer seg på at det er en sammenheng mellom alt som skjer i livet, og at det er de tre faktorene "begripelighet", "håndterbarhet", og "meningsfullhet" som har betydning for opplevelsen av sammenheng. I studiene til Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender (2014) og Phanichrat og Townshend (2010) finner vi at mange hadde fokus på å holde ut ved å tenke positivt og ikke miste håpet. Det å hjelpe andre mennesker som også hadde opplevd misbruk var noe som var positivt og hjalp de å bearbeide egne opplevelser. Flere mente også at det å få barn ga livet mening og holdt dem i live. Dette kan trekkes mot de tre komponentene til Antonovsky hvor de fant sammenheng i livet ved hjelp av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Som sykepleiere skal man bidra til at pasienten skal kunne opprettholde håp. Det å ta seg tid til å snakke og vise interesse for pasientens tanker, følelser og ønsker for fremtiden kan gi gode mestringsopplevelser.

6.2 Overgrepene ga kroppslige problemer

Overgrep gir varierte og alvorlige konsekvenser for den fysiske helsen, og ulike smerter er et vanlig problem. Dette kan for eksempel være smerter i mage og underliv, menstruasjonssmerter, myoser og fibromyalgi. Disse smertene kan ha vedvart helt fra barndommen, eller de kan debutere i voksen alder. Smertene kan oppstå etter en konkret fysisk skade som følge av overgrepet, eller de kan være av psykosomatisk karakter. Psykosomatiske lidelser omfatter kroppslige plager og smerter som ikke har en sikker biologisk forklaring. Disse lidelsene kan utløses av sterke følelser som traumer, sorg og angst. Kvinner er mer utsatt for å få somatoforme lidelser, og alvorlighetsgraden fra symptomene kan variere. Eksempler på slike lidelser kan være smerter, tretthet, menstruasjonsproblemer og seksuelle problemer (Olobot helse 2014). I følge Kirkengen (2005) husker kroppen det den har opplevd. Opplevelser vi har hatt kan komme tilbake til oss på nytt gjennom syn, lukter og berøring. Overgrepet kan ha blitt utført uten at barnet har greid å sette ord på det i etterkant, eller barnet kan ha blitt truet til taushet (Kirkengen 2005, Kvam 2001). Der overgriperen er for eksempel far, har barnet få muligheter for å komme unna overgriperen. De bor i samme hus og overgriperen er rundt barnet mye av døgnet. Barn som lever i konstant frykt for overgrep vil på ulike måter vise omverdenen at de bærer på noe vanskelig, og dette kan vise seg gjennom smerter. Disse barna har ofte symptomer som magesmerter, hodepine eller andre “vondter” (Grøholt, Sommerschild og Garløv 2008). Som sykepleier har man plikt til å være oppmerksom på tilstander som kan nødvendiggjøre oppfølging fra barnevernet. Sykepleier har opplysningsplikt til å rapportere mistanker om for eksempel seksuelle overgrep og annen vold. Da kan en også se bort i fra taushetsplikten.

Den samme smerteproblematikken gjelder for voksne. De kan ha fortrent misbruket, men kroppen husker og dette gir utslag i typer uforklarlige smerter og tilstander som for eksempel fibromyalgi. Noen ganger sitter smerten i den delen på kroppen overgrepet ble gjort, mens hos andre kan smerten flytte seg til andre kroppsdelar (Kirkengen 2005). Flere kvinner beskriver at de forlot kroppen sin under overgrepene og at kropp og sinn var to adskilte deler (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012). Denne beskrivelsen gjenkjennes i teorien om dissosiasjon. Dissosiasjon beskrives som et psykisk forsvar der hjernen vår splitter opp sanseinntrykk etter traumatiske hendelser som føles livstruende (Langfeldt 2005).

Den kroniske smertepasienten er det stor sannsynlighet for å treffe på i praksis. Mange av disse pasientene går gjennom undersøkelser, operasjoner og tar medikamenter som de strengt tatt ikke trenger. Det er lett å tenke at det kun er psykiske vansker som er resultatet av seksuelle overgrep,

men våre funn viser at det gir komplekse fysiske helseplager. Dette er noe vi kan ta med oss inn i sykepleieryrket. Det er selvfølgelig viktig å ikke forklare alle diffuse helseplager og smertetilstander med en historie med seksuelt misbruk, men en må være klar over at det kan være slik. Dette er noe som har hatt lite fokus i utdanningen vår, og det står også lite om det i pensumbøkene våre. Under arbeidet med denne oppgaven har vi flere ganger tenkt tilbake på situasjoner og pasienter vi har møtt i praksis, og tenker nå at noe av det vi allerede har møtt kan være konsekvenser av seksuelt misbruk.

