

BACHELOROPPGÅVE

Vold i nære relasjonar - Ekte kjærleik er fri for vold

Korleis kan sjukepleiaren bli flinkare til å avdekke vold mot kvinner?

Kandidatnr. 14
Iris Beate Hammerseth Egge

Violence in close relations - Real love does not include violence

Emnekode og namn:
SK 152 – Bacheloroppgåve i sjukepleie

Innleveringsdato:
02.05.2014

Tal ord:
6999

Rettleiar:
Siv Førde



Samandrag

Tittel: Vold i nære relasjonar - Ekte kjærleik er fri for vold

I denne oppgåva vil eg fremje kunnskap om korleis sjukepleiaren kan bli flinkare til å avdekke vold blant kvinner. Kvar fjerde kvinne blir i løpet av livet utsatt for vold og berre 3-10% av desse tilfella blir oppdaga av helsepersonell. I følgje forskning har sjukepleiarar for lite kunnskap om emnet og eg blei nyskjerrig på kvifor det er slik. Eg hadde psykiatripraksisen min var på eit krisesenter, noko som og er ein grunn for at eg valte dette emnet.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiaren bli flinkare til å avdekke vold mot kvinner?

Framgangsmåte: Dette er ei litterær oppgåve. Eg har brukt litteratur frå pensumbøker og andre relevante bøker. Tilsaman har eg med fem forskingsartiklar og eiga erfaring frå psykiatripraksis og ambulanse i oppgåva.

Oppsummering: For å avdekke partnervold på pasientar som er innlagt på sjukehus, må vi ha kunnskap om emnet for å sjå på både dei fysiske og psykiske symptom. Vi må bruke tid og vise omsorg til kvinnene for å skape tillit. Denne tillita kan hjelpe kvinnene til å tørr å seie ifrå og den kan hjelpe oss og avdekke. Sjukepleiaren må våge å nærma seg kvinna, hennar indre tankar og følelsar, og vi må spørje vold. Eit hjelpemiddel for å avdekke vold er å screene alle pasientar som kjem innom sjukehus for partnervold. Vi må sette fokus på desse kvinnene og vi må lære oss å sjå dei.

Summary

Title: Violence in close relations – Real love does not include violence

Background: In this paper, I want to promote knowledge in how nurses can get better to identify violence against women. Every fourth woman will in her life get abused, and only 3-10% of these cases is identified by health care workers. Research tells us that nurses have little knowledge about the subject, which made me want to find out more about it. I had my psychological practice in a crisis center, which is also a reason why I chose this subject.

Problem: *How can nurses get better to identify the women who are abused?*

Method: This is a literary study. In my assignment I have used literature from textbooks and other relevant literature. I have used five research articles and have experience from the crisis center and the ambulance.

Summary: In order to uncover partner violence on the patients in hospital, we have to have knowledge about the subject to uncover both physical and psychological symptoms. We need to care about these women and we need to give them time to develop confidence. This can help the women to dare to speak out and then help us to uncover. The nurses have to get to know the women and their deeper feelings, so we can dare to ask them. A tool to help us explore violence is screening all patients in hospital for domestic violence. We must focus on these women and learn to see them.

Innhold

1.0 Innleiing	1
1.1 Avgrensingar	1
1.2 Begrepsavklaringar	2
1.3 Innhold i oppgåva	2
2.0 Framgangsmåte	2
2.1 Metode	2
2.2 Bøker	3
2.3 Litteratursøk og forskning	3
2.4 Forskingslitteratur	4
3.0 Teori	5
3.1 Sjukepleiarteori	5
3.2 Kva er vold i nære relasjonar?	5
3.3 Utbredelse	6
3.4 Samfunnet	6
3.5 Voldssyklusen	6
3.6 Kvifor blir kvinna hos mannen?	7
3.7 Psykiske problem	7
3.8 Krisefasar	8
3.9 Fysiske skader	8
3.10 Yrkesetiske retningslinjer	9
3.11 Helsevesenet og vold	9
3.12 Korleis skal sjukepleiaren møte kvinna?	10
4.0 Drøfting	11
4.1 Er vold eit skjult samfunnsproblem?	11
4.2 Kvifor held kvinnene det skjult?	11
4.3 Psykiske og fysiske følgjer av volden	13
4.4 For lita tid eller for lite kunnskap?	15
4.5 Vil det vere lettare dersom vi nyttar screening?	16
5.0 Veikskap og styrke	17
6.0 Konklusjon	18
7.0 Bibliografi	19

1.0 Innleiing

Om lag kvar fjerde kvinne blir i løpet av livet utsatt for vold i sin eigen heim. Mange av desse har så store skadar at dei blir innlagt på sjukehus (Haaland, Clausen, & Schei, 2005). Kvifor er mengda av vold oppdaga i helsevesenet, langt mindre enn det som framgår i anonyme undersøkingar (Cann, Withnell, Shakespeare, Doll, & Thomas, 2001)? Kvifor blir berre 3-10% av volden oppdaga av helsepersonell (Yam, 2000)? Er vi redde for å spørje eller har vi for lite kunnskap? Vold mot kvinner er eit verdsproblem og er ein av hovudårsakene til skader og død. Tiltak som «internasjonal dag for avskaffing av vold mot kvinner» og «rød- knapp kampanje» er med på å sette tema på dagsorden (FN organisasjonen, 2013; Den norske kyrkje, 2013). Grunnen til at eg valte dette tema, er fordi eg hadde psykiatripraksisen min på eit krisesenter og fekk innsyn i ein del av dette. Då såg eg kor utbredt det er, og eg meiner sjukepleiarar burde ha meir kunnskap om emnet for å bli flinkare til å avdekke vold.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiaren bli flinkare til å avdekke vold mot kvinner?

1.1 Avgrensingar

Eg vil avgrense problemstillinga til korleis sjukepleiarar som jobbar på sjukehus kan bli flinkare til å avdekke om kvinnene som blir innlagt er utsatt for partnervold.

Her vil eg sjå på volden menn utøver mot kvinner. Dette betyr ikkje at vold i nære relasjonar berre omfattar kvinner. Det viser seg at rundt 21% av alle menn blir utsatt for partnervold, og at det grunna sosiale normer er eit bagatellisert problem. Likevel er volden mot kvinner meir brutal og fører til fleire fysiske konsekvensar (Haaland, Clausen, & Schei, 2005).

Sjølv om det viser seg at i 1/3 av partnervoldssakene er barna vitne til vold mot mor (Haaland, Clausen, & Schei, 2005), har eg heller ikkje valt å ha mitt fokusområde her. Barna er tydeleg eksponert for maktbruken og undersøkingar viser at desse barna har høg risiko til å utvikle psykososiale problem (Haaland, Clausen, & Schei, 2005).

