



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Barn som får barn

Karina Oline Svinø Strømmen
Sylvia Kristine Willassen

Bachelorutdanning i sykepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt
for helse- og omsorgsvitenskap/Sykepleie
Førde

Veileder: Danuta Zablotna

Innleveringsdato: 01.06.2018

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10

Lån meg

Lån meg en strofe
av din melodi
la den få klinge
sette meg fri
skjøre små toner
dypt fra mitt sinn
de som vil ut
men som du har stengt inn.

Lån meg et håp
for jeg har mistet mitt
la det få vokse
la det bli fritt
send det til hjertet
la det få gro
plant dype røtter
gi meg ny tro.

Lån meg et smil
som når øynene klare
gi dem en gnist
som er sterk til å vare
tenn en ny flamme
la den få brenne
selv om det stormer
og tårer vil renne.

Lån meg en sang
i fra dypet av hjertet
den som kan stå imot
skam, sorg og smerte
den som kan spille
en skjør melodi
sterk nok til en dag
å sette meg fri.

Sammendrag

Tittel

Barn som får barn

Bakgrunn

Hvert år blir 16 millioner jenter under 18 år gravide og føder barn. Dette er en brå slutt på barndommen og fører til at mange må slutte på skolen. Ofte er graviditeten en konsekvens av mangel på informasjon og utdanning, barneekteskap, kjønnsdiskriminering eller seksuell tvang. I land hvor risikoen for hvert svangerskap er høyest, er også fruktbarheten høyest. Hvert år dør 530 000 kvinner av komplikasjoner knyttet til svangerskap, fødsel og abort. 99 prosent av de som dør, bor i fattige land. I løpet av vår tid på sykepleierstudiet, har vi møtt unge gravide med overgrepserfaringer, både i Norge og Zambia. Vi ønsker å lære mer om hva sykepleier kan gjøre for å ivareta disse sårbare jentene.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ivareta den unge gravide som har blitt utsatt for et overgrep?

Metode

I denne oppgaven har vi valgt litteraturstudie som metode. Dette har vi gjort ved å søke, samle inn og vurdere litteratur fra bøker og forskningsartikler. Forskningsartiklene har vi funnet på Academic Search Elite, ved å finne engelske søkeord på SveMed+. Faglitteratur har vi hentet fra høyskolens pensumslite og fra biblioteket ved å søke i Oria. Vi har også med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere fra NSF, aktuelle norske lover fra Lovdata, menneskerettigheter fra FN og dokumenter fra Regjeringen. I oppgaven vil vi i tillegg bruke erfaring fra klinisk praksis i Norge og Zambia.

Oppsummering

Det kommer fram i forskningsartikler og litteratur at en sykepleier-pasient relasjon er grunnleggende. Sykepleieren skal vise omsorg, ha kunnskap om seksualitet- og reproduksjon, kunne kommunisere på tvers av kulturer og bidra til å fremme empowerment. Å være der for henne, støtte, lytte og forstå, tålmodig og fordomsfritt er viktig for å ivareta den unge gravide som har blitt utsatt for et overgrep.

Nøkkelord

Omsorg, interkulturell kommunikasjon, seksuell- og reproduktiv helse, overgrep, empowerment

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	1
1.2	<i>Problemstilling med avgrensning</i>	2
1.3	<i>Begrepsavklaring</i>	2
1.4	<i>Hvordan oppgaven er løst</i>	2
2	Metode	3
2.1	<i>Valg av metode</i>	3
2.2	<i>Søkeprosess etter forskningsartikler</i>	3
2.3	<i>Søkeprosess etter annen litteratur</i>	4
2.4	<i>Kildekritikk</i>	5
3	Teori	7
3.1	<i>Omsorg</i>	7
3.2	<i>Relasjon</i>	7
3.3	<i>Kultur og interkulturell kommunikasjon</i>	8
3.4	<i>Seksuell- og reproduktiv helse</i>	10
3.4.1	<i>HIV/AIDS</i>	11
3.4.2	<i>Seksuelle overgrep</i>	12
3.5	<i>Empowerment og mestring</i>	12
4	Presentasjon av forskningsartikler	14
4.1	<i>Artikkel 1</i>	14
4.2	<i>Artikkel 2</i>	14
4.3	<i>Artikkel 3</i>	15
4.4	<i>Artikkel 4</i>	16
4.5	<i>Artikkel 5</i>	16
5	Hvordan kan sykepleier ivareta den unge gravide som har blitt utsatt for et overgrep?	18
5.1	<i>Case</i>	18
5.2	<i>Den omsorgsfulle sykepleieren</i>	19
5.3	<i>Den relasjonsbyggende sykepleieren</i>	20
5.4	<i>Sykepleie på tvers av kulturer</i>	21
5.5	<i>Sykepleieren som bidrar til å fremme empowerment</i>	24
6	Oppsummering	26

7	Litteraturhenvisning	27
8	Vedlegg 1	31
9	Vedlegg 2	33
10	Vedlegg 3	35
11	Vedlegg 4	37
12	Vedlegg 5	39
13	Vedlegg 6	41
14	Vedlegg 7	43

1 Innledning

Retten til å bestemme over egen kropp er en del av våre menneskerettigheter. Ingen seksuell handling skal innebære tvang eller sykdom, graviditet skal være ønsket og det skal være trygt å føde. Dette er kjernen i FNs seksuelle og reproduktive helse og rettigheter (FN, 2017). I Straffeloven (jf. kap. 19, §192-208) er den seksuelle lavalder i Norge 16 år, for frivillige seksuelle handlinger. I Zambia er også den seksuelle lavalderen 16 år (Regjeringen, 2018). I FNs barnekonvensjon (1989) som trådte i kraft i år 1990, står det at alle mennesker under 18 år er barn i en juridisk sammenheng. Vi har derfor valgt å omtale de gravide under 18 år i oppgaven, som unge gravide. 70 000 unge jenter mellom 15 og 19 år, dør hvert år som følge av svangerskapsrelaterte årsaker (UNICEF, 2013). 99 prosent av de som dør bor i fattige land (Ingstad, 2013, s.111). Gjennomsnittsalderen for første samleie er 16,6 år til 17,2 år blant kvinner og 15,9 år til 17,9 år blant menn i sub-Sahara Afrika. I distriktene er alderen lavere når det gjelder seksuell aktivitet, spesielt i Luapula og Lusaka i Zambia. Det er vanlig å ha flere seksuelle partnere i Zambia, spesielt blant menn og bruken av kondom er svært lav. Dette gjør at sjansen for å bli gravid i ung alder, bli smittet med HIV eller utsatt for andre kjønnssykdommer er stor (Kayeyi, 2013, s. 21).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er to sykepleiestudenter som i løpet av vår tid på studiet, har vært innom forskjellige helse- og omsorgsinstitusjoner i Norge og Zambia. Målet er å skrive en bacheloroppgave som fokuserer på den unge jenta som et helhetlig individ. Å ha et holistisk menneskesyn innebærer å se pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov (Karoliussen, 2011, s. 21). Vi skal ta for oss hva en sykepleier kan gjøre for å ivareta den unge gravide som har blitt utsatt for et seksuelt overgrep. Svangerskapet kan karakteriseres som en livskrise hos alle gravide, ikke bare hos kvinner som har opplevd et overgrep, og det krever at man tilegner seg nye mestringsstrategier (Dahlø & Laache, 2010, s. 34). Gjennom vår praksis i Zambia, har vi møtt flere unge gravide under 18 år med overgrepserfaringer. Vi fikk inntrykk av at seksuelle overgrep er et tema som er tabubelagt. Vi ønsker derfor å lære mer om hva sykepleieren kan gjøre for denne pasientgruppen.

1.2 Problemstilling med avgrensning

Vår problemstilling er; Hvordan kan sykepleieren ivareta den unge gravide som har blitt utsatt for et overgrep?

Vi har avgrenset problemstillingen vår til unge gravide under 18 år, som har blitt utsatt for et seksuelt overgrep. De unge gravide vi tar utgangspunkt i, har vi møtt på sykehuset, HIV-klinikken og i landsbyen i Zambia. Vi har også møtt de på føde- og barselavdelingen og psykiatrisk institusjon i Norge. Vi vil ikke vektlegge oppgaven rundt selve svangerskapet med tanke på oppfølging av fosteret, da dette vanligvis går utenfor kompetanseområdet til en sykepleier. Vi har spesifikt rettet fokuset på oppgaven mot unge gravide i Norge og Zambia, fordi det er her vi har erfaring fra.

1.3 Begrepsavklaring

Utsatt for: Å være ubeskyttet eller i faresonen for en hendelse (Universitetet i Bergen og Språkrådet, 2018).

Ivareta: Ta hånd om eller ta vare på noe eller noen (Universitetet i Bergen og Språkrådet, 2018).

Gravid: Graviditet eller svangerskap er tiden fosteret tilbringer mellom befruktning og fødsel (Store norske Leksikon, 2018).

Seksuelt overgrep: Grenseoverskridende og identitetskrenkende handlinger som krenker offerets personlige integritet og seksuelle rettigheter. Seksuelle overgrep handler om tvang og manglende gjensidighet (Hermstad, 2010, s.15).

1.4 Hvordan oppgaven er løst

Videre i oppgaven vil vi vise metoden som vi har brukt, for å løse vår problemstilling. Under teori vil vi legge frem litteratur fra pensum og fra andre fagbøker som vi har samlet inn, vurdert og tolket. Teorien skal belyse vår aktuelle problemstilling. Presentasjon av forskning viser oversikt over fagfelleverderte forskningsartikler, som er utgitt i vitenskapelige tidsskrift. Disse har vi funnet og kritisk vurdert. Artikler som gjennomgår fagfellevurdering eller peer review betyr at de blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Dalland, 2012, s.78). Teorien og de fagfelleverderte forskningsartiklene, drøftes så opp mot problemstillingen. Drøfting er en analyserende diskusjon som består av systematisering, analyse, vurdering og tolkning. Her belyses argumentene med teori og empiri (Dalland, 2012, s. 143). Avslutningsvis i oppgaven har vi konklusjon. Konklusjonen skal fortelle

hva vi har fått vite om problemstillingen, men samtidig fortelle noe om den kunnskapen vi fortsatt mangler (Dalland, 2012, s.147).

2 Metode

Metode kan i følge Dalland (2012, s. 114) beskrives som det å følge en vei mot et mål. Det er en fremgangsmåte som forteller oss hvordan vi skal finne kunnskap som kan svare på et problem. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte.

2.1 Valg av metode

I denne bacheloroppgaven vil det bli brukt litteraturstudie som metode. Litteraturstudier har som mål å danne seg et bilde av hva som allerede skrevet om temaet som er valgt i problemstillingen (Dalland, 2012, s. 68). Studiene vi har brukt er kvalitative. Kvalitativ metode bidrar til å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle i tall (Dalland, 2012, s. 112).

I tillegg til teori fra pensum, andre lærebøker og forskning, vil vi også bruke egne erfaringer og observasjoner fra praksis i drøftingskapittelet. Å komme med egne eksempler har til hensikt å belyse tema og gjøre oppgaven mer levende. Observasjon gir oss mulighet til å se med egne øyne hvordan mennesker handler og samhandler, og hvordan de forholder seg til sitt fysiske miljø (Dalland, 2012, s. 186). Enkeltindividens atferd og handlinger kommer ikke til å bli omtalt, da det hadde krevd informert samtykke. Egne erfaringer vil også være anonymiserte. Når datamaterialet er anonymt, er det ikke mulig å knytte enkeltpersoner til opplysningene (Dalland, 2012, s. 103-105).

2.2 Søkeprosess etter forskningsartikler

Vi startet søkeprosessen etter forskningsartikler 10 februar 2018, før vi reiste til Zambia. For å formulere gode søkeord har vi brukt PICO skjema som verktøy fra Helsebiblioteket. Skjemaet er vedlagt i slutten av oppgaven (vedlegg 1). Vi fant engelske søkeord på Svemed+ ved å søke på norsk, for og så finne engelske synonymer. Forskningsartiklene har vi funnet gjennom Academic Search Elite. Det er en tverrfaglig artikkelbase og blir anbefalt av Høyskolen på Vestlandet. Her er de fleste artiklene fagfellevurdert. Vi valgte å avgrense søket i Academic Search Elite til Cinahl og Medline. Disse søkemotorene inneholder referanser til engelskspråklig sykepleie og er gode databaser innen medisin.

Søkeordene vi brukte er; «*Early motherhood*», «*Pregnancy*», «*Pregnancy in adolescence*», «*Sexual and reproductive health*», «*Zambia*», «*Nursing care*», «*Rape*», «*Sexual abuse*», «*Nurse-patient relationship*», «*Abused women*», «*Literature review*» og «*Qualitative research*». Systematisk treff i utvalgte databaser, med søkeord, antall treff og funn, har vi lagt med som vedlegg 2.

Ved å lese overskrifter og sammendrag, fant vi artikler som vi mener er aktuelle for vår oppgave. Vi har brukt mye tid på søkeprosessen, da det finnes lite forskning om temaet vårt. Det var mange artikler, men få som inkluderte unge gravide med overgrepserfaringer og Zambia. I søket avgrenset vi først til de siste 10 årene, fra år 2008 til 2018. Dette gjorde vi for å finne oppdatert forskning. Vi fant da fire forskningsartikler som vi syntes var relevante for oppgaven vår; «*Health supervision of young women during pregnancy and early motherhood: A Norwegian qualitative study*» av Fredriksen, Lyberg, & Severinsson (2012), «*Giving birth with Rape in One's Past: A qualitative Study*» av Halvorsen, Nerum, Øian, & Sørli (2013), «*I am stronger, I'm no longer afraid...', an evaluation of a home-visiting mentor mother support programme for abused women in primary care*» av Prosman, Lo Fo Wong, Rømkens, & Lagro-Janssen (2013) og «*Trust in nurse-patient relationships: A literature review*» av Dinc & Gastmans (2013).

Vi fant også studien; «*Effectiveness of a girls' empowerment programme on early childbearing, marriage and school dropout among adolescent girls in rural Zambia: study protocol for a cluster randomized trial*» (2016). Da dette en pågående studie, kunne vi ikke bruke den i vår oppgave. Vi åpnet da søket til å inkludere artikler fra år 2000 til 2018. Da fant vi forskningsartikkelen «*Vulnerability and sexual and reproductive health among Zambian secondary school students*» av Warenaus, Pettersson, Nissen, Höjer, Chishimba & Faxelid (2007).

2.3 Søkeprosess etter annen litteratur

For å finne litteratur har vi valgt å bruke pensumlisten fra studiet. Vi har benyttet oss av bøker som «*Bære eller bryte*», «*Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*», «*Helt – ikke stykkevis og delt*», «*Helsefremmende sykepleie*», «*Jobb kunnskapsbasert*», «*Metode og oppgaveskriving*», «*Møter mellom mennesker*», «*Omtanke*» og «*Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*».

For å finne mer spesifikk faglitteratur til vår oppgave, har vi brukt høyskolens bibliotek til å søke etter bøker som kunne være relevant for vår problemstilling. Vi har også fått råd og veiledning fra de ansatte på biblioteket om hvordan vi skal søke. Vi søkte gjennom Oria, som er en søkemotor over bibliotekets samlede ressurser. Søkeordene vi brukte er; «*unge gravide*», «*overgrep*», «*global helse*», «*sykepleieteori*» og «*Kari Martinsen*». Vi fant da bøker som «*Kvinnens helse på spill*», «*Gravide*,

fødende og barselkvinner med overgrepserfaringer», «Forbrytelse og selvforståelse», «Vold mot kvinner», «Epidemien», «Nightingales arv», «Kommunikasjon i relasjoner», «Etikk i møte med den fremmede pasienten» og «Løgstrup og sykepleien».

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere som vi har med i oppgaven, har vi funnet på Norsk Sykepleierforbund. Norske lover har vi innhentet fra Lovdata. Vi har funnet menneskerettighetserklæringen, bærekraftsmål og statistikk fra FN. Informasjon om seksuell- og reproduktiv helse og Zambia, har vi funnet på regjeringen sin nettside.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å redegjøre for og validere den litteraturen man har brukt i en oppgave. Det brukes for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner. Hensikten er at leseren skal kunne få ta del i refleksjonene vi har gjort oss, om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har, når det gjelder å belyse vår problemstilling (Dalland, 2012, s.67). Med bakgrunn i at oppgaven er en litteraturstudie, har vi gått kritisk nøye gjennom litteraturen vi har funnet i søkeprosessen. Vi har derfor valgt å bruke sjekklister fra Folkehelseinstituttet (2014), for å se om resultatene er troverdige. Ved hjelp av sjekklistene, har vi tatt stilling til om artiklene har klare problemstillinger, om metoden er velegnet for å svare på problemstillingen og om vi kan stole på resultatet. Viktigst av alt; om artiklene er relevante for vår oppgave. Sjekklistene er lagt med i oppgaven, som vedlegg 3,4,5,6 og 7. Alle artiklene vi har funnet er skrevet på engelsk, noe som kan føre til misforståelser i oversettelsen. Vi har derfor brukt ordbøker for å forstå artiklene bedre.

I oppgaven har vi brukt fem forskningartikler. De fire kvalitative studiene vi har brukt, er primærstudier. At en artikkel er en primærstudie, betyr at kunnskapen er ny. Metoden som er anvendt skal kunne kontrolleres og etterpøves. Oversiktsartikkelen som vi har brukt, er en sekundærstudie. Det betyr at den tar utgangspunkt i forskning som allerede er publisert (Dalland, 2012, s. 78).

Kvalitativ forskning karakteriseres av få utvalgte informanter, men med et beskrivende datamateriale. Kvalitativ forskning brukes for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger, og en bruker ikke-statistiske metoder for å analysere (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt, Nordheim, & Reinart, 2012, s. 72).

Oversiktsartikler er artikler hvor forfatterne har brukt en systematisk og åpen fremgangsmåte for å finne, vurderer og oppsummere flere enkeltstudier om samme emne. Det gir leseren oversikt over

hva som finnes av forskning om et bestemt emne, og informasjon om kvaliteten på denne forskningen. Systematiske oversikter skal vise oss hele bildet og gjør den beste tilgjengelige forskningsbaserte kunnskapen lettere tilgjengelig (Nortvedt et al., 2012, s.135).

3 Teori

3.1 Omsorg

Martinsen beskriver omsorg som noe vi er og gjør. Både i sin tilstedeværelse og i sine handlinger uttrykker sykepleieren omsorg (Austgard, 2002, s. 20). Å utøve omsorg til pasienter og pårørende er kjennetegnet ved tilstedeværelse og engasjement. Hvis man opplever å bli sett, hørt, at hjelpen og støtten er riktig i forhold til situasjonen, opplever man gjerne hjelpen som omsorgsfull, og at den er utført så godt som mulig. Omsorg kan gis spontant fordi man ser at en annen trenger at noen bryr seg (Alvsvåg, 2015, s. 156-160).

Omsorg forstås ulikt og kommer til uttrykk på flere måter. Alle kulturer har veiledende normer som skal hjelpe mennesker i møte med andre mennesker. Martinsen skriver om den gyldne regel som et universelt uttrykk for omsorgsansvaret, som vi mennesker har overfor hverandre. Den gyldne regel lyder; «Det du vil at andre skal gjøre mot deg, det skal du også gjøre mot den andre» (Alvsvåg, 2015, s. 157). Den oppfordrer oss til å forholde oss til situasjonen der noe skjer. Den enkelte må selv, med sin innsikt, fantasi og forståelse, finne ut av hva omsorgsansvaret for den andre går ut på (Martinsen, 2012, s. 50).

Omsorgen i sykepleie krever åpenhet, mottakelighet, aksept og det å være ekte. Det er også et etisk krav som er beskrevet i sykepleiens etikk og viser seg i våre handlinger (Karoliussen, 2011, s. 156). Det er altså ikke bare selve handlingene som er viktig, men hva man gjør, hvordan man oppfører seg og hvordan man utøver gjerningene (Nortvedt, 2012, s. 65). Mennesket overlever ikke uten omsorg. Vi er født inn i en omsorgssituasjon fra livets begynnelse til slutt. Når vi møter andre, har vi et ansvar, vi holder noe av hverandres liv i våre hender, i alle møter. Som spedbarn og småbarn trenger man andre former for omsorg, enn det voksne gjør. Uansett alder byr livet på utfordringer, medgang, motgang, glede, håp og forventninger. Men også tap, sorg og smerte. For å håndtere, tåle og leve gjennom en vanskelig tid, trenger vi mennesker ved vår side. Slik kommer vi oss videre, styrket og mer modne som mennesker. Omsorg er viktig for at vi skal håndtere situasjoner og utfordringer på en best mulig måte (Alvsvåg, 2015, s. 158).

3.2 Relasjon

Definisjonen av relasjon er forhold, forbindelse eller samhörighet (Store norske leksikon, 2018). Væremåte, empati og anerkjennelse er tre forhold som har særlig betydning for å utvikle en god relasjon. Det er viktig at sykepleieren er imøtekommende, snakker forståelig, flytende og tydelig. Væremåten skal signalisere vennlighet og trygghet. I alle situasjoner bringer vi inn en forståelse og en

selvforståelse. Vi ser verden fra vårt eget perspektiv med bakgrunn i vår egen erfaring, personlighet, holdning og kunnskap. Dette har betydning for hvordan vi tolker andres atferd, på hvilken måte vi forholder oss til omverden, og til andre mennesker. I arbeid med mennesker er det viktig å bli kjent med seg selv. Våre verdier, erfaringer, kulturbakgrunn, for-forståelse og menneskesyn blir en del av vår personlighet satt i yrkesrollen (Røkenes & Hanssen, 2002, s. 180).

Det finnes ikke en enkel «oppskrift» på hvordan en skal møte en kvinne som har blitt utsatt for overgrep. Det viktigste er at en er der for henne, at en støtter, lytter og forstår, tålmodig og fordomsfritt. Å møte en kvinne har blitt utsatt for overgrep med fordomsfrihet, trygghet, vennlighet, åpenhet og tålmodighet er de viktigste elementene når en skal hjelpe henne med å komme seg videre. Relasjonen kan være livreddende når de verste reaksjonene på overgrepet kommer, men hun er ikke alene. Hun har en støttespiller i sykepleieren, som virkelig tror på at det er mulig å legge den verste smerten bak seg (Fersnes, 2014, s. 190).

Som sykepleier er det også viktig å ha kontakt med sine egne følelser og sette seg inn i situasjonen pasienten er i. Det gjør det mulig å være i kontakt med mennesker på en ekte, autentisk måte. Det nevnes at tillitt og respekt bidrar til at pasienten åpner seg for den de søker hjelp hos. Sykepleiere som klarer å være nær på en ekte og medmenneskelig måte, kan være til stor hjelp for andre (Røkenes & Hanssen, 2002, s. 185).

3.3 Kultur og interkulturell kommunikasjon

Dahl definerer kultur (2013, s. 20) som «en ballast av ideer og normer som en person værder med seg ut fra hva personen har lært og erfart: hans/hennes kunnskaper, konvensjoner, meninger, holdninger og verdier». I møte med andre mennesker er det lett å anta at den andre tenker og oppfatter slik som vi selv gjør det. Dahl skriver om vansker i kommunikasjon og forståelse når vi møter mennesker med en annen kulturbakgrunn. Hvis vi antar at våre ideer, normer, handlinger og sosiale- og kulturelle tradisjoner gjelder for alle mennesker, kan vi oppleve konflikter og misforståelser i interkulturell kommunikasjon.

Heldigvis trenger ikke kulturforskjeller å bety at det dannes barrierer mellom mennesker. På tvers av kulturer, vil man oppleve at man har mye til felles, til tross for forskjellene. En kommer langt med å bruke sitt kroppsspråk, smil og latter. Vi mennesker har en rekke universelle likheter, som at vi alle har grunnleggende behov. Disse omfatter søvn, mat- og drikke, trang til å gå på toalettet, aldriingsprosessen og til slutt død. Vi har også menneskelige sosiale erfaringer til felles, slik som

individuelle tanker, følelser, sosial omgang med andre mennesker og evnen til å kommunisere (Dahl, 2013, s. 21).

Interkulturell kommunikasjon kan defineres som kommunikasjon mellom mennesker med ulik kulturbakgrunn (Dahl, 2013 s.84). Det er en prosess mellom mennesker fra ulike kulturelle fellesskap, som innebærer utveksling av bestemte ideer, verdier, regler, normer og daglige ritualer. Når det er stor forskjell på de kommuniserende parters kultur og bakgrunnskunnskaper, blir det vanskeligere å kommunisere (Røkenes & Hanssen, 2002, s. 198).

Empati betyr evnen til å identifisere og leve seg inn i andres følelsesmessige tilstand og reaksjoner (Store Norske leksikon, 2018). Ved å vise empati og innlevelse i interkulturell kommunikasjon, kan sykepleieren leve seg inn i en pasientens situasjon og emosjonelle tilstand. Å ha en empatisk holdning i samtalen vil innebære å lytte, forstå og være anerkjennende. Når man lytter, konsentrerer man seg om en annen persons indre, subjektive opplevelse. Sykepleieren må være konsentrert, nysgjerrig og åpen for nye opplevelser. Empatisk forståelse innebærer at en genuint prøver å forstå en annens opplevelse, ved å speile tilbake det den andre personen forteller deg. Anerkjennelse gjør at en person kan oppleve aksept. Det å bli forstått, validert og respektert handler om å få bekreftet sin selvopplevelse (Røkenes & Hanssen, 2002, s. 190).

I arbeid med mennesker er den andre personen ofte den viktigste kilden til å lære noe om en annens kultur. Ved å låne den andres øyne, ører, hjerte og tanker, kan man krype under huden på kulturen, på en måte man aldri kan oppnå ved å lese i bøker. Ved å lytte til den andre, vise respekt og la den andre fortelle om kulturen sin, kan vi lære om deres verden. På den måten kan man unngå å gjøre den andre til et offer for kulturelle forestillinger, også kalt stereotyper (Røkenes & Hanssen, 2002, s. 199). Dette kan for eksempel være en forutinntatt mening om at «alle bergensere er brautende», eller at «det bare er fattigdom i Afrika».

Florence Nightingale «The Lady with the Lamp», også kalt for «den første sykepleieteoretiker» (Karoliussen, 2011, s. 21), arbeidet mot å forbedre befolkningens helsetilstand gjennom sitt holistiske menneskesyn, med fokus på både pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Nightingale mente at man kun skulle bidra til bedre helse, hvis man hadde tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter. Hun blir kjent som den moderne sykepleiers grunnlegger, med fokus på person før diagnosen. Et holistisk menneskesyn, stor toleranse for ulike kulturer og religioner, og oppfordring til kulturell mangfold, var blant hennes store visjon i sykepleie.

Når sykepleiere møter pasienter med en annen kulturell bakgrunn, støter de på ulike utfordringer i forhold til kultur. Ofte kan helsepersonell bli «blinde» på rutiner og prosedyrer, uten å ta innover seg kulturelle forskjeller hos pasientene. En slik pleie kan hindre sykepleieren i å utøve omsorg og god pleie til pasientene. En utfordring som kan oppstå mellom sykepleier og pasient med forskjellige kulturbakgrunner, er at man kan ha forskjellige oppfatninger om helse, sykdom og livsstil. Dette kan resultere i at pasientens individuelle behov ignoreres og at integriteten krenkes (Debesay et al., 2008, s.201).

I følge Henderson, er sykepleierens særegne funksjon «å hjelpe mennesket enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse». Hun hevdet at sykepleierens grunnleggende formål, er å ivareta de universelle menneskelige behovene som å puste, sove, være i aktivitet og spise. Henderson har brakt arven fra Florence Nightingale inn i den moderne sykepleie. Deres arbeid har dannet grunnlaget som sykepleieprofesjonen bygger sin identitet på (Holter, 2015, s. 111).

3.4 Seksuell- og reproduktiv helse

Seksuell helse «sexual health» er definert som en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære knyttet til seksualitet. Det forutsetter muligheten til å gjøre sine seksuelle erfaringer fri fra tvang, diskriminering og vold, uavhengig av seksuell orientering og bakgrunn. Dette krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner. Seksuell helse omfatter ikke bare fertilitet og reproduksjon, men også temaer som seksualisert vold og seksuelt overførbare sykdommer (Regjeringen, 2013). WHO definerer seksualitet «som en kjernedimensjon ved det å være menneske, som inkluderer seksuelle handlinger, kjønnsroller, kjønnsidentitet, seksuell orientering, erotikk, intimitet, nærhet, bekreftelse, kjærlighet og reproduksjon. Seksualitet oppleves eller uttrykkes i tanker, fantasier, lengsler, ønsker, tro, holdninger, verdier, aktiviteter, handlinger, roller og forhold og det er en kilde til glede og selvrealisering så vel som til helseutfordringer og -vanskeligheter som rammer både kvinner og menn» (WHO, 2006).

Reproduktiv helse «reproductive health» er definert som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære knyttet til reproduksjon – ikke bare fravær av sykdom og lidelse». I praksis handler reproduktiv helse om trygg graviditet og fødsel, forebygging og behandling av seksuelt overførbare sykdommer, familieplanlegging, informasjon om prevensjon og andre sykdommer knyttet til reproduktive organer (Regjeringen, 2013). Det er på kvinnekroppen at seksualitet viser seg på en måte som er synlig for alle. Svangerskapet er et tydelig tegn på at samleie har funnet sted, og i

praksis, det eneste tegnet som kan observeres fra omverdenen. Kunnskap om seksualitet og svangerskap er viktig for at unge kvinner skal kunne ta kontroll over sin egen kropp. Seksuelle og erotiske følelser, tanker og handlinger utspiller seg i seksualiteten (Austveg, 2006, s. 173).

FNs bærekraftsmål er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen år 2030 (FN, 2018). Bærekraftsmål 3 omhandler helse og skal «sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder». For å oppnå en bærekraftig utvikling, er det en forutsetning at alle kan leve friske og sunne liv. Blant delmålene til bærekraftsmålene, handler punkt 3.7 særlig om seksuell- og reproduktiv helse og lyder; «Innen 2030 sikre allmenn tilgang til tjenester knyttet til seksuell og reproduktiv helse, herunder familieplanlegging og tilhørende informasjon og opplæring og sikre at reproduktiv helse innarbeides i nasjonale strategier og programmer».

I 2018 har vi fremdeles en lang vei å gå for å nå bærekraftsmålene innen år 2030. Verdens befolkning har svært ulik tilgang til medisiner, vaksiner og andre hjelpemidler som kan forebygge sykdom. I Zambia lever 64,4 prosent av befolkningen under ekstrem fattigdom (FN, 2014). Der noen sykdommer tar livet av mange mennesker i fattige land, er de enten utryddet eller blir behandlet med godt resultat i den rike delen av verden. 16 millioner jenter under 18 år føder barn hvert år. 3,2 millioner barn utsettes for utrygge aborter, av en person som mangler medisinsk kompetanse. 70 000 unge jenter dør årlig som følge av graviditeten. Når jentene blir gravid i så ung alder, øker risikoen for komplikasjoner under graviditeten og fødselen (UNICEF, 2013). I Afrika, bor 90 % av befolkningen i områder der det er færre enn fire leger, per 10 000 innbyggere. Til sammenligning har Norge mer enn 30 leger og 150 sykepleiere, per 10 000 innbyggere (Ingstad, 2013, s.111). I år 2015 var det 224 kvinner per 100 000 levendefødte barn som døde i Zambia. Kun 5 kvinner per 100 000 levendefødte barn døde i Norge det samme året (FN, 2015). Dette beskriver kvinners risiko ved hvert enkelt svangerskap. I de landene hvor risikoen er høyest, er også fruktbarheten høyest (Austveg, 2006, s. 69).

3.4.1 HIV/AIDS

I Afrika utgjør kvinnene nesten 60% av alle hiv-pasientene. I Europa inkludert Norge, har antallet HIV-positive kvinner vokst betydelig siden epidemiens start og utgjør nå omkring en tredjedel. Dette bidrar til store utfordringer i forhold til svangerskap og fødsel (Frøland, 2014, s.128). Zambia er rangert som nummer syv globalt i verden når det gjelder utbredelse av hivsmitte i befolkningen. Av landets 16 millioner innbyggere, har 1.2 millioner mennesker HIV/AIDS (CIA, 2018).

HIV-viruset skaper store helseproblemer i verden, og har betydelige konsekvenser i landene som er hardest rammet. Velbehandlede hiv-pasienter i de rike landene kan forberede seg på en alderdom, mens millioner av voksne og barn i utviklingsland ikke kan håpe på selv en kortvarig overlevelse. Statistikk kan ikke fange inn den enorme summen av smerte og savn, lidelse og sorg som har fulgt virusets spor (Frøland, 2014, s.153). De vanligste smitteoverføringene skjer via seksuell kontakt og overføring med blod eller blodprodukter, sekret fra livmorhals og vagina, sæd, samt under fødsel eller via morsmelk fra mor til barn (Frøland, 2014, s.130). Hos en HIV smittet person finnes viruset i stort sett alle kroppsvev, organer, sekreter og kroppsvæsker (Frøland, 2014, s.30).

3.4.2 Seksuelle overgrep

Hermstad (2010, s. 15) definerer seksuelle overgrep som «et sammensatt fenomen av fysiske, psykiske og strukturelle elementer, karakterisert ved grenseoverskridende og integritetskrekkende handlinger, som i form og intensjon er seksuelt orientert (...) Seksuelle handlinger som ifølge landets lover er ulovlige, er å betrakte som overgrepshandlinger dersom de er skadelige for dem de rettes mot». For gravide med overgrepserfaringer er det nødvendig med tettere oppfølging. De fleste sykepleiere eller jordmødre som jobber på en føde- og barselavdeling, kommer i kontakt med gravide og fødende med overgrepserfaringer i løpet av sitt yrkesliv. God kontakt mellom sykepleier og en gravid eller fødende med overgrepserfaring, er derfor viktig for at svangerskapet skal bli en mest mulig positiv opplevelse. Det er viktig at sykepleier har kunnskap om følelsesmessige reaksjoner og problemer som kan oppstå i forbindelse med graviditet, fødsel og barseltid (Dahlø & Laache, 2010, s. 45).

3.5 Empowerment og mestring

Verdens helseorganisasjon (1998) definerer empowerment som; «en prosess hvor folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse». Mennesket som ekspert på seg selv, medvirkning og maktfordeling er de sentrale prinsippene i empowerment tenkningen.

Empowerment handler om en maktfordeling som har til hensikt å styrke den enkeltes ressurser, uavhengighet og tro på seg selv. Empowerment kan fremmes i situasjoner som preges av fellesskap, tillit, trygghet og gode relasjoner. En god og trygg fellesskapsfølelse skaper emosjonell energi, noe som er en forutsetning for empowerment. «Power» betyr styrke, kraft og makt.

Personer i en avmaktssituasjon, skal gjennom empowermentprosessen opparbeide styrke og kraft til å komme ut av avmakten, ved hjelp av maktfordeling, medvirkning og opplevelse av å bli anerkjent som ekspert på seg selv (Tveiten, 2012, s. 175-176).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2016) sier følgende om sykepleiers oppgave i forhold til pasientens rettigheter:

§2 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket.

§2.2 Sykepleieren understøtter håper, mestring og livsmot hos pasienten.

§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 foreta valg, herunder å fra si seg selvbestemmelsesretten.

§6.2 Sykepleieren bidrar aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester.

En viktig forutsetning for at sykepleier skal lykkes med en reel brukermedvirkning og deltakelse, er å gi den gravide og fødende tilstrekkelig støtte, kunnskap og styrke til å føle at hun mestrer svangerskapet og fødselen. Kontroll over eget liv er viktig for å ha følelsen av en god livskvalitet. En forutsetning for kontroll er bevissthet om egen situasjon og problemer. Det må være gjensidig respekt, likeverd og tillitt mellom brukeren og helsepersonalet. Reell brukermedvirkning forutsetter samarbeid mellom en fagperson og en bruker. Man må avklare hvilke faktorer som bidrar til at man kan finne seg i en avmaktssituasjon, og hvilke faktorer som kan bidra til styrke, vekst og utvikling (Dahlø & Laache, 2010, s.34-36).

Mestring er et resultat av empowermentprosessen. Mestring kan forstås som å klare noe på egen hånd, som å takle stress eller sykdom, slik at en kommer seg videre på en god måte. Det handler også om å ha tilgang på ressurser, til kunnskap, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere eller utstyr og evne til å utnytte dette (Tveiten, 2012, s. 174). Gjennom mestringsstrategier og empowerment kan sykepleier hjelpe den unge gravide til å få størst mulig kontroll over eget liv og fødsel (Dahlø & Laache, 2010, s. 34).

4 Presentasjon av forskningsartikler

4.1 Artikkel 1

Health supervision of young women during pregnancy and early motherhood: A Norwegian qualitative study av Fredriksen, Lyberg & Severinsson (2012).

Dette er en norsk fagfelleurdert kvalitativ studie som har en tematisk innholdsanalyse, med et beskrivende og utforskende design. Studien er gjennomført i Norge, ved å intervju fem jordmødre og en offentlig godkjent sykepleier, om erfaringene deres med gravide under 22år.

Målet med studien er å beskrive og tolke jordmødres og sykepleieres erfaringer, med unge gravide som inntar morsrollen tidlig. Studien viser at tenåringsgraviditeter er forbundet med negative psykiske, fysiske, sosiale og økonomiske utfall. Hensikt med studien er å fokusere på hvordan sykepleiere og jordmødre på best mulig måte, kan møte behovene til de unge kvinnene. Data ble samlet inn ved hjelp av fler-trinns fokusgruppeintervju med seks informanter. Fem av informantene var jordmødre og en av dem var sykepleier.

Funnene viser at de unge gravide i studien ofte hadde følt seg mislykket på mange områder, blant annet i skolen og på hjemmebane. De unge jentene tror at ved å få barn, vil de finne trygghet og kjærlighet. De lengter etter å bli respektert og vil derfor vise andre hva de kan oppnå. I konklusjonen blir det dratt frem verdien av et tillitsfullt, omsorgsgivende forhold med sykepleier og jordmor. En god relasjon styrket deres selvfølelse og forberedte dem på morsrollen. Det kommer også frem at oppfølgingen av jordmødre og sykepleiere som arbeider med unge kvinner i familiesentre, bør forbedres.

4.2 Artikkel 2

Vulnerability and Sexual and Reproductive Health among Zambian Secondary School Students av Warenus, Petterson, Nissen, Höjer, Chishimba & Faxelid (2007).

Denne studien er en kvalitativ studie, med mål å utforske nødvendigheten av å bedre kvaliteten på helsetjenester for ungdom, innen seksuell og reproduktiv helse. Studien er gjennomført på fire videregående skoler i Zambia. Metoden forskerne har brukt, er datasamling fra spørreskjema som 716 studenter har svart på.

Funnene avslørte at Zambiske jenter og gutter, mangler informasjon om seksuell reproduksjon, seksuelt overførbare sykdommer, inkludert HIV. Det kommer frem at foreldrene ikke prater om sex med barna sine, fordi det er tabubelagt i kulturen i Zambia. Jenter helt ned i 12 årsalderen spurte hva

de skulle gjøre når de ble gravid og ville ta abort. I resultatene kommer det også frem at seksuelt misbruk er en realitet for både jenter og gutter i Zambia. Studentene hadde stilt spørsmål blant annet om, hva de skulle gjøre når de blir tvunget til å ha sex med kjæresten eller en nær slektning. «Hvorfor er det vanlig at fedrene har sex med barna sine?», «hvorfor vil 20 år gamle menn voldta jenter som er yngre enn 10 år?», «hva skal man gjøre når noen vil slå deg, fordi du ikke vil ha sex?», dette var blant svarene på spørreskjemaene som forskerne fikk inn. Studien belyser også moralisering i forhold til seksuell og reproduktiv helse. I Zambia er mange religiøse, kristne normer og regler står sterkt. Det blir sett på som en kristen skam å ha sex før ekteskapet, bruke prevensjon og ta abort. Studentene setter også spørsmål til de profesjonelle helsearbeidere, om hvorfor de deler ut kondomer og utfører aborter når det blir sett på som en synd. Forskerne fikk også inn spørsmål som; «hvorfor blir mange jenter syke og dør av hemmelige aborter?».

Studien konkluderer med at ungdommer i Zambia ønsker veiledning, råd og støtte om prevensjon, graviditet, abort, seksuelt overførbare sykdommer og intime forhold. Kultur, religion og kjønn er viktige faktorer som påvirker seksualitet og seksuelt misbruk.

4.3 Artikkel 3

Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study av Halvorsen, Nerum & Sørli (2013).

Målet med denne kvalitative studien er å undersøke og belyse hvordan kvinner med overgrepserfaringer, opplevde å føde for første gang. Studien tar for seg hvilken omsorg kvinner med overgrepserfaringer trenger for å ha en god fødsel og barseltid. Det ble brukt et kvalitativt semi-strukturert intervju for å undersøke kvinners erfaringer. Ti kvinner fra Norge, som hadde blitt utsatt for voldtekt før deres første fødsel ble intervjuet. Fødselserfaringene ble analysert ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse. Resultatene fra analysen viser at når man tidligere har opplevd overgrep, kunne fødselen reaktivere vonde opplevelser, som «tok dem tilbake» i voldtekten. Dette var uavhengig om de fødte vaginalt eller tok keisersnitt.

De konkluderer med at oppmuntring, omsorg, støtte og god informasjon underveis gjorde at kvinnen følte seg trygg. Dette kunne bidra til at hun ikke kom tilbake til vonde minner under fødselen. Ved å gjøre færrest mulig vaginale undersøkelser, følte kvinnen en ivaretagelse av sin kroppslige integritet. Informasjon om hver berøring på kroppen, var viktig for at kvinnen skulle samarbeide. Kvinnene at dersom jordmoren var stresset, var det vanskelig å slappe av og de kunne de føle seg som passive objekt. Å kunne snakke om fødselen i etterkant var en positiv opplevelse for kvinnen. De konkluderer

med at fremtidig fokus burde inkludere hvordan man ivaretar omsorg under fødsel for kvinner med overgrepshistorier.

4.4 Artikkel 4

Trust in nurse-patient relationships: A literature review av Dinc & Gastmans (2013).

Dette er en litteraturstudie som har som til hensikt å reportere resultatene av empiriske studier, om tilliten i sykepleier-pasient forholdet. De empiriske studiene forfatterne har sett på, er fra hele verden. Metoden de har brukt er litteraturstudie, ved å vurdere 34 forskjellige artikler fra 1980 – 2011. 22 studier med kvalitative design og tolv studier med kvantitativ forskningsmetode.

Funnene viser at tillitt er en relasjonell og dynamisk prosess. Tillitt er en viktig del av sykepleier-pasientforholdet som har effekt på kvaliteten på sykepleien. Det tar tid å bygge opp et godt tillitsforhold. Andre faktorer som er viktig hos sykepleieren i sykepleier-pasientforholdet, er å ha et holistisk menneskesyn, kunne vise omsorg, være ærlig, konfidensiell, å ville yte den beste hjelpen, være autentisk, sensitiv og ha evnen til å se hele situasjonen. Å etablere et tillitsforhold er en viktig og grunnleggende sykepleieroppgave. Konklusjonen er at tillitt er et relasjonelt fenomen og en prosess. Kompetansen som sykepleiere innehar, er viktig for tillitsforholdet. Tilliten kan også bli brutt og gjenoppbygget. Faktorer som kan bidra til å bryte tillit i relasjonen er misforståelser i forhold til språk, for lite informasjon til pasienten, lite tid til og mye å gjøre og verdi- og maktkonflikt mellom sykepleier og pasient.

4.5 Artikkel 5

'Im stronger, I'm no longer afraid...', an evaluation of a home-visiting mentor mother support programme for abused women in primary care av Prosman, Wong, Römken & Janssen (2014).

Dette er en kvantitativ studie som bygger videre på en tidligere utført studie. Studiet ble definert som et lavterskeltilbud for misbrukte mødre og barn. Ved å ta med seg tidligere erfaringer, ble målet å undersøke hvilke faktorer som førte til at kvinnen kom seg ut av et forhold med vold og misbruk. Ved bruk av profesjonelle, kvinnelige helsearbeidere, kartla de hvordan støtteprogram for mødre med overgrepserfaringer kan være helsefremmende.

De brukte semi-strukturerte intervju med 14 deltakere med overgrepserfaringer, som metode. De hadde også fokusgruppeintervju med syv helse- og omsorgsarbeidere. Studien fant sted i Rotterdam i Nederland, fra mars 2007 til oktober 2010. Alle deltakerne i studiet ble også forespurt om å gjennomføre et intervju seks måneder etter studiet ble avsluttet.

Det kommer frem i resultatet at kvinnene følte skam over voldtekten. De trengte å dele opplevelsene sine med noen. De misbrukte kvinnene understrekte at en ikke-dømmende holdning, å lytte, engasjement og en relasjon er viktig for de som har blitt utsatt for et overgrep. Det å kunne prate med noen fra samme kultur og som snakker samme språk, gjorde at kvinnene hadde lavere terskel for å ta kontakt og akseptere hjelpen. Dette gjorde også relasjonen sterkere.

Studien konkluderer med flere faktorer som kan være helsefremmende for kvinner som ønsker seg ut av en situasjon med misbruk og vold. Empati, standhaftighet og trygghet, nevnes som de viktigste egenskapene hos helsearbeiderne for å hjelpe kvinnen på best måte. Et trygt sted å komme til var også en viktig faktor for kvinnene. I tillegg bør helse- og omsorgsarbeidere og aktuelle helseinstitusjoner, være lett tilgjengelige for de berørte. Dette for at de som søker hjelp skal kunne ta kontakt på en enkel måte, og kunne få behandling i størst mulig grad på egenhånd. Støtten som blir gitt av helsearbeiderne, gir de mest sårbare mødre en mulighet til å motta hjelp som de ellers ikke ville vært klar for.

5 Hvordan kan sykepleier ivareta den unge gravide som har blitt utsatt for et overgrep?

5.1 Case

Vi er sykepleierstudenter i landsbyen i Zambia. En frodig, stille og vakker landsby som ligger ved elvebredden. Den travle lyden av biler som suser forbi, eller påtrengende mennesker som roper "taxi, taxi" hvor enn man går, eksisterer ikke her. Man får en slags ro innvendig og skuldrene senkes. Her er de fleste kristne og mange av innbyggerne bor langt vekk, i små landområder. En av dagene i praksis jobbet jeg på laboratoriet på sykehuset. Det banker på døren og det kommer en jente inn. Jeg ser i papirene hennes at hun kun er 15 år. Den unge jenta ser ned i gulvet og hvisker at hun vil ta en graviditetstest.

Hun får en kopp, blir borte i noen minutter og kommer tilbake. Jeg får den i hånden og går og analyserer. Graviditetstesten viser seg å være positiv. Det første jeg tenker er, hva gjør jeg nå? Jeg går ut, og en sjenert jente står foran meg. De store pupillene og bena som ikke klarer å stå stille, oser av usikkerhet. Jeg forteller henne om resultatet. Hun setter seg ned, og det blir noen minutters stillhet. Ansiktet hennes er totalt mimikk-fattig og hun stirrer ned i gulvet. Hun sier ingenting, hun bare sitter der.

Jeg setter meg på huk, tar en støttende hånd bak ryggen hennes og ser på henne en stund. Så sier hun plutselig «jeg kan ikke forstå hvordan dette har skjedd». Jeg vet ikke hvordan jeg skal tolke dette, men jeg forstår raskt at dette ikke er ønsket. En tåre triller ned fra kinnene hennes. Jeg spør om det går bra med henne og om hun ønsker å beholde barnet. Jenta svarer at hun ikke ønsker barnet, og at hun er redd. «Jeg vet ikke hvordan jeg skal fortelle dette til familien min». Hun gråter og sier; «Jeg er mest lei meg fordi jeg ikke får muligheten til å gå på skolen igjen».

5.2 Den omsorgsfulle sykepleieren

Martinsen beskriver omsorg som noe vi er og gjør. Både i sykepleierens tilstedeværelse og i sine handlinger uttrykker sykepleieren omsorg (Austgard, 2002, s. 20). I casen som vi har presentert, setter sykepleierstudenten seg på huk og tar «en støttende hand bak ryggen hennes og ser på henne en stund». Alvsvåg (2015, s. 157) skriver om omsorg, at den kan gis spontant, fordi man ser at en annen trenger at noen bryr seg. Sykepleierstudentens naturlige reaksjon på at den unge jenten ble stille og så ned i gulvet, var å gi støtte og vise tilstedeværelse. Det kan tenkes at studenten handlet etter den gylne regel; «Det du vil at andre skal gjøre mot deg, det skal du også gjøre mot den andre». Den unge jenten åpnet seg, fortalte at hun ikke ønsket barnet og at hun var redd. En sykepleier som ser og lytter til pasienten, kan bidra til at hun oppleves som omsorgsfull, i følge Alvsvåg (2015). Den gylne regel oppfordrer at vi forholder oss til situasjoner med innsikt, fantasi og forståelse i møte med andre mennesker (Alvsvåg, 2015, s. 157). I situasjoner der kommunikasjon og språkforståelse ble utfordrende i Zambia, brukte vi kroppsspråket til å komme nær pasienten.

I dette eksempelet over, ser sykepleierstudenten den unge jenten som et helhetlig individ. Nightingale, også kjent som den moderne sykepleiers grunnlegger, vektla et holistisk menneskesyn. Hun hadde fokus på mennesket i sin helhet, og ikke bare problemet til individet. Å se individet som en helhet, er særlig viktig i møte med unge gravide som har blitt utsatt for overgrep. I forskningen til Prozman, et. al., (2013) understrekte de misbrukte kvinnene i intervjuet nettopp dette, og det kom frem at en ikke-dømmende holdning, lytte og engasjement var viktig.

Omsorg forstås ulikt og kommer til uttrykk på forskjellige måter (Alvsvåg, 2015, s. 157). En utfordring som kunne oppstått i denne situasjonen, er at en person med en annen kulturell bakgrunn kanskje har forskjellige oppfatninger av helse, livsstil og sykdom enn pleieren selv. Ofte kan helsepersonell bli blinde på prosedyrer og rutiner, uten å ta hensyn til pasientens kulturelle bakgrunn (Debesay, et. al., 2008, s.201). En slik pleie kan hindre sykepleieren i å utøve god omsorg, selv om pleien er vel ment. Sykepleierstudenten i casen, satt seg inn i situasjonen til pasienten. Forskningen til Dinc & Gastmans (2013) viser at faktorer som er viktig hos sykepleieren i et sykepleier-pasient forhold, er å ha evnen til å se hele situasjonen med et holistisk menneskesyn.

Røkenes & Hanssen (2002) skriver om sykepleierens omsorgsansvar overfor dem vi møter «Vi holder noe av hverandre liv i våre hender, i alle møter». Når vi møtte den unge gravide, følte vi et ansvar overfor henne. Kanskje det var fordi hun så trist ut? Eller fordi hun var så ung? Som sykepleierstudent i Norge, står omsorgsverdien i utøving av sykepleie høyt. I forhold til den gylne regel, ville vi også ha ønsket at noen skulle sett oss for den vi er, hvis vi hadde vært i en slik situasjon som den unge jenten. Når man er ung, er man i tillegg svært sårbar. Man trenger da en

omsorgsperson, som lytter og tar en på alvor. I begynnelsen av vår praksis i Zambia, følte vi at helsepersonellet ikke viste god nok omsorg for pasientene sine, og det var lett å dømme. Det gjorde at vi ble ekstra oppmerksomme på å gi pasientene en støttende hånd. Vi opplevde etterhvert at omsorg står sentralt i begge kulturer, men at vi har forskjellige måter å vise den på.

5.3 Den relasjonsbyggende sykepleieren

I følge Prosmans (2013) forskning, er relasjonen viktig for de som har blitt utsatt for seksuelle overgrep. Det finnes derimot ingen enkel «oppskrift» på hvordan man skal møte en kvinne som har blitt utsatt for overgrep. Det viktigste er at sykepleieren er der for henne, at en støtter, lytter, prøver å forstå tålmodig og fordomsfritt (Fersnes, 2014, s. 190). Med utgangspunkt i casen, ser vi først at den unge jenten er sjenert og usikker. Etter hun har fått vite resultatet av graviditetstesten, blir hun stille. Det sykepleierstudenten da gjør, er å vise at hun lytter og setter seg ned på nivå med henne. Den unge jenten får tillitt til studenten, og åpner seg ved å fortelle om sin situasjon. Det å etablere et tillitsforhold i relasjonen, er en viktig og grunnleggende sykepleieroppgave. I studien til Dinc & Gastmans (2013) viser funnene at tillit er en relasjonell prosess, den kan også bli brutt og gjenoppbygget.

Sykepleieren må være klar over utfordringer man kan møte på, når man skal danne en relasjon med unge gravide som har blitt utsatt for overgrep. I praksis i Zambia, erfarte vi at det å snakke om kjærlighet, seksuell- og reproduktiv helse, prevensjon og overgrep med pasientene, er vanskelig. Disse fenomenene kommer også frem i studien om seksuell- og reproduktiv helse blant Zambiske studenter. Funnene viser at sex er et tabubelagt tema i Zambia (Warenius, et al., 2007). Kulturelle forskjeller, språk og religion kan også gjøre at sykepleieren kan oppleve konflikter og misforståelser (Dahl, 2013, s. 21). Vi har opplevd både i Norge og Zambia at språk og religion kan føre til barrierer i relasjonsbyggingen. Språket særlig, kan gjøre at pasientene ikke forstår pleien sykepleieren gir og informasjonen de får. Tid kan også være en utfordrende faktor for relasjonen. Dette har vi ofte opplevd, spesielt i Norge. Når tiden ikke strekker til, kan man føle seg utilstrekkelig som sykepleier, fordi at man ikke får utøvd den gode pleien man ønsker. Disse erfaringene underbygges av Dinc & Gastmans forskning (2013), der det kommer frem at misforståelser i språk, mangelfull informasjon, lite tid til pasienten og mye å gjøre er faktorer som kan bidra til å bryte tillit i sykepleier-pasient relasjonen.

I teori om seksuelle overgrep, finner vi at unge gravide med overgrepserfaringer har behov for tett oppfølging (Dahlø & Laache, 2010). Det kommer også frem i resultatet i forskningen «*'Im stronger, 'Im no longer afraid...'*» (Prosman, et al., 2013) at de ønsket å dele sine opplevelser med noen. De trengte at noen hadde tid til å lytte til dem, uten å være dømmende. De følte skam over voldtekten. For at sykepleieren skal kunne ivareta den unge gravide som har blitt utsatt for overgrep, er det derfor viktig med god kontakt mellom sykepleier- og pasient. Kompetansen som sykepleiere innehar, er viktig for relasjonen (Dinc & Gastmans, 2013). Kunnskap om overgrep, følelsesmessige reaksjoner og problemer som kan oppstå den hos den unge gravide, er viktig for å kunne sette seg inn i situasjonen hennes.

Evnen til å identifisere og leve seg inn i andres situasjon, er definert som empati (Store Norske leksikon, 2018). Gjennom empati i relasjonen, kan sykepleier forsøke å forstå hvordan unge kvinner som har vært utsatt for overgrep, har det. I Prosman et al., (2013) nevnes empati som en av de viktigste egenskapene hos helsepersonell. Ved å leve seg inn i andres situasjon i praksis, opplevde vi en god relasjon med pasientene og at de fikk tillit til oss.

Funn i forskning viser at overgrep er tabu og skambelagt i Zambia (Warenus, et al., 2007). Dette kan gjøre det vanskeligere for sykepleieren å avdekke voldtekten. Hun kan også møte utfordringer når hun snakker med de unge gravide om overgrepet, på grunn av tabu. Dette igjen, kan føre til at de ikke får tilstrekkelig oppfølging i forhold til psykisk helsevern. Fersnes (2013, s.190) skriver om betydningen av relasjonen til sykepleieren. Ved å vise den unge gravide som har blitt utsatt for overgrep at hun har en støttespiller i sykepleieren, kan det bidra til at hun kan legge fortiden og vonde opplevelser bak seg.

5.4 Sykepleie på tvers av kulturer

Vi ser verden først og fremst, fra vårt eget perspektiv. Vi tar bakgrunn i våre egne erfaringer og kunnskaper. I alle situasjoner bringer vi inn en forforståelse og selvforståelse. Dette har betydning for hvordan vi tolker andres atferd og hvordan vi forholder oss til andre mennesker (Røkenes & Hanssen, 2002, s. 180). I løpet av alle praksiser vi har vært i, både i Norge og Zambia, har vi måttet bli kjent med oss selv og vår forforståelse. Våre erfaringer, hva har vi lært tidligere? Hva ønsker vi å lære? Vårt inntrykk av sykepleierollen i Norge, er at den innebærer mye fokus på pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Det er dette som i følge Nightingale, er et holistisk menneskesyn (Karoliussen, 2011, s. 21). I Zambia erfarte vi at sykepleierne fokuserte mest på det fysiske aspektet ved mennesket. For å hjelpe pasientene, opplevde vi der at det var viktigst å behandle problemet.

Det er helst fra familien, at pasientene i Zambia får dekket de psykiske, sosiale og åndelige behovene. Familien spiller en stor rolle i pasientens behandling. Vi opplevde at de var tilstede døgnet rundt. De lagde blant annet mat, stelte pasienten og leste i bibelen for dem. I følge Henderson (Holter, 2015, s. 111) er sykepleierens funksjon «å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller frisk, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse».

Kulturforskjeller trenger ikke å bety at det er ugjennomtrengelige barrierer mellom mennesker (Dahl, 2013, s. 21). Vi opplevde at både pasienter og helsepersonell fra Zambia var nysgjerrige på oss. Minst like nysgjerrige som vi var på dem. De ønsket å lære om hvordan vi utøver sykepleie og hvilke diagnoser som dominerer sykdomsbildet blant pasienter i Norge. Den interkulturelle sykepleieren må ha kunnskap om sykdom og forståelse for andre kulturer, hvorfor andre mennesker handler og tenker som de gjør. Dette kan gjøre det lettere å forstå den andre med en annen bakgrunn. Røkenes & Hanssen (2002, s. 199-203) skriver om den andre personen, som den viktigste kilden til å lære om dens kultur.

Den første tiden på sykehuset i Zambia, brukte vi mye energi til å bli kjent med andre rutiner og måter å jobbe på. Vi lærte at til tross for forskjellene, har vi mye til felles. Dahl (2013, s.21) skriver om likheter alle mennesker har, som for eksempel grunnleggende behov, individuelle tanker, følelser og evnen til å kommunisere. I stedet for å tenke at «vi gjør sykepleie bedre i Norge», prøvde vi å stille spørsmål ved handlingene til helsepersonellet. Dette hjalp oss til å få en bedre forståelse for deres arbeidsmetode og unngå stereotypier. Det åpnet også opp for at kommunikasjonen med pasientene ble lettere. Ved å bruke pasienten som primærkilde til informasjon, kunne vi bevare dens individuelle behov og integritet. I teori om interkulturell kommunikasjon (Røkenes & Hanssen, 2002, s. 203), kan man «krype under huden» på kulturen ved å låne den andres øyne, ører, hjerte og tanker, på en måte man aldri kan oppnå ved å lese i bøker.

For å forstå seksuell og reproduktiv helse i en kulturell sammenheng, må sykepleieren sette seg inn i religion, tradisjoner og tilgang til helsetjenester. Når det gjelder å bekjempe ulikhet i verden, har vi en felles arbeidsplan. FNs bærekraftsmål (2018) er blant annet, å «sikre allmenn tilgang til tjenester knyttet til seksuell og reproduktiv helse, familieplanlegging og tilhørende informasjon, opplæring og sikre at reproduktiv helse innarbeides i nasjonale strategier og programmer». Forskning (Warenius, et al., 2007) viser at Zambiske jenter og gutter, mangler informasjon om seksualitet, seksuell reproduksjon og seksuelt overførbare sykdommer. Det kommer også frem at seksualitet er ikke snakkes om i den Zambiske kulturen. Med utgangspunkt i casen, sier den unge gravide plutselig; «jeg kan ikke forstå hvordan dette har skjedd». Hvordan kan vi tolke dette? Graviditet kan være en

konsekvens av mangel på informasjon og utdanning, barneekteskap, kjønnsdiskriminering eller seksuell tvang (UNICEF, 2013).

I studien «*Vulnerability and Sexual and Reproductive Health among Zambian Secondary School Students*» (Warenius, et al., 2007) kommer det frem at seksuelle misbruk er en realitet for både Zambiske jenter og gutter. Jenter helt ned i 12 årsalderen spurte hva de skulle gjøre når de hadde blitt gravid og ville ta abort. I løpet av vår praksis i Zambia har vi også erfart at fattigdom og mangelen på kunnskap om seksuell helse, prevensjon og abort er stor. Studien til Warenius, et al., (2007) konkluderer forskning med at ungdommer i Zambia ønsker veiledning, råd og støtte. De trenger informasjon om prevensjon, graviditet, abort, overgrep, seksuelt overførbare sykdommer og intime forhold. Sykepleieren må ha kunnskap om seksuell og reproduktiv helse for å kunne møte behovene til unge gravide som har blitt utsatt for overgrep.

Som tidligere nevnt er kultur, religion og kjønn er viktige faktorer som påvirker seksualitet og seksuelt misbruk. Funn i studien til Warenius, et al.,(2007) belyser også moralisering i forhold til seksuell og reproduktiv helse. I Zambia er mange religiøse. Kristne normer og regler står sterkt i kulturen. Det blir sett på som en kristen skam å ha sex før ekteskapet, bruke prevensjon og ta abort. Dette kan forklares med at folk ser på det som å ødelegge Guds skapelse (Warenius, et al., 2007). Spørreskjemaene fra studien viser også at studentene setter spørsmål til de profesjonelle helsearbeiderne, om hvorfor de deler ut kondomer og utfører aborter, når det blir sett på som en synd. Mangel på kunnskap og moralisering, resulterer i at de fleste som blir gravide i ung alder i Zambia, beholder barnet (Warenius, et al., 2007).

I casen forteller jenten at hun er lei seg etter å ha fått vite om graviditeten, fordi hun «ikke får muligheten til å gå på skolen igjen». Graviditet betyr ofte en brå slutt på barndommen for mange, det går ut over skolegang og betyr tapte muligheter for fremtiden. Vi har erfart at det er unge jenter som har blitt uønsket gravid og ønsker å ta abort, eller at familien deres ønsker det. Statistikk viser at 3,2 millioner barn verden rundt, utsettes for utrygge aborter, av en person som mangler medisinsk kompetanse (UNICEF, 2013). Det hender også at jenter blir sendt bort til tradisjonelle «healere» som utfører aborten. 70 000 unge jenter dør årlig som følger av svangerskap, fødsler og aborter utført av personer uten medisinsk kompetanse.

Zambia er rangert som nummer syv globalt i verden når det gjelder utbredelse av hivsmitte i befolkningen. Kvinnene utgjør nesten 60% av alle de som er smittet (Frøland, 2014). I vår praksis på HIV klinikken, fikk vi høre vi mange myter om seksualitet blant pasientene. En av mytene vi hørte, var

at menn med kjønnsykdommen HIV, trodde de kunne bli frisk av å ha seksuell omgang med en jomfru. Dette er blant en av årsakene til at barn blir utsatt for seksuelle overgrep. I spørreskjemaene fra forskningen om «*Vulnerability and Sexual and Reproductive Health among Zambian Secondary School Students*» (Warenius, et al., 2007) spør Zambiske studenter om «hvorfor det er vanlig at fedrene har sex med barna sine?». Sykepleieren skal bidra aktivt for å ivareta sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester. Dette står i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2016). Det er sykepleiers ansvar å ivareta den unge gravide som har blitt utsatt for et overgrep, blant annet ved å gi informasjon om HIV/AIDS, smitteåte og forebygging av viruset. Sykepleieren har i tillegg et faglig, etisk og personlig ansvar for å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2016).

5.5 Sykepleieren som bidrar til å fremme empowerment

Empowerment er en prosess hvor folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører deres helse (WHO, 1998). I følge Tveiten, er maktfordeling sentralt i empowerment (2012, s. 175). Sett fra sykepleiers perspektiv, handler dette om å styrke pasientens egne ressurser, uavhengighet og troen på seg selv. For å ivareta den unge gravide som har blitt utsatt for overgrep, vil dette innebære at sykepleieren hjelper henne til å ta kontroll over sitt eget liv. Det er viktig at kvinnen er bevisst på det hun har opplevd. At hun ved hjelp av sykepleieren kan få bearbeide disse vonde opplevelsene. Ved å utnytte sine ressurser og øke sin kunnskap om hvordan hun kan mestre hverdagen, vil den unge jenta være bedre rustet til å møte utfordringer i fremtiden, uavhengig om hun vil beholde barnet eller ikke.

En studie (Fredriksen et al., 2012) som har blitt gjort om unge gravide i Norge, viste at informantene ofte hadde følt seg mislykket på mange områder, blant annet i skolen. Noen velger derfor å få barn, for og få respekt. De vil vise andre ungdommer at de mestrer morsrollen. Med et overblikk på begge kulturer, opplever vi at det er en annen situasjon i Zambia. Her er det største ønsket til ungdommer å gå på skolen og få en utdanning. Å bli gravid i Zambia er ikke alltid et ønsket valg. I Zambia lever 64.4% av befolkningen under ekstrem fattigdom (FN, 2014). Fattigdom kan bidra til at foreldre gifter bort barna sine, fordi de ikke har penger til å forsørge dem. Barnegravitet på grunn av barneekteskap er derfor et problem i lavinntektsland. For å løse disse problemene må vi få alle jenter inn i grunnskolen og gi dem muligheten til videre utdanning (UNICEF, 2013).

Barnet kan være sterkt ønsket, men samtidig blir det å miste kontroll over livssituasjonen og sin egen kropp, en stor utfordring og en påminnelse om overgrepssituasjonen, som kan skape redsel og angst (Dahlø & Laache, 2010, s. 27). Skal sykepleier kunne hjelpe den unge gravide til å ta kontroll i sitt eget

liv, er vi også nødt å finne roten til problemene. Gravide med overgrepserfaringer trenger tettere oppfølging. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2016) står det at man skal understøtte håpet, mestring og livsmot hos pasienten. Det er også sykepleiers oppgave å arbeide aktivt for å imøtekomme de sårbare gruppenes særskilte behov for helse- og omsorgstjenester.

For å komme ut av en situasjon preget av misbruk og vold, er det forsket på personlige egenskaper hos sykepleier, som kan bidra til at kvinnen kan opparbeide styrke og kraft. Disse personlige ferdighetene er; empati, standhaftighet og trygghet (Prosman et al., 2013). Kompetansen til sykepleieren, er en faktor som både kan bidra til å fremme empowerment, men også øke avmaktssituasjonen den unge gravide er i. Studier viser at pasienter har stor tillitt til sykepleier allerede før møtet, på grunn av utdanningen hun har (Dinc & Gastmans, 2013).

6 Oppsummering

Man møter den unge gravide som har blitt utsatt for overgrep overalt i verden. Som sykepleier møter man jentene oftest på sykehus, i psykisk helsevern, på gynekologisk avdeling og i føde- og barselomsorgen. I Norge er det ofte en oppgave for en jordmor å ta i mot et barn. I Zambia, er det en del av sykepleiers oppgaver. Det finnes ingen fasit på hvordan man kan ivareta den unge gravide som har blitt utsatt for et overgrep. Alle mennesker er forskjellige og har individuelle behov. For å møte de unge jentenes behov på en god måte, må man se henne som et helhetlig individ med bakgrunn i Nightingales holistiske menneskesyn.

I forskning kommer det frem at en ikke-dømmende holdning, støtte og tillitt i relasjon med sykepleier, gjør at den unge gravide som har blitt utsatt for et overgrep, opplever sykepleieren som omsorgsfull. Sykepleier kan hjelpe den unge gravide til å få størst mulig kontroll over eget liv, gjennom mestringsstrategier og empowerment. Jentene trenger en omsorgsperson som lytter og tar henne på alvor, uten fordommer. Som sykepleier må man være klar over at tid, språk, kultur, religion kan føre til barrierer i sykepleier-pasientrelasjonen.

Kvinner som har blitt utsatt for et overgrep, kan føle skam over voldtekten. De har gjerne et behov for å dele opplevelsene sine med noen. Ved å låne den andres øyne, ører, hjerte og tanker kan man prøve å forstå den andres smerte. Ved å vise empati, omsorg, lytte og se den unge gravide, kan sykepleier bidra til at hun kan forsøke å legge fortiden bak seg. Dette har vi lært gjennom praksis og ved å skrive denne oppgaven.

Hvert år blir 16 millioner jenter under 18 år gravide og føder barn. Zambiske ungdommer mangler informasjon om seksuell og reproduktiv helse. Graviditet kan være en konsekvens av dette. Vi vet at det blir forsket på effektiviteten av å styrke empowerment blant jenter i Zambia. Denne forskningen, som enda er en studie protokoll, skal øke kunnskap, forhindre at jenter blir gravide i ung alder og forhåpentligvis vil dette redusere frafall i skolen.

For en sykepleier, er det vanskelig å forhindre at seksuelle overgrep skjer. Det er umulig for oss å forstå hvorfor noen vil påføre andre denne smerten. En sykepleier kan ikke forhindre at dette skjer, men når hun møter den unge gravide som har blitt utsatt for et overgrep, kan hun være en livredder. Når de verste reaksjonene på overgrepet kommer, viser sykepleieren at den unge jenten har en støttespiller. Dersom man som sykepleier klarer å være tilstede på ekte og medmenneskelig måte, kan dette være til stor hjelp for andre.

7 Litteraturhenvisning

- Alvsvåg, H. (2015). Faglig skjønn og omsorg. I E. K. Grov, & I. Holter, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Amnesty International. (2018, April 13). *Mødre helse og dødelighet*. Hentet Mai 5, 2018 fra <https://www.amnesty.no/tema/m%C3%B8dre-helse-og-d%C3%B8delighet>
- Austgard, K. (2002). *Omsorgsfilosofi i praksis - Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Austveg, B. (2006). *Kvinnens helse på spill*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- CIA. (2018, Mai 15). *The world factbook*. Hentet Mai 23, 2018 fra <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/za.html>
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker, innføring i interkulturell kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dahlø, R., & Laache, I. (2010). *Gravide, fødende og barselkvinner med overgrepserfaringer - en veileder for helsepersonell*. Oslo: Høyskoleforlaget AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Debesay, J., Slettebø, Å., & Meyer, F. (2008). *Etikk i møte med den "fremmede" pasienten - innspill til en flerkulturell etikk i sykepleie*. (A. M. Otterstad, Red.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Dinc, L., & Gastmans, C. (2013, August 20). *Trust in nurse-patient relationships: A literature review*. Hentet fra DOI: 10.1177/0969733012468463
- Eide, H., & Eide, T. (2000). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fersnes, G. (2014). Reaksjoner og stabiliseringsarbeid etter voldtekt. I K. Narud (Red.), *Vold mot kvinner*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- FN. (1989, November 20). *Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen*. Hentet Mai 26, 2018 fra Om FN: <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen>
- FN. (2014, November 28). *Zambia*. Hentet Mai 27, 2018 fra Land: <https://www.fn.no/Land/Zambia>
- FN. (2015, September 25). *Mødre dødelighet*. Hentet Mai 5, 2018 fra Statistikk: <https://www.fn.no/Statistikk/Moedredoedelighet>

- FN. (2017, Oktober 6). *Kvinner og likestilling*. Hentet Mai 5, 2018 fra Tema - Fattigdom: <https://www.fn.no/Tema/Fattigdom/Kvinner-og-likestilling>
- FN. (2018, April 18). *FNs bærekraftsmål*. Hentet Mai 23, 2018 fra Om-FN: <https://www.fn.no/Om-FN/FNs-baerekraftsmaal/>
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Oppsummert forskning for helsetjenesten*. Hentet Mai 25, 2018 fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Folkehelseinstituttet. (2016, Juni 3). *Helsebiblioteket*. Hentet Mai 24, 2018 fra Kunnskapsbasert praksis: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Frøland, S. (2014). *Epidimien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fredriksen, A. M., Lyberg, A., & Severinsson, E. (2012, September 14). *Health supervision of young women during pregnancy and early motherhood: A Norwegian qualitative study*. Hentet fra DOI: 10.1111/j.1442-2018.2012.00724.x.
- Gundersen, J. A. (2015). *Skyggespill*. Oslo: Publica Bok.
- Halvorsen, L., Nerum, H., Øian, P., & Sørli, T. (2013, Juli 9). *Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study*. Hentet fra DOI: 10.1111/birt.12054
- Hermstad, K. (2010). *Forbrytelse og forståelse*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. Grov, & I. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv - ny forståelse*. Porsgrunn: Gyldendal Akademisk.
- Kayeyi, N. (2013). *Trends in HIV Prevalence and Sexual Behaviour among Young people in Zambia: geographical and socio-economic differentials*. Bergen: Universitetet i Bergen. Hentet Mars 1, 2018 fra http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/6707/Pages%20from%2048352%20Kayeyi%20main_thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Lovdata. (2001, Januar 1). *Om Lovdata*. Hentet Mai 26, 2018 fra Info:
https://lovdata.no/info/om_lovdata
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Bergen: Akribe.
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Akribe.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NSF. (2016, Mai 23). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet Mai 23, 2018 fra
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Prosman, G.-J., Lo Fo Wong, S., Römken, R., & Lagro-Janssen, A. (2013, October 21). 'I am stronger, I'm no longer afraid...', an evaluation of a home-visiting mentor mother support programme for abused women in primary care. Hentet fra DOI: 10.1111/scs.12102.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2002). *Bære eller bryte*. Trondheim: Fagbokforlaget.
- Regjeringen. (2013, Juli 1). *Utenriksdepartementet - Menneskerettigheter*. Hentet Mai 26, 2018 fra Norsk innsats for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/ud/vedlegg/menneskerettigheter/veileder_seksuellerettigheter_1310.pdf?id=2169378
- Regjeringen. (2014, Desember 16). Hentet Mai 9, 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet - Verdenshelseorganisasjon: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Regjeringen. (2018, Januar 11). *Utenrikssaker*. Hentet Mai 2, 2018 fra Zambia - reiseinformasjon:
https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_zambia/id2429142/
- Sandøy, I. F., Mudenda, M., Zulu, J., Munsaka, E., Blystad, A., Makasa, M. C., . . . Musonda. (2016, Desember 9). *Effectiveness of a girl's empowerment programme on early childbearing, marriage and school dropout among adolescent girls in rural Zambia: study protocol for a cluster randomized trial*. Hentet fra DOI: 10.1186/s13063-016-1682-9
- Snl. (2017, August 10). *Store norske leksikon*. Hentet Mai 23, 2018 fra Zambia: <https://snl.no/Zambia>
- Store norske leksikon. (2018, Mai 2). *Relasjon*. Hentet fra <https://snl.no/relasjon>

Store norske Leksikon. (2018, April 17). *Store medisinske leksikon*. Hentet Mai 3, 2018 fra Graviditet:
<https://sml.snl.no/graviditet>

Store Norske leksikon. (2018, Februar 20). *Empati*. Hentet Mai 29, 2018 fra <https://snl.no/empati>

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning. I Å. Gammersvik, & T. Larsen, *Helsefremmende sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

UNICEF. (2013, Juli 24). *Når barn føder barn*. Hentet Mai 01, 2018 fra
<https://www.unicef.no/nyheter/429/nar-barn-foder-barn>

Universitetet i Bergen og Språkrådet. (2018, Januar 1). *Bokmålsordboka*. Hentet Mai 24, 2018 fra Språkrådet:
https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=+ivareta&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok= begge

Universitetet i Bergen og Språkrådet. (2018, Januar 1). *Bokmålsordboka*. Hentet Mai 24, 2018 fra Språkrådet: <https://ordbok.uib.no/UTSATT>

Warenus, L., Pettersson, K., Nissen, E., Hojer, B., Chishimba, P., & Faxelid, E. (2007, September). *Vulnerability and Sexual and Reproductive Health among Zambian Secondary School Students*. Hentet fra DOI: 10.1080/13691050601106679

WHO. (1998, 1 1). *Health promotion glossary*. Hentet Mai 23, 2018 fra
<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

WHO. (2006). *Sexual health*. Hentet Mai 28, 2018 fra
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

8 Vedlegg 1

Hjelpeskjema til å finne aktuelle søkeord

Sett problemstillingen inn i PICO skjemaet:

Patient/Problem:	Intervention/Tiltak:	Comparison/Sammenligning:	Outcome/Resultat:
Seksuelle overgrep	Gi støtte og omsorg		Fremme seksuell- og reproduktiv helse
Voldtekt	Ivareta		
Tenåringssvangerskap	Veilede		
Graviditet	Motivere		

Finne engelske søkeord og synonymord

Søk i SveMed+. Søk ett og ett av de norske ordene i skjemaet over, gå inn på en av artiklene du får som treff, skroll ned i MeSH terms og se hva ordet du søkte på heter på engelsk. Gjenta minst 3 artikler for å sjekke om det finnes flere synonymord. Skriv opp alle relevante ord.

Patient/Problem:		
Norsk ord:	Engelsk ord:	Synonymord:
Seksuelle overgrep	Sexual abuse	Sex offences
Seksuell og reproduktiv helse	Sexual and reproductive health	
Voldtekt	Rape	Teen Pregnancy, early motherhood
Tenåringsgraviditet	Pregnancy in Adolescence	
Graviditet	Pregnancy	
Utviklingsland	Developing countries	
Kvalitativ forskning	Qualitative research/methods	
Zambia		

Intervention/Tiltak:		
Norsk ord:	Engelsk ord:	Synonymord:
Veiledning	Counseling	
Motivasjon	Motivation	
Omsorg	Nursing care	Patient care

Comparison/Sammenligning:		
Norsk ord:	Engelsk ord:	Synonymord:

Outcome/Resultat		
Norsk ord:	Engelsk ord:	Synonymord:
Empowerment	Empowerment	Patient participation

9 Vedlegg 2

Systematisk treff i databaser

Begrensing i søk

Dato/klokkeslett	Søkeord	Academic Search Elite (Academic Search Elite, Medline, CINAHL with Full text)	Engelske artikler
20.04.18 kl.14.05	S1: Early motherhood S2: Pregnancy OR Pregnancy in adolescence S3: S1 AND S2	S1: 588 S2: 15 367 S3: 84	Health supervision of young women during pregnancy and early motherhood: A Norwegian qualitative study
25.04.18	S1: Sexual and reproductive health S2: Zambia S3: S1 AND S2	S1: 16 993 S2: 12 237 S3: 126	Vulnerability and sexual and reproductive health among Zambian secondary school students
29.04.18 kl.10.35	S1: Nursing care OR Nursing AND Care S2: Adolescence OR young women S3: Qualitative research OR qualitative study S4: Rape OR Sexual abuse	S1: 339 687 S2: 336 259 S3:174 095 S4: 90 700 S5: 8	Giving Birth with Rape in One's Past – A Qualitative Study

	S5: S1 AND S2 AND S3 AND S4		
30.04.18	S1: Nurse-patient relationship S2: Literature review S3: S1 AND S2	S1: 6 255 S2: 288 385 S3: 200	Trust in nurse-patient relationships: A literature review
15.05.18	S1: Abused women S2: Qualitative methods S3: S1 AND S2	S1: 7 126 S2: 108 169 S3: 239	'I am stronger, I'm no longer afraid...', an evaluation of a home- visiting mentor mother support programme for abused women in primary care.

10 Vedlegg 3

Sjekkliste for kvalitativ studie

Kvalitativ metode	Health supervision of young women during pregnancy and early motherhood: A Norwegian qualitative study
1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja. Formålet med studien er å beskrive oppfatninger av offentlige godkjente sykepleiere og jordmødre. Formålet er å tolke deres erfaringer gjennom omsorg for unge kvinner under graviditet og det å bli en ung mor. Studien tar for seg kjennetegnene hos de unge kvinnene, og hvilke strategier sykepleiere og jordmødre bruker for å ivareta behovene til disse kvinnene.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja. Den kvalitative tilnærmingen er hensiktsmessig, da den beskriver og tolker egne erfaringer. Flere studier tyder på at tenåringsgraviditet er forbundet med noe negativt, de har derfor valgt å bruke fokusgruppeintervju for å skape forståelse.
3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja. Studiedesignet er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen.
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja. Seks fagfolk ble intervjuet, fire jordmødre og en offentlig godkjent sykepleier som representerte fire familiesentre i forskjellige lokalsamfunn. Det blir godt beskrevet hvordan og hvorfor de ble valgt ut.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja. Datasamlingen er nøye beskrevet og tilstrekkelig for et helhetlig bilde.

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Ja. Det kommer klart frem at data har blitt transkribert og analysert med fortolkende innholdsanalyse med flere trinn for å bedre forståelse og en følelse av helhet.</p>
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p>	<p>Ja. Forskeren har redegjort for sitt faglige ståsted og for konteksten som datasamlingen foregikk i.</p>
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p>	<p>Ja. Funn i studien blir underbygget med annen forskning. Studien er også fagfellevurdert og publisert i et medisinsk tidsskrift.</p>
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p>	<p>Etiske forhold er gjort rede for og studien har blitt godkjent.</p>
<p>10. Kommer det klar fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p>	<p>Ja. Hovedfunnene kommer klart frem.</p>
<p>11. Kan resultatene brukes i min praksis?</p>	<p>Ja. Resultatene har overføringsverdi til vår oppgave.</p>

11 Vedlegg 4

Sjekkliste for kvalitativ studie

Kvalitativ metode	Vulnerability and sexual and reproductive health among Zambian secondary school students
1. Er formålet med studien tydelig?	Ja. Formålet med studien er å utforske behovet for å bedre kvaliteten på helsetjenestene rundt seksuell og reproduktiv helse for studenter i Zambia.
2. Er denne kvalitative tilnærmingen hensiktsmessig?	Ja. Den kvalitative tilnærmingen er hensiktsmessig, da den beskriver og tolker egne erfaringer.
3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?	Ja. Det ble gjennomført et kvalitativt semi-strukturert intervju med ti kvinner, som hadde vært utsatt for overgrep før deres første fødsel.
4. Var datasamlingen tilstrekkelig til å gi et helhetlig bilde av fenomenet?	Ja. Datasamlingen er gjort på grunnlag av 716 Zambiske studenter som har svart på spørreskjema.
5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja. Forskerne har beskrevet konteksten som datasamlingen har blitt gjort i.
6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Det kommer frem i artikkelen at analysen er gjort på bakgrunn av anonyme svar fra spørreskjema. Fortolkningen av data er oversiktlig og tydelig.
7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (for å sjekke om funnene er riktige)?	Funnene blir underbygget av annen forskning som tidligere har blitt gjort.

8. Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	Ja. Hovedfunnene blir presentert i abstraktet og senere presentert i artikkelen.
9. Kan resultatene brukes i min praksis?	Ja. Resultatene har overføringsverdi til vår oppgave.

12 Vedlegg 5

Sjekkliste for kvalitativ studie

Kvalitativ metode	Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study
10. Er formålet med studien tydelig?	Ja. Formålet med denne studien er å utforske og belyse hvordan kvinner som tidligere har vært utsatt for voldtekt, opplever å føde for første gang. Studien tar for seg hvordan føde- og barselomsorg de anbefaler, til kvinner som tidligere har blitt voldtatt.
11. Er denne kvalitative tilnærmingen hensiktsmessig?	Ja. Den kvalitative tilnærmingen er hensiktsmessig, da den beskriver og tolker egne erfaringer. Flere studier tyder på at tenåringsgraviditet er forbundet med noe negativt, de har derfor valgt å bruke fokusgruppeintervju for å skape forståelse.
12. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?	Ja. Det ble gjennomført et kvalitativt semi-strukturert intervju med ti kvinner, som hadde vært utsatt for overgrep før deres første fødsel.
13. Var datasamlingen tilstrekkelig til å gi et helhetlig bilde av fenomenet?	Ja. Data fra intervjuet ble analysert og deretter presentert i en skjematisk modell.
14. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja. Forskeren har redegjort for sin faglige bakgrunn samt konteksten intervjuene foregikk i.
15. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja. Det kommer frem i studien når intervjuene ble gjennomført, hvor de ble gjennomført, at intervjuene ble spilt inn og at de ble transkribert av en person uten tilknytning til studien.

<p>16. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (for å sjekke om funnene er riktige)?</p>	<p>Funnene blir underbygget av at en utenforstående person har transkribert datamateriale. Det blir også dratt inn annen forskning i diskusjonsdelen.</p>
<p>17. Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p>	<p>Ja. Hovedfunnene blir presentert i abstraktet og senere presentert i skjema.</p>
<p>18. Kan resultatene brukes i min praksis?</p>	<p>Ja. Resultatene har overføringsverdi til vår oppgave.</p>

13 Vedlegg 6

Sjekkliste for kvalitativ studie

Kvalitativ metode	'I am stronger, I'm no longer afraid...', an evaluation of a home-visiting mentor mother support programme for abused woman in primary care
1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja. Målet med studien er å kartlegge hvordan støtteprogram for mødre med overgrepserfaringer kan være fremmende.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja. Kvalitativ metode er hensiktsmessig da den bygger på menneskets erfaringer og opplevelser. Som i dette tilfeller gjelder kvinner med overgrepserfaringer.
3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja. Studiedesignet er hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen da semi-strukturerte intervju ikke følger spørsmål definert på forhånd, men formulert i form av stikkord som intervjueren tar utgangspunkt i.
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja. Utvalget av kvinnene er hensiktsmessig, da kvinnene har de samme erfaringene. Av totalt 43 deltakere var det 21 som på forhånd sa seg villig til å bli intervjuet etter endt studie, fire av disse fikk en ikke kontakt med, og tre nektet. Ulempen er at resultatene kun omfatter 14 av de 43 deltakere.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja. Den ene gruppen som kalles mentormødre i studien utførte intervjuer for å følge opp den andre deltakergruppen som er mødre med overgrepserfaringer. Studien tar utgangspunkt i MeMosa-studien som fant sted i Rotterdam.
6. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja. Semi-strukturert intervju ble brukt for å samle inn data og alle deltakerne ble forespurt om å gjennomføre intervju seks måneder etter studien. Videre støttet MeMoSA kvinner i å håndtere depressive plager ved

	hjelp av kognitiv atferdsterapi. Var støtten utilstrekkelig, ble kvinnene henvist til psykisk helsevern.
7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Nei. Men det nevnes at flere av deltakerne som ble intervjuet, hadde liten tro på at undersøkelsen og behandlingen de hadde sagt seg villige til å være en del av.
8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?	Ja. Den undersøkte gruppens likhet, er at samtlige deltakere var i faktiske forhold hvor de ble misbrukt. Videre er det laget en oversikt for å vise ulike aldersgrupper, hjemland, utdanningsnivå og antall barn vedkommende har.
9. Er etiske forhold vurdert?	Ja. Etiske forhold er vurdert. Det nevnes at å komme i kvinnenens hjem var en risiko med tanke på en voldelig partner, men at mentormødrene fikk god opplæring i tilfelle nødsituasjoner oppsto.
10. Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	Ja. Hovedfunnene er godt beskrevet. En god dialog, tillitt og relasjoner til helsepersonell, førte til bedre dialog mellom begge parter. Kvinnene følte seg mer aksepterte grunnet profesjonaliteten helsepersonellet utøvde. Empati, standhaftighet kunne påvirke beslutninger og trygghet, som var de viktigste årsakene til suksess for mentormødrene.
11. Er fordelene verdt ulemper og kostnader?	Ja. Av totalt 43 deltakere, hvor det til slutt er 14 som lar seg intervjuet, så kunne resultatet fort sett annerledes ut. Flere av deltakerne fullførte ikke studiet, noen fikk en ikke kontakt med, og andre nektet å la seg intervjuet. Resultatet kan dermed skyldes tilfeldigheter. Likevel burde resultatene som kommer overføres til befolkningen/pasientgruppen, da dette kan være en løsning for flere.

14 Vedlegg 7

Sjekkliste for oversiktsartikkel

Oversiktsartikkel	Trust in nurse-patient relationships: A literature review
1. Er formålet med oversikten klart formulert?	Ja. Formålet med oversikten er å reportere resultatene av litteraturstudien av empiriske studier som omhandler sykepleie-pasient relasjonen.
2. Søkte forfatteren etter relevante type studier?	Ja, artiklene som forfatteren har tatt med handler om tillit og sykepleier-pasient relasjonen.
3. Er det sannsynlig at viktige og relevante enkeltstudier er funnet?	Forfatterne har inkludert 34 artikler som er publisert mellom 1980 og 2011. Forfatteren har inkludert både kvantitative og kvalitative studier.
4. Er kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?	Ja, forfatterne har redegjort for søkeprosess og inkluderingskriterier.
5. Dersom resultater fra de inkluderte studiene er kombinert statistikk i en metaanalyse, var dette fornuftig/forsvarlig?	Det er ikke brukt metaanalyse i studien.
6. Hva forteller resultatene?	Resultatene forteller at pasienten allerede har tillitt til helse- og omsorgsarbeiderne på grunn av utdannelsen og kompetansen. Pasientene følte seg emosjonelt og fysisk trygg. Det viser også at tillitt er en prosess som går igjennom flere stadier før man etablerer et tillitsforhold. Tillit kan bli etablert, ødelagt og reparert. Resultatene sier også at å etablere et tillitsforhold er en viktig og grunnleggende sykepleieroppgave. Ærlighet, konfidensialitet, å

	ville yte den beste hjelpen, å være autentisk, sensitiv og ha evnen til å se hele situasjonen blir også dratt frem som viktige faktorer hos sykepleieren for å etablere en god relasjon.
7. Hvor presise er resultatene?	Resultatene er innhentet fra kvalitative studier, som er basert på menneskers egne erfaringer. I og med at studiene er gjort på 34 forskjellige studier, velger vi å tro at resultatene er troverdige.
8. Kan resultatene overføres til praksis?	Ja, resultatene kan overføres til praksis og til vår oppgave.
9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?	Ja.
10. Er fordelene verdt ulemper og kostnader?	Ikke relevant spørsmål.