6.3 Overgrepene ble liggende som en mørk skygge over livet

Depresjon og selvdestruktiv atferd som selvskading, selvmordsforsøk og suicidal tanker er vanlige langtidskonsekvenser. Det kan tenkes at alle disse senvirkningene kan ha en sammenheng. Det er kjent at langvarig stress og store påkjenninger kan utløse depresjon. Våre studier viser at mange, både menn og kvinner sliter med depresjoner som er enten vedvarende eller periodevis (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Lee, Tsenkova og Carr 2014, Subica 2013, Deering og Mellor 2011, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014). På landsbasis har mellom 6-12% depresjon til enhver tid. Man kjenner ikke til hele årsaksforholdet relatert til depresjon, men arv og langvarige psykiske stressreaksjoner er av betydning (Folkehelseinstituttet 2015a). Som sykepleiere er det viktig å ikke være forutinntatt når man møter pasienter med depresjon, men forstå at det kan ligge mer bak enn ytre årsaksforhold. I fire av de overnevnte studiene kommer det frem at mange har suicidal tanker og sliter med selvskading. Flere har eller har hatt tanker om å ta selvmord på grunn av den store belastningen. Mange sier at de velger å døyve den psykiske smerten ved å skade seg selv, siden den fysiske smerten er lettere å takle. Vi har selv opplevd en pasient i praksis som strevde med selvskading og hun hadde godt synlige arr oppover armene. I en situasjon hvor det med selvskading ble tatt opp med pasienten, fortalte hun at hun hadde mye negative tanker og derfor påførte hun seg selv denne fysiske smerten. Hun beskrev at tankene var uutholdelige og alle de dårlige opplevelsene hun hadde hatt gjorde at fysisk smerte gjorde det lettere å takle disse følelsene. Hun følte seg roligere etterpå, men at effekten av selvskadingen hadde kort varighet. Som sykepleier er det viktig å kjenne til disse mekanismene da det gjør det enklere for oss å forstå pasienten. For å hjelpe kan man legge til rette for god kommunikasjon ved å vise forståelse og vise at man forstår hvorfor pasienten skader seg selv.

Selvbebreidelse og skyld er vanlig fordi overgriperen legger skylden for overgrepet over på barnet. Flere har en skamfølelse over det som har skjedd, og er redd for at overgrepet skal komme

ut. Flere unngår andre mennesker fordi de er redde for at spørsmål om overgrep skal dukke opp (Sigurdardottir, og Halldorsdottir 2012, Dorahy og Clearwater 2012, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014). Det har blitt gjort flere store spørreundersøkelser som har vist overvekt av psykiske vansker hos mennesker som har blitt utsatt for seksuelle overgrep innenfor familien. Dette gjaldt blant annet forhold som depresjon, selvbekreidelse, skam, skyld og selvdestruktiv atferd som selvmordsforsøk (Kvam 2001). Selvdestruktiv atferd kan henge sammen med å føle selvbekreidelse og skyld. Barnet vil være lojal mot overgriperen, og overgriperen har ofte stor makt over barnet gjennom trusler. Det er vanlig at truslene handler om posisjonen til barnet innad i familien, eller at de kan miste goder som materielle ting. Dette kan gjøre at barnet føler selvbekreidelse og skyld, og at dette også vedvarer i voksen alder. I følge Urnes (2009) er det kjent gjennom en større studie at det er en beskjeden sammenheng mellom seksuelt misbruk og senere selvskading, men at flere uheldige faktorer kan tilsammen utgjøre en større risiko for selvskading. Som sykepleier er det viktig å gi pasienten informasjon og råd om hvilke andre helsefaglige instanser en kan få hjelp i fra. I tilfeller der sykepleier får vite at pasienten tynnes av selvbekreidelse og skyld kan sykepleier innhente hjelp fra for eksempel psykiatrisk sykepleier.

Offer for seksuelle overgrep har problemer med å stole på andre mennesker. Mange føler de har problemer med å binde seg, og stole på andre, siden de ble utsatt for overgrep av noen de stolte på som barn (Sigurdardottir, og Halldorsdottir 2012, Deering og Mellor 2011, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Phanichrat og Townshend 2010). Det kan tenkes at problemer med å stole på andre mennesker som voksen henger igjen fra barndommen, dette gjelder da kanskje spesielt der overgriperen har vært i nær relasjon til barnet og hvor det har blitt brudd i den trygge tilknytningen.

6.4 Overgrepene førte til grenseløs adferd

Å sette grenser for seg selv når det gjelder seksuell adferd er et problem etter å ha opplevd overgrep i barndommen. Dette ga utslag i mange sexpartnere, sex i ung alder, ubeskyttet sex, sex med partnere de knapt kjente og sex i alkohol- eller narkotikarus (Roller 2011, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Sutherland, Fantasia og McClain 2013). Kvinner som hadde opplevd krenkelser i barndommen rapporterte om flere sexpartnere gjennom livet (Sutherland, Fantasia og McClain 2013). De hadde opplevd at andre voksne trådte over deres grenser ved å misbruke dem, og i voksen alder endte de opp med at hverken de selv eller andre respekterte deres grenser. Tidlig omsorgssvikt som for eksempel ved seksuelle overgrep kan ødelegge barnets

mulighet for å utvikle selvfølelse og troen på at det har verdi (Braarud og Nordanger 2011, Bunkholdt 2010). Et dårlig utviklet selvbylde kan gjøre at de finner en partner som behandler dem på samme krenkende måte som for eksempel far eller annen overgriper gjorde i barndommen. De fikk ingen respekt i barndommen og opplever heller ikke respekt i voksen alder (Kirkengen 2005). Dette støttes av Wilson (2010) som beskriver at konsekvensene av overgrep i barndommen varer hele livet. En norsk rapport fra 2007 viser at erfaring fra seksuelle overgrep i barndommen øker risikoen for konsekvenser som for eksempel tidlig sexdebut, mange sexpartnere, spiseforstyrrelser og dårlig selvbylde (Mossige og Stefansen 2007), og denne rapporten viser det samme som funnene i vår litteraturstudie, at atferden blir preget av grenseløshet.

