



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Den indre smerten som ingen ser
– *vald i nære relasjonar*

Lin Anita Reime

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitskap

Institutt for helse- og omsorgvitskap

Sjukepleie Førde

Rettleiar Siv Førde

01.06.2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet, er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

Samandrag

Tittel

Den indre smerten som ingen ser – vald i nære relasjonar

Bakgrunn

I psykiatripraksis møtte eg ei kvinne, med diagnosen posttraumatisk stresslidning, som var i reetableringsfasen etter å ha levd med vald i nære relasjonar. Forsking viser at det er ein klar samanheng mellom vald og seinare fysisk og psykisk uhelse, som kan medføra sosial isolering og nedsett deltaking i arbeidslivet og samfunnsaktivitetar. Det er difor viktig at sjukepleiarar har kunnskap om symptom på vald, kva konsekvensar det kan medføra, og korleis ein skal etablera ein god og trygg relasjon med dei valdsutsette for å fremja betring, slik at dei på nytt kan delta i arbeidslivet og sosiale aktivitetar.

Problemstilling

Korleis kan ein som sjukepleiar bidra til å fremja betring og resiliens hjå kvinner som har vore utsette for vald i nære relasjonar?

Metode

Denne oppgåva er ei litteraturstudie, som systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder, slik som bøker og forskingsartiklar, i tillegg til erfaringsbasert kunnskap.

Oppsummering

Kvinner som har vore utsette for vald i nære relasjonar, vil i reetableringsfasen ha behov for mykje hjelp og støtte. Forsking viser at med riktig behandling tilpassa individuelle behov vil dei fysiske og psykiske plagene til valdsutsette kvinner reduserast over tid. I reetableringsfasen er det viktig at sjukepleiarar etablerer ein god og trygg relasjon med dei valdsutsette og tek omsyn til individuelle behov som kan variera over tid. Dette kan, saman med god støtte frå det sosiale nettverket, bidra til å fremja betring og resiliens hjå desse kvinnene.

Nøkkelord: partnervald, PTSD, sjukepleie, resiliens, recovery

Innholdsliste

1	Innleiing	1
1.1	Samfunns- og sjukepleiefagleg perspektiv	1
1.2	Bakgrunn for val av tema	1
1.3	Problemstilling og avgrensingar	2
1.4	Omgrepsavklaringar	2
1.5	Oppbygging	3
2	Metode	4
2.1	Litteraturstudie	4
2.1.1	Søkeprosessen etter relevant forskning	4
2.1.2	Søkeprosessen etter relevant litteratur	5
2.2	Kjeldekritikk.....	5
3	Teori.....	7
3.1	Konsekvensar av vald i nære relasjonar	7
3.2	Kunnskap og kompetanse hjå helsepersonell	7
3.3	Sjukepleie og kommunikasjon.....	8
3.4	Relasjon.....	9
3.5	Håp og sosial støtte.....	9
3.6	Resiliens og recovery.....	9
4	Resultat.....	11
4.1	Recovery: Resilience and growth in the aftermath of domestic violence (Anderson, et al., 2012).	11
4.2	Annual Research Review: Resilience – clinical implications (Rutter, 2013)	11
4.3	Health-related quality of life among abused women one year after leaving a violent partner (Alsaker, et al., 2008).....	12
4.4	Intimate partner violence and women’s health and wellbeing: impacts, risk factors and responses (Wong & Mellor, 2014).....	12
4.5	Health consequences of intimate partner violence (Campbell, 2002).....	13
5	Drøfting.....	14
5.1	Seinverknadar av vald	14
5.2	Møte med valdsutsette kvinner	15
5.3	Kommunikasjon og samspel.....	16
5.4	Kva hjelper for utvikling av betring og resiliens?	16
5.5	Utfordringer å finna gode sjukepleieintervensjonar som kan fremja betring og resiliens hjå valdsutsette kvinner	18
6	Konklusjon	20
	Referansar	21

1 Innleiing

Vegen ut av ein valdsrelasjon og fram til eit liv der ein kan stå på eigne bein, kan for mange kvinner vera lang og krevjande. I tillegg til dei synlege og direkte fysiske skadane valden medfører, er det ein klar samheng mellom vald og seinare fysisk og psykisk uhelse. Kvinner som vert utsette for vald, opplever alvorlege angrep mot ei god identitetsoppleving. Slike angrep er krenkingar som kan ta frå eit menneske opplevinga av å ha verdi (Alsaker, Moe, Baste, & Morken, 2014). Ordet vald skapar eit ubehag i den som vert utsett eller har vore utsett for vald, og eksponering for vald gjer noko med oss (Isdal, 2000, s. 69-153).

1.1 Samfunns- og sjukepleiefagleg perspektiv

Vald i nære relasjonar er straffbare handlingar på lik linje med vald som skjer i andre samanhengar (Straffeloven, 2005 kap. 25). Forsking viser at éi av fire kvinner vil i løpet av livet oppleve intim partnervald, og at vald i nære relasjonar er eit alvorlig folkehelseproblem. I Noreg er det estimert at mellom 75 000 og 150 000 personar årleg vert utsett for slik vald (Meld. St.15, 2012–2013, s. 11), og samfunnsøkonomiske analysar anslår at dette kostar det norske samfunnet mellom 4,5 og 6 milliardar kroner årleg (Vista analyse, 2012, s. 10).

Valdsutsette kvinner vil ofte møte ein sjukepleier når dei kjem i kontakt med helsevesenet. Dei *Yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar* beskriv korleis ein som sjukepleiar bør forholde seg til profesjon, arbeidsplass, pårørande, medarbeidarar, samfunn og pasient. Sjukepleiar sin funksjon er retta mot å sikra pasientens grunnleggande behov, utføra støttande tiltak og gje opplæring i å takla sjukdomen og konsekvensane av den (Holter & Grov, 2015, s. 32). Sjukepleiaren skal understøtta håp, meistring og livsmot hjå pasientane (Sykepleierforbunds, 2016).

1.2 Bakgrunn for val av tema

I psykiatripraksisen møtte eg ei langtidssjukemeldt kvinne med diagnosen posttraumatisk stresslidning (PTSD) som var i reetableringsfasen etter å ha levd med vald i nære relasjonar, og grunna stadig trakassering på arbeidsplassen frå ein tidlegare partner, måtta ho slutta i jobben. Dette møtet inspirerte meg til å vilja undersøkje vidare korleis ein som sjukepleiar kan bidra til å styrkja og betra livskvaliteten til valdsutsette kvinner. Temaet har stor relevans, og det er viktig at ein som sjukepleiar har kunnskap om ulike symptom på vald, kva konsekvensar dette kan medføra, og korleis ein kan gje best mogeleg sjukepleie til dei involverte. Ut frå dette har eg formulert ei problemstilling for oppgåva.

1.3 Problemstilling og avgrensingar

Korleis kan ein som sjukepleiar bidra til å fremja betring og resiliens hjå kvinner som har vore utsette for vald i nære relasjonar?

Problemstillinga er nærare definert med følgjande tilleggsspørsmål: Kva er vald i nære relasjonar? Kva problem slit ein med etter vald? Kva hjelper for betring og utvikling av resiliens?

Vald i nære relasjonar er eit omfattande felt som gjeld begge kjønn, men eg har valt å avgrensa problemstillinga til kvinner i den krevjande reetableringsfasen heime etter eit lengre opphald på eit krisesenter. I psykiatripraksis var eg del av eit ambulant team i ein kommune, og av dei eg møtte som hadde vore utsette for vald i nære relasjonar, var det stort sett berre kvinner. Dette samsvarer med statistikk som viser at det i hovudsak er kvinner som søker opphald ved krisesentra (Årsmelding, 2016). I tillegg kjem det fram av Meld. St.15 (2012–2013, s. 13) at kvinner vert utsette for den grove og alvorlege valden i nære relasjonar.

Sjølv om mange av kvinnene har barn eller andre pårørande som vert involverte i slike saker, har eg valt å ikkje fokusere på dei. Eg vil heller ikkje gå inn på risikofaktorar for vald eller ulike medisinske og terapeutiske behandlingsmetodar.

1.4 Omgrepsavklaringar

Ambulante team er eit behandlarteam som arbeidar utanfor sjukehusa. Ambulante tenester kan vere førebyggjande eller behandlande (Helsebiblioteket, 2015).

Vald er ein kvar handling retta mot ein annan person som gjennom at denne handlinga skadar, smertar, skremmer eller krenker, får personen til å gjera noko mot sin vilje eller sluttar å gjera noko ein vil (Isdal, 2000, s. 36).

Vald i nære relasjonar omfattar alle typar vald, slik som fysisk, psykisk, materiell, seksuell, latent og økonomisk vald, som vert utført av ein person som står nære offeret (Meld. St.15, 2012–2013, s. 25).

Definisjon av andre omgrep i problemstillinga vert omtala i teoridelen.

1.5 Oppbygging

Oppgåva skal løysast ved å presentera teori, definera omgrep og visa til funn frå forskning. Vidare skal eg drøfta korleis ein som sjukepleiar kan fremja betring og resiliens hjå valdsutsette kvinner i lys av relevant teori, forskning og erfaringsbasert kunnskap. Avslutningsvis vil eg seia noko om kva eg har fått ut av å skriva denne oppgåva, og kva eg eventuelt treng meir kunnskap om.

2 Metode

Denne oppgåva byggjer på ein litteraturstudie, som betyr at eg brukar litteratur som allereie er skrivne av andre. Ein litteraturstudie er ein studie som systematiserer kunnskap frå eksisterande skriftlege kjelder for å finna svar på eit forskingsspørsmål (Dalland, 2012, s. 223). Metode er eit verktøy ein brukar for å samla inn data når ein vil undersøkje noko (Dalland, 2012, s. 112). Metode fortel oss om korleis ein bør gå fram for å skaffa eller etterprøva kunnskap, og ein bruker metoden ved å diskutera teori ut i frå bøker og forskning (Dalland, 2012, s. 111).

2.1 Litteraturstudie

Litteraturen eg har nytta i denne oppgåva, er henta frå pensum, forskingsartiklar, stortingsmeldingar, lovverket, og andre relevante bøker. Eg har også brukt stoff frå ulike nettsider, slik som *Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet og Helsebiblioteket*. I tillegg har eg fått tips frå rettleiar om fleire forfattarar innanfor emnet.

2.1.1 Søkeprosessen etter relevant forskning

I litteraturlista i Meld. St.15 (2012–2013) fann eg forfattaren *Kjersti Alsaker*. Eg søkte i Oria på denne forfattaren, og fekk 66 treff. Søket blei avgrensa til fagfelleverderte artiklar frå 2008–2018, og det gav 24 treff. Etter gjennomlesing av overskrifter og abstrakt, valde eg ein studie som var særleg relevant for oppgåva: *Health-related quality of life among abused women one year after leaving a violent partner* av Alsaker, Moen, og Kristoffersen (2008).

Deretter søkte eg i databasen MEDLINE/Pubmed. Her brukte eg først søkeordet "PTSD", som gav 35 411 treff, og la så til "AND intimate partner violence", som resulterte i 735 treff. Vidare inkluderte eg "AND impacts", som gav 18 treff, og "AND women", som resulterte i 17 treff. Søket vart deretter avgrensa til "fulltekst" og "siste ti år", og det gav til slutt 12 treff. Etter å ha lese gjennom dei som var aktuelle, vurderte eg at følgjande artikkel var særleg relevant: *Intimate partner violence and women's health and wellbeing: impacts, risk factors and responses* av Wong og Mellor (2014). I fleire av artiklane eg las, var det referert til forfattaren Campbell (2002) og artikkelen *Health consequences of intimate partner violence*. Denne har eg også inkludert i oppgåva.

Eg gjorde eit nytt søk i databasane MEDLINE, Cinahl+ og Academic Search Elite. Der brukte eg følgjande søkeord: "resilience", som gav 37 992 treff; la til "intimate partner violence" og fekk 164 treff; la deretter til "recovery", som gav 13 treff; inkluderte til slutt "women", og fekk 12 treff. Det siste søket blei avgrensa til "peer reviewed" og "2008–2018", og då stod eg att med 6 artiklar. Etter

å ha lese overskrifter og abstrakt, kom eg fram til at særleg éin artikkel var relevant: *Recovery: resilience and growth in the aftermath of domestic violence* av Anderson, Renner, og Danis (2012).

I MEDLINE/Pubmed søkte eg også på forfattern Michael Rutter, som blei anbefalt av rettleiar. Eg brukte desse søkeorda: "Michael Rutter", som gav 248 treff; la til "resilience" og fekk 8 treff. Eg avgrensa søket til "review" og stod att med 4 artiklar. Etter å ha lese desse, valde eg ut éin artikkel: *Annual Research Review: Resilience – clinical implications* (2013). Etter dette søket hadde eg totalt inkludert 5 forskingsartiklar som eg vurderte var særleg relevante og gav eit godt kunnskapsgrunnlag for oppgåva mi.

2.1.2 Søkeprosessen etter relevant litteratur

Eg har nytta litteratur frå tidlegare pensum, då dette er litteratur som er kvalitetssikra av høgskulen. For å finna relevant litteratur, har eg gjort søk etter litteratur i databasen til biblioteket, både via "oria" og "bibsyst". Utanom pensumlitteraturen har eg sjølv valt å bruka boka *Meiningen med volden* av Per Isdal. I tillegg har eg brukt bøkene *Hva hjelper?* av Alain Topor og Joyce Travelbees bok *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, som rettleiar anbefalte.

2.2 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er å karakterisera og vurdere litteraturen eg har referert til i oppgåva med tanke på kjeldenes relevans, styrkar og svakheiter (Dalland & Tygstad, 2012, s. 67). Når ein skal vurdere ei bok eller ein artikkel, er det ei rekkje spørsmål ein bør stilla seg for å klargjera kva type tekst det dreier seg om, og i kva grad kjelda har relevans for problemstillinga i oppgåva (Dalland & Tygstad, 2012, s. 74). Dei fleste vitenskaplege artiklar er bygd opp etter IMRAD-prinsippet (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, s. 69), og eg såg etter denne modellen då eg skulle finna forskingsartiklar. IMRAD står for *Introduksjon* (kvifor forfattern vil gjera studien), *Metode* (korleis dei gjennomførte studien og analyserte resultatata), *Resultat* (kva dei fann), og *(And)*, og *Diskusjon* (kva forfattern meiner resultatata betyr). I oppgåva har eg inkludert fagfelleverderte artiklar frå både kvalitativ og kvantitativ forskning, og oversiktsartiklar innan feltet. Gjennom kvantitative metodar får ein meir eller mindre eksakt faktakunnskap gjennom målbare einingar, medan kvalitativ forskning tek sikte på å dokumentera kunnskap om menneskelege eigenskapar som meiningar, opplevingar, erfaringar, tankar og haldningar (Dalland, 2012, s. 112).

Ei svakheit ved enkelte studiar som eg har referert til, er få deltakarar i utvalet, noko som påverkar styrken i funna og i kva grad ein kan generalisera resultatata. Styrken med artiklane er at dei belyser

problemstillinga mi. Eg har brukt enkelte sekundærkjelder, både bøker og forskingsartiklar, utan å sjekka primærkjeldene, og dermed kan eg ikkje sjå bort frå eventuelle feil eller manglar i attgjevinga eller tolkinga av resultatata frå originalstudiane. Eg har valt å bruka artiklar som ikkje er eldre enn 10 år, med unntak av artikkelen *Health consequences of intimate partner violence* (Campbell, 2002). Sjølv om den er over 10 år gamal, og dette kan vere ei svakheit, har eg likevel valt å sjå vekk frå årstalet, då eg vurderer denne kjelda som truverdig og høgst relevant.

3 Teori

Eg vil i denne delen presentera teori som er relevant for å belysa mi problemstilling.

3.1 Konsekvensar av vald i nære relasjonar

Konsekvensane av vald i nære relasjonar kan vera omfattande (Meld. St.15, 2012–2013, s. 75), og det er ein tydeleg samanheng mellom vald og fysisk og psykisk helse. Dei helsemessige konsekvensane får også store sosiale konsekvensar, og vil ofte få negativ innverknad på den valdsutsette si deltaking i arbeidslivet. Den som blir utsett for valden, bebreidar ofte seg sjølv, føler skam og skyldkjensle. Stigmatisering knytt til det å vera utsett for vald, kan føra til at ein ytterlegare isolerer seg og innskrenkar kontakten med familie, vener og kollegar (Meld. St.15, 2012–2013, s. 26).

Når ein person blir utsett for eit traume relatert til vald, er typiske reaksjonar skjelvingar, hjartebank, høg puls, frykt og angst. Personen kan streva med å følgja logiske samanhengar, planleggja, tenkja "fornuftig" og ta imot beskjedar. Denne stressaktiveringa er kroppens alarmsignal, som ved langvarig aktivering kan gje utslag i ulike somatiske plager og stressrelaterte sjukdomar (Renolen, 2008, s. 156´185´189).

Posttraumatisk stresslidning (PTSD) er ein psykisk helsetilstand som kan oppstå etter svære påkjenningar av ei traumatisk hending (Helsebiblioteket, 2016). Mange som blir utsette for vald, utviklar på sikt PTSD, angst og/eller depresjon (Danielsen, Solberg, & Grøvdal, 2016, s. 17). PTSD kjenneteiknast av symptom som søvnavanskar, mareritt, uro, innskrenka merksemd og tilbaketrekning. Tilstanden kan også gje problem med konsentrasjonen og minnet (Hummelvoll, 2012, s. 510). Diagnosen føreset nedsett funksjonsevne i utdanning, arbeidsliv, dagleglivets aktivitetar, familie og fritid (Helsebiblioteket, 2016).

3.2 Kunnskap og kompetanse hjå helsepersonell

Ifølgje *Handlingsplan mot vold i nære relasjonar* (2014-2017, s. 11) skal kunnskap om kva prosessar som vert aktiverte under og etter vald, og kva reaksjonar som kan førekoma på kort og langt sikt, gje hjelparen tryggleik i møte med dei traumeramma. Og kunnskap om valdens karakter og særtrekk er naudsynt for at helsepersonell kan gje god og riktig hjelp tilpassa behova til den enkelte (*Handlingsplan mot vold i nære relasjonar*, 2014-2017, s. 11). Slik kunnskap og kompetanse skal forvaltast gjennom eksisterande helse- og sosialfaglege utdanningar (Meld. St.15, 2012–2013, s. 45).

3.3 Sjukepleie og kommunikasjon

For å kunna hjelpa best mogeleg dei som har vore utsette for vald i nære relasjonar, er det viktig som sjukepleiar å vera bevisst på mellommenneskelege forhold og etablera ein god, trygg relasjon til pasientane. I denne oppgåva har eg brukt sjukepleieteoretikar Joyce Travelbees sjukepleieteori, som legg vekt på det mellommenneskelege forholdet i sjukepleia, og som kjem med følgjande definisjon på sjukepleie:

”En mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999, s. 29).

Travelbee (1999, s. 186) framhevar at eit menneske-til-menneske-forhold vert først etablert etter at sjukepleiar og den sjuke har gått gjennom fleire fasar. Denne prosessen består av innleiande møte, framvekst av identitetar, empati, sympati og medkjensle, og gjensidig forståing og kontakt.

Ved eit kvart møte mellom menneske føregår det kommunikasjon, og føremålet er å verta kjent med pasienten, slik at sjukepleiaren kan identifisera og dekkja pasientens særeigne behov for hjelp (Travelbee, 1999, s. 135). Og når pasienten føler at sjukepleiaren er førebudd, er det lettare å ha tillit til den som hjelper (Heyn, 2015, s. 374). Kommunikasjon er ein gjensidig prosess og eitt av dei viktigaste verkøya som ein sjukepleiar har for å kunna etablera eit menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 136). Pasientane er ofte i ein sårbar fase der dei kan føla at dei har liten eller ingen kontroll over sin eigen situasjon (Heyn, 2015, s. 363). Ved at sjukepleiar kommuniserer på ein empatisk og støttande måte, brukar god tid og er tilgjengeleg, kan dette bidra til at pasienten opplever å bli teken vare på, slik at situasjonen opplevast som meir handterbar (Heyn, 2015, s. 363).

Nonverbal kommunikasjon er det ein formidlar, utan å bruka ord, gjennom kroppshaldning, rørsle, ansiktsuttrykk, blikkontakt og pust, og dette er avgjerande for å skapa tryggleik i relasjonar og etablera kontakt (Heyn, 2015, s. 387). Sjukepleiarar formidlar også omsorg gjennom nonverbal kommunikasjon, mellom anna gjennom blikk eller måten ein utfører sine omsorgstenester på (Travelbee, 1999, s. 137). Desse sidene av kommunikasjon er det naudsynt å vera klar over når ein arbeidrar med målretta samtalar (Hummelvoll, 2012, s. 425).

3.4 Relasjon

For å hjelpa kvinner som har vore utsette for vald, er det viktig å skapa ein god, mellommenneskeleg relasjon. Blant dei viktigaste faktorane for å byggja denne relasjonen til valdsutsette, er sjukepleiaren sine kommunikasjonsevner og veremåte, inkludert evna til innleving og empati, som bidreg til å skapa tryggleik, tillit og truverde i behandlingssituasjonen (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 20`27). Opplevingar utløyser kjensler som ein dreg med seg vidare, og som igjen kan påverkast av nye hendingar (Hummelvoll, 2012, s. 23). Det er difor viktig at ein som sjukepleiar aksepterer pasienten og har evne til å ta inn den kjensla vedkommande er i eller har (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 190). For mange pasientar handlar det om å bli truidd, at nokon lyttar til det dei fortell, viser interesse og vil hjelpa dei med å ordna opp (Topor, 2004, s. 110).

3.5 Håp og sosial støtte

Det er viktig å skapa nytt håp gjennom god kommunikasjon og menneske-til-menneske-relasjonen fordi dette kan vera starten på betringsprosessen og gje styrke og mot til å takla utfordringar (Renolen, 2008, s. 174). Den som håpar, har tru på at livet vil endra seg og bli meir behageleg eller meiningsfullt, eller gje auka glede (Travelbee, 1999, s. 115). Ifølgje Travelbee (1999, s. 115) er sjukepleiaren si rolle å hjelpa den sjuke til å oppleva håp for å meistra sjukdom og liding, og hjelpa til med å halda oppe håpet. Kvinner som har vore utsette for partnervald, treng å få sett ord på sine kjensler, slik som sinne, skyld, anger, hjelpeløyse og håp. Det kan redusera intensiteten av kjenslene, og føra til at kvinnene kjenner seg meir levande og myndige (Hummelvoll, 2012, s. 207).

Pasienten sitt sosiale nettverk har stor betyding for meistring av sjukdom (Renolen, 2008, s. 196). Gjennom heile livet treng vi andre å støtta oss til, og den psykisk helsa vert påverka av kvaliteten på pasientens sosiale nettverk (Hummelvoll, 2012, s. 69). Å koma seg etter eit traume er ein individuell prosess som også er avhengig av ein sosial samanheng (Topor, 2004, s. 105). Dette føreset ei bevisstheit hjå hjelparen om kva ressursar offeret har, det sosiale nettverket, og kva hjelpetilboda kan bidra med (NOU 2003:31, s. 76). Det finst ikkje noko som passar alle heile tida, og det som hjelper i ein viss periode, treng ikkje å vera til hjelp i ein annan (Topor, 2004, s. 107). Og det kan vera nødvendig med langsiktig støtte lenge etter eit samlivsbrot for å tryggja kvinna som har levd i lang tid med systematisk mishandling (NOU 2003:31, s. 60).

3.6 Resiliens og recovery

Omgrepet *resiliens* innan psykologi kan definerast som evna til å klara utviklingsoppgåver trass kumulative belastningar, overgrep og andre vanskar (Varvin, 2010, s. 404). Resiliens handlar om evna

til å løysa problem via tenking, og å lære av livsutfordringar (Hummelvoll, 2012, s. 57). Resiliens er også avhengig av interaksjonen med omgjevnaden. Av det følgjer det at vilkåra som vert tilbydd pasientane, er avgjerande for korleis det går med dei. Mange har gode ressursar, sjølv om dei har opplevd alvorlege belastningar, mista mykje og vorte traumatiserte (Varvin, 2010, s. 405).

Betring (eng. *recovery*) handlar om prosessen å overkoma verknadene av psykisk liding, ta tilbake kontrollen over livet og styrkja den sosiale identiteten (Hummelvoll, 2012, s. 58). Det inneber mellom anna at ein fjernar seg frå stempling og stigmatisering og på nytt deltek aktivt i samfunnet, slik som i arbeidslivet og frididsaktivitetar (Hummelvoll, 2012, s. 70).

Å hjelpa kvinner som har vorte valdsutsette og traumatiserte, inneber å yta hjelp tilpassa den enkeltes situasjon på det tidspunktet vedkommande søker hjelp (NOU 2003:31, s. 72). Hummelvoll (2012, s. 38) framhevar at sjukepleiar-pasient-felleskapet skal byggja på eit godt samarbeid mellom sjukepleiar og pasient, og at dette er avgjerande for betringsprosessen. Det er viktig at ein som sjukepleiar har ei open innstilling som er motivert av ein vilje til å søkja og forstå pasienten si verkelegheitsoppfatning. Når ein har ei slik forståing, kan sjukepleiaren lettare veta korleis den hjelpesøkjande kan støttast til å oppleve auka indre kontroll, som er ein føresetnad for å kunna velja i livet og styra kvardagen (Hummelvoll, 2012, s. 78). Måla i betringsprosessen bør difor baserast på ressursane pasienten har, og orientera seg mot å vinna tilbake identitet og utvikla verdsette sosiale roller.

4 Resultat

Her vil eg kort presentera kva forskingsartiklane handlar om, og dei funn og konklusjonar som eg vil nytta vidare i drøftinga.

4.1 Recovery: Resilience and growth in the aftermath of domestic violence (Anderson, et al., 2012).

I denne studien vart det brukt ein kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode for å identifisera kvinners oppfatningar av deira recoveryprosess og tilpassing i etterkant av vald i heimen. Studien inkluderte 37 frivillige kvinner i alderen 22–64 år som tidlegare hadde levd i eit valdeleg forhold. Spørjeskjema vart sendt til deltakarane. To veker etter at spørjeskjema var sendt attende, vart deltakarane intervjuet. Standardiserte tiltak av psykososial funksjon vart brukt til å identifisera nivå av PTSD og resiliens. Resultata viste at alle kvinnene i studien hadde fortsatt symptom som angst, depresjon, dårleg sjølvtilitt og andre psykiske plager, og 9 av 32 deltakarar hadde PTSD. Den kvalitative analysen avslørte at sosial støtte og nettverk, og tru og håp, spelte ein stor rolle i recoveryprosessen og resiliens. Studien indikerte at livet vart forbetra som følgje av å søkja hjelp frå helsetenestene, og var avgjerande for deira betringingsprosess. Sjølv etter mange års misshandling viste det seg at kvinnene hadde fått auka livskvalitet etter at dei braut ut av ein valdelig relasjon. Dette kan gje håp til andre kvinner som lever i slike forhold.

4.2 Annual Research Review: Resilience – clinical implications (Rutter, 2013)

I denne studien vart litteraturen gjennomgått med tanke på åtte ulike funksjonar som er relaterte til resiliens. Resultata indikerte at dei viktigaste kliniske implikasjonane er å vurdere nøye individuelle behov, og ikkje anta at alle risiko- og beskyttelsefaktorar har like effektar under alle forhold hjå alle individ. Dei vanlegaste risikofaktorane er misbruk og å ikkje verta sett, noko som synast å ha ein vesentlig miljørelatert risikoeffekt på psykisk uhelse. Straksreaksjonar kan vera ulike over tid hjå same person, og reaksjonane er ikkje konstante. Psykologisk symptombelastning kan også variera og endrast over tid, på same måte som straksreaksjonar varierer over tid. Artikkelen konkluderte at det ikkje var grunnlag for å tilrå eit bestemt program for førebygging og behandling. Det betyr at ein må vurdere relevante eigenskapar i kvart enkelt tilfelle, og laga ein analyse av mogelege årsakssamanhengar og modifierande faktorar, inkludert familiære og sosiale forhold, som kan brukast i planlegginga av behandlingstiltak. Her kan det vera relevant å trekkja inn korleis personen har handtert tidlegare kriser og utfordringar. Studien framheva verdien av mentale prosessar som kan ha betyding for å overvinna motgang, slik som sjølvrefleksjon og planlegging. Målet med

behandlinga må vera å senda initiativet tilbake til pasienten, og ikkje gjera vedkomande avhengig av terapeuten.

4.3 Health-related quality of life among abused women one year after leaving a violent partner (Alsaker, et al., 2008).

I ei norsk oppfølgingsundersøking var målet å studera den langsiktige effekten av vald mot kvinner med tanke på helseplager og livskvalitet eitt år etter dei hadde reist frå sin valdelege partner. Ei tverrsnittsundersøking vart utført på alle 50 krisesenter i Noreg. Kvinnene som deltok, vart kontakta eitt år etter at dei hadde vore på krisesenteret. 22 kvinner i alderen 19–64 år deltok i oppfølgingsstudien. Resultata viste at berre 5 av 22 var i arbeid året etter at dei forlét partnaren. Av 22 kvinner hadde 14 fått hjelp frå helsetenesta, og 12 av dei 22 kvinnene hadde opplevd ein trussel om vald i løpet av det siste året. Det var betydeleg betring i kvinnenenes mentale helse, livskraft og sosial funksjon eitt år etter at dei forlét partnaren. Funna viste at kvinner kan få betre livskvalitet ved å forlata sin valdelege partner, og at dei hadde behov for beskyttelse og helsehjelp lang tid etter at dei hadde forlate ein valdeleg relasjon.

4.4 Intimate partner violence and women's health and wellbeing: impacts, risk factors and responses (Wong & Mellor, 2014).

I denne oversiktsartikkelen såg forskarane på omfanget av fysiske og psykiske problem for kvinner som hadde opplevd intim partnervald (IPV). IPV omfattar fysiske og/eller seksuelle overgrep av ektefelle eller ein annan intim relasjon, og det er anslått at éin av fire kvinner opplever IPV i løpet av livet. Difor er det sannsynleg at mange sjukepleiarar i ulike samanhengar vil møte kvinner med ulike helseproblem som er eller har vore ofre for IPV. Vald er knytt til eit breitt spekter av negative fysiske og psykiske helseutfall som fører til at dei valdsutsette i større grad må søkja helsetenester enn andre kvinner. Det er her snakk om alt frå alvorlege akutte fysiske skadar til langsiktige helsemessige konsekvensar som depresjon og PTSD. Det er difor viktig at sjukepleiarar har kunnskap om fysiske og psykiske helseutfall av IPV, og at IPV er ein risikofaktor for mange helseproblem. Det kjem fram i oversiktsartikkelen at sjukepleiarar må forstå andre signifikante faktorar som er involvert i behandling av kvinner med erfaring frå IPV, slik som dei kulturelle implikasjonane, samanhengen mellom IPV og seksuelt misbruk i barndomen, og kvinners avgjerd om å verta verande i eit forhold som involverer IPV.

4.5 Health consequences of intimate partner violence (Campbell, 2002).

Denne oversiktsartikkelen framhevar at IPV var ein vanleg årsak til helseproblem fram mot 2002. Artikkelen gjennomgjekk tidlegare forskning på psykisk og fysisk helse som følgje av vald, og viste at det var godt dokumentert i kontrollerte forsøk at kvinner som hadde vore utsette for partnervald, hadde ulike fysiske skadar og/eller psykiske plager som depresjon og PTSD. Skadar, frykt og stress i samanheng med IPV kan resultera i langvarige helseproblem, slik som kroniske smerter, inkludert hovudverk og ryggmerter, eller svimmelheit og anfall. Helseplager kan vara lenge etter at valden er slutta, men symptoma kan reduserast over tid ved å søkja helsehjelp. Det er viktig at ein støttar og anerkjenner dei kreftene og energien som valdsramma kvinner bruker for å løysa sine helseproblem som følgje av vald i heimen. Det kjem fram i artikkelen at vald var ein risikofaktor for mange helseproblem, og dersom vald bidrog til andre faktorar som kunne vera helseskadelege, ville inngrep retta mot slike forhold ikkje lukkast utan samtidig å ta tak i IPV.

5 Drøfting

I denne litteraturstudien skulle eg sjå nærare på *korleis ein som sjukepleiar kan bidra til å fremja betring og resiliens hjå kvinner som har vore utsette for vald i nære relasjonar*. Eg fant at vald i nære relasjonar er utbreidd, og at konsekvensane er eit stort spekter av negative fysiske og psykiske helseutfall, inkludert PTSD, angst og depresjon, noko som ofte medfører personleg isolasjon og manglande deltaking i arbeidsliv og andre samfunnsaktivitetar. Samtidig kom det fram at livskvaliteten til valdsutsette kvinner som regel vil betra seg etter at dei har forlate den valdelege partnaren og fått individuelt tilpassa behandling frå helsetenesta. Her spelar normalt sjukepleiarar ei nøkkelrolle. Dei kan bidra til å fremja betring og resiliens ved å ha tilstrekkeleg kunnskap om valdens karakter og konsekvensar, og bruka god tid på å etablera ein trygg relasjon til dei valdsutsette kvinnene. I dette mellommenneskelege forholdet er målet mellom anna å betra kvinnenens sjølvbilete styrkja evne til å meistra kvardagen, og å skapa eit nytt håp for framtida.

5.1 Seinverknadar av vald

Kvinner som har vore utsette for vald i nære relasjonar, kan slita med seinverknadar av valden, noko som krev at ein sjukepleiar har kunnskap om dei ulike reaksjonane og korleis ein kan hjelpa kvinner i slike situasjonar (*Handlingsplan mot vold i nære relasjonar, 2014-2017, Renolen, 2008, Wong & Mellor, 2014*). Fleire studiar har vist at kvinner som har levd i eit tidlegare forhold med vald, slit med fysiske og psykiske symptom i lengre tid etter at dei har reist frå partnaren (Anderson, et al., 2012, Danielsen, et al., 2016). Og ifølgje *Handlingsplan mot vold i nære relasjonar (2014-2017, s. 11)* vil kunnskap om kva prosessar som vert aktiverte, og kva reaksjonar som kan førekoma, ofte tryggja helsepersonell i møte med valdsutsette. Dette samsvarar godt med mine eigne erfaringar. I møte med den valdsutsette kvinna i praksis erfarte eg at mine forkunnskapar om vald gjorde det enklare for meg å møta og forstå denne kvinna.

Konsekvensane av vald i nære relasjonar kan vera omfattande (Meld. St.15, 2012–2013, s. 75), og det er ein tydeleg samanheng mellom vald og fysisk og psykisk helse (Campbell, 2002, Wong & Mellor, 2014). Å verta utsett for vald eller truslar over tid, verkar psykisk nedbrytande, og valdsutsette kvinner har ofte låg sjølvkjensle, opplever maktesløyse og har auka risiko for å utvikla PTSD (Alsaker, et al., 2008, Anderson, et al., 2012, Campbell, 2002, Wong & Mellor, 2014). Dette var også tilfellet med kvinna eg møtte i praksis. I tillegg til PTSD sleit ho mellom anna med angst, angstpust og migrene, og ho var ofte sjuk med hyppige tilfelle av hals- og biholebetennelse. Symptoma ved PTSD er mellom anna problem med konsentrasjon, merksemd og hukommelse (NOU 2003:31, s. 60). Kvinna frå min praksisperiode brukte ei dagbok for å notera ned daglege gjeremål fordi ho ikkje

hugsa kva ho gjorde dagen før. Med mine kunnskapar om seinverknader av vald kunne eg lettare forstå hennar reaksjonsmønstre og korleis eg burde opptre for å fremja betring og resiliens.

Kvinner med PTSD har ofte nedsett funksjonsevne i utdanning, arbeidsliv, dagleglivets aktivitetar, familie og fritid (Helsebiblioteket, 2016). Dagane til kvinna i praksis bestod ofte i å streva med å dekkja dei grunnleggjande behova for borna og seg sjølv. Denne kvinna fortalte at før ho kom i eit valdeleg forhold, var ho ei sjølvstendig, sosial og fysisk aktiv karrierekvinne. Det at ho no trengde hjelp for å koma seg gjennom dagen, vart ei ekstra stor påkjenning i tillegg til dei andre fysiske og psykiske plagene ho hadde.

Kvinner som har vore utsette for traume, føler seg ofte hjelpelause og utilstrekkelege (Hummelvoll, 2012, s. 519). At ein i tillegg har måtta søkja hjelp, kan ytterlegare forsterka desse kjenslene. Her er det viktig at ein også støttar og anerkjenner dei kreftene og den energien valdsramma kvinner må bruka for å løysa sine helseproblem (Campbell, 2002). Daglege gjeremål, slik som å laga middag, var energikrevjande for kvinna eg møtte i praksis. Det kunne ta ho fire til fem timar å laga eit måltid fordi ho måtte ta det i små etappar og sova mellom øktene. Som sjukepleiar kan eg avlaste med praktiske gjeremål for at kvinner i ein slik situasjon kan samla krefter til andre aktivitetar som gjev dei styrke. Gjennom ei slik forståing og praktisk hjelp kan eg bidra til at valdsutsette kvinner opplever auka indre kontroll, attervinn identitet og utviklar sosiale roller. Dessutan er det for pasienten lettare å ha tillit til sjukepleiaren når pasienten føler at hjelparen er førebudd (Heyn, 2015, s. 374), noko eg vil koma nærare inn på i neste avsnitt.

5.2 Møte med valdsutsette kvinner

Det første møtet mellom sjukepleiar og pasient er viktig fordi grunnlaget for den vidare prosessen vert skapt då. Pasienten skal møtast med respekt og kjensle av å verta lytta til. For ein sjukepleiar vert det å nullstilla seg og parentessetja eiga forståing og eigne fordommar viktig i møtet med dei valdsutsette (Hummelvoll, 2012, s. 431). Ved å presentera seg med namn og stilling og tilby å koka kaffi eller te, kan ein verka meir imøtekomande (Heyn, 2015, s. 373). Det er også viktig å kartleggja pasienten sine eigenskapar, resursar og sosiale nettverk. Dermed vert det lettare å aktivt søkja etter løysingar i fellesskap. Ei slik datasamling kan hjelpe sjukepleiaren til å identifisera pasientens særreigne behov, og planleggja og utføra sjukepleie i tråd med desse. For at dette samarbeidet skal kunna fungera, må det utviklast på grunnlag av gjensidig tillit og openheit (Hummelvoll, 2012, s. 38). Dersom den valdsutsette kvinna har ein trygg og god relasjon til sjukepleiaren, kan det bidra til at ho meistrar dei posttraumatiske symptoma, noko som kan vera resiliensfremjande.

5.3 Kommunikasjon og samspel

Ein kan sjå på kommunikasjon som ei gangbru i relasjonsskapinga. Og som sjukepleiar har eg ein viktig rolle med tanke på å skapa ein god relasjon til kvinner som har vore utsette for vald i nære relasjonar. Det at eg opna meg for kvinna i praksis og delte egne erfaringar i ein samtale med ho, var positivt i vår relasjonsskaping. Føremålet med kommunikasjon er å verta kjent med pasienten, slik at sjukepleiaren kan dekke pasientens behov for hjelp (Travelbee, 1999, s. 135), og viss ein sjukepleiar kommuniserer på ein empatisk og støttande måte, kan dette bidra til at pasienten opplever situasjonen sin som meir handterbar (Heyn, 2015, s. 363). Som student i praksis såg eg kor viktig det var for kvinna at eg hadde tid til å vere der med og for ho. Dette bidrog til at ho viste meg tillit og opna seg for meg. Dersom ein klarar å skapa tillit, kan det vera lettare å visa seg sjølv, og dette kan gje større rom for usemje (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 28).

I kommunikasjon med andre har det nonverbale kroppsspråket ei stor betydning, og det kan avsløra oss på godt og vondt. Sjukepleiarar kan formidla omsorg gjennom nonverbal kommunikasjon, mellom anna gjennom blick eller måten vi utfører våre tenester på (Travelbee, 1999, s. 147), og det er viktig å vera bevisst på kroppsspråket vårt når vi arbeidar med målretta samtalar (Hummelvoll, 2012, s. 425). I møte med kvinna i praksis var eg bevisst på mitt kroppsspråk. Ved å setja meg ned i same høgd som kvinna og ha augnekontakt med ho, viste eg at eg var interessert i å lytta. Og det at eg snakka i eit roleg tempo, smilte og viste empati, gjorde at kvinna følte seg trygg. Kvinner som har vore utsette for vald, kan reagere på høg stemmebruk eller brå rørsler, og på den måten forsterka det traumet dei har. I praksis reagerte kvinna med å rykka bakover i sofaen og løfta opp armene for å beskytta ansiktet då eg i eit tilfelle, utan forvarsel, reiste meg brått opp frå stolen for å rydda vekk eit par kaffikoppar. Som sjukepleiar er det viktig at eg i møte med valdsutsette kvinner har forståing for at opplevingar utløyser kjensler og ei biokjemisk endring som valdsutsette dreg med seg vidare, og som igjen kan påverkast av nye hendingar. Samtidig kan eg gjera kvinnene trygge på at dei psykiske reaksjonane som dei opplever, er normale reaksjonar på traumatiske opplevingar (Hummelvoll, 2012, s. 23).

5.4 Kva hjelper for utvikling av betring og resiliens?

Resiliens handlar om positiv meistring og evne til å løysa problem via tenking og læring av livsutfordringar (Hummelvoll, 2012, s. 57). I studien til Anderson, et al. (2012) kom det fram at å ha håp og tru bidrog til personleg og sosial forandring for kvinnene i reetableringsfasen. For valdsutsette kvinner kan positiv meistring dreia seg om å klara å jobba seg gjennom dei barrierane som eit traume

set for kvardagslege gjeremål. Men i starten er dei avhengige av hjelp som vert tilbydd av omgjevnaden (Varvin, 2010, s. 405).

Som sjukepleiar er det viktig at eg klarer å formidla optimisme og håp om løysing av problema, og samstundes anerkjenner pasienten sin frykt og andre kjensler. Kvinna som eg møtte i praksis, fekk panikk og angstanfall då det ringde på døra viss ho ikkje forventta besøk. Frykt for at det var tidlegare partner, sette i gong ein stressaktivering i kroppen. Ho vart også nervøs og uroleg kvar gong telefonen ringde eller då det kørde ein bil forbi huset. Slike opplevingar utløyst av assosiasjonar til perioden med vald kunna vera eit hinder for at kvinna klarte dei daglege gjeremåla. For å lindra angst og fremja valdsutsette kvinners psykiske styrke, kan eg som sjukepleiar setja meg ned saman med dei og la kvinnene setja ord på sine kjensler og på den måten redusera intensiteten, slik at dei kjenner seg meir levande og myndige. Dette kan hjelpe kvinnene med å vinna tilbake indre kontroll over tankar og kjensler (Hummelvoll, 2012, s. 207). I studien til Alsaker, et al. (2008) viste det seg at kvinner hadde behov for ulike støttetiltak lenge etter at dei hadde forlate sin valdelege partner. I denne perioden var den mentale helsa redusert og faren for vald frå tidlegare partner stor etter at kvinna hadde reist.

Når ein planlegg dagen saman med ei valdsutsett kvinne og avlastar ho i daglege gjeremål, er det lettare for kvinna å oppleva rasjonell tenking og større klarheit og oversikt i situasjonen sin. Forsking indikerer at for å makta å handtera ein valdsrelatert situasjon, er det heilt avgjerande med sosial støtte der ein har nokon å dela tankar og kjensler med (Hummelvoll, 2012, s. 512). Som sjukepleiar er det difor viktig å visa at ein har tid til vedkomande, og lyttar og motiverer til aktivitet. I samtaler med kvinner i ein slik situasjon kan det vera nyttig å finna fram til kva som har hjelpt tidlegare i livet når vedkomande har møtt motgang (Rutter, 2013). Ved å lytta til pasientane sine idear om problemløysing og støtta dei i dette, kan eg bidra til å auka deira kjensle av meistring. I tillegg må eg leggja til rette for at ei valdsutsett kvinne kan klara å utføra dei oppgåvene som ho ville ha utført då ho var frisk. I ein samtale med kvinna i praksis kom det fram at ho likte fysisk aktivitet, noko som hadde gitt ho energi før ho vart sjuk. Ho var tidlegare vane med å trenja jamleg, noko som ho no sakna. Sjølv om kvinna ikkje hadde mykje energi dei dagane eg møtte ho, klarte eg likevel å motivera ho til å gå tur med meg i skogen.

Mellommenneskelege relasjonar er viktige i all sjukepleie (Joyce Travelbee (1999, s. 29), og ein sjukepleiar skal hjelpa pasienten til å meistra og finna mening med sin sjukdom (Heyn, 2015, Hummelvoll, 2012, Røkenes & Hanssen, 2015). Årevis med isolering og forsøk på å halda valden skjult

for omgivnaden fører til at mange kvinner mister kontakten med familie, vener og kollegar. Kvinna frå praksis fortalde at ho isolerte seg frå sine vener og familie då ho var i partnerskap med utøvaren. Ho følte seg skamfull og hadde skyldkjensle for å ha vorten utsett for vald av partnare sin. Ved at eg roste kvinna for å dela kjenslene sine med meg, vart dagen overkommeleg for kvinna. Ifølgje Rutter (2013) er sosial støtte éin av hovudfaktorane knytt til resiliens hjå personar som hadde fått ei psykisk lidning. Som sjukepleiar kan eg yta sosial støtte ved å hjelpa ho med det ho treng hjelp til, visa omsorg, lytta og tryggja kvinna.

Som sjukepleiar er det også viktig at eg får valdsutsette kvinner til å tru på at dei kan delta aktivt for å løyse problema sine. Når eg lyttar oppmerksamt og viser aksept for pasientane sine kjensler, kan dette bidra til å auka deira sjølvrespekt. Ifølgje Hummelvoll (2012, s. 78) skjer styrking av sjølvrespekt mellom anna gjennom meistringsopplevingar. Viss ein pasient klarer å utføra ei oppgåve, kan det skapa motivasjon, styrkja sjølvbiletet og auka meistringskjensla. Og ved at eg som sjukepleiar ser og verdsett dette, kan det gje valdsutsette ei oppleving av autonomi og forsterka meistringskjensla. Håp om noko betre, kan vera med på å gje styrke i situasjonar som verker uoverkommelege for ei valdsutsett kvinne. Som sjukepleiar kan eg hjelpa kvinner i ein slik situasjon til å oppretthalda håpet ved å påverka dei til å finna noko positivt å gjera eller tenkja på. I studien til Anderson, et al. (2012) kom det fram kor viktig det er med sosial støtte og nettverk. Tru og håp spelte også ein viktig rolle i deltakarens recoveryprosess og resiliens. Det gav dei indre styrkje til å tåla lidinga og finne mening med livet. Betydinga av håp vert også understreka av Travelbee (1999, s. 115), som poengterer at den som håpar, har tru på at livet vil endra seg og verta meir behageleg og meningsfult. Anderson, et al. (2012) sin studie viste at sjølv etter mange års mishandling fekk kvinnene auka livskvalitet etter at dei hadde brote ut av eit valdeleg forhold. Å informera pasientar om slike forskingsresultat, kan tenna eit håp i reetableringsfasen om at med tid og hjelp frå venner, familie og helsetenesta kan dei på sikt klara å delta i det sosiale samfunnet att.

5.5 utfordringer å finna gode sjukepleieintervensjonar som kan fremja betring og resiliens hjå valdsutsette kvinner

Det er ei utfordring å finna gode intervensjonar til valdsutsette fordi det kan vera vanskeleg å skreddarsy eit behandlingsprogram som vil passa for alle (Rutter, 2013). Kvart individ er ulik og behova endrar seg over tid (NOU 2003:31, Rutter, 2013, Topor, 2004). Dette erfarte eg også i praksis ved å jobba i eit ambulant team. Pasientane eg kom i kontakt med, hadde alle ulike meiningar, ynskjer og behov, som dei verdsette og gav livet deira mening. Enkelte hadde eit stort sosialt nettverk som bidrog med hjelp; andre ikkje. Det bør leggest vekt på at behova hjå kvinner vil vera

individuelle og samansette, og variera etter kva livssituasjon og fase av valdsforløpet ei kvinne er i (NOU 2003:31). Det å koma seg er ein individuell prosess som avheng av ein sosial samanheng (Topor, 2004, s. 105), noko eg også erfarte i eigen praksis.

6 Konklusjon

Vald i nære relasjonar er utbreidd og kan resultera i langvarige helseproblem med store menneskelege og samfunnsøkonomiske kostnader. Behovet er dermed stort for tiltak som kan redusera omfanget og konsekvensane av slik vald. Forsking viser at éi av fire kvinner vil oppleva partnervald i løpet av livet, og at det er ein klar samanheng mellom slik vald og fysiske og psykiske helseplager. Dermed er sjansen stor for at sjukepleiarar vil møte kvinner med mange ulike helseproblem relatert til dette.

Gjennom teori og eigen erfaring har eg drøfta korleis vi som sjukepleiarar kan bidra til å fremja betring og resiliens hjå kvinner som har vore utsette for vald i nære relasjonar. Å finna ein konkret fasit er vanskeleg fordi kvart individ er ulik og behova deira endrar seg over tid. Men eg har komen fram til enkelte ledetrådar som kan bidra i prosessen, slik at kvinnene i siste ende kan få betre livskvalitet og delta på nytt i ulike samfunnsaktivitetar. Blant dei viktigaste faktorane er at kvinnene har nokon som har tid til å hjelpa, lytta, er støttande, viser empati og anerkjenner dei for sine kjensler. Samstundes er sjukepleiaren si evne til å skapa ein god og trygg relasjon til kvinnene, vise dei tillit, kartleggja problema og finna fram til deira ressursar, avgjerande. I tillegg spelar sosial støtte og nettverk ein stor rolle i betringsprosessen og utvikling av resiliens. Det same gjer trua på at behandlingssopplegget vil fungera, og håpet om at det skal leda til ei betre framtid.

For at sjukepleiarar skal kunna gje god helsehjelp til dei valdsutsette, er det naudsynt at ein har god kunnskap om valdens karakter og etterverknadar på kort og lang sikt. Likevel var vald i nære relasjonar eit tema som det var lite fokus på i sjukepleiarutdanninga, og kunnskapen som er komen fram i denne oppgåva, kan vera til nytte for sjukepleiarar i møte med valdsutsette kvinner.

I denne oppgåva har eg primært fokusert på dei valdsutsette kvinnene, men i min praksisperiode såg eg at det var mange andre som også vart råka i slike saker, både born og andre pårørande. Desse har også behov for å verta sett og ivareteken på ein verdig måte. Korleis ein skal ta vare på dei næraste i slike situasjonar, er noko eg treng meir kunnskap om.

Referansar

- Alsaker, K., Moe, B. E., Baste, V., & Morken, T. (2014). Vold i parforhold kan gjøre lønnsarbeid vanskelig. 38(03-04), 270-286. Retrieved from http://www.idunn.no/tfk/2014/03-04/vold_i_parforhold_kan_gjoere_loennsarbeid_vanskelig
- Alsaker, K., Moen, B. E., & Kristoffersen, K. (2008). Health-Related Quality of Life Among Abused Women One Year After Leaving a Violent Partner. 86(3), 497-509. doi:10.1007/s11205-007-9182-7. [
- Anderson, K. M., Renner, L. M., & Danis, F. S. (2012). Recovery: Resilience and Growth in the Aftermath of Domestic Violence. 18(11), 1279-1299. doi:10.1177/1077801212470543. [
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. 359 North American Edition(9314), 1331-1336. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106935102&site=ehost-live>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O., & Tygstad, H. (2012). Kilde og kildekritikk. I: O. Dalland (red), *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, E. M., Solberg, A., & Grøvdal, Y. (2016). *Kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid med vold i nære relasjoner*. (8/2016). Retrieved from https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/09/NKVTS_Rapport_8_2016_Kommunale-helse-og-omsorgstjenesters.pdf.
- Handlingsplan mot vold i nære relasjoner. (2014-2017). *Et liv uten vold* Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/97cdeb59ffd44a9f820d5992d0fab9d5/hplan-2014-2017_et-liv-uten-vold.pdf.
- Helsebiblioteket. (2015). Lær mer om ambulante team. Retrieved from <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/laer-mer-om-ambulante-team>. [19.04.2018]
- Helsebiblioteket. (2016). Posttraumatisk stresslidelse. Retrieved from <http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/posttraumatisk-stresslidelse>. [19.04.2018]
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon- menneske grunnleggende behov for å forstå og bli forstått. I: E. K. Grov & I. M. Holter (red), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (s. 363-398). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Holter, I. M., & Grov, E. K. (2015). Hvem er pasienten, og hvor befinner de seg? I: E. K. Grov & I. M. Holter (red), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (s. 27-36). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt-ikke stykkvis og delt Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Meld. St.15. (2012–2013). *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-15-20122013/id716442/>.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Cappelen Damm.
- NOU 2003:31. (2003). *Retten til et liv uten vold*. Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/63e114ce782044d5b472546dfd102c35/no/pdfs/nou200320030031000dddpdfs.pdf>.
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Rutter, M. (2013). Annual Research Review: Resilience–clinical implications. 54(4), 474-487. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02615. [

- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2015). *Bære eller bryte, Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff 20.05.2005 nr.28*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=vold+i+n%C3%A6re+relasjon>.
- Sykepleierforbunds, N. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>.
- Topor, A. (2004). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Varvin, S. (2010). Psykiske og psykososiale problemer hos flyktninger og innvandrere. I: F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stänicke (red), *Psykiatriboken Sinn-kropp-samfunn* (s. 398-410). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vista analyse. (2012). *Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner*. (2012/41). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/jd/ingressbilder/rapporter/voldsmaling2012.pdf?id=2331198>.
- Wong, J., & Mellor, D. (2014). Intimate partner violence and women's health and wellbeing: Impacts, risk factors and responses. 46(2), 170-179. doi:10.5172/conu.2014.46.2.170. [
- Årsmelding. (2016). Stiftinga Krisesenteret i Sogn og Fjordane. Retrieved from https://issuu.com/atilaa/docs/krisesenteret_sogn_fjordane_aarsmel. [20.05.2018]