



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave Fagartikkel

Partnervold mot kvinner i Nicaragua

Intimate partner violence against women in Nicaragua

Innleveringsdato: 4. juni 2020

Emnekode: HSYK3003

Kull: 2017

Kandidatnummer: 10170

Antall ord: 4899

Sammendrag

Bakgrunn: Partnervold utgjør et omfattende folkehelseproblem og reiser menneskerettslige spørsmål verden over. I Nicaragua opplever over halvparten av gravide kvinner partnervold i løpet av svangerskapet, som medfører en rekke negative helsekonsekvenser. Sykepleiere utgjør en viktig rolle i arbeidet med å kartlegge partnervold da de ofte er det første kontaktpunktet til de voldsutsatte. Av ulike årsaker hindres allikevel sykepleiere i dette arbeidet.

Hensikt: Undersøke hvilke utfordringer som hindrer sykepleier i sitt arbeid med å kartlegge partnervold mot kvinner i Nicaragua. Fokuset rettes mot kvinner mellom 15 og 35 år som er i kontakt med helsetjenesten i forbindelse med graviditet og fødsel.

Metode: Datainnsamlingen er basert på observasjoner ved helsestasjon, mødre hjem og fødeavdeling under praksisopphold ved den karibiske siden i Nicaragua, samt intervju av 2 sykepleiere ved ulike helsestasjoner. Undersøkelsene fant sted i perioden januar til mars 2020.

Resultater: Resultatene fra observasjon og intervju spriker. Observasjoner viser at sykepleierne ofte unngår samtale med kvinner til tross for mistanke om partnervold, og tar saken i egne hender fremfor å henvise til andre profesjoner. Intervju viser at sykepleier jobber både selvstendig og tverrprofesjonelt for å kartlegge og forebygge partnervold. Den nicaraguanske kulturen trekkes frem som utfordrende når det gjelder gjennomføring av sykepleiers kartlegging, i både intervju og observasjon.

Konklusjon: Studien avdekker at sykepleiere har verdier og holdninger som viser at de ønsker å hjelpe kvinner utsatt for partnervold. Likevel viser resultatene at sykepleier møter flere utfordringer i kartleggingsarbeidet. Misforståelser i samarbeidet mellom de ulike profesjonene og lang behandlingstid sees på som utfordrende. I tillegg kan mangel på kunnskap om egne rettigheter hindre kvinner i å oppsøke hjelp, og dermed hindre sykepleiers kartleggingsarbeid. Machokultur der mannen er overlegen over kvinnen, samt kulturforskjeller når det gjelder åpenhet rundt partnervold, viser seg å være av hovedutfordringene.

Nøkkelord: Partnervold, kvinner, sykepleier, vold, Nicaragua, nære relasjoner, Latin-Amerika.

Abstract

Background: Intimate partner violence is a widespread public health problem and a human right issue worldwide. In Nicaragua, more than half of pregnant women experience intimate partner violence during pregnancy. Nurses are found to play an important role in charting partner violence as they often are the first point of contact with the victim. Yet, they are met with various challenges that prevents them from doing their job.

The aim: To investigate the challenges that can prevent nurses to chart partner violence among women in Nicaragua. The study is focusing on women who are in contact with the health service in conjunction with their pregnancy and childbirth.

Methods: The data collected is based on observations at health stations, a mothershome and one maternity ward during an internship in Nicaragua, as well as interviews with two nurses from different health stations. The study took place during the period from January to March 2020.

Result: The results from observations and interviews contradict each other. Observations show that the nurses avoid talking to women despite to suspected partner violence, and often address the problem themselves rather than referring to other professions. Interviews show that nurses work independently and in cross-professional collaboration to address intimate partner violence. The Nicaraguan culture are highlighted as challenging in relation to the nurse's efforts to chart the violence.

Conclusion: The study show that nurses have good values and attitudes when it comes to helping women exposed to partner violence. Yet, the results show that nurses are prevented from addressing partner violence. Lack of knowledge about their own rights can prevent women from seeking help, as well as misunderstandings in the collaboration between the various professions and lengthy treatment time. The macho culture, which emphasizes men's superiority over women, and cultural differences in relation to openness around partner violence are some of the main challenges.

Keywords: intimate partner, violence, women, nurse, Nicaragua, domestic violence, close relations, Latin-America.