Å oppleve overgrep i barneårene kan føre til at man utsettes for vold også i voksen alder. Sammenhengene mellom å oppleve vold i både barneår og som voksen har vært forsket på og fenomenet kalles reviktimisering. Å bli reviktimisert betyr at personen har vært et offer før og blir på nytt et offer. Mossige og Stefansen (2007) fant også fenomenet reviktimisering i sin forskning. De fant at erfaringer fra seksuelle overgrep før fylte 13 år gav økt risiko for å bli utsatt for både milde og grove seksuelle overgrep etter 13 år (Mossige og Stefansen 2007, 12). Kvello (2007) viste til at det er sammenheng mellom å bli utsatt for vold og at 20 % av barn som utsettes for seksuelle overgrep også utsettes for annen type vold. En av artiklene i vår litteraturstudie viste at fire av de sju kvinnene som deltok hadde blitt voldtatt i voksen alder (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012). En av kvinnene beskrev voldtekten som en gjenopplevelse av traumet fra barndommen og at hun følte seg som det lille barnet hun var da overgrepene hadde skjedd. Kirkengen (2005) har sett på sammenhenger mellom krenkelser i barndommen og sykdom i voksen alder. Gjennom sitt arbeid fant hun at barn som ble krenket i barndommen har en økt risiko for å bli krenket også i voksen alder. Dette kan være vold, trakassering, seksualisert vold og skader. Grenser som tidlig blir tråkket på blir skjøre og lettere for andre å trå over. Personer som blir voldtatt kan lett bli stigmatisert. De kan føle at andre ser ned på de og de kan få følelsen av at det er deres egen skyld at de har opplevd dette. Som sykepleier kan vi for eksempel møte disse pasientene på et akuttmottak eller i et overgrepsmottak. Det er da viktig at vi møter dem på en respektfull måte og viser at vi ikke ser på det de har opplevd som noe de har skylden i selv.

Mange bruker mat, alkohol og narkotika for å døyve den emosjonelle smerten (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Lee, Tsenkova og Carr 2014, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Sutherland, Fantasia og McClain 2013, Phanichrat og Townshend 2010). I Sigurdardottir og Halldorsdottir (2012) beskriver en av kvinnene hvordan hun begynte å legge på seg etter

misbruket. Godteriskålen ble brukt for å døyve smerten og holde ut med vanskelige følelser. Det samme gjelder for alkohol og narkotika, da disse også gir en følelse av nummenhet og gir en flukt fra vonde følelser. Dette er også funnet i tidligere forskning, der noen av de mest fremtredende fysiske og psykiske konsekvensene var spiseforstyrrelser, fedme og avhengighet (Wilson 2010). Dette støttes av Amundsen (2010) som skriver at flere kvinner beskriver sitt møte med rusmidler som en flukt fra virkeligheten og at rusen demper en indre uro. I forhold til fedme og overspising har våre funn konsekvenser for praksis. Vi har lett for å tenke om overvektige at de er late, og hvis de bare spiser mindre og mosjonerer mer blir de normalvektige. Våre funn viser at overvekt er et kompleks problem, og at i mange tilfeller bør behandling av fedme også omfatte psykologisk hjelp.

6.5 Overgrepene minket sjansen for å oppleve et godt samliv

Å få et samliv til å fungere kan være vanskelig. Mange sliter med et dårlig selvbilde og føler at de ikke fortjener å ha det bra. I tillegg har de vansker i med å stole på og bli tatt på av partneren (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012, Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender 2014, Castillo og Wright 2009, Deering og Mellor 2011). En av kvinnene sa at hun følte seg forpliktet til å ha sex og at hun holdt ut kun for partnerens skyld (Sigurdardottir og Halldorsdottir 2012). I følge Almås og Benestad (2004) vil et seksuelt traume i barndommen gi seksuelle problemer i voksen alder. Det er vanlig å oppleve at man ikke eier sin egen seksualitet og at man ikke har noe valg. Oppgaven blir da å tilfredsstille andres seksuelle behov, og egne følelser blir uten betydning.

Mange sliter med flashbacks som gjør fysisk kontakt og seksualitet vanskelig. Flere beskrev disse påtrengende minnene som så sterke og detaljerte at det å ha fysisk kontakt med partneren ble vanskelig. Resultatet ble at de prøvde å unngå situasjoner som fremkalte disse minnene. Minnene kunne også forsterkes etter at kvinnene hadde avslørt misbruket for partneren, og partneren reagerte på en uønsket måte. Flere av kvinnene sa at etter at de hadde avslørt misbruket, virket det som om detaljer fra avsløringen tente partneren (Castillo og Wright 2009). Fire deltakere hadde valgt å leve i sølibat da de ikke greide å ha glede av et seksualliv og ikke ønsket å være fysisk nær en annen person (Deering og Mellor 2011). Menn som hadde vært utsatt for overgrep hadde ikke like store problemer med fysisk kontakt, men de hadde også problemer i form av flashbacks. Flere av mennene som hadde blitt misbrukt av en kvinne sa de aldri kunne stole på en kvinne igjen, og greide ikke å etablere et nært og intimt forhold til en kvinne. Flashbacks er et fremtredende PTSD-symptom og fysisk kontakt er noe som fremkaller disse minnene. Årsaken til dette er at

personen befinner seg i en situasjon som minner om overgrepene. Man er fysisk nær en annen, lyder og lukter minner om overgrepene og selv om personen stoler på og er glad i partneren vil kroppen reagere. Disse minnene gjør at misbruket blir opplevd igjen og igjen, og det er vanlig å prøve å unngå situasjoner som skaper disse følelsene (Grøholt, Sommerschild og Garløv 2008).

Å gå gjennom svangerskap og fødsel er vanskelig for kvinnene. Svangerskapet er en sårbar fase hvor tidligere hendelser kan komme frem igjen. Et svangerskap er i samme kroppsområde som overgrepene har foregått, og det fremkaller vonde minner for de fleste av kvinnene.

Svangerskapet fører til ukontrollerte kroppsendringer og kvinnen kan få følelsen av å miste kontroll over kroppen. Denne mangelen på kontroll kan ligne på følelsen kvinnen hadde under overgrepene, der hun hadde total mangel på å kunne bestemme over egen kropp. En kvinne fortalte at disse minnene hadde stor innvirkning på hvordan hun taklet svangerskapet og fødselen, og flere kvinner fortalte at de brukte rusmidler for å døyve følelsene som svangerskapet fremkalte (Roller 2011, Folkehelseinstituttet 2015b).

Kvinner som opplever flashbacks og vanskelige følelser i svangerskapet kan få problemer med å knytte seg til barnet når det blir født. Kirkengen (2005) skriver at kvinnene i hennes undersøkelse skapte en distanse i svangerskapet. Dette uttrykte seg i at kvinnene ikke følte seg gravid, de gledet seg ikke til barnet skulle komme, de kjente ikke fosterbevegelser og var uten kontakt med egen mage og underliv. Etter fødselen var det mange som fikk postpartum depresjon, og distansen til barnet kan vedvare. Dette skaper et dårlig utgangspunkt for samspillet mellom mor og barn.

Å ha kunnskaper om dette er viktig for alt helsepersonell. Gravide kvinner møter vi i alle deler av helsetjenesten, og det å forstå hvilke problemer som kan oppstå i samlivet og under svangerskapet er viktig. Spesielt for yrkesgrupper som jordmødre og helsesøstre er denne kunnskapen viktig, men for andre er det nødvendig å kunne vite hva som kan skjule seg bak irrasjonell oppførsel hos en gravid kvinne. Å være varsom i vår fremtreden, og lydhør for signaler den gravide sender ut er essensielt.

7.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse fysiske og psykiske senvirkninger som voksne har etter å ha vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen.

Våre resultater viser at seksuelle overgrep i barndommen gir komplekse fysiske og psykiske problemer. Disse tas med inn i voksenlivet og gir reaksjoner som angst, depresjon, redsel for avvisning og hemmelighold. Mange sliter med flashbacks og disse skaper også problemer i forhold til samliv og svangerskap. Et fremtredende funn i litteraturstudien var vansker med grensesetting, og dette gjaldt grenser både for seg selv og for andre. Mange som hadde opplevd overgrep i barneårene ble på nytt offer for vold i voksen alder. Det var også vanlig med grenseløshet i forhold til mat, bruk av alkohol og narkotika. Spesielt kvinnene hadde komplekse fysiske problemer der smerteproblematikk var fremtredende. Det kom frem at mange gjennomgikk undersøkelser, unødvendige operasjoner og ble medisinert på grunn av dette.

Redsel for stigmatisering var en av hovedårsakene til at flere ikke ønsket å fortelle om misbruket. De følte at de selv var skyldige i det som hadde hendt, og ved å fortelle om overgrepet var de redde for at andre skulle tenke at de selv hadde skyld i det. Det er viktig med økt kunnskap om overgrep slik at offer for overgrep tør å fortelle om disse hendelsene. Som sykepleiere har vi en viktig rolle da vi møter disse personene i alle deler av helsetjenesten. Det er nødvendig å ha kunnskap om og forståelse for det utsatte menneskets behov, og at vi kjenner til signaler som blir sendt ut. Spesielt viktig er dette når man møter barn, dette for å kunne minske senvirkninger av seksuelle overgrep.

Vi ser gjennom arbeidet med litteraturstudien at disse problemene ikke kan ses enkeltvis, men må ses som en helhet. Senvirkningene går over i hverandre, og dette fører til at alle aspekt i livet til offeret blir påvirket. Overgrepet blir liggende som en skygge over livet og det viser seg at tiden leger *ikke* alle sår.

7.1 Forslag til videre forskning

Det er i tidligere forskning lagt mye vekt på kvinners erfaringer som offer for overgrep. Dagens kunnskap viser at også kvinner er overgriper. Vi mener at kvinnens rolle som overgriper kunne ha vært mer forsket på. Hva er årsaken til at kvinner utfører overgrep, hvordan er deres

forhistorie, forekomst og senvirkninger etter overgrep utført av kvinner.

8.0 Litteraturliste

Aadland, Einar. 2004. *Og eg ser på deg....* 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Almås, Elsa og Esben Esther Pirelli Benestad. 2004. Seksuelle problemer hos personer som har opplevd seksuelle traumer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 41;2-9

Amundsen, Marie-Lisbet. 2010. *Bak glemselens slør*. Fontene forskning 1/10;4-15

Andersen Torbjørn Herlof. 2009. *Sårbar og sterk. Menn som har vært utsatt for seksuelle overgrep i oppveksten: En kvalitativ studie av sosiale og kulturelle faktorerens innvirkning på virkelighetsskapning og mestring*. Kilden-informasjonsenter for kjønnsforskning (lest 120315). <http://kilden.forskningsradet.no/publikasjon/vis.html?tid=67830>

Antonovsky, Aaron. 2012. *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal akademiske

Bakken, Berit. 2012. *Opplevelsen av sammenheng er nøkkelen til god helse*. Idebanken – for et arbeidsliv som inkluderer. (lest 050315). <http://www.idebanken.org/innsikt/artikler/opplevelsen-av-sammenheng-er-n%C3%B8kkelen-til-god-helse>

Braarud, Hanne Cecilie og Dag Øystein Nordanger. 2011. Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskriftet for Norsk Psykologforening* 48;968-972

Bunkholdt Vigdis. 2010. *Psykologi. En innføring for helse og sosialarbeidere*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Castillo, Darren Del og Margaret O'Dougherty Wright. 2009. The perils and possibilities in disclosing childhood sexual abuse to a romantic partner. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18:386-404

