

## **BACHELOROPPGAVE**

### **“Ta livet tilbake”**

Hvilke kunnskaper er det viktig at sykepleiere har i møte med pasienter med psykiske senvirkninger etter seksuelt misbruk i barndommen?

#### **FORFATTERE:**

Anne Marthe Heide  
Maren Armid Hagen  
Sebastian Hjelmtvedt  
Kim Espen Sagbakken Hansen

**Dato:** 19.05.17

**VÅREN 2017**

**BACHELOR I SYKEPLEIE**

**AVDELING HELSE, OMSORG OG SYKEPLEIE**

## SAMMENDRAG

Tittel:	<p>“Ta livet tilbake”</p> <p>Hvilke kunnskaper er det viktig at sykepleiere har i møte med pasienter med psykiske senvirkninger etter seksuelt misbruk i barndommen?</p>	Dato: 19.05.17
Deltakere:	<p>Anne Marthe Heide Maren Armid Hagen Sebastian Hjelmtvedt Kim Espen Sagbakken Hansen</p>	
Veileder:	Hege Kletthagen	
Evt. oppdragsgiver:	_____	
Nøkkelord:	Seksuelle overgrep, senvirkninger, sykepleiers kunnskaper	
Antall sider/ord: 44/10238	Antall vedlegg:	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p><b>Bakgrunn:</b> Både barn og voksne vil ofte slite med senvirkninger etter seksuelle overgrep. Hvilke plager en får avhenger av i hvilken livsperiode overgrepet skjer, hvilken sosial og psykologisk situasjon en er i og hvilken hjelp som tilbys etterpå. De som har blitt utsatt for seksuelle overgrep kommer vanligvis i kontakt med primærhelsetjenesten først. Det er derfor viktig at de sykepleierne som er ansatt der har kunnskaper om aktuelle symptomer på seksuelle overgrep, og hvilke konsekvenser dette kan medføre.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvilke psykiske senvirkninger seksuelt misbruk i barndommen kan føre til. Videre ønsker vi å belyse hvilke kunnskaper det er viktig at sykepleiere har i møte med disse pasientene.</p> <p><b>Metode:</b> Oppgaven er basert på en systematisk litteraturstudie. Universitetets søketjeneste til databaser ble benyttet for å finne aktuelle databaser som var relevant for oppgaven. Databasene som ble anvendt var SveMed+, PubMed og Cinahl (EBSCO). Søkord som ble benyttet var ”childhood sexual abuse”, ”sexual abuse”, ”mental health”, ”nurse”, ”care”, ”nursing”, ”mental illness” og ”late effects”. De inkluderte forskningsartiklene er 6 kvalitative studier.</p> <p><b>Resultat:</b> Fire hovedtemaer relatert til sykepleieres kunnskaper ble identifisert. 1) Å bære en stor byrde 2) Sykepleie til overgrepsutsatte pasienter 3) utfordringer for sykepleiere og 4) Vendepunkter i den traumatisertes liv.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Dersom vi som sykepleiere har lite kunnskaper om senvirkninger etter seksuelt misbruk, vil dette kunne føre til unødig lidelse for pasienten. Helhetlig sykepleie til disse pasientene forutsetter at vi som sykepleiere våger å spørre pasientene om dette temaet. Dette stiller krav til kunnskap om relasjonsbygging, trygghet, empati og tålmodighet for sykepleiere. Å ta ansvar for eget liv og mestre dagliglivet oppleves for mange utsatte som en viktig del av bedringsprosessen. Sykepleiere bør derfor ha kunnskaper om hvordan en gir hjelp til selvhjelp.</p> <p><b>Nøkkelord:</b> Seksuelle overgrep, senvirkninger, sykepleiers kunnskaper.</p>		

## ABSTRACT

Title:	<p>“Taking your life back”</p> <p>What kind of knowledge is important among nurses working with patients struggling with late effects after childhood sexual abuse?</p>	Date : 19.05.17
Participants:	<p>Anne Marthe Heide Maren Armid Hagen Sebastian Hjelmtvedt Kim Espen Sagbakken Hansen</p>	
Supervisor:	Hege Kletthagen	
Employer:	_____	
Keywords:	Sexual abuse, late effects, nurses’ knowledge	
Number of pages/words:	Number of appendix:	Availability: Open
44/10238		
<p><b>Background:</b> The late effects following sexual abuse depends on multiple factors such as when in the persons’ life the abuse happened, the social and psychological condition and what kind of help they received afterwards. In most cases, people exposed to sexual abuse will be met by the primary health care when first contacting the health care system. Therefore, it is important that nurses working within the primary health care possess knowledge about symptoms and consequences after childhood sexual abuse. Nurses working within the primary health care need to possess knowledge about symptoms and consequences after childhood sexual abuse.</p> <p><b>Purpose:</b> The purpose of this literature study is to shed light over the late effects on mental health regarding childhood sexual abuse. In addition, we want to bring focus on which knowledge it is important for nurses to have when working with these patients.</p> <p><b>Method:</b> This study is based on a systematic literature review. Search engines used for finding articles for this study were SveMed+, PubMed and Cinahl (EBSCO). The keywords used are childhood sexual abuse, sexual abuse, mental health, nurse, care, nursing, mental health and late effects. Research articles included in our study are six qualitative studies.</p> <p><b>Results:</b> Four main themes were identified in our articles, all of relevance for our study; 1) To carry a big burden 2) Nursing to patients suffering from sexual abuse 3) Challenges in nursing and 4) Turning points in the patient’s life</p> <p><b>Conclusion:</b> Nurses’ lack of knowledge regarding late effects following childhood sexual abuse, could potentially cause unnecessary suffering for the patient. An important step in nursing these patients is asking about the abuse. Nurses need to possess different qualities such as building relations, being able to create a safe environment, empathy and patience. People with a history of childhood sexual abuse says that regaining control over their own life is an important step in their treatment and moving on with their life.</p> <p><b>Keywords:</b> Sexual abuse, late effects, nurses’ knowledge.</p>		

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 PRESENTASJON AV TEMA .....	5
1.2 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS.....	5
<b>2.0 BAKGRUNN</b> .....	<b>6</b>
2.1 SEKSUELLE OVERGREP.....	6
2.3 SYKEPLEIERS ARBEID MED SEKSUELLE OVERGREP I NORGE.....	8
2.4 TEORETISK PERSPEKTIV .....	10
2.4.1 Joyce Travelbee.....	10
2.4.2 Kari Martinsen .....	11
2.5 HENSIKT.....	12
2.6 PROBLEMSTILLING .....	13
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>14</b>
3.1 SØKESTRATEGI .....	14
3.2 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER .....	14
3.3 ETISKE OVERVEIELSER .....	15
3.4 ANALYSE .....	16
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	<b>18</b>
4.1 Å BÆRE EN STOR BYRDE .....	25
4.1.1 <i>Opplevelse av traume</i> .....	25
4.1.2 <i>Psykiske senvirkninger</i> .....	26
4.1.3 <i>Somatiske senvirkninger</i> .....	27
4.1.4 <i>Problemer i nære relasjoner</i> .....	27
4.2 SYKEPLEIE TIL OVERGREPSUTSATTE PASIENTER .....	27
4.2.1 <i>Psykisk helsearbeid til personer med en krenket verdighet</i> .....	28
4.2.2 <i>Hjelp til selvhjelp</i> .....	28
4.2.3 <i>De ansattes kvalifikasjoner som psykisk helsearbeidere</i> .....	28
4.3 UTFORDRINGER FOR SYKEPLEIERE .....	29
4.3.1 <i>Sykepleiers kunnskaper</i> .....	29
4.3.2 <i>Etikk</i> .....	29
4.3.3 <i>Pasientens psykiske helse</i> .....	30
4.3.4 <i>Utfordringer i helsesektoren</i> .....	30
4.4 VENDEPUNKTER I DEN TRAUMATISERTES LIV.....	30
4.4.1 <i>Terapi og positive relasjoner</i> .....	30
4.4.2 <i>Bevisstgjøring</i> .....	31
4.4.3 <i>Åpenhet</i> .....	31
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>32</b>
5.1 UTVIKLING AV SENVIRKNINGER.....	32
5.2 KRENKELSE AV VERDIGHETEN.....	33
5.3 SYKEPLEIERES ERFARINGER .....	34
5.4 HJELP TIL SELVHJELP OG VENDEPUNKTER.....	37
5.5 METODEDISKUSJON .....	37
5.6 ETISKE OVERVEIELSER .....	38
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>39</b>
<b>7.0 REFERANSELISTE</b> .....	<b>41</b>

**Antall ord: 10238**

# 1.0 Innledning

## 1.1 Presentasjon av tema

Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at 150 millioner jenter og 73 millioner gutter under 18 år på verdensbasis, har blitt tvunget til seksuelt samleie eller blitt utsatt for andre former for seksuell mishandling som involverer fysisk kontakt (Dyb, Glad og Øverlien, 2010).

WHO definerer seksuelle overgrep slik:

*“Enhver seksuell handling, forsøk på å oppnå seksuell handling, uønskede seksuelle kommentarer eller fremstøt, eller handlinger tilknyttet menneskehandel som trafficking, rettet mot en persons seksualitet ved bruk av tvang fra en annen person, uavhengig av personens relasjon til offeret, i en hvilken som helst setting, inkludert, men ikke begrenset til hjem og arbeid”* (World health organization, 2014).

Konsekvensene av å bli utsatt for seksuelle overgrep i barndommen kan være svært alvorlige, både i forhold til fysisk og psykisk helse senere i livet (Bufdir, 2015). Barn er spesielt sårbare når de utsettes for seksuelle overgrep, fordi tidlige erfaringer i barnets liv danner grunnlag for hvordan barnet senere oppfatter seg selv (Dyb, Glad og Øverlien, 2010).

## 1.2 Sykepleiefaglig relevans

Som sykepleiere har vi ansvars- og funksjonsområder innenfor de yrkesetiske retningslinjene. *“Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene”* (NSF, 2016). Dette innebærer at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, ivareta behovet for helhetlig omsorg, yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse, samt fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige valg (NSF, 2016). De som har blitt utsatt for seksuelle overgrep vil ofte møte en sykepleier når de kommer i kontakt med helsevesenet. Derfor har dette temaet stor klinisk relevans. Det er viktig at vi som sykepleiere har kunnskaper om symptomer på seksuelle overgrep, hvilke konsekvenser dette kan medføre, samt hvordan vi kan gi best mulig sykepleie til disse pasientene (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013).

## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Seksuelle overgrep

*“Når barn og unge trekkes inn i seksuelle handlinger som de ikke er modne for, samtykker til eller forstår, regnes det som seksuelle overgrep. Barnets integritet blir krenket når den seksuelle handlingen baserer seg på den voksnes/overgriperens behov” (SMISO Oppland, 2017).*

Seksuelle overgrep kan være alt fra seksualisert språk/atferd, intime berøringer til seksuell omgang som berøring av kjønnsorganer til gjennomført samleie og voldtekt (Steine, *et al.*, 2012). Kapittel 26 i Straffeloven (2009) skiller mellom tre kategorier innen seksualforbrytelser; ”seksuelt krenkende atferd”, ”seksuelle handlinger” og ”seksuell omgang”. Seksuelt krenkende atferd kan være blotting, seksuelle handlinger kan være beføling, mens seksuell omgang vil si samleie eller samleielignende handlinger. Den seksuelle lavalderen i Norge er 16 år, og derfor regnes alle seksuelle handlinger gjort mot personer under 16 år som seksuelle overgrep (Straffeloven, 2009).

I Norge er det gjort to populasjonsstudier for å undersøke hvor stor andel av den norske befolkningen som har vært utsatt for ulike seksuelle overgrep og vold. Studien til Steine, *et al.* (2012) hadde 706 deltakere fra 18-80 år, og ble basert på spørsmål om egenopplevde seksuelle krenkelser basert på straffelovens tre overgrepskategorier. Av kvinnene hadde 34,9 prosent og 12,7 prosent av mennene opplevd krenkelser før fylte 16 år (Steine, *et al.*, 2012). Studien til Hjemdal og Thoresen (2014) hadde 2435 kvinner og 2092 menn i alderen 18-75 år som deltakere. Denne studien baserte seg på spørsmål om hvor mange som var utsatt for både fysisk vold og seksuelle overgrep i barndom og voksen alder. Blant deltakerne i denne studien var det 21,2 prosent av kvinnene og 7,8 prosent av mennene som rapporterte minst én form for seksuelt overgrep eller krenkelse før fylte 18 år (Hjemdal og Thoresen, 2014).

### 2.2 Hva er konsekvensen av seksuelle overgrep?

Personer som blir utsatt for seksuelle overgrep kan bli traumatisert av opplevelsene. Både barn og voksne vil ofte slite med senvirkninger (Nordenstam, *et al.*, 2002). Hvilke plager en får etter

traumatisering avhenger av i hvilken livsperiode den inntreffer, hvilken sosial og psykologisk situasjon en er i, og hvilken hjelp som tilbys i etterkant (Varvin, 2013).

Det å bli utsatt for seksuelle overgrep kan føre til en krisesituasjon, da en krise ofte utløses av situasjoner forbundet med krenkelser. En krise vil kunne kjennetegnes av at mennesket ikke kan benytte seg av sine mestringsstrategier for å finne en løsning på situasjonen. Denne situasjonen vil være en stor utfordring. Misforholdet mellom individets ressurser og de kravene situasjonen stiller, vil medføre en emosjonell reaksjon med ulike forløp. De fleste reagerer med sorg eller depresjon, og mange opplever en følelse av angst og usikkerhet (Håkonsen, 2014).

Barn som blir utsatt for seksuelle overgrep har økt risiko for et bredt spekter av psykiske og fysiske problemer og lidelser. Dette kan være seksuelle problemer, angstlidelser, depresjon, posttraumatisk stresslidelse, spiseforstyrrelser, selvmord og selvmordsforsøk (Steine, *et al.*, 2012). Disse problemene og lidelsene blir ofte synlig først senere i livet (Varvin, 2013).

Mange av de som har vært utsatt for overgrep har dårlig selvfølelse. De kan ha en følelse av å være verdiløse og at de ikke fortjener en god livskvalitet. Mange barn tar på seg skylden for overgrepene. Dette gjør de for å kunne opprettholde tilliten til den voksne. For en del overgrepsutsatte barn går alle kreftene med til å overleve hverdagen. De har en del tanker som de kunne tenke seg å dele med en voksen, men velger å holde disse tankene for seg selv. Dette kan gi konsentrasjonsvansker som kan fortsette i voksen alder (Pretorius og Talsethagen, 2005).

Flere overgrepsutsatte opplever fysiske plager, psykosomatiske plager som ledd- og muskelsmerter og betennelser ulike steder i kroppen. Dette kan føre til at mange ikke klarer å være i jobb og blir tidlig uføretrygdet (Pretorius og Talsethagen, 2005). Det kan ses to motpoler når det gjelder grenser hos kvinner som har blitt utsatt for overgrep. Noen er svært ukritiske og grenseløse, andre derimot har strenge grenser for seg selv og andre. Enkelte er skeptiske til å komme følelsesmessig nær andre mennesker generelt. Dette kan også gjelde forholdet til egne barn. Samtidig er mange sårbare i forhold til avvisning. Grunnen til dette kan være at de sliter med lav selvtillit og har vanskelig for å tro at noen vil dem vel (Pretorius og Talsethagen, 2005).

Mange incestutsatte har også problemer i forhold til seksualitet. Dette kan vise seg i form av utagerende seksuell atferd eller ved at kvinnene ofte tar initiativ til sex fordi de tenker at det

er det mannen vil, og at de da selv har kontroll. Enkelte bruker mat som en strategi for å takle hverdagen, og utvikler spiseforstyrrelser. En del incestutsatte har i perioder drevet med selvskading, mens andre misbruker alkohol og andre rusmidler for å takle den psykiske smerten. Det er også mange som har tenkt tanken på å ta sitt eget liv. Av de som har prøvd, sier mange at det var et rop om hjelp (Pretorius og Talsethagen, 2005).

### 2.3 Sykepleiers arbeid med seksuelle overgrep i Norge

Regjeringen utarbeidet i 2013 en strategiplan for å bekjempe vold og overgrep mot barn og ungdom. Denne planen pålegger helse- og omsorgstjenestene et stort ansvar. De som har blitt utsatt for seksuelle overgrep kommer vanligvis i kontakt med primærhelsetjenesten først. Det er derfor viktig at sykepleierne som er ansatt der har kunnskaper om aktuelle symptomer på seksuelle overgrep, og hvilke konsekvenser dette kan medføre (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013).

På individnivå er det de kommunale helse- og omsorgstjenestene som har ansvar for det forebyggende og behandlende arbeidet. Dette innebærer også forebyggende arbeid mot seksuelle overgrep av barn, samt ivareta barns behov for informasjon (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013). Dette er forankret i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 3-1 og § 3-2.

I Norge er det fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid innen seksuelle overgrep mot barn. Det er svært få retningslinjer for arbeid med de som allerede har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Dette er fordi det er store individuelle forskjeller på hvilken type hjelp disse pasientene trenger i forhold til hvilke senvirkninger som har oppstått (SMISO Oppland, 2017).

En instans som jobber med disse pasientene er Fellesskap mot seksuelle overgrep (FMSO). FMSO er en fellesorganisasjon for alle støttesentrene mot incest og seksuelle overgrep i Norge. De jobber for større åpenhet rundt incest og seksuelle overgrep, og mot en større offentlig satsing til å forebygge. I Norge finnes det 22 støttesentre som er tilknyttet FMSO, og det er minst ett senter i hvert fylke. Alle disse sentrene jobber etter den samme selvhjelpsideologien, selv om tilbudene ved sentrene kan variere (FMSO, 2017). Et eksempel på et slikt senter er SMISO Oppland, som ligger på Gjøvik.



I april hadde vi et møte med ansatte på SMISO-senteret på Gjøvik. Der fikk vi et innblikk i jobben som blir gjort i Oppland, og hvordan de jobber i forhold til de seksuelt misbrukte, samt deres pårørende. Vi fikk også informasjon om hvilke tilbud SMISO-senteret tilbyr. SMISO er et støttesenter mot incest og seksuelle overgrep, som tilbyr støttesamtaler med utsatte og pårørende, gruppeterapi, individuell terapi og temakvelder med eksterne fagpersoner. De arrangerer også sosiale aktiviteter som for eksempel felles måltider og utflukter, samt hjelp til å mestre hverdagen (SMISO Oppland, 2017). Alle tilbudene er gratis, og de ansatte har taushetsplikt. Det blir ført en anonym statistikk over besøk på senteret, men de journalfører ikke noe og en trenger ikke henvisning for å ta kontakt. På SMISO er det et tverrfaglig samarbeid mellom vernepleiere, sykepleiere, barnevernspedagoger, lærere og sosionomer. Gjennom kunnskap kan de utsatte få en bedre forståelse for sin egen situasjon, samt hjelp til å bearbeide skam og skyldfølelse (SMISO Oppland, 2017). SMISO er ikke et behandlingssenter. De som trenger behandling kan få mer oppfølging ved distriktpsikiatriske sentre eller i spesialisthelsetjenesten. En viktig del av arbeidet til SMISO-sentrene er forebygging gjennom blant annet undervisning om seksualitet på skoler og for andre som har behov for det. De ansatte på SMISO nevnte noen punkter som var viktige i møte med de utsatte og deres pårørende. Dette var å gi rom, være tålmodig, skape tillit, bygge en relasjon, være en god lytter samt å være ærlig og direkte (SMISO Oppland, 2017).

Sykepleiere har en viktig rolle i behandlingen av pasienter som har blitt utsatt for seksuelle overgrep. Samtidig mener Warne og McAndrew (2005) at sykepleiere ikke har tilstrekkelig kunnskaper og trening i å behandle disse pasientene. Warne og McAndrew (2005) viser også til at sykepleiere ikke spør pasienter om de har vært utsatt for seksuelle overgrep på grunn av kunnskapsmangel. Samtidig har sykepleierutdanningen lite fokus på dette temaet, noe som gjør at sykepleiere ikke får tilstrekkelig med kunnskaper om dette (Warne og McAndrew, 2005).

## 2.4 Teoretisk perspektiv

### 2.4.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee definerer sykepleie slik:

*”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).

De viktigste begrepene i hennes teori er mennesket som individ, lidelse, mening, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon (Travelbee, 1999). Dette er alle relevante begreper i forhold til vår problemstilling.

I følge Travelbee (1971) er mennesket “et enestående, uerstattelig individ”. Mennesket tar del i erfaringer som er felles for alle mennesker, men opplevelsen av disse erfaringene er dets egne. Travelbee tar avstand fra generalisering av mennesker, da hun mener dette fører til at en ikke ser enkeltpersoners spesielle trekk (Travelbee, 1971).

Lidelse er noe alle mennesker vil erfare i løpet av livet, men samtidig er opplevelsen av lidelse personlig. Lidelse er knyttet til det som har betydning for den enkelte person, og kan oppstå for eksempel ved sykdom, nedsatt egenverd eller ved atskillelse fra andre (Travelbee, 1999).

I følge Travelbee er det å finne mening i ulike erfaringer av grunnleggende betydning for mennesket. Dette gjelder spesielt i situasjoner med sykdom og lidelse. I slike situasjoner trenger en ofte hjelp til å finne meningen med tilværelsen. For at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten med dette, er det nødvendig å opprette et menneske-til-menneske-forhold definert som:

*“en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller som har behov for sykepleierens tjenester. Det vesentlige kjennetegnet ved disse*

*opplevelsene og erfaringene er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt” (Travelbee, 1999, s. 41).*

Sykepleieren er ansvarlig for å etablere og vedlikeholde dette forholdet med pasienten, men er avhengig av at pasienten aktivt deltar. Kommunikasjon er et av de viktigste verktøyene sykepleieren har for å kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1971). *“Kommunikasjon er en gjensidig prosess der en deler eller overfører tanker og følelser”* (Travelbee, 1971, s. 94 ). Hensikten med kommunikasjon er å bli kjent med pasienten slik at sykepleieren kan dekke pasientens behov for hjelp (Travelbee, 1999). En viktig del av Travelbees teori er at sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk. Med dette mener hun at en bruker personligheten og kunnskapen bevisst for å hjelpe pasienten (Travelbee, 1971).

#### 2.4.2 Kari Martinsen

Kari Martinsen fremhever tre aspekter ved omsorg som er relevante for vår problemstilling:

1. *“Omsorg er et relasjonelt begrep som omfatter et nært, åpent forhold mellom to mennesker”* (Kirkevold, 1998, s. 171).
2. *“Omsorg er et moralsk begrep knyttet til prinsippet om ansvaret for svake”* (Kirkevold, 1998, s. 171).
3. *“Omsorg omfatter utførelsen av konkrete, situasjonsbetingede handlinger basert på en “forforståelse” av hva som er til den andres beste”* (Kirkevold, 1998, s. 171).

Omsorg er i følge Martinsen et relasjonelt begrep som beskriver det ene menneskets svar på den andres avhengighet. Med utgangspunkt i pasienters avhengighet er og må omsorg være sykepleierens verdigrunnlag (Martinsen, 1989). Omsorg omhandler at omsorgsyteren ikke venter seg noe i gjengjeld. Martinsen bruker begrepet “generalisert gjensidighet” om denne formen for omsorg (Martinsen, 1989).

Videre beskrives omsorg som et mellommenneskelig forhold basert på gjensidighet, felleskap, solidaritet og som en grunnleggende forutsetning for alt menneskeliv (Martinsen, 1989).

I følge Martinsen er den moralske dimensjonen knyttet til at *“forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet, og at moral spiller en rolle i forvaltningen av makt og avhengighet”* (Martinsen, 1989, s. 47).

*“Omsorg som konkret handling krever begrunnelse”* (Kirkevold, 1998, s. 175). Denne begrunnelsen bygger på sykepleierens faglige og etiske vurdering av situasjonen (Kirkevold, 1998). Kari Martinsen understreker at sansing er grunnleggende for all forståelse. For sykepleiere er sansing å forstå gjennom praktiske ferdigheter og sanselig nærværelse (Martinsen, 1989). Hun understreker at synet er den suverene sans, som gjennom sin avstandsskapende karakter gir oversikt og helhet. Sammen med de andre sansene vi har, skaper de en sanselig forståelse av situasjonen (Martinsen, 1989).

*“Sykepleie som omsorg kan bare virkeliggjøres gjennom sanselig åpenhet og nærvær, tyding av sanselig inntrykk og handling basert på en forståelse av sykepleieren som stedfortreder for pasienten inntil vedkommende selv kan “finne sitt sted igjen”* (Kirkevold, 1998, s. 176).

Pleien må ut i fra dette baseres på et personlig forhold mellom pasient og sykepleier, der sykepleieren kjenner og forstår pasientens livs- og lidelseshistorie. Dette er et nødvendig utgangspunkt for god omsorg, som lindrer lidelse og gir rom for og frigjør pasientens livsmot (Kirkevold, 1998).

## 2.5 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvilke psykiske senvirkninger seksuelt misbruk i barndommen kan føre til. Psykiske vansker kan gi somatiske symptomer. Vi har valgt å ha størst fokus på psykiske senvirkninger, og kun nevne de psykosomatiske symptomene. Videre vil vi drøfte hvilke kunnskaper det er viktig at sykepleiere har i møte med disse pasientene. Som sykepleiere kommer vi til å møte pasienter som har opplevd overgrep i barndommen. I løpet av utdanningen har det vært lite fokus på dette temaet i undervisningen. Vi mener at denne oppgaven vil kunne gi oss kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan imøtekomme disse pasientene og yte best mulig sykepleie.

## 2.6 Problemstilling

Hensikten med oppgaven gir følgende problemstilling:

*Hvilke kunnskaper er det viktig at sykepleiere har i møte med pasienter med psykiske senvirkninger etter seksuelt misbruk i barndommen?*

## 3.0 Metode

I denne oppgaven er litteraturstudie benyttet som metode. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder for å finne svare på et forskningsspørsmål (Aveyard, 2014).

### 3.1 Søkestrategi

Universitetets søketjeneste til databaser ble benyttet for å finne aktuelle databaser som var relevant for oppgaven. Databasene som ble anvendt var “SveMed+”, “PubMed” og “Cinahl (EBSCO)”. Dette er anerkjente og gode databaser innen helse og medisin (Polit og Beck, 2017). Søkeord som ble brukt i våre søk er “childhood sexual abuse”, “sexual abuse”, “child sexual abuse”, “mental health”, “nurse”, “care”, “men” og “survivors”. Da disse søkeordene hver for seg ga mange treff, har vi kombinert de forskjellige søkeordene i flere databaser. I tillegg har vi valgt noen inklusjons- og eksklusjonskriterier. Disse fremgår av tabell 1.

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Omhandler voksne som har blitt seksuelt misbrukt i barndommen	Artiklene omhandler barn
Informanter over 18 år	Artikkelen er skrevet på et annet språk enn norsk eller engelsk
Publisert etter 2003	
Fagfellevurdert	
Relevant i forhold til norsk levestandard	
Relevant i forhold til sykepleie	
Pasienters og sykepleiers erfaringer	

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi har valgt å ekskludere barn som pasienter og inkludere voksne personer med senskader da vi tenker det er mest sannsynlig at vi kommer til å møte disse som pasienter. Vi vil ha mest mulig oppdatert kunnskap, og har derfor kun inkludert studier som er publisert etter 2003. Videre satte vi som et inklusjonskriterium at innholdet i artiklene måtte kunne relateres til norsk kultur og helsevesen. Vi har derfor valgt å ekskludere artikler fra ikke-vestlige land. For å kunne svare på vår problemstilling har vi valgt å inkludere artikler som tar for seg både sykepleieres og pasienters erfaringer. Dette inklusjonskriteriet resulterte i flest kvalitative artikler i våre søk. Hensikten med kvalitative studier er å utforske helheten av en erfaring. Datainnsamling er ofte gjennom intervju og resultatene er beskrivelser fra de som deltar i studien. Deltakerne er valgt ut fordi de har erfaring med det temaet studien tar for seg (Aveyard, 2014).

Vitenskapelige artikler innen medisin og helsefag følger oftest IMRaD-struktur (Thidemann, 2015). Vi har satt som et inklusjonskriterium at artikkelen skal følge denne strukturen.

IMRaD står for innledning, metode, resultater og diskusjon (Aveyard, 2014).

Et annet inklusjonskriterium er at artiklene skal være fagfellevurdert. Det vil si at redaktøren i tidsskriftet vurderer og godkjenner artikkelen sammen med to-tre eksperter innenfor forskningsfeltet (Thidemann, 2015). Vi brukte Norsk senter for forskningsdata (NSD) sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler for å søke opp tidsskriftene artiklene var publisert i. Her hadde vi som et kriterium at de skulle ha et vitenskapelig nivå 1 eller 2.

Da vi søkte i valgte databaser med søkeordene, samt inklusjons- og eksklusjonskriteriene endte vi opp med 20 artikler. Artiklenes innhold og relevans ble gransket kritisk i forhold til vår problemstilling.

### 3.3 Ethiske overveielser

Vår litteraturstudie er basert på empiriske studier som består av personlige intervjuer og spørsmål i form av skjemaer. På grunnlag av dette er det lagt vekt på at forskerne har redegjort for etiske overveielser i sin forskning (Sykepleiernes samarbeid i Norden, 1987). I studier som er gjort på sårbare pasientgrupper skal ingen bli påført psykiske eller sosiale skader. Dersom dette er en mulighet skal det tas ekstra hensyn og beskyttelse. Mennesker utsatt for seksuelle overgrep er en sårbar pasientgruppe. I vår litteraturstudie har det blitt lagt vekt på at studiene følger disse etiske retningslinjene, at det har blitt innhentet frivillig

samtykke fra deltakerne, og at deltakerne har fått tilstrekkelig informasjon om studien de deltar i (Sykepleiernes samarbeid i Norden, 1987).

### 3.4 Analyse

Da vi hadde funnet 20 artikler, leste alle på gruppen gjennom alle artiklene. For å velge ut artikler brukte vi Polit og Beck (2017) sin guide for å vurdere kritisk kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Vi valgte også artikler ut fra hva vi mente svarte best til vår hensikt og problemstilling (Aveyard, 2014). Det var viktig at alle artiklene hadde godt beskrevet metodedel, resultatdel og diskusjonsdel. Etter at artiklene var gjennomlest ble de rangert i kategoriene “Ja”, “Kanskje” og “Nei”. Seks artikler ble rangert til “Ja”, åtte til “Kanskje” og seks til “Nei”. De seks artiklene vi valgte ut til “Ja”, var de vi synes var mest relevante i henhold til valgt problemstilling. Alle gransket alle artiklene for å få en felles forståelse av hva artiklene handlet om, redusere muligheten for feiltolkninger samt forsikre oss om artiklenes relevans.

Deretter begynte vi å finne felles temaer i valgte forskningsartikler, temaer som skulle svare på vår problemstilling. Dette gjorde vi ved å granske resultatene i alle de seks artiklene. Neste steg ble å samle alle dataene vi hadde under felles temaer (Aveyard, 2014). Vi valgte å presentere fire felles temaer i vår resultatdel: “Å bære en stor byrde”, “Sykepleie til overgrepsutsatte pasienter”, “Utfordringer for sykepleiere” og “Vendepunkter i den traumatisertes liv”.



Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler	Tittel på valgt artikkel
<b>SveMed+</b> <b>(29.03.17)</b>	Childhood sexual abuse	Publisert 2003-2017  Peer-reviewed	21	21	3	3	”Repressed and silent suffering: Consequences of childhood sexual abuse for women’s health and well-being”  “Deep and almost unbearable suffering: Consequences of childhood sexual abuse for men’s health and well-being”  “Consequences of childhood sexual abuse for health and well-being: gender similarities and differences”
<b>PubMed</b> <b>(29.03.17)</b>	sexual abuse AND mental health AND nurse AND care	Publisert 2003-2017  Full text	66	22	7	1	“Nurses’ Perspectives on the care of Adults with Mental health problem and histories of childhood sexual abuse”
<b>Cinahl</b> <b>(EBSCO)</b> <b>(30.03.17)</b>	child sexual abuse AND survivors AND men	Publisert 2003-2017	15	15	5	1	“From the moment my life changed. Turning points in the healing process for men recovering from child sexual abuse”
<b>SveMed+</b> <b>(30.03.17)</b>	sexual abuse AND mental health	Publisert 2003-2017  Peer-reviewed	13	13	5	1	“Psykisk helsearbeid ved norske incestsentre”

Tabell 2: Søkestrategi

## 4.0 Resultater

<b>Artikkelens fulle referanse</b>	<p><i>Deep and almost unbearable suffering: Consequences of childhood sexual abuse for men`s health and well-being.</i></p> <p><b>Sigrun Sigurdardottir</b> <b>Sigrídur Halldorsdottir</b> <b>Sòley S. Bender</b></p> <p><b>2012, Island</b></p> <p><b>Scandinavian Journal of Caring Science</b></p>
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien er å gjøre en kvalitativ studie av hvordan konsekvensene og senvirkningene seksuelle overgrep i barndommen har påvirket islandske menn i voksen alder.
<b>Metode</b>	<p>Kvalitativ studie. Alle deltakerne ble intervjuet to ganger med 1-4 måneders mellomrom.</p> <p>7 menn ble rekruttert til studien. De ble rekruttert fra forskjellige støttesentre for mennesker som har blitt utsatt for seksuelle overgrep på Island. Alle deltakerne ble utsatt for seksuelle overgrep første gang når de var 4-5 år. På intervju tidspunktet var deltakerne 30-55 år. Ingen frafall.</p>
<b>Hovedfunn</b>	Hovedfunnene i studien viser at overgrepene i barndommen har påvirket alle deler av livet til deltakerne. Alle deltakerne har levd mange år i stillhet om misbruket, og alle har også vært nær ved å ta sine egne liv. Redningen ble å dele sine opplevelser med andre og å bli hørt. Konsekvensene av overgrepet kom enten rett etter overgrepene eller flere år senere. I studien blir funnene presentert i sju kategorier, der hver kategori beskriver et aspekt ved deltakernes liv. De sju kategoriene er: Hvordan de opplevde overgrepet, konsekvenser i barndommen og ungdomstiden, psykiske konsekvenser i voksen alder, konsekvenser for deres

	parforhold og seksualliv, negative konsekvenser i forholdet til sine barn og konsekvenser for deres fysiske og sosiale liv. Alle deltakerne beskriver ulike negative konsekvenser i alle kategoriene.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjent av National Bioethics Committee.

<b>Artikkelens fulle referanse</b>	<p><i>Repressed and silent suffering: Consequences of childhood sexual abuse for women's health and well-being.</i></p> <p><b>Sigrun Sigurdardottir</b> <b>Sigrídur Halldorsdóttir</b></p> <p><b>2013, Island</b></p> <p><b>Scandinavian Journal of Caring Science; 27; 422- 432</b></p>
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å undersøke konsekvensene av seksuelle overgrep i barndommen i forhold til kvinners helse og trivsel senere i livet.
<b>Metode</b>	<p>Kvalitativ metode. Deltakerne ble intervjuet to ganger hver med 1-6 måneders mellomrom.</p> <p>7 kvinner som har blitt seksuelt misbrukt i barndommen deltok i studien. Hos alle kvinnene som deltok hadde misbruket startet i 4-5 års alderen.</p> <p>Alderen til kvinnene ved intervjuetidspunktet var mellom 30 og 65 år. Ingen frafall.</p>
<b>Hovedfunn</b>	<p>Hovedfunn i undersøkelsen viser at livet til deltakerne påvirkes av det som skjedde i barndommen.</p> <p>De har uforklarlige smerter, både fysisk og psykisk. Flere av kvinnene ble hysterektomert før fylte 30 år, fikk</p>

	<p>postpartumdepresjon, samt hadde relasjonsproblemer med egne barn.</p> <p>Misbruket påvirket kvinnene i alle deler av livet.</p>
<b>Etisk vurdering</b>	<p>Godkjent av «Icelandic Bioethics Committee».</p> <p>De fire grunnleggende prinsipper innenfor etikken; respekt for autonomi, ikke skade, velgjørenhet og rettferdighet var de etiske idealene som ble fulgt i studien. Dette for å sikre at deltakernes rettigheter ble ivaretatt.</p>

<b>Artikkelens fulle referanse</b>	<p><i>Consequences of childhood sexual abuse for health and well-being: Gender similarities and differences.</i></p> <p><b>Sigrun Sigurdardottir</b>  <b>Sigrídur Halldorsdóttir</b>  <b>Sòley S. Bender</b></p> <p><b>2014, Island</b></p> <p><b>Scandinavian Journal of Public Health</b></p>
<b>Hensikt</b>	<p>Hensikten med denne studien var å analysere likheter og forskjeller mellom kjønn som har opplevd seksuelt misbruk i barndommen, samt finne konsekvenser av misbruket og hvordan dette har påvirket deltakernes helse og livskvalitet.</p>
<b>Metode</b>	<p>Kvalitativ studie. Intervju.</p> <p>Det ble gjennomført 2 intervjuer med hver deltager. Disse ble deretter analysert og sammenlignet ved å bruke undersøkelsen “The Vancouver School of doing phenomenology”.</p> <p>7 kvinner og 7 menn i alderen 30-65 år som alle hadde opplevd seksuelt misbruk før 12 års alder.</p>

<b>Hovedfunn</b>	Undersøkelsen viser at deltakerne i studien kunne fortelle om omfattende og alvorlige konsekvenser som følge av seksuelt misbruk i barndommen. Konsekvensene var både psykiske og fysiske. Begge kjønn utviklet psykiske symptomer som depresjoner, en selvdestruktiv tankegang og selvmordstanker. Forskjellen mellom kjønnene viste seg gjennom ulike reaksjonsmønstre. Kvinnene i undersøkelsen viste en tendens til å bli introverte og hadde lett for å undertrykke sine følelser. Mennene i undersøkelsen var derimot utsatt for å bli ekstroverte, vise sinne og aggresjon, samt utvikle atferdsproblemer. Begge kjønn i undersøkelsen utviklet en større risiko for utfordringer i forhold til vold og rus.
<b>Etisk vurdering</b>	Godkjent av «Icelandic Bioethics Committee».

<b>Artikkelens fulle referanse</b>	<p><i>Nurses' Perspectives on the Care of Adults with Mental Health Problems and Histories of Childhood Sexual Abuse.</i></p> <p><b>Wanda Marion Chernomas</b>  <b>Elaine Mordoch</b></p> <p><b>2013, Canada</b></p> <p><b>Issues in Mental Health Nursing, 34:639–647, 2013</b></p>
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å se på sykepleieres perspektiv på pleie av voksne som hadde blitt seksuelt misbrukt i barndommen og som nå hadde psykiske helseplager. Artikkelen diskuterer sykepleieres forståelse, perspektiv og erfaringer med disse pasientene.
<b>Metode</b>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Semistrukturert intervju og spørreskjema.</p> <p>13 sykepleiere, fire menn og ni kvinner deltok i studien. Seks av deltakerne jobbet på en institusjon, og syv jobbet poliklinisk. 11</p>

	av deltakerne deltok i individuelt intervju, mens to av deltakerne deltok med skriftlig svar på de samme intervju spørsmålene.
<b>Hovedfunn</b>	Hovedfunn i studien var at mange sykepleiere var usikre på hvordan de skulle nærme seg temaet da de snakket med pasientene fordi de ikke visste hva de skulle svare. De følte at de hadde for lite kunnskap om behandling og mange syntes seksualitet var et ubehagelig tema å snakke om. Deltakerne i studien hadde tenkt nøye over hvordan de kunne tilnærme seg disse pasientene på en trygg og terapeutisk måte. Samtidig stilte de spørsmål om hva de trengte av kunnskaper for å kunne gjøre dette.
<b>Etisk vurdering</b>	Det er ikke beskrevet at artikkelen var godkjent av etisk komité. Forfatterne rapporterer ingen interessekonflikter, og er alene ansvarlige for innholdet og skrivingen av artikkelen. Har informert samtykke.

<b>Artikkelens fulle referanse</b>	<p><i>“From the moment my life changed. Turning points in the healing process for men recovering from child sexual abuse”.</i></p> <p><b>Scott D. Easton</b>  <b>Danielle M. Leone-Sheehan</b>  <b>Ellen J. Sophis</b>  <b>Danny G. Willis</b></p> <p><b>2015, USA</b></p> <p><b>Journal of child sexual abuse.</b></p>
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å se på forskjellige positive vendepunkter i livet til menn som har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, og hvilke vendepunkter som hadde positiv innvirkning på behandling og helse.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie.

	<p>Hver deltaker hadde besvart et spørreskjema i en tidligere studie. Alle deltakerne som hadde svart ja på spørsmålet om de hadde opplevd et positivt vendepunkt i sine liv, ble spurt om å beskrive dette vendepunktet i denne studien.</p> <p>De endte opp med 250 mannlige deltakere i alderen 23 - 84 år, som i var gjennomsnitt 9,8 år når de ble seksuelt misbrukt første gangen.</p>
<b>Hovedfunn</b>	<p>Forskerne i studien fant frem til sju vendepunkter som ble delt inn i tre kategorier. Den første kategorien var betydningsfulle og innflytelsesrike relasjoner, som blant annet var relasjoner til profesjonelle og støttegrupper, samt personlige relasjoner. Den andre kategorien var ny innsikt og ny mening i livet. Tredje og siste kategorien var målrettet kommunikasjon, det kunne være at de snakket om overgrepene eller at de anmeldte overgriperen.</p>
<b>Etisk vurdering</b>	<p>Etisk godkjent av etisk komite ved universitetene i flere områder i USA.</p>

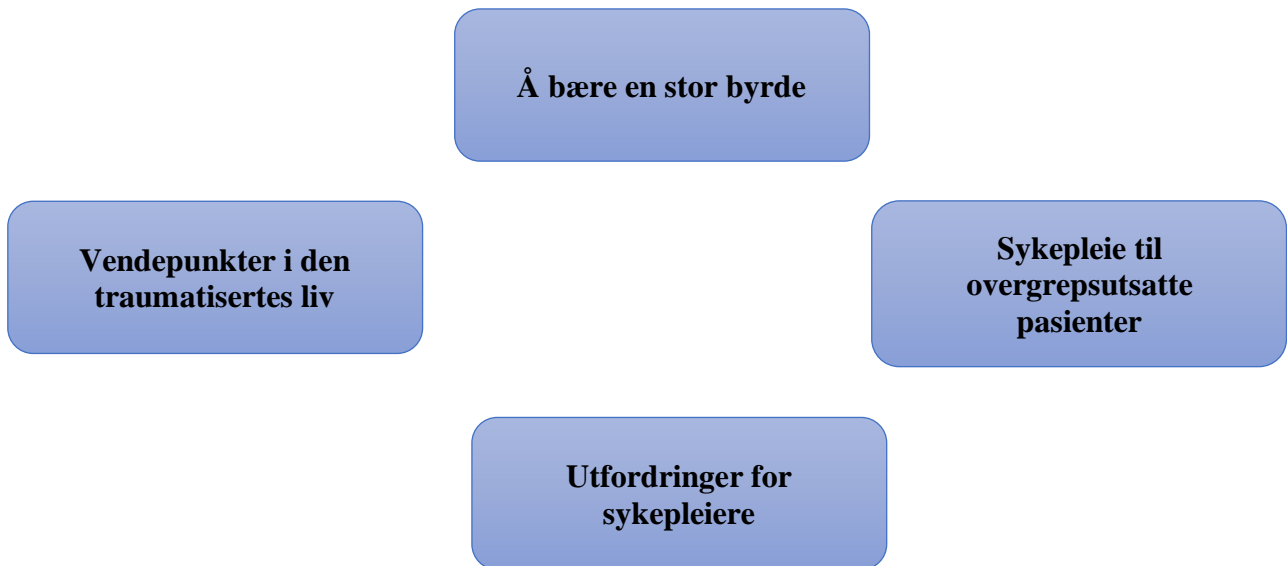
<b>Artikkelens fulle referanse</b>	<p><i>Psykisk helsearbeid ved norske incestsentre.</i></p> <p><b>Kaare Torgny Pettersen</b></p> <p><b>2016, Norge</b></p> <p><b>Tidsskrift for psykisk helsearbeid 01-02/2016 (Volum 12)</b></p>
<b>Hensikt</b>	<p>Hensikten med denne studien var å finne ut hva som kjennetegner det psykiske helsearbeidet som utføres ved norske incestsentre.</p>
<b>Metode</b>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Studien er en del av en større undersøkelse i forbindelse med en ph. D. - avhandling om skam og seksuelle overgrep. Studien som danner grunnlaget for denne artikkelen inkluderer intervjuer med 13 ansatte ved ett av incestsentrene i Norge.</p>

	<p>Intervjuene med disse 13 ansatte gav informasjon som ble benyttet for å utarbeide en spørreundersøkelse til lederne ved de 20 incestsentrene. Lederne ble spurt om forhold vedrørende hvordan sentrene benytter psykisk helsearbeid overfor personer med en krenket verdighet på grunn av erfaringer med seksuelle overgrep som barn. Spørsmålene var åpne slik at lederne kunne svare fritt på alle spørsmålene. Av de 20 sentrene som mottok spørreskjemaet, var det 19 som svarte.</p>
<b>Hovedfunn</b>	<p>En viktig del av arbeidet ved incestsentrene var å øke brukernes trygghetsfølelse og selvrespekt. Å ha ansatte som viser kontinuitet og stabilitet over tid synes å bidra til en økt følelse av tillit og trygghet for mange av brukerne ved sentrene. Hjelp til selvhjelp er et grunnleggende prinsipp ved alle incestsentrene.</p>
<b>Etisk vurdering</b>	<p>Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD-referansenummer 200501651, prosjektnummer 13465).</p>

*Tabell 3: Valgte artikler*



I denne delen av oppgaven presenterer vi relevante hovedfunn fra de seks inkluderte artikler.



*Figur 1: Hovedfunn i de seks inkluderte artikler*

## 4.1 Å bære en stor byrde

### 4.1.1 Opplevelse av traume

Begge kjønn som deltok i studien til Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender (2014) fortalte om alvorlige lidelser som følge av det seksuelle misbruket. Dette har til tider gjort livet svært vanskelig, og påvirket alle livets faser. Andre studier viser også at traumet hadde en negativ innvirkning på begge kjønns følelsesliv; i etterkant av overgrepet følte deltakerne en form for skyld og skam. For å takle traumet brukte mange forsvarsmekanismen dissosiasjon. Dette beskriver de som en følelse av å forlate sine kropper og bli følelsesmessig fraværende (Sigurdardottir og Halldorsdottir, 2013; Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2012). Noen forteller at de alltid har husket detaljene fra traumet, mens andre husket de vonde minnene først senere i livet i form av flashbacks (Sigurdardottir og Halldorsdottir, 2013; Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2012). Alle deltakerne hadde opplevd hemmelighold, trusler og ydmykelse i forbindelse med overgrepene. Flere beskriver at

overgriperne truet og bestakk dem med penger og gaver. Dette var en av grunnene til at mange ikke fortalte om overgrepene før i voksen alder (Sigurdardottir og Halldorsdottir, 2013; Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2012). Kvinnene i Sigurdardottir og Halldorsdottir (2013) følte at overgrepene hadde krenket en personlig grense som gjorde at de følte seg forsvarsløse og sårbare for nye overgrep. Det kom også frem at noen av kvinnene ble voldtatt på nytt senere i livet, og at dette førte til en følelse av å oppleve alt på nytt (Sigurdardottir og Halldorsdottir, 2013).

#### 4.1.2 Psykiske senvirkninger

Deltakerne i Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender (2012) og Sigurdardottir og Halldorsdottir (2013) beskriver store psykiske plager helt fra da de ble utsatt for overgrep og til voksen alder. I barne- og ungdomsårene opplevde begge kjønn skamfølelse, ødelagt selvbilde og mobbing. Flertallet av deltakerne utviklet også lære- og konsentrasjonsvansker som følge av dysleksi, hyperaktivitet og ADHD. Flere av deltakerne fullførte ikke mer enn grunnskolen på grunn av disse faktorene (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2012; Sigurdardottir og Halldorsdottir, 2013).

En forskjell mellom kjønnene i ungdomsårene var at mennene ofte ble utagerende og aggressive, samt begynte med småkriminelle handlinger (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2012). Kvinnene isolerte seg, ble mer innesluttet og flere utviklet alvorlige depresjoner (Sigurdardottir og Halldorsdottir, 2013). Felles for begge kjønn var en selvdestruktiv tankegang, selvdestruktive handlinger, suicidal tanker og suicidal forsøk. Dette varte fra ungdomsårene inn i voksen alder (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2014).

Deltakernes voksne liv har vært sterk preget av flere psykiske senvirkninger. Alle deltakerne utviklet depresjon og angst, og noen ble også diagnostisert med PTSD. Deltakerne beskrev også en sterk følelse av avvisning, noe som har preget deres voksne liv. Følelsen av avvisning i barndommen og i voksen alder, førte i flere tilfeller til at de isolerte seg og hadde vanskeligheter med å omgå andre mennesker. Begge kjønn selvmedisinerte seg med alkohol og andre rusmidler for å lindre smertene (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2012, 2014; Sigurdardottir og Halldorsdottir, 2013).

### 4.1.3 Somatiske senvirkninger

I Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender (2012) og Sigurdardottir og Halldorsdottir (2013) kom det frem at begge kjønn har hatt fysiske plager etter overgrepene. Dette dreide seg om smerter i blant annet muskler og ledd og mage-tarm-systemet uten en fysisk årsak. Andre plager kunne være gynekologiske problemer for kvinnene, søvnproblemer og kroniske lidelser (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2012; Sigurdardottir og Halldorsdottir, 2013).

### 4.1.4 Problemer i nære relasjoner

Begge kjønn har hatt store problemer med nære relasjoner, som partnere og egne barn. De beskriver vanskeligheter med å slippe noen tett innpå seg og å stole på partneren sin (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2014). Mennene har ofte gått inn i turbulente forhold og oppleves som følelsesmessig fraværende. De fleste mennene er skilt fra den partneren de har barn med (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2012). Kvinnene hadde problemer med intimitet og berøring i et forhold (Sigurdardottir og Halldorsdottir, 2013). Begge kjønns seksualliv har vært preget av det seksuelle misbruket. Deltakerne beskriver problemer som flashbacks, de føler seg skitne og at de ikke klarer å nyte sex (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2014).

Mennene beskriver seg som følelsesmessig fraværende i parforhold og som overbeskyttende fedre (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2012). Kvinnene beskriver seg også som følelsesmessig fraværende og føler at deres emosjonelle tilstand går utover barnets trivsel. Flere av kvinnene fikk også en fødselsdepresjon (Sigurdardottir og Halldorsdottir, 2013). Begge kjønn beskriver problemer med berøring av egne barn (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2014).

## 4.2 Sykepleie til overgrepsutsatte pasienter

Resultatene i Pettersen (2016) viser at seksuelle overgrep i barndommen er en krenkelse mot barnets verdighet og integritet. Studien viser til definisjonen seksuelle overgrep i straffeloven, men har i tillegg valgt å ta med at overgriperen er en omsorgsperson eller tillitsperson. Dette fordi over 60 prosent av brukerne på incestsentrene har blitt utsatt for overgrep i hjemmet, av

en eller flere familiemedlemmer. Tjue prosent av brukerne sier at overgrepene skjedde utenfor hjemmet, av en de hadde et tillitsforhold til (Pettersen, 2016).

#### 4.2.1 Psykisk helsearbeid til personer med en krenket verdighet

For å kunne utføre psykisk helsearbeid til en med krenket verdighet, vektlegger alle incestsentrene seks grunnleggende elementer; trygghet, nærhet, kjærlighet, tilhørighet, anerkjennelse og respekt. Arbeidet ved incestsentrene går ut på å øke brukernes trygghetsfølelse og selvrespekt. De legger vekt på at de utsatte skal oppdage sine egne ressurser, ferdigheter og interesser for å fremme personlig vekst og uavhengighet. I tillegg hjelpes de utsatte med å utøve adekvat og rasjonell selvkontroll. Arbeiderne prøvde å få brukerne til å åpne seg helt fra innsiden. Samtidig presiserte de at det er viktig å vise respekt for at det ikke er alt brukerne ønsker å fortelle om. Det er viktig at brukerne selv kontrollerer hva de ønsker å dele. Dersom de ansatte presser den utsatte til å fortelle noe han egentlig ikke ønsker å fortelle, vil en krenke verdigheten deres ytterligere (Pettersen, 2016).

#### 4.2.2 Hjelp til selvhjelp

Målet ved incestsentrene har helt fra midt på 1980-tallet vært å gi råd og støtte, veilede personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep, samt hjelpe deres familier ved en hjelp-til-selvhjelp ideologi. Hjelp til selvhjelp er ved alle incestsentrene et grunnleggende prinsipp som skal hjelpe de utsatte og deres pårørende til å få hjelp til å klare seg selv etter endt kontakt med incestsenteret. De som har blitt seksuelt misbrukt som barn har ofte liten tro på seg selv og egne ferdigheter i voksen alder. Det psykiske helsearbeidet har fokus på å styrke den enkeltes verdighet, motivere til å ta ansvar for egen utvikling, samt utvikle egne evner og ressurser. De får hjelp og støtte av de ansatte til å finne varige løsninger og til å gjennomføre disse (Pettersen, 2016).

#### 4.2.3 De ansattes kvalifikasjoner som psykisk helsearbeidere

Aktiv lytting og empati var viktig i samtale med de utsatte. Bare det "å være til stede" har en spesiell betydning for mange utsatte og kan hjelpe dem til å gjenopprette en verdighet som er krenket. De ansatte fortalte at det å gi råd ikke var et mål. Målet var derimot å gi de utsatte utfordringer som resulterte i at de tok ansvar for eget liv og egne valg. Tålmodighet var en

god kvalitet blant de ansatte da det var viktig å gi de utsatte tid og mulighet til å la verdigheten vokse. Kontinuitet, støtte og stabilitet fra de ansatte bidro til en økt følelse av tillit og trygghet hos de utsatte (Pettersen, 2016).

Ved oppstarten av incestsentrene hadde alle ansatte en form for personlig erfaring med seksuelle overgrep. Filosofien ved oppstarten var da at utsatte skulle hjelpe andre utsatte. Dette er ikke et krav i dag, men jobbsøkerne blir spurt om de har en bakgrunn med seksuelt misbruk. Nesten halvparten av de ansatte svarte at de hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep som barn, men at de hadde bearbeidet traumet på en tilstrekkelig måte. Dette blir ikke sett på som en ulempe, men heller en fordel. Gjennom erfaring kan de hjelpe de utsatte med å gjenopprette en verdighet som er krenket (Pettersen, 2016).

## 4.3 utfordringer for sykepleiere

### 4.3.1 Sykepleiers kunnskaper

Chernomas og Mordoch (2013) viser en tendens til at sykepleiere ikke tar opp temaet seksuelt misbruk i barndommen med pasientene. Et gjennomgående svar for hvorfor dette temaet ikke ble tatt opp var mangel på kunnskaper. Dette kunne dreie seg om at sykepleiere ikke visste hva de skulle svare dersom pasienten sa noe om tidligere overgrep, samt at de ikke visste hva de skulle gjøre med informasjonen. Flere svarte på grunnlag av dette at de bevisst unngikk å spørre om temaet. Deltakerne syntes også det var ubehagelig å spørre om temaet seksuelt misbruk. Dette kunne dreie seg om egne erfaringer med misbruk og vanskeligheter med å kontrollere egne følelser når pasienter delte forferdelige detaljer fra sine liv (Chernomas og Mordoch, 2013).

### 4.3.2 Etikk

Deltakerne svarte at de jobbet etter ikke-skade-prinsippet. Med det mente de at en må være godt forberedt i forhold til tidsbruk og hva en skal gjøre med informasjonen før en tar opp temaet seksuelt misbruk. De mente også at en burde ha en relasjon til pasienten før de stilte spørsmål om misbruk, slik at både pasient og sykepleier følte seg trygge. Uten en trygg relasjon mente sykepleierne at spørsmålene kunne gjøre mer skade enn nytte. Det kom også frem at sykepleierne hadde erfaring med at pasienter opplevde det som en lettelse at de ansatte tok initiativ til å snakke om dette temaet. Derfor var det ikke nødvendig for

sykepleierne å bekymre seg for å ta det opp. Det var imidlertid ikke nødvendig å gå i dybden på temaet hver gang det ble tatt opp. Deltakerne mente det ikke alltid var sykepleiernes ansvar å stille spørsmål om seksuelt misbruk, men at det kunne være behandlende lege eller psykologens ansvar (Chernomas og Mordoch, 2013).

#### 4.3.3 Pasientens psykiske helse

Sykepleierne i studien til Chernomas og Mordoch (2013) er opptatt av hvordan overgrepet påvirker pasientens helse på nåværende tidspunkt. Dersom de opplever at det ikke påvirker pasienten, unngår de å ta opp tema. Sykepleierne frykter at de kan forverre pasientens psykiske helse ved å fremkalle vonde minner. Deltakerne mener en ikke trenger å jobbe med alle problemer fra tidligere. Flere velger å ha fokus på det pasienten er til behandling for, som for eksempel psykose eller selvsykdom. Dette til tross for at de vet at mange med selvsykdom ofte har en historie med overgrep (Chernomas og Mordoch, 2013).

#### 4.3.4 utfordringer i helsesektoren

Deltakerne i Chernomas og Mordoch (2013) jobbet ved en psykiatrisk post, og syntes i mange tilfeller det var feil å ta opp problemer om overgrep på denne avdelingen. De mente de ikke fikk gjort annet enn å lytte til pasienten, og at de dermed ikke hadde mulighet til å ta tak i problemet. Det er et mål i spesialisthelsetjenesten å stabilisere pasientene, men samtidig skal antall liggedøgn reduseres. En utfordring er mangelen på overordnede retningslinjer i forbindelse med overgrepsutsatte pasienter. Mangelen på disse retningslinjene skapte mye usikkerhet om hvordan sykepleierne skulle møte og jobbe med disse pasientene (Chernomas og Mordoch, 2013).

### 4.4 Vendepunkter i den traumatisertes liv

#### 4.4.1 Terapi og positive relasjoner

Et ofte nevnt vendepunkt var når deltakerne fikk profesjonell hjelp i form av rådgivende terapi utført av psykiatrisk fagpersonell samt gruppeterapi. Gruppen i gruppeterapien var satt sammen av menn som hadde blitt utsatt for seksuelt misbruk. Deltakerne nevnte en positiv relasjon til ektefelle, barn og nære venner som et vendepunkt. Dette var fordi de følte trygghet, støtte og kjærlighet. En annen årsak som ble hyppig nevnt som et vendepunkt var en

økt forståelse av det seksuelle overgrepet. Denne økte forståelsen gjorde at deltakerne følte seg nødt til å bearbeide overgrepene (Easton, *et al.*, 2015).

#### 4.4.2 Bevisstgjøring

Et annet vendepunkt som ble beskrevet var da deltakerne husket selve overgrepet og innså at det var et seksuelt overgrep. De måtte da begynne å bearbeide det seksuelle misbruket. Deltakerne slet med skyldfølelse og bebreidet seg selv da det ble en realitet for dem at de hadde blitt misbrukt. Det ble beskrevet som en lettelse da de utsatte ble bevisst på at misbruket ikke var deres skyld. Deltakerne innså at de var nødt til å foreta en endring i livet. Mange hadde slitt med psykiske problemer over lang tid. Det kom frem at noen måtte treffe bunnen før de klarte å snu. I flere tilfeller dreide dette seg om avhengighet av rusmidler som førte til at de mistet kontrollen over livet (Easton, *et al.*, 2015).

#### 4.4.3 Åpenhet

Stigmatisering og taushet om overgrep mot gutter og menn, har ført til at mange ikke har fortalt noen om overgrepene. Et vendepunkt for deltakerne var da de endelig klarte å åpne seg for en terapeut, profesjonell helsearbeider, familien eller offentligheten. Ved å åpne seg følte de en stor lettelse, og de kunne få hjelp med senvirkningene. Deltakerne beskrev det som et vendepunkt når de hørte historien til andre som hadde blitt misbrukt og hvordan disse hadde bearbeidet overgrepene (Easton, *et al.*, 2015).

## 5.0 Drøfting

Pasienter utsatt for seksuelle overgrep i barndommen vil kunne lide av et bredt spekter av senvirkninger, noe som derfor stiller store krav til sykepleiere. Det kommer frem at sykepleieres kunnskaper og holdninger er svært viktige i pasientenes bedringsprosess. Derimot viser det seg at mange sykepleiere mangler nødvendige kunnskaper for å møte disse pasientene på en forsvarlig måte. Funnene i artiklene vil bli drøftet opp mot relevant fag- og forskningslitteratur.

### 5.1 Utvikling av senvirkninger

*“Noe forferdelig skjer, noe som ikke skulle ha skjedd. Den traumatiserte er helt ubeskyttet og overlatt til noe ukjent og veldig farlig. En opplever en angst som det er vanskelig å beskrive. Det blir et brudd i kontinuiteten i livet, og det som føles som en bakgrunn av trygghet, blir borte” (Varvin, 2013, s. 411).*

Å bli utsatt for et seksuelt overgrep er et traume som kan berøre alle sider av livet til den utsatte (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2012; Sigurdardottir og Halldorsdottir, 2013; Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2014). Martinsen hevder at all sykepleie må baseres på et personlig forhold mellom pasient og sykepleier, og at det er viktig at sykepleier forstår og kjenner til pasientens lidelses- og livshistorie (Martinsen, 1989). På grunnlag av dette kan det hevdes at sykepleiere trenger kunnskap om barne- og ungdomsårene til pasienten, da mange utsatte opplever denne tiden som vanskelig (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2014). Flere av de utsatte blir diagnostisert med ADHD og PTSD, og får problemer med blant annet søvn, konsentrasjon, engstelse og irritasjon som følge av disse diagnosene. For jenter fører dette til at mange isolerer seg og senere utvikler angst og depresjon. Hos gutter derimot kan en se tendens til utvikling av en utagerende oppførsel med småkriminelle handlinger og bruk av rusmidler (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2012; Sigurdardottir og Halldorsdottir, 2013; Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2014). FMSO (2017) støtter opp under at dette er vanlige tegn som kan utvikle seg i puberteten hos de som har vært utsatt for seksuelle overgrep. I følge Travelbee (1999) er lidelse å være utsatt for psykisk eller fysiske smerte eller å være offer for noe som gjør en maktesløs. Videre sier Travelbee (1999) at de som har lidd psykisk eller fysisk intensitet over lang tid uten å motta hjelp, kan gå over i stadiet hun beskriver som “det skadelige stadiet”. En person i dette stadiet



kjennetegnes gjerne av sinne, hjelpeløshet og en “ikke bry seg”-holdning. Denne holdningen kan tolkes som et rop om hjelp. Det er rimelig å si at dette stadiet kan sammenlignes med hvordan deltakerne i våres studier beskriver sine ungdomsår (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2012; Sigurdardottir og Halldorsdottir, 2013; Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2014).

Ifølge Steine, *et al.* (2016) tar det i gjennomsnitt 17 år fra noen blir utsatt for et seksuelt overgrep til de forteller om det. I følge Travelbee (1999) vil det å lide over lengre tid uten å få hjelp, forverre situasjonen. De vil til slutt komme til et stadium hun kaller “det ytterste stadiet”. Dette stadiet kjennetegnes av en absolutt håpløshet, ropet om hjelp har stilnet og en har mistet viljen til å leve (Travelbee, 1999). På grunnlag av dette kan en hevde at dersom overgrepsutsatte ikke får hjelp i en tidlig fase, vil senvirkningene bli mer alvorlig. Dette bekreftes i Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender (2012), Sigurdardottir og Halldorsdottir (2013) og Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender (2014) der det kommer frem at senvirkningene over tid vil kunne utvikle seg til en angstlidelse, dyp depresjon, alvorlig rusmisbruk samt økende suicidalfare.

## 5.2 Krenkelse av verdigheten

Seksuelle overgrep i barndommen er en krenkelse mot barnets verdighet og integritet (Pettersen, 2016). På grunn av dette sliter mange med en følelse av skam og skyld etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep, noe som er medvirkende til at de utsatte ikke forteller om overgrepene og søker hjelp (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2012; Sigurdardottir og Halldorsdottir, 2013; Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2014; SMISO Oppland, 2017; Easton, *et al.*, 2015; Aakvaag, *et al.*, 2016). Når vi utsettes for situasjoner som er forbundet med en ekstrem opplevelse av skam eller skyld, kan det utløses en krisesituasjon (Håkonsen, 2014). Møte med mennesker i krise vil stille store krav til oss som sykepleiere, både i forhold til faglig innsikt og personlige egenskaper. I slike situasjoner er den nære og personlige kontakten det viktigste bidraget til at vi kan hjelpe (Håkonsen, 2014).

I ungdomsårene begynner mange overgrepsutsatte å misbruke rusmidler, spesielt alkohol (Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender, 2012; Sigurdardottir og Halldorsdottir, 2013). Dessuten viser Mullen og Fergusson (1999) en klar sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndommen og alkoholavhengighet. Lossius (2013) hevder rusens funksjon blant annet er å

dempe psykisk smerte og å regulere behovet for nærhet og distanse. Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender (2014) viser også at personer som er seksuelt misbrukt kan ha store utfordringer med nære relasjoner. Dette kan dreie seg om problemer med å stole på partner, at de er følelsesmessig fraværende og at de har vanskeligheter i forhold til intimitet med partneren. Med grunnlag i dette kan en hevde at rusmisbruket er en form for selvmedisinering, noe som også kommer frem i Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender (2012) og Sigurdardottir og Halldorsdottir (2013). Dermed vil en viktig del av sykepleien til disse pasientene være å hjelpe de til å bli tryggere på andre mennesker, omgivelser, samfunnet og seg selv (Varvin, 2013).

### 5.3 Sykepleieres erfaringer

Ved norske incestsentre vektlegges trygghet, nærhet, kjærlighet, tilhørighet, anerkjennelse og respekt i arbeidet med de med en krenket verdighet (Pettersen, 2016). Pasientene har fått krenket sitt menneskeverd, opplevd hjelpeløshet og svik fra omsorgspersoner (Varvin, 2013).

Forskning viser at opptil 40 prosent av de som har opplevd overgrep i barndoms- og ungdomstid har en dissosiativ lidelse (Heimstad og Biong, 2014). Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender (2012), Sigurdardottir og Halldorsdottir (2013) og Sigurdardottir, Halldorsdottir og Bender (2014) nevner dissosiasjon som en forsvarsmekanisme i forhold til seksuelle overgrep. Dette støttes også av Pretorius og Talsethagen (2005) som sier at dissosiasjon er noe en del overgrepsutsatte lærer seg under selve overgrepet for å overleve, men kan også oppstå i andre situasjoner senere i livet. Det er mulig at dissosiasjon blir brukt som en forsvarsmekanisme ved seksuelle overgrep fordi dette er hendelser som mennesket er ute av stand til å fatte (Kirkengen og Næss, 2015). I følge Travelbee (1999) er et av sykepleierens mest krevende ansvar å hjelpe syke mennesker med å finne mening i sykdom, lidelse og smerte. Som sykepleier er det derfor viktig å gjenopprette trygghet i møte med disse pasientene (Varvin, 2013). Heimstad og Biong (2014) påpeker at for å kunne gjenopprette trygghet hos pasientene, er det viktig at sykepleiere er trygge på seg selv. Trygghet blant sykepleieren ble for det første beskrevet som en kroppslig fornemmelse av å være tilstede og våge å gå inn i situasjonen. For det andre er det viktig at sykepleierne stoler på seg selv, samt innhenter teoretisk og praktisk kunnskap. Sykepleierne utvekslet kunnskap ved å snakke sammen om erfaringene sine, i tillegg til at de fikk tilbakemeldinger fra

pasientene. Dette førte til at de fikk økt kunnskap, som igjen resulterte i økt trygghet (Heimstad og Biong, 2014).

I møtet med overgrepsutsatte pasienter er det viktig at sykepleiere anerkjenner at pasienten er i en sårbar posisjon som er vanskelig å mestre (Hammervold og Barbosa da Silva, 2016). I følge Martinsen (1989) har sykepleieren på grunn av sin stilling og kompetanse en makt som ikke pasienten har. Pasienten er avhengig av at sykepleieren forvalter sin makt og sine kunnskaper på en moralsk forsvarlig måte. Martinsen (1989) påpeker at makt inngår i alle avhengighetsrelasjoner, for eksempel mellom sykepleier og pasient. Travelbee (1999) derimot, hevder at det er nødvendig å etablere et menneske-til-menneske-forhold som er preget av gjensidig respekt mellom sykepleier og pasient. Hun mener at merkelappene “sykepleier” og “pasient” vil kunne stå i veien for en reell kontakt, og at et menneske-til-menneske-forhold er en viktig forutsetning for pasientens bedringsprosess.

Aktiv lytting og empati blir brukt for å få pasientene til å åpne seg. Det å være tålmodig ble også sett på som en viktig egenskap hos de ansatte i samtale med pasientene (Pettersen, 2016). Pettersen (2016) fremhever at det er viktig å vise respekt for at noen ønsker å holde enkelte “dører” lukket. Dersom en presser pasienten for mye til å åpne døren, vil en kunne krenke verdigheten deres på nytt. Chernomas og Mordoch (2013) og Warne og McAndrew (2005) viser derimot en tendens til at sykepleiere vegrer seg for å ta opp dette temaet med pasientene. Grunnene til dette er mange og sammensatte. I følge Chernomas og Mordoch (2013) syntes flere sykepleiere at temaet var ubehagelig fordi de ikke visste hva de skulle svare, eller fordi de hadde vanskeligheter med å kontrollere egne følelser når pasientene delte sine opplevelser.

Vanskeligheter med å kontrollere egne følelser kan relateres til at flere av de ansatte på incestsentrene har egne erfaringer med seksuelle overgrep. Statistikk viser at 43 prosent av de ansatte ved incestsentre i Norge har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen (Pettersen, 2016). Flere som har vært utsatt for seksuelle overgrep beskrev det som et vendepunkt når de hørte om andre som hadde blitt misbrukt, og hvordan de hadde bearbeidet overgrepene (Easton, *et al.*, 2015). Det kan dermed bli sett på som en fordel at de ansatte selv har vært utsatt for overgrep, men samtidig er det viktig å forsikre seg om at de har bearbeidet sine traumer på en slik måte at de er i stand til å hjelpe andre (Pettersen, 2016). I slike situasjoner vil det være viktig å tenke at selv om en har flere av de samme erfaringene, vil

opplevelsen av hendelsene være personlig, og pasienten trenger ikke ha den samme opplevelsen som en selv (Travelbee, 1999).

De ansatte i studien til Pettersen (2016) hadde erfart at tilstedeværelse var viktig for pasientene. Dette støttes av Håkonsen (2014) som påpeker at å ta seg tid til å lytte og være sammen med mennesker som opplever store psykiske påkjenninger er av stor betydning. Det å være til stede vil ofte være den beste hjelpen vi kan gi mennesker i krise, og kan hjelpe dem med å gjenopprette en verdighet som er krenket (Pettersen, 2016). I følge sykepleierne i studien til Chernomas og Mordoch (2013) prøver de å jobbe etter “ikke-skade prinsippet.” For å kunne diskutere temaet seksuelt misbruk med pasienten, må sykepleierne ha god tid til å skape en relasjon, samt tid til å følge opp i ettertid. Dersom tidsbruken ikke er tilstrekkelig mener de at det kan gjøre større skade enn nytte (Chernomas og Mordoch, 2013). Dette kan bli en utfordring da hverdagen til sykepleiere er preget av tidspress (NSF, 2017). Tidspress kan føre til at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten opplever at de ikke har tid til å ta tak i pasientens forhistorie med seksuelle overgrep. Dersom en pasient blir innlagt med for eksempel depresjon vil dette bli fokusområdet, og pasienten blir sendt hjem eller videre når han er behandlet for dette (Chernomas og Mordoch, 2013). I følge Travelbee (1999) skal sykepleiere hjelpe pasienter med alle problemer som påvirker pasientens velvære. Dersom det er nødvendig å henvise pasienten et annet sted, har vi et sykepleieansvar til å følge opp at pasienten får den hjelpen han trenger (Travelbee, 1999). Sykepleiere beskriver at de ikke har tid til å hjelpe pasienten med å bearbeide det seksuelle misbruket, selv om dette kan være årsaken til depresjonen (Chernomas og Mordoch, 2013). I følge Travelbee (1999) betyr dette at vi ikke gir helhetlig sykepleie. Samtidig uttrykker noen av deltakerne i Chernomas og Mordoch (2013) at sykepleiere ikke burde bekymre seg for å gjøre mer skade ved å stille spørsmål om overgrep. Pasienter som har opplevd traumer trenger i mange tilfeller bekreftelse på at det de har opplevd er forferdelig og at det er greit å reagere på den måten de gjør (Varvin, 2013). En del pasienter ville foretrukket å snakke med en sykepleier fremfor en lege om dette temaet, og de opplever det som en lettelse når sykepleiere tar initiativ til å snakke om det (Warne og McAndrew, 2005; Chernomas og Mordoch, 2013). De har imidlertid ikke behov for å gå i dybden hver gang de snakker om det, men pasienten trenger at sykepleier gir en bekreftelse på traumet (Chernomas og Mordoch, 2013).

## 5.4 Hjelp til selvhjelp og vendepunkter

Det kan i følge Easton, *et al.* (2015) virke som den misbrukte på et tidspunkt i livet selv må ta tak i sine utfordringer. De ansatte i studien til Pettersen (2016) hadde som mål å gi de utsatte utfordringer som resulterte i at de tok ansvar for sitt eget liv. Dette blir tydeliggjort ved at hjelp til selvhjelp er et grunnleggende prinsipp på incestsentrene. For det første skulle dette hjelpe de utsatte og deres pårørende til å klare seg selv. For det andre skulle det skape en varig endring der fokuset var å styrke den enkeltes verdighet. En tredje grunn var å motivere til å ta ansvar for egen utvikling av evner og ressurser (Pettersen, 2016). Dette støttes av Håkonsen (2014) som mener at det etterhvert vil være aktuelt å hjelpe den utsatte til å se løsninger samt mulighet til å gi uttrykk for tanker og opplevelser. Slik kan den utsatte nå frem med mulige løsninger eller lyspunkter i en situasjon (Håkonsen, 2014).

I følge Easton, *et al.* (2015) oppstod vendepunktet da deltakerne foretok en endring i livet etter å ha slitt med psykiske vansker i lang tid. Det ble beskrevet at personlige relasjoner var avgjørende for at de ble bedre. Dette kunne for eksempel være en god relasjon til sine egne barn. De fikk bedring i symptomer og en følelse av trygghet, støtte og kjærlighet. Når deltakerne fikk økt forståelse av det seksuelle overgrepet, innså de at overgrepet ikke var deres skyld. Dette ble beskrevet som et positivt vendepunkt (Easton, *et al.*, 2015).

## 5.5 Metodediskusjon

Avslutningsvis i drøftingsdelen vil vi kritisk vurdere valgte artikler og litteratur som er anvendt i oppgaven. Vi har tatt i bruk fag- og forskningsbasert litteratur.

I oppgaven har vi benyttet seks vitenskapelige artikler. Alle artiklene er kvalitative, noe som kan være både en styrke og en svakhet. Problemstillingen har som mål å finne svar på hvilke kunnskaper sykepleiere trenger i møte med seksuelt misbrukte pasienter. For å finne svar på dette mener vi det er viktig å få frem både pasientenes og sykepleiernes erfaringer. Kvalitative studier får frem deltakernes personlige erfaringer og er derfor mest relevant i forhold til oppgavens problemstilling. Dette har vi vært bevisste på da vi gjorde våre søk. Vi ser imidlertid at noen av våre artikler har få deltakere. Dette kan være en svakhet fordi det kun gir innblikk i noen få utsattes erfaringer. Derimot kan en se på få deltagere som en styrke, da det gir en god innsikt i erfaringene til hver enkelt deltaker.

Tre av artiklene vi har valgt å inkludere er av samme forfattere. Den ene studien omhandler menn, den andre kvinner, og den tredje omhandler forskjellene mellom kjønnene i de to første

studiene. Styrkene ved disse artiklene er at de er nordiske og fra nyere tid. Dette anser vi som positivt, da vi kan relatere funnene til norsk kultur og helsesystem. Noe som kan være negativt ved å bruke disse tre artiklene av samme forfattere, er at de samme deltakerne deltar i studiene. Vi har likevel valgt å ta de med da de gir en god oversikt over konsekvensene av seksuelle overgrep i barndommen. Vi har brukt annen fag- og forskningslitteratur til å støtte opp under funnene i artiklene.

Siden alle artiklene er fra vestlige land, er det lett å dra paralleller til norsk helsevesen. Vi får derimot ikke frem kulturforskjeller. Dersom vi hadde valgt å ta med artikler fra andre deler av verden, kunne vi i tillegg tilegnet oss kunnskap og utfordringer vedrørende seksuelle overgrep i kulturer med store kontraster til Norge.

Det er flere definisjoner på seksuelle overgrep. Dette kan være en svakhet da statistikken kan variere ut ifra hvilken definisjon som er brukt, noe vi har vært klar over når vi har sett på resultatene i våre artikler. Vi har valgt å innlede oppgaven med Verdens Helseorganisasjon (WHO) sin definisjon på seksuelle overgrep. Dette er en vid definisjon, som inkluderer alle aspekter ved seksuelle overgrep. Videre har vi valgt å inkludere SMISO sin definisjon som omhandler seksuelle overgrep mot barn, samt kapittel 26 i straffeloven som skiller mellom tre kategorier innen seksualforbrytelser.

## 5.6 Etske overveielser

Fem av artiklene er godkjent av etisk komité. I en av artiklene blir det ikke beskrevet godkjenning av etisk komité. Forfatterne av denne artikkelen rapporterer ingen interessekonflikter, og er alene ansvarlige for innholdet og skrivingen av artikkelen. Studien har informert samtykke.

## 6.0 Konklusjon

Som sykepleiere skal vi hjelpe pasienter med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene. Med dette som grunnlag er det viktig for sykepleiere å tilegne seg kunnskap om senvirkninger etter seksuelt misbruk.

Seksuelle overgrep i barndommen kan medføre et bredt spekter av psykiske senvirkninger i voksen alder. Senvirkninger vil variere ut ifra flere faktorer; kjønn, hvilken sosial situasjon en er i og hvilken hjelp som tilbys i etterkant. Det tar i gjennomsnitt 17 år fra tidspunktet for overgrepet til den utsatte forteller om det. Dette skyldes blant annet skam, skyld og tabu. Senvirkningene blir mer alvorlige desto lengre en venter med å fortelle om overgrepene og oppsøker hjelp. De mest kjente psykiske senvirkningene er depresjon, angst, dissosiativ lidelse, PTSD og ADHD. Dette kan føre til suicidalitet og rusmisbruk.

I løpet av utdanningen har det vært lite fokus på temaet seksuelle overgrep og senvirkninger som dette kan medføre. Sykepleiers manglende kunnskaper om senvirkninger kan føre til unødig lidelse for de misbrukte. Det viser seg at sykepleiere vegrer seg for å spørre pasienten om dette temaet. Det er flere årsaker til dette; de er redd for å skade pasienten ytterligere ved å ta det opp, usikkerhet rundt temaet og hva de skal gjøre videre med informasjonen de får. Sykepleiere føler generelt at de har for lite kunnskaper om temaet til å kunne ta det opp på en forsvarlig måte. Det kommer også frem at tidspress er en årsak til at spørsmål om overgrep blir nedprioritert.

For å kunne gi helhetlig sykepleie er det nødvendig å ha kunnskaper om seksuelt misbruk og hva dette kan føre til. Mange pasienter foretrekker å snakke med en sykepleier fremfor en psykiater eller lege om temaet. Det kommer frem at sykepleiere må våge å spørre pasientene om seksuelt misbruk. For at dette skal foregå på en best mulig måte, er det viktig med relasjonsbygging. I forhold til at pasienten skal åpne seg, er det viktig at han føler trygghet. Sykepleiere må også evne å sette seg inn i pasientens livshistorie for å vise empati og få pasienten til å åpne seg.

Å hjelpe de utsatte med å klare seg selv, er også viktig i sykepleien til overgrepsutsatte pasienter. Ved å benytte seg av egne evner og ressurser, vil den utsatte selv kunne se mulige

løsninger, og dermed få en styrket verdighet. Dette krever at sykepleieren er tålmodig. Å ta ansvar for eget liv og mestre dagliglivet oppleves for mange utsatte som en viktig del av bedringsprosessen.



## 7.0 Referanseliste

- Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. 3. utg. Berkshire: Open University Press.
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013) *Barndommen kommer ikke i reprise. Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)*. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/BLD/Strategi\\_Overgrep\\_m.bokmerker\\_revidert.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/BLD/Strategi_Overgrep_m.bokmerker_revidert.pdf) (Hentet: 18.04.2017).
- Bufdir (2015) *Seksuelle overgrep mot barn*. Tilgjengelig fra: [https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Oppvekst/Vold\\_og\\_overgrep\\_mot\\_barn/Seksuelle\\_overgrep\\_mot\\_barn/](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Vold_og_overgrep_mot_barn/Seksuelle_overgrep_mot_barn/) (Hentet: 17.03.17).
- Chernomas, W. M. og Mordoch, E. (2013) Nurses' perspectives on the care of adults with mental health problems and histories of childhood sexual abuse, *Issues in Mental Health Nursing*, 34(9), s. 639-647. doi: 10.3109/01612840.2013.799721.
- Dyb, G., Glad, K. A. og Øverlien, C. (2010) *Forebygging av fysiske og seksuelle overgrep mot barn. En kunnskapsoversikt 2010*. Tilgjengelig fra: [https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/forebyggingavfysiskeogseksuelleovergrepmotbarn\\_kunnskapsoversikt3.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/forebyggingavfysiskeogseksuelleovergrepmotbarn_kunnskapsoversikt3.pdf) (Hentet: 17.03.17).
- Easton, S. D., *et al.* (2015) "From that moment on my life changed": turning points in the healing process for men recovering from child sexual abuse, *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(2), s. 152-173. doi: 10.1080/10538712.2015.997413.
- FMSO (2017) *Stiftelsen felleskap mot seksuelle overgrep*. Tilgjengelig fra: <http://fmsno.no/> (Hentet: 18.04.17).
- Hammervold, U. E. og Barbosa da Silva, A. (2016) Bruk av tvangsmidler i et traumebevisst miljøterapi- et fagelig og etisk perspektiv, i Thelle, M. I. (red.) *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid - fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 165-182.
- Heimstad, G. F. og Biong, S. (2014) Pasienter med dissosiativ lidelse: Sykepleieres erfaringer med stabiliseringssituasjoner, *Klinisk Sygepleje*, 28(04), s. 4-15. Tilgjengelig fra: [http://www.idunn.no/klinisk\\_sygepleje/2014/04/pasienter\\_med\\_dissosiativ\\_lidelse\\_sykepleieres\\_erfaringer](http://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2014/04/pasienter_med_dissosiativ_lidelse_sykepleieres_erfaringer) .

- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om helse- og omsorgstjenester m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Hentet: 09.11.16).
- Hjemdal, O. K. og Thoresen, S. (2014) *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv.* Tilgjengelig fra: <https://www.nkvts.no/rapport/vold-og-voldtekt-i-norge-en-nasjonal-forekomststudie-av-vold-i-et-livslopsperspektiv/> (Hentet: 17.03.2017).
- Håkonsen, K. M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkengen, A. L. og Næss, A. B. (2015) *Hvordan krenkede barn blir syke voksne.* 3. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier: analyse og evaluering.* 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lossius, K. (2013) Rusmidler, i Skårderud, F., et al. (red.) *Psykiatriboken. Sinn- kropp-samfunn.* Oslo: Gyldendal akademisk, s. 433-445.
- Martinsen, K. (1989) *Omsorg, sykepleie, medisin.* Oslo: Tano.
- Mullen, P. E. og Fergusson, D. M. (1999) *Childhood Sexual Abuse: An Evidence-Based Perspective.* Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Nordenstam, C., et al. (2002) *Seksuelle overgrep mot barn - utvalgte temaer.* Nasjonal ressurscenter for seksuelt misbrukte barn.
- NSF (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 07.04.2017).
- NSF (2017) *Generell artikkel om arbeidsmiljø i helsetjenesten.* Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/113675/17073/Generell-artikkel-om-arbeidsmiljo-i-helsetjenesten> (Hentet: 27.04.17).
- Pettersen, K. T. (2016) Psykisk helsearbeid ved norske incestsentre, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(01-02), s. 15-23. Tilgjengelig fra: [http://www.idunn.no/tph/2016/01-02/psykisk\\_helsearbeid\\_ved\\_norske\\_incestsentre](http://www.idunn.no/tph/2016/01-02/psykisk_helsearbeid_ved_norske_incestsentre).
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2017) *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 10. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Pretorius, K. og Talsethagen, G. (2005) «Går det ikke snart over?» – Senvirkninger etter incest, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(04), s. 375-387. Tilgjengelig fra: [http://www.idunn.no/tph/2005/04/gar\\_det\\_ikke\\_snart\\_over\\_-\\_senvirkninger\\_etter\\_incest](http://www.idunn.no/tph/2005/04/gar_det_ikke_snart_over_-_senvirkninger_etter_incest).

- Sigurdardottir, S., Halldorsdottir, S. og Bender, S. S. (2012) Deep and almost unbearable suffering: consequences of childhood sexual abuse for men's health and well-being, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), s. 688-697. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00981.x.
- Sigurdardottir, S. og Halldorsdottir, S. (2013) Repressed and silent suffering: consequences of childhood sexual abuse for women's health and well-being, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), s. 422-432. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01049.x.
- Sigurdardottir, S., Halldorsdottir, S. og Bender, S. S. (2014) Consequences of childhood sexual abuse for health and well-being: gender similarities and differences, *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(3), s. 278-286. doi: 10.1177/1403494813514645.
- SMISO Oppland (2017) *SMISO Oppland - Støttesenter mot incest og seksuelle overgrep*. Tilgjengelig fra: <http://www.smiso-oppland.no/> (Hentet: 18.04.17).
- Steine, I., et al. (2012) Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(10), s. 950-957. Tilgjengelig fra: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=274742&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=274742&a=2) (Hentet: 17.03.2017).
- Steine, I., et al. (2016) *Langvarig taushet om seksuelle overgrep. Prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn*. Tilgjengelig fra: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=473209&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=473209&a=2) (Hentet: 03.05.17).
- Straffeloven (2009) *Lov om straff*. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL\\_2-11\\_-\\_KAPITTEL\\_2-11](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-11_-_KAPITTEL_2-11).
- Sykepleiernes samarbeid i Norden (1987) *Sykepleiernes samarbeid i Norden: etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*. Sykepleiernes samarbeid i Norden.
- Thidemann, I.-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1971) *Interpersonal aspects of nursing*. 2. utg. Philadelphia: Davis Company.
- Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Overs. av Thorbjørnsen, K. M. Oslo: Universitetsforlaget.
- Varvin, S. (2013) Overgrep og traumatisering, i Skårderud, F., et al. (red.) *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 411-421.

Warne, T. og McAndrew, S. (2005) The shackles of abuse: unprepared to work at the edges of reason, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(6), s. 679-686. doi: 10.1111/j.1365-2850.2005.00893.x.

World health organization (2014) *Chapter 6. Sexual violence*. Tilgjengelig fra: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/global\\_campaign/en/chap6.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap6.pdf) (Hentet: 17.03.17).

Aakvaag, H. F., *et al.* (2016) Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse, *Journal of Affected Disorders*, 204, s. 16-23. doi: 10.1016/j.jad.2016.06.004.