1.0 Introduksjon

Partnervold

Partnervold utgjør et omfattende folkehelseproblem og reiser menneskerettslige spørsmål for kvinner verden over. Undersøkelser viser at kvinnelige volds ofre ofte må oppsøke helsetjenesten senere i livet grunnet tidligere partnervold (1). I 2013 utga World Health Organization [WHO] en global rapport som viser at 30% av verdens kvinner har blitt utsatt for fysisk og/eller psykisk vold av sin partner. Rapporten understreker nødvendigheten av å øke innsatsen i flere sektorer for å forhindre partnervold og tilby tjenester for voldsutsatte kvinner (2). Det finnes en rekke negative helsekonsekvenser for kvinner som følge av partnervold, eksempelvis psykiske plager, som posttraumatisk stress, depresjon og selvmordstanker (3), samt uønsket graviditet og sårbarhet for seksuelt overførbare sykdommer (4).

Nicaragua

Denne fagartikkelen baseres på funn fra sykepleiepraksis ved den karibiske siden i Nicaragua og setter søkelys på sykepleiere og den multietniske pasientgruppen i dette området. En studie fra 2012 basert på informasjon fra gravide kvinner i Nicaragua, viste at 63 % av mødrene var utsatt for partnervold under graviditeten (5). Undersøkelser fra 2000 pekte på ekstrem sjalusi og behov for kontroll som kjennetegn på voldelige forhold, og dataene indikerte at de voldsrammede kvinnene manglet familie- og samfunnsstøtte. I tillegg følte mange på skam og innesluttethet som bidro til at kvinnene hadde vanskeligheter med å identifisere volden og å oppsøke hjelp (1).

Kvinnens rettigheter

Nicaragua anerkjenner kvinnens rettigheter gjennom strenge offentlige lover. Lov 779 som ble vedtatt i 2012 definerer ulike voldstyper, og har vært med på å øke bevisstheten rundt kjønnsbasert partnervold. Artikkel 17 i den samme loven fastslår i tillegg at helsearbeidere er pålagt å rapportere om familievold til politiet. Til tross for et juridisk rammeverk, mangler nicaraguanske kvinner kunnskap om grunnleggende menneskerettigheter, og voldsratene er høye (6).

Kulturelle utfordringer

Kvinnens mulighet til å forlate voldelige forhold avhenger av livssituasjon og bakgrunn (7, s. 12). Flere studier peker på at kulturelle normer og tradisjonell tro hindrer nicaraguanske kvinner i å fortelle om partnervold (1, 6). Magelssen (2008)

definerer kultur som «de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av et samfunn» (8, s. 15). Samfunn kjennetegnes ved at medlemmene til en viss grad har felles identitet, verdier, interesser og rolleforventninger til hverandre (8, s. 53). Begrepet «machismo» trekkes fram som en av disse kulturelle utfordringene -en ideologi som understreker mannlig overlegenhet over kvinnen (1). En nyere studie fra 2019 fremhever stress og sosial rivalisering mellom menn, som utløsende årsak til volden (9). Oppfattelsen av vold som straff for å være en dårlig kone, gjør at kvinner ikke forteller om partnervold i frykt for stigma og latterliggjøring fra naboer og familiemedlemmer. Spesielt for innfødte fra mindre områder, kan sladder i nærmiljøet være utfordrende. Mange er økonomisk avhengige av mannen (10), samt kjenner på frykt for hva som vil skje om de forlater ham (6).

Sykepleiers rolle

Sykepleiere trekkes fram som en av få kontaktpunkt utenfor kvinnens omgangskrets med mulighet til å identifisere partnervold. Sykepleiere kan dermed forebygge reinnleggelser og kommende helsekonsekvenser volden medfører (4). Samfunnet kan gjøre kvinnen ansvarlig for voldsutøverens handlinger og disse holdningene kan komme til uttrykk i helsevesenets møte med kvinner (7, s. 12). Sykepleier bør ha kunnskap om at alle pasienter har sin særegne livshistorie. Hvis sykepleier er lyttende og viser forståelse, kan pasienten føle seg respektert og tatt på alvor (11, s. 23). Laughon et al. (2017) beskriver betydningen av sykepleiers forebyggende arbeid og undervisning av voldsutsatte kvinner. Informantene i studien forteller at de arbeider med å styrke kvinnens følelse av «empowerment» slik at de tør å oppsøke helsetjenesten (6). WHO beskriver empowerment som «En prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse» (12).

Tverrprofesjonelt samarbeid

Pasienter har ofte behov for sammensatte tjenester der ulike profesjoner samarbeider for å møte pasientens behov. Dette kalles tverrprofesjonelt samarbeid (13, s. 80-81), hvor ulike faggruppers bidrag sees i forhold til hverandre. Det kan ha stor betydning for kvaliteten på samarbeidet å innhente kunnskap om de andre profesjonene i teamet sine arbeidsoppgaver, men ofte mangler denne kunnskapen (13, s. 81). Samarbeidet mellom sykepleier og andre profesjoner i møte med voldsutsatte kvinner er viktig, men det foreligger ofte dårlig kommunikasjon. Sykepleiere og andre profesjoner ønsker å hjelpe kvinnelige volds ofre, men hindres av økonomiske utfordringer, ressursmangler og et redusert tilbud for voldsutsatte kvinner. Virkeligheten samsvarer ikke bestandig med hvordan systemet skal fungere (6).

Problemstilling

Gjennom treårig sykepleierutdanning har jeg erfart at partnervold også er en utfordring sykepleiere møter i Norge. Undersøkelser viser at hver fjerde norske kvinne har opplevd en eller annen form for vold (14). På grunn av temaets relevans i Nicaragua og at deler av funn fra studien trolig kan overføres til Norge, vil oppgaven se nærmere på sykepleiers rolle med utgangspunkt i problemstillingen:

Hvilke utfordringer hindrer sykepleier i å kartlegge partnervold mot kvinner i Nicaragua?

Definisjon av sentrale begrep

Partnervold: Inkluderer psykisk, fysisk og seksuell vold eller kontrollerende atferd som utføres av en intim partner (15). Intim partner vil si ektefelle, samboer eller kjæreste. Volden må resultere i eller ha stor sannsynlighet for å resultere i fysisk eller psykisk skade (16).

Kartlegging: Beskrives av Helsebiblioteket som «å avdekke status og danne grunnlag for videre tiltak på en systematisk måte» (17).

Avgrensninger

Pasientgruppen i oppgavens fokus er kvinner som i forbindelse med graviditet, før eller de første ukene etter fødsel, er i kontakt med helsevesenet. Kvinnenes alder avgrenses til 15-35 år da problemstillingen hyppigst aktualiseres for denne aldersgruppen. Studiens funn baseres på erfaringer og observasjoner fra helsestasjon, mødre hjem og fødeavdeling hvor deler av sykepleiepraksisen fant sted. Det er særlig brukt funn fra mødre hjemmet der kvinner oppholdt seg før og etter fødsel, og man fikk observert dem i samhandling med sykepleier over tid. Partnere kan være av samme eller ulike kjønn, men begrepet «partner» begrenses i denne sammenheng til kvinner med mannlige partnere.

Artiklene brukt i studien er hovedsakelig forskning gjort i Nicaragua, men inkluderer også kilder fra sammenlignbare latinamerikanske land. Grunnet oppgavens ordbegrensning har det ikke vært mulig å fordype seg i alle faktorene som kan være av betydning. Blant annet fokuseres det ikke på utfordringer knyttet til involverte barn, men det skal nevnes at konsekvensene av partnervold også omhandler dem (7, s. 12). Det er heller ikke satt søkelys på voldsutøveren, i denne sammenheng mannen, selv om en viktig faktor i kartleggingsarbeidet er å fange

opp deres voldsproblemer tidlig (7, s. 12). Oppgaven ser på sykepleiers rolle overfor kvinnen i det voldelige parforholdet.

2.0 Metodedel

Valgt metode

Kvalitativ metode er en fleksibel forskningsmetode som undersøker og beskriver menneskers erfaringer og opplevelser (18). Metoden gir mulighet til å innhente oppfatninger og meninger som ikke kan måles eller tallfestes (19, s. 52). Den gir mulighet til å gå mer i dybden og datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med feltet (19, s. 53). Metoden er egnet for denne studien for å forstå og fange opp flere synspunkt, samt enkeltpersoners erfaringer og oppfatninger rundt problemstillingen. Studien baseres på intervjuer og observasjoner fra sykepleiepraksis, samt relevant forskning og litteratur som rammeverk for oppgaven.

Styrker

Observasjon som metode gir mulighet til å se og tolke hvordan mennesker handler og undersøke om dette samsvarer med hvordan folk sier de handler (19, s. 97). Det styrker datainnsamlingen at informantene arbeidet ved steder der problemstillingen aktualiseres. Intervju som metode gir fleksibilitet (19, s. 53) og man får tak i informantenes egne beskrivelser (19, s. 65). Ved å sammenligne data fra intervju med data fra observasjon, kan man få fram sammenheng og helhet (19, s. 53), samt avdekke motsetninger. Disse faktorene bidrar til at metoden gir troverdig kunnskap og styrker validiteten og reliabiliteten av studien. Validitet vil si gyldigheten og relevansen av det som måles, mens reliabiliteten omhandler at målingene må utføres korrekt og være pålitelige (19, s. 40).

Svakheter

Observasjon som metode øker risikoen for at de som observeres ikke utfører arbeidsoppgavene slik de vanligvis gjør, og resultatene kan dermed påvirkes. Ved intervju risikerer man at intervjuer påvirker intervjuobjektet ved å stille spørsmål på enkelte måter. I tillegg samsvarer ikke alltid intervjuobjektets uttalelser med hvordan intervjuer tolker det som blir sagt (19, s. 230). Da informant 1 hadde et begrenset engelsk ordforråd, og informant 2 snakket spansk gjennom bruk av tolk, kan informasjon i begge tilfeller bli misforstått eller endret i oversettelsesprosessen, noe som kan føre til feilkilder. Grunnet korona-situasjonen og tidsbegrensninger, ble det kun utført to av tre intervju, hvilket gjør datainnsamlingen smalere.

Rekruttering

Tabell 1. Inklusjon- og eksklusjonskriterier. Tabellen viser kriterier for intervju, observasjon og innhentet forskning.		
	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Intervju	- ferdigutdannede sykepleiere som informanter -intervju utført på engelsk eller med tolk	-intervju av spansktalende uten tolk -intervju av andre yrkesgrupper enn sykepleier
Observasjon	-observasjon av sykepleiere -observasjon kun under tilstedeværelse ved praksisstedet.	-observasjon av andre yrkesgrupper enn sykepleier.
Forskningsartikler	-artikler skrevet på engelsk eller norsk -artikler relevante for Nicaragua -artikler publisert i anerkjente tidsskrift	-forskningsartikler på spansk -forskning eldre enn 8 år ¹

Datainnsamling

Observasjon

Observasjon og loggføring ble utført i løpet av 8 ukers studentpraksis ved aktuelle arbeidsplasser. Studien ble tidlig presentert for praksisstedet for å forebygge usikkerhet rundt observatør og vedkommendes observasjoner (19, s. 101). Sykepleiere ble observert i møte med aktuell pasientgruppe og i samspill med andre profesjoner. Observasjoner ble utført av deltakende observatør som betyr at observatøren deltar i de sosiale prosessene i praksisfeltet og på den måten innhenter data (19, s. 97). Etter hver fullført praksisuke ble relevante observasjoner og refleksjoner loggført.

Intervju

Det ble i praksisperioden utarbeidet en intervjuguide med 12 spørsmål. Informantene ble strategisk utvalgt, ved hjelp av praksisveileder og basert på

¹ ¹Kriteriet gjelder ikke artikkelen til Ellsberg et. al som begrunnes senere i teksten.

studiens tema. To individuelle intervju av to ulike sykepleiere ble gjennomført. Begge informantene jobbet ved helsestasjoner og hadde opparbeidet seg erfaring. Informantene hadde ingen tilknytning til hverandre og ble intervjuet hver for seg. To studenter samarbeidet under intervju, der én skrev notater og én stilte spørsmål. Intervjuobjektene skilles fra hverandre som informant 1 og 2.

Databasesøk

Systematiske søk ble gjennomført over en 6 måneders-periode etter relevant forskning, i databaser som PubMed, Medline og Cinahl. Alle tidsskriftene som er tatt i bruk, har fagfelleverderte publiseringskanaler. Av de fem, er fire ved kvalitetsnivå 1, som vil si at de har en vitenskapelig publiseringskanal. Det siste tidsskriftet fra 2000 har kvalitetsnivå 2 som betyr at den har en vitenskapelig publiseringskanal med særlig høy prestisje (20).

Forskningsetiske betraktninger

Forskningsetikk

Forskningsetikk omhandler hvordan man innhenter ny innsikt og kunnskap uten at det går utover velferden og integriteten til enkeltmennesker. Ved å utøve forskningsetikk forsikrer man seg om at deltakernes personvern ivaretas og at forskningen ikke påfører dem belastning eller skade (19, s. 236). Universitetet i Nicaragua mottok et informasjonsskriv fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet [NTNU] før praksisstart, med informasjon omhandlende den kommende studien. I samsvar med etiske retningslinjer ble det innhentet samtykke fra praksisfeltet og intervjuobjektene til å delta i forskningsprosjektet gjennom et utarbeidet samtykkeskjema. Samtykkeskjemaet ble forklart muntlig og lest av informantene før intervjuet. Deretter skrev informantene under på at innhentet informasjon kunne bli brukt. Taushetsplikten ble ivaretatt ved at innholdet i loggføring ble anonymisert slik at sporing tilbake til personer og hendelser ikke er mulig.

Kultursensitivitet

Å utøve kultursensitivitet inkluderer bruk av fornuft og følelser i kommunikasjon og forsøke å fange opp intensjonen bak, heller enn å bli opphengt i det som sies (8, s. 15). Mennesker har forskjellige verdier, normer og virkelighetsforståelser. Likevel kan folk med ulik kulturbakgrunn ha mange felles erfaringer som kan avdekkes gjennom kultursensitiv kommunikasjon (8, s. 17). Kommunikasjonen krever en gjensidig prosess mellom de involverte, og avhenger av rammer som bidrar til en trygg og respektfull atmosfære (8, s. 18). Under praksisoppholdet i Nicaragua ble det utøvd kultursensitivitet gjennom å opptre respektfullt, samt vist åpenhet og nysgjerrighet rundt deltakernes virkelighetsoppfatninger og synspunkt. Kulturgrenser kan krysses enten geografisk eller ved bevegelse i det

sosiale landskapet. Altså kan helsearbeidere og pasienter med samme etniske opprinnelse også vise kulturforskjeller (8, s. 54). Det kan ikke forutses hva personer tenker og føler, selv med kunnskap om deres kulturbakgrunn, da mennesker tenker og handler ulikt ved å tolke samme kultur forskjellig (8, s. 57).

Analyse

For å analysere intervjuene ble de lest gjennom hver for seg. Deretter ble det utarbeidet et sammendrag av hvert intervju der det mest relevante ble fremhevet. Teksten ble sortert under ulike subkategorier. Deretter ble intervjuene sammenlignet for å identifisere likheter og forskjeller. Til slutt ble intervjuene sett i sammenheng med loggføringen av relevante observasjoner.

3.0 Resultatdel

Resultatene inndeles i 4 subkategorier som ser problemstillingen fra ulike sider. De samme underkategoriene brukes i drøftingsdelen hvor resultatene sees i lys av forskning og litteratur. Resultatene presenteres i prosatekst med felles sammendrag fra intervjuene, utdrag fra observasjonslogg, samt fremhevede sitater fra informantene.

Identifisering av partnervold

Informantene forteller at de ofte er første kontaktpunkt med kvinner utsatt for partnervold. De kjenner ikke på ubehag rundt å ta opp temaet ved mistanke, og hevder at det er spesielt viktig å stille spørsmål om de ser fysiske skader som ikke kan oppstå på normalt vis. Informantene beskriver retningslinjer som understreker at sykepleier må kartlegge om kvinner utsettes for vold dersom de fremstår tause og innesluttet, eller har merker på kroppen. De beskriver betydningen av å bygge opp tillit hos kvinnene, da de lettere forteller når de føler seg trygge på sykepleier. De opplever at sykepleieruniformen ofte gjør kvinner mer åpne overfor sykepleier enn for familie og venner.

«Det er mest utfordrende å avdekke psykisk og seksuell vold da dette ofte ikke vises på kroppen.»

(Informant 1)

«Det er særlig vanskelig å avdekke partnervold om mannen er til stede under samtalen. Det hender jeg ber han gå ut av rommet.»

(Informant 2)

Tverrprofesjonelt samarbeid

Informantene forklarer at de stadig henviser til andre yrkesgrupper som leger, psykiatere, politi eller hjelpeorganisasjoner som følger opp voldsutsatte kvinner videre. For kvinner utsatt for en kombinasjon av fysisk og psykisk vold, er det spesielt viktig med et godt samarbeid mellom profesjonene. Informantene beskriver likevel at prosessen fra sykepleier henviser saken videre til noe blir gjort, ofte tar lang tid og kan bidra til at kvinnene igjen utsettes for vold eller ikke lenger ønsker hjelp. Det finnes flere hjelpeorganisasjoner nå enn tidligere, men det mangler nok kapasitet og hjelpetilbud for alle.

«Jeg mener vi har et godt samarbeid på tvers av profesjoner.»

(Informant 2)

I dag kom det en kvinne som var utsatt for fysisk vold av partneren. Hun fortalte det selv og viste oss resultatet i form av en brukket finger. Sykepleieren sa hun skulle ringe for å ta en alvorprat med den voldsutsattes ektemann. Sykepleieren viste omsorg og ga kvinnen trøst, men jeg reagerte på at hun ikke kontaktet andre instanser.

Dagvakt helsestasjon 13. februar 2020
(Utdrag fra logg)

Forebyggende helsearbeid

Informantene forteller at det arrangeres samtalegrupper for voldsutsatte kvinner, der sykepleiere og andre profesjoner gir informasjon omhandlende partnervold. Dit kommer tidligere voldsofre og forteller om sine erfaringer, og informantene tror det kan være en lettelse for kvinnene å snakke om volden. I tillegg gis informasjon om partnervold via TV og radio, hvor kvinner oppfordres til å oppsøke hjelp, noe som kan nå kvinner som føder hjemme, uten å oppsøke helsetjenesten. Annet forebyggende arbeid omfatter plakater med informasjon om menneskerettigheter og forskjellen på seksuell, mental og fysisk vold. Sykepleierne opplever at mange kvinner ikke er klar over at alle tre typer defineres som vold.

«Samtalegruppene gir kvinner mulighet til å prate med spesialister, men også med hverandre om problemene sine.»

(Informant 2)

Kulturelle utfordringer

Informantene ser en økning i antall tilfeller partnervold, men mener det har sammenheng med at det nå fokuseres mer på problematikken, og at det derfor avdekkes flere tilfeller sammenlignet med tidligere. Informantene tror utfordringene delvis skyldes machokulturen de lever i. Sykepleierne blir ofte avvist når de tilbyr hjelp fordi kvinnene er redde for at mannen skal finne det ut. Informantene mener de mest sårbare for partnervold er unge og gravide. Begge opplever folkegruppen mestiser² og urbefolkningen som mer private og innesluttet, samt at de ofte forsvarer mannen som utsetter dem for partnervold. Den kreolske³ folkegruppen oppleves som mer åpne og opptatt av egne rettigheter.

«Mange har veldig respekt for mannen sin, fordi det ligger i kulturen og det er vanskelig å endre kultur. Kvinner trues ofte til stillhet av mannen som sier han vil drepe dem hvis de forteller noe.»

(Informant 2)

I dag fødte en 15 år gammel kvinne sitt første barn. Jeg observerte stor frykt fra kvinnen da sykepleierne skulle røre ved kroppen hennes. Sykepleierne forklarte at kvinnen sannsynligvis var utsatt for seksuell vold av partneren. Likevel unngikk de å ta opp temaet med pasienten selv, men pratet heller med kolleger om det.

Dagvakt fødeavdeling 5. mars 2020

(Utdrag fra logg)

² Mestis betegnes som en person med én forelder med tilhørighet til den opprinnelige Latin Amerikanske urbefolkningen og én forelder av europeisk opprinnelse (21).

³ En person uten urbefolkningsopphav med afrikansk eller europeisk opprinnelse. På østkysten i Nicaragua bruker den svarte befolkningen kreol som betegnelse om seg selv (22)

4.0 Diskusjon

Hvilke utfordringer hindrer sykepleier i å kartlegge partnervold mot kvinner i Nicaragua?

Identifisering av partnervold

Studiens funn viser at sykepleiere er blant de første med mulighet til å identifisere partnervold, noe som underbygges av Falb et al. (4). 63 % av kvinner ble utsatt for partnervold under graviditeten ifølge tall fra 2012 (5). Da flestparten av kvinnene i Nicaragua er inne på jevnlig kontroll i forbindelse med graviditet og fødsel, har sykepleier sannsynligvis mange muