



**BA ritgerð**  
**Félagsráðgjöf**

**Áhrif kynferðisofbeldis á barneignarferli kvenna.**

Rebekka Ýr Sigurþórsdóttir

**Leiðbeinandi: Dr. Freydís Jóna Freysteinsdóttir**  
**Febrúar 2022**



**HÁSKÓLI ÍSLANDS**  
**FÉLAGSVÍSINDASVIÐ**  
FÉLAGSRÁÐGJAFARDEILD



## **Áhrif kynferðisofbeldis á barneignarferli kvenna.**

Rebekka Ýr Sigurpórsdóttir

2401962209

Lokaverkefni til BA-gráðu í félagsráðgjöf

Leiðbeinandi: Dr. Freydís Jóna Freysteinsdóttir

Stærð ritgerðar í ECTS einingum: 12 einingar

Félagsráðgjafardeild

Félagsvísindasvið Háskóla Íslands

Febrúar 2022

Áhrif kynferðisofbeldis á barneignarferli þolenda.

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA í félagsráðgjöf  
og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.  
© Rebekka Ýr Sigurþórsdóttir, 2022

Reykjavík, Ísland, 2022



## Útdráttur

Megin markmið ritgerðarinnar er að koma auga á helstu afleiðingar þess að verða fyrir kynferðisofbeldi á unglingsárum þegar litið er til barneignarferla þolenda. Þá er lögð rík áhersla á að skoða kveikjur að endurupplifunum og hvaða áhrif afleiðingar geta haft í för með sér allt frá meðgöngu til móðurhlutverksins. Viðfangsefnið er skoðað út frá fræðilegu efni og speglað í viðeigandi kenningum. Tilgangur ritgerðarinnar er að koma auga á helstu kveikjur að endurupplifunum í fæðingu þolenda og koma auga á þær úrbætur sem fagaðilar gætu tileinkað sér í umönnun barnshafandi kvenna sem hafa orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi. Fyrirliggjandi rannsóknir hafa sýnt fram á háa tíðni kynferðisofbeldis á meðal stúlkna undir 18 ára aldri en talið er að ein af hverjum þremur stúlkum verði fyrir kynferðisofbeldi á lífsleiðinni. Því er ekki úr vegi að benda á að kynferðisofbeldi er talin ein helsta ógn við heilbrigði unglingsstúlkna. Kynferðisofbeldi á unglingsárum hefur í för með sér bæði líkamlegar- og sálrænar afleiðingar sem geta verið viðvarandi fram á fullorðinsár þolenda. Slíkar afleiðingar geta meðal annars haft áhrif á meðgöngu, fæðingu og móðurhlutverk þolenda. Kveikjur að endurupplifunum er ein helsta ógn þessa hóps þar sem kveikjur geta haft verulega truflandi áhrif á barneignarferlið í heild sinni. Mikilvægt er að fagaðilar leggi sig fram við að nálgast þolendur af nærgætni til þess að stuðla að jákvæðari upplifun og auka stjórn þolenda á aðstæðunum. Helstu úrræði sem lagt er upp með eru áfallamiðuð nálgun, EMDR áfallameðferð og SIT meðferð um hugræna úrvinnslu.

Lykilorð: Kynferðisofbeldi (e. *sexual abuse*), barneignir (e. *child-bearing*), endurupplifun (e. *flashback*), kveikjur (e. *triggers*), áfallamiðuð meðferð (e. *trauma informed care*).

## Formáli

Ritgerð þessi er unnin sem lokaverkefni til BA-gráðu í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands. Umfjöllunarefni ritgerðarinnar beinist að áhrifum kynferðisofbeldis á barneignarferli kvenna. Vægi ritgerðarinnar er 12 (ECTS) einingar. Ritgerðin er unnin á haustmisseri 2021 og er leiðbeinandi Dr. Freydís Jóna Freysteinsdóttir, dósent í félagsráðgjafadeild Háskóla Íslands. Henni veiti ég mínar bestu þakkir fyrir leiðbeinandi leiðsögn, stuðning og lipurð í samskiptum á meðan á verkefninu stóð. Ég vil bera mínar dýpstu þakkir til þeirra aðila sem stóðu þétt við bakið á mér í gegnum námið og síðast en ekki síst vil ég þakka Birnu Maríu, dóttur minni fyrir að vera mín allra mesta hvatning í því að vinna þau verkefni sem ég tek mér fyrir hendur af heilindum, metnaði og þrautseigju. Það eru forréttindi að vera fyrirmynd hennar í því að tileinka sér það að vera fylgin sjálfri sér með því að láta drauma sína verða að veruleika.

## Efnisyfirlit

Útdráttur.....	3
Formáli.....	4
Efnisyfirlit.....	5
<b>1 Inngangur .....</b>	<b>7</b>
<b>2 Megin hugtök og kenningar .....</b>	<b>9</b>
2.1 Ofbeldi.....	9
2.2 Atferliskenningar.....	11
2.2.1 Atferliskenningar Pawlovs og Skinners .....	12
2.2.2 Hugræn atferliskenning .....	13
2.3 Kenning sem snýr að afleiðingum kynferðisofbeldis .....	15
2.4 Tengslakenningar .....	16
<b>3 Kynferðisofbeldi á unglingsárum .....</b>	<b>19</b>
3.1 Algengi kynferðisofbeldis á unglingsárum .....	19
3.2 Tíðni .....	20
<b>4 Afleiðingar og áhrif kynferðisofbeldis .....</b>	<b>22</b>
4.1 Líkamlegar afleiðingar kynferðisofbeldis .....	22
4.2 Sálrænar afleiðingar kynferðisofbeldis .....	23
4.2.1 Áfallastreituröskun (PTSD).....	24
4.3 Áhrif afleiðinga á meðgöngu.....	26
4.4 Áhrif afleiðinga á fæðingu.....	27
4.5 Afleiðingar kynferðisofbeldis eftir fæðingu .....	29
4.5.1 Fæðingarpunglyndi .....	29
4.5.2 Áhrif afleiðinga kynferðisofbeldis á barnið og tengslamyndun.....	31
4.5.3 Áfallastreituröskun eftir fæðingu .....	32
<b>5 Möguleg úrræði .....</b>	<b>33</b>
5.1 Úrræði á meðgöngu og í fæðingu .....	33
5.1.1 Áfallamiðuð meðferð.....	34
5.1.2 Hugræn úrvinnslumeðferð (SIT).....	35
5.2 Stuðningur eftir fæðingu .....	36
5.2.1 EMDR áfallameðferð .....	36
<b>6 Umræða.....</b>	<b>38</b>
<b>7 Lokaorð.....</b>	<b>41</b>



Heimildaskrá ..... 44

## 1 Inngangur

Ofbeldi hefur verið til staðar frá örófi alda og umræðan um kynferðislegt ofbeldi hefur færst í aukana undanfarin ár. Áður fyrr var kynferðislegt ofbeldi ekki viðurkennt í þeim mæli sem raun ber vitni í dag. Þó hefur þekkingu samfélagsins fleygt fram og varpað ljósi á tíðni og afleiðingar kynferðisofbeldis. Umræða um kynferðisofbeldi mun halda áfram að þróast í tímanna rás og hugtakið taka á sig skýrari mynd í kjölfarið. Kynferðisofbeldi er heilsufarsvandamál sem hefur neikvæðar afleiðingar fyrir þá einstaklinga sem fyrir því verða. Afleiðingar kynferðisofbeldis geta orðið það áhrifamiklar að þær geta leitt til vandkvæða hjá þolendum við að aðlagast daglegu lífi (Bramsen o.fl., 2009). Táningar sem verða fyrir ofbeldi af kynferðislegum toga eru í aukinni áhættu á að afleiðingarnar ógni heilsufari þeirra til muna þegar til framtíðar er litið (Ársæll Már Arnarsson o.fl., 2016).

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (e. *World Health Organisation*) hefur skilgreint kynferðislegt ofbeldi gagnvart ólögráða einstaklingi sem hvers kyns athöfn af kynferðislegum toga sem barn hefur ekki fullan skilning á og hefur ekki vitsmunalegan þroska til að samþykkja. Einnig er átt við þær athafnir sem brjóta gegn landslögum og ríkjandi samfélagslegum viðmiðum (WHO, 2013). Þekking á tíðni og afleiðingum kynferðisofbeldis gagnvart konum hefur aukist á undanförunum árum bæði í umræðu og í riti en talið er að þriðja hver kona hafi orðið fyrir kynferðisofbeldi á unglingsárum. Þá eru stúlkur á unglingsárum taldar í þrefalt meiri áhættu fyrir því að verða þolendur kynferðisofbeldis heldur en drengir á unglingsárum (WHO, 2013).

Niðurstöður rannsókna benda til þess að algengt sé að afleiðingar kynferðisofbeldis séu viðvarandi fram á fullorðinsár hjá þolendum í æsku. Þó hefur lítið verið fjallað um áhrif kynferðisofbeldis á barneignarferli kvenna sem glíma við afleiðingar þess í rannsóknum (Ársæll Már Arnarsson o.fl., 2016)

Ritgerð þessi fjallar um áhrif og afleiðingar þess að verða fyrir kynferðisofbeldi á unglingsárum og hvernig slík reynsla getur haft áhrif á barneignarferlið. Einnig verður varpað ljósi á þær kveikjur sem geta komið upp í barneignarferlinu sem minna þolanda á kynferðisofbeldið sem hann áður upplifði í öðrum aðstæðum. Meginhugtök verða skilgreind og leitast verður við að bera kennsl á helstu kenningar sem tengjast

umfjöllunarefninu á einn eða annan hátt. Rýnt verður í afleiðingar þess að verða fyrir kynferðisofbeldi á unglingsárum og tekin verður saman fræðileg umfjöllun þar sem eldri rannsóknir, innlendar og erlendar verða skoðaðar ítarlega ásamt takmörkunum þeirra á efninu. Tilgangur ritgerðarinnar er að kanna hvernig atvik í barneignarferlinu ýta undir vanlíðan kvenna sem orðið hafa fyrir kynferðisofbeldi á öllum sviðum ferlisins. Þá verður meðgangun skoðuð sérstaklega, fæðingin og dagarnir eftir fæðingu í því samhengi að konurnar búi yfir reynslu af kynferðisofbeldi. Til þess að ná fram markmiði ritgerðarinnar mun höfundur leggja áherslu á að rýna í niðurstöður fyrri rannsókna og annað fræðilegt efni um áhrif og afleiðingar kynferðisofbeldis á unglingsárunum og spegla það í barneignarferli þolenda og faglegra inngripa. Leitast verður við að túlka niðurstöður fyrri rannsókna með það að leiðarljósi að koma auga á helstu kveikjur í fæðingaumhverfinu sem vekja upp endurupplifanir og vanlíðan. Einnig verður leitast við að koma auga á hvar þörf sé fyrir sérstaka meðhöndlun og inngrip í barneignarferlinu fyrir barnshafandi konur sem hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi á unglingsárum.

Þær spurningar sem lagt er upp með og leitast verður við að svara eru: „Hvernig hafa afleiðingar þess að verða fyrir kynferðisofbeldi á unglingsárum áhrif á þær konur sem ganga í gegnum barneignarferli á fullorðinsárum?“, „Hvaða kveikjur birtast í barneignarferlinu sem ýta undir vanlíðan þolenda vegna kynferðislegs ofbeldis sem þeir hafa orðið fyrir? og „Hvernig meðferðir standa til boða fyrir konur í barneignarferli með sögu um kynferðisofbeldi og hvernig geta fagmenn brugðist við?“.

## 2 Megin hugtök og kenningar

Í þessum kafla verða megin hugtök skilgreind og fræðileg samantekt gerð á helstu kenningum sem gætu tengst kynferðislegu ofbeldi á unglingsárum og afleiðingum þess á barneignarferli kvenna. Ýmsar kenningar hafa verið lagðar fram í tengslum við áhrif og afleiðingar kynferðislegs ofbeldis. Hér fyrir neðan verður atferliskenning skoðuð sérstaklega og leitast verður við að fjalla um kenninguna út frá því áreiti sem gæti komið upp í barneignarferli kvenna sem eru þolendur kynferðisofbeldis. Einnig verður kenningin um afleiðingar kynferðisofbeldis reifuð.

### 2.1 Ofbeldi

Ofbeldi hefur verið skilgreint sem viljandi athöfn eða verknaður af hálfu aðila sem skaðar eða er líklegur að leiða til skaða líkamlega, andlega, fjárhagslega eða kynferðislega hjá þeim sem verður fyrir ofbeldinu (Erla Kolbrún Svavarsdóttir, 2010). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) skilgreinir ofbeldi sem viljandi athöfn þar sem aðili beitir meðvitað líkamsafla sínu eða valdi til þess að skaða annan aðila á einhvern hátt óháð niðurstöðu. Einnig skilgreinir stofnunin allar athafnir sem fela í sér valdbeitingu í formi hótana eða annarskonar ógnana sem ofbeldi (WHO, 2013). Talað er um þrjár megin tegundir ofbeldis sem geta leitt til andlegs, líkamlegs og kynferðislegs skaða. Þegar helstu skilgreiningar eru dregnar saman er athöfnin og verknaðurinn undantekningarlaust gerður í þeim tilgangi að ná fram valdbeitingu gagnvart öðrum einstaklingi. Slík valdbeiting getur átt sér stað með ýmsum hætti en hér fyrir neðan verða þremur megin tegundum ofbeldis gerð skil (Flury og Nyberg, 2010).

Andlegt ofbeldi (e. *psychological abuse*) endurspeglar hegðun einstaklings sem framkvæmd er í þeim tilgangi að ná fram valdi yfir öðrum einstaklingi. Athöfnin getur verið í formi orðaskipta eða í formi líkamstjáningar (Kvennaathvarf, e.d.). Hegðunin er notuð með niðurlægjandi og ógnandi hætti sem gerir það að verkum að sá sem beitir henni nær yfirráði yfir einstaklingnum eftir að hafa brotið hann niður. Hegðunin er einhliða og styrkir yfirráðastöðu einstaklingsins sem beitir ofbeldinu. Andlegt ofbeldi markar enga sjáanlega áverka sem gerir fólki enn erfiðara fyrir að greina og meðhöndla ofbeldið. Afleiðingar andlegs ofbeldis geta þó ekki síður verið alvarlegar en afleiðingar líkamlegs eða kynferðislegs ofbeldis. Þær afleiðingar sem þolandi glímir við eftir andlegt

ofbeldi festa sér iðulega lengur í sessi í sálartetri þolandans þegar bornar eru saman afleiðingar andlegs ofbeldis og líkamlegs ofbeldis (Flury og Nyberg, 2010).

Líkamlegt ofbeldi (e. *physical violence*) nær yfir athöfn sem er fólgin í því að einstaklingur beitir líkamlegu afli í þeim tilgangi að skaða annan einstakling hvort sem skaði hlýst af eða ekki. Þolendur geta orðið fyrir líkamlegum áverkum sem geta verið allt frá minniháttar áverkum yfir í lífshættulega áverka (Roelens o.fl., 2008). Ofbeldið lýsir sér með barsmíðum sem skilur í flestum tilfellum eftir sig sjáanlega áverka. Algengt er þó að gerandi reyni í mörgum tilfellum að skilja eftir áverka sem hægt er að fela fyrir almenningi. Þetta á sérstaklega við um líkamlegt ofbeldi í parsamböndum þar sem gerandi reynir að stuðla að því að áverkar sjáist sem minnst til þess að aðrir aðilar geri síður tilraun til að stöðva ofbeldið. Til eru dæmi þess að gerendur líkamlegs ofbeldis í parsamböndum vilji að áverkarnir sjáist í þeirri von um að einangra þolanda þannig að hann forðist að láta sjá sig á meðal almennings sökum áverkanna (Ingólfur V. Gíslason, 2008). Önnur birtingarmynd líkamlegs ofbeldis er þegar gerandi hamlar þolanda að uppfylla líkamlegum þörfum sínum. Fæði og svefn eru skýr dæmi um líkamlegar þarfir sem gerandi gæti hamlað þolanda sínum að uppfylla (Kvennaathvarf, e.d.).

Kynferðislegt ofbeldi (e. *sexual violence*) felur í sér athöfn þar sem einstaklingur neyðir annan einstakling til þátttöku í kynferðislegri athöfn gegn vilja sínum. Þá er oft átt við þvingun til kynferðislegra athafna sem einstaklingnum misbýður eða þykir niðrandi á einhvern hátt (Garcia-Moreno o.fl., 2006). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (2013) skilgreinir kynferðisofbeldi sem allar þvingaðar og óvelkomnar athafnir af kynferðislegum toga, hvort sem um ræðir athugasemdir, tilburði, atferli eða annað sem snýr að kynferði einstaklings. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin skilgreinir kynferðisofbeldi út frá heilbrigðis- og mannréttindasjónarmiðum og telur kynferðisofbeldi geta átt sér stað með líkamlegum og andlegum gjörðum í garð annars einstaklings. Velferðarráðuneyti Íslands (1998) skilgreinir kynferðislegt ofbeldi sem hverja einusta þvinguðu kynferðislegu snertingu, allt frá þukli til kynlífs, hvernig sem því er háttað. Þegar um er að ræða óumbeðna innsetningu í leggöng, endaparm og munn er átt við kynferðislegt ofbeldi en einnig er átt við kynferðisofbeldi þegar það er í formi óumbeðinnar snertingar. Dæmi um slíka snertingu eru strokur, munngælur og notkun hluta á líkama þolandans án hans samþykkis. Fleiri birtingarmyndir kynferðisofbeldis eru meðal annars munnlegt

kynferðislegt áreiti og þegar einstaklingur er neyddur til þess að horfa á kynferðislegar athafnir og klámefni eða slíkt efni er vísitandi haft í návist einstaklings sem ekki kærir sig um það. Þá er einnig talað um kynferðisofbeldi þegar einstaklingur er ófær um að veita samþykki fyrir kynferðislegri athöfn vegna líkamlegs- eða andlegs ástands síns (Freydís J. Freysteinsdóttir, 2012). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin skilgreinir skert vitundarástands þolanda sem truflun á rökhugsun þolandans sökum hugbreytandi efna á borð við áfengi, vímuefni eða annarra lyfja, svefnástands eða þolandi er þroskaskertur (Krug o.fl., 2002). Dæmi um að einstaklingur geti ekki veitt samþykki vegna ástands síns eru til að mynda þegar einstaklingur er undir áhrifum áfengis- eða vímuefna, er sofandi, er undir lögaldri, er of aldraður, er háður geranda vegna fötlunar eða er of óttasleginn til þess að bægja ofbeldinu frá sér. Kynferðislegt ofbeldi er yfirhugtak en undir hugtakinu koma fram tvö undirhugtök. Annars vegar kynferðisleg árás sem lýsir sér í hvers kyns þvingunum til að framkvæma kynferðislega athöfn með eða án geranda og hins vegar kynferðisleg áreitni sem lýsir sér í hvers kyns andlegu- og líkamlegu áreiti af kynferðislegum toga (Krug o.fl., 2002).

Afleiðingar kynferðisofbeldis geta komið fram strax eftir atvik en einnig síðar á lífsleiðinni. Afleiðingarnar geta verið af líkamlegum-, andlegum- og félagslegum toga. Þolendur kynferðisofbeldis eru líklegri en þolendur andlegs- og líkamlegs ofbeldis til að glíma við áfallastreituröskun, upplifa kvíðaeinkenni og finna til þunglyndis. Þá er einnig talið líklegra að þolendur kynferðisofbeldis finni til óverðskuldaðrar skammar, sektarkenndar, reiði, ótta og einangrunar frekar en þolendur annarskonar ofbeldis. Þolendur kynferðisofbeldis eru jafnframt með lakari sjálfsmynd en þeir sem hafa ekki orðið fyrir kynferðisofbeldi (Kvennaathvarf, e.d.).

## 2.2 Atferliskenningar

Byrjað var að beita atferliskenningum (e. *behavioral learning theory*) af alvöru á fimmta áratugnum en vinsældir atferliskenninga jukust til muna undir lok fimmta áratugsins þegar kenningarnar voru notaðar í auknum mæli í félagsvísindum og geðheilbrigðismálum. Atferliskenningar eiga uppruna sinn að rekja til félagsnámskenninga (e. *social learning theory*). Þær byggja á því að einstaklingar innan samfélagsins læra af viðbrögðum hvers annars með því að fylgjast með atferli annarra í samfélaginu. Með atferliskenningum er einnig leitast við að kanna hvernig einstaklingar

bregðast við og hegða sér frekar en að skoða hver einstaklingurinn er eða hvaðan hann kemur. Atferliskenningar álíta svo að einstaklingar læri af viðbrögðum sínum við umhverfinu og þannig dragist lærdómur af því áreiti sem einstaklingarnir verða fyrir (Chavis, 2012).

### 2.2.1 Atferliskenningar Pawlovs og Skinners

Fræðimaðurinn Ivan Pavlov og bandaríski sálfræðingurinn Burrhus Frederic Skinner nálguðust atferliskenninguna með svipuðum hætti en Pavlov beindi sjónum sínum að klassískri skilyrðingu á meðan Skinner lagði áherslu á virka skilyrðingu (Chavis, 2012).

Klassísk skilyrðing (e. *classical conditioning*) er óskilyrt áreiti sem parast hlutlaust við skilyrt áreiti sem vekur upp skilyrta svörun sem minnkar svo þegar áreitið hverfur (Woolfolk, 2008). Pavlov (1927) sýndi fram á tengingu klassískrar skilyrðingar í tíma og rúmi. Hann færði sönnur á kenningunni þegar hann gerði tilraun á fjórfætlingum sem gekk út á það að hundur gæti framleitt líffræðilegt viðbragð við ákveðið hljóð. Tilraunin fólst í því að hrista fóðurlök og gefa úr honum á ákveðnum tíma endurtekið. Að lokum var pokinn einungis hristur en fóður ekki gefið, þá sýndu hundarnir ósjálfráða framleiðslu munnvatns þegar pokinn var hristur. Því er hægt að nefna tilraunina sem dæmi um klassíska skilyrðingu. Hundar framleiða munnvatn þegar þeir heyra eiganda sinn möndla við fóðurlök því þeir hafa tengt fóðurlökum við það að þeir fái að borða (Chavis, 2012).

Virka skilyrðing (e. *operant conditioning*) er ferli þar sem afleiðingar hafa áhrif á tíðni hegðunar hjá einstaklingum. Þá er bæði átt við jákvæða styrkingu hegðunar og neikvæða styrkingu hegðunar þar sem hvort um sig getur aukið tíðni hegðunar. Þegar fjallað er um jákvæða styrkingu er átt við þær afleiðingar sem koma upp í kjölfar hegðunar. Atferliskenning Skinners (1953) byggist á afleiðingum ákveðinnar hegðunar og að afleiðingarnar geti ákvarðað hvort að tíðni, lengd eða styrkur minnki eða auki tíðni afleiðinganna hjá einstaklingnum (Chavis, 2012). Skinner framkvæmdi tilraun sem sýndi fram á jákvæð tengsl á milli afleiðinga og hegðunar. Dæmi um virka skilyrðingu er þegar uppalendur sýna barni jákvæða hvatningu sem notuð er til þess að styrkja æskilega hegðun í kjölfar hennar. Þegar átt er við neikvæða styrkingu getur styrkingin falið í sér refsingu en henni er þá beitt af uppalendum í þeirri von um að draga úr tíðni óæskilegrar hegðunar hjá barni. Þegar barn fær litla athygli frá uppalendum nema í kjölfar þess að það

sýnir af sér óæskilegra hegðun getur neikvæða styrkingin sem í þessu tilfalli er refsingin, snúist upp í andhverfu sína með þeim hætti að neikvæð styrking eykur óæskilega hegðun (Woolfolk, 2008). Skinner lagði til grundvallar virknisamband sem nefnist þriggja liða styrkingarskilmáli (e. *three-term contingency*) og inniheldur áreiti, svörun og afleiðingu. Áreiti verður til og við taka tengsl á milli svörunar og afleiðinga. Þessi tengsl nefnast tveggja liða styrkingarskilmáli og er notaður til að auka eða draga úr ákveðinni hegðun (Clark, 2007).

Lögð hefur verið aukin áhersla á að meðhöndla nútíma vandkvæði einstaklinga út frá atferliskenningum í kjölfar gagnreyndra aðferða og marktækra niðurstaðna. Þá eru aðferðir sem byggðar eru á atferliskenningum meðal annars notaðar til að meðhöndla þunglyndi, lystarstol, kvíðaraskanir, offitu, felmtursraskanir, þráhyggjuhegðun og áfengis- og vímuefnanotkun (Chavis, 2012).

### 2.2.2 Hugræn atferliskenning

Hugræn atferliskenning (e. *cognitive behavioral theory*) grundvallast af hegðunarmynstri og viðbrögðum sem viðhaldast í lífi einstaklingsins út frá hugsanaferli hans. Kenningin byggist á þremur lykilatriðum sem lögð eru til grundvallar. Fyrsta lykilatriðið snýr að því að gera skil á eigin hugsunum í þeim tilgangi að gera þær aðgengilegri. Annað lykilatriðið byggist á því að hugsanir einstaklingsins hafa áhrif á hegðun og viðbrögð einstaklinga vegna utanaðkomandi áreitis. Þriðja lykilatriðið birtist þegar einstaklingur er meðvitaður um hugsanir sínar með þeim hætti að ráðrúm skapast fyrir hann til þess að hafa áhrif á hugsanirnar. Einstaklingurinn öðlast vald til þess að geta haft áhrif á hegðun sína og líðan út frá breyttum hugsunarhætti. Innan hugrænu atferliskenningarinnar eru til námskenningar (e. *learning theories*) og tilfinningalega úrvinnslu kenningin (e. *emotional-processing theory*) (Dobson og Dozois, 2021).

Þegar námskenningar fóru að ryðja sér til rúms fylgdi tilfinningalega úrvinnslu kenningin fljótlega á eftir. Námskenningar hafa lengi verið nátengdar atferlishyggjunni (e. *behaviorism*) en atferlishyggjan byggir á því að umhverfi einstaklingsins mótar hegðun einstaklingsins. Námskenningar geta útskýrt þau kvíðaeinkenni og þá forðun sem birtist í áfallastreitu (e. *post-traumatic stress*). Tveggja þátta námskenning Mowrer hefur verið notuð til þess að útskýra áfallastreitu þannig að felmtrið sem fylgir áfallamíningunum er skilyrt og styrkt á þann hátt að hlutlaust áreiti sem var viðvarandi á þeim tíma sem



einstaklingurinn upplifði áföllin vekja upp kvíða hjá einstaklingnum. Dæmi um slíkt áreiti getur verið lykt, bragð eða hljóð sem ýtir undir önnur áreiti sem eru tengd upprunalega áreitinu. Áreitin parast þannig saman að þau minna einstaklinginn á áfallið. Þörunin vekur upp kvíða og veldur einstaklingnum óþægindum (González-Prendes og Resko, 2012). Þegar virk skilyrðing kemur fram á þennan hátt, tileinkar einstaklingurinn sér forðunarhegðun frá því áreiti sem veldur honum kvíða. Forðunarhegðunin dregur úr kvíða viðkomandi tímabundið, þar sem hegðunin er neikvætt styrkt og einstaklingurinn nær ekki að vinna sig í gegnum áreitið og upplifa staðreyndina um að áreitið sé ekki hættulegt í raun. Forðunarhegðun viðheldur því kvíðaeinkennum einstaklingsins (Ehlers o.fl., 2004).

Kenning um hugræna úrvinnslu (e. *cognitive processing theory*) á sér hliðstæðu úr ýmsu úr námskenningum, en kenningin byggir á þeirri hugmyndafræði að tilfinningaleg upplifun geti haft áhrif á langtíma hegðun einstaklingsins þrátt fyrir að langt sé liðið frá upprunalega atburðinum sem olli tilfinningalegu uppnámi hjá einstaklingnum. Þá er átt við tilfinningalega endurupplifun atviksins þó einstaklingurinn sé í öðrum aðstæðum eða áreitið birtist undir öðrum formerkjum en því upprunalega. Tilfinningalega endurupplifunin sem um ræðir getur leitt til forðunarmynsturs hjá einstaklingnum sem viðheldur áfallastreitunni hjá viðkomandi. Áreitið parast þannig að það verður misræmi á milli fyrri viðhorfa og nýrra upplýsinga. Sá einstaklingur sem upplifði ákveðnar aðstæður öruggar og er á einhverjum tímapunkti ógnað í þeim sömu aðstæðum, getur upplifað óöryggi og hræðslu í þeim kringumstæðum sem hann upplifði áður öryggi í. Forðunin og hræðslan birtist vegna tilfinningalegs áfalls sem átti sér stað í tilteknum kringumstæðum sem veittu einstaklingnum öryggi. Hræðslan getur yfirfærast á aðstæður sem minna á aðstæðurnar sem upprunarlega áfallið átti sér stað í. Hræðslan er þá ekki endilega bundin við þær einu og sömu aðstæður þar sem áfallið átti sér stað upprunarlega heldur getur komið upp hræðsla í aðstæðum sem veittu einstaklingnum öryggi áður. Einstaklingar sem upplifa kvíðaeinkenni í ákveðnum aðstæðum geta einnig fundið fyrir óöryggi á öðrum sviðum í lífi sínu þegar þeir eru í aðstæðum sem þeim þykir óþægilegar. Dæmi um slíka þætti eru lakari sjálfsmynd, lélegri færni, erfiðleikar við tengslamyndun og tilfinningalega nánd við aðra einstaklinga. Þegar einstaklingur upplifir sig í óþægilegum aðstæðum getur það því haft miklar og hamlandi afleiðingar fyrir einstaklinginn (Resick og Schnicke, 1992).

### 2.3 Kenning sem snýr að afleiðingum kynferðisofbeldis

Pungamiðja ritgerðarinnar snýr að því hvernig afleiðingar kynferðisofbeldis á unglingsárum geta haft áhrif á barneignaferli kvenna síðar á lífsskeiðinu. Í því samhengi verður rýnt í kenningu sem fjallar um afleiðingar ofbeldis af kynferðislegum toga. Finkelhor og Browne (1985) settu fram kenningu um áfallavirkni (e. *theory of traumagenic dynamics*) og hafa fræðimenn stutt sig við kenninguna til að túlka þann aragrúa af mismunandi afleiðingum sem koma fram hjá þolendum, en kenningin er að vísu komin til ára sinna. Kenningin varpar ljósi á lífsreynslu þolenda og lítur á afleiðingar kynferðisofbeldis sem ferli í stað atburðar. Lögð er áhersla á að afleiðingarnar séu langvarandi og hafi mismunandi áhrif á líf einstaklinga frá einu tímabili til annars. Kenningin skiptir áhrifum kynferðisofbeldis upp í fjóra eftirfarandi þætti; 1) áfallatengda kynlífsvæðingu, 2) svik, 3) hjálparleysi og 4) stimulun (Finkelhor og Bowne, 1985).

Áfallatengd kynlífsvæðing (e. *traumatic sexualization*) byggir á því að áfallið hafi áhrif á kynvitund þolanda sem getur orsakað brenglun á hegðun þolandans í kynlífi. Einstaklingur sem er neyddur í kynlífsathafnir sem hann hefur ekki fullan skilning á eða eru án hans samþykkis geta valdið því að viðmið hans grundvallast af áfallinu. Mörk einstaklings í kynlífi geta af þessum sökum verið óheilbrigð sem getur leitt til kynferðislegra vandkvæða hjá viðkomandi. Þau vandkvæði sem einstaklingar geta átt við að etja eru mismunandi en lýsa sér einna helst í því markaleysi sem getur komið fram í kynlífi einstaklinga. Brenglunin getur valdið því að einstaklingurinn stundar óhemju mikið kynlíf með mörgum mismunandi aðilum en hún getur einnig birst þannig að kynhegðun einstaklingsins verður nær engin og einstaklingurinn forðast eftir bestu getu að stunda kynlíf með öðrum einstaklingum (Bowles, 2014).

Svik (e. *betrayal*) lýsa sér í upplifun sem kemur fram hjá þolanda þegar einstaklingur sem þolandi treysti upphaflega veldur honum skaða. Svikin eru háð mati þolandans á því hversu mikið hann upplifir geranda sinn hafa blekkst sig en einnig getur upplifunin beinst að öðrum einstaklingum sem þolandinn taldi þjóna verndarhlutverki gagnvart sér. Þá upplifir hann að þessir einstaklingar hafi brugðist sér, þar sem þeir komu ekki í veg fyrir ofbeldið. Þessi tilfinning getur komið fram strax eftir áfallið eða löngu síðar. Engu að síður getur tilfinningin ollið vanlíðan og andfélagslegri hegðun hjá einstaklingnum (Finkelhor, 1987).

Þegar þolandi upplifir sig aðframkominn í aðstæðum kemur upp hjálparleysi (e. *powerlessness*) hjá þolanda. Þá upplifir þolandi viðstöðulausan ótta um að atvikið endurtaki sig og verður varnarlaus í kjölfarið. Óttinn verður svo þrálátur að það hefur áhrif á hvernig þolandinn upplifir sjálfstjórn sína yfir eigin lífi. Óttinn sem fylgir hjálparleysinu getur haft í för með sér afleiðingar á borð við þunglyndi, ofsakvíða, felmtursröskun og sjálfsskaðandi hegðun. Þolendur sem upplifa slíkt varnarleysi tengja þær tilfinningar við atburðinn þar sem brotið var á þeim. Þá upplifa þolendur tilfinningarnar sínar um öryggi og stjórn yfir eigin lífi innantómar og svikular þar sem gerandi tekur völd þolenda í sínar eigin hendur á augabragði (Goodman-Brown o.fl., 2003).

Stimplun (e. *stigmatization*) byggir á neikvæðum athugasemdum og fordómum sem þolandi verður fyrir á lífsleiðinni frá umhverfi sínu. Hlutverk gerandans í þessu samhengi getur verið að stimpla atvikið sem sök þolandans eða að viðkomandi hafi átt ofbeldið skilið (Svala Ísfeld, 2011). Stimplun samfélagsins getur komið fram í gerendameðvirkni og að þolandi eigi ekki að segja frá ofbeldinu eða hafi samþykkt ofbeldið með klæðaburði sínum eða öðrum hætti. Stimplun ýtir undir sektarkennd þolandans og afleiðingarnar af henni geta birst í andfélagslegri hegðun (Finkelhor og Browne, 1985).

## 2.4 Tengslakenningar

Tengslakenningar (e. *attachment theory*) fjalla um mikilvægi þeirrar grunnþarfar einstaklinga til þess að mynda tengsl við aðra einstaklinga. Einnig skýra kenningarnar frá því hvernig frávik geta myndast þegar tengslamyndun einstaklinga er ógnað. Árangursrík tengslamyndun birtist þegar nánd móður og ungabarns endurspeglar tengsl þeirra á þann hátt að tengslamyndunin veitir ungabarninu öruggan grunn sem stuðlar að ævilöngum ávinningi fyrir einstaklinginn (Bretherton, 1992).

Tengslakenningar eru byggðar á sýn John Bowlby og Mary Salter Ainsworth sem bæði voru fyrir áhrifum af hugmyndum Freud's og öðrum fræðimönnum. Bowlby var geðlæknir og brautryðjandi á sviði tengslakenninga. Áhugi hans byggist einna helst á tengslunum á milli þess að barn sé í hættu á að þróa með sér persónuleikaröskun síðar á lífleiddinni í kjölfar móðurmissis. Þróun tengslakenninga byggist einnig á vaxandi áhuga Mary Ainsworth á öryggiskennd. Ainsworth þróaði kenninguna eftir að hafa rannsakað tengslamynstur ungabarna og mæðra. Tengslakenningar endurspeglar viðbrögð móður við líffræðilegum þörfum barnsins síns. Þegar tengslamyndun er skoðuð út frá fræðilegum

grunni tengslakenninga er horft til eðlislegra viðbragða mæðra við ósjálfstæði barna sinna sem stuðlar að félagslegum samskiptum og að sinna líffræðilegum þörfum barnanna. Ungabarnið er ósjálfstætt og móðirin getur svarað þörfum þess á þann hátt að það stuðli að félagslegum þroska hjá ungabarninu. Á þennan hátt myndast rými fyrir tengslamyndun móður og ungabarns samkvæmt tengslakenningum (Fitton, 2012).

Hugmyndir Bowlby um tengslamyndun eru tvennskonar, annars vegar sú að tengsl séu líffræðilega nauðsynleg fyrir ungabarn og hins vegar sú að tengslamyndun móður og ungabarns sé til þess fallin að stuðla að þroska ungabarns. Þá taldi hann nándina vera uppistöðu allra tengsla. Bowlby taldi alla einstaklinga hafa grundvallarþörf fyrir traustan grunn sem kemur til vegna náns og sleitulausts sambands við frumumönnunaraðila. Bowlby rannsakaði tengslamyndun hjá ungabörnum við frumumönnunaraðila sína frá því að þau voru í móðurkviði. Niðurstöður hans leiddu í ljós að móðirin var sú sem bjó yfir þeim eiginleikum að geta dregið úr hræðslu ungabarnsins og veitt barninu öryggisfinningu. Aðskilnaður við mæðurnar kveikti undir kvíða hjá ungabörnunum. Bowlby mótaði kenninguna sína út frá fyrirbyggjandi gögnum úr siðfræði og þroskasálfræði. Aðferðafræðin gerði öðrum fræðimönnum kleift að sannreyna kenninguna og þróa hana áfram. Bowlby leitaðist við að hafa kenninguna sína móttækilega fyrir breytingum (Bretherton, 1992).

Mary Ainsworth var sálfræðingur sem lagði áherslu á þróunarvinnu. Hún mótaði tengslakenningu Bowlby á þann hátt að hún taldi tengslakenninguna mynda öruggan grunn fyrir ungabarn að byggja á og taldi næmni móður fyrir þörfum ungabarns síns uppistöðu tengslamyndunar hjá móður og ungabarni. Ainsworth lagði áherslu á samskipti móður og ungabarns með það að leiðarljósi að sjá hvaða afleiðingar tengslamyndunin hefði í för með sér þegar til framtíðar væri litið. Ainsworth taldi þær mæður sem svara síður kalli barnanna sinna með nánd, kærleik og einlægni ala frekar af sér kvíðnari börn heldur en þær mæður sem svara þörfum barna sinna án tafar. Rannsóknaraðferð Ainsworth byggðist á því að hún bað mæður að skilja barn sitt eftir í ókunnugu rými þar sem ókunnugur einstaklingur fór að leika við barnið þar til móðirin kom aftur í rýmið. Ferlið var endurtekið í nokkur skipti á meðan Ainsworth skráði hegðun barnsins ítarlega og flokkaði óörugg tengsl í þrjá flokka: 1) forðun, 2) tvíbendin tengsl og 3) óskipulögð tengsl. Forðun byggðist á því að ungabarn reynir að forða sér undan tengslamyndun við

einstaklinga. Tvíbend tengsl byggjast á því að ungabarn upplifir erfiðar tilfinningar en leitast ekki eftir móður sinni við að fá aðstoð til að vinna úr þeim frekar en ókunnugum aðila. Óskipulögð tengsl byggjast á því að ungabarn sýnir frábrugðin viðbrögð við ógn þegar viðbrögð annarra ungabarna eru borin saman við þeirra viðbrögð. Frumumönnunaraðili þessara barna hefur í mörgum tilfellum upplifað ofbeldi eða vanrækslu á uppeldisárum sínum. Í flestum tilfellum þar sem þessi tengsl eru fyrir hendi verða börn fyrir ofbeldi á uppvaxtarárum. Alvarlegustu afleiðingar óöruggra tengsla geta verið alvarleg hegðunarfrávik og persónuleikaraskanir sem koma í ljós á lífsleiðinni (Ainsworth o.fl., 1978). Viðbótarþekking Ainsworth hefur orðið til þess að kenningin þróaðist áfram og hefur áhrif enn í dag. Það má því segja að Bowlby hafi tekist ætlunarverk sitt með ágætum þar sem margir fræðimenn styðjast við tengslakenningar í rannsóknum sínum og öðrum samantektum. Til þess að tengslakenningar haldi áfram að þróast þurfa fræðimenn sífellt að sannreyna kenninguna með það að leiðarljósi að ný þekking bæti kenninguna enn fremur (Bretherton, 1992).

### 3 Kynferðisofbeldi á unglingsárum

#### 3.1 Algengi kynferðisofbeldis á unglingsárum

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin telur kynferðisofbeldi gegn unglingum vera heilsufarslegt neyðarástand á alþjóðlegum skala sem þöggun ríkir yfir (WHO, 2004). Umfangsmiklar langtíma afleiðingar geta birst hjá þolendum kynferðisofbeldis sem eru á aldrinum 13-18 ára þegar brotið á sér stað. Þolendur á unglingsaldri eru í aukinni áhættu á því að leiðast út í vímuefnaneyslu, glíma við ofþyngd, verða fyrir frekara ofbeldi, glíma við kvíða og þunglyndi ásamt sjálfsvígshugsunum. Auk þess er líklegt að afleiðingarnar séu viðvarandi fram á fullorðinsár (Senn o.fl., 2008).

Áætlað er að tíðni kynferðisofbeldis á unglingsárum gegn stúlkum sé á bilinu 11-32% en tíðni kynferðisofbeldis gegn drengjum á unglingsárum er talin vera á bilinu 3-23% þegar litið er til fyrirbyggjandi gagna úr rannsóknum (Moore o.fl., 2010). Fram hefur komið að ein af þremur konum séu þolendur kynferðisofbeldis á unglingsárum en þegar litið er til drengja á unglingsárum er talið að einn af sex til tíu karlmönnum hafi verið beittir kynferðisofbeldi á unglingsárum. Stúlkur á unglingsaldri eru því í töluvert meiri hættu á að verða fyrir kynferðisofbeldi á unglingsaldri heldur en drengir á unglingsaldri (Skrzypulec o.fl., 2010).

Algengi kynferðisofbeldis á meðal íslenskra ungmenna var kannað á landsvísu árið 2004. Í úrtakinu voru ungmenni á aldrinum 16-20 ára og leiddu niðurstöður í ljós að 11,5% íslenskra ungmenna höfðu upplifað kynferðislegt ofbeldi eða kynferðislega áreitni af einhverju tagi. Íslenskar stúlkur á þessum aldri voru þá einnig í þrisvar sinnum meiri áhættu á að verða fyrir kynferðislegu ofbeldi heldur en drengir á þessum aldri (Gault-Sherman o.fl., 2009). Sambærileg íslensk rannsókn var gerð tveimur árum síðar og var þá rannsóknin lögð fyrir alla nemendur á lokaári í grunnskóla í landinu fyrir utan einn skóla. Þar kom fram að 14,6% nemenda í tíunda bekk höfðu orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi eða áreitni. Af þeim höfðu 10.1% orðið fyrir því endurtekið. Þegar tíðni kynferðisofbeldis eftir kyni var borið saman gáfu niðurstöður til kynna að stúlkur á unglingsaldri væru að meðaltali í fjórum sinnum meiri áhættu heldur en drengir á unglingsaldri (Ársæll Már Arnarsson o.fl., 2016). Kynferðisofbeldi er því umfangsmeira hjá íslenskum unglingum en áður og tíðni hefur aukist töluvert. Þegar rannsóknirnar tvær eru bornar saman eru niðurstöðurnar sláandi í ljósi þess hve alvarlegar og langvinnar afleiðingar

kynferðisofbeldi hefur í för með sér og benda niðurstöðurnar til þess að kynferðislegt ofbeldi sé ein tegund ofbeldis sem sé vanmetin á Íslandi. Mikilvægi þess að viðurkenna kynferðisofbeldi gegn þessum aldurshóp er gríðarlegt til þess að hægt sé að sporna gegn því að vandamálið haldi áfram að vera ein alvarlegasta ógn við heilbrigði íslenskra unglinga (Ársæll Már Arnarsson o.fl., 2016).

### 3.2 Tíðni

Tölur um tíðni kynferðislegs ofbeldis byggjast fyrst og fremst á þátttöku þolenda í spurningalistakönnunum. Sumir þolendur eiga auðveldara með að greina frá ofbeldi en aðrir og því erfitt að ákvarða nákvæma tíðni kynferðisofbeldis. Einnig reynist torveldara að meta tíðni nákvæmlega þar sem rannsóknir hafa sýnt að einungis ákveðinn hluti þolenda greinir frá kynferðisofbeldi sem þeir verða fyrir. Þrátt fyrir þessar takmarkanir í niðurstöðum rannsókna eiga flestar rannsóknir það sameiginlegt að sýna fram á að um þriðja hver kona upplifi kynferðisofbeldi á lífsskeiði sínu (Tjaden og Thoennes, 2000).

Spurningalistakönnun var lögð fyrir 24.000 konur á aldrinum 15 ára til 49 ára í tíu mismunandi löndum. Í henni kom fram að um 21% úrtaksins hafði orðið fyrir kynferðisofbeldi fyrir 15 ára aldur. Þegar litið er til kannana innan Norðurlandanna þar sem menningarheimar eru áþekkir þeim sem við þekkjum héraendis má sjá að lítil munur reynist í niðurstöðum á milli landa. Af 3.641 konum á Norðurlöndunum greindu 33% frá kynferðisofbeldi og tíðni kynferðisofbeldis reyndist hæst á meðal íslenskra kvenna. Kynferðisofbeldi var skilgreint í könnununum sem hvers konar áreiti sem felur í sér óvelkomna snertingu eða áreiti af kynferðislegum toga, allt frá orðum og snertingum yfir í kynmök án samþykkis (Wijma o.fl., 2003).

Gerð var rannsókn á íslenskum ungmönnum þar sem könnuð var tíðni ofbeldis á æskuárum þeirra og hvaða áhrif ofbeldið hafði þegar litið var til líðan og hegðunar þessara ungmenna. Í rannsókninni voru ungmennin spurð um ofbeldi sem þau höfðu orðið fyrir þegar þau voru 15 ára eða yngri. Í úrtakinu voru 8.618 ungmenni á aldrinum 16 til 20 ára og 17,3% stúlkanna í úrtakinu greindu frá kynferðisofbeldi fyrir 15 ára aldur (Gault-Sherman o.fl., 2009). Samkvæmt könnun sem gerð var á framhaldsskólanemum á Íslandi árið 2004 á vegum Rannsóknarstofnunar í barna- og fjölskylduvernd höfðu 35,7% stúlkna upplifað kynferðisofbeldi áður en þær urðu 18 ára. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að 7,9% stúlkanna sem höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi greindu frá nauðgun og 25,1%

stúlkanna greindu frá óvelkomnum stökum á líkama eða kynfærum sínum gegn vilja þeirra. Af þessum 35,7% kvenkyns þolendum höfðu 5,5% upplifað kynferðisofbeldi fyrir 12 ára aldur en meirihluti stúlkanna, eða 21,8% þolenda upplifðu kynferðisofbeldi þegar þær voru 13 – 17 ára gamlar (Bryndís Björk Ásgeirsdóttir, 2011).

Tæplega 80.000 barnshafandi konur tóku þátt í norskri rannsókn um tíðni kynferðisofbeldis. Niðurstöður leiddu í ljós að 18% þungaðra kvenna í úrtakinu höfðu upplifað kynferðislegt ofbeldi á unglingsárum (Lukasse o.fl., 2012). Í Osló var gerð rannsókn þar sem allir nemendur í 10. bekk í öllum grunnskólum borgarinnar voru spurðir út í heilsufar sitt. Allir unglingarnir greindu frá heilsukvillum á borð við höfuðverki, þrekleysi, kvíða eða þunglyndi. Athygli vakti að heilsufarskvillarnir voru tíðari á meðal stúlkna. Þegar litið var til tíðni ofbeldis hjá unglingunum má sjá að 22% þeirra hafði orðið fyrir ofbeldi af hálfu fullorðinna aðila. En 8% nemendanna hafði orðið fyrir kynferðisofbeldi, þar af voru 6% tilfella brot gegn stúlkum og 2% brot gegn drengjum. Rannsakendurnir athuguðu sérstaklega þá heilsukvilla sem komu upp hjá unglingunum sem höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi og mátti sjá að þeir unglingar sem höfðu upplifað kynferðisofbeldi voru líklegri en aðrir unglingar til þess að eiga við alvarlegri heilsufarskvilla að etja. Dæmi um slíka heilsukvilla voru höfuðverkir, þrekleysi, kvíði og þunglyndi. Marktæk fylgni er því á milli kynferðisofbeldis á unglingsárum og algengra sjúkdóma hvort sem átt er við sálræna- eða líkamlega sjúkdóma. Einnig virðast stúlkur vera í aukinni hættu á að verða fyrir kynferðisofbeldi og virðast líklegri til að glíma við heilsufarsvalda fram á fullorðinsár (Paranjape o.fl., 2009). Sú staðreynd eykur einnig líkur á að stúlkur glími við ýmsar afleiðingar ef þær ganga í gegnum barneignarferli síðar á lífsskeiði sínu (Haavet o.fl., 2007).



## 4 Afleiðingar og áhrif kynferðisofbeldis

Afleiðingar kynferðisofbeldis geta verið víðtækar og kynferðislegt ofbeldi getur haft mismunandi áhrif á þolendur. Afleiðingar kynferðisofbeldis á andlega, félagslega og líkamlega heilsu eru mismunandi og geta komið fram á misjöfnum tíma. Þær geta gengið fljótt yfir, verið langvarandi og í sumum tilfellum verið varanlegar. (Erla Kolbrún Svavarsdóttir, 2010). Kynferðisofbeldi hefur verið talið líklegra en aðrar tegundir ofbeldis til að hafa alvarlegar og langvinnar afleiðingar (Mullen o.fl., 2003).

### 4.1 Líkamlegar afleiðingar kynferðisofbeldis

Áhrif kynferðisofbeldis á líkamlega heilsu geta verið alvarlegar og margvíslegar. Þolendur kynferðisofbeldis mælast yfirleitt með hærri tíðni höfuðverkja, langvarandi sársauka, svefnörðugleika, skerta hreyfigetu. Jafnframt hefur verið sýnt fram á að þeir séu með lakari líkamlega og andlega heilsu almennt. Kvenkyns þolendur kynferðisofbeldis hafa jafnframt hærri tíðni ristilkrampa, sykursýkis, vefjagigtar, svefnörðugleika og öndunarsjúkdóma á borð við astma (Black, o.fl., 2011). Einnig kemur fram í öðrum rannsóknum að kvenkyns þolendur sem upplifðu kynferðisofbeldi á unglingsárum eru í aukinni áhættu á því að þjást af ofþyngd og hjarta- og æðasjúkdómum (Paranjape o.fl., 2009). Rannsókn sem gerð var árið 2007 í Bretlandi leiddi í ljós að konur sem upplifðu kynferðisofbeldi á unglingsárum voru tvisvar sinnum líklegri en konur í samanburðarhópi til þess að glíma við ofþyngd. Einnig komu fram tengsl á milli líkamlegra kvilla og kynferðisofbeldis í reynslu kvennanna, en þær voru taldar vera í 75% meiri áhættu á að glíma við líkamlega sjúkdómssvilla á fullorðinsárum en aðrar konur (McCarthy-Jones og McCarthy-Jones, 2014).

Trickett og félagar (2011) benda á niðurstöður annarra rannsókna þar sem fram kemur að þolendur kynferðisofbeldis á unglingsárum séu líklegri til að vera með truflaða hormónastarfsemi í líkamanum, sem getur verið ástæða þróunar fituvefja og þyngdaraukningar hjá þolendum. Streituhormón þolenda geta haft áhrif á meltingarfæri, efnaskipti, líkamshita, kynhvöt og skaplyndi. Konur sem upplifa kynferðisofbeldi á unglingsárum glíma frekar við vandkvæði í legi á fullorðinsárum og leita í auknari mæli til kvensjúkdómalækna heldur en þær konur sem hafa ekki reynslu af kynferðisofbeldi (Trickett o.fl., 2011). Kvenkyns þolendur sem hafa upplifað nauðgun geta orðið varar við blæðingu úr leggöngum, þvagfærasýkingu, sársaukafullar tíðablæðingar, verki við

kynmök, ófrjósemi og kynsjúkdóma sem geta komið fram strax eftir verknað eða seinna á lífsleiðinni (Krug o.fl., 2002).

Í þessari ritgerð hefur komið fram að líkamlegar afleiðingar þess að hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi á unglingsárum geta verið viðvarandi fram á fullorðinsár. Í sumum tilfellum gera afleiðingarnar vart við sig þegar þolandi upplifir meðgöngu. Þeir líkamlegu kvillar sem geta komið upp á meðgöngu eru brjóstsviði, bakflæði, bakverkir, grindarverkir, svimi, yfirlíð og fyrirvaraverkir en þessir kvillar eru taldir algengari hjá barnshafandi þolendum heldur en barnshafandi konum sem hafa ekki reynslu af kynferðislegu ofbeldi (Grimstad og Schei, 1999).

#### **4.2 Sálrænar afleiðingar kynferðisofbeldis**

Tengsl hafa komið fram á milli margslungins samspils umhverfispáttá og afleiðinga kynferðisofbeldis þegar litið er til geðheilbrigði þolenda. Kvenkyns þolendur kynferðisofbeldis á unglingsárum eru í meiri hættu á að glíma við þunglyndi, kvíða, áhættuhegðun, vandamál við kynmök, brenglaða kynhegðun, sjálfsskaðandi hegðun og áfengis- og vímuefnavanda. Ein af alvarlegustu og algengustu afleiðingum kynferðisofbeldis er áfallastreituröskun og aðrar geðraskanir (Kessler, o.fl., 1995). Rannsókn frá árinu 2007 sem gerð var í Bretlandi leiddi í ljós að konur sem höfðu upplifað kynferðisofbeldi á unglingsárum voru í þrisvar sinnum meiri hættu á að glíma við geðraskanir, í fjórum sinnum meiri hættu á að leiðast út í stjórnlausa áfengis- og vímuefnaneyslu, í fimm sinnum meiri hættu á að misnota lyfseðilsskyld lyf og í sex sinnum meiri hættu á að stunda sjálfsskaðandi hegðun. Þá voru þolendur mun líklegri en samanburðarhópurinn til þess að gera tiltilraun til að taka eigið líf (McCarthy-Jones og McCarthy-Jones, 2014).

Trickett og samstarfsmenn (2011) rannsökuðu greiningarviðmið geðraskana hjá konum sem höfðu upplifað kynferðisofbeldi á unglingsárum. Rúmlega helmingur kvennanna uppfylltu greiningarviðmið tveggja eða fleiri geðraskana. Í Bretlandi var gerð sambærileg rannsókn skömmu síðar, þar sem lögð var áhersla á að kanna líkur á geðröskunum á fullorðinsárum hjá þolendum kynferðisofbeldis á unglingsárum. Í ljós kom að konur sem upplifðu kynferðisofbeldi á unglingsárum voru í þrisvar sinnum meiri hættu á að greinast með geðraskanir heldur en aðrar konur (McCarthy-Jones og McCarthy-Jones, 2014). Líkur þess að verða fyrir frekara ofbeldi á lífsskeiði sínu, festast í

ofbeldissambandi og stunda áhættu hegðun voru um 53% hjá þeim konum sem höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi á unglingsárum. Niðurstöður leiddu einnig í ljós að þessar konur voru tvisvar sinnum líklegri heldur en aðrar konur sem ekki höfðu reynt af kynferðisofbeldi á unglingsárum til að upplifa ofbeldi í nánu sambandi á fullorðinsárum (Trickett o.fl., 2011).

#### 4.2.1 Áfallastreituröskun (PTSD)

Samkvæmt Foa og félögum (1998) upplifa 50-90% einstaklinga áfall á lífsleiðinni en einungis 9-14% þeirra þróa með sér áfallastreituröskun. Rannsakendur telja að tegund áfallsins vegi þungt og staðhæfa að tíðni áfallastreituröskunar sé mun hærri hjá þolendum kynferðisofbeldis heldur en hjá þolendum sem hafa orðið fyrir ofbeldi af öðrum toga. Í niðurstöðum þeirra kemur fram að kynferðisofbeldi veldur 50% atvika af áfallastreitu hjá þolendum ofbeldis og þeir þolendur sem hafa upplifað nauðgun á lífsleiðinni eru líklegastir til þess að greinast með áfallastreituröskun. Aðrar rannsóknir styðja þessar niðurstöður, þar sem þær sýna fram á veigamikið forspágildi kynferðisofbeldis varðandi að þolendur greinist með áfallastreituröskun (Jina og Thomas, 2012). Þegar rýnt er í niðurstöður mismunandi rannsókna má sjá að allt að 60% þolenda kynferðisofbeldis glíma við áfallastreituröskun á fullorðinsárum og þegar litið er til þeirra barna sem hafa upplifað kynferðisofbeldi glíma að meðaltali 25% þeirra við áfallastreituröskun (Berglind Guðmundsdóttir o.fl., 2013).

Áfallastreituröskun skilgreinist alþjóðlega sem ein tegund kvíðaröskunar sem lýsir sér þannig að einstaklingur upplifir líf sitt eða annarra í húfi vegna ákveðins atburðar. Áfallastreituröskun getur einnig komið í kjölfar atburðar þar sem einstaklingi er misboðið eða hann upplifir líkama sinn vanvirtan. Má nefna sem dæmi þegar einstaklingur lendir í eða verður vitni að dauðsfalli, alvarlegum meiðslum, óvæntum og alvarlegum fregnum eða hótunum í garð ástvinar sem veldur því að einstaklingurinn finnur til mikils ótta, hjálparleysis eða skelfingu við áfallið (Adams og Boscarino, 2006). Bandarísku geðlæknasamtökin (e. *American Psychiatric Association (APA)*) vinna út frá greiningarviðmiðum áfallastreituröskunar sem byggist á þremur liðum; 1) endurupplifun atburðar, 2) forðun og 3) ofurárvekni (APA, 2013).

Fyrsti liður greiningarviðmiðanna er endurupplifun á atburðinum en slíkt felur í sér endurtekningar og óboðnar endurminningar sem valda óþægindum hjá þolanda. Dæmi um

slíkt getur verið ímyndir, hugsanir og skynjanir. Í kjölfar þessa getur þolandi upplifað drauma um atburðinn sem hefur truflandi áhrif á daglegt líf þolanda. Endurupplifanirnar geta orðið til þess að þolandi upplifir sömu tilfinningar og hann upplifði í áfallinu sjálfu og finnst eins og áfallið sé að endurtaka sig með tálsýn, ofskynjunum eða endurleiftrunum (e. *flashback*). Þessu fylgja sálrænar afleiðingar þegar innri eða ytri fyrirboðar gera vart við sig og minna á atburðinn með einum eða öðrum hætti. Þessir innri og ytri fyrirboðar sem minna á áfallið geta brotist út í líkamlegum viðbrögðum þolandans (APA, 2013).

Annar liður greiningarviðmiðanna er almennur tilfinningadoði eða stöðug forðun frá áreiti sem tengist áfallinu eða minnir á það. Dæmi um slíkar forðanir geta verið að þolandi forðist eigin hugsanir, tilfinningar og samræður sem minna á áfallið. Einnig getur þolandi forðast athafnir, aðstæður eða ákveðna einstaklinga sem vekja upp áfallaminningar. Forðunin getur einnig verið falin og birst á þann hátt að þolandi verði fyrir minnisleysi tengt áfallinu. Jafnframt getur þolandinn verið áhugalausari en áður um athafnir sem áður veittu ánægju. Einnig getur þolandinn átt erfitt með tilfinningatengsl við aðra og upplifað skertar tilfinningar eða tilfinningadoða. Sumir þolendur upplifa algjöra uppgjöf og líður eins og lífið sem framundan er sé tilgangslaust fyrir þá (APA, 2013).

Þriðji liður greiningarviðmiðanna felur í sér ofurárverkni sem var ekki til staðar fyrir áfallið. Dæmi um ofurárverkni er þegar þolandi glímir við svefnörðugleika, einbeitingarskort, er með stuttan þráð, fær skjót reiðisköst eða bregður auðveldlega af litlu tilefni (APA, 2013).

Þegar greining á áfallastreituröskun fer fram þurfa einstaklingar að uppfylla allavega eitt einkenni endurupplifanna. Þá er lykilatriði að einkenni séu til staðar. Þá er átt við að minnsta kosti þrjú einkenni forðunar og tvö eða fleiri einkenni ofurárverkni í meira en einn mánuð í senn. Einnig þurfa einkennin að valda marktækri vanlíðan eða félagslegum truflunum í daglegu lífi þolandans. Greiningarviðmið ganga út frá því að um bráða áfallastreituröskun sé að ræða þegar röskunin er til staðar hjá einstaklingum í þrjú mánuði eða skemur. Átt er við langvarandi áfallastreituröskun þegar röskunin er til staðar í þrjú mánuði eða lengur. Þegar um er að ræða seinkaða áfallastreituröskun þá koma einkenni ekki fram hjá einstaklingi fyrr en að lágmarki sex mánuðum eftir að áfallið á sér stað (APA, 2013).

### 4.3 Áhrif afleiðinga á meðgöngu

Þegar litið er til rannsókna á fóstureyðingum hafa niðurstöður leitt í ljós að þolendur kynferðisofbeldis á unglingsárum eru líklegri til þess að fara í fóstureyðingu seinna á lífsleiðinni. Talið er að þunglyndi á meðgöngu og eftir fæðingu sé algengara á meðal þeirra kvenna sem hafa upplifað kynferðisofbeldi á unglingsárum. Rannsóknir hafa sýnt fram á meiri depurð á meðal þessara kvenna ásamt hærri tíðni svefnörðugleika (Kendall-Tackett o.fl., 2013).

Íslensk rannsókn var gerð á árunum 1998 til 2007 þar sem 586 barnshafandi konur sem áttu sögu um kynferðisofbeldi á unglingsárum voru bornar saman við 1.641 barnshafandi konur sem áttu ekki sögu um kynferðisofbeldi. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að þolendur kynferðisofbeldis á unglingsárum í úrtakinu áttu í enn meiri hættu á því að glíma við áhættuþætti á meðgöngu sem gætu ógnað heilsu móður og þroska barns í móðurkviði, heldur en þær barnshafandi konur sem höfðu ekki upplifað kynferðisofbeldi á þessu lífsskeiði sínu. Áhættuhegðun er algengari meðal þeirra kvenna sem eru þolendur kynferðisofbeldis þar sem þær upplifa frekar þörf til að deyfa tilfinningar sínar með einum eða öðrum hætti. Þessari staðhæfingu til stuðnings sýndu niðurstöður rannsóknarinnar fram á að barnshafandi þolendur kynferðisofbeldis reyktu frekar á meðgöngunni heldur en samanburðarhópurinn. En 45% kvennanna sem höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi reyktu á meðgöngu samanborið við 13,5% annarra kvenna í úrtakinu (Agnes Gísladóttir o.fl., 2011).

Ýmsar athafnir sem fagaðilar annast á meðgöngunni geta ýtt undir endurupplifun atburða í fæðingu kvenna og orðið kveikjur að vanlíðan hjá þolendum í fæðingu. Dæmi um kveikjur sem gætu ýtt undir endurupplifanir eða vanlíðan hjá barnshafandi þolendum eru innri skoðanir, ísetning þvagleggs og mænurótardeyfing (Klaus, 2010). Afleiðingar þess að hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi á unglingsárum geta þannig haft áhrif á framgöngu meðgöngunnar og fæðingu. Rannsóknir gefa til kynna að þolendur þjáist frekar af meðgöngukvillum heldur en aðrar konur. Dæmi um slíka kvilla eru leghálsbilun, tíðir fyrirvaraverkir og fæðingar fyrir tímenn (Leeners o.fl., 2016). Þegar niðurstöður nýlegra rannsókna eru bornar saman má sjá að fyrirburafæðingar hjá þolendum kynferðisofbeldis á unglingsárum geti stafað af brengluninni sem verður á stýrikerfi streituhormóna við kynferðisofbeldi (Bublitz o.fl., 2014) sem fjallað var um í kaflanum um líkamlegar afleiðingar.

Kveikjur að endurupplifunum í barneignarferli kvenna sem orðið hafa fyrir kynferðisofbeldi á unglingsárum eru algengar. Vert er að skoða hvaða atriði í umhverfinu kveikja slíkar endurupplifanir þessara kvenna til þess að mögulegt sé að endurbæta umönnun þeirra á meðgöngu (Leeners o.fl., 2016).

#### **4.4 Áhrif afleiðinga á fæðingu**

Endurupplifanir sem koma fram í fæðingu þolenda orsakast af því kynferðisofbeldi sem þær upplifðu á unglingsárum. Þolendur reyna þá eftir fremsta megni að nýta sér jákvæða þætti til þess að ná stjórn á aðstæðunum. Slík aðferð er gerð í þeim tilgangi að ná valdi yfir hugsunum sínum í fæðingunni. Sumir þolendur óska eftir kvenkyns umönnunaraðila í fæðingu og aðrar láta skoðanir sínar og óskir í ljós í fæðingunni. Þær mæður sem nýta sér jákvæða þætti í fæðingu eru yfirleitt þær mæður sem hafa unnið úr áfallinu sínu og eru meðvitaðar um þær kveikjur og atvik sem geta komið af stað endurupplifunum í fæðingunni (Roller, 2011).

Marktækt hærrí títöni inngripa á sér stað í fæðingum hjá barnshafandi þolendum kynferðisofbeldis. Keisaraskurðir eru algengari meðal kvenna sem eiga sögu um kynferðisofbeldi á lífsleiðinni og talsverður munur er á tíðni áhaldafæðinga hjá konum með þolandareynslu heldur en meðal barnshafandi kvenna sem eiga enga sögu um kynferðisofbeldi. Því eldri sem konan er þegar kynferðisofbeldi á sér stað því líklegra verður inngrip í fæðingu seinna á lífsleiðinni. Þeir sem hafa orðið þolendur kynferðisofbeldis fyrir 16 ára aldur gefa sig frekar á vald gerandans vegna ótta. Líklegra er að þessar konur frjósi í aðstæðunum og geti ekki með nokkru móti streist á móti ofbeldinu. Ástæða þess getur einskorðast við kjarkleysi sökum þroska og þeirrar óyfirstíganlegu hræðslu sem kemur upp í aðstæðunum. Stúlkur sem eru eldri en 16 ára þegar ofbeldið á sér stað upplifa frekar að skyndilegt atvik sé hættulegt og eru líklegri til þess að streitast meira á móti ofbeldinu. Þessi staðreynd ýtir undir það að þolendur sem urðu fyrir kynferðisofbeldi eftir 16 ára aldur eiga það til að aftra fæðingunni ósjálfrátt og barnið á þá erfiðara með að ganga niður í fæðingarveg konunnar. Slíkar aðstæður valda því að líklegra er að þessar konur þurfi inngrip í fæðinguna, hvort sem um ræðir keisaraskurð eða áhaldafæðingu (Halvorsen o.fl., 2013).

Mænurótardeyfing er dæmi um kveikju sem getur ýtt undir endurupplifun í fæðingu hjá þolendum en mænurótardeyfing getur gefið sömu lömunartilfinningu og þolandi

upplifði þegar brotið var á honum kynferðislega (Halvorsen o.fl., 2013). Börn þolenda kynferðisofbeldis eru einnig líklegri til að fæðast fyrir tímann. Talið er að áhættuhegðun og ofþyngd þolenda á meðgöngu geti haft áhrif á meðgöngulengd (Trickett o.fl., 2011).

Konur sem eiga sögu um kynferðisofbeldi upplifa ýmsar kveikjur í fæðingarferlinu og má í þessu samhengi nefna þrýstingstilfinninguna sem myndast við fæðingu barns en tilfinningin getur kallað fram erfiðar minningar um ofbeldið og ýtt undir þá tilfinningu að konan hafi ekki stjórn á líkama sínum (Montgomery, 2015). Einnig geta sírit og staðdeyfilyf kallað fram innilokunarkennd og haft þau áhrif að konan upplifi sig fanga aðstæðna sinna vegna þess stjórnleysis sem ríkir í kringumstæðunum. Slíkar aðstæður geta orðið upptök að kveikjum og endurminningum um ofbeldi sem þolendur hafa orðið fyrir (Klaus, 2010). Eitt af einkennum áfallastreituröskunar er hugrof sem lýsir sér sem truflun á skynjun einstaklingsins á umhverfi sínu. Dæmi um slíka truflun er óraunveruleikatilfinning, að tengsl við eigin líkama rofna, tímaskyn brenglast og getur komið fram í tímabundnu minnisleysi. Rannsóknir sýna að þolendur kynferðisofbeldis á unglingsárum séu í sex sinnum meiri hættu en aðrir, á að upplifa hugrof í fæðingu seinna á lífsleiðinni. Hugrof getur valdið því að þær mæður sem glíma við áfallastreituröskun í kjölfar fæðingar hafi neikvæða reynslu af fæðingu, þar sem þær upplifi sig fjarverandi, að þær séu lamaðar af ótta eða muni tæpast eftir fæðingunni í heild sinni (Zambaldi o.fl., 2011).

Framkvæmd var eigindleg könnun í viðtalsformi þar sem níu mæður sem höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi á unglingsárum tóku þátt. Niðurstöður leiddu í ljós að einungis þrjár af þessum níu konum kusu að láta fagfólk sem sinnti umönnun á meðgöngunni og í fæðingu vita af ofbeldinu. Engu að síður upplifðu allar mæðurnar sem tóku þátt í könnuninni að atburðir í barneignarferlinu kveiktu undir endurupplifanir og minningar um kynferðisofbeldið. Flestar mæðurnar upplifðu óþægindi við innri skoðanir. Margar mæðranna tengdu saman staðbundna verki á kynfærasvæði við verki sem þær upplifðu í kynferðisofbeldinu. Ein móðirin upplifði endurupplifanir frá kynferðisofbeldi sem hún náði ekki að bægja frá sem leiddi til aukinnar verkjaupplifunar þegar þrýstingur vegna höfuðs barnsins myndaðist í leggöngunum. Þær mæður sem upplýstu fagmenn í umönnun sinni um ofbeldið voru sammála um það að vitund þessara fagmanna leiddi til þess að meiri skilningur var fyrir því að mæðurnar hefðu tilhneigingu til að ýta fólki frá sér í fæðingunni sjálfri vegna vanlíðunar. Mæðurnar voru sammála um að dagsform og

andlegt ástand þeirra hafi skipt sköpum þegar litið er til þeirra kveikja og endurupplifanna sem komu fram í fæðingunni. Einnig töldu þær kveikjur og endurupplifanir óhjákvæmilegar, hvort sem fagmennirnir voru upplýstir um ofbeldið eða ekki. En þær töldu innsýn og forsjálni fagmanna hafa mögulega getað dregið úr neikvæðum áhrifum endurupplifananna í umönnun þeirra (Montgomery o.fl., 2015).

#### **4.5 Afleiðingar kynferðisofbeldis eftir fæðingu**

Ýmis vandkvæði geta komið upp í kjölfar fæðingar hjá konu sem er þolandi kynferðisofbeldis á unglingsárum. Fjallað verður ítarlega um algengustu afleiðingar kynferðisofbeldis eftir fæðingu í þessum kafla.

Árið 2009 var framkvæmd eiginleg rannsókn í Noregi þar sem tíu þolendur kynferðisofbeldis á unglingsárum svöruðu spurningum sem leituðust við að kanna upplifun þessara kvenna af fæðingunni sinni. Þátttakendurnir höfðu það allir sameiginlegt að hafa reynt að útiloka atburðinn úr lífi sínu með forðun. Allar konurnar urðu fyrir endurupplifunum frá nauðguninni á einhverjum tímapunkti í fæðingunni. Konurnar skýrðu einnig frá því hvernig þær reyndu að ná stjórn á aðstæðunum í fæðingunni með því að hylja nakinn líkama sinn. Allar konurnar upplifðu nauðgunina annars vegar og fæðinguna hins vegar sem stjórnlaust ástand sem ekki var umflúið þó aðstæður og forsendur atvikanna tveggja hefðu verið gjörólíkar. Í báðum atvikunum áttu konurnar það sameiginlegt að upplifa sig ekki sem þátttakendur, heldur fannst þeim þær yfirgefa líkama sinn og fylgjast með honum að ofan. En slíkt kallast aftenging (e. *dissociation*). Stjórnleysið í fæðingunni lýsti sér þannig að þær upplifðu sig sem illa gerðan hlut þar sem aðaláherslan var að koma barninu í heiminn, en konurnar upplifðu sig sem hindrun í ferlinu og fundu til sektarkenndar vegna þess í kjölfarið. Sumar kvennanna opnuðu sig um að nauðgunin hafi rænt þær þeirri fæðingarreynslu sem sumar mæður dásama, þar sem fæðingarupplifun þeirra litaðist öll af endurupplifunum af nauðguninni (Halvorsen o.fl., 2013).

##### **4.5.1 Fæðingarþunglyndi**

Samkvæmt Bandaríska sálfræðingafélaginu (2013) er kona með fæðingarþunglyndi þegar hún upplifir alvarleg einkenni þunglyndis á meðgöngunni sinni eða á fyrsta mánuði eftir fæðingu barns síns. Flestar rannsóknir sýna þó að einkenni komi yfirleitt fram á fyrstu 18 mánuðum eftir fæðingu og ef taka má mið af þeim niðurstöðum reynist algengi



fæðingarpunglyndis á meðal íslenskra mæðra vera um 14% (Linda Bára Lýðsdóttir o.fl., 2008). Algengi fæðingarpunglyndis var rannsakað í Ísrael þar sem 30,5% af 300 konum greindust með fæðingarpunglyndi. Niðurstöður sýndu einnig að 47% þeirra kvenna sem greindust með fæðingarpunglyndi voru þolendur kynferðisofbeldis á unglingsárum. Fram kom að þolendur kynferðisofbeldis á unglingsárum voru í rúmlega tvisvar sinnum meiri hættu á að greinast með fæðingarpunglyndi í fæðingarferli sínu heldur en aðrar konur í úrtakinu (Gottfried o.fl., 2015). Önnur sambærileg rannsókn sýndi fram á fleiri tilfalli af fæðingarpunglyndi hjá þolendum kynferðisofbeldis fyrir 18 ára aldur heldur en hjá öðrum konum. Einnig kom fram að þær konur sem höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi sem glímdu við fæðingarpunglyndi áttu við marktækt lengra bataferli að etja, heldur en aðrar konur með fæðingarpunglyndi (Roberts o.fl., 2004). Jafnframt virtust þunglyndiseinkenni minnka hjá þeim konum sem höfðu tök á að sinna brjóstagjöf (Kendall-Tackett o.fl., 2013). Alvarleiki fæðingarpunglyndis getur orðið svo mikill að mæður finni litla ánægju af því að hafa komið lífi í heiminn og eiga erfitt með að tengjast nýfæddu barninu sínu (Sigrún Sigurðardóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2009).

Gerð var megindleg rannsókn í Sviss árið 2016 á 85 mæðrum sem höfðu upplifað kynferðisofbeldi á unglingsárum og í samanburðarhópi voru 170 mæður sem höfðu ekki upplifað kynferðisofbeldi á lífsleiðinni. Markmið rannsóknarinnar var að kanna áhrif kynferðisofbeldis á unglingsárum á fæðingarupplifun mæðra. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að 24,7% mæðra sem urðu fyrir kynferðisofbeldi á unglingsárum fylltust ótta við tilhugsunina um fæðingu miðað við 5,3% úr samanburðarhópi. Helstu kveikjur að ótta við fæðingu hjá þeim mæðrum sem höfðu upplifað kynferðisofbeldi voru verkir, stjórnleysi yfir eigin líkama, innri skoðanir og nekt. Endurupplifanir komu fram hjá 41% þeirra mæðra sem urðu fyrir kynferðisofbeldi á unglingsárum og í 10% tilfella voru mæðurnar að upplifa endurupplifanir í fyrsta skipti eftir áfallið sjálft í fæðingu. Helsta kveikja endurupplifanna hjá mæðrunum var þegar þær voru beðnar um að fara í ákveðna líkamsstöðu og þegar innri skoðanir voru framkvæmdar (Leeners o.fl., 2016).

Í íslenski könnun báðu rannsakendur þolendur kynferðisofbeldis um að svara spurningalista eftir fæðingu barns. Fremur fáir þátttakendur voru í þessari rannsókn, en 31 kona tók þátt og niðurstöður sýndu að stór hluti af úrtakinu eða 77,4% þessara kvenna upplýstu ekki fagaðila um ofbeldissögu sína. Meirihluti úrtaksins lýsti upplifun sinni af fæðingunni sem stjórnlausri og sársaukafullri sökum endurupplifanna, ofsahræðslu og

valdaleysis. Allar konurnar lýstu mikilvægi þess að fagaðilar væru nærgætnir, stuðningsríkir, hvetjandi og upplýsandi um framgang fæðingarinnar. Allar konurnar í úrtakinu voru sammála um að helsta kveikjan að endurupplifun í fæðingarferlinu væru innri skoðanir þar sem þær hefðu viljað vera betur undirbúnar fyrir slíkar skoðanir (Embætti landlæknis, 2013).

Þó niðurstöður rannsókna um mikilvægi stuðnings fagfólks séu einróma skiptir sköpum að fagaðilar gæti að því hvernig þeir standa að hvatningu í fæðingu. Ýmis orð sem eru látin falla í góðum hug til að efla konu í fæðingu geta komið illa við konur sem hafa upplifað kynferðisofbeldi þar sem þær gætu tengt setningarnar við ofbeldið sem þær urðu fyrir. Þessari staðhæfingu til rökstuðnings má nefna setningar sem hljóða svona: „Reyndu að róa þig, þá verður þetta ekki eins vont“ og „Vertu dugleg og farðu í sundur með fæturna“. Slíkar setningar geta vakið upp óhug og endurminningar hjá konu sem hefur upplifað kynferðisofbeldi (Simkin og Klaus, 2004).

#### **4.5.2 Áhrif afleiðinga kynferðisofbeldis á barnið og tengslamyndun**

Flóknar afleiðingar kynferðisofbeldis á unglingsárum ýta undir líkurnar á því að þær mæður sem eru þolendur glími við aukna erfiðleika í foreldrahlutverkinu þegar að því kemur. Þegar tengslamyndun móður og barns er skoðuð gefa niðurstöður fyrri rannsókna til kynna að slæm geðheilsa móður auki líkur á tengslaröskun en þunglyndi móður er með hæstu tíðni þegar litið er til orsaka tengslaröskunar (Kinsey o.fl., 2014). Þegar niðurstöður rannsókna á þessu sviði eru bornar saman og litið er til samskipta móður og barns, sést mikill munur á milli mæðra sem hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi á unglingsárum og annarra mæðra. Mæður sem eru þolendur kynferðisofbeldis eru líklegri til að eiga í verri samskiptum við börn sín og einnig eru börnin líklegri til að koma síður út í félagsfærni heldur en önnur börn (Buist og Janson, 2001).

Börn þolenda kynferðisofbeldis á unglingsárum eru í aukinni hættu á að vera vanrækt af hálfu móður sinnar. Einnig eru meiri líkur á því að börn þolenda verði beitt ofbeldi á lífsleið sinni heldur en börn mæðra með enga áfallasögu. Talið hefur verið að þær mæður sem eru þolendur kynferðisofbeldis glími frekar við langvarandi þunglyndi, hafi neikvæðari sýn á foreldrahlutverkið og beiti frekar refsingum í uppeldi. Þó niðurstöður rannsókna sýni yfirleitt auknar líkur á ofbeldi og vanrækslu gagnvart börnum meðal

þolenda kynferðisofbeldis, eru þó mun fleiri þolendur sem beita börnin sín ekki ofbeldi eða vanrækja þau, þrátt fyrir reynslu af kynferðisofbeldi (Trickett o.fl., 2011).

#### **4.5.3 Áfallastreituröskun eftir fæðingu**

Mörgum gæti komið á óvart að einkenni áfallastreituröskunar sem fjallað er um í kaflanum um sálrænar afleiðingar hér að ofan, geti birst eftir fæðingu, þar sem lífsreynslan er jafnan tengd við sterkar jákvæðar tilfinningar mæðra. Enda eru fæðingar gjarnan lofaðar í hástert og jafnvel lýst sem kraftaverki og yfirnáttúrulegu atviki. Raunin er hins vegar sú að hluti þolenda kynferðisofbeldis upplifir fæðinguna ógnvænlega fyrir sig og barn sitt. Áfallafæðing er hugtak sem lýsir upplifun móður af því að fæðingin sé hættuleg og að heilsu hennar og barns sé ógnað. Í kjölfarið upplifir móðir viðstöðulausan ótta, hjálparleysi og angist (Beck, 2004). Rannsóknir sýna fram á að fæðing geti kallað fram áfallastreituröskun hjá móður sem hefur reynslu af kynferðislegu ofbeldi og tíðni áfallastreituraskana í kjölfar fæðingar er frá 1,3% upp í 20% eftir gerð rannsókna. Einnig hafa niðurstöður rannsókna staðfest að þær konur sem eiga sögu um kynferðisofbeldi á unglingsárum séu í þrisvar sinnum meiri hættu á að upplifa áfallastreituröskun í kjölfar fæðingar heldur en konur sem eiga ekki sögu um kynferðisofbeldi (Verreault o.fl., 2012).

## 5 Möguleg úrræði

Afleiðingar kynferðisofbeldis geta orðið veigamiklar og því nauðsynlegt að gott aðgengi sé að úrræðum og þjónustu fyrir þolendur kynferðisofbeldis. Mikilvægt er að þolendur geti nýtt sér úrræði eftir eigin þörfum á þeim tímapunkti sem þeir þarfnast mest á þjónustu að halda í lífinu þar sem vitað er að áhrif og afleiðingar geta komið fram löngu eftir áfallið (Kilpatrick o.fl., 1981).

### 5.1 Úrræði á meðgöngu og í fæðingu

Mæðravernd á sjúkrastofnunum er hugsuð í þeim tilgangi að hlúa að heilsu og velfarnaði móður og barns. Faglegt eftirlit, stuðningur, fræðsla og greining frávika fer meðal annars fram í mæðraverndinni. Mikilvægt er að fagaðilar hafi færni til að skima eftir ofbeldissögu barnshafandi kvenna til þess að geta brugðist sem best við í aðstæðum sem kveikja undir vanlíðan og áreiti sem upp getur komið hjá verðandi mæðrum í fæðingu vegna reynslu þeirra af kynferðislegu ofbeldi (Erla Kolbrún Svavarsdóttir, 2010). Fagfólk þarf að sýna barnshafandi konum virðingu og mæta þörfum og takmörkunum þeirra í umönnun á meðgöngu og í fæðingu (Berg o.fl., 2012). Þegar barnshafandi kona á sögu um kynferðisofbeldi er mikilvægt að fagaðilar yfirfari fæðingarplan með þolandanum og bendi á þá þætti sem gætu ýtt undir endurupplifanir í fæðingunni eða geti haft áhrif á líðan konunnar í fæðingunni. Mikilvægt er að skjólstæðingurinn sé þátttakandi í ákvarðanatökum og einnig hafa rannsóknir sýnt að augnsamband fagaðila og notanda skapi öryggi hjá þolendum (Halvorsen o.fl., 2013). Rannsóknir leiða í ljós að Calgary fjölskyldulíkanið geti reynst vænlegt til þess að meta árangur þegar markmiðið er að draga úr vanlíðan móður á meðgöngu, sökum þess kynferðisofbeldis sem hún hefur orðið fyrir. Líkanið byggir á þremur meginþáttum sem eru uppbygging fjölskyldunnar, þroskamat fjölskyldunnar og virknimat fjölskyldunnar. Fagaðilar hafa stuðst við líkanið til þess að styðja við fjölskylduna í heild sinni í heimahúsi. Líkanið krefst þess að fagaðilar heimsæki fjölskyldur og veiti þeim heildrænan stuðning (Thome og Stefanía B. Arnardóttir, 2013).

Rannsóknir hafa sýnt fram á mikilvægi fæðingarhjálpur og samfellds stuðnings ljósmæðra við fæðingu kvenna sem hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi á unglingsárum. Stuðningurinn er vænlegur til árangurs, þar sem hann hefur jákvæð áhrif í fæðingarferli kvennanna (Bohren o.fl., 2017). Fagaðilar leggja þá áherslu á hvatningu, eru styðjandi og einblína á núvitund í aðstæðunum. Líkamsvirðing konunnar er í hávegum höfð og innri

skoðunum haldið í eins miklu lágmarki og hægt er ásamt öðrum inngripum á borð við sogklukkur og tangir. Rannsóknir hafa sýnt að þolendur upplifa sig máttugri ef líkamsstaða þeirra er haldin upprétt í fæðingu í stað þess að vera í liggjandi stöðu (Halvorsen o.fl., 2013). Valdastaða fagaðila og konu í fæðingu er ójöfn þar sem fagaðilar standa uppréttir og horfa niður til konu sem liggur í fæðingarrúmi. Einnig eru fagaðilar í fullum klæðum og neyðast til að framkvæma sársaukafull inngrip. Konur geta verið viðkvæmar í fæðingu þar sem þær eru fáklæddar eða naktar, berskjaldaðar í fæðingarrúmi og undirgangast nauðsynleg inngrip fagaðila. Einnig getur liggjandi staða barnshafandi kvenna í fæðingarrúmi gert þær berskjaldaðar ef þær hafa verið í þeirri stöðu þegar þær urðu fyrir kynferðislegu ofbeldi. Þá getur reynst konum erfitt að gangast undir vald annarra þegar þær hafa upplifað misnotkun í öðrum aðstæðum (Simkin og Klaus, 2004). Reynsla kvenna í fæðingu sem hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi bendir til þess að mikilvægt sé að láta skjólstaðinga vita með fyrirvara áður en einhver snertir líkama þeirra í fæðingu til þess að gefa þolanda tækifæri til að undirbúa sig fyrir snertinguna og að konurnar séu stöðugt upplýstar um framgang fæðingarinnar. Einnig sýnir reynslan fram á mikilvægi þess að halda lágmarksfjölda fagfólks þar sem fæðingin fer fram. Þessar aðferðir stuðla að því að konurnar verði líklegri til þess að fara í gegnum hefðbundna fæðingu. Þær stuðla einnig að því að þær verði ánægðari með fæðingarreynslu sína og verði minna verkjaðar eftir fæðingu. Líkur á inngripi í fæðingu lækka talsvert þegar ofantaldir þættir eru hafðir að leiðarljósi (Halvorsen o.fl., 2013).

### **5.1.1 Áfallamiðuð meðferð**

Áfallamiðuð meðferð (e. *trauma informed care*) er einstaklingsmiðuð meðferð þar sem fagaðilar leggja áherslu á að þekkja kveikjur og áreiti í núverandi umhverfi sem geta ýtt undir vanlíðan hjá þolendum í barneignarferlinu í tengslum við áfall úr liðinni tíð. Venjubundnar vinnuaðferðir heilbrigðisstarfsfólks geta ýtt undir minningar af kynferðisofbeldi með þeim hætti að endurupplifanir geri vart við sig hjá konum sökum skoðananna og aðferða sem fagaðilar notast við í barneignarferli. Í áfallamiðaðri umönnun þarf fagfólk að hagræða nauðsynlegum aðgerðum og vera vakandi fyrir því að draga úr ónauðsynlegum aðgerðum til að koma í veg fyrir óþægilegar aðstæður og þjáningar skjólstaðingsins. Fagfólk leitast þá frekar við að framkvæma aðgerðir með óhefðbundnum hætti þannig að skjólstaðingurinn upplifi öryggi í aðstæðunum. Dæmi

um slíkar aðgerðir í barneignarferli er til að mynda innri skoðanir. Slíkar skoðanir eru vanalega framkvæmdar þegar notandi liggur á bakinu en talið er að þegar skjólstæðingur liggur á hlið í slíkri skoðun geti það dregið úr óþægindum fyrir þolendur kynferðisofbeldis (Reeves, 2015).

Fagaðilar leitast fyrst og fremst við það að byggja meðferðina upp á trausti á milli sín og skjólstæðingsins. Því næst er gerð meðferðaráætlun í sameiningu þar sem lagðar eru til grundvallar óskir, geta, styrkleikar og veikleikar skjólstæðingsins, þar sem samráð er haft að leiðarljósi til að ná fram sem bestum árangri í umönnun barnshafandi kvenna. Með þessari nálgun nær skjólstæðingurinn vissri stjórn yfir ákvörðunum um meðferð á meðgöngu og í fæðingu sem getur fært barnshafandi konum ákveðna yfirsýn og öryggi í aðstæðunum. Ávinningur alhliða áfallamiðaðrar meðferðar í umönnun með barnshafandi konum er með þeim hætti að fagmenn færa vald sitt til skjólstæðingsins þannig að skjólstæðingurinn hafi áhrif og öðlist ákvörðunarrétt yfir sinni eigin umönnun. Slíkt vald getur gert skjólstæðingi kleift að upplifa sig hafa stjórn yfir eigin líkama og mörkum sínum í barneignarferlinu, ólíkt því sem þolandi upplifir í áfalli í tengslum við kynferðisofbeldi (Reeves, 2015).

### **5.1.2 Hugræn úrvinnslumeðferð (SIT)**

Hugræn úrvinnslumeðferð (e. *stress inoculation training*) miðar að því að þjálfra einstaklinga til þess að takast á við streituvalda. Hugræn úrvinnslumeðferð felur í sér fjölbætta nálgun eins og til dæmis hugræna úrvinnslu, slökun og vitræna tækni. Meðferðin er hugsuð fyrir einstaklinga til þess að ná tökum á streituvaldandi aðstæðum sem upp koma í lífi þeirra og reyna koma í veg fyrir stjórnlaust ástand sökum hræðslu þeirra. Þá er leitast við að aðstoða einstaklinga til þess að yfirstíga yfirstandandi streitu með eigin færni. Sú tækni getur verið til að mynda ímyndunarafli, slökun, öndun og vitrænir styrkleikar hvers og eins einstaklings. Hugræn úrvinnslumeðferð gæti hugsanlega minnkað streitustig til muna hjá barnshafandi konum sem hafa upplifað kynferðisofbeldi í æsku. Með því að veita þessum konum viðeigandi hugræna úrvinnslumeðferð og auka færni þeirra á eigin streituvöldum tekst fagaðilum að lágmarka þau skaðlegu áhrif sem streita getur haft á upplifun þeirra af fæðingunni (Khorsandi, 2015).

Niðurstöður rannsókna leiða í ljós ávinning þess að fagaðilar styðjist við hugræna úrvinnslumeðferð í umönnun þungaðra kvenna sem hafa gengið í gegnum

kynferðisofbeldi á unglingsárum. Árangur í kjölfar slíkrar meðferðar hefur sést hjá konum sem glíma við meðgöngubunglyndi þar sem dró töluvert úr kvíðaeinkennum og minni líkur voru á inngripi í fæðingu í samanburði við stöðu þessara kvenna fyrir hugræna úrvinnslumeðferð. Niðurstöður mismunandi rannsókna sýna að streitustjórnun hafi í 99% tilfella jákvæð áhrif á geðheilsu og svefn móður á meðgöngunni (Jokar og Rahmati, 2015).

## 5.2 Stuðningur eftir fæðingu

Tengslamyndun móður og nýbura er mikilvæg fyrstu vikurnar eftir fæðingu. Ef þolandi kynferðisofbeldis upplifir fæðingu barns sem stjórnlausu eða hefur neikvæða reynslu af fæðingunni, er mikilvægt að fagaðilar séu vakandi fyrir tilfinningaúrvinnslu þolandans eftir fæðingu og þörfum svo hægt sé að hindra að tengslamyndum móður og barns stjórnist af áhrifum af fæðingarreynslunni. Móðir sem hefur orðið fyrir kynferðisofbeldi getur upplifað brjóstagjöf krefjandi í ljósi þess að þurfa að veita öðrum einstaklingi greiðan aðgang að líkama sínum í þeim tilgangi að uppfylla þarfir einstaklingsins. Ef móðir og fagaðilar eru ekki vakandi fyrir tilfinningum sem þessum geta neikvæðar tilfinningar gagnvart nýburanum og foreldrahlutverkinu sett strik í reikning þessara kvenna og barna þeirra (Simkin og Klaus, 2004). Dæmi um þarfir móður eftir fæðingu getur því beinst að næði við brjóstagjöf og að fagaðilar biðji um leyfi áður en líkami hennar er snertur. Meðhöndlun sem hefur reynst árangursrík í tilfellum sem þessum eru sjálfshjálparaðferðir sem draga úr streitu og kvíðaeinkennum hjá móður og stuðla að jákvætt mótandi áhrifum í móðurhlutverkinu (Klaus, 2010).

### 5.2.1 EMDR áfallameðferð

EMDR áfallameðferð (e. *eye movement and desensitization and reprocessing*) hefur verið notuð við úrvinnslu áfallastreitu. Áfallameðferðin byggir á snörpum augnhreyfingum. Shapiro (1989) þróaði meðferðina og þróaði hana að miklu leiti út frá hugrænni atferlismeðferð (HAM) og dýnamískum meðferðarformum. Meðferðaraðilar vinna með fortíð, nútíð og framtíð einstaklinga. Minningar úr fortíð einstaklingsins skýra óþægilegar tilfinningar viðkomandi í daglegu lífi í nútíðinni. Með EMDR áfallameðferð skrást minningarnar á nýjan hátt hjá einstaklingnum sem verður til þess að minningarnar valda einstaklingnum ekki lengur vanlíðan og bjargráð til framtíðar eru virkjuð. Í meðferðinni er leitast við að ná fram berskjöldun þolandans til þess að auðvelda þolandanum að opna sig með tilfinningar tengdar áfallinu. Þolandinn ímyndar sér atriði eða atvik sem honum

þykir truflandi í tengslum við áfallið sem hann varð fyrir. Meðferðaraðilinn veifar tveimur fingrum fyrir framan þolandann eða notar ljós sem flöktir fram og til baka fyrir framan þolandann sem á að horfa á eftir fingrunum eða ljósinu. Meðferðaraðilinn notar aðferðina endurtekið í gegnum truflandi tilfinningar sem þolandi finnur fyrir hverju sinni. Þá vinnur þolandinn sig í gegnum atvikið með meðferðaraðilanum skref fyrir skref þar til kvíði gagnvart þeim tilfinningum sem þolandi upplifði í byrjun minnkar. Þá á þolandinn að einblína á hugsun sem hann sjálfur telur hjálplega og reyna að tengja þá hugsun við þau atriði sem eru truflandi og minna á áfallið. Í þessu ferli fylgir þolandinn stöðugt augum sínum eftir ljósinu eða fingrum meðferðaraðilans. Truflandi tilfinningar einstaklingsins til minningarinnar minnka þegar líður á meðferðina þar sem truflandi minningin fer að tengjast nýjum hugsunum og tilfinningum (Foa og Rothbaum, 1998).



## 6 Umræða

Áhrif kynferðisofbeldis á barneignarferlið er þungt viðfangsefni en afar mikilvægt í ljósi þess hversu lítið hefur verið fjallað um það. Miðað við fyrri rannsóknir er tíðni kynferðisofbeldis hjá stúlkum undir 18 ára aldri fremur há þar sem talið er að brotið sé á einni af hverjum þremur stúlkum á þessum aldri (WHO, 2013). Það kynferðisofbeldi sem sumar stúlkur upplifa á unglingsárum getur haft varanleg áhrif á heilsufar þeirra þegar til langtíma er litið (Bramsen o.fl., 2009). Fyrirliggjandi rannsóknir sýna að konur með áfallasögu tengda kynferðisofbeldi fyrir 18 ára aldur eru taldar líklegri en aðrar stúlkur á þessum aldri til þess að glíma við heilsukvilla á lífsleiðinni.

Kynferðisofbeldi á unglingsárum getur leit til þess að konur upplifi flóknar og erfiðar tilfinningar í barneignarferli sínu. Talið er að þolendur séu í meiri áhættu varðandi það að glíma við fæðingaróttta heldur en aðrar konur sem ekki hafa upplifað kynferðislegt ofbeldi. Líðan móður á meðgöngu hefur áhrif á það hvernig hún bregst við fæðingunni sjálfri og aðlagast móðurhlutverkinu. Þá geta komið upp ýmis vandkvæði á meðgöngu sem tengjast óuppgerðum tilfinningum innra með konum sökum þess kynferðisofbeldis sem þær upplifðu í æsku. Afleiðingarnar endurspeglar að ýmsu leiti áherslur atferliskenninga þar sem áreiti í barneignarferli parast við upplifun kvenna af kynferðisofbeldi í æsku. Dæmi um slíka þörun er til að mynda ákveðin atvik í umhverfi barnshafandi þolanda sem geta minnt þolendur á kynferðisofbeldið sem þeir urðu fyrir. Afleiðingar geta birst með mismunandi hætti milli kvenna eftir því hvernig merkingu þær leggja í áfallið. Merking áfallsins hjá einstaklingum getur ákvarðað viðbrögð þolanda þar sem hegðun þolanda getur birst með mismunandi hætti eftir því hvernig þolendur skynja upplifanir sínar í tengslum við áhrif og afleiðingar áfallsins. Nálganir innan hugrænu atferliskenninganna hafa reynst árangursríkar í meðferðarvinnu einstaklinga í kjölfar kynferðisofbeldis á unglingsárum. Slík meðferðarvinna býr yfir þeim kosti að auðvelt er að aðlaga meðferðarúrræði að hverjum og einum þolanda. Meðferðin gengur út frá því að koma neikvæðum hugsunum í tengslum við áfallið í réttar horfur með þeirri berskjöldun sem fylgir því að takast á við áfall sem er erfitt úrvinnslu. Þar sem afleiðingar og áhrif birtast mismunandi hjá barnshafandi konum sem upplifað hafa kynferðisofbeldi á unglingsárum getur verið gagnlegt að nýta nálganir hugrænna atferliskenninga til þess að tryggja einstaklingsmiðuð meðferðarúrræði fyrir hópinn.

Há tíðni kvenna sem hafa upplifað kynferðisofbeldi greinast með áfallastreituröskun og hæsta tíðni allra áfallastreituröskunartilfella er talin vera vegna kynferðisofbeldis (Jina og Thomas, 2013). Konur sem hafa upplifað kynferðisofbeldi á lífsleiðinni eru útsetnari en aðrar konur fyrir kveikjum að endurupplifunum í barneignarferlinu sem minna á áfallið sem þær upplifðu í æsku. Meðferðarvinna í tengslum við áfallastreituröskun er mikið til komin út frá kenningum um hugræna úrvinnslu þar sem lögð er áhersla á að aðstoða einstaklinga við að ná valdi yfir eigin hugsunum, hegðun og líðan.

Það getur komið konum í opna skjöldu að finna fyrir endurupplifunum mörgum árum eftir að kynferðisofbeldið átti sér stað og upplifa afleiðingar kynferðisofbeldis sem þær urðu fyrir í æsku til dæmis í barneignarferli. Oft á tíðum reynist sú úrvinnsla sem þegar hefur átt sér stað vera ófullnægjandi fyrir sálartetun þessara kvenna. Slíkt getur verið ein ástæða þess að það komi þolendum að óvörum að upplifa erfiðar tilfinningar í tengslum við kynferðisofbeldi sem hefur jafnvel legið í dvala í hugsunum þessara kvenna um áralangt skeið. Tilfinningalega úrvinnslukenningin endurspeglar það fát sem um er rætt að því leiti að kenningin byggir á forðun í tengslum við áfallið. Þolendurnir koma í veg fyrir tilfinningalega úrvinnslu með forðunarhugsunum sem mynda stíflur hjá viðkomandi. Þegar endurupplifanir koma fram og losa um stíflurnar uppgötvast gjarnan að úrvinnsla þessara kvenna hefur mögulega verið ófullnægjandi til að byrja með.

Þegar niðurstöður þeirra rannsókna sem fjallað er um í ritgerðinni eru dregnar saman má sjá helstu kveikjur þess að þolendur upplifi endurupplifanir í barneignarferlinu. Þær kveikjur sem geta átt sér stað í fæðingunni eru til að mynda leggangaherpingur sem veldur konum gjarnan óþægindum og má þar nefna þrýstinginn sem myndast þegar barn fer niður í fæðingarveginn. Þolendur töldu innri skoðanir sérstaklega óþægilegar ásamt snertingu, orðræðu og valdastöðu umönnunaraðila. Dæmi um orðræðu fagaðila gæti verið þegar ljósmóðir segði: „Slakaðu bara á, þá ætti þetta ekki að vera eins vont“ eða „Þetta er alveg að verða búið“. Þessar setningar gætu til að mynda verið sama þula og gerandi studdist við á sínum tíma í öðrum aðstæðum. Fæðingarstillingar er ein kveikja að endurupplifunum en talið er að þolendum finnist meira valdeflandi að fæða í uppréttri stöðu fremur en liggjandi stöðu. Þolendur telja að það hjálparleysi sem þeir upplifðu í ofbeldis aðstæðunum skapaði aukna vanlíðan og hræðslu þolenda í fæðingunni sjálfri. Þá er átt við aðstæður þar sem inngríp eru nauðsynleg til þess að tryggja að hvorki lífi móður

eða barns sé ógnað. Berskjöldun kvenna í fæðingu ýtir undir að þær upplifi sig sjálfar ekki við stjórnvölinn. Í fæðingu eru konur fangar aðstæðna þar sem engin leið er burt fyrr en verkefnið er afstaðið. Þegar þolendur upplifa sig fjötraða í aðstæðunum getur það svipað til þeirra upplifanna sem þolandinn fann fyrir í því kynferðisofbeldi sem hann varð fyrir, þó svo að aðstæður séu gjörólíkar. Upplifunin virðist því byggja á þeirri tilfinningu að konurnar séu fastar og líkaminn þeirra liggja undir.

Eftir fæðingu geta einnig komið upp kveikjur og gott dæmi um slíkt er brjóstagjöf. Sumum þolendum finnst heftandi og krefjandi að sinna brjóstagjöf. Skýringin á því er sú að ungabarn krefst líkamlega mikils frá móðurinni. Brjóstagjöf krefst mikillar líkamlegrar nándar og þess að móðir veiti einstaklingi greiðan aðgang að sér. Það getur reynst þolendum erfitt að leggja líkama sinn undir til þess að svala þörfum annars einstaklings. Hægt er að sjá að þær kveikjur sem upp koma eftir fæðingu og frávik geta ógnað tengslamyndun móður og barns.

## 7 Lokaorð

Viðbrögð fagaðila geta skipt höfuðmáli í barneignarferli þeirra kvenna sem eiga sögu um kynferðislegt ofbeldi í æsku. Fagmenn eru í lykilstöðu til þess að opna á umræðu með fræðslu, stuðningi og viðeigandi meðferð til að draga úr skaðlegum áhrifum kynferðisofbeldis á barneignarferlið. Umfjöllunin í þessari ritgerð sýnir mikilvægi þess að ljósmæður skimi fyrir ofbeldissögu kvenna með faglegum hætti í mæðraverndinni til þess að ná betur utan um þennan viðkvæma hóp barnshafandi kvenna. Verklagsferlar fagaðila gætu verið á þann veginn að þeir greiði leið að viðtalsmeðferð fyrir þolendur. Þar gætu þolendur haft öruggan stað fyrir samtal sitt um ofbeldið og rætt þá þætti sem gætu kveikt undir endurupplifanir og vanlíðan á meðgöngu, í fæðingu og í móðurhlutverki þolenda. Slík sérfræðiaðstoð gæti dregið úr þeim erfiðu tilfinningum sem upp koma og stuðlað að betri upplifun þolenda af barneignarferlinu í heild sinni. Af niðurstöðum rannsókna sem fjallað hefur verið um í þessu verkefni að dæma mætti segja að samfelld umönnun sé einn mikilvægasti þátturinn í hlutverki fagaðila þegar kemur að því að þjónusta barnshafandi konur með sögu um kynferðisofbeldi. Niðurstöður þessara rannsókna sýna að þolendur þurfa sérstaka meðferð og umönnun í barneignarferlinu. Áfallamiðuð umönnun snýr að því hvernig áfallasaga kvenna getur ýtt undir berskjöldun þeirra í aðstæðunum en fagleg viðbrögð leiða barnshafandi þolendur áfram í úrvinnsluferlinu.

Það er mikið ábyrgðarhlutverk að vera fagaðili í ummönun þolenda með sögu um kynferðisofbeldi. Mikilvægt er að fagaðilar nálgist barnshafandi þolendur af virðingu og nærgætni. Niðurstöður rannsókna hafa sýnt að þolendur upplifa aukið öryggi þegar þeir finna sig við stjórnvölinn í ferlinu og því er skynsamlegt að fagaðilar reyni eftir fremsta megni að halda innri skoðunum í algjöru lágmarki svo að öryggistilfinningu þolenda sé síður ógnað. Samstarf á milli umönnunaraðila og þolenda er lykilatriði þegar markmiðið er að reyna að jafna valdastöðu í aðstæðunum og mynda sameiginlegan flöt með það að markmiði að tryggja að líf allra verði hólpið.

Hvati þolenda til þess að opna á reynslu sína af kynferðisofbeldi er ekki alltaf til staðar en mikilvægt er að fagmenn skapi umhverfi fyrir konur til þess að opna á áfallasögu sína. Dæmi um slíkt gæti verið upplýsingabæklingur sem er aðgengilegur barnshafandi konum í mæðravernd og á heimasíðum um áhrif kynferðisofbeldis á barneignarferlið og hversu mikilvægt er fyrir fagfólk að hafa vitneskju um aðstæður þolenda til þess að tryggja sem

besta umönnun í barneignarferlinu. Höfundur telur mikilvægt að sem flestir séu meðvitaðir um stöðu barnshafandi konu til þess að hægt sé að reyna að koma í veg fyrir neikvæða fæðingarupplifun. Þá er mikilvægt að kona hafi svigrúm til þess að lýsa hræðslu sinni í aðstæðunum þannig að fagmenn séu meðvitaðari um framgang mála hverju sinni í fæðingunni sjálfri. Meðgöngur og fæðingar kvenna sem eru þolendur kynferðisofbeldis á unglingsárum geta ýtt undir aukna sjálfsskoðun þessara kvenna. Þá velta þær gjarnan fyrir sér eigin aðstæðum í æsku og gera upp við sig hvernig aðstæður þær vilja búa sínu barni. Slíkar hugsanir geta orðið til þess að konur enduroptni mál sín fyrir sjálfri sér og tilfinningar tengdar áfallinu komist upp á yfirborðið. Þá geta þær mátað sig í móðurhlutverkinu og upplifað aukna ábyrgðartilfinningu til þess að gera betur fyrir eigið barn ef mögulegt er.

Helstu tækifæri ritgerðarinnar fólust einna helst í þeim ávinning sem felst í því að fjalla um efnið og þær markvissu tengingar sem finnast á milli kynferðisofbeldis og barneignarferils í þeim tilgangi að opna betur á umræðuna um þessi mál hérlendis. Einnig telur höfundur aukna umræðu samfélagsins og þekkingu fagaðila um viðfangsefnið geta stuðlað að tækifæri til þess að betrumbæta fagþjónustu í umönnun kvenna. Aukin þekking gæti stuðlað að samfelldari þjónustu fyrir notendur með aukinni teymisþjónustu á milli sérfræðinga sem koma að umönnun þessara kvenna. Þegar sálfræðingar, hjúkrunarfræðingar, fæðingarlæknar og félagsráðgjafar taka höndum saman gæti fagþjónustan tryggt þolendum öruggari aðstæður sem gerir það að verkum að traust þolenda til stofnanna eykst til muna. Höfundur telur að fagfólk sé skylt að rækja störf sín af heilindum með því að mynda í sameiningu traustan grunn fyrir skjólstæðinga að byggja á. Þannig skapast samvinna sem skilar árangursríkri útkomu í fæðingarupplifun kvenna sem eru þolendur kynferðisofbeldis.

Í þeim tilfellum sem fagmönnum tekst að tryggja þolendum árangursríkar fæðingaraðstæður og þolendur upplifa jákvæða fæðingarupplifun getur það leitt til valdeflandi reynslu þolenda þar sem fæðingin skilur eftir sig tilfinningar hjá nýbyrju á borð við „Ég gat þetta og ég lifði af“. Slíkar tilfinningar geta reynst verulega heilandi fyrir konur í aðstæðum sem þær kviðu mikið fyrir áður og héldu að þær kæmust ekki í gegnum. Árangursríkar fæðingarsögur þolenda kynferðisofbeldis geta rutt veginn fyrir aðra barnshafandi þolendur sem skynja ávinning í því að opna á áfallasögu sína við fagmenn í þeim tilgangi að tryggja sér og væntanlegum erfingja sem tryggastar aðstæður. Höfundur

er sannfærður um að með aukinni fræðslu um áhrif kynferðisofbeldis á barneignarferlið, því fleiri tilfelli verða að jákvæðum upplifunum þar sem allar upplýsingar liggja fyrir og allir hagsmunaaðilar leggja sig fram við að mynda árangursríkt samstarf. Þannig er hægt að tryggja sem best skilyrði fyrir fæðingar hjá þessum viðkvæma hópi.

## Heimildaskrá

- Adams R. E., og Boscarino J. A. (2006). Predictors of PTSD and delayed PTSD after disaster: The impact of exposure and psychosocial resources. *Journal of Nervous and Mental Disease journal website*, 194(7), 485-493. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000228503.95503.e9>
- Agnes Gísladóttir, Berglind Guðmundsdóttir, Ragnhildur Guðmundsdóttir, Eyrún Jónsdóttir, Guðlaug R. Guðjónsdóttir, Már Kristjánsson og Unnur A. Valdimarsdóttir. (2011). Increased attendance rates and altered characteristics of sexual violence. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(1), 134-142. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01283.x>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. og Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. John Wiley and sons.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 ed.). VA.
- Ársæll Már Arnarsson, Kristín Heba Gísladóttir og Stefán Hrafn Jónsson. (2016). Algengi kynferðislegrar áreitni og ofbeldis gegn íslenskum unglíngum. *Læknablaðið*, 102(6), 298-295. <https://doi.org/10.17992/lbl.2016.06.87%20>
- Beck, C. T. (2004). Birth trauma in the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28–35. <https://doi.org/10.1097/00006199-200401000-00005>
- Berg, M., Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Lundgren, I. (2012). A midwifery model of women-centred childbirth care in Swedish and Icelandic settings. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3(2), 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>.
- Berglind Guðmundsdóttir, Edda Björk Þórðardóttir og Agnes Gísladóttir. (2013). *Við góða heilsu? Konur og heilbrigði í nútímasamfélagi*. Háskólaútgáfan.
- Black, M. C., Basile, K. C., Breiding, M. J., Smith, S. G., Walters, M. L., Merrick, M. T., Chen, J., og Stevens, M. R. (2011). *The national intimate partner and sexual violence survey (NISVS): 2010 summary report*. National center for injury prevention and control, centers for disease control and prevention.

- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. og Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), 37-66. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Bowles, R. C. (2014). *Outcome variables of childhood sexual abuse as potential risk factors for sexual revictimization in adulthood*. Illinois State University
- Bramsen, R. H., Elklit, A. og Nielsen, L. H. (2009). *A Danish model for treating victims of rape and sexual assault: The multidisciplinary public approach*. <https://doi.org/10.1080/10926770903291811>
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bolby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
- Bryndís Björk Ásgeirsdóttir. (2011). Kynferðislegt ofbeldi gegn börnum sem áhættuþáttur tilfinninga- og hegðunarvandamála: Rannsókn meðal framhaldsskólanema á Íslandi. Í Svala Ísfeld Ólafsdóttir (ritstjóri), *Hinn launhelgi glæpur: Kynferðisbrot gegn börnum* (bls. 269-295). Háskólaútgáfan.
- Bublitz, M. H., Parade, S. og Stroud, L. R. (2014). The effects of childhood sexual abuse on cortisol trajectories in pregnancy are moderated by current family functioning. *Biological Psychology*, 103(8), 152–157. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.08.014>.
- Buist, A. og Janson, H. (2001). Childhood sexual abuse, parenting and postpartum depression: A 3 Year Follow-up Study. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 25(7), 909–921. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(01\)00246-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(01)00246-0).
- Chavis, A. M. (2012). *Social learning theory and behavioral therapy: Considering human behaviors within the social and cultural context of individuals and families*, 22(1), 54-64. <https://doi.org/10.1080/10911359.2011.598828>.
- Clark, L. (2007). *SOS! hjálp fyrir foreldra: viðurkennd tækni í barnauppeldi* (Ágústína Ingvarsdóttir þýddi). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Dobson, K. og Dozois, D. J. A. (2021). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (4. útg.) Guilford.



- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F. og Fennell, M., (2004). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behavior research and therapy*, 43(4). 413-431. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.006>
- Embætti landlæknis. (2013). Ung- og smábarnavernd - Leiðbeiningar um heilsuvernd barna 0–5 ára. Reykjavík: Heilsugæslan.
- Erla Kolbrún Svavarsdóttir. (2010). *Ofbeldi margbreytileg birtingarmynd*. Háskólaútgáfan.
- Finkelhor, D. (1987). The trauma of child sexual abuse: Two models. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/088626058700200402>
- Finkelhor, D. og Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>
- Fitton, V. A. (2012). Attachment theory: History, research, and practice. *Psychoanalytic Social Work*, 19(1-2), 121-143. <https://doi.org/10.1080/15228878.2012.666491>
- Flury, M. og Nyberg, E. (2010). Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Medical Weekly*, 140, 1-6. <https://doi.org/10.4414/smw.2010.13099>
- Foa, E. B. og Rothbaum, B. A. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. Guilford Press.
- Freydís J. Freysteinsdóttir. (2012). *Skilgreiningar- og flokkunarkerfi í Barnavernd (2. útgáfa)*. <https://www.bvs.is/media/verklagsreglur/SOF-2015.pdf>
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L. og Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, 368, 1260-1269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)
- Gault-Sherman, M., Silver, E. og Inga Dóra Sigfúsdóttir. (2009). Gender and the associated impairments of childhood sexual abuse: A national study of Icelandic youth. *Social science and medicine*, 69(10), 1515-1522. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.08.037>.
- González-Prendes A. og Resko, S. (2012). Cognitive-Behavioral theory. <https://doi.org/10.4135/9781452230597.n2>

- Goodman-Brown, T. B., Edelstein, R. S., Goodman, G. S., Jones, D. P. H. og Gordon, D. S. (2003). Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 27(5), 525-540. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(03\)00037-1](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(03)00037-1)
- Gottfried, R., Lev-Wiesel, R., Hallak, M. og Lang-Franco, N. (2015). Inter-relationships between sexual abuse, female sexual function and childbirth. *Midwifery*, 31(11), 1087-1095. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.011>
- Grimstad, H. og Schei, B. (1999). Pregnancy and delivery for women with a history of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 23(1), 81–90. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(98\)00113-6](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(98)00113-6).
- Haavet, O. R., Straand, J., Saugstad, O. D. og Grunfeld, B. (2007). Illness and exposure to negative life experiences in adolescence: Two sides of the same coin? A study of 15-year-olds in Oslo, Norway. *Acta Paediatrica*, 93(3), 405-411. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2004.tb02970.x>
- Halvorsen, L., Nerum, H., Øian, P. og Sørli, T. (2013). Giving birth with rape in one's past: a qualitative Study. *Birth*, 40(3), 182-191. <https://doi.org/10.1111/birt.12054>.
- Ingólfur V. Gíslason. (2008). *Ofbeldi í nánum samböndum: Orsakir, afleiðingar, úrræði*. Félags- og tryggingamálaráðuneytið.
- Jina, R. og Thomas, L. S. (2012). Health consequences of sexual violence against women. Best practice & research. *Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), 15–26. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.012>.
- Jokar, E. og Rahmati, A. (2015). The effect of stress inoculation training on anxiety and quality of sleep of pregnant women in third trimester. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(2), 62-68. <http://eprints.mums.ac.ir/id/eprint/3718>
- Kendall-Tackett, K., Cong, Z. og Hale, T. W. (2013). Depression, sleep quality, and maternal well-being in postpartum women with a history of sexual assault: A comparison of breastfeeding, mixed-Feeding, and formula-feeding mothers. *Breastfeeding Medicine*, 8(1), 16-22. <https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0024>

- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. og Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national *comorbidity survey*. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048-1060. <https://doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Khorsandi, M., Vakilian, K., Salehi, B., Goudarzi, M. T. og Abdi, M. (2015). The effects of stress inoculation training on perceived stress in pregnant women. *Journal of Health Psychology*, 21(12), 2977-2982. <https://doi.org/10.1177/1359105315589800>
- Kilpatrick, D. G., Resick, P. A. og Veronen, L. J. (1981). Effects of a rape experience: A longitudinal study. *Journal of Social Issues*, 37(4), 105-122. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1981.tb01073.x>
- Kinsey, C. B., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J. og Kjerulff, K. H. (2014). Birth-related, psychosocial, and emotional correlates of positive maternal-infant bonding in a cohort of first-time mothers. *Midwifery*, 30(5), 188–194. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.02.006>.
- Klaus, P. (2010). The impact of childhood sexual abuse on childbearing and breastfeeding: The role of maternity caregivers. *Breastfeeding Medicine*, 5(4), 141-145. <https://doi.org/10.1089/bfm.2010.9991>.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., og Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization.
- Kvennaathvarf. (e.d.). *Skilgreiningar á heimilisofbeldi*. <https://www.kvennaathvarf.is/ur-moppum/>
- Leeners, B., Görres, G., Block, E. og Hengartner, M. P. (2016). Birth experiences in adult women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Psychosomatic Research*, 83, 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.02.006>
- Linda Bára Lýðsdóttir, Halldóra Ólafsdóttir og Jón Friðrik Sigurðsson. (2008). Fæðingarþunglyndi: Algengi, afleiðingar og helstu áhætturþættir. *Sálfræðiritið – Tímarit Sálfræðingafélags Íslands*, 13, 171–185. <https://www.hirsla.lsh.is/handle/2336/72862>

- Lukasse, M., Henriksen, L., Vangen, S. og Schei, B. (2012). Sexual violence and pregnancy-related physical symptoms. *BMC pregnancy and childbirth*, 12, 83. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-83>.
- McCarthy-Jones, S. og McCarthy-Jones, R. (2014). Body mass index and anxiety/depression as mediators of the effects of child sexual and physical abuse on physical health disorders in women. *Child Abuse and Neglect*, 38(12), 2007–2020. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.012>.
- Montgomery, E., Pope, C. og Rogers, J. (2015). A feminist narrative study of the maternity care experiences of women who were sexually abused in childhood. *Midwifery*, 31(1), 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.010>
- Moore, E. E., Romaniuk, H., Olsson, C. A., Jayasinghe, Y., Carlin, J. B. og Patton, G. C. (2010). The prevalence of childhood sexual abuse and adolescent unwanted sexual contact among boys and girls living in Victoria, Australia. *Child Abuse and Neglect*, 34(5), 379-385. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.01.004>
- Mullen, P. E., Valerie, A., Sarah, E., Romans-Clarkson, G. og Herbison, P. (2003). Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *The Lancet*, 331(8590), 841-845. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(88\)91600-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(88)91600-5)
- Paranjape, A., Sprauve-Holmes, N. E., Gaughan, J. og Kaslow, N. J. (2009). Lifetime exposure to family violence: Implications for the health status of older African American women. *Journal of Women's health*, 18(2), 171-175. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0850>
- Reeves, E. (2015). A synthesis of the literature on trauma-Informed care. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(9), 698-709. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1025319>
- Resick, P. A. og Schnicke M. K. (1992) Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(5), 748-756. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.60.5.748>.
- Roberts, R., O'Connor, T., Dunn, J. og Golding, J. (2004). The effects of child sexual abuse in later family life: Mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child Abuse and Neglect*, 28(5), 525– 545. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.07.006>

- Roelens, K., Verstraelen, H., Egmond, K. V. og Temmerman, M. (2008). Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: A survey surveillance study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 137(1), 37-42. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.04.013>
- Roller, C. G. (2011). Moving beyond the pain: women's responses to the perinatal period after childhood sexual abuse. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 56(5), 488-493. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00051.x>
- Senn, T. E., Carey, M. P. og Venable, P. A. (2008) Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: Evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clinical psychology review*, 28(5), 711-735. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.10.002>
- 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. <https://www.hirsla.lsh.is/handle/2336/72741>
- Simkin, P. og Klaus, P. (2004). *When survivors give birth: Understanding and sealing the effects of early sexual abuse on childbearing women*. Classic day publishing.
- Skrzypulec, V., Kotarski, J., Drosdzol, A. og Radowicki, S. (2010). Recommendations of the polish gynecological society concerning child sexual abuse. *International journal of adolescent medicine and health*, 22(2), 177-188. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21061918/>
- Svala Ísfeld Ólafsdóttir. (2011). Refsiákvæði sem varða kynferðisbrot gegn börnum. Í Svala Ísfeld Ólafsdóttir (ritstjóri), *Hinn launhelgi glæpur: Kynferðisbrot gegn börnum* (bls. 57-109). Háskólaútgáfan.
- Thome, M. og Stefanía B. Arnardóttir. (2013). Evaluation of a family nursing intervention for distressed pregnant women and their partners: a single group before and after study. *Journal of advanced nursing*, 69(4), 805–816. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06063.x>

- Tjaden, P. og Thoennes, N. (2000). Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women. U.S. Department of Justice.
- Trickett, P. K., Noll, J. G. og Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 23(2), 453–476. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000174>
- Velferðarráðuneytið. (1998). *Stefnumótun í málefnum geðsjúkra: Skýrsla starfshóps sem Ingibjörg Pálmadóttir heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra skipaði*. <https://rafhladan.is/handle/10802/9170>
- Verreault, N., Costa, D. D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M. og Khalifé, S. (2012). PTSD following childbirth: a prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(4), 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.010>.
- Wijma, B., Schei, B., Swahnberg, K., Hilden, M., Offerdal, K., Pikarinen, U., Sidenius, K., Þóra Steingrímisdóttir, Stoum, H. og Halmesmäki, E. (2003). Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *The Lancet*, 361(9375), 2107-2113. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13719-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13719-1)
- Woolfolk, A. (2008). *Educational psychology, active learning edition* (10. útgáfa). Pearson.
- World Health Organization. (2013). *World report on violence and health*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1)
- Zambaldi, C. F., Cantilino, A., Farias, J. A., Moraes, G. P. og Sougey, E. B. (2011). Dissociative experience during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 32(4), 204–209. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.626092>

Rebekka Ýr Sigurbórsdóttir

Nafn höfunda

