

Sigríður Hrönn Bjarnadóttir, geðheilsustöð Breiðholts
Sigrún Sigurðardóttir, heilbrigðisvísindasviði Háskólans á Akureyri
Sigríður Halldórsdóttir, heilbrigðisvísindasviði Háskólans á Akureyri

„Ég veit ekki hvað það er að líða vel“

REYNSLA KVENNA MEÐ GEÐRÖSKUN AF ÁHRIFUM ENDURTEKINS OFBELDIS Á LÍÐAN, LÍKAMSHEILSU OG GEÐHEILBRIGÐI

ÚTDRÁTTUR

Bakgrunnur rannsóknar: Rannsóknarniðurstöður benda til þess að meðferðaraðilar taki sjaldan eftir að um endurtekin áföll vegna ofbeldis er að ræða hjá konum með geðröskun. Þær fá því ekki viðeigandi meðferð, til dæmis tækifæri til tilfinningatjáningar og tilfinningaúrvinnslu, við áföllunum.

Tilgangur rannsóknarinnar var að auka þekkingu og dýpka skilning á áhrifum áfalla vegna endurtekens ofbeldis í bernsku og á fullorðinsárum á líðan, líkamsheilsu og geðheilbrigði kvenna sem greindar hafa verið með geðröskun.

Aðferð: Í þessari fyrirbærafræðilegu rannsókn voru þátttakendur átta konur á aldrinum 35-55 ára. Tekin voru tvö viðtöl við allar konurnar nema eina, samtals 15 viðtöl. Allar konurnar voru greindar með þunglyndi og kvíða og sumar þeirra voru einnig með annars konar geðröskun.

Niðurstöður: Konurnar urðu margsinnis fyrir ofbeldi í bernsku og á unglingsaldri sem leiddi iðulega til sálrænna áfalla. Ofbeldið, sem þær urðu fyrir, var ýmist líkamlegt ofbeldi, andlegt ofbeldi, vanræksla eða kynferðislegt ofbeldi. Þær urðu einnig margtítt fyrir ofbeldi á fullorðinsárum svo að sálræn sár þeirra náðu aldrei að gróa. Það leiddi síðan til tilvistarlegrar þjáningar sem þær sögðu raunar sjaldnast frá. Tengslanet og stuðningur í uppvexti kvennanna var af skornum skammti. Þær lýstu flestar umhyggjuleysi og að þeim hefði fundist þær óvelkomnar eða þeim hafnað af fjölskyldunni í barnæsku og á fullorðinsárum. Vegna þessa umhyggju- og stuðningsleysis vantaði sálrænan höggdeyfi gegn niðurbjótandi áhrifum ofbeldisins. Þetta leiddi til að þær brotnuðu niður og vissu ekki hvað það var að líða vel. Afleiðing þessa alls var að þær glímdu allar við geðræn vandamál, einkum þunglyndi og kvíða. Konurnar lýstu uppgjöf við að finna út úr því hvað gæti hjálpað þeim til að líða betur. Tilfinning sumra þeirra var að þær gætu varla þolað meiri tilvistarlegan sársauka.

Ályktun: Rannsóknin varpar ljósi á mikilvægi þess að spyrja um áfallasögu vegna endurtekens ofbeldis hjá konum með geðröskun og veita þeim viðeigandi meðferð.

Lykilorð: Ofbeldi, sálræn áföll, konur, fyrirbærafræði, viðtöl.

INNGANGUR

Ofbeldi hefur neikvæð áhrif á líf milljóna kvenna um allan heim. Það hefur niðurbjótandi áhrif á heilbrigði þeirra og getur jafnvel leitt til dauða. Árið 1979 samþykktu Sameinuðu þjóðirnar *samning um afnám allrar mismununar gagnvart konum* sem tók gildi á Íslandi 18. júlí 1985. Khan (2000) telur 20-50% stúlkna og kvenna meðal þjóða heims verða fyrir ofbeldi og að þessi tollur á heilbrigði og vellíðan kvenna verði ekki lækkaður nema fjölskyldur, stjórnmöld, stofnanir og almenningur taki saman á vandanum.

Ofbeldi er hægt að skipta í fjóra meginflokkka: líkamlegt ofbeldi, andlegt ofbeldi, vanrækslu og kynferðislegt ofbeldi (Ingólfur V. Gíslason, 2008; Samtök um Kvennaathvarf, 2008; Sameinuðu þjóðirnar, 1993) (sjá töflu 1).

ENGLISH SUMMARY

Bjarnadóttir, S.H., Sigurðardóttir, S., and Halldórsdóttir, S.
THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING (2014), 90 (3),46-56

"I HAVE NEVER KNOWN WELL-BEING": WOMEN'S PERCEPTIONS OF THE CONSEQUENCES OF REPEATED VIOLENCE ON WELLBEING, PHYSICAL AND MENTAL HEALTH

Background: Research results suggest that repeated traumas due to violence are greatly undetected in women who have been diagnosed with a mental disorder and they, therefore, do not get the appropriate treatment such as an opportunity for emotional expression and processing.

The purpose of the study was to increase the knowledge and deepen the understanding of the effects of trauma because of repeated violence on the well-being, physical and mental health of women who have been diagnosed with a mental disorder.

Method: In this phenomenological study, eight women in the age 35-55 participated. Two interviews were conducted with all the women, except one, at a total of 15 interviews.

Results: The women experienced repeated violence in childhood – physical, psychological, sexual or neglect – which led to repeated traumas. They also experienced repeated violence in adulthood which meant that their psychological wounds never managed to heal. This led to existential suffering that was usually unexpressed. Social networks and support in their environment was scarce. Their existential pain was also connected with feeling unwanted or rejected by their family in childhood and adulthood. Since caring and support was missing from their environment they lacked the needed psychological buffer against the damaging effects of violence. This led to their breaking down and to the development of emotional problems and *none of them had ever experienced well-being*. The consequence of all this was that they all wrestled with mental health problems, especially depression and anxiety. The women expressed their mission to find out what might help them towards well-being. Some felt that they could not endure more existential pain.

Conclusion: This study highlights the importance of asking women diagnosed with a mental disorder about trauma caused by violence and provide the appropriate treatment.

Keywords: Violence, psychological trauma, women's health, phenomenology, interviews.

Correspondance: siggahb@internet.is

Tafla 1. Yfirlit yfir tegundir ofbeldis.

1. Líkamlegt ofbeldi	Einstaklingurinn er hristur, laminn, kýldur, klóraður, rassskelltur, tekinn kverkataki, sveltur, bundinn, barinn með hlutum, hlutum hent í hann, honum hrint og hent til.
2. Andlegt ofbeldi	Hér er ekki um að ræða beina líkamlega sjáanlega áverka heldur t.d. fjandsamlega framkomu foreldra gagnvart barni eða algert afskiptaleysi þeirra sem hefur neikvæð áhrif á tilfinningu barnsins af eigin sjálfi en það eykur óöryggi barnsins hvað snertir eigin getu, minnkar tilfinningu þess fyrir því að tilheyra einhverjum og stendur í veginum fyrir heilbrigðum og hamingjuríkum þroska. Einnig geta fullorðnir verið í þessari stöðu ef þeir eru t.d. háðir einhverjum sem misnotar vald sitt yfir þeim.
3. Vanræksla	Hér er um að ræða að aðili, sem er ábyrgur gagnvart öðrum aðila, vanræki skyldur sínar við hann, svo sem foreldrar gagnvart börnum sínum. Vanræksla á við um það þegar slíkur aðili lætur afskiptalaust að sinna þörfum þess sem ekki getur það sjálfur, eins og t.d. ung börn. Hér er átt við að grunnþörfum viðkomandi er ekki sinnt en grunnþarfir eru fæði, klæði, húsaskjól, nauðsynleg heilbrigðisþjónusta og nám eða eitthvert viðfangsefni við hæfi.
4. Kynferðislegt ofbeldi	Allt kynferðislegt samneyti frá káfi yfir í samfarir hvort sem um er að ræða kynfæramök, munnmök eða í endabarm – allt frá því að gerast einu sinni yfir í að standa yfir í mörg ár. Gerendur geta verið á öllum aldri, af báðum kynjum og allt frá því að vera nátengdir þólandanum yfir í að vera alls ókunnir. Þólandur geta verið á öllum aldri og af báðum kynjum.

(Byggt á: Ingólfur V. Gíslason, 2008; Samtök um Kvænnaathvarf, 2008; Sameinuðu þjóðirnar, 1993).

Afleiðingar ofbeldis geta verið með ýmsu móti, bæði hjá börnum og fullorðnum, og einkennin eru ýmist sálræn eða líkamleg. Vísbendingar eru um tengsl milli langvarandi ofbeldis, líkamlegs og kynferðislegs ofbeldis og margháttaðra sálrænna og líkamlegra heilsufarsvandamála (Ellsberg o.fl., 2008). Líkamleg einkenni geta verið vöðvabólga, meltingarfæra- og móðurlífsvandamál, langvinnir verkir, hjarta- og lungnakvillar og gigt en þau sálrænu bera merki langvinnrar streitu, þunglyndis og kvíða (Humphreys o.fl., 2010; Sigrún Sigurðardóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2009; Spitzer o.fl., 2009). Mikil streita, sem fylgir ofbeldinu, getur haft áhrif á tauga- og ónæmiskerfið og aukið hættu á hegðunarvanda og líkamlegum eða andlegum vanda á fullorðinsaldri (Miller o.fl., 2012; Wegman og Stetler, 2009).

Hjá börnum ræðst það hversu alvarlegar afleiðingar ofbeldisins verða af því hve ung börnin eru þegar ofbeldið er framið og hvort þau finna til neikvæðra viðhorfa foreldranna í sinn garð (WHO, 2010). Alvarlegustu afleiðingar áfalla hjá börnum eru eftir kynferðisofbeldi og líkamlegt ofbeldi (Cusack o.fl., 2006), en kynferðisofbeldi í æsku getur leitt til tilfinningalegs vanda, skertrar félagslegrar getu á fullorðinsárum og aukið líkur á streitu og þunglyndi síðar á lífsleiðinni (Heim o.fl., 2008; Ullman o.fl., 2007). Kynferðisofbeldi í æsku getur einnig aukið líkur á að lenda í kynferðisofbeldi á fullorðinsárum (Elliott o.fl., 2004; Steel og Herlitz, 2005; Ullman o.fl., 2009). Í megindlegri rannsókn Arnóv o.fl. (2011) meðal 5.673 einstaklinga kemur fram að konur, sem höfðu hlotið illa meðferð í æsku, áttu fremur á hættu en aðrar konur að þjást af djúpu þunglyndi á fullorðinsárum. Ef ofbeldi er langvinnu geta áhrif ofbeldisins birst síðar meir í streitueinkennum, sjálfsvígstilraunum og áfengis- og vímuefnaneyslu, ásamt langvinnu þunglyndi og kvíða (Tanaka o.fl., 2011).

Endurtekin áföll, algengi og áhrif þeirra

Sálrænt áfall er *sterk streituvíðbrögð í kjölfar ákveðinna óvæntra atburða*. Einstaklingur, sem er beittur ofbeldi, getur orðið fyrir sálrænu áfalli (Gerge, 2010) og flestir sem verða fyrir sálrænu áfalli finna eftir það fyrir einhverjum einkennum áfallastreitu (Foa o.fl., 2009). Ef áföll eiga sér stað aftur og aftur getur það haft slæmar afleiðingar á heilsu fólks. Dennis o.fl. (2009) rannsökuðu endurtekin áföll hjá 148 konum. Niðurstöður leiddu í ljós að 96% þeirra sem voru með áfallastreituröskun og 79% þeirra sem liðu af djúpu þunglyndi höfðu margsinnis lent í áföllum. Þátttakendur með djúpt þunglyndi höfðu orðið fyrir áföllum þrisvar eða oftár. Áhrif endurtekinna áfalla á heilsu einstaklinga geta þó verið dulín en Allen (2001) bendir á að þunglyndir einstaklingar komi sjaldnast í meðferð vegna undangenginna áfalla heldur sækir þeir meðferð vegna þunglyndiseinkenna og sjálfsvígshættu. Falinn vandi geti einnig legið í því að konur sækir frekar meðferð vegna verkja en andlegrar vanlíðanar en hafi hugsanlega margsinnis verið beittar ofbeldi. Samkvæmt niðurstöðum Herman (2009) geta einstaklingar, sem þjást af margslungnum afleiðingum langvinnra endurtekinna áfalla, átt á hættu að verða ranglega sjúkdómsgreindir þar sem einkennin eru of auðveldlega sjúkdómsgreind með geðgreiningu, jafnvel eftir að fram kemur að þeir hafa orðið fyrir áföllum. Þegar einstaklingur leyni áföllum, eins og gerist oft við ofbeldi, sé enn erfiðara fyrir fagfólk að túlka einkennin.

Algengi og áhrif áfalla á einstaklinga með geðsjúkdóm

Algengt er að áföll hjá geðsjúkum einstaklingum séu ekki skráð í heilsufarskýrslur (Lommen og Restifo, 2009) en í ljós hefur komið að einstaklingar með alvarlegt þunglyndi hafa oft orðið fyrir endurteknum áföllum frá barnsaldri (Arnóv

o.fl., 2011; Dennis o.fl., 2009). O'Hare og Sherrer (2009) rannsökuðu áföll, áfallastreituröskun og áhættuhegðun hjá 276 einstaklingum með alvarlegan geðrænan vanda. Fjöldmörg áföll hjá fólki með geðklofa og þrálátt þunglyndi áttu rætur að rekja til líkamslegs og kynferðislegs ofbeldis. Skaðleg áhrif, sem þessir einstaklingar höfðu orðið fyrir vegna áfallanna, voru meiri en meðal almennings, og áfallastreituröskun var fjórum til fimm sinnum algengari hjá fyrrnefndum hópi (33-43%) en hjá almenningi (8%). Á þessum grunni er vert að velta fyrir sér áhrifum áfalla vegna ofbeldis á heilsufar og líðan þessa hóps. Í niðurstöðum meginlegrar rannsóknar Calhoun o.fl. (2009) meðal 198 kvenna kom í ljós að konur með djúpt þunglyndi og áfallastreituröskun bjuggu við slakara líkamlegt heilsufar en konur sem með hvorugan sjúkdóminn höfðu greinst. Fyrir utan þunglyndi og kvíða þjást einstaklingar með áfallastreituröskun oft af vonleysi. Í meginlegrri rannsókn Machado o.fl. (2011) var áfallastreituröskun, þunglyndi og vonleysi hjá 67 konum metin 1-6 mánuðum eftir að þær urðu fyrir kynferðislegu ofbeldi. Eftir 6 mánuði reyndust 19,2% kvennanna með djúpt þunglyndi, 9,6% þeirra þjáðust af vonleysi og 43% mældust með alvarlega eða mjög alvarlega áfallastreituröskun.

Meira leitað til heilbrigðiskerfisins og aukin tilhneiging til áhættuhegðunar

Ýmsar rannsóknir hafa sýnt að einstaklingar, sem þjáast af langvinnri áfallastreituröskun og geðrænum vanda í kjölfar ofbeldis, leita líka oft til heilbrigðiskerfisins. Í meginlegrri rannsókn Clover o.fl. (2004) meðal 236 kvenna og 87 karla, sem höfðu reynt að fyrirfara sér reyndust þátttakendur við bágt heilsufar og þurftu mikið að leita til heilbrigðiskerfisins. Einnig kom fram að 82% þeirra sem reyndu sjálfsvíg höfðu orðið fyrir áföllum. Aðrar rannsóknir hafa sýnt að einstaklingar, sem þjáast af vanlíðan af völdum áfalla, hafa sumir hverjir tilhneigingu til áhættuhegðunar. Í meginlegrri langtímarannsókn Reed o.fl. (2007) meðal 988 einstaklinga með áfallastreituröskun kemur fram aukin hætta á misnotkun fíkniefna en hún getur tengst tilhneigingu til að deyfa sig vegna sársaukafullra minninga af völdum áfalla. Því benda O'Hare og Sherrer (2009) á að einstaklingar með alvarleg geðræn vandamál eigi þess utan á hættu áframhaldandi misnotkun og illa meðferð. Það geti aftur leitt til fleiri alvarlegri geðrænna einkenna sem krefjast tíðra innlagna á sjúkrahús með auknum líkum á áfallastreituröskun og slökum árangri af meðferð.

Rannsakendur fundu enga íslenska rannsókn um reynslu fólks af áhrifum endurtekens ofbeldis á líðan, líkamsheilsu og geðheilbrigði. Þar sem rannsóknir benda til að kynin bregðist ekki á sama hátt við ofbeldi (Sigurðardóttir o.fl., 2013) ákváðu höfundar að rannsaka reynslu kvenna. *Tilgangur rannsóknarinnar* var að auka þekkingu og dýpka skilning á áhrifum áfalla vegna ofbeldis á líðan, líkamsheilsu og geðheilsu kvenna. Höfundar ákváðu að rannsaka fyrirbærið frá sjónarhóli kvenna með geðröskun. Rannsóknarspurningin var: *Hver er reynsla kvenna með geðröskun af áhrifum endurtekens ofbeldis á líðan, líkamsheilsu og geðheilbrigði í bernsku og á fullorðinsárum?*

AÐFERÐ

Til að svara rannsóknarspurningunni var ákveðið að beita aðferðum fyrirbærafræðinnar sem er rannsóknaraðferð þar sem horft er til lýsingar þátttakenda á innri og ytri reynslu (Björn Þorsteinsson, 2009). Aðferðafræði fyrirbærafræðinnar byggist á þeim skilningi að hver og einn einstaklingur sjái heiminn með sínum augum og að sýn hans og túlkun móttist af fyrri reynslu. Leitast er við að skilja einstaklinginn í því samhengi sem hann er staddur í hverju sinni og er áhersla lögð á að rannsakandinn byggji upp heildarmynd af því sem á að rannsaka, í samvinnu við þátttakandann (Sigríður Halldórsdóttir, 2013). Innan fyrirbærafræði eru margir skólar en í þessari rannsókn varð Vancouver-skólinn fyrir valinu. Hugmyndafræðin, sem aðferðin byggist á, er fyrirbærafræði (Spiegelberg, 1984/1965), túlkunarfræði (Ricoeur, 1990) og hugsmíðahyggja (e. *constructivism*) (Schwandt, 1994). Aðferðinni er ætlað að auka skilning á mannlegum fyrirbærum í þeim tilgangi að bæta þjónustu við fólk, meðal annars heilbrigðisþjónustuna (Halldórsdóttir, 2000; Sigríður Halldórsdóttir, 2003, 2013). Í aðferðinni er litið á þátttakendur sem meðrannsakendur. Rannsóknaraðferð Vancouver-skólans hefur reynt vel í rannsóknum á viðkvæmum hópum (sjá til dæmis Sigrún Sigurðardóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2009; 2011) þar sem lögð er áhersla á nærgætni og virðingu gagnvart þátttakendum í rannsóknarvinnunni.

Þátttakendur

Í rannsókninni var notað tilgangsrúttak. Með því eru valdir einstaklingar sem hafa reynslu af fyrirbærinu en úrtakið er valið með hliðsjón af tilgangi rannsóknarinnar (Katrín Blöndal og Sigríður Halldórsdóttir, 2013). Rannsakendur leituðu til fagaðila með reynslu í samfélagsgeðþjónustu og fengu þá til að skoða hvaða einstaklingar gætu tekið þátt í rannsókninni. Skilyrði fyrir þátttöku var að hafa orðið fyrir ofbeldi og vera með geðröskun. Valdar voru átta konur á aldrinum 35-55 ára sem voru tilbúnar til að deila reynslu sinni. Að minnsta kosti 5 ár voru liðin frá því ofbeldi sem þær höfðu lent í. Við völdum konur sem áttu það sameiginlegt að hafa allar verið greindar með geðröskun og hafa orðið fyrir endurteknum áföllum vegna endurtekens ofbeldis því við vildum leitast við að skilja þessi tengsl.

Í töflu 2 er yfirlit yfir áhrifaþætti og áföll vegna endurtekens ofbeldis í bernsku og á fullorðinsaldri þátttakenda í rannsókninni.

Gagnasöfnun og greining gagna

Fyrsti höfundurinn tók öll viðtölin. Tekin voru samtals 15 viðtöl, tvö viðtöl við hverja konu, fyrir utan að aðeins eitt viðtöl var tekið við eina þeirra þar sem hún lenti í nýju áfalli meðan á rannsókninni stóð. Lengd viðtala var ein til tvær klukkustundir. Seinna viðtalið var undantekningarlaust styttra. Stuðst var við viðtalsramma en samræðum að öðru leyti leyft að flæða. Seinna viðtalið var notað til að kafa dýpra (Helga Jónsdóttir, 2013). Við lögðum áherslu á *endurtekin áföll vegna ofbeldis*, meðal annars á það hvaða áhrif konurnar teldu að áföllin hefðu haft á þær, hvernig þeim hefði liðið síðan, hvort þær hefðu verið spurðar út í áföll vegna ofbeldis og hvernig andleg og líkamleg heilsa þeirra hefði verið eftir

Tafla 2. Yfirlit yfir áhrifaþætti og áföll í uppveiti þátttakenda í rannsókninni.

Rannsóknarnafn konu	Neikvæðir áhrifaþættir í uppveiti	Reynsla af ofbeldi og öðrum áföllum í bernsku og á unglingsárum	Reynsla af ofbeldi og öðrum áföllum á fullorðinsárum	Geðgreining *
Adda	Félagslegt umhverfi veldur vanlíðan og hræðslu. Bar ung ábyrgð á heimili.	Vanræksla, einelti, telur sig hafa orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi.	Líkamlegt, andlegt og kynferðislegt ofbeldi í nánu sambandi.	Punglyndi Kvíði
Ásta	Bar ung ábyrgð á sjálfri sér. Drykkja á heimili. Stöðug vanlíðan.	Kynferðislegt ofbeldi og andlegt ofbeldi (móðir). Vanræksla. Einelti.	Nauðganir, líkamlegt og andlegt ofbeldi í nánum samböndum	Punglyndi Kvíði Félagsfærni Átröskun
Björk	Félagslega lítill stuðningur. Alltaf óórugg. Reynir að geðjast og þóknast.	Andlegt og líkamlegt ofbeldi (foreldrar). Kynferðislegt ofbeldi (tengdur aðili og ókunnugur). Vanræksla. Einelti.	Andlegt ofbeldi (foreldrar). Einelti.	Punglyndi Kvíði Félagsfærni
Hanna	Félagslega lítill stuðningur. Stöðug hræðsla og vanlíðan. Grimmd móður.	Kynferðislegt ofbeldi (bróðir). Andlegt og líkamlegt ofbeldi (móðir). Vanræksla. Einelti.	Andlegt og líkamlegt ofbeldi í nánum samböndum.	Punglyndi Kvíði Félagsfærni
Hjördís	Skortur á stuðningi. Reyndi að láta lítið fyrir sér fara. Leið ævinlega illa.	Andlegt og líkamlegt ofbeldi (móðir). Kynferðislegt ofbeldi (tengdur aðili). Skyndilegt fráfall fósturföður. Vanræksla.	Nauðgun. Andlegt ofbeldi í nánum samböndum.	Punglyndi Kvíði
Kamilla	Félagslega lítill stuðningur. Bar ung ábyrgð á heimili. Óregla á heimili. Stöðug vanlíðan. Reyndi að láta lítið á sér bera. Grimmd móður.	Andlegt og líkamlegt ofbeldi (foreldrar). Kynferðislegt ofbeldi (móðir). Líkamlegt ofbeldi (afi). Fráfall blóðföður (sjálfsvíg). Vanræksla. Einelti.	Kynferðisleg áreitni.	Punglyndi Kvíði Geðrofssjúkdómur Áfallastreituröskun
Petra	Bar ung ábyrgð á heimili. Alltaf að þóknast móður. Stöðug vanlíðan.	Líkamlegt ofbeldi (fósturfaðir). Kynferðislegt ofbeldi (tengt fjölsk.). Nauðgun. Fráfall náinna ættingja. Vanræksla. Einelti.	Líkamlegt og andlegt ofbeldi í nánum samböndum.	Punglyndi Kvíði
Jóna	Faðir mikið að heiman. Móðir andlega veik. Stöðug vanlíðan og hræðsla vegna grimmdar móður.	Andlegt, líkamlegt og kynferðislegt ofbeldi (móðir). Kynferðislegt ofbeldi (faðir vinkonu). Nauðganir. Vanræksla. Einelti.	Líkamlegt og andlegt ofbeldi í nánum samböndum.	Punglyndi Kvíði Áfallastreituröskun

* Konurnar greindust með geðröskun á aldrinum 20-52 ára; þrjár þeirra voru um tvítugt, þrjár voru á aldrinum 25-30 ára, ein var 29 ára og önnur 52 ára.

að þær lentu í ofbeldinu. Tíminn á milli viðtalanna var frá tíu dögum upp í mánuð og réðst af því hvenær þátttakendur voru tilbúnir í seinna viðtalið. Viðtölin fóru fram á heimili þátttakenda að þeirra eigin ósk. Áður en viðtölin fóru fram völdu þátttakendur sér nafn til að nota í rannsókninni. Viðtölin voru tekin upp og síðan skráð orðrétt. Þeim var svo eytt af upptökutækini og þess gætt að einungis rannsakarandi hefði aðgang að ópersónugreinanlegum gögnum. Í töflu 3 er yfirlit yfir þrjú rannsóknarferlis Vancouver-skólans sem fylgt var í rannsókninni. Í flestum þrepum var farið í gegnum óhlutbundna hugsanaferla: að vera kyrr, að ígrunda, að koma auga á, að velja, að túlka, að raða saman og að sannreyna.

Síðfræði

Við skipulagningu og framkvæmd rannsóknarinnar voru meginatriði rannsóknarsíðfræðinnar höfð að leiðarljósi og þess vandlega gætt að valda þátttakendum ekki skaða (Sigurður

Kristinsson, 2013). Þátttakendur fengu kynningarbréf ásamt bréfi um upplýst samþykki sem þeir skrifuðu undir. Þeim var einnig greint munnlega frá tilgangi rannsóknarinnar og því að hverjum þátttakanda væri frjálst að hætta þátttöku hvenær sem væri í rannsóknarferlinu án nokkurra eftirmála. Þátttakendum var sagt að ef þeir fyndu fyrir vanlíðan að samtali loknu ættu þeir greiðan aðgang að sálfræðingi og geðhjúkrunarfræðingi. Útskýrt var að viðtölin væru tekin upp en þeim síðan eytt að lokinni gagnagreiningu. Þátttakendur voru beðnir um að nefna hvorki nöfn né staðhætti og að algjör nafnleynd væri viðhöfð svo að ekki væri hægt að rekja upplýsingar til viðkomandi persónu. Rannsóknin var samþykkt af Vísindasiðanefnd og tilkynnt til Persónuverndar.

Réttmæti og áreiðanleiki

Rannsóknarferli Vancouver-skólans hefur innbyggðar aðferðir sem ætlað er að auka réttmæti og áreiðanleika, einkum í skrefum

Tafla 3. Tólf þrep rannsóknarferlisins í Vancouver-skólanum í fyrirbærafræði og hvernig þeim var fylgt í þessari rannsókn.

Prep í rannsóknarferlinu	Það sem gert var í þessari rannsókn
Prep 1. Val á samræðufélögum.	Þátttakendur voru átta konur með geðræna sjúkdóma á aldrinum 35-55 ára.
Prep 2. Undirbúningur hugans (áður en samræður hefjast).	Reynt var að láta ekki fyrri reynslu, þekkingu og hugmyndir hafa áhrif.
Prep 3. Þátttaka í samræðum (gagnasöfnun).	Tekin voru tvö viðtöl við þátttakendur, fyrir utan að aðeins eitt viðtal var tekið við einn þátttakanda.
Prep 4. Skerpt vitund varðandi hugmyndir og hugtök.	Unnið var samhliða að gagnasöfnun og greiningu gagna auk þess sem hugmyndum var komið í orð.
Prep 5. Þemagreining (kóðun).	Við endurllestur viðtalanna var stöðugt haft í huga hver væri kjarninn í því sem þátttakandinn væri að segja. Viðtölin voru svo greind í yfir- og undirþemu.
Prep 6. Að smíða greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda.	Búið var til greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda þar sem mikilvægustu atriðunum var raðað upp í heildarmynd.
Prep 7. Staðfesting á hverju greiningarlíkani með viðkomandi þátttakanda.	Greiningarlíkan var kynnt og borið undir þátttakendur og spurt hvort þeir væru samþykkir því sem þar kom fram.
Prep 8. Heildargreiningarlíkan er smíðað úr öllum einstaklings greiningarlíkönunum.	Greiningarlíkon þátttakenda borin saman og gert eitt greiningarlíkan með þeim atriðum sem voru sameiginleg.
Prep 9. Heildargreiningarlíkanið borið saman við rannsóknargögnin (rituðu viðtölin).	Viðtölin lesin yfir aftur til að tryggja að niðurstöður væru í samræmi við greiningarlíkanið.
Prep 10. Meginþema sett fram sem lýsir fyrirbærinu (niðurstöðunum) í hnotskurn.	„Ég veit ekki hvað það er að líða vel.“ Reynsla kvenna með geðröskun af áhrifum endurtekens ofbeldis á líðan, líkamsheilsu og geðheilbrigði.
Prep 11. Staðfesting á heildargreiningarlíkani og meginþema með einhverjum þátttakendum.	Greiningarlíkanið borið undir tvo þátttakendur og voru þeir samþykkir því sem þar kom fram.
Prep 12. Niðurstöður rannsóknarinnar skrifaðar upp þannig að reynsla allra komi fram.	Niðurstöður skrifaðar upp. Vitnað í viðtölin til að sýna fram á að rétt væri farið með og til að reynsla þátttakenda fengi að koma fram og þannig reynt að auka trúverðugleika niðurstaðna.

7 og 11 (sjá töflu 3). Rannsakendasambættingin (e. researcher triangulation) í þessari rannsókn reyndist mjög gagnleg, einkum í skrefi 8, 10 og 12, þar sem sérþekking þriggja sérfræðinga í efni og aðferð kom saman. Rannsakendasambætting er ein af þeim aðferðum sem ætlað er að auka réttmæti og áreiðanleika í eigindlegum rannsóknum. Rannsóknardagbók var notuð á öllum stigum rannsóknarferlisins.

Takmarkanir rannsóknarinnar

Við val á þátttakendum í rannsóknina hefði valskekkja getað átt sér stað vegna þess að ógjörlegt er að ganga úr skugga um að úrtakið sé fullkomlega dæmigert fyrir þýðið. Önnur takmörkun gæti verið hvernig túlkun okkar á niðurstöðum mótast af bakgrunni okkar sjálfra, svo sem kyni okkar (við erum allar konur), menningu okkar, sögu og félagslegum uppruna. Enn fremur hafa fyrirframgefnar hugmyndir okkar hugsanlega haft áhrif á niðurstöðurnar. Viðtölin fóru fram á einu landssvæði, höfuðborgarsvæðinu, en það gæti verið takmörkun. Varast ber að alhæfa um niðurstöðurnar og yfirfæra þær á allar konur sem hafa orðið fyrir áfalli vegna endurtekens ofbeldis.

NIÐURSTÖÐUR

Konurnar urðu fyrir endurteknu ofbeldi í bernsku og á unglingsaldri og það leiddi til endurtekinnar sálrænna áfalla. Ofbeldið, sem

þær urðu fyrir, var ýmist líkamlegt, tilfinningalegt eða andlegt, vanræksla eða kynferðislegt ofbeldi. Þær urðu einnig margt fyrir ofbeldi á fullorðinsaldri svo að sálræn sár þeirra náðu aldrei að gróa. Það leiddi síðan til tilvistarlegrar þjáningar sem oftast var ótjáð. Tengslanet, umhyggja og stuðningur í uppveiti kvennanna var af skornum skammti. Þær lýstu flestar umhyggjuleysi og tilfinningu um að þær væru óvelkomnar eða þeim væri hafnað af fjölskyldunni í barnæsku og á fullorðinsárum. Þar sem þær fengu ekki umhyggju og stuðning í umhverfi sínu vantaði þær sálrænan höggdeyfi gegn niðurbrotandi áhrifum ofbeldisins. Þetta leiddi til þess að þær brotnuðu niður og vissu ekki hvað það var að líða vel. Afleiðing þessa alls var að þær glímdu allar við geðröskun, einkum þunglyndi og kvíða.

Ofbeldið, sem konurnar urðu fyrir, einkenndist af grimmd, vanrækslu og ástleysi. Flestar konurnar lentu aftur og aftur í kynferðislegu ofbeldi frá barnsaldri til fullorðinsára; þær urðu fyrir nauðgun á unglings- og fullorðinsaldri og lentu síðar margar í ofbeldi í nánu sambandi. Konurnar mundu fyrst eftir ofbeldi þegar þær voru milli 3 og 9 ára. Þær söknuðu þess sáran að hafa ekki getað notið eigin æsku. Þær tjáðu rannsakenda að þær hefðu ekki verið elskaðar, flestar höfðu orðið fyrir grimmd móður eða andlegu eða líkamlegu ofbeldi af hendi móður eða föður. Tilvistarlegur sársauki í frásögn kvennanna var greinilegur þar sem þær brotnuðu niður andlega

Tafla 4. Yfirlit yfir niðurstöður rannsóknarinnar.

Endurtekið ofbeldi í bernsku	Slæm líðan sem barn og unglingur	Skortur á stuðningi og umhyggju	Tilfinningalegur vandi í dag	Geðræni og líkamlegir sjúkdómar í dag
Andlegt ofbeldi	Hræðsla og ótti	Skortur á umhyggju og stuðningi á heimili	Reiði, sorg, skömm, hræðsla og ótti	Vanmáttur og þreyta
Líkamlegt ofbeldi	Brotin sjálfsmynd og skortur á sjálfstrausti	Skortur á tengslaneti í bernsku	Tilfinning um að vera einskis virði, og sektarkennd	Tilfinningaleg vanlíðan
Kynferðislegt ofbeldi: misnotkun, kynferðisleg áreitni, nauðganir	Að reyna að segja frá. Að virkja varnarhætti. Að byrgja inni tilfinningar og setja upp grímu. Að vera ósýnileg.	Tilfinning fyrir því að vera óvelkomin eða vera hafnað af fjölskyldunni	Gleyska	Punglyndi og kvíði Félagsfælni Geðrofsjúkdómur
Einelti	Sektarkennd og sjálfsásakanir. Að telja sig vonða og ljóta	Skortur á stuðningi, umhyggju og tengslaneti á fullorðinsárum	Brotin sjálfsmynd og lítið sjálfstraust enn til staðar	Áfallastreituröskun
Vanræksla sem barn	Kvíði. Einmanaleiki. Depurð. Að hafa ekki tilverur	Ekki spurt um áföll vegna ofbeldis í almenna heilbrigðiskerfinu	Erfiðleikar við að treysta og tengjast tilfinningalega	Andleg þreyta og streitueinkenni
Grimmd foreldris	Stöðugt álag. Vanlíðan	Sjaldnast spurt um áföll vegna ofbeldis af geðheilbrigðiskerfinu	Flótti í fikniefni, áfengi eða mat	Magabólga Offita/matarfíkn. Verkir, mígreni
Dauði náins ættingja	Sjálfsvígstílaunir	Ekki boðin hjálp vegna áfalla í kjölfar ofbeldis	Sjálfsvígstílaunir og sjálfsvígshugsanir	Óskilgreindur bandvefs-sjúkdómur, stoðkerfisvandi, vefjagigt Slitgigt

og höfðu ekki fengið þá vernd og stuðning sem þeim fannst að þær ættu að fá frá foreldrum. Þær töndu sér smám saman varnarhætti til að geta lifað af en sumar þeirra notuðu einhvers konar fíkn til að deyfa sig. Konurnar töldu að tilfinningaleg vanlíðan og sjúkdómar væru þeirra aðalvandi en þunglyndi, kvíði, fælni og andleg uppgjöf einkenndi líðan þeirra. Þær voru sammála um að vilja tjá sig um reynslu sína af ofbeldinu enda þótt nokkrar þeirra hafi nefnt að á vissum aldri hafi þær verið haldnar mikilli skömm og hefðu eflaust ekki sagt frá þótt þær hefðu verið spurðar. Seinni ár hafi það hins vegar verið þeim mikilvægt að geta sagt sögu sína; það væri nauðsynlegt til að þeim liði skár. Sumar konurnar hugleiddu enn þá að svipta sig lífi. Þær lýstu allar uppgjöf við að finna út úr því hvað gæti hjálpað þeim til að líða betur. Sumum þeirra fannst að þær gætu ekki þolað meiri tilvistarlegan sársauka. Í töflu 4 og mynd 1 er yfirlit yfir rannsóknarniðurstöðurnar.

Endurtekið ofbeldi í bernsku

Reynsla kvennanna af tilfinningalegu og andlegu ofbeldi byrjaði þegar í æsku, og þá aðallega frá móður, og markaði sín spor í barnssálina eins og Björk lýsti: „Förum bara að rötunum, það elskar mig enginn. Mér finnst ég vera óelskanleg, mér finnst ég ekkert gott eiga skilið ... að vera kannski sex ára og vera kölluð hóra, mella, tussa, öllum þessum ljótu nöfnum í gegnum öll árin.“ Konurnar urðu einnig fyrir líkamlegu og kynferðislegu ofbeldi í æsku sem birtist ýmist í kynferðislegri áreitni eða kynferðislegu ofbeldi. Hanna sagði frá reynslu sinni þar sem bróðir hennar var fyrsti gerandinn:

Þetta byrjaði allt þegar ég var níu ára gömul en þá var elsti bróðir minn, hann var alltaf að fíka við mig og reyna að sleikja mig og þukla mig ... þetta hélt áfram þar til að ég var sextán ára gömul, á hverjum einasta degi ... Mig dreymir um þetta enn þann dag í dag, er alveg föst í draumnum ... tárin leka af mér ... mér finnst eins og hann sé kominn aftur ... stundum þori ég ekki að sofna. Ég vildi stundum að ég væri dauð.

Með einni undantekningu greindu allar konurnar frá því að þær hefðu orðið fyrir einelti í æsku. Eineltið braut þær niður andlega. Sumar þeirra urðu einnig fyrir vanrækslu sem börn. Ásta lýsti vanrækslu móður en hún var þá sex ára og systir hennar um níu ára: „Mamma fór stundum í burtu og skildi okkur einar eftir hvort sem það var yfir helgi eða í fjóra daga ... maður varð bara að reyna að bjarga sjálfum sér.“

Þrjár kvennanna sögðu frá grimmd móður; sú grimmd og kuldi leiddi til vanlíðanar þeirra og efasemda um sjálfar sig. Þær fundu einnig til sárs saknaðar yfir að hafa ekki átt móður sem hugsaði um þær. Hanna varð fyrir grimmd móður sinnar:

Það má líkja því við að hún hafi lagt mig í einelti ... við vorum átta systkinin ... hún bannaði pabba að gefa mér gjafir ... hún var allt öðruvísi við mig en systkini mín. Ég var alltaf úti í horni. Hún sagði við mig: „Farðu bara út í hornið þitt.“ Ég var þar bara með eina ónýta dúkku. Ég grét fyrst en svo vissi ég að það þýddi ekkert.



Mynd 1. „Ég veit ekki hvað það er að líða vel.“ Ferill niðurbrots vegna endurtekings ofbeldis og afleiðinga þess.

Sumar kvennanna sögðust vanar ofbeldi, fannst það jafnvel standa framan á sér að það mætti fara illa með þær og að þær gætu ekki beitt neinum vörnum.

Slæm líðan sem barn og unglingur

Konurnar fundu sem börn ýmist fyrir kviða, depurð eða einmanaleika og þær þjáðust af *vanlíðan* ásamt því að vera undir *stöðugu álagi* og tvær þeirra *reyndu sjálfsvíg*. Allar konurnar höfðu *brotna sjálfsmýnd* og liðu fyrir *skort á sjálfstrausti* sem börn og unglingar og voru með *sjálfásakanir*. Misjafnt var þó hvernig tilfinningin um brotna sjálfsmýnd og sjálfstraust kom fram hjá konunum eða eins og Ásta sagði frá reynslu sinni:

Það var allt tekið frá manni þegar maður var lítill. Maður fékk ekki að halda því heilagasta bara fyrir sig ... Maður hefur aldrei verið með neina sjálfsmýnd ... bara verið brotin niður ... Bara brotin sjálfsmýnd og sjálfstraust.

Brotinni sjálfsmýnd tengdist einnig að konunum fannst þær ýmist *ljótar* eða *heimskar*. Hjördís fannst hún alls staðar vera fyrir og fannst hún vera ljót og heimsk. Hún þjáðist einnig af *minnimáttarkennnd* og sagðist hafa lært að vera *ósýnileg*. Hjördís lenti í enn frekara skipbroti þegar hún varð fyrir kynferðislegu ofbeldi tíu ára gömul. Hún reyndi að segja móður sinni frá ofbeldinu: „Mamma sagði mér bara að grjóthalda kjafti en ég hef aldrei þorað að segja neinum öðrum frá þessu ... þessi maður er innan fjölskyldunnar. Ég missi alltaf kjarkinn að segja frá.“

Konurnar áttu það sameiginlegt að *reyna að segja frá ofbeldinu* þótt þær væru hræddar við viðbrögð annarra. Þær skynjuðu að ekki var hlustað á þær og gáfust því upp. Tvær þeirra töluðu ekki aftur um ofbeldið fyrr en í rannsóknarviðtalinu. Þær lærðu að *virka varnarhætti* og *settu upp grimu* til að verja sig fyrir umheiminum. *Hræðsla* og *ótti* virtust vera fylgifiskar þess ofbeldis sem konurnar urðu fyrir í æsku. Óttinn og hræðslan spegluðust yfir á athafnir fyrir utan heimilið, athafnir sem voru hluti af daglegu lífi. Viðbrögð annarra urðu til þess að þær fóru að byrgja inni tilfinningar, þær voru með *sektarkennd*, ásökuðu

sjálfar sig eða fannst þær vera *vondar*. Kamilla sagðist hafa haldið að ofbeldið, sem foreldrarnir beittu hana, væri sér að kenna, hún varð fyrir andlegu, líkamlegu og kynferðislegu ofbeldi af hendi þeirra: „Maður hefur á tilfinningunni að þetta sé manni sjálfum að kenna. Þetta var bara svo rosalegt leyndarmál allt saman. Það var líka brýnt fyrir manni að það sem gerðist á heimilinu kæmi engum öðrum við.“

Skortur á umhyggju, stuðningi og tengslaneti í uppvexti

Tengslanet, umhyggja og stuðningur í uppvexti kvennanna var af skornum skammti. Þær lýstu flestar *umhyggjuleysi* og fannst þær vera *óvelkomnar* eða þeim væri *hafnað* af fjölskyldunni í barnæsku eða á fullorðinsárum. Ásta sagðist ekki hafa fengið þann stuðning sem hún þurfti í uppvextinum: „Það var ekkert gott þegar ég var lítil ... bara alveg sama hvað gerðist, það var aldrei neitt, hvorki ást né kærleikur eða neitt.“

Margar þeirra bera enn með sér þrá eftir æskunni og söknunni yfir því að hafa ekki notið stuðnings í uppvextinum eða eins og Petra sagði: „Ég upplíði að ég hefði aldrei átt neina æsku ... að geta hlaupið um frjáls án þess að vera með áhyggjur eða eitthvað ... fékk aldrei að vera barn, það held ég að sé mesti söknudurinn og sársaukinn.“ Síðar á lífsleiðinni, þegar þær fóru að hafa samskipti við heilbrigðiskerfið, voru þær yfirleitt aldrei spurðar hvort þær hefðu orðið fyrir ofbeldi. Ef þær voru spurðar var þeim ekki sýnd umhyggja og stuðningur og þeim ekki veitt tækifæri til að vinna úr tilfinningum sínum, til dæmis með tilfinningatjáningu og úrvinnslu.

Tilfinningalegur vandi í dag

Birtingarmynd tilfinningalegs vanda kvennanna í dag einkenndist meðal annars af *erfiðleikum við að treysta og tengjast tilfinningalega*, auk *brotnar sjálfsmýndar* og *littils sjálfstrausts* frá barnsaldri sem þeim hefur ekki tekist að vinna úr. Björk finnst að það stoppi allt á henni sjálfri: „Ég horfi ekki í spegil, ég horfi fram hjá honum af því að ég er svo ljót, ég trúi því enn þá.“ Jóna sagði að áföllin hefðu orðið til þess að hún hefði ekki nein mörk: „Það var bara opið hús; hver sem er gat sest að og eignað sér eitthvað herbergi.“

Reiði, sorg, skömm, hræðsla, ótti, sektarkennd og tilfinning um að vera einskis virði var einnig enn til staðar. Kamilla sagðist enn finna til ótta og hræðslu eins og þegar hún var barn: „Þú veist, ég næ einhvern veginn ekki að fullorðnast almennilega. Er bara krakki, alltaf þegar mér líður illa, alltaf rosalega hrædd.“ Hún finnur einnig fyrir skömm og finnst erfitt að hugsa um áföllin: „Þetta er líka svo persónulegt allt saman.“

Vanlíðanin leiddi einnig til *flótta í ofát, átröskun, vín* og önnur efni eða til þess að konurnar lokuðu á eigin tilfinningar. Sumum fannst þær vera gleymnar og tengdu það við lokun á tilfinningar, eins og Petra sagði: „Ég upplifi líka að ég sé svo gleymin en kannski er það af því að ég loka á tilfinningar.“ Petra leiddist út í fíkniefnaneyslu en er allsgáð í dag. Hún telur að áföllin hafi verið orsök þess að hún fór í neyslu. Jóna notaði mat til að róa sig og byrjaði á því strax sem barn. Hún hefur átt við offituvandamál að stríða sem fullorðin. Sumar kvennanna hafa verið með *sjálfsvígshugsanir* og *hafa reynt að fyrirfara sér*.

Staðan nú: geðrænir og líkamlegir sjúkdómar

Konurnar telja sig ekki *heilsuhraustar* og finna fyrir *vanmætti, þreytu* og *tilfinningalegri vanlíðan*. Þær sögðu þó að líkamleg vandamál væru ekki þeirra aðalvandi þótt þær séu ýmist með *stoðkerfisvanda, magabólgu, gigt* eða *verki*. Hönnu finnst *kviðinn vera verstur*: „Það er eiginlega kviðinn sem er að gera mig vitlausa ... ég er kviðin fyrir öllu, hvernig dagurinn verður og öllu mögulegu, ég verð svo þung í höfðinu. Hugsanirnar eru líka alveg á fullu, mér finnst ég ekki geta afborið meir.“ Tvær þeirra hafa á seinni árum verið greindar með *áfallastraeturöskun*. Jóna átti vanda til að fá kviðaköst en sagði það koma sjaldan fyrir núna. Hún hefur einnig glímt við mikið *þunglyndi*: „Sálfræðingurinn minn greindi mig tvisvar með *áfallastraeturöskun* en þetta er næstum því krónískt ástand. Ég er að glíma við afleiðingarnar af áföllunum en því fylgir þunglyndi og kviði.“ Allar konurnar áttu það sameiginlegt að vilja vinna með sjálfar sig þrátt fyrir slæma líkamlega líðan og andlega þreytu. Björk sagði það hafa hjálpað sér mikið að fara í rannsóknarviðtölin:

Það hjálpaði mér heilmikið að ætla að fara í þetta viðtal ... Ég fór að hugsa svo mikið um þetta. Það sem mér finnst að þurfi að vinna með hjá mér er að vinna með kjarnann ... Í dag segi ég að ég sé orðin fullorðin ... ég sé ekki lengur fórnarlamb ... Ég ræð hvort að fólk beiti mig andlegu ofbeldi eða ekki ... ég veit að mér getur liðið betur, spurning hvort ég trúi því en ég veit ekki hvað það er að líða vel.

UMRÆÐA

Rannsóknin fjallar um reynslu kvenna með geðröskun, einkum þunglyndi og kviða, af áhrifum endurtekens ofbeldis í barnsku og á fullorðinsárum á líðan, líkamsheilsu og geðheilbrigði. Rannsóknin var framkvæmd til þess að dýpka þekkingu og auka skilning á tengslum ofbeldis og geðröskunar frá sjónarhóli kvennanna sjálfra. Niðurstöðurnar sýna niðurbrot og vanlíðan kvennanna frá barnæsku til fullorðinsára, eða eins og Björk sagði: „Ég veit ekki hvað það er að líða vel.“ Konurnar í

rannsókninni lýstu niðurbrotandi áhrifum endurtekens ofbeldis, bæði í æsku og á fullorðinsaldri, en Holm o.fl. (2009) benda á að stöðugt álag og streita ásamt áföllum í æsku valdi aukinni viðkvæmni fyrir streitu og þróun geðrænna vandamála á fullorðinsaldri. Þá var enn til staðar hjá konunum andleg vanlíðan og geðræn vandamál en endurtekin áföll í æsku og líkamlegt, andlegt eða kynferðislegt ofbeldi geta skýrt flókin vandamál einstaklinga með áfallastreituröskun (Cloitre o.fl., 2009). Rannsóknir hafa einnig sýnt að verulegar líkur eru á að alvarlega þunglyndir einstaklingar hafi orðið fyrir endurteknum áföllum frá barnaldri (Arnow o.fl., 2011; Dennis o.fl., 2009; Heim o.fl., 2008).

Uppvöxtur kvennanna einkenndist af andlegri vanlíðan, meðal annars þreytu, kviða, brotinni sjálfsmynd og litlu sjálfstrausti ásamt því að telja sig ekki hafa tilverurétt. Freydís Jóna Freysteinsdóttir (2005) bendir á að ofbeldi og vanræksla geti haft alvarlegar afleiðingar hjá börnum, meðal annars valdið þunglyndi og kviða. Konurnar í þessari rannsókn glímdu allar við þunglyndi og kviða ásamt því að sumar þeirra þjáðust af félagsfælni og annars konar geðröskun. Í megindegri rannsókn Kuo o.fl. (2011) á 102 einstaklingum greindum með félagsfælni komu fram vísbendingar um tengsl félagsfælni og kviðaeinkenna við ofbeldi og vanrækslu, en einnig um tengsl þunglyndis við vanrækslu á andlegum þörfum barns í æsku. Gerge (2010) telur áföll á barnsaldri geta aukið líkur á að konan verði tilfinningalega berskjölduð á fullorðinsárum þar sem líðanin litast af fyrri reynslu. Hræðsla og ótti hafði fylgt konunum í þessari rannsókn frá barnsaldri og sumar þeirra voru enn í viðbragðsstöðu eins og þær þyrftu enn að verja sig. Hanna og Jóna lifðu enn í ótta við gerendur frá því í barnæsku og Hanna átti erfitt með svefn.

Skömmin var ríkjandi þáttur í fari þeirra og sumum þeirra fannst skammarlegt að segja frá því sem hafði komið fyrir þær. Skömm og sektarkennd geta verið ríkjandi hjá einstaklingum með áfallastreituröskun þar sem skammartilfinningin getur kallað fram streitviðbrögð við slæmum minningum (Robinaugh og McNally, 2010). Sumar kvennanna í rannsókninni töluðu um gleymsku og tengdu nokkrar þeirra það við að þær vildu forðast slæmar minningar, en það samræmist umfjöllun Foa o.fl. (2000) um fjölþætt viðbrögð við áföllum.

Talið er að kynferðislegt ofbeldi í æsku geti aukið hættu á að lenda síðar meir í ofbeldissambandi (Daigneault o.fl., 2009) en mörgum kvennanna fannst jafnvel að það væri eðlilegt að þær væru í samskiptum við fólk sem færi illa með þær og við val á sambylismanni veldu þær sér eitthvað kunnuglegt. Í ofbeldissamböndum fundu konurnar í rannsókninni til ákveðins vanmáttar við að bjarga sér enda kemur það heim og saman við að konur, sem búa við ofbeldi í nánnum samböndum, finni fyrir aukinni streitu auk þess sem þær geta haft skerta andlega, líkamlega og félagslega getu (Martinez-Torteya o.fl., 2009). Þó verður að taka tillit til flókinna áhrifa áfalla á einstaklinginn, áhrifa sálfræðilegra þátta á líðan og getu til að bjarga sér, lífssögu einstaklingsins og félagslegrar stöðu (Goodman o.fl., 2009).

Konurnar urðu fyrir vanrækslu, stöðugum aðfinnslum, niðurlægingu og ofbeldi og fannst þær ekki elskaðar. Rannsóknir hafa sýnt að vanræksla í æsku getur verið útbreidd meðal fólks með geðröskun (Conroy o.fl., 2009; Muenzenmaier o.fl., 1993) og ofbeldi og ill meðferð í æsku geta aukið hættu á geðröskun seinna á lífsleiðinni (Conroy o.fl., 2009; Keyes o.fl., 2012).

Skortur á stuðningi í æsku og lítið tengslanet á fullorðinsárum

Þegar konurnar urðu fyrir áföllum í æsku reyndu margar þeirra að segja frá en ekki var hlustað á þær. Fyrir börn, sem lenda í áföllum, skiptir máli að hafa góða aðstandendur ásamt því að geta unnið úr áfallinu (Dyregrov, 2010). Tvær kvennanna lýstu einnig mikilli óreglu á heimilinu og flestar þeirra lýstu harðri lífsbaráttu foreldranna. Kemur það heim og saman við umfjöllun Freydísar Jónu Freysteinsdóttur (2005) um að fátækt foreldra, þunglyndi og lítill félagslegur stuðningur geti dregið úr verndandi þáttum sem eru barninu nauðsynlegir til að takast á við áföll. Rannsóknir benda til þess að konur með langvinna áfallastreituröskun vegna ofbeldis finnist þær síður fá stuðning en karlar og getur það einnig útskýrt aukna áhættu kvenna að þróa með sér áfallastreituröskun í kjölfar ofbeldis (Andrews o.fl., 2003). Samspil áfalla og djúps þunglyndis veldur því einnig að einstaklingur sýnir minni tilfinningaleg viðbrögð og það getur aftur leitt til minni stuðnings (Kwako o.fl., 2011).

Langvinn áhrif áfalla á heilsufar og bjöguð bjargráð

Konurnar í rannsókninni fundu ekki aðeins fyrir vanlíðan heldur bjuggu þær einnig við skerta heilsu, bæði andlega og líkamlega, ásamt því að finna til þreytu við að takast á við daglegt líf. Sambærilegar niðurstöður komu fram hjá Calhoun o.fl. (2009) um áhrif áfalla þar sem þolendur telja heilsu sína ekki góða og glíma jafnframt við langvinnan heilsufarsvanda. Margar kvennanna höfðu hugleitt sjálfsvíg og gert tilraunir til að svipta sig lífi og sumar kvennanna í rannsókninni sögðust hafa gripið til vins, matar eða vímuefna til að forðast slæma andlega líðan. Úrræði kvennanna samræmast niðurstöðum rannsókna Danielson o.fl. (2010) og O'Hare o.fl. (2010), ásamt meginlegri rannsókn O'Hare o.fl. (2006) á tölvugögnum 276 skjólstæðinga geðheilsumiðstöðvar. Í rannsókn O'Hare og Sherrer (2009) kemur jafnframt fram að langvarandi áhættuhegðun hefur áhrif á tengsl milli langvinnra áfalla og hversu alvarleg einkenni áfallastreituröskunar eru.

Allar konurnar fengu geðgreiningu eftir að þær höfðu lent í endurteknu ofbeldi en líklegra er að einstaklingar með djúpt þunglyndi og geðrofseinkenni hafi verið beittir kynferðisofbeldi eða líkamlegu ofbeldi í æsku fremur en einstaklingar með djúpt þunglyndi án geðrofseinkenna (Gaudiano og Zimmerman, 2010). Mueser o.fl. (2010) benda aftur á móti á að geðrof og meðferð við því geti valdið áfalli en mikilvægt sé að skoða sögu einstaklingsins varðandi áföll. Konurnar í rannsókninni áttu það sameiginlegt að ekki hafði náðst að vinna úr líðan þeirra en það er í samræmi við ýmsar aðrar rannsóknarniðurstöður (Calhoun o.fl., 2009; Grubaugh o.fl., 2011; Lommen og Restifo, 2009; Meade o.fl., 2009; Mowlds o.fl., 2010).

Vantar markvissari stuðning í heilbrigðiskerfinu

Konurnar höfðu flestar verið í samskiptum við geðheilbrigðiskerfið vegna andlegrar vanlíðanar og allar verið í samskiptum við almenna heilbrigðiskerfið með ýmis líkamleg vandamál. Sambærilegar niðurstöður er að finna í meginlegri rannsókn Lommen og Restifo (2009) á 33 einstaklingum en hún sýndi að áföll eru vanskráð í heilsufarsskýrslum einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma. Í rannsókn þeirra voru aðeins 4% skráð með áfallasögu þó svo að 97% þátttakenda hefðu lent í að minnsta kosti einu áfalli á lífsleiðinni. Svipaðar niðurstöður má sjá í rannsókn Cusack o.fl. (2006) þar sem skráning á áfallastreituröskun sýndi að einungis 28% þátttakenda voru með skráða áfallasögu þó svo að 87% hefðu sagt frá því að hafa lent í áföllum. Konurnar í rannsókninni fundu að ef þær tjáðu sig um áföll við heilbrigðisstarfsfólk var þeim ekki boðin viðeigandi hjálp til að vinna úr líðan sinni til dæmis með tilfinningatjáningu og -úrvinnslu. Þeim var ekki heldur boðin hjálp við tilfinningaúrvinnslu í almenna heilbrigðiskerfinu. Samræmist þetta niðurstöðum í rannsókn Sigrúnar Sigurðardóttur og Sigríðar Halldórsdóttur (2009) þar sem þátttakendur höfðu aftur og aftur leitað sér aðstoðar í heilbrigðiskerfinu en ekki fengið viðeigandi hjálp. Samkvæmt ársskýrslu Stígamóta frá árinu 2011 höfðu 39% þolenda ofbeldis ekki rætt við fagfólk um ofbeldið sem þeir urðu fyrir en Foa o.fl. (2000, 2009) benda á að mikilvægt sé að grípa snemma inn í með viðeigandi hjálp til að fyrirbyggja langvarandi afleiðingar áfalla. Því fyrr sem gripið er inn í því minni líkur eru á að ástandið verði langvinnnt.

LOKAORÐ

Konur, sem hafa orðið fyrir áföllum vegna endurtekens ofbeldis og verið greindar í kjölfarið með geðröskun, eru tvímælalaust hópur sem nauðsynlegt er að gefa meiri gaum í framtíðinni. Rannsóknin vekur einnig upp spurningar um hvort áföll vegna endurtekens ofbeldis séu falinn vandi í þessum hópi og geti því haft þýðingu fyrir umönnun og stuðning við konur sem eru með geðrænan vanda. Mikilvægt er að koma af stað umræðu, auka skilning og dýpka þekkingu á áhrifum áfalla vegna endurtekens ofbeldis á kvíða og þunglyndi. Hjúkrunarfræðingar og annað heilbrigðisstarfsfólk, sem vinnur með konum með geðræn vandamál, eru stéttir sem mikilvægt er að þekki einkenni og áhrif sálrænna áfalla vegna endurtekens ofbeldis. Með aukinni vitneskju er einnig hægt að grípa snemma inn í og koma þannig hugsanlega í veg fyrir langvarandi vanlíðan, að sjúkdómar hljótist af eða að sjúkdómar versni sem þegar eru til staðar. Að lokum, þar sem þátttakendur okkar voru aðeins konur er þörf á að rannsaka reynslu karla af sama fyrirbæri til að skilja fyrirbærið í heild sinni.

Þakkir

Þátttakendur í rannsókninni voru átta hugrakkar konur sem hafa reynt fjölmargt í lífi sínu en hleyptu eigi að síður rannsakanda óhikað þangað inn til að tjá sig um lífsreynslu sína og geta þannig orðið öðrum að liði. Höfundar þakka þeim fyrir framlag þeirra og þátttöku, án þeirra hefði rannsóknin ekki orðið að veruleika. Einnig eru þakkir færðar yfirmönnum Heimaþjónustu Reykjavíkur er gáfu leyfi fyrir rannsókninni, starfsmönnum

geðteymisins fyrir aðstoð við val á þátttakendum og að vera til taks á meðan á rannsókninni stóð. Þá ber að þakka veittan styrk til rannsóknarinnar úr B-hluta vísindasjóðs Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Heimildir

- Allen, J.G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester: Wiley.
- Andrews, B., Brewin, C.R., og Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 16* (4), 421.
- Arnou, B.A., Blasey, C.M., Hunkeler, E.M., Lee, J., og Hayward, C. (2011). Does gender moderate the relationship between childhood maltreatment and adult depression? *Child Maltreatment, 16* (3), 175-183. Doi:10.1177/1077559511412067.
- Björn Þorsteinsson (2009). Vitund og viðfang: Ágrip af lykilhugtökum fyrirbærafraeðinnar. Í Steinar Örn Atlason og Þórdís Helgadóttir (ritstj.), *Veit efnið af andanum: Sjó fyrirlestrar um meðvitundina* (bls. 145-170). Reykjavík: Heimspekistofnun Háskóla Íslands.
- Calhoun, P.S., Wiley, M., Dennis, M.F., og Beckham, J. C. (2009). Self-reported health and physician diagnosed illnesses in women with posttraumatic stress disorder and major depressive disorder. *Journal of Traumatic Stress, 22* (2), 122-130. Doi:10.1002/jts.20400.
- Cloitre, M., Stolbach, B.C., Herman, J.L., Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., o.fl. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22* (5), 399-408.
- Clover, K., Carter, G.L., og Whyte, I.M. (2004). Posttraumatic stress disorder among deliberate self-poisoning patients. *Journal of Traumatic Stress, 17* (6), 509-517. Doi:10.1007/s10960-004-5800-1.
- Conroy, E., Degenhardt, L., Mattick, R.P., og Nelson, E.C. (2009). Child maltreatment as a risk factor for opioid dependence: Comparison of family characteristics and type and severity of child maltreatment with a matched control group. *Child Abuse & Neglect, 33* (6), 343-352.
- Cusack, K.J., Grubaugh, A.L., Knapp, R.G., og Frueh, B.C. (2006). Unrecognized trauma and PTSD among public mental health consumers with chronic and severe mental illness. *Community Mental Health Journal, 42* (5), 487. Doi: 10.1007/s10597-006-9049-4.
- Daigneault, I., Hébert, M., og McDuff, P. (2009). Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: A study of risk factors. *Child Abuse & Neglect, 33* (9), 638-647.
- Danielson, C.K., Macdonald, A., Amstadter, A.B., Hanson, R., de Arellano, M.A., Saunders, B.E., o.fl. (2010). Risky behaviors and depression in conjunction with or in the absence of lifetime history of PTSD among sexually abused adolescents. *Child Maltreatment, 15* (1), 101-107.
- Dennis, M.F., Flood, A.M., Reynolds, V., Araujo, G., Clancy, C.P., Barefoot, J.C., o.fl. (2009). Evaluation of lifetime trauma exposure and physical health in women with posttraumatic stress disorder or major depressive disorder. *Violence Against Women, 15* (5), 618-627.
- Dyregrov, A. (2010). *Barn och trauma*. Lundi: Studentlitteratur.
- Elliott, D.M., Mok, D.S., og Briere, J. (2004). Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *Journal of Traumatic Stress, 17* (3), 203-211.
- Ellsberg, M., Jansen, H.A., Heise, L., Watts, C.H., og Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. *The Lancet, 371* (9619), 1165-1172. doi:10.1016/S0140-6736(08)60522-X.
- Foa, E.B., Keane, T.M., og Friedman, M.J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 13* (4), 539-588.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., og Chozen, J.A. (ritstj.). (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies* (2. útg.). New York: The Guilford Press.
- Freydis Jóna Freysteinsdóttir (2005). Áhættuþættir ofbeldis og vanrækslu barna. Í Páll Skúlason og Þórhildur Lindal (ritstj.), *Ungir Íslendingar í ljósi vísindanna* (bls. 135-142). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Gaudiano, B.A., og Zimmerman, M. (2010). The relationship between childhood trauma history and the psychotic subtype of major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 121* (6), 462-470. Doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01477.x.
- Gerge, A. (2010). *Trauma: Om psykoterapi vid posttraumatisk och dissociativ problematik*. Ludvika: Dualis.
- Goodman, L.A., Smyth, K.F., Borges, A.M., og Singer, R. (2009). When crises collide. *Trauma, Violence, & Abuse, 10* (4), 306-329.
- Grubaugh, A.L., Zinzow, H.M., Paul, L., Egede, L.E., og Frueh, B.C. (2011). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: A critical review. *Clinical Psychology Review, 31* (6), 883-899. Doi:10.1016/j.cpr.2011.04.003.
- Halldorsdóttir, S. (2000). The Vancouver School of doing phenomenology. Í B. Fridlund og C. Hildingh (ritstj.), *Qualitative research methods in the service of health* (bls. 47-81). Lundi: Studentlitteratur.
- Heim, C., Newport, D.J., Mletzko, T., Miller, A.H., og Nemeroff, C.B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology, 33* (6), 693-710. Doi:10.1016/j.psyneuen.2008.03.008.
- Helga Jónsdóttir (2013). Viðtöl sem gagnasöfnunaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 137-153). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Herman, J. L. (2009). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5* (3), 377-391. Doi: 10.1002/jts.2490050305.
- Holm, A.L., Bégat, I., og Severinsson, E. (2009). Emotional pain: Surviving mental health problems related to childhood experiences. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16* (7), 636-645. Doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01426.x.
- Humphreys, J., Cooper, B.A., og Miskowski, C. (2010). Differences in depression, posttraumatic stress disorder, and lifetime trauma exposure in formerly abused women with mild versus moderate to severe chronic pain. *Journal of Interpersonal Violence, 25* (12), 2316-2338. Doi:10.1177/0886260509354882.
- Ingólfur V. Gíslason (2008). *Ofbeldi í nánum samböndum*. Reykjavík: Félags- og tryggingamálaráðuneytið.
- Katrín Blöndal og Sigríður Halldórsdóttir (2013). Úrtök í eiginlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 129-136). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Keyes, K.M., Eaton, N.R., Krueger, R.F., McLaughlin, K.A., Wall, M.M., Grant, B.F., o.fl. (2012). Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry, 200* (2), 107-115.
- Khan, M. (2000). *Domestic violence against women and girls*. Editorial. Innocenti Digest (United Nations Children's Fund - Innocenti Research Centre), 6, 2.
- Kuo, J.R., Goldin, P.R., Werner, K., Heimberg, R.G., og Gross, J.J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 25* (4), 467-473. Doi:10.1016/j.janxdis.2010.11.011.
- Kwako, L.E., Szanton, S.J., Saligan, L.N., og Gill, J.M. (2011). Major depressive disorder in persons exposed to trauma: Relationship between emotional intelligence and social support. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 17* (3), 237-245. Doi:10.1177/1078390311402498.
- Lommen, M., og Restifo, K. (2009). Trauma and posttraumatic stress disorder (PTSD) in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Community Mental Health Journal, 45* (6), 485.
- Machado, C.L., de Azevedo, R.C.S., Fauri, C.O., Vieira, M.N., og Fernandes, A.S. (2011). Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 113* (1), 58-62. Doi:10.1016/j.ijgo.2010.10.016.
- Martinez-Torteya, C., Bogat, G.A., von Eye, A., Levendosky, A.A., Davidson, I., og William, S. (2009). Women's appraisals of intimate partner violence stressfulness and their relationship to depressive and posttraumatic stress disorder symptoms. *Violence and Victims, 24* (6), 707-722.
- Meade, C.S., Kershaw, T.S., Hansen, N.B., og Sikkema, K.J. (2009). Long-term correlates of childhood abuse among adults with severe mental illness: Adult victimization, substance abuse, and HIV sexual risk behavior. *AIDS and Behavior, 13* (2), 207-216.
- Miller, G.E., Chen, E., og Parker, K.J. (2012). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanism. *Psychological Bulletin, 137*, 959-997.
- Mowlds, W., Shannon, C., McCusker, C.G., Meenagh, C., Robinson, D., Wilson, A., o.fl. (2010). Autobiographical memory specificity, depression, and trauma in bipolar disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 49* (2), 217-233. Doi:10.1348/014466509X454868.

- Muenzenmaier, K., Meyer, I., Struening, E., og Ferber, J. (1993). Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry, 44* (17), 666-670.
- Mueser, K.T., Lu, W., Rosenberg, S.D., og Wolfe, R. (2010). The trauma of psychosis: Posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. *Schizophrenia Research, 116* (2), 217-227. Doi:10.1016/j.schres.2009.10.025.
- O'Hare, T., Shen, C., og Sherrer, M. (2010). High-risk behaviors and drinking-to-cope as mediators of lifetime abuse and PTSD symptoms in clients with severe mental illness. *Journal of Traumatic Stress, 23* (2), 255-263. Doi:10.1002/jts.20515.
- O'Hare, T., og Sherrer, M.V. (2009). Lifetime traumatic events and high-risk behaviors as predictors of PTSD symptoms in people with severe mental illnesses. *Social Work Research, 33* (4), 209-218.
- O'Hare, T., Sherrer, M.V., og Shen, C. (2006). Subjective distress from stressful events and high-risk behaviors as predictors of PTSD symptom severity in clients with severe mental illness. *Journal of Traumatic Stress, 19* (3), 375-386. Doi:10.1002/jts.20131.
- Reed, P.L., Anthony, J.C., og Breslau, N. (2007). Incidence of drug problems in young adults exposed to trauma and posttraumatic stress disorder: Do early life experiences and predispositions matter? *Archives of General Psychiatry, 64* (12), 1435-1442.
- Ricoeur, P. (1990). *Hermeneutics and the human sciences: Essays on language, action and interpretation* (ritstýrt, þýtt og kynnt af John B. Thompson). Cambridge: Cambridge University Press.
- Robinaugh, D.J., og McNally, R.J. (2010). Autobiographical memory for shame or guilt provoking events: Association with psychological symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 48* (7), 646-652.
- Sameinuðu þjóðirnar (1993). *Yfirlýsing um afnám ofbeldis gagnvart konum*. Sótt á <http://www.humanrights.is/mannrettindi-og-island/helstu-samningar/sameinuðu-thjodirnar/afnam-ofbeldis-konur/>.
- Samtök um kvennaathvarf (2008). *Ársskýrsla*. Sótt á <http://www.kvennaathvarf.is/media/arsskyrslur/SUK-2008-low.pdf>.
- Schwandt, T.A. (1994). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. Í N.K. Denzin og Y.S. Lincoln (ritstj.), *Handbook of qualitative research* (bls. 118-137). Thousand Oaks: Sage.
- Sigríður Halldórsdóttir (2013). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 281-297). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigríður Halldórsdóttir (2003). Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 249-265). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigrún Sigurðardóttir og Sigríður Halldórsdóttir (2009). Tíminn læknar ekki öll sár: Fyrirbærafræðileg rannsókn á langvarandi afleiðingum kynferðislegs ofbeldis í bernsku fyrir heilsufar og líðan íslenskra kvenna. *Tímarit hjúkrunarfræðinga, 85* (3), 38-49.
- Sigrún Sigurðardóttir og Sigríður Halldórsdóttir (2011). Þögn þjáning. Samanburður á áhrifum kynferðislegs ofbeldis í bernsku á heilsufar og líðan íslenskra karla og kvenna. Í Svala Ísfeld Ólafsdóttir (ritstj.), *Hinn launhelgi glæpur. Kynferðisbrot gegn börnum* (bls. 317-353). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Sigurðardóttir, S., Halldórsdóttir, S., og Bender, S.S. (2013). Consequences of childhood sexual abuse for health and well-being: Gender similarities and differences. *Scandinavian Journal of Public Health, 26*(4), 688-697. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00981.x.
- Sigurður Kristinsson (2013). Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 71-88). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Spiegelberg, H. (1984/1965). *The phenomenological movement: A historical introduction* (3. útg.). Haag: Martinus Nijhoff.
- Spitzer, C., Barnow, S., Völzke, H., John, U., Freyberger, H.J., og Grabe, H.J. (2009). Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: Findings from the general population. *Psychosomatic Medicine, 71* (9), 1012-1017.
- Steel, J.L., og Herlitz, C.A. (2005). The association between childhood and adolescent sexual abuse and proxies for sexual risk behavior: A random sample of the general population of Sweden. *Child Abuse & Neglect, 29* (10), 1141-1153.
- Stígamót (2011). *Árskýrsla Stígamóta 2011*. Sótt á <http://www.stigamot.is/files/pdf/arsskyrsla2011.pdf>.
- Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M.L., og Paglia-Boak, A. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse & Neglect, 35* (10), 887-898.
- Ullman, S.E., Najdowski, C.J., og Filipas, H.H. (2009). Child sexual abuse, post-traumatic stress disorder, and substance use: Predictors of revictimization in adult sexual assault survivors. *Journal of Child Sexual Abuse, 18* (4), 367-385.
- Ullman, S.E., Townsend, S.M., Filipas, H.H., og Starzynski, L.L. (2007). Structural models of the relations of assault severity, social support, avoidance coping, self-blame, and PTSD among sexual assault survivors. *Psychology of Women Quarterly, 31* (1), 23-37. Doi: 10.1111/j.1471-6402.2007.00328.x.
- Wegman, H.L., og Stetler, C. (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosomatic Medicine, 71*, 805-812.
- WHO (World Health Organization) (2010). *Media centre: Child maltreatment*. Sótt á <http://www.who.int/media centre/factsheets/fs150/en/index.html>.