Deering, Rebecca og David Mellor. 2011. An exploratory qualitative study of the self-reported impact of female-perpetrated childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20:58-76

Dorahy, Martin J. og Ken Clearwater. 2012. Shame and guilt in men exposed to childhood sexual abuse: A qualitative investigation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21:155-175

Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2;22-26

Felleskap mot seksuelle overgrep. 2008. *Seksuelle overgrep, omfang*.
(lest 160315). <http://www.fmsso.no/Seksuelle-overgrep/Omfang-18/&q=seksuelle%20overgrep#soketreff>

Folkehelseinstituttet.2015a. *Depresjon - faktaark*.
(lest 160315). <http://www.fhi.no/tema/depresjon/fakta-om-depresjon>

Folkehelseinstituttet 2015b. *Sammenheng mellom overgrep i barndommen og bekymring for barnet i svangerskapet*.
(lest 160315).
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6665&MainContent_6263=6496:0:25,6679&Content_6496=6178:86609:25,6679:0:6562:33:::0:0

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *At göra systematiska litteraturstudier*. 3. utgave. Stockholm: Natur & Kultur.

Grøholt, Berit, Hilchen Sommerschild og Ida Garløv. 2008. *Lærebok i barnepsykiatri*. 4. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Haugland, Gunhild Nystad, Ingrid Elisabeth Nygaard, Jone Solberg Vik og Torill Christine Lindstrøm. 2011. Ingen penis - ingen skade? Når kvinner begår seksuelle overgrep. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 48;523-528

Høgskolen i Molde. 2014. *Generelle retningslinjer for avsluttende bacheloreksamen i sykepleie*. Avdeling for helse- og sosialfag. Molde: Høgskolen i Molde.

Ingstad, Kari. 2013. *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kia-Keating, Maryam, Lynn Sorsoli og Frances K. Grossman. 2010. Relational challenges and recovery processes in male survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 4:666-683

Kirkengen, Anna Luise. 2005. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. 2. opplag. Oslo: Universitetsforlaget.

Kvam, Marit Hoem. 2001. *Seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kvello, Øyvind. 2007. *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling* Oslo: Universitetsforlaget.

Langfeldt, Tone Sem. 2005. *Dissosiativ lidelse. Sinnets helse*.
(lest 110315). http://www.sinnetshelse.no/artikler/dissosiativ_lidelse.htm

Lee, Chioun, Vera Tsenkova og Deborah Carr. 2014. Childhood trauma and metabolic syndrome in men and women. *Social Science & Medicine*, 105:122-130

Midtsundstad, Anders. 2007. *Mestring, glede og felleskap*. Fritid for alle.
(lest 130315).
<http://www.fritidforalle.no/media/2999/mestring,%20glede%20og%20fellesskap.pdf>

Mossige, Svein og Kari Stefansen. 2007. *Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 20/2007
(lest 130315) www.nova.no/asset/3059/1/3059_1.pdf

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. 2010. *Seksuelle overgrep mot barn - hvordan reagerer barn og hvilken hjelp trenger de?*
(lest 050315).
<http://www.nkvts.no/tema/Sider/Seksuelleovergrepmotbarnhvordanreagererbarnoghvilkenhjelptrengerde.aspx>

Nordtvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2. utgave. Oslo: Akribes

- Norges Lover. 2005. *Straffeloven. Kapittel 26. Seksuallovbrudd*.
(lest 040315). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-11#KAPITTEL_2-11
- Norsk Rettsmuseum. 2015. *Dødsstraff à la Christian V*.
(lest 040315). <http://norsk-rettsmuseum.no/utstillinger/ddsstraff-a-la-christian-v>
- Olobot helse. 2014. *Psykosomatisk sykdom: symptomer*.
(lest 130315). <http://o.oolco.com/artikkel/psykosomatisk-sykdom/symptomer>
- Phanichrat, Thanomjit og Julia M. Townshend. 2010. Coping strategies used by survivors of childhood sexual abuse on the journey to recovery. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19:62-78
- Roller, Cyndi Gale. 2011. Moving beyond the pain: Women's responses to the perinatal period after childhood sexual abuse. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 5:488-493
- Sigurdardottir, Sigrun og Sigridur Halldorsdottir. 2012. Repressed and silent suffering: consequences of childhood sexual abuse for women's health and well-being. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 27:422-432
- Sigurdardottir, Sigrun, Sigridur Halldorsdottir og Soley S. Bender. 2014. Consequences of childhood sexual abuse for health and well-being: Gender similarities and differences. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42:278-286
- Sosial- og helsedirektoratet. 2007. *Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Steine, Iris M., Anne Marita Milde, Bjørn Bjorvatn, Janne Grønli, Inger Hilde Nordhus, Jelena Mrdalj og Ståle Pedersen. 2012. Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* (49):950-957
- Subica, Andrew M. 2013. «Psychiatric and physical sequelae of childhood physical and sexual abuse and forced sexual trauma among individuals with serious mental illness». *Journal of Traumatic Stress*, 26:588-596

Sutherland, Melissa A., Heidi Collins Fantasia og Natalie McClain. 2013. Abuse experiences, substance use, and reproductive health in women seeking care at an emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 39:326-333

Urnes, Øyvind. 2009. Selvskading og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for den norske legeforening* (lest 160315). <http://tidsskriftet.no/article/1829201>

Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2011. *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

Wilson, Debra Rose. 2010. Health Consequences of Childhood Sexual Abuse. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46:56-64

Vedlegg 1

Liste over relevante funn

Å bære på en stor byrde:

Sosial angst: 1,2,2,2,4,4,4,4,4,5,5,5,9
Jobb og utdanning: 2,2,11
Avsløring: 2,4,4,4,4,7,7,7,7,7,7,7,7,9,9
Fornektelse: 11,11
Avvisning: 1,2,2,2,2,4,7,7,7
The shadow is still hanging over: 1,1,2,11,11
Håp for fremtiden: 2,11,11,11,11

Å leve med minnene:

Sinne og raseri: 2,2,4
Ulykkelig: 1,2
Problemer med å stole på andre: 1,2,2,9,9
Suicidaltanker/selvskading: 1,2,4,11
Depresjon/psykiske problem: 1,2,2,3,3,6,6,6,9,9,9,11
Minner/flashbacks: 1,7,7,10,10,10,10,11
Selvbebreidelse/skyld: 1,1,1,2,4,4,4,4,4,4

Vanskelig å sette grenser:

Overgrep i voksen alder: 1,1
Overspising/metabolsk syndrom: 1,1,3,3,3,3,3,3
Alkohol: 1,2,3,8,11
Narkotika: 8,11
Manglende grensesetting for seg selv: 2,2,8,8,10,10,10,10

Det vanskelige samlivet:

Svangerskap og fødsel: 1,1,1,2,2,2,10,10,10,10,10
Samliv: 1,1,1,2,2,2,2,7,7,7,9,9,9,9

Det kjennes på kroppen:

Fysiske problemer/sykdommer/ kjønnsykdommer: 1,2,2,2,6,8,8,9,9
Uforklarlige smerter: 1
Fibromyalgi/ME: 1
Gynekologiske problemer: 1,1,1
Søvnproblem: 1,2,3

Vedlegg 2

PO-skjema

Population	Outcome
Seksuelle overgrep Barndom	Erfaring Mestring Konsekvens Mental helse Fysisk helse
Childhood sexual abuse Adult survivors of child abuse	Experienc* Coping Consequence* Mental health Physical health

Vedlegg 3

Oversikt over litteratursøk

Dato	Database	#	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
311014	SweMed+	1	«childhood sexual abuse»	20			
		2	Year: [2009 TO 2014]	7			
		3	1 and 2	7	4	3	2
131114	Medline (OVID)	1	sexual abuse.mp. or sexual abuse/	13690			
		2	childhood/ or childhood.mp.	161530			
		3	adult survivor*.mp.	1988			
		4	1 and 2 and 3	388			
		5	experienc*.mp.	690416			
		6	4 and 5	180			
		7	limit 6 to (english language and yr="2009 - Current")	134	35	11	6
261114	Embase (OVID)	1	childhood.mp.	218942			
		2	sexual abuse.mp.	15764			
		3	coping.mp.	49513			
		4	1 and 2 and 3	223			
		5	limit 4 to (english language and yr="2009 - Current")	87	12	1	1
021214	Nursing database (OVID)	1	child abuse.mp. or exp Child Abuse/	9863			
		2	sexual abuse.mp. or exp Sexual Abuse/	2786			
		3	consequence*.mp.	2071			
		4	1 and 2 and 3	42			
		5	limit 4 to (english language and yr="2009 - Current")	12	2	1	1

021214	Medline (OVID)	1	adult survivor*.mp.	1988			
		2	child abuse.mp. or Child Abuse/	26058			
		3	mental health.mp. or Mental Health/	10756			
		4	physical health.mp.	10247			
		5	1 and 2 and 3 and 4	9			
		6	limit 5 to (english language and yr="2009 - Current")	8	2	1	1

Vedlegg 4

Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Artikkel nummer	Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / Måle- instrument	Deltakere / fracfall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Nivå
1	Sigurdardottir, Sigrun, Sigridur Halldorsdottir 2013 Island Scandinavian Journal of Caring Science; 27; 422- 432	Repressed and silent suffering: consequences of childhood sexual abuse for women's health and well- being.	Hensikten med studien var å undersøke konsekvensene av seksuelle overgrep i barndommen for kvinners helse og trivsel.	Kvalitativ studie. Deltakerne ble intervjuet to ganger hver i løpet av 1-6 måneders intervall.	7 kvinner som ble seksuelt misbrukt i barndommen ble rekruttert til undersøkelsen. Hos alle kvinnene hadde misbruket startet da de var mellom 4 og 5 år. På intervju- tidspunktet var deltakerne mellom 30 og 65 år. Ingen fracfall.	Hovedfunn i undersøkelsen er at tiden leger ikke alle sår. Alle kvinnene beskrev undertrykt og stille lidelse, og at misbruket fortsatt påvirket dem i alle aspekter i livet.	Etisk godkjent av «Icelandic Bioethics Committee»	Nivå 1 Høy kvalitet

2	<p>Sigurdardottir, Sigrun, Sigridur Halldorsdottir, Soley S. Bender</p> <p>2014</p> <p>Island</p> <p>Scandinavian Journal of Public Health; 42: 278-286</p>	<p>Consequences of childhood sexual abuse for health and well-being: Gender similarities and differences.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke om det var kjønnsforskjeller og likheter i konsekvenser av seksuelle overgrep.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Studien er en del av et større forskningsprosjekt; Childhood Sexual Abuse (CSA): Developing an Interdisciplinary Primary Health Care Intervention.</p> <p>Deltakerne gjennomgikk to dybdeintervju hver.</p>	<p>14 deltakere (7 kvinner og 7 menn) som hadde opplevd seksuelle overgrep i barndommen ble rekruttert til studien.</p> <p>Deltakerne hadde blitt misbrukt fra 4-5 års alderen og frem til 12-års alderen.</p> <p>På intervju-tidspunktet var deltakerne mellom 30 og 65 år.</p> <p>Ingen dokumenterte frafall.</p>	<p>Hovedfunn i studien er at deltakerne uttrykte en dyp og stille lidelse som for dem syntes å være endeløs og nesten uutholdelig. Alle deltakerne hadde lidd av komplekse helseproblemer siden barndommen.</p> <p>Forskjellen mellom kjønnene viste seg gjennom ulike reaksjonsmønstre.</p>	<p>Etisk godkjent av «Icelandic Bioethics Committee»</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Høy kvalitet</p>
---	---	---	---	--	---	--	--	-----------------------------------

3	<p>Lee, Chioun, Vera Tsenkova, Deborah Carr</p> <p>2014</p> <p>USA</p> <p>Social Science & Medicine 105; 122-130</p>	<p>Childhood trauma and metabolic syndrome in men and women.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke i hvilken grad ulike typer overgrep i barndommen påvirker risikoen for å utvikle metabolsk syndrom, i hvilken grad den sosioøkonomisk statusen har noe å si for utviklingen og om det er kjønnsforskjeller.</p>	<p>1234 voksne deltakere.</p> <p>Data ble innhentet fra MIDUS- studien (Midlife in the United States, a national longitudinal study of health and well- being).</p>	<p>Kvantitativ design.</p> <p>Deltakere i aldersgruppen 25–75 år.</p>	<p>Undersøkelsen viste at emosjonelt og fysisk misbruk økte risikoen for å utvikle metabolsk syndrom hos både menn og kvinner. Når alvorlighetsgraden på overgrepet økte, ble symptomene på metabolske syndrom flere, og dette gjaldt spesielt menn.</p>	<p>Etisk godkjent av «Health Sciences Institutional Review Boards» ved University of Wisconsin</p>	<p>Nivå 2</p> <p>Høy kvalitet</p>
4	<p>Dorahy, Martin J., Ken Clearwater</p> <p>2012</p> <p>New Zealand</p> <p>Journal of Child Sexual Abuse 21; 155-175</p>	<p>Shame and guilt in men exposed to childhood sexual abuse: A qualitative investigation.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke opplevelsen av skam og skyldfølelse hos voksne menn etter å ha blitt seksuelt misbrukt som barn.</p>	<p>Semi- strukturert fokusgruppeint ervju av 7 menn.</p>	<p>Kvalitativt design.</p> <p>Deltakere i aldersgruppen 37-64 år.</p> <p>Ingen dokumenterte frfall.</p>	<p>Hovedfunn i studien er at deltakerne lever med en følelse av skam, skyld og dissosiasjon, og at overgrepet var selvforskyldt.</p>	<p>Etisk godkjent av «Human Ethics Committe» Ved University of Canterbury</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Høy kvalitet</p>

<p>5</p>	<p>Kia-Keating, Maryam, Lynn Sorsoli, Frances K. Grossman</p> <p>2010</p> <p>USA</p> <p>Journal of Interpersonal Violence 4:666-683</p>	<p>Relational challenges and recovery processes in male survivors of childhood sexual abuse.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke de relasjonelle utfordringene mannlige overgrepsoffer hadde og prosessen for å forbedre mulighetene til å søke nye og beholde støttende relasjoner over tid.</p>	<p>Semi-strukturert intervju.</p> <p>Deltakerne ble intervjuet to ganger med en ukes mellomrom.</p>	<p>Kvalitativt design.</p> <p>16 menn i alderen 24-61 år deltok i studien.</p> <p>Ingen dokumenterte frafall.</p>	<p>Deltakerne opplevde å få et meningsfullt liv gjennom ulike relasjonelle faktorer som å ha kontakt med dyr og ved å hjelpe andre som har opplevd lignende traumer.</p> <p>Deltakerne hadde akseptert sin forhistorie og lært å leve med den.</p>	<p>Ikke beskrevet at artikkelen var godkjent av etisk komité.</p> <p>Artikkelen beskriver at det er tatt hensyn i forhold til rekruttering av deltakere, informasjon, anonymitet og mulighet for å trekke seg fra studien.</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Høy kvalitet</p>
<p>6</p>	<p>Subica, Andrew M.</p> <p>2013</p> <p>USA</p>	<p>Psychiatric and physical sequelae of childhood physical and sexual abuse and forced sexual trauma among individualt</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvilken effekt seksuelle overgrep i barndommen hadde på alvorlighetsgraden</p>	<p>Deskriptiv metode.</p>	<p>Kvantitativt design.</p> <p>172 deltakere fullførte studien, 95 menn og 77 kvinner.</p>	<p>Studien viste at de som hadde opplevd seksuelle overgrep i barndommen hadde alvorligere sykdomsbilde enn</p>	<p>Etisk godkjent av «University of Hawaii Committee on Human Studies»</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Høy kvalitet</p>

	Journal of Traumatic Stress 26:588-596	with serious mental illness	av PTSD og depresjon, og generell funksjon av fysisk og mental helse.		Inklusjonskriterie for deltakelse var diagnosen schizofreni, bipolar lidelse eller alvorlig depressiv sykdom. Frafall på 16 deltakere.	de som ikke hadde blitt misbrukt.		
7	Del Castillo, Darren, Margaret O'Dougherty Wright 2009 USA Journal of Child Sexual Abuse 18; 386-404	The perils and possibilities in disclosing childhood sexual abuse to a romantic partner.	Hensikten med studien var å forstå langtidseffekten av seksuelle overgrep i barndommen og hvilke erfaringer kvinnene hadde ved å avsløre misbruket for sine kjærester.	Semi-strukturert dybdeintervju.	Kvalitativt design. 7 kvinner i alderen 18-50 år deltok i studien. Ingen dokumenterte frafall.	Undersøkelsen viste at å avsløre misbruk i barndommen for sine kjærester skapte nye bekymringer i forhold til identitet, intimitet og seksualitet. Deltakerne hadde både negative og positive erfaringer med å fortelle om misbruket.	Etisk godkjent av «The institutional review board» ved Midwestern university. Alle deltakerne fikk et honorar på \$50 for deltakelsen.	Nivå 1 Høy kvalitet

8	<p>Sutherland, Melsissa A., Heidi Collins Fantasia, Natalie McClain</p> <p>2013</p> <p>USA</p> <p>Journal of Emergency Nursing 39:326-333</p>	<p>Abuse experiences, substance use, and reproductive health in women seeking care at an emergency department.</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive erfaringer etter seksuelle overgrep i barndommen, vold fra partner, rusmisbruk og reproduktiv helse hos kvinner som søkte hjelp ved et akuttmottak.</p>	<p>Deskriptiv statistisk analyse.</p> <p>Kvinnene fylte ut et spørreskjema på akuttmottaket like etter at undersøkelsen ferdig.</p>	<p>Kvantitativt design.</p> <p>145 kvinner i alderen 18-45 år som hadde vært seksuelt aktive det siste året ble rekruttert.</p> <p>Studien er en del av en større studie kalt «the Women's Health Study».</p> <p>Ingen dokumenterte frafall.</p>	<p>En historie med seksuelt misbruk kan ha negative helseeffekter i voksen alder. Kvinnene rapporterte høyere inntak av alkohol og andre rusmidler, de hadde flere sex-partnere og tidligere sex-debut enn de som ikke hadde blitt misbrukte som barn.</p>	<p>Etisk godkjent av «University Institutional Review Board»</p> <p>Alle deltakerne ble betalt \$2 for å delta i studien.</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Høy kvalitet</p>
---	---	--	---	---	--	--	---	-----------------------------------

9	<p>Deering, Rebecca, David Mellor</p> <p>2011</p> <p>Australia</p> <p>Journal of Child Sexual Abuse 20:58-76</p>	<p>An exploratory qualitative study of the self-reported impact of female-perpetrated childhood sexual abuse.</p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke innvirkningen av seksuelle overgrep i barndommen utført av en kvinnelig overgriper.</p>	<p>Spørreskjema, returnert ferdig utfylt pr post.</p> <p>Alle deltakerne var anonyme.</p>	<p>Kvalitativt design.</p> <p>9 menn og 5 kvinner i alderen 29-64 år som alle hadde blitt misbrukt av en kvinnelig overgriper fullførte studien.</p> <p>Frafall på 9 deltakere.</p>	<p>For både menn og kvinner førte misbruket til problemer på flere områder både i barneårene og i voksen alder. Virkningene av å bli misbrukt av en kvinne var de samme som har blitt rapportert etter misbruk av en mannlig overgriper.</p>	<p>Etisk godkjent av «Deakin University Human Research Ethics Committee» .</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Høy kvalitet</p>
---	--	---	---	---	---	--	--	-----------------------------------

10	<p>Roller, Cyndi Gale</p> <p>2011</p> <p>USA</p> <p>Journal of Midwifery & Women's Health 5:488-493</p>	<p>Moving beyond the pain: Women's responses to the perinatal period after childhood sexual abuse.</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive hvordan kvinner som har blitt seksuelt misbrukte i barndommen gjenopplever traumet i den perinatale perioden.</p>	<p>Åpne intervju der kvinnene ble spurt om å beskrive misbruket og hvordan det påvirket dem i perinatal periode. Sammenlignen de analyse ble brukt for lage en teoretisk ramme.</p>	<p>Kvalitativt design.</p> <p>12 kvinner i alderen 18-39 år deltok. Kvinnene var gravide eller hadde født de siste 12 måneder før intervjuet.</p> <p>Alle kvinnene hadde blitt seksuelt misbrukt før 18-årsalderen.</p>	<p>Studien viste at graviditeten påvirket kvinnene negativt. Kvinnene hadde negative opplevelser ved for eksempel fosterbevegelser, undersøkelser som ble foretatt under graviditeten og under fødselen. Enkelte situasjoner i svangerskapet ga kvinnene flashbacks til tidligere opplevelser.</p>	<p>Etisk godkjent av «Institutiona l review board» ved Kent State University College of Nursing</p>	<p>Nivå 1 Høy kvalitet</p>
----	---	--	---	---	---	--	---	---

11	<p>Phanichrat, Thanomjit, Julia M. Townshend</p> <p>2010</p> <p>England</p> <p>Journal of Child Sexual Abuse 19:62-78</p>	<p>Coping strategies used by survivors of childhood sexual abuse on the journey to recover.</p>	<p>Hensikten med studien var å avdekke hvilke strategier personene brukte for å komme seg etter misbruket.</p>	<p>Semi-strukturert intervju.</p>	<p>Kvalitativt design.</p> <p>4 kvinner og 3 menn i alderen 23-57 år deltok.</p> <p>Deltakerne hadde alle vært gjennom en helbredelsesprosess og hadde kommet seg etter misbruket.</p>	<p>Studien viser at det er mulig å komme seg etter misbruket. Dette kan være gjennom avsløring, aksept, positiv tenkning, ha håp og ved å søke mening ved å for eksempel å hjelpe andre.</p>	<p>Etisk godkjent av «Thames Valley University's Psychology Department al Ethics Committee»</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Høy kvalitet</p>
----	---	---	--	-----------------------------------	--	--	---	-----------------------------------