Eg har også valt å sjå vekk frå etnisitet, sjølv om 56% av brukarane på krisesenteret er av anna etnisk bakgrunn enn Noreg. Det er ikkje dokumentert at vold i nære relasjonar er meir utbredt blant utanlandske kvinner. Grunnen til at det er fleire utanlandske på krisesenteret, er fordi dei treng meir hjelp grunna språkproblem og lite kunnskap om Noreg og våre ordningar (Storberget, Bråten, Rømming, Skjørten, & Aas- Hansen, 2007).

Grunnen til at eg vel å skrive om kvinner, er fordi det var desse eg møtte i praksisen min på krisesenteret. Derfor har eg egne erfaringar og historier å komme med.

1.2 Begrepsavklaringar

Ordet avdekke vil seie å finne ut/avsløre/identifisere noko eller nokon. I problemstillinga går ordet avdekke ut på at vi som sjukepleiarar skal finne ut om kvinnene som blir innlagt på sjukehus kan vere utsatt for vold.

Vold er bruk av tvang eller truslar med vekt på dei negative konsekvensane handlingar har for individet. Her inngår alle typar fysiske, seksuelle og psykologiske former for mishandling (Thoresen & Hjemdal, 2014). Eg går ut frå at volden kan vere både psykisk og fysisk.

1.3 Innhald i oppgåva

I byrjinga av oppgåva har eg skrive eit metodekapittel som omhandlar litteraturen og forskinga eg har funne. I teoridelen går eg nærare inn på tema «vold i nære relasjonar». Her har eg med teori om til dømes korleis sjukepleiaren kan avdekke, litt om yrkesetiske retningslinjer og funn frå forskingsartiklane. I drøftingsdelen har eg drøfta teori og funn frå forskingsartiklane. Mot slutten av oppgåva skriv eg veikskarar og styrker. Til slutt kjem eg med ei avslutning der eg samlar trådane i oppgåva og trekk dei konklusjonane som er moglege å trekke med tanke på problemstillinga mi.

2.0 Framgangsmåte

2.1 Metode

Ein vitenskapleg metode er ein framgangsmåte som gir lesaren moglegheit til å skaffe kunnskap, og nå fram til same resultat som forfattere (Rienecker, Jørgensen, & Skov, 2013). Eg har valt å bygge oppgåva mi opp som ein litterær studie og har nytta bøker, forskingsartiklar og skriftlege kjelder for å sjå nærare på problemstillinga mi. Ein litterær studie vil sei at eg brukar litteratur som allereie er skrive, og fortolkar denne (Dallan, 2012). Eg har brukt humanvitskapeleg litteratur i oppgåva mi. Humanvitskap hjelper oss å forstå mennesket og det hjelper oss til å behandle menneske som meningsfulle (Dallan, 2012).

Som teoretisk referanseramme har eg valt å bruke Benner og Wrubel sin omsorgsteori fordi dei fokuserer på omsorg i måten å møte menneske på. Dei beskriv meistring og stress som viktige omgrep, noko eg og ynskjer å sjå nærare på for å finne svar på problemstillinga mi.

2.2 Bøker

Eg vil belyse problemstillinga ved å nytte relevant litteratur både frå pensumbøker og bøker utanom pensum. Eg har funne teori om mellom anna kommunikasjon og samhandling, psykologi, symptom på og verknad av vold, samt etikk og sjukepleie. Eg har nytta både sekundær og primærlitteratur, og vil trekke fram Patricia Benner si bok frå 1995 «Frå novice til ekspert» som primærlitteratur.

2.3 Litteratursøk og forskning

Då eg var på krisesenteret i praksis fekk eg ulike brosjyrar om kvinner, barn og vold i nære relasjonar. Eg fekk også tips om kva eg kunne søke på, som skjema frå «Barne- ungdom og familie – og familieetaten» (Bufetat, 2009). Eg har brukt «Google» og søkt på «Vold i nære relasjonar» og «Vold mot kvinner». Her i frå har eg funne relevant litteratur frå «regjeringen.no», «fokuskvinner.no» og «fn.no». Eg las i eit kvinneblad der det stod om «Rød-knapp kampanje», dette fann eg relevant litteratur om frå «Sanitetskvinnen.no» og «kirken.no».

Når eg skulle søke etter forskning byrja eg å leite på sykepleien.no for å finne norsk litteratur. Då fann eg ein fagartikkel av Lone Hansen, Anne Mette Finsrud og Ole Greger Lillevik «Når kvinner blir hos menn som slår» (2012). Denne artikkelen leda meg vidare til «nhi.no» og så vidare til Thomas Haaland, Sten-Erik Clausen og Berit Schei sin «Vold i parforhold - ulike perspektiver. Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge» (2005). Av rettleiar fekk eg tips om Kjersti Alsaker, og av henne fann eg artikkelen «Fra å vere den utvalte til å bli den utsatte» (2009).

Eg har søkt på swemed, medline, pubmed og Cinahl. På swemed søkte eg på «Vold i nære relasjoner» og «kvinnemishandling», her fann eg 3 artiklar som ikkje var relevante. På Pubmed/Medline søkte eg på: Violence - women - uncover – hospital, her fann eg 3 forskingsartiklar og ein relevant. Eg søkte også på: Violence - woman - nurses - ask, her fekk eg 5 treff og ein relevant. Så søkte eg på Academic search premier der er trykte på “chose database”: Medline og Cinahl. Her brukte eg orda: Partner violence – signs – hospital, noko som gav 7 treff og 1 brukande. Søkte deretter på Partner violence – signs – nursing, dette gav 16 treff der 2 var relevante. Når eg gjekk inn på nokre av forskingsartiklane kom der opp forslag til meg om liknande forskingsartiklar i høgre hjørne på ei side som heitte «Science

direct». Tilsaman sat eg igjen med 8 forskingsartiklar. Etter å ha lese gjennom desse kom eg fram til 5 som eg følte var relevante og gav eit bra spekter for kunnskap og drøfting i oppgåva mi. Eg har med to kvantitative, ein oppsummert forskingsartikkel og to kvalitative.

2.4 Forskingslitteratur

I 2001 publiserte Public health ein forskingsartikkel som ser på helsepersonellet sitt nivå for undersøkingar, gjenkjenning og haldningar til vold i nære relasjonar. Dei blei sendt ut eit spørreskjema til helsepersonell i ulike sjukehusavdelingar for å finne ut kva kunnskap og haldningar dei har. Dei kom fram til at helsepersonell aksepterer at vold er eit helseproblem og meiner det er eit viktig satsingsområde, og at ein burde ha meir kunnskap om korleis ein skal identifisere vold i nære relasjonar. Helsepersonellet seier dei manglar kunnskap om korleis dei skal snakke med pasienten om problema (Cann, Withnell, Shakespeare, Doll, & Thomas, 2001).

