

***Hvilke utfordringer kan sykepleier møte i forhold til
pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep?***

Bacheloroppgave i sykepleie

Høgskolen Stord/Haugesund, avd. Haugesund

Kull 2005

Innlevert: 25.03.2008

Kandidatnummer: 24, 73

Antall ord: 10206

Forord

”Fader Vår! Du som er i himmelen!”

Se meg i min splittethet og splintrethet. Se min skam, med en del som lever i det vakreste lys og en annen i det dypeste, styggeste mørke. Se meg i min utslitthet av å være megler mellom disse to. Se mitt uendelige strev med å forstå og forklare mennesker rundt meg hvordan jeg den ene dagen kan være noe for min neste og for meg selv, når jeg den neste dagen igjen kjenner panikken og tomheten. Hvordan jeg da, skrekkslagen etter nye møter med ondskapen, må beskytte meg mot godheten. Se meg når jeg hater og forbanner; snar tlyset, snart mørket. Se mitt liv, når jeg balanserer på en knivsegg mellom de to ytterpunktene i meg selv. Hjelp meg å finne det som mangler mellom disse to. Hjelp meg så jeg kan klare det vanlige livet, det alminnelige mennesket, den dagligdagse samtalen, uten å være så redd. Se meg når jeg hver ny dag må opparbeide den tilliten som i løpet av natten er blitt borte. Se meg som et skjendet barn, Fader Vår, du som er i himmelen, der alt er godt (Ericson, s. 27, 2003).

INNHOLDSLISTE

Forord	2
1.0 INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn for problemstillingen	4
1.2 Problemstilling	5
1.3 Avgrensing av oppgaven	5
1.4 Definisjoner på seksuelle overgrep	6
2.0 METODE	7
3.0 TEORI	10
3.1 Sykepleieteoretiker	10
3.2 Historiske betraktninger om menneskesyn og seksualitet	11
3.3 Forskningsfokus- og forekomst av seksuelle overgrep	12
3.4 Skadevirkninger av seksuelle overgrep	13
3.5 Sykepleiens grunnlag	16
3.6 Sykepleieutøvelse gjennom kommunikasjon	17
3.7 Sykepleieutdanningens læring om seksuelle overgrep	19
3.8 Sykepleiers kompetanse om seksuelle overgrep	21
4.0 RESULTAT	23
5.0 DISKUSJON	24
5.1 Sykepleiers utfordringer i forhold til kompetanse om seksuelle overgrep	24
5.2 Sykepleiers utfordringer i somatiske avdelinger	27
5.3 Sykepleiers utfordringer i psykiatriske avdelinger	30
5.4 Sykepleiers utfordringer i egen erfaringsbakgrunn	32
5.5 Sykepleiens utfordringer med bakgrunn i kvinnesyn	34
6.0 AVSLUTNING	36
LITTERATURLISTE	37

1.0 INNLEDNING

1.1 *Bakgrunn for problemstillingen*

Denne oppgaven retter søkelyset mot pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, og senskader av psykisk og fysisk art som kan vises hos kvinner i voksen alder. Sykepleiefokuset i oppgaven rettes mot hvilke utfordringer sykepleiere møter i forhold til pasienter med denne problematikken. Vi tenker at sykepleiere kan møte utfordringene med handlingskompetanse i kommunikasjonsferdigheter.

Vi fikk inspirasjon til å skrive hovedoppgaven med bakgrunn fra psykiatrisk praksis, der vi opplevde at majoriteten av pasientene hadde en overgrepssproblematikk bak seg. Her møtte vi en utfordring blant sykepleiere, der temaet seksuelle overgrep opplevdes for oss som et tabubelagt tema. På medisinsk avdeling i somatisk sykehus opplevde vi at enkelte pasienter hadde en sykdomsopplevelse med fysiske utfall uten at det ble funnet noen medisinsk forklaring. Sykdomstilfellene ble kalt ”sykdom av psykogen art”. Disse pasientene ble ikke invitert til samtale med sykepleier.

Kirkengens bok ”Hvordan krenkede barn blir syke voksne” har fått oss til å reflektere over sammenhengen mellom pasienters livserfaring og sykdom som uttrykkes i pasienters subjektive sykdomsopplevelse. Sykepleien er integrert i det naturvitenskapelige – og det samfunnsvitenskapelige menneskesynet. Dette skaper en helhetsvurdering av mennesket der fysiske, psykiske, sosiale og åndelige faktorer virker i et samspill i menneskets opplevelsesverden. Denne kunnskapen har vært utdypet i sykepleieundervisningen, men etter vårt syn, på et for generelt nivå. For å kunne betrakte pasienters subjektive sykdomsopplevelse i kartlegging av pasienters problemer, kan vi trenge kommunikasjonsferdigheter som tar sikte på å nå inn i pasientens problem. Her kan sykepleiere møte utfordringer i forhold til egne holdninger, da enkelte pasienthistorier inneholder informasjon som er tabubelagt.

Verdens helseorganisasjon viser til at hver femte kvinne har vært utsatt for seksuelle overgrep (WHO 2003). Da forekomsten av seksuelle overgrep er stor, undres vi over at temaet er lite nevnt i sykepleieutdanningen.

Det er gjort en undersøkelse i England i forhold til undervisning om seksuelle overgrep i sykepleiestudiet og viste at av 109 sykepleiestudenter svarte 74.1 % at de ikke hadde hatt seksualitet som en del av undervisningen (Kittelsen 2001). Kirkengen (2005) viser også til en studie som dokumenterer at helseprofesjonene tilegner senskader av seksuelle overgrep liten oppmerksomhet.

1.2 Problemstilling

Hvilke utfordringer kan sykepleiere møte i forhold til pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep?

1.3 Avgrensing av oppgaven

Vi avgrenser oppgaven til å gjelde kvinner fra 18 år til ubegrenset øvre aldersgrense. Ut ifra denne avgrensingen utelater vi å ta med barn fordi sykepleiere møter voksne kvinner hyppigere enn barn i utøvelsen av sitt daglige virke. Problematikken som er rettet mot barn krever spesialkompetanse som blant annet helsesøster eller som barnevernet involveres i. Vi avgrenser også i forhold til menn da forekomsten av seksuelle overgrep i hovedsak rammes av kvinner. Vi ønsker å sette problemstillingen vår som aktuell på sykepleie - arenaer i psykiatri og somatiske sykehus hvor sykepleiere kan møte pasienter med denne type overgrepssproblematikk. En av grunnene til at vi velger å ta med både psykiske og fysiske lidelser, er at erfaringer fra praksis viste at generelt sett hadde sykepleiere lite eller ingen kompetanse i forhold til skadevirkninger av seksuelle overgrep. Som tredjeårs- studenter i sykepleiestudiet stiller vi oss undrende til hvor lite

seksualitet har vært nevnt i undervisningssammenheng, og uttrykket ”sensskader av seksuelle overgrep” kan vi ikke huske å ha hørt før.

1.4 Definisjoner på seksuelle overgrep

Straffeloven omhandler seksuelle overgrep mot barn ut ifra en inndeling av overgrep i: *samleie, utuktig omgang, utuktig handling og utuktig atferd*. Disse kategoriene angir strafferammen i en overgrepssak. I utgangspunktet vil et overgrep bli sett på som en utuktig atferd. En utuktig handling blir bedømt med strengere behandling hvis offeret er under 16 år. Forhold som blir ansett som enda grovere behandles etter regler om utuktig omgang der samleie kan bli skilt ut som den groveste handling og dermed strengest strafferamme (NOU 1997: 23 Seksuallovbrudd, kap 3, s 13).

En annen definisjon med psykologisk vinkling finner vi i Sosial – og helsedirektoratets veileder ”Seksuelle overgrep mot barn”. Definisjonen på seksuelle overgrep tar for seg følgende elementer:

- *”Det er en seksuell handling som barnet ikke kan forstå. Ikke er modent for og ikke kan gi informert samtykke til*
- *Handlingen krenker barnets integritet*
- *Den voksne utnytter barnets avhengighet eller egen maktposisjon*
- *Handlingen baserer seg på den voksnes behov*
- *Aktiviteten bryter med sosiale tabuer innenfor familien eller er ulovlig.”* (Sosial– og helsedirektoratet 2003, s, 9).

2.0 METODE

Oppgaven er en kvalitativ litteraturstudie og bygger på en hermeneutisk vitenskapsforståelse.

Hermeneutikk er en vitenskapelig retning der en forsøker å forstå fundamentet i menneskers handlinger, livsytringer og språk. Studier med hermeneutisk vinkling kan gi en forklaring på noe som fremstår som uklart (Dalland, 2007). Karaktertrekkene i en kvalitativ studie er å søke kunnskap om en situasjon med nærhet til undersøkelsesenheter (Holme og Solvang, 1998). Problemstillingen i oppgaven tar utgangspunkt i pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Vår intensjon har vært å undersøke hvordan mennesker med en seksuell overgrepshistorie har kunnet få hjelp av sykepleiere.

I et hermeneutisk perspektiv forsøker vi å belyse hvilke konsekvenser seksuelle overgrep kan føre til for pasienter med denne problematikken i voksen alder, og hvordan sykepleien er rettet mot pasientgruppen. Første problemstilling lød: ”Hvilken rolle har sykepleiere i møtet med pasienter utsatt for seksuelle overgrep?” Begrepet ”sykepleiers rolle” skulle belyse hvilke oppgaver sykepleier har i møtet med pasienter med overgrepserfaring.

I det første litteratur søket, i sykepleien.no, fant vi artikkelen ”Hjelp – pasienten er incestutsatt!” skrevet av Aud Steinsbekk og Greta Synnøve Bylund. Søkeordene var ”seksuelle overgrep” og ga 48 treff. Artikkelen bygger på incestutsattes uttalelser om manglende kompetanse blant fagfolk som møter folk som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Artikkelen retter søkelyset mot menn og kvinner som incestutsatte, men vi har valgt å bruke artikkelen uavhengig av vår avgrensning av oppgaven, som er rettet mot kvinner. Artikkelen belyser en manglende kompetanse blant sykepleiere i møte med mennesker utsatt for seksuelle overgrep, og på dette grunnlaget valgte vi å bruke data fra den.

I lys av denne artikkelen og veiledning valgte vi å endre sykepleierfokuset i problemstillingen til, ”Hva kan sykepleiere bidra med i møte med pasienter utsatt for seksuelle overgrep?”. Ved å endre ”sykepleiers rolle” til ”hva sykepleier kan bidra med”, ønsket vi å utvide sykepleiefokuset, da rollebegrepet ble mer rettet mot sykepleietiltak. De eneste sykepleietiltakene vi fant som var rettet mot pasienter utsatt for seksuelle overgrep, var artikkelen ”Care for female survivors of child sexual abuse in emergency departments”. Den er skrevet av Van Loon og medarbeidere og vi fant den på søkemotoren Ovidmedline i Bibsys. Søkordene var ”Nursing care” kombinert med ”child sexual abuse” og gav 165 treff. For å innskrenke søket mot somatisk sykepleie, la vi til søkeordene ”accident and emergency nursing” og fikk tre treff. Artikkelen måtte bestilles på Bibsys.

I litteraturen fant vi i større grad data som viste manglende kompetanse i sykepleie i forhold til seksuelle overgrep. Av de 48 treffene som omhandlet seksuelle overgrep på sykepleien.no, fant vi en artikkel av Berit Elisabeth Kittelsen som heter ”Kjønn, makt, vold og seksuelle overgrep.” Artikkelen fokuserer som Steinsbekk og Bylund, på et for lavt kompetansenivå hos sykepleiere rettet mot seksuelle overgrep. Disse data, i tillegg til at vi som studenter opplevde for lite undervisning om seksuelle overgrep, fikk oss til å endre problemstillingen nok en gang til ”Hvilke utfordringer kan sykepleier møte i forhold til pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep?”. Kittelsen har skrevet en hovedfagsoppgave som heter ”Læring om seksuelle overgrep. En kvalitativ undersøkelse om hva som påvirker kvinnelige sykepleiere i læringsprosessen” Denne fant vi i Bibsys og var representativ som data for vår oppgave da funnene i hennes oppgave var: ”Sykepleiernes vektlegging av seksuelle overgrep i forhold til helse”, ”Sykepleiernes erfaring med sykepleieutdanningens vektlegging av seksuelle overgrep i forhold til helse” og ”Sykepleiernes læring om seksuelle overgrep”.

I litteraturlisten til artiklene fra Steinsbekk, Bylund og Kittelsen ble det referert til legen Anne Luise Kirkengens doktoravhandling. Ut ifra denne informasjonen, søkte vi i Tidsskrift for den Norske legeförening og fikk 84 treff på søkeordene ”seksuelle overgrep”. Ett av treffene var Kirkengens anmeldelse av boka ”Seksuelle overgrep” av

Siri Sjøftestad. Boka ga oss innblikk i seksualitet og seksuelle overgrep som tabubelagte tema og hvordan seksuelle overgrep kan gi psykiske skader. Denne boka fant vi i Bibsys, sammen med Kirkengens bok "Hvordan krenkede barn blir syke voksne". Kirkengens bok ble en inspirasjonskilde og gav oss mange refleksjoner, spesielt i forhold til hennes kritiske blikk mot naturvitenskapens menneskesyn der mennesket deles inn i to separate deler; en fysisk og en psykisk. Denne vitenskapen har lang tradisjon for å behandle kroppen som en maskin, der pasientens egen livserfaring ikke har noen påvirkning på sykdom. Vi opplevde at denne bokas innhold stod godt i forhold til sykepleieteoretiker Travelbee, som uttaler at sykepleien kan ha et for teknisk perspektiv sammenlignet med sykepleiers samtaleferdigheter. Både Kirkengen og Travelbee utfordrer det naturvitenskapelige menneskesynet, ved å vektlegge pasientens subjektive sykdomsopplevelse. Dette pasient perspektivet danner rammen for oppgaven vår. De står i forbindelse med de sykepleietiltak vi tenker kan øke kompetansen til sykepleiere i møte med pasienter utsatt for seksuelle overgrep, nemlig kommunikasjonsferdigheter.

3.0 TEORI

3.1 Sykepleieteoretiker

Vi vil benytte Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker. Hun vektlegger relasjonen mellom pasient og sykepleier i sin definisjon av sykepleie som lyder: *”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.”* (Travelbee, 1999, s 29).

Vi opplever at denne definisjonen kan knyttes til vår oppgave da den mellommenneskelige prosessen er sentral i forhold til vår problemstilling. Dette ser vi da kommunikasjonsprosessen er et verktøy av betydning i forhold til temaet vi har valgt. Travelbee (1999) påpeker at den mellommenneskelige prosessen gjennomsyrrer sykepleien da den alltid dreier seg om å møte mennesker. Relasjonen mellom sykepleier og pasient er en dynamisk prosess, der de begge påvirker hverandre. Ut ifra denne påvirkningen skapes en forandring som Travelbee definerer som et mål for sykepleien ved å si: *”Sykepleieren har forandring som et vesentlig anliggende, og i en viss forstand kan vi si at hun uopphørlig søker å forandre eller påvirke andre.”* For å kunne bistå med forandring, må pasientens sykdomsopplevelse vurderes. Travelbee deler sykdomsbegrepet inn i en subjektiv og en objektiv sykdomsforståelse. Det subjektive sykdoms synet henspeler pasientens sykdomsopplevelse og den objektive viser til den diagnostiske sykdom som legen finner. Denne forståelsen kan fungere som et verktøy for sykepleieren som kan kartlegge pasientens subjektive helsetilstand, da pasientens opplevelse av sykdom ikke trenger å stå i samsvar med den objektive sykdommen. Dette vitner om at Travelbee sin forståelse av sykdom er av relevant betydning da sykepleien kan rettes mot å hjelpe pasienter til forandring av sin subjektive sykdomsopplevelse. Den subjektive sykdomsopplevelsen kan trekkes inn i måten Travelbee beskriver lidelse. Et lidende menneske kan komme over i en kronisk tilstand der lidelsens uttryksform vises i en ” ikke bry deg ” holdning. Travelbee mener at dette stadiet kan henspeile menneskets

opplevelse av at ingen og ingenting kan hjelpe det lidende mennesket som er fylt av hjelpeløshet, sinne og bitterhet (Travelbee 1999). Dette kan settes i sammenheng med teorien vi har funnet om hvordan senskader av seksuelle overgrep kan påvirke mennesker. Travelbee betrakter sykepleie ut over det individrettede, hun trekker også inn familie og samfunn. Vi ser forordet til denne oppgaven i lys av betraktningen til Travelbee. Forordet ber om en forståelse fra andre til å se den tosidigheten som nok mange ofre for seksuelle overgrep opplever, skammen i det indre og flinkheten i det ytre. Travelbee definerer også sykepleie ut ifra et samfunnsperspektiv og vi opplever at denne oppgaven viser at fokuset på seksuelle overgrep og senskader av dette trenger et bredere samfunnsrettet blikk.

3.2 Historiske betraktninger om menneskesyn og seksualitet

Før naturvitenskapen fikk sitt grunnfeste, ble sykdom forklart ut ifra religion og mytiske forestillinger. Greske filosofer utfordret denne forståelsen ved å betrakte sykdom i forbindelse med naturens kraft (Kristoffersen, 2005). Platon, en av antikkens filosofer, utviklet en forståelse av mennesket som delt i to avskilte deler; en legemlig del og sjelen. Denne delingen kalles dualisme (Almås og Benestad 2006). Den franske filosofen Descartes tok opp Platons arv om et dualistisk menneskesyn. Han beskrev kroppen som som et objekt som kunne studeres, manipuleres og kontrolleres. Den åndelige dimensjonen, sjelen, kunne ut ifra Descartes sitt syn ikke studeres og ble oppfattet som en adskilt del av mennesket (Kristoffersen, 2005). Platons dualistiske menneskesyn gjaldt også inndeling av kjønnene som det *Ene* og det *Andre*. Det *Ene* ble betraktet som en fast form og maskulint, og det *Andre* som en flytende form og feminint. Dette dualistiske menneskesynet delte også Aristoteles (Dahl, 2007). Simone de Beauvoir har i sitt forfatterskap satt søkelyset på bl a kvinners plass i samfunnet. Hun beskriver det dualistiske menneskesynet med arv fra Aristoteles hvor kvinnen blir betegnet som det *Annet*. Hennes syn på kvinners seksualitet beskrives i f t ekteskapet hvor kvinnen ble betraktet som et seksuelt vesen kun etter at ekteskap var inngått (Beauvoir, 1992). Det dualistiske menneskesynet kan ha påvirket kristendommens seksualmoral da denne

religionens utbredelse foregikk i den tiden da dualismen hadde slått rot (Almås og Benestad, 2006). Sykepleieutdanningen kan være preget av sykepleierhistorien og kulturen, der kvinnens rolle var knyttet til en omsorgsfunksjon. Dette kan ha innvirkning på våre holdninger til seksuelle overgrep i dag (Kittelsen, 2004).

3.3 Forskningsfokus- og forekomst av seksuelle overgrep

Kvinnebevegelsen i 1970 – 80 årene satte overgrepssproblematikken på dagsorden. Det kom frem gjennom denne bevegelsen at seksuelle overgrep forekom hyppigere enn tidligere antatt. Seksuelle overgrep ble diagnostisert ut ifra symptomer som spiseforstyrrelser, depresjon, rusmisbruk og enkelte psykiske lidelser. Da kvinnebevegelsen på -70 og -80 tallet satte seksuelle overgrep på dagsorden, kom det opp flere saker blant annet i Norge, den såkalte Bjugn – saken. Bjugn – saken hadde sin opprinnelse i et utsagn fra ett barn i en barnehage i Bjugn kommune i 1992 (Breivik m. fl., 1997). Med utgangspunkt i Regjeringens strategi plan mot vold og seksuelle overgrep av barn, ble rapporten ”Vold og overgrep mot barn og unge” utarbeidet. Mossige og Stefansen (2007) fikk oppdraget og har i sin undersøkelse tatt utgangspunkt i 7000 avgangselever i den videregående skolen. Majoriteten av informantene var 18-19 år, og undersøkelsen var basert på spørreskjema som delte informasjonen mellom kjønnene. Det ble bl a stilt spørsmål om informantene hadde opplevd ”milde seksuelle krenkelser”. Her svarte **22 %** av 3798 jenter ja. Det ble også stilt spørsmål om de hadde blitt utsatt for ”grove seksuelle krenkelser inkludert voldtekt eller voldtektsforsøk” og svaret ga **15 %** av 3914 informanter (Mossige, Stefansen, 2007). Som nevnt har regjeringen en strategi plan i forhold til arbeid mot seksuelle overgrep mot barn og unge. Verdens helse organisasjon har utarbeidet retningslinjer kalt ”Guidelines for medico- legal care for victims of sexual violence” (WHO, 2003). Her vises det til at **en av fem kvinner** har vært utsatt for seksuelle overgrep. Broman (2005) har gjort en studie med utgangspunkt i Norden som viser at forekomsten av barn som blir utsatt for seksuelle overgrep er høyere enn forekomsten av astma der prosentandelen ligger på 6 - 8 %.