Public health publiserte i 2012 ein forskingsartikkel som handlar om kva barrierar som gjer det vanskeleg for sjukepleiarar og legar å spørje om kvinna er blitt utsatt for vold. Det er også sett på kva ein kan gjere for at det skal bli enklare for sjukepleiarar og legar å avdekke vold. Sjukepleiarar og legar blei tilfeldig valt til å få utdelt spørreskjema om vold i nære relasjonar. Dei kom fram til at dei fleste har barriere for å spørje om vold og dei meiner dei har for lite tid og kunnskap. Mange lar vere å spør fordi partneren er der og fordi dei er redd for at kvinna reiser tilbake til mannen (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen, & Macmillan, 2012).

I 2000 kom der ut ein kvalitativ forskingsartikkel frå Volume som omhandlar korleis kvinner som er utsatt for misshandling, føler på møte med sjukepleiarar og legar som jobbar i akuttmottak. Dei fem kvinnene som blei valt ut hadde blitt utsatt for vold dei siste 12mnd og sjølv oppsøkt helsevesenet. Resultatet viser at desse kvinnene meiner sjukepleiarar og legar har for lite kunnskap om emnet og dei følte seg ikkje behandla som eit medmenneske (Yam, 2000).

I 2003 blei det publisert ein kvantitativ oppsummert forskingsartikkel frå Academic emergency medicine, som ser på om det å «screene» og spør alle pasientar om «vold i nære relasjonar», vil føre til at det er lettare å identifisere og avdekke om kvinner er utsatt for vold. Dei las gjennom 339 overskrifter for å finne det beste utvalet, og sat tilslutt igjen med

20 relevante. Resultatet viser at screening er kostnadseffektivt og gjennomførbart (Anglin & Sachs, 2003).

I 2010 publiserte Volume ein forskingsartikkelen der sjukepleiarar har gått gjennom eit prosjekt om vold i nære relasjonar. Prosjektet gjekk ut på at sjukepleiarane skulle auke sin kompetanse i å identifisere vold i nære relasjonar. Sjukepleiarane som jobba i akuttmottak fekk denne opplæringa. Dei fekk trening i tre hovudtiltak for å avdekke vold i nære relasjonar i tillegg til kunnskap om emnet. Så fekk dei spørsmål før og etter denne treninga. Resultat viser auka kunnskap og avdekking av vold (Bournell & Prosser, 2010).

Innhaldet i desse fem forskingsartiklane var nyttig for å finne svar på problemstillinga og eg vil komme tilbake til innhaldet fleire stader i oppgåva.

3.0 Teori

3.1 Sjukepleiarteori

Teorien til Benner og Wrubel bygger på at omsorg er eit fundament for alt menneskeleg liv og for tjenesta sjukepleiarane gir. Dei meiner omsorg gir pasienten ein meningsfull moglegheit til å meistre ein situasjon, og at det skapar ein moglegheit for pasienten å ta imot hjelp (Kirkevold, 1998). Benner skriv at sjukepleiaren må tørre å få god kontakt med pasienten og lytte til pasienten sine følelsar (Benner, 1995). Stress blir forklart som brot i meining og forståing, noko som er vanleg for kvinner utsett for vold (Kirkevold, 1998). Vidare skriv Benner at sjukepleiaren skal ta utgangspunkt i pasienten sin situasjon, vere aktivt til stades og få ein djup forståing av korleis pasienten opplever situasjonen. Deretter støtte pasienten med å finne ei meining med det (Benner, 1995).

3.2 Kva er vold i nære relasjonar?

Vold i nære relasjonar omfattar alle typar vold som blir utført av ein person som står nærme offeret, dette kan vere søsken, ektefelle eller foreldre (Justis og beredskapsdepartementet, 2013). Vold er ei handling der ein brukar fysisk og/eller psykisk makt mot offeret og er eit brot på menneskerettane (FOKUS, 2014). Vi har ulike typar vold som fysisk, psykisk, materiell, seksuell og latent vold. Døme på fysisk vold er slag og spark. Psykisk vold er truslar, og kontroll. Materiell vold er å øydelegge møblar og kaste gjenstandar. Seksuell vold er voldtekt eller truslar om det, og latent vold er når ein går på konstant vakt når moglegheita for ny vold føreligg (Justis og beredskapsdepartementet, 2013).

3.3 Utbredelse

Frå ein undersøking gjort i Noreg om kvinner og partnervold, ser vi at dette er eit omfattande problem og at mange hadde opplevd alvorleg potensielt livstruande vold. Etter fylte 15 år har meir enn kvar fjerde kvinne (27%) opplevd at sambuar eller ektefelle ein eller fleire gangar har utøvd fysisk vold (Haaland, Clausen, & Schei, 2005). Menns vold mot kvinner er ei viktig dødsårsak blant yngre kvinner. Tal frå 2004 viser at 6 av 14 drepne kvinner blei myrda av sin dåværande eller tidlegare partner (Haaland, Clausen, & Schei, 2005).

3.4 Samfunnet

FN kom i 1999 opp med ein internasjonal dag for avskaffing av vold mot kvinner. Denne dagen finn stad 25. november og rettar søkelyset mot at vold mot kvinner føregår i alle kulturar verden over (FN organisasjonen, 2013). «Stopp vold mot kvinner» er ein «rød-knapp kampanje» som jobbar for å bekjempe vold mot kvinner. Ved å feste denne knappen på kledda, viser vi at vi støttar krav til nulltoleranse for vold mot kvinner. Kampanjar som dette er med på å sette tema på dagsorden og vil gjere vold til eit samfunnsproblem, og ikkje berre eit problem for kvinnene (Den norske kirke, 2013). Rundt omkring i Noreg fins det 51 krisesenter. Eit krisesenter er eit lågterskeltilbod for vaksne med born som er utsett for vold, misshandling eller overgrep i heimen. Det skal vere ein midlertidig buplass der kvinna kan søke beskyttelse frå den valdelege mannen og får hjelp til å kontakte NAV, politi og advokat (Bufetat, 2009). Vi har ei «krisesenterlov» som pålegg alle kommunar å ha eit krisesentertilbod til innbyggjarane. «Formålet med lova er at vi skal sikre eit heilskapleg krisesentertilbod til kvinner, menn og barn som er utsett for vald eller truslar om det i nære relasjonar» (Krisesenterlova § 1, 2009).

3.5 Voldssyklusen

Vold kan forklarast i ein syklus av tre fasar: spenningsfasen – eksplosjonsfasen og «kveite-brøds- dagane». «Kveite-brøds-dagane» er beskrive som dagane etter volden finn stad. Dette er ein god periode der mannen unnskyldar seg og seier at det aldri skal skje igjen. Her ser kvinnene den mannen dei forelska seg i, og får eit håp om at volden ikkje skal gjenta seg. Etter ei tid byrjar volden å bygge seg opp igjen, her går kvinnene på tå hev og gjer sitt ytterste for å unngå å provosere til ny vold. Til slutt går spenningsfasen over i ein eksplosjon og ny vold. Slik fortsetter sirkelen. Etter kvart som tida går vil denne syklusen bli ein

«normalitet» i kvinna sitt liv, «kveitebrødsdagane» og spenningsfasen blir kortare og voldsfasen oftare og grovare. Kvinna vil då vere på konstant vakt (Bufetat, 2009).

3.6 Kvifor blir kvinna hos mannen?

Mange kvinner som blir utsett for den grovaste vold vel likevel å bli hos mannen (Haggholm, 2012). Dette er noko som er vanskeleg for helsepersonell å forstå, og noko av grunnen til at dei let vere å ta opp årsaka til skadane med kvinna (Beynon et al., 2012). Eg meiner det er viktig med teori om grunnar til at kvinna blir hos mannen, for at sjukepleiarar skal ha meir kunnskap om dette og tørr å spørje kvinna om vold.

Det som skjer i forholdet er ein langsam, snikande prosess der mannen tilslutt tek over all makt og kontroll (Haggholm, 2012). Kvinnene som lever i slike forhold har stor fare for å skape medavhengigheit. Dette vil sei at dei blir «avhengige» av mannen i dei augneblinka der han er snill og får eit håp om at han skal forandre seg. Overgripar har som mål å påverke kvinna, medan ho gjer alt ho kan for å forandre seg og unngå ny vold. Dette gjer at kvinna tilpassar seg og blir meir knytt til overgripar (Eriksen, 2000). Kvinnene brukar også ein «normaliseringsprosess» der dei identifiserer seg med overgripar, og finner feil med seg sjølv for å normalisere og rettferdiggjere volden. Resultatet blir at overgripar tvingar kvinna inn i ein situasjon der han kontrollerer henne gjennom isolasjon i tillegg til fysisk og psykisk kontroll (Haggholm, 2012). Så «kvifor kvinna ikkje berre går» er det mange grunnar til. Ein av dei viktigaste grunnane til å bli, er av omsyn til at barna treng faren sin, andre grunnar er at ho er redd for kva han kan finne på dersom ho går ifrå han (Storberget et al., 2007).

3.7 Psykiske problem

Studiar gjort i Europa viser at halvparten av dei spurde, både kvinner og menn meiner at volden er offeret sin feil. Dette er ein av grunnane til at kvinnene ikkje fortel om volden (Alsaker, 2009). Det er blant anna fordi ein skyldar på seg sjølv, føler skam og redsel (Cann et al., 2001).

Det blir sagt at menneske som opplever å bli styrt av andre kan ha lettare for å utvikle psykiske problem (Røkenes & Hanssen, 2012). Døme på dette er tilstandar som lært hjelpelausheit, sjølv mordstankar, angst, depresjon, søvnproblem og nedsatt sjølvkjensle (Haaland, Clausen, & Schei, 2005). Lært hjelpelausheit kan komme av langvarig undertrykking som går ut på å trakassere henne slik ho føler seg verdiløst og dårleg til alt som har med barn, hus og heim å gjere (Haggholm, 2012). Kvinna føler at alt ho tar seg til

med blir feil, og ho føler seg verdiløst, uleska og utan talent. Dette vil kunne føre til passivitet, aggresjon og tristheit (Thorsen, 2007).

Det at kvinna ikkje kan føle seg trygg i eigen heim, der tryggleik er ein grunnleggande faktor, vil føre til at ho er ansent når ho er heime (Storberget et al., 2007). Stress blir definert som dei fysiske og psykiske påkjenningane vi blir utsett for, og langvarig stress kan føre til angst, frykt og nervøsitet (Renolen, 2010). Ein følgje av å vere på konstant vakt for ytre farar, er at kroppen blir sett i alarmberedskap, og det blir ei auke i produksjonen av stresshormon. Når dette skjer over lengre tid vil det føre til ein konstant auke av dette hormonet. Dette vil gjere det vanskelig å falle til ro og det kan gje utslag i ulike symptom som hodepine, muskelspenningar, svimmelheit, fordøyelsessymptom eller magesår (Førde, 2014; Renolen, 2010).

3.8 Krisefasar

I ein traumatisk psykisk krisetilstand havnar vi i ein situasjon der tryggleik og identitet er alvorleg trua. Ein av dei vanlegaste utløysande faktorane er «krenkingar» eller trussel om det som ved seksuelle overgrep eller skam (Hummelvoll, 2012). I ein slik tilstand vil ein gå gjennom ulike krisefasar. I sjokkfasen kan ein føle benekting, mykje fordi hendinga er så sterk at det er vanskeleg å ta innover seg. I reaksjonsfasen vil gjerne hendinga komme fram i heile sin breidde. Sinne og angst er vanlege reaksjonar (Hummelvoll, 2012). I bearbeidingsfasen byrjar dei sterkaste følelsane og avta og ein får grep på situasjonen. Nyorienteringsfasen er ein fase der følelsar og smerte er under kontroll og ein kjem tilbake til det normale livet (Hummelvoll, 2012). Voldsutsatte kvinner kan oppleve å gå frå den eine krisa til den andre utan å få moglegheit til å gå gjennom alle fasane. Dette kan føre til at kvinna er i ein stadig sjokktilstand der ho aldri blir ferdig med sinnet eller sorga, før ho går inn i ein ny voldsepisode (Eriksen, 2000).

3.9 Fysiske skader

Den vanlegaste skaden vi kan sjå hos kvinner som er utsatt for vold er blåmerker. Andre typiske skader er: kloremarker, snittsår, hjernesekking, brot, tannskader og indre skader (Haaland, Clausen, & Schei, 2005). Volden som kvinnene blir utsatt for blir betegna som skjult vold. Noko av grunnen til det er at kvinnene seier dei «datt ned trappa», «fekk skåpdøra i meg» eller liknande for å skjule det som faktisk skjedde. Kvinnene vil også prøve å

skjule blåmerka med sminke, skjerf eller liknande, og blåmerka og skadane er ofte påført på plassar som ikkje er synelege (Haggholm, 2012).

3.10 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar er eit etisk fundament som bygger opp om prinsipp i ICN sine etiske reglar og FNs menneskerettighetserklæring (Norsk sykepleierforbund, 2011). Når eg skriv om korleis vi avdekkar vold er omsorg viktig. Eg har lest gjennom yrkesetiske retningslinjer og funne dei som er viktige for sjukepleiaren å ha med seg i møte med voldsoffer:

2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. 2.4

Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. 2.5

Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å forta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8).

3.11 Helsevesenet og vold

Det ville vore sannsynleg at det er helsepersonellet som først avdekkar vold, sidan det er helsevesenet som behandlar skader. Dette viser seg og ikkje vere tilfelle. Mengda av vold oppdaga i helsevesenet, er langt mindre enn det som framgår av anonyme undersøkingar. I følgje Cann et al. (2001) meiner sjukepleiarane dei har for lite kunnskap om korleis dei skal identifisere vold, og korleis dei skal snakke med kvinner som er utsatt for det. Berre 3-10% av tilfella blir oppdaga av helsepersonell (Yam, 2000). Når kvinna søker hjelp for skadane ho er påført er det ofte sjukepleiaren ho møter. Sjukepleiaren har derfor ei viktig rolle og eit stort ansvar for å avdekke vold og tilby kvinnene hjelp og psykososial behandling (Haggholm, 2012). Anglin & Sachs (2003) fann ut at screening av alle pasientar innanfor akuttmottak er aktuelt fordi mange forskjellige pasientgrupper blir utsatt for vold. Ved bruk av korte screeningskjemaer kan det vere kostnadseffektivt og gjennomførbart. På ei avdeling der dei skulle gjennomføre screening på alle kvalifiserte pasientar, var det berre 19% av pasientane som blei spurt ut.

I følgje Beynon et al. (2012) meiner sjukepleiarane dei har for lita tid og for lite kunnskap om vold i nære relasjonar. Sjukepleiarane var heller ikkje klar over ansvaret dei har i forhold til meldeplikt. Helsepersonellova § 33 (2001) pålegg helsepersonell å gi opplysningar til barneverntjenesta når ein mistenker at eit barn blir misshandla i heimen eller det føregår

alvorlig omsorgssvikt. Det kjem også fram at helsepersonell er redde for å spørje, fordi dei då involverer seg i kvinna sitt liv. Helsepersonellet syns det er vanskeleg å spørje fordi mannen er med, og at dei kunne tenke seg å ha kvinna på tomannshand (Beynon et al., 2012). I følge Bournell & Prosser (2010) viste det seg at opplæring om vold i nære relasjonar gav sjukepleiarane forbetra tillit, praksis og ferdigheit i identifiseringa. Dei visste kva ansvar dei har og kven dei skal snakke med dersom dei avdekka vold.

3.12 Korleis skal sjukepleiaren møte kvinna?

Som sjukepleiar er det viktig å møte heile menneske. Dette vil seie at du møter den andre som eit medmenneske du skal kommunisere og samhandle med (Røkenes & Hanssen, 2012). I følge Yam (2000) seier kvinnene at sjukepleiarane er for opptatt av vitale teikn og av å reparere utsida. Kvinnene føler sjukepleiarane har for lita tid og kunnskap, noko som gjer at dei vegrar seg for å fortelje det. I arbeid med voldsutsatte menneske er det viktig å gje omsorg og møte dei med verdigheit (Haggholm, 2012). Omsorg er å vise forståing og bry seg om andre (Hummelvoll, 2012). Det er også viktig å legge til rette for at dei skal opne seg mest mogleg, slik at dei får fortelje kva dei tenker og føler. På denne måten må du som fagperson lytte og skape tryggleik slik at personen kan tørre og stole på deg (Røkenes & Hanssen, 2012).

Kvinner vil oftast ikkje avsløre vorden så lenge ho ikkje blir spurt direkte om det (Beynon et al., 2012). Dette viser kor viktig det er at sjukepleiaren tørr å spørje. Ved at ein vågar å nærme seg kvinna på hennar private område, har ein også tatt sjansen på sjølv å bli avvist og såra. Ein vil så gjerne at kvinna skal forlate mannen, og blir lei seg og redd for kvinna dersom ho vel å reise tilbake (Haggholm, 2012). I følge Beynon et al. (2012) seier sjukepleiarane at 20% av grunnen til at dei ikkje spør, er fordi dei er redd for å involvere seg for mykje i kvinna, når ho likevel reiser tilbake til mannen. Sjukepleiaren må, til tross for nye voldsepisodar akseptere og støtte kvinna si slutning. Kvinna har sjølv ansvar for eige liv og for å ta slutninga om ho vil reise tilbake (Haggholm, 2012).

4.0 Drøfting

Som vist i teorien ovanfor syner ulik forskning at sjukepleiarar er dårlege til å avdekke vold. Eg vil i lys av ovanfor nemnde teori og eigne refleksjonar, sjå nærare korleis sjukepleiaren kan bli flinkare til å avdekke vold mot kvinner.

4.1 Er vold eit skjult samfunnsproblem?

Kvinner som blir utsatt for vold føler skam og redsel, dei har ofte dårleg sjølvfølelse og er redde for korleis samfunnet skal reagerer om dei vel å fortelje om det (Cann et al., 2001). I følgje studiar viser det seg at halvparten av dei spurde meiner at volderen er offeret sin feil (Alsaker, 2009). Dette viser oss at samfunnet generelt veit for lite om vold i nære relasjonar. Blir sjukepleiarane som og er ein del av samfunnet påverka av dette? Dette er ein tanke eg har laga meg ut ifrå at berre 3-10% av volderen blir oppdaga av helsepersonell. Sidan det er helsevesenet som behandlar skadar ville det vore sannsynleg at det er helsepersonell som først avdekkar vold.

Det blir vist i undersøkingar at meir enn kvar fjerde kvinne blir i løpet av livet utsatt for partnervold, og at 6 av 14 drepte kvinner blei myrda av sin dåverande eller tidlegare partner (Haaland, Clausen, & Schei, 2005). Dette viser oss kor vanleg det er. Den internasjonale dagen for avskaffing av vold mot kvinner (FN organisasjonen, 2013) og dei ulike kampanjane eg tidlegare har vist til, er med på å fremje kunnskap om tema og har vist meg betydninga av å sette i gang ulike intervensjonar for å oppdage og endre dagens situasjon. For min eigen del visste eg lite om vold i nære relasjonar før vi hadde undervisning om det på sjukepleiarhøgskulen. Eg hadde aldri høyrte om den internasjonale dagen eller rødt knapp kampanje. Eg visste at vi hadde fleire krisesenter i Noreg, men var ikkje klar over at dette var lovpålagt (Krisesenterlova, 2009). Dette viser meg at vold er eit skjult samfunnsproblem, og at eg som sjukepleiarstudent hadde for lite kunnskap om det før eg byrja å sette meg inn i problemstillinga.

4.2 Kvifor held kvinnene det skjult?

Sjølv om kvinner blir utsatt for den grovaste vold blir dei ofte hos mannen (Haggholm, 2012). Det er viktig at sjukepleiaren har kunnskap om kvifor kvinnene held tilhøva i heimen skjult. Ved å forstå desse mekanismene vert det lettare for sjukepleiaren å vite kva ho skal sjå etter.

Eit eksempel på korleis kompetanse på voldsproblematikk kan hjelpe til å avdekke slike tilhøve, fekk eg nyleg då eg var ute på ambulanseoppdrag i ein heim der kvinna vedgjekk at

ho hadde blitt utsatt for misshandling. Eg fortalde ho at det ikkje er slik det skal vere og at vi har tilbod som krisesenter. «Eg berre søv på sofaen i natt, eg har blitt mishandla i 25år og i morgon veit eg at han er god som gull». Kunnskap eg har fått gjennom å lese teori om dei ulike voldsfasane i voldssyklusen hjelpte meg å forstå mekanismen bak det kvinna fortalde (Bufetat, 2009). Kvinna går då ut frå at voldsepisoden er over og at morgondagen blir betre. Når eg som helsepersonell såg kvinna og fortalde henne at dette var noko ho ikkje trengde å finne seg i, turte eg å snakke med ho om det. Eg fortalte henne at dette ikkje er normalt og gav informasjon om andre tilbod. Sjølv om kvinna valte å bli med mannen har eg likevel vist at eg brydde meg, og gitt henne informasjon, dersom ho ein dag finner ut at ho ikkje lenger orkar å leve slik. Det kan også vere kvinna tenker at visst nokon andre faktisk ser det, er det kanskje noko i det. Eg har tidlegare nemnt at 20% av grunnen til at sjukepleiarane ikkje spør, er redselen for at kvinna reiser tilbake til mannen (Beynon et al., 2012). Dette viser oss at redselen for sjølv å bli såra er ein grunn til at det ikkje blir avdekka. Vi må tørre og gje av oss sjølv og tørr å møte desse kvinnene. Kanskje tar det fleire år før ho forlet mannen, men likevel er det nokon som har brydd seg og gitt informasjon, noko som kan vere eit «spark bak».

Ein annan situasjon eg opplevde i praksis, var ei ung kvinne eg møtte på krisesenteret som fortalde at ho hadde blitt slått av kjærasten og aldri skulle reise tilbake til han. Dagen etterpå sa ho at det var hennar feil at krangelen oppstod og at han aldri brukte fysisk vold mot ho. Når ei kvinne blir slått av mannen ho elskar vil ho føle at tryggleik og identitet blir trua, noko som kan gjer at ho havnar i ein traumatisk krisetilstand (Hummelvoll, 2012). Her er kvinna i sjokk, noko som gjer at ho ikkje klarar å ta innover det som har skjedd og forstår ikkje alvoret i situasjonen (Eriksen, 2000). For utanforståande kan dette vere vanskeleg å forstå kvifor denne jenta vel å reise tilbake til mannen. Tidlegare skrive under punkt 3.6 er medavhengigheit er ein grunn til at kvinnene blir (Eriksen, 2000). «Normaliseringsprosessen» der kvinnene identifiserer seg med overgripar, barn i forholdet er andre grunnar (Hagghold, 2012; Storberget et al., 2007). Det er viktig å ha kunnskap om dette for å akseptere kvinna si slutning om å reise tilbake til mannen. Kvinna har sjølv eit ansvar for eige liv og vi kan berre støtte opp om avgjerdsla (Haggholm, 2012). Som nemnt tidlegare under punkt 3.10 skal vi i følgje Norsk sjukepleiarforbund (2011) forsikre oss om at informasjonen vi gir er forstått og

vi skal respektere kvinna si slutning om å reise tilbake til mannen. Her er det viktig å gje nok informasjon, slik at ho føler ho kan komme igjen sjølv om ho vel å reise tilbake til mannen.

Med ein gang det er born inne i biletet har vi eit stort dilemma. Som skrive tidlegare har vi eit lovpålagt ansvar når det kjem til meldeplikt til barnevernet (Helsepersonellova, 2001), noko som er viktig at sjukepleiaren er klar over dersom ein misstenker noko. Informasjon om at vi vil kontakte barnevernet dersom vi mistenker vold, kan hemme kvinna i å reise tilbake til mannen fordi ho er redd for å miste ungene. Det kan også gjere at kvinna mister tilliten til oss, og ikkje vil fortelje noko. Dette gjer det vanskeleg, men om vi øydelegger tillit eller ikkje, må vi ta det opp, ikkje berre fordi det er lovpålagt, men av omsyn til barnet.

Informasjon er noko vi må tenke på til alle pasientar sjølv om dei ikkje vedgår at dei er blitt utsett for vold. Dette kan vere informasjon om at kvar fjerde kvinne har i løpet av livet blitt utsatt for vold frå partner (Haaland, Clausen, & Schei, 2005). Kvinna kan då få ei forståing om at ho ikkje er åleine om problemet. Samtidig kan det bli lettare å vedkjenne det når nokon tar det opp. Vi må gje informasjon om krisesentertilbodet i kvar kommune å tilby henne kontaktinformasjon. Slik informasjon gir kvinna ei forståing om at der fins hjelp, sjølv om ho kanskje ikkje er klar for å ta imot denne hjelpa no. Om kvinna reiser tilbake til mannen veit ho at nokon bryr seg og ho veit kor ho skal henvende seg dersom det skjer igjen. Kvinna eg møtte i praksis reiste tilbake til mannen, men ho lagra nummeret til krisesenteret på telefonen i tilfelle han slo igjen. Dette viser oss kor viktig det er med god informasjon.

4.3 Psykiske og fysiske følgjer av volden

Kvinner som blir styrt av mennene sine har lettare for å utvikle psykiske problem enn andre (Røkenes & Hanssen, 2012). Misshandling kan føre til dårleg sjølvtilitt (Renolen, 2010), og kvinna trur ofte det er ho som er grunnen til krannglane og problema i forholdet. Dette er ein av grunnane til at kvinna ikkje seier noko, fordi ho trur ho fortener å bli slått. Her vil eg trekke inn viktigheita av å gje omsorg til pasienten. I følgje Benner og Wrubel skal sjukepleiaren gje omsorg slik at pasienten føler meistring i situasjonen og dermed tørr å ta imot hjelp (Kirkevold, 1998). Som skrive tidlegare er omsorg å vise forståing og bry seg om andre (Hummelvoll, 2012). Vi må lytte til kvinna og vise interesse for henne og situasjonen. Ein slik omsorg gir kvinna tryggleik, noko som igjen gjer at ho føler tillit til oss og tørr og opne seg (Røkenes & Hanssen, 2012). Her vil eg trekke inn erfaringar gjort frå kvinnene i Yam (2000) sin forskingsartikkel. Dei meinte at sjukepleiaren var for dårleg til å behandle dei som

eit medmenneske, hadde for lita tid og kunnskap. I følgje Norsk sykepleierforbund (2011) skal sjukepleiaren ivareta pasienten sitt behov for heilheitleg omsorg. Dermed viser våre eige retningslinjer at vi skal gje omsorg og møte heile menneske.

Kvinnene fortel at den psykiske volden er verre enn den fysiske (Haggholm, 2012). Likevel trur eg det er lettare for oss å sjå dei fysiske skadane. Når ein kvinne som blir innlagt på sjukehus slit med psykiske problem som angst og depresjon, er det viktig at vi som helsepersonell ikkje utelukkar at dette kan vere grunna vold. Kvinnene kan og bære preg av lært hjelpelausheit, som er vanleg for dei som lever i voldelege forhold. Eit vanleg symptom på dette er passivitet som at dei ikkje orkar noko, og treng hjelp til alt (Thorsen, 2007). Den vanlegaste fysiske skaden for kvinnene er blåmerke, så kjem kloremærker, snittsår, hjerneseking, brot, tannskader og indre skader (Haaland, Clausen, & Schei, 2005). Ein trur blåmerker vil vere lett å sjå om ein byrjar å undersøke pasienten. Men det er ofte slik at skadane blir påført på plassar som ikkje er synelege, og visst dei er plassert i ansiktet eller på halsen, dekkar kvinnene over dei med skjerf og sminke (Haggholm, 2012). Dette gjer det vanskelegare for oss å sjå skadane og dermed vanskelegare og avdekke volden. I følgje Haggholm(2012) vil kvinnene ofte komme på unnskyldningar som at dei «datt ned trappa» eller liknande for å forklare eventuelle blåmerker eller kutt. Her er det viktig at vi brukar tid til å undersøke pasienten skikkelig. Vi må bruke kunnskapen vår og vi må tørre å spørre kvinnene om vold om vi fattar misstanke. Kvinner som blir utsatt for vold lever under stressa forhold i heimen og er på konstant vakt. Dette vil føre til ei konstant auking i stresshormon (Førde, 2014). I følgje Benner og Wrubel er stress brot i meining og forståing (Kirkevold, 1998). Stress kan føre til hodepine, muskelspenningar og magesår (Renolen, 2010). Det er viktig at vi ikkje utelukkar pasientar som kjem inn med for eksempel magesår.

I nokre tilfelle er mannen med når kvinna blir innlagt på sjukehus. I følgje Beynon et al. (2012) syns sjukepleiaren dette gjorde det mykje vanskelegare å spørje og dei syns det var vanskeleg å vise ut mannen. Dette er noko eg sjølv kan tenke er vanskeleg. Kvinna vil nok ikkje svare «ja» på spørsmål om vold medan mannen er der, og det ville vere vanskeleg å vise ut mannen i tilfelle han får misstanke. Ein kan likevel ikkje la vere å spørje pasienten fordi mannen er med. Det er lett å gå i fella og tru godt om mannen når han er med på sjukehus. For alt vi veit, er han med for å passe på at ho ikkje røper noko. Her er det viktig og

sei at vi vil ha fred når vi skal undersøke pasienten. Dette kan ikkje mannen overprøve då er det vi som ber han om å gå ut og ikkje kvinna.

4.4 For lita tid eller for lite kunnskap?

Helsepersonellet meiner tid er ein grunnleggande faktor for at dei ikkje spør kvinna (Beynon et al., 2012). Det tar ikkje lang tid å spørje ei kvinne om ho er utsett for vold, det som tar tid er å setje seg ned med kvinna, vise omsorg og hjelpe henne. Men dette meiner eg er ein del av å sjå heile menneske, og ein del av det å vere sjukepleiar.

I følgje Cann et al. (2001) kjem det fram at sjukepleiarar meiner dei har for lite kunnskap om korleis dei skal avdekke vold og for lite kunnskap om korleis dei skal snakke med kvinnene. Ut ifrå egne erfaringar er det få som er klar over kor utbredt vold mot kvinner er. Etter å ha snakka med ein sjukepleiar i akuttmottak, og forklart problemstillinga i bacheloroppgåva mi, sa han at «vi ser heldigvis lite til desse kvinnene». Dette er eit tydeleg eksempel på mangel på kunnskap blant helsepersonell. Mange av mine medstudentar kan ikkje forstå at meir enn kvar fjerde kvinne i løpet av livet blir utsatt for vold, men mange «kjenner nokon som kjenner nokon» som har opplevd det. Det skjer rundt oss overalt, så det er underleg at mengda vold oppdaga i helsevesenet er mindre enn det som framgår i anonyme undersøkingar.

Bournell & Prosser (2010) tok for seg opplæring av ansatte på ein sjukehusavdeling. Det viste seg at auka kunnskap om emnet gjorde at dei ansatte forstod ansvaret dei har i avdekking av vold. Det gav dei også auka ferdigheit i identifiseringa. Dette viser oss at lite kunnskap fører til usikkerheit, som igjen fører til at vi er dårlege til å avdekke. Burde vi då få meir kunnskap om vold gjennom skulen? Vi hadde to skuletimar med tema «vold i nære relasjonar» gjennom sjukepleiarhøgskulen, noko eg sjølv meiner er alt for lite. Eg veit med meg sjølv at eg turte å spørje kvinna eg møtte på ambulanseoppdrag, eg turte å snakke med henne og gav henne råd. Dette hadde eg ikkje turt før eg byrja i praksis på krisesenter og fordjupa meg i emnet. Så her vil eg våge å påstå at meir fokus på det gjennom utdanning og jobb vil gjere at sjukepleiaren tørr og ta tak i problemet. Fordi dei får kunnskap om kva dei skal sjå etter og korleis dei skal møte kvinnene.

4.5 Vil det vere lettare dersom vi nyttar screening?

Anglin & Sachs (2003) viser at screening av alle pasientar på sjukehuset er ein måte å avdekke vold på. Her skal ein rutinemessig spørje alle pasientar som blir innlagt i akuttmttak om dei har blitt utsatt for vold. Dette viste seg å vere gjennomførbart og kostnadseffektivt. Det blir sagt at kvinna ikkje vil avsløre volden så lenge ho ikkje blir spurt direkte om det (Beynon et al., 2012). Ved screening spør ein direkte, og dersom sjukepleiaren viser at ho har tid til å prate trur eg det er ein moglegheit for at kvinna innrømmer det. Her må vi igjen gje omsorg og bruke god tid. Vi må ta omsyn til om screeninga blir gjennomført. I følgje Anglin og Sachs (2003) viste det seg at berre 19% av pasientane blei spurt om vold, på ei avdeling der screening skulle gjennomførast. Dette viser oss at sjukepleiaren ikkje er flinke til å spørje sjølv om dei skal. På den andre sida vil screening gjere det lettare for oss og spørje sidan det er rutine. Då må vi gjere det og har ei «god unnskyldning» for å spørje uansett om vi misstenker noko eller ikkje. Så dersom sjukepleiaren spør kvar pasient og viser at ho har tid, trur eg screening er eit godt hjelpemiddel som kan hjelpe oss å avdekke vald mot kvinner.

5.0 Veikskap og styrke

Styrker med oppgåva er at eg har med 5 forskingsartiklar som alle peikar på ulike vinklingar om vold mot kvinner, og kva som kan gjerast for at helsepersonell kan bli flinkare til å avdekke dette. Dette viser at temaet er mykje forska på og at problemstilling er viktig. Eg har med både kvalitativ, kvantitativ og oppsummert forskning, noko som er bra og gir kunnskap frå både helsepersonellet og voldsopfra si side. Det at eg har jobba jamt og trutt med oppgåva er ei positiv side. Eg syns det er ei styrke at eg har valt eit tema som er så utbredt men likevel så skjult, og eg meiner det treng å bli belyst sterkare. Sjølv føler ag at eg har fått med eit breidt spekter av litteratur sidan frå internett, i forskning og i bøker. Eg trur det er ei styrke at eg var på krisesenteret i praksis og har med erfaringar frå krisesenteret og ambulansen.

Når eg byrja med oppgåva sat eg er grense for at litteraturen ikkje skulle vere eldre enn 10 år. Noko av forskinga eg fann var frå 2000 – 2001, som vil sei at den er relativt gammal.

Andre veikskapar er at eg berre har brukt utanlands forskning. Dette kan gjere at eg ikkje får med meg alt p.g.a. språkvanskar og kulturforskjellar. I hovudsak har eg brukt mest sekundærlitteratur i oppgåva, her kan det bli feiltolkingar fordi den ikkje er primær.

6.0 Konklusjon

Det er gjort mykje forskning på kvifor sjukepleiarar ikkje er flinke å avdekke vold. Sjølv påpeikar dei lite tid, kunnskap, og redsel som grunnlag for at dei ikkje spør om vold. Eg har også sett på om vi kan legge samfunnet sine haldingar til grunn for at sjukepleiarar er dårleg til å avdekke. Eg har samla relevant teori i teoridelen og nytta denne i drøftinga for å finne svar på problemstillinga mi. Eg har sett på kor viktig det er med auka kunnskap om emnet, slik at vi lettare veit kva vi skal sjå etter. Vi må vite om psykiske konsekvensar som lært hjelpelausheit og vi må vite at blåmerka ofte er skjult. Vi kan nytte screening som eit hjelpemiddel, slik at det blir lettare for oss å spørje. Kvinner som er utsatt for vold frå partner er sårbare og har dårleg sjølvtilitt. Eg har derfor sett på omsorgsteorien til Benner og Wrubel som eit sjukepleiarfundament, og sett kor viktig det er å gje desse kvinnene omsorg for at dei skal stole på deg og tørre og opne seg. Det er også viktig å gje dei informasjon om kva hjelpetilbod som fins, sjølv om dei ikkje vil vedkjenne at dei er blitt utsatt for vold. Om vi skal få auka kunnskap om emnet gjennom studiane, eller om ein må byrje med kurs for å auke kunnskapsnivået vil ikkje bli opp til meg å bestemme. Ein ting er i alle fall sikkert, desse kvinnene treng hjelp og har behov for at nokon ser dei.

7.0 Bibliografi

- Alsaker, K. (2009). Fra å vere den utvalgte til å bli den utsatte. *Utposten*, ss. 29-33.
- Anglin, D., & Sachs, C. (2003, Oktober). Preventing Care in the Emergency Department: Screening for Domestic Violence in the Emergency Department. *ACAD EMERG MED*, ss. 1118-1127.
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert*. Munksgaard: Addison-Westley Publishing Company.
- Beynon, C. E., Gutmanis, I. A., Tutty, L. M., Wathen, C. N., & Macmillan, H. L. (2012, Desember). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*, ss. 1-12.
- Bournell, M., & Prosser, S. (2010, April). Increasing identification of domestic violence in emergency departments: A collaborative contribution to increasing the quality of practice of emergency nurses. *Contemporary nurse*, ss. 35-46.
- Bufetat. (2009). *Barne-, ungdoms- og familieetaten*. Henta frå Krisesentre: <http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Bufdir/Krisesentre/Barn%20p%C3%A5%20krisesenter.pdf>
- Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., & Thomas, J. (2001). Domestic violence: a comparative survey og levels detection, knowledge, and attitudes i healthcare workers. *Public health*, ss. 89-95.
- Dallan, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Den norske kirke. (2013, Januar 23). *Kirken*. Henta frå <http://www.kirken.no/?event=dolink&FamID=334219>
- Eriksen, I. (2000, Juni). Kan hun ikke bare gå? . *Embla*, s. 9.
- FN organisasjonen. (2013, November 25). *FN - sambandet*. Henta frå FN - sambandet: <http://www.fn.no/Aktuelt/Kalender/Internasjonal-dag-for-avskaffelse-av-vold-mot-kvinner>
- FOKUS. (2014, Januar 23). *Forum for women and development*. Henta frå <http://www.fokuskvinner.no/no/Tema/Vold/>
- Førde, S. (2014). *Tapt barndom eller ...?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Haaland, T., Clausen, S.-E., & Schei, B. (2005). Vold i parforhold - ulike perspektiver. *NIBR*, s. 240.
- Haggholm, A. (2012). "Hvordan skal hun klare natten!" - sykepleiere og voldsutsatte kvinner forteller om menns vold mot kvinner. I R. Thorsen, K. S. Mæhre, & K. Martinsen, *Fortellinger om etikk* (ss. 111-137). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Hansen, L., Finsrud, A. M., & Lillevik, O. G. (2012, August). Når kvinner blir hos menn som slår. *Sykepleien*, s. 5.

- Hummelvoll, J. K. (2012). Kriser og krisehjelp. I J. K. Hummelvoll, *Helt - ikke stykkevis og delt* (ss. 501- 523). Oslo: Gyldendahl akademiske.
- Hummelvoll, J. K. (2012). Psykiatrisk sykepleie om fagområde. I J. K. Hummelvoll, *Helt - ikke stykkevis og delt* (ss. 21-50). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Justis og beredskapsdepartementet. (2013, Mars 8). *Regjeringen.no*. Henta frå Forebygging og bekjempelser av vold i nære relasjonar:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-15-20122013/3.html?id=716473>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer*. Henta frå Norsk sykepleierforbund: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Renolen, Å. (2010). *Forståelse av mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Rienecker, L., Jørgensen, P. S., & Skov, S. (2013). *Den gode oppgaven*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Storberget, K., Bråten, B., Rømming, E., Skjørten, K., & Aas- Hansen, A. (2007). *Bjørnen sover - om vold i familien*. Oslo: H. Aschehoug og Co.
- Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014, Januar). *Regjeringen*. Henta frå Justis og beredskapsdepartementet:
http://www.regjeringen.no/pages/38635924/NKVTS_vold-voldtekt-2014.pdf
- Thorsen, T. L. (2007). *Lært hjelpeløshet*. Henta frå
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30927/THORSEN%5B1%5D.pdf?sequence=1>
- Yam, M. (2000, Oktober). Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience. *Journal of emergency nursing*, ss. 464-470.