Det vises til en studie fra 1994 der Finkelhor sammenligner forekomst av seksuelle overgrep i ikke-kliniske populasjoner fra 20 land. Funnet i studien viser en forekomst fra **7 % - 36 %** (Søftestad 2005, Sosial- og helsedirektoratet 2003). Grunnen til at Finkelhor's studie blir tatt med i denne sammenheng er at hans arbeid nevnes i mye av litteraturen knyttet til seksuelle overgrep. Et prosjekt utført av Sosial- og helsedirektoratet skulle kartlegge blant annet hvilke grupper psykisk traumatiserte pasienter som ble behandlet innen ulike enheter i psykisk helsevern, og om enhetene hadde tilstrekkelig kompetanse i behandlingen av de psykisk traumatiserte pasientene. 321 enheter innen spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern for barn og voksne fikk tilsendt spørreskjema. 133 av enhetene som svarte behandlet voksne psykisk traumatiserte. Resultatet viste at i overkant av 90 % av de voksne pasientene hadde vært utsatt for voldtekt/seksuelle overgrep. Ca 10 % av enhetene mente de hadde manglende kompetanse i behandling av voksne psykisk traumatiserte (Major, 2003).

3.4 Skadevirkninger av seksuelle overgrep

For å kunne utøve sykepleie, er det "kliniske blikket" til sykepleieren av betydning. Begrepet kan rettes mot sykepleierens kompetanse til å iaktta pasientens vitale funksjoner ved somatisk sykdom. I tillegg er det en forutsetning at sykepleieren har kompetanse til å forstå sykdommers uttrykksform, enten de er av somatisk eller psykisk art (Nortvedt, 2005). Kirkengen (2005) viser til studier som er gjort i forhold til at negative barndomserfaringer har sammenheng med sykdom i voksen alder.

Hvis et barn utsettes for seksuelle overgrep, kan dette manifestere seg som et traume. Et traume av denne typen kan karakteriseres som et tabubelagt traume. Det som er tabubelagt viser til tema som ikke er sosialt akseptert der forakt kan være en mulig sanksjon. Forakt kan i sin tur føre til en skamfølelse. Når et barn opplever overgrep som ikke kan fortelles eller synliggjøres på en logisk måte, kan skadevirkningene av overgrepet bli forsterket (Søftestad, 2005). Rahm, Renck og Ringsberg (2006) beskriver i sin studie, en sammenheng mellom skamfølelse i forhold til seksuelle overgrep. Å bli skamfull er en naturlig følelse, men når følelsen blir kronisk som følge av overgrep, kan

den føre til en patologisk lav selvaktelse. Studien viser til at skamfølelsen påvirker tankeprosessen til å evaluere seg selv med negativt fortegn slik at en ikke opplever seg selv som god nok i noen situasjoner. Dette virker ikke synlig utad da den skamfulle følelsen dekkes av en fasade hvor personene ønsker å vise seg som vennlige, snille og dyktige. Den falske fasaden kan da virke som et forsvar for å forhindre avvisning og vonde følelser. Førsvoll (2003) forklarer hvordan skamfølelsen som en senvirkning på seksuelle overgrep kan virke på et menneske med et eksempel: De utsatte som sliter med senvirkninger, ser livet gjennom en glassvegg. På denne måten ser de livet som andre lever som et normalt liv. Dette livet oppfattes som fullkomment, mens deres eget ikke oppfattes som fullverdig. Det gode livet forblir en drøm.

Traumer som forekommer tidlig i livet kan føre til psykisk sykdom, spesielt depresjon. Det vises til at 35 % av kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep utvikler depresjon (Hegadoren m fl, 2006). De mest karakteristiske trekkene ved depresjon er nedstemthet, negativ tankevirksomhet, dårlig selvbilde, redusert energi psykisk og fysisk med en generell følelse av kraftløshet (Hummelvoll, 2006). Alvorlig depresjon en av de hyppigste risikofaktorene for å begå selvmord. Å oppdage lidelsen så tidlig som mulig kan redusere risikoen for selvmord. Psykoanalytisk teori legger blant annet vekt på at opplevelser av fortvilelse, tomhetsfølelse, ensomhet, håpløshet og selvforakt kan føre til selvmord i ungdom eller voksen alder. Disse opplevelsene kan integreres i menneskers psyke pga seksuelle overgrep i barndommen (Mehlum og Hytten, 1999).

De følelsene som pasienten opplevde under overgrepet, har pasienten ikke kontakt med i hverdagen, men de kan fremkalles og oppstå plutselig. På engelsk kalles disse minnene for flashbacks. Flashbacks kan uttrykkes i emosjonelle bilder og sanseintrykk der smerten som er forbundet med overgrepet, trer frem med like stor kraft som når overgrepet skjedde (Jakobsen, 2006). Dissosiasjon kan forstås som en forsvarsmekanisme som utvikles ved traumatiske opplevelser. Dissosiative opplevelser integreres ikke i minnet som andre opplevelser, men spaltes vekk (Kirkengen, 2005). Dette kan forekomme hvis opplevelsen i seg selv har virket truende og når trusselen kommer fra en nær person kan følgene bli ytterligere forsterket. Depresjon inkluderes også i

dissosiasjonsteorien der lidelsen kan oppstå i voksen alder. Grunnen kan være at barnet som ble utsatt for seksuelle overgrep, bærer på en opplevelse av hjelpeløshet og håpløshet. Disse følelsene kan ha bakgrunn i at barnet ikke hadde noen mulighet til å unnsnippe overgrepet fysisk og havnet i en avmaktssituasjon. Resultatet kan føre til depresjon da barnet ikke klarer å reagere adekvat på de traumatiske hendelsene (Anstorp, 2006). Seksuelt overgrep er en hendelse som alltid vil utløse en stressreaksjon. Over lengre tid kan dette resultere i bl a posttraumatisk stressyndrom (PTSD) der de viktigste symptomene uttrykkes gjennom: ”*følelsesmessig nummenhet og interesseløshet, fjernhet fra andre mennesker, stadig gjennomgang av den stressutløsende hendelsen, angst, oppgitthet, depresjon, søvnløshet, konsentrasjonsvansker og andre kognitive forstyrrelser.*” (Bunkholdt, 2002, s 246).

Den vestlige vitenskapen har tradisjon for å ha et dualistisk menneskesyn der kropp og syke er delt i to fragmenter. Ut ifra dette settes ikke en persons livserfaring i sammenheng med sykdom. Det er vanskelig å forstå naturvitenskapens ideal om det normale og idealistiske mennesket, for ingen mennesker lever i en kropp som ikke bærer spor av livserfaringer (Kirkengen, 2005). Den tradisjonelle tankegangen om sykdom er delt i somatisk- og psykisk sykdom. I skjæringspunktet mellom dem finner vi psykosomatisk sykdom. Cullberg (2003) deler begrepet psykosomatisk sykdom kan inn i flere undergrupper, men helhetsforståelsen dreier seg om en gjensidig påvirkning mellom psykiske belastninger og fysisk sykdom. Forutsetningen for lidelsen er at en ytre belastning eller indre problematikk utløser en stressreaksjon og oppleves som en trussel. For å unngå konfrontasjon av trusselen kan blant annet atferden bli påvirket ved å unngå situasjoner som fremmer trusselen eller bruk av rusmidler for å bedøve følelsen. De kroppslige reaksjonene kan ytres i muskelplager som kan føre til hodepine, ryggmerter og smerter i kjevemusklene. Det forhøyede stressnivået kan også føre til høyt blodtrykk og nedsatt immunforsvar. En studie av Felitti m fl gjorde funn av at belastende barndomserfaringer kan gi økt risiko for hjerte- og karlidelser blant voksne (Kirkengen, 2005). Forekomst av hjerteinfarkt kan være utbredt i gruppen av seksuelt misbrukte kvinner. Kronisk bekkenløsning, kjevesmerter og fibromyalgi representerer også en stor del av gruppen mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep, samt brystmerter,

kroniske magesmerter og underlivssmerter/infeksjoner (Førsvoll, 2003). I en svensk undersøkelse av 45 kvinner, nevnes at 60 % av kvinnene led av smertetilstander (Broman, 2005). Immunforsvarets påvirkning av stress kan også føre til infeksjoner, allergier, noen typer kreft og revmatoid artritt (leddgikt). Menneskets sårbarhetsfaktor kan være utslagsgivende for reaksjon på stress. Sårbarhetsfaktoren er avhengig av hvilken erfaring som ligger til grunn i forhold til mestring av problemer og vanskelige situasjoner. Hvis en i utgangspunktet opplever å ha liten kontroll over livet kan en håpløshetsfølelse føre til bruk av dårlige mestringsstrategier (Bunkhodt, 2005).

3.5 Sykepleiens grunnlag

Det fundamentet som sykepleie bygger på blir spesifisert i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleie. Der beskrives dette som: *”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert.”* (NSF, 2007, s 7). ICN (Internasjonal Council og Nursing) viser til at sykepleie er underlagt fire ansvarsområder; fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. Yrkesutøvelsen skal utføres etter de lover som er retningsgivende for yrket (NSF 2007). Travelbee vektlegger relasjonen mellom pasient og sykepleier i sin definisjon av sykepleie som lyder: *”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.”* (Travelbee, 1999, s 29). Problemstillingen vår er rettet mot både somatisk og psykiatrisk sykepleie. Hummelvoll (2005, s 46) definerer psykiatrisk sykepleie som *”psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgs - givende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/reducere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livs - verdier. Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann. Ut over det individuelle nivå har sykepleieren*

et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer”.

Morse ser den psykoterapeutiske funksjonen i omsorgsbegrepet, bla aktiv lytting, å være pasientens talsmann, berøring og engasjement (Hummelvoll, 2005). Sykepleiere blir betegnet som helsepersonell og er underlagt Helsepersonelloven, der lovens formål er rettet mot sikkerheten til pasienten og kvaliteten på ytelsen til helsepersonell. Helsehjelpen som helsepersonellet skal utøve defineres som all handling der forebygging, diagnostisering, behandling, helsebevaring og rehabilitering er sentrale mål. Taushets-, dokumentasjons- og informasjonsplikten står også sentralt i loven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Sykepleiere skal dokumentere alle relevante og nødvendige data om pasienten og helsehjelpen (Molven, 2003).

3.6 Sykepleieutøvelse gjennom kommunikasjon

Sykepleiers kommunikasjonsferdigheter kan bidra til å gi pasienter omsorg, gjenopprette helse og gi behandling i forbindelse med pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep.

Kommunikasjon beskrives som en dynamisk kraft mellom pasient og sykepleier. Kommunikasjonen kan føre til at mennesker trekkes nærmere hverandre, men den kan også støte mennesker fra hverandre. Sykepleiers holdninger og oppfatninger kommuniseres alltid i en sykepleiesituasjon. Blikkontakten fra sykepleieren og måten sykepleien utføres på kan gi signaler til pasienten, som kan avgjøre om pasienten oppfatter sykepleien som hjelpende. Interaksjonen mellom pasient og sykepleier får betydning ut ifra hvilken intensjon sykepleieren har med sin utøvelse. Sykepleier som utøver sin virksomhet med mål om å kun utføre legens ordre, kan lett bli overfladisk sykepleie og kan føre til at ingen relasjon mellom pasient og sykepleier etableres. Relasjonsdannelsen mellom pasient og sykepleier oppnås ved at sykepleier oppfatter hver enkelt pasient som et unikt menneske, og gjenkjenner og forstår hva pasienten

kommuniserer. Informasjonen fra pasient til sykepleier brukes til å utarbeide mål og tiltak som gir hensiktsmessig behandling for å fremme pasientens helse (Travelbee, 1999). I somatisk institusjon vil pasienter trenge informasjon om rutiner, undersøkelser og behandling for å kunne oppleve trygghet. Manglende informasjon kan gi en stressfull opplevelse (Fagermoen 2005). Pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep opplever tap av kontroll i pleie- eller behandlingssituasjoner som svært belastende. For at pasientene skal oppleve kontroll er informasjon og begrunnelser om prosedyrene essensiell (Steinsbekk og Bylund, nr 9, 1999). Pasienter innlagt i sykehus, kan vegre seg for å uttrykke sine behov for de vil ikke være til bry for travle sykepleiere. Travelheten kan sykepleieren uttrykke ved å gi korte svar eller være på vei mot døra under en samtale. Det kan derfor være vanskelig for pasienter å be om samtaler for å snakke om følelsesmessige påkjenninger, da de kan være redd for å bli avvist av sykepleiere (Fagermoen, 2005).

Eide og Eide (2006, s. 18) definerer kommunikasjon som ”å gjøre noe felles, inkludere andre i eller ha forbindelse med”. I relasjoner deles kommunikasjon ofte inn i verbal og non verbal. Verbal kommunikasjon foregår gjennom tale eller skrift, mens non verbal kommunikasjon uttrykkes i kroppsholdning, mimikk, stemmeleie, kroppsbevegelser, berøring og lignende. Begge kommunikasjonsformene blir betraktet som like viktig i relasjoner med andre. Relasjonsforholdet mellom pasient og behandler/sykepleier kan derfor være avgjørende for en felles måloppnåelse. Kunnskaper om profesjonell helsefaglig kommunikasjon kan sees i forhold til profesjonens kunnskaper og ferdigheter, etiske verdier, empatisk tilnærming og evne til å være målorientert. Med kunnskaper og ferdigheter menes her at den profesjonelle har tilstrekkelig teoretisk grunnlag for å kunne utføre de praktiske gjøremål på en slik måte at pasienten føler seg respektert og ivaretatt på en god måte. Empatisk sykepleie forutsetter at sykepleier har god evne til innlevelse i pasientsituasjonen for på den måten å kunne forstå pasientens opplevelser. En empatisk tilnærming åpner for samarbeid mellom pasient og sykepleier, som igjen kan bidra til å komme fram til et felles mål med behandlingen. Den daglige yrkesutøvelsen en sykepleier har er blant annet ansvar for å opptre profesjonelt i forhold til omsorgsrollen. Det vil si at sykepleier viser respekt for pasientens integritet og autonomi ved å støtte opp

om de ressurser og ferdigheter pasienten har, samtidig som sykepleier hjelper pasienten i forhold til de svakheter og problemer han har uten å svekke pasientens egenomsorg og muligheter til å utvikle seg. Det kan for eksempel være små marginer som skiller ansvar for en pasient og ta ansvar fra vedkommende. En annen viktig del av den profesjonelle omsorgsrollen er å være en aktiv lytter. Med aktiv lytting menes at sykepleier er oppriktig interessert og oppmerksom på det pasienten forteller slik at vedkommende føler seg respektert og ivaretatt, som igjen kan bidra til en åpnere dialog fra pasientens side. Aktiv lytting kan bidra til en dypere forståelse av pasientens problemer og er derfor et grunnleggende verktøy for å kunne hjelpe pasienten på best mulig måte. Ved aktiv lytting skilles det mellom to hovedferdigheter, verbal og nonverbal. Verbal lytting brukes i samtale der sykepleier er henvendt og stiller spørsmål samtidig som pasienten motiveres til å snakke. En god relasjon kan dannes ved non verbal lytting der sykepleier viser interesse med sitt kroppsspråk (Eide og Eide, 2006). Forutsetningen for å kunne hjelpe pasienten på en hensiktsmessig måte er at sykepleier har kunnskaper og kompetanse i forhold til seksuelle overgrep. Symptomer på psykisk sykdom kan lett bli mistolket og forsøkt medisinert bort, og i verste fall kan pasienten bli ”dopet” uten at den reelle årsaken blir tatt hensyn til når det gjelder behandling, noe som kan være med på å hindre pasienten i å komme seg videre i livet (Kittelsen, 2001).

3.7 Sykepleieutdanningens læring om seksuelle overgrep

Travelbee (1999) hevder at sykepleieutdanningen kan fokusere for mye på læring om tekniske prosedyrer i forhold til samtaleferdigheter. Dette kan føre til en manglende interaksjon mellom pasient og sykepleier.

I rammeplanen for sykepleierutdanning har kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning, et omfang av 6 studiepoeng. Til sammenligning har kunnskaper om generell patologi, sykdomslære og farmakologi 24 studiepoeng. Fagplanen utdyper, at sykepleierstudenter skal opparbeide seg handlingskompetanse i kommunikasjonsteori,

forståelse for at kommunikasjon har betydning for samhandling med mennesker og kunne tilrettelegge og gjennomføre samtaler med pasienter og pårørende. I forhold til det helsefremmende og forebyggende aspektet ved sykepleie, skal sykepleierstudenter opparbeide seg kunnskaper om personer utsatt for rusproblemer, vold og seksuelle overgrep (Kirke - utdannings – og forskningsdepartementet 2004).

I forhold til emnene seksualitet og seksuelle overgrep finner vi temaene i følgende pensumlitteratur:

- Bjørk og Breivne (2005) omtaler intimitet, nakenhet og seksualitet i forbindelse med sykepleie. Her nevnes at seksualitet skal kartlegges i datasamlingen om pasienten. Videre nevnes seksualitet i forbindelse med nakenhet, der behovet for at pasienter må være nakne i noen sykepleieprosedyrer, kan gi en seksuell assosiasjon.
- Seksuelle overgrep nevnes i forhold til spiseforstyrrelser, der overgrep kan være en utløsende faktor (Hummelvold, 2005). Cullberg (2003) utelukker seksuelle overgrep som et eget tema.

Kirkengen (2005) viser til flere studier som slår fast at helseprofesjonene i for liten grad vektlegger pasienters traumeerfaringer som grunnlag for helseproblemer i voksen alder.

En undersøkelse fra England ble utført av Hardman der 109 sykepleiestudenter ble spurt om de hadde hatt undervisning som omhandlet seksualitet under studietiden. 74.1 % hadde ikke hatt seksualitet som en del av undervisningen, mens 19.4 % hadde hatt ganske mye om emnet. I samme undersøkelse ble det også spurt om studentenes egne erfaringer i møte med uønsket seksuelle handlinger. 45 % bekreftet at de hadde vært utsatt for blotting, 24.8 % hadde erfaringer med forsøk på seksuelle overgrep og 12,8 % hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Rew og Christian mener at egne ubearbeidede seksuelle traumer kan ha innvirkning på hvordan sykepleiere utøver sin virksomhet i møte med pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep. De mente at sykepleiere med egne overgrepserfaringer ville ha for stort fokus på seksuelle overgrep eller de ville ignorere dem. Sykepleiere som har vært utsatt for seksuelle overgrep, bør få bearbeidet egne følelser for å kunne yte tilfredsstillende helsehjelp til pasienter som har vært utsatt for

seksuelle overgrep (Kittelsen, 2001). Justis- og politidepartementets offentlige utvalg anbefaler å styrke kompetansen i forhold til en permanent undervisning i profesjonsutdanninger, herunder sykepleien som har et minimum av kunnskaper som omhandler alle former for seksuelle overgrep og skadevirkninger (NOU, 2008:4). Høyskoler og universitetenes fagplaner og undervisningsopplegg er mangelfulle i forhold til sykepleieres behov for å få basiskunnskap om seksuelle overgrep (Steinsbekk og Bylund, nr 9, 1999).

3.8 Sykepleiers kompetanse om seksuelle overgrep

Kompetansesenteret for voldsofferarbeidet mener at sykepleiere kan ha manglende kompetanse i forhold til seksuelle overgrep. Spesielt henviser de til pasienter som oppsøker helsetjenester pga oppståtte skader der de fysiske behovene blir behandlet, mens de psykiske blir dårligere ivaretatt (Kittelsen 2001). Innen spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern oppgav ca 10 % av 133 enheter at de følte de hadde manglende kompetanse i forhold til behandling av pasienter utsatt for voldtekt/seksuelle overgrep (Major 2003). I en artikkel ”Hjelp - pasienten er incestutsatt” hevdes det at muntlige rapporter fra incestutsatte brukere fra Senter mot incest i Trøndelag mener helsepersonell ikke mestrer å utøve faglig kompetanse i møte med disse fordi de merker usikkerhet og passivitet hos fagfolk. I artikkelen defineres betydningen av incestutsatt som ”person som har opplevd seksuelle overgrep i oppveksten fra en omsorgsperson eller tillitsperson”. Helsepersonell kan bruke forsvarsmekanismer som fornektning, mistro eller bagatellisering fordi den harde virkelighet blir for tøff å forholde seg til. Det hevdes videre at nesten samtlige personer som er incestutsatt vil oppleve somatiske plager som seinskader, og at alle sykepleiere vil komme i kontakt med disse pasientene en eller annen gang (Steinsbekk og Bylund, nr.9, 1999). Ofre for seksuelle overgrep beskrives som det sårede barnet. Det sårede barnet betegner barnet som ble utsatt for seksuelt overgrep. Sårbarheten oppstår pga barnets avmaktssituasjon i forhold til overgriperen og denne sårbarheten manifesterer seg mentalt og kan prege voksenlivet (Steinsbekk og Bylund, nr.10, 1999). Pasienter i pleiesituasjoner som uttrykker ubehag ved blant annet

avkledning, stell, pussing av tenner eller kateterisering, kan ha sammenheng med tidligere overgrepserfaringer (Kittelsen, 2004). Ved somatiske undersøkelser kan ulike minner vekke vonde erfaringer fra barndommen. Nakenhet kan bli vanskelig da minnene kan gjenkalle traumatiske hendelser som å bli avkledd eller beglodd. Pasienter som har opplevd seksuelle overgrep med inntrenging i kroppsåpninger er spesielt utsatt for å få livaktige hukommelsesglimt som kan minne om de traumatiske opplevelsene. Innleggelse av urinkateter kan være et eksempel på hukommelsesglimt fra fortiden. Senter mot incest har fått mange tilbakemeldinger fra brukere som føler seg oversett og ignorert på tross av mange symptomer på overgrep. Mange brukere ønsker å bli spurt direkte om de har vært utsatt for seksuelle overgrep fordi deres egne erfaringer/historier er så truende og skambelagte at de ikke klarer å fortelle om sine opplevelser uoppfordret. (Steinsbekk og Bylund, nr.9, 1999). Justis- og politidepartementets offentlige utvalg anbefaler å styrke kompetansen i forhold til voldtekter og andre seksuelle overgrep først og fremst i overgreps - mottakene der en gruppe leger og sykepleiere kan opparbeide en spisskompetanse og bistå med undersøkelser (NOU, 2008:4). Van Loon og medarbeidere (2004) har i sin studie rettet søkelyset mot hvordan kvinnelige pasienter som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen, blir møtt av sykepleiere i akuttmottak. De mener at alle pasienter som kommer til akuttmottaket med bl a depresjon, selvskading, selvmordsforsøk og ulike stressrelaterede lidelser får direkte spørsmål om de har seksuelle overgrepserfaringer fra barndommen. Forutsetningen for at kvinnene tør å fortelle om overgrepserfaringer, er å bli møtt med empati i en atmosfære der de opplever trygghet. Det å bli møtt med aksept og forståelse for sine opplevelser er med på å redusere skyld – og skamfølelsen. Kvinnene ønsker at sykepleierne har prosedyrer i forhold til å informere kvinnene om psykiatrisk oppfølging, støttegrupper og litteratur om seksuelle overgrep og senskader.

4.0 RESULTAT

I lys av vår problemstilling ”Hvilke utfordringer kan sykepleier møte i forhold til pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep?” , finner vi at sykepleiers utdanning og kompetanse har størst betydning i forhold til denne pasientgruppen.

I forhold til fagplanen for sykepleieutdanningen skal sykepleiestudenter ha kunnskaper om personer som utsettes for seksuelle overgrep (Kirke – utdannings – og forskningsdepartementet, 2004). Vår erfaring av undervisningen rettet mot seksuelle overgrep foregikk i form av et dagsseminar og var i underkant av 8 timer. Seminaret ga i hovedsak informasjon om seksuelle overgrep rettet mot barn. I forhold til senskader etter seksuelle overgrep ble det forelest av en pårørende som fortalte sin historie. Sykepleieutdanningen har ikke vektlagt handlingskompetanse i forhold til sykepleietiltak rettet mot pasienter med denne typen overgrepssproblematikk. Steinsbekk og Bylund (nr 9, 1999) mener høgskoler ikke tar nok ansvar til å skolere sykepleiestudenter om seksuelle overgrep. WHO (2003) hevder at en av fem kvinner utsettes for seksuelle overgrep.

Hvis en av fem kvinner utsettes for seksuelle overgrep er sannsynligheten stor for at noen av disse utdanner seg til sykepleiere. Kittelsen (2001) mener at sykepleiere med egne overgrepserfaringer bør få bearbeidet sine opplevelser for å kunne møte pasienter utsatt for seksuelle overgrep på en adekvat måte.

Rammeplanen for sykepleierutdanningen vektlegger 6 studiepoeng i kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning (Utdanning- og forskningsdepartementet, 2004). Travelbee (1999) hevder at sykepleieutdanningen vektlegger tekniske prosedyrer i større grad enn samtaleferdigheter.

Vår erfaring fra studietiden er at kommunikasjon dreier seg mest om nødvendigheten av å informere pasientene om behandling og pleie. Kommunikasjonsferdigheter i form av aktiv lytting blir nevnt i pensumlitteraturen, men har ikke hatt fokus i undervisningssammenheng. I og med at seksuelle overgrep er et tabubelagt tema, tenker vi at pasienters subjektive sykdomsopplevelse kan bli ignorert pga sykepleiers manglende kommunikasjonsferdigheter.

5.0 DISKUSJON

5.1 Sykepleiers utfordringer i forhold til kompetanse om seksuelle overgrep

Kompetansesenteret for voldsofferarbeid mener sykepleiere har for liten kompetanse om seksuelle overgrep (Kittelsen, 2001). Utdanningsinstitusjoner med grunnutdanning i sykepleie vektlegger ikke undervisning rettet mot kunnskap om seksuelle overgrep og senskader som dette kan medføre (Steinsbekk og Bylund nr 9, 1999). Fokuset rundt seksuelle overgrep som tema i utdanningen kan være rettet mot meldeplikten sykepleiere har i forhold til overgrepssproblematikk mot barn, og senskader som kan oppstå i voksen alder kan derfor bli mindre prioritert. En manglende forståelse for senskader av seksuelle overgrep, kan føre til at pasienter med denne problematikken kan oppleve utilfredsstillende behandling. Hvis sykepleiere kun kan opparbeide seg kunnskap om dette temaet på eget initiativ, kan det bli problematisk å få satt kunnskapen ut i live.

Sykepleieutdanningen kan legge mer vekt på undervisning om tekniske prosedyrer enn samtale ferdigheter (Travelbee 1999). Som sykepleier er det nødvendig å opparbeide seg en god forståelse om hvordan prosedyrer skal utøves og hvorfor en skal gjennomføre dem. Vel så viktig er det at sykepleieutdanningen underviser om hvordan sykepleiere skal informere pasienter om behandling og pleie.

I rammeplanen for sykepleieutdanningen er emnet kommunikasjon integrert med samhandling og konfliktløsning, og har et omfang på 6 studiepoeng. Til sammenligning har sykdomslære, patologi og farmakologi 24 studiepoeng (utdanning- og forskningsdepartementet, 2004). Det råder ingen tvil om at sykepleiere har behov for god kunnskap om blant annet farmakologi da feilmedisinering kan føre til at pasienten dør. Men er det like stor forståelse for at pasienter som sliter med senskader av seksuelle overgrep som depresjon, kan ende med å ta selvmord hvis de blir møtt med avvisning om sin problematikk? Selvmord er ofte et resultat av alvorlig depresjon (Mehlum, 1999).

Depresjon er en sykdom som kan være en senskade av seksuelle overgrep i voksen alder. Førsvoll (2003) viser også til at smertetilstander, kroniske magesmerter og hjerteinfarkt kan være senskader blant kvinner som har en overgrepserfaring.

Vitenskapelig forskning slår fast at seksuelle traumer alltid uttrykkes i kroppslige plager (Kirkengen, 2005). Om dette perspektivet vektlegges i somatikken, kan diskuteres. Fysiske - og psykiske sykdommer har en tradisjon for å være delt i medisinen. I følge Kirkengen (2005) er den vestlige vitenskapen basert på et todelt syn der kropp og sjel blir behandlet som to atskilte utfordringer.

Hvis leger, som er sykepleieres overordnede, ikke ser en sammenheng mellom somatisk sykdom som følge av senskader av seksuelle overgrep, kan sykepleiere med kunnskaper om emnet risikere å få liten oppmerksomhet for sitt syn. Å argumentere for at somatisk sykdom kan ha årsak i seksuelle overgrep, bryter med det dualistiske menneskesynet. Det kan være enklere for leger, og ikke minst mer effektivt for samfunnet, om pasienter fortsatt blir betraktet ut ifra en menneskeforståelse der kroppen kan fikses som en maskin. Somatisk sykdom rangerer tradisjonell sett høyere enn psykiske lidelser. Grunnen til dette gir nok ikke et entydig svar, men det kan tenkes at anatomi og de fysiologiske prosesser er mer fasinende mer enn menneskets tankeprosesser. For å behandle psykiske lidelser må pasientens erfaringsverden stå i fokus og tålmodighet kan være et nøkkelord i denne behandlingen, da disse lidelsene ikke kan behandles med en tre dagers innleggelse der resultatet er at pasientens objektive sykdom blir eliminert.

NSF (2007) beskriver i de yrkesetiske retningslinjene at respekten for menneskets liv og iboende verdighet, skal ha et sykepleiefaglig fokus.

Dette kan vise til at sykepleien har et helhetlig syn på mennesker. Men kan dette synet kun gi en generell forståelse av pasienters sykdomsopplevelse? Kittelsen (2004) viser til at pasienter som uttrykker ubehag ved ulike prosedyrer som for eksempel innlegging av urinkateter, kan ha en sammenheng med tidligere overgrepserfaringer.

I tilfeller der pasienter opplever prosedyrer som svært ubehagelig, er det sykepleiers oppgave å trygge pasienten og informere om hvorfor og hvordan prosedyren skal gjennomføres. Det kan være nødvendig å gå bak pasientens opplevde problematikk og stille spørsmål som, hvorfor reagerer pasienten på denne prosedyren? Steinsbekk og

Bylund (nr.10, 1999) viser til at pasienter som har opplevd seksuelle overgrep med inntrengning i kroppsåpninger, kan få flashbacks i situasjoner som kan minne om tidligere overgrep.

I situasjoner der pasienter opptrer med anspenhet i forbindelse med kateterisering, skal sykepleier hjelpe pasienter med å slappe av. Ved å be pasienten slappe av og puste rolig, kan gjennomføringen av kateteriseringen lykkes. Men hvis pasienten sliter med å slappe av pga at kateteriseringen fremkaller overgrepss minner, kan pasienten oppleve kateteriseringen som et nytt overgrep hvis sykepleieren ikke har innsikt, forståelse og kunnskaper om seksuelle overgrep.

Justis- og politidepartementets offentlige utvalg ønsker å styrke kompetanse om voldtekter og seksuelle overgrep blant sykepleiere og leger som jobber i overgrepss – mottakene. Det anbefales også en permanent undervisning i sykepleieutdanningen som skal inneholde et minimum av kunnskaper som omhandler alle former for seksuelle overgrep og skadevirkninger (NOU, 2008:4). Faglig kompetanse om seksuelle overgrep kan være sentralt i forhold til å yte tilfredsstillende sykepleie i møte med disse pasientene. Den optimale sykepleie omhandler helhetlig omsorg der hele mennesket blir ivaretatt, og som blant annet innebærer å innhente tilstrekkelig pasientinformasjon både på godt og vondt. Van Loon og medarbeidere (2004) mener at pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep, ønsker at sykepleiere spør pasienten direkte om de har en overgrepserfaring bak seg, fordi egne erfaringer kan være så skambelagte og truende at de ikke klarer å fortelle om sine opplevelser uoppfordret.

Dette krever at sykepleiere har en forståelse av seksuelle overgrepss betydning og har kommunikasjonsferdigheter som kan danne en mellommenneskelig relasjon. Men kanskje aller først må sykepleiere engasjere seg i å avtabuisere seksualitet som tema.

5.2 Sykepleiers utfordringer i somatiske avdelinger

Skamfølelse kan være et resultat av de holdninger og forakt samfunnet kan ha i forhold til seksuelle overgrep (Søftestad, 2005). Hvis skamfølelsen blir kronisk, kan det utvikle seg til en lav selvtillit med konsekvenser som kan føre til sosial isolasjon og redsel i forhold til relasjoner med andre. Den kroniske skamfølelsen kan føre til negative tankeprosesser der en aldri ser på seg selv som god nok. Denne skamfølelsen kan dekke over med pasienter som er føyelige og snille, og oppføre seg etter andres forventninger (Rahm m/flere, 2006). Kan disse tegnene være observasjoner sykepleiere kan oppfatte i møte med pasienten? Sykepleier med kunnskaper om symptomer på senskader i forhold til seksuelle overgrep, kan være i bedre stand til å fange opp signaler og tegn på om det kan foreligge skjulte årsaker til grunn for pasientens atferd.

Sykepleiers kompetanse går blant annet ut på å forstå symptomer og tegn som kan uttrykkes både fysisk og psykisk (Nortvedt, 2005). Pasienter i somatiske sykehus som virker veldig føyelig og lite ”krevende”, kan være personer som opplever seg selv som lite verdt og tør derfor ikke å bry personalet.

En av grunnene til at sykepleier har som funksjon å informere, er å skape trygghet og forutsigbarhet i forhold til ulike undersøkelser, rutiner og prosedyrer (Fagermoen, 2005). Gjennom god tid og informasjon fra sykepleierens side, kan pasienten få en anledning til å faktisk uttrykke redsel og utrygghet enten gjennom verbal eller non verbal kommunikasjon. Som sykepleiere er vi pliktig til å informere pasienter om alle tiltak som skal utføres. Er informasjon et tilfredsstillende sykepleietiltak for pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep? Informasjon betraktes som nødvendig for å forklare videre behandling, men informasjon fra sykepleier kan oppfattes som enveiskommunikasjon uten at pasienten føler delaktighet. Pasientens behov for å delta i egen behandling og iverksetting av sykepleietiltak kan være med på å skape trygghet, samtidig som pasienten opplever å ha kontroll over eget liv.

Brukere av Senter mot incest ønsker å bli spurt direkte om de har vært utsatt for seksuelle overgrep. I pleie- og behandlingssituasjoner, er pasientens opplevelse av kontroll av stor betydning, fordi mange av pasientene som har vært utsatt for seksuelle overgrep opplevde tap av kontroll under overgrepene (Steinsbekk og Bylund, nr.9, 1999). Ved mistanke om

at en pasient har vært utsatt for seksuelle overgrep, må sykepleier tørre å stille direkte spørsmål om pasienten kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep. På den måten kan planlegging av ulike prosedyrer føre til at pasienten opplever å ha kontroll over egen situasjon.

Kommunikasjon betraktes som en felles forståelse der alle parter er inkluderende. Profesjonelle kommunikasjonsferdigheter forutsetter tilstrekkelige ferdigheter og kunnskaper om mellommenneskelige relasjoner, der pasienten blir møtt med empati og respekt slik at pasienten føler seg godt ivaretatt. Forutsetningen for å skape gode relasjoner mellom sykepleier og pasient, er at pasientens opplevelse blir møtt med god innlevelse fra sykepleiers side (Eide og Eide, 2006). Informasjon er et viktig sykepleietiltak for å skape forutsigbarhet, men for å danne en mellommenneskelig relasjon må pasientens subjektive opplevelse av situasjonen tas hensyn til. Sykepleiers empatiske tilnærmingsevne kan ha avgjørende betydning for pasientens muligheter til å åpne seg. Travelbee (1999) anser pasientens subjektive helsetilstand som en viktig faktor i den utøvende sykepleien.

Pasienter med en overgrepshistorie kan uttrykke reaksjoner som ikke står i forhold til pasientens egentlige følelser, og pasientens subjektive opplevelse kan skjules med å være føyelig og medgjørlig eller pasienten kan virke apatisk eller gi uttrykk for avmaktfølelse. Kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep kan blant annet utvikle posttraumatisk stressyndrom (PTSD). Noen av symptomene på PTSD kan uttrykkes som en følelsesmessig nummenhet, interesseløshet og oppgitthet (Bunkholdt, 2002). Dersom pasienter ikke engasjerer seg i informasjonen de får, kan det skyldes følelsesmessige reaksjoner som kan knyttes opp mot en slik nummenhet eller følelsesløs interesse for hva som skal skje. Konsekvensene av en slik reaksjon, kan føre til at sykepleier gjennomfører en undersøkelse eller prosedyre uten å være klar over at reaksjonen står i sterk kontrast til pasientens subjektive opplevelse. Dersom sykepleier spør pasienten direkte om seksuelle overgrepserfaringer i forbindelse med informasjonsdelen, kan det motivere til at pasienten åpner seg og uttrykker tanker og følelser i forbindelse med ulike undersøkelser og prosedyrer. Pasientens opplevelser kan tas hensyn til i behandlingsøymed, og kan

redusere følelsen av å miste kontrollen. Spørsmålet er om forholdene i somatiske avdelinger er tilrettelagt for at pasientenes subjektive språk blir betraktet i forhold til sykepleiers informasjon?

Vi har fra vår praksistid ulike erfaringer i forhold til hvordan informasjon blir gitt. På den ene somatiske avdelingen foregikk innkomstsamtalen i et eget rom hvor pasienten fikk anledning til å dele sine tanker og behov i forhold til sykehusoppholdet, og til å stille spørsmål og uttrykke bekymring i forhold til den planlagte operasjonen og konsekvensene av inngrepet. Det ble spurt flere ganger om det var noe som var uklart, og sykepleier oppfordret pasienten til å ta opp eventuelle spørsmål som måtte dukke opp. Ved utskriving ga pasienten uttrykk for tilfredshet ved at han følte seg godt ivaretatt. Travelbee (1999) betrakter kommunikasjon som en dynamisk kraft mellom sykepleier og pasient, og at enhver pasient skal behandles som et unikt individ. Den dynamiske kraften kan føre til at en relasjon dannes hvis den oppleves som trygg og hjelpende av pasienten. Relasjonene mellom pasient og sykepleier skapes gjennom trygge rammer der pasienten kan få mulighet til å åpne seg følelsesmessig uten å ta hensyn til andre pasienter. Å skape en trygg atmosfære rundt en samtale kan føre til at pasienter tør å åpne seg følelsesmessig. Ved å betrakte pasienten som et unikt menneske, skapes en relasjon, og sykepleien kan tilrettelegges rundt pasientens individuelle behov. I en annen somatisk avdeling i praksis forekom innkomstsamtalen på pasientrommet, også på flermanns rom og i gangen. I et tilfelle der en pasient lå på gangen for observasjon, foregikk all kommunikasjon mellom sykepleier og pasient på gangen. Pasienten var imøtekommende i samtale og uttrykte ingen innvendinger på verken behandling eller prøveresultat ovenfor sykepleierne. Etter ønske om å få snakke med legen på legens kontor, ble det i etterkant rapportert at pasienten hadde reagert kraftig på de prøveresultatene som pasienten tidligere var blitt informert om. Eksempelet viser at når en relasjon ikke dannes kan en utrygghet oppstå hos pasienten. Sykepleiere som mangler dette perspektivet kan begrense kommunikasjonsprosessen til pasienten, som igjen kan medføre ubehagelige opplevelser for pasienten. Sykepleiere som ikke våger å spørre pasienten om de har vært utsatt for seksuelle overgrep, kan være av en oppfatning om at spørsmålet i seg selv kan bli en tilleggsbelastning for pasienten. En annen grunn kan være at sykepleiere er redde for at

ansvaret for videre oppfølging blir deres ansvar. I tillegg er legevitenskapen dominert av et dualistisk syn der kropp og sjel er to atskilte anliggender og kan ha manglende kunnskaper om sammenhengen mellom seksuelle overgrep og fysiske og psykiske senskader, og derfor ikke blir vektlagt i særlig grad.

5.3 Sykepleiers utfordringer i psykiatriske avdelinger

Sykepleierens egne ubearbeidede traumer kan være problematiske slik at det kan bli vanskelig å skape mellommenneskelige relasjoner med pasienter med lignende erfaringer. I psykiatrien kan sykepleiere ofte møte pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Et prosjekt utført av Sosial- og helsedirektoratet viser at i overkant av 90 % av pasientene i 133 enheter innen voksenpsykiatri har vært utsatt for seksuelle overgrep. Ca 10 % av de ansatte ved enhetene oppgav at de følte de hadde manglende kompetanse i forhold til pasienter utsatt for seksuelle overgrep (Major, 2003). Tallene indikerer en lav forekomst av manglende kompetanse, men kan tallene være skjulte? Sykepleierne kan ha en overgrepshistorie som de er tause om, som igjen kan føre til at pasientenes problematikk ignoreres. Studier av Rew og Chrisitan viser at sykepleiere med egne ubearbeidede seksuelle traumer, kan overfokusere eller ignorere problematikken i forhold til pasienter som har vært utsatt for lignende overgrep (Kittelsen, 2001). Dersom en sykepleier har egne erfaringer med seksuelle overgrep og ikke har fått bearbeidet egne reaksjoner og følelser, kan det bli problematisk i forhold til å møte pasienter med lignende overgrepshistorie. Ut i fra tallene som viser at ca 90 % av pasientene i voksenpsykiatrien har vært utsatt for seksuelle overgrep, er det stor sannsynlighet at sykepleiere som arbeider med denne pasientgruppen vil møte denne type overgrepshistorie. Hver femte kvinne har vært utsatt for seksuelle overgrep (WHO, 2003). Kvinner er overrepresentert i sykepleiefaget og sannsynligheten er stor for at en del sykepleiere selv er utsatt for overgrep og som blant annet jobber i psykiatriske avdelinger. Ut i fra denne antakelsen kan sykepleiere med egne overgrepshistorier være påvirket i utøvelsen av sykepleien. Det kan forekomme mørketall blant sykepleiere som

har vært utsatt for seksuelle overgrep og som jobber med pasienter i psykiatrien. Kan mørketallene prege utøvelsen av sykepleien som gis til pasienter med psykiske lidelser? Seksualitet et fortsatt et tabu belagt tema i samfunnet (Almås og Benestad, 2006). Dersom sykepleiere i psykiatriske institusjoner unnlater å sette ord på seksuelle overgrep i forhold til pasienters erfaringer, kan det være med på å forsterke den generelle oppfatning om at temaet er, og bør være et ikke - tema. Vår erfaring fra praksis har vært med på å styrke denne påstanden, da vi begge opplevde at dokumentasjon av pasientenes fortellinger som omhandlet seksuelle overgrep måtte omformuleres til ”vonde minner fra barndommen”. Begrunnelsen for denne fortolkningen av informasjon var at pasienten hadde mulighet til å lese egen journal. Sykepleieren i avdelingen mente at det ikke var bra for pasienten å lese det hun selv fortalte, på tross av at pasienten ønsket oppfølging i forhold til sine overgrep - erfaringer. Sykepleierne understreket at vi ikke skulle ”gå inn i” pasientens problematikk, men henvise pasienten videre til sin faste behandler som var langtidssykemeldt på dette tidspunktet. Pasienten fikk ikke tilbud om ny behandler, men ble ”medisinert” mot ”uro i kroppen” og fikk beskjed om å vente med bearbeidelsesprosessen til behandler var friskmeldt. Pasienten opplevde at historien om seksuelle overgrep ikke ble oppfattet som troverdig og at de psykiske senskadene pasienten opplevde ble bagatellisert av sykepleierne. Kittelsen (2001) hevder psykiske lidelser lett kan misforstås i forhold til å gi en hensiktsmessig behandling. Symptomene ”medisineres” ofte bort, og plagenes reelle årsaksforhold blir ikke tatt i betraktning i den videre behandling.

Sykepleiernes manglende reaksjoner i møte med pasientens betroelser om overgrep, forsterket pasientens tro på at det var ingen som kunne hjelpe, og den kroniske avmaktfølelsen ble forsterket. Sykepleierens kunnskaper og kompetanse om seksuelle overgrepets betydning kan derfor få konsekvenser for pasientens oppfølging. Dersom en pasient betror egne overgrepserfaringer til en sykepleier og ikke får aksept for sin opplevelse, kan pasienten oppleve det som avvisning og som et nytt overgrep.

I Helsepersonelloven står det at dokumentasjon primært skal gjengi fakta på en relevant og hensiktsmessig måte slik at nødvendig helsehjelp kan gis pasienten (Molven, 2003). I forhold til den ovennevnte historien, oppfattes informasjonen om seksuelle overgrep som

vesentlig for pasientens behandlingsbehov i tillegg til at det var behov for å lindre plagene gjennom erkjennelse og samtale med sykepleierne som var på vakt.

Med bakgrunn i NSF sine yrkesetiske retningslinjer bygges sykepleien blant annet på omsorg og lindring av lidelse (NSF, 2007). Omsorg nevnes også i definisjonen av psykiatrisk sykepleie der omsorg kan forstås som å være pasientens talsmann (Hummelvold, 2005). Når historier fra pasienter som omhandler seksuelle overgrep ikke får oppmerksomhet av sykepleiere, kan pasienter oppleve dette som avvisning. Avvisning kan føre til at pasienten ikke opplever lindring av sin lidelse. Travelbee (1999) nevner blant annet at sykepleier skal hjelpe pasienter med å mestre sin lidelse. Et lidende menneske kan komme i en kronisk tilstand som uttrykkes i en "ikke bry deg" holdning der pasienten har mistet troen på at andre kan hjelpe, og derfor ikke lenger gir uttrykk for sine problemer.

Spørsmålet er om pasienter kan mestre sin lidelse hvis seksuelle overgrep er et tabubelagt tema i psykiatrien?

5.4 Sykepleiers utfordringer i egen erfaringsbakgrunn

I og med at forekomsten av seksuelle overgrep i barndommen er høy, kan en tenke seg at flere sykepleiere kan slite med problematikken. I en undersøkelse av Hardman utført i England hadde nærmere 13 % av 109 sykepleiestudenter vært utsatt for seksuelle overgrep. Studenter som har opplevd seksuelle overgrep bør få bearbeidet sine følelser, da ubearbeidede opplevelser kan påvirke utøvelsen av sykepleien (Kittelsen, 2001). Sykepleiere som bærer på ubearbeidede opplevelser knyttet opp mot egne seksuelle overgrepserfaringer, kan komme i situasjoner der gjenkalling av minner kan påvirke pleien. Problematikken kan oppstå i utøvelsen av all sykepleie der det er nødvendig å danne relasjoner til pasienter for å kunne yte tilfredsstillende sykepleie.

Sykepleie dreier seg blant annet om å skape en mellommenneskelig prosess mellom mennesker (Travelbee, 1999). Vi har i denne sammenheng tatt utgangspunkt i sykepleiers møte med pasienter i hjemmesykepleien. Hjemmesykepleiere kan bli utfordret i forhold

til denne problemstillingen, da sykepleiere kan oppleve å komme i et miljø som kan fremkalle minner om egne overgrepserfaringer. Da hjemmesykepleie foregår i pasientens hjem, kan sykepleiere i denne situasjonen få fremkalt minner som for eksempel at pasientens bolig er lik den boligen hvor sykepleieren har opplevd eget overgrep.

Flashbacks som er tidligere traumatiske minner som fremkalles, er en del av en dissosiasjon. Flashbacks er følelser eller bilder som den overgeps - utsatte ikke har kontakt med i dagliglivet (Jakobsen, 2006). Dersom en hjemmesykepleier opplever fremkalling av ubehagelige minner fra et overgrep i pasientens hjem, kan sykepleiers reaksjon få negative konsekvenser for pasienten. I slike tilfelle kan sykepleieren oppleve en stressreaksjon som kan hemme utøvelsen av pleien, men den kan også gjøre at sykepleieren vegrer seg for å komme tilbake til pasienten. Gjenkalling av minnene kan bli problematisk i forhold til sykepleierens arbeidssituasjon. Er det sannsynlig at sykepleieren ønsker å dele sin erfaring med sine medansatte? Som nevnt kan en grunnleggende skamfølelse prege en som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Å fortelle at en har vært utsatt for seksuelle overgrep til sine kollegaer, kan oppleves som skremmende. Sykdomshistorier kan ofte være et aktuelt tema å snakke om både i pauser på jobb og i andre situasjoner, men ofte inneholder disse historiene elementer som er kjente og trygge og snakke om og kan være en del av det hverdagslige språket. Smerten og lidelsene i de kjente sykdomshistoriene har en annen referanseramme enn historier om seksuelle overgrep og kan vekke avsky blant medarbeiderne. For offeret kan avskyfølelsen oppleves som en integrert del av seg selv. Medarbeideres holdninger til seksuelle overgrep kan være en medvirkende årsak til at temaet er vanskelig å forholde seg til. I media - bildet vekker overgrepssaker mot barn stor avsky og kan være en del av grunnen til at seksuelle overgrep er et ikke tema i store deler av samfunnet. De fleste av oss har et forhold til seksualitet, og når denne atferden kobles sammen med barn, vekkes mye sinne og avsky. Denne avskyen kan forsterke ofrenes skamfølelser om å være unormal i forhold til andre. Førsvoll (2003) beskriver senvirkninger av seksuelle overgrep med at personen ser livet gjennom en glassvegg der alt oppleves som fullkomment, mens offerets håp om et normalt liv forblir en drøm. Steinsbekk og Bylund (1999) påpeker at sykepleiers erfaringer og følelser i forhold til seksualitet kan påvirke utøvelsen av sykepleie.

Sykepleier som har vært utsatt for seksuelle overgrep og som ikke har fått bearbeidet egne følelser, kan bli konfrontert med ulike reaksjoner når hun er hos pasienten. Gjenkallelse av minnene om egne overgrepserfaringer kan fremkalle følelser som fører til at de blir virkelighetsnære. Følelsene kan påvirke utøvelsen av sykepleien negativt i den forstand at hun ikke ser pasientens behov fordi hun har mer enn nok med å takle egne reaksjoner som utløses av minnene. Sykepleiers følelser kan være så skremmende at hun ikke tør å gå tilbake til pasienten, men tør likevel ikke å fortelle kollegaer om årsaken i redsel for å bli avvist. I følge Bunkholdt (2005) kan barn som opplever dårlige nære relasjoner, utvikle en grunnleggende mistillit til andres omsorg.

Å danne seg et bilde av hvordan en kvinne med denne problematikken kan uttrykke seg, gir ikke et entydig bilde, men skamfølelsen disse kvinnene bærer på kan betraktes som et fundament i deres lidelse.

5.5 Sykepleiens utfordringer med bakgrunn i kvinnesyn

Kvinner i Norge kan være preget av en kultur der seksualitet er et ikke-tema, og janteloven fortsatt regjerer. Det er et paradoks at kvinner som er den hyppigste utsatte gruppen i forhold til seksuelle overgrep, også er overrepresentert i et helsevesen som ikke fokuserer nok på problematikken. Fra et feministisk synspunkt, kan dette ha sammenheng med at kvinnerollen gjennom tidene har blitt ansett som det svake kjønn.

Denne arven går tilbake til Aristoteles sin deling av kjønnene der mannen ble betraktet som den sterke og kvinnen som den svake, mannen ble ansett som et aktivt menneske og kvinnen et passivt (Dahl, 2007). Simone de Beauvoir (1970) gjorde et opprør med den passive beskrivelsen av kvinnen og stilte spørsmål om blant annet kvinnens rett til å være et seksuelt aktivt før ekteskapet, da mannen hadde mulighet til det.

Dette kan nok ha bidratt til en mer åpen holdning om seksualitet, gjerne i form av at kvinner utforsket sin egen seksualitet og ikke bare var en passiv part i et seksuelt samliv. Kvinnebevegelsen på 1970- og 80 tallet satte søkelyset på kvinners rett til å likestilles menn blant annet i forhold til karriere og seksualitet. Men uansett om kvinner er mer

frigjorte i dag med bakgrunn i kvinnebevegelsen, er fremdeles seksualitet et tabubelagt tema. Det kan tenkes at nytelsen seksualitet gir, er for skambelagt å snakke om.

I en engelsk undersøkelse blant sykepleiestudenter, svarer 74.1 % av 109 studenter at de ikke har hatt seksualitet som tema i undervisningen (Kittelsen, 2001). Forelesere ved sykepleieutdanningen kan oppleve seg utfordret ved å undervise om seksualitet. Den teoretiske rammen rundt temaet kan komme i skyggen av egen erfaring om seksualitet. Da kan seksualitet bli for personlig å undervise om. Undervisning om seksualitet kan bidra til at pasienters seksuelle problemer blir belyst og ut ifra dette kan det gi rom for å snakke med pasienter om overgrepssproblematikk.

6.0 AVSLUTNING

Seksuelle krenkelser i barndommen kan manifestere seg både fysisk og psykisk, og føre til varige men` som kan prege offerets helsetilstand senere i livet. Negative barndomserfaringer i forhold til seksuelle overgrep kan blant annet vise seg som en grunnleggende mistillit til andres omsorg, lav selvaktelse og en kronisk skamfølelse som ofte forsøkes skjult ved å være ”snille og flinke” pasienter.

Sykepleiere med kunnskaper om skadevirkninger av seksuelle overgrep kan ha et bedre grunnlag for oppdage symptomer å yte tilfredsstillende helsehjelp. I tillegg kan sykepleiere trenge mer spesifikke kommunikasjonsferdigheter som rettes mot samtaler om seksualitet og seksuelle overgrep.

Kirkengen’s bok ”Hvordan krenkede barn blir syke voksne”, beskriver hvordan fysiske og psykiske skadevirkninger av krenkelser, deriblant seksuelle overgrep kan uttrykke seg i voksen alder. Hun retter kritikk til den dualistiske tankegangen som er typisk for den vestlige naturvitenskapen, og understreker at så lenge faget er todelt med enten fysisk- eller psykisk sykdom, så vil ikke mennesket oppleve lindring av sine lidelser. Sykepleiefaget har en tilknytning til naturvitenskapen, men preges nok mest av sitt heletlige menneskesyn. Utfordringen til sykepleiere kan være rettet mot å tørre å stille pasienter direkte spørsmål som angår seksualitet og seksuelle overgrep.

LITTERATURLISTE

Almås, E. og Benestad E. E. P. (2006).

Sexologi i praksis. Oslo: Universitetsforlaget A/S.

Beauvoir, S. D (1992). Forord og oversettelse ved Rønnaug Eliassen.

Det annet kjønn. Larvik: Pax forlag A/S.

Benum, K. (2003).

Møte med den som er alene og redd. I: Torp Elisabeth (red). **Fra skam til verdighet**, s. 135-160. Oslo: Universitetsforlaget.

Benum, K. (2006).

Når tilknytningen blir traumatisert. I: Jakobsen, Maianne (red). **Dissosiasjon og relasjonstraumer**, s. 22-41. Oslo: Universitetsforlaget A/S.

Bjørk, I. T. og Breievne, G. (2005).

Kropp og velvære. I: Skaug, Eli-Anne (red). **Grunnleggende sykepleie bind 1**, s. 106-136. Oslo: Gyldendal akademisk

Breivik, M. Indredavik, M. S. aarseth, J. (1997).

Kan vi forstå. Oslo: Kommuneforlaget A/S.

Broman, I. (2005).

Kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn. Jämtland Läns Landsting. Tilgjengelig fra:

<http://www.estd.org/SE/Slutversion050629.pdf> [Lest: 12.02.08]

Bunkholdt, V. (2005).

Psykologi. En innføring for helse- og sosialarbeidere. Oslo: Universitetsforlaget.

Cullberg, J. (2003),

Dynamisk psykiatri. Otta: Tano Aschehoug.

Dahl, J. (2007).

Tro og seksualitet. Oslo: Det teologiske fakultet. Tilgjengelig fra:

<http://www.duo.uio.no/publ/teologi/2007/59448/TroxogxseksualitetxavxJonxDahl.pdf> [lest 20.02.08]

Dalland, O.(2007).

Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal.

Ericson, B. (2003).

Messe for et skjendet barn. I: Torp, Elisabeth (red) **Fra skam til verdighet**, s. 25-43. Oslo: Universitetsforlaget

Eide, H. og Eide T. (2006).

Kommunikasjon i relasjoner. Oslo: Gyldendal.

Fagermoen, M. S. (2005).

Samtale, undervisning og veiledning. I: Allmås, Hallbjørg (red). **Klinisk sykepleie**, s. 12-24. Oslo: Gyldendal.

Førsvoll, R. (2003).

Fra synd fra skam fra fare seksuelle overgrep i kirke og samfunn. Otta: Universitetsforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet (1999).

Lov om helsepersonell. Tilgjengelig fra:

<http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html> [Lest: 04.03.08].

Hegadoren, K.M., Lasiuk, G.C., Coupland, N.J. (2006).

Posttraumatic Stress Disorder Part III: Health Effects of Interpersonal Violence Among Woman. Perspectives in Psychiatric Care Vol. 42, No. 3.

Tilgjengelig fra:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=1&did=1157381201&SrchMode=1&sid=1&Fmt=3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1206129623&clientId=72807> [Lest: 18.02.08]

Holme, I. M. og Solvang, B. K. (1998).

Metodevalg og metodebruk. Otta: TANO.

Hummelvold, J. K. (2004).

Helt – ikke stykkevis og delt. Oslo: Gyldendal.

Håkonsen, K. M. (2003).

Innføring i psykologi. Oslo: Gyldendal.

Jakobsen M. (2006).

Kroppen husker nevrobiologisk kunnskap om traumetilstander. I: Jakobsen, Marianne (red). **Dissosiasjon og relasjonstraumer Integrering av det splittede jeg**, s. 43-59. Oslo: Universitetsforlaget.

Justis- og politidepartementet (2006)

Fra ord til handling. Bekjempelse av voldtekt krever handling. (NOU 2008:4). Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/pages/2045170/PDFS/NOU200820080004000DDDDPD FS.pdf> [Lest: 21.02.08]

Kirkengen, A. L. (2005).

Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Oslo: Universitetsforlaget.

Kittelsen, B.E. (2004).

Kjønn, makt, vold og seksuelle overgrep. Tidsskriftet Sykepleien nr 13. Tilgjengelig fra:

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1036&categoryID=42> [Lest: 25.02.08]

Kittelsen, B.E. (2001).

Læring om seksuelle overgrep: En kvalitativ undersøkelse om hva som påvirker kvinnelige sykepleiere i læringsprosessen. Hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag. Universitetet i Bergen.

Kringlen, E. (2007).

Norsk psykiatri gjennom tidene. Skien: N W DAMM & SØN AS

Kristoffersen, N. J. (2005).

Helse og sykdom. I: Skaug, Eli-Anne (red). **Grunnleggende sykepleie bind 1**, s. 28-76. Oslo: Gyldendal.

Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet (2004).

Fagplan. Tilgjengelig fra:

[https://fronter.com/hsh/links/files.phtml/47e7868d41bec.964624786\\$189748431\\$/Arkiv/Fagplan/3.1.1+Fagplan.doc](https://fronter.com/hsh/links/files.phtml/47e7868d41bec.964624786$189748431$/Arkiv/Fagplan/3.1.1+Fagplan.doc) [Lest: 12.03.08].

Major, E, (2003).

Behandling av psykisk traumatiserte i Norge.

Tidsskriftet for Den norske legeforening. Tilgjengelig fra:
http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=893193 [lest: 01.03.08]

Mehlum, L og Hytten, K (1999).

Hva vet vi om årsakene til selvmord. I: Mehlum, Lars (red). **Tilbake til livet**, s. 58-84. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Molven, O (2003).

Sykepleie og jus. Oslo: Gyldendal.

Mossige, S. Stefansen (2007).

Vold og overgrep mot barn og unge- en selvrporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. NOVA ISBN: 978-82-7894-271-0
[Internett]. Tilgjengelig fra:
http://www.nova.no/asset/3059/1/3059_1.pdf [lest 21.02.08]

Nortvedt, P. (2005).

Klinisk sykepleie-realiteter og utfordringer. I: Almås, Hallbjørg (red). **Klinisk sykepleie**, s. 1-11. Oslo: Gyldendal.

NOU 1997: 23

Seksuallovbrudd. Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19971997/023/PDFA/NOU199719970023000DDDPDFA.pdf> [Lest: 04.03.08].

NOU 2008: 4

Fra ord til handling Bekjempelse av voldtekt krever handling. Tilgjengelig

fra:

<http://www.regjeringen.no/pages/2045170/PDFS/NOU200820080004000DDDDPD FS.pdf> [Lest: 29.02.08].

NSF (2007).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Tilgjengelig fra:

<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etik k/Norsk%20Sykepleierforbunds%20NSFs%20Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf>

[Lest: 17.02.08]

Rahm, G., Renck, B. og Ringsberg, K.C. (2006).

'Disgust, disgust beyond description' – Shame cues to detect shame in disguise, in interviews with women who were sexually abused during childhood. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2006, 13, 100-109

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=5&hid=114&sid=03343a1d-934e-4180-be69-5056ab98c5fc%40sessionmgr107>

[Lest: 23.02.08]

Sosial- og helsedirektoratet (2003).

Seksuelle overgrep mot barn. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. ISBN-nr: 82-8081-028-5.

Steinsbekk, A. og Bylund, G.S. (1999).

Hjelp – pasienten er incestutsatt. Tidsskriftet Sykepleien nr 9. Tilgjengelig fra:

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=364&categoryID=24> [Lest:

24.02.08]

Steinsbekk, A. og Bylund, G.S. (1999).

Når pasientrollen vekker fortidas spøkelser til liv. Tidsskriftet Sykepleien nr 10. Tilgjengelig fra:

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=371&categoryID=24> [Lest: 26.02.08]

Søftestad, S. (2005).

Seksuelle overgrep. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999).

Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget.

Utdannings – og forskningsdepartementet (2004).

Rammeplan for sykepleierutdanning. Tilgjengelig fra:

[https://fronter.com/hsh/links/files.phtml/964624786\\$69459\\$/Arkiv/Fagplan/Kopi+av+Rammeplan+2004](https://fronter.com/hsh/links/files.phtml/964624786$69459$/Arkiv/Fagplan/Kopi+av+Rammeplan+2004) [Lest: 12.03.08].

van Loon A., M., Koch T., Kralik D. (2004).

Care for female survivors of child sexual abuse in emergency departments. Accident and Emergency Nursing (2004) 12, 208-214. (Ovidmedline 1996-2008. Bestilt hos Bibsys).

World Health Organization (2003).

Guidelines for medico- legal care for victims of sexual violence. Tilgjengelig fra:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf> [Lest: 03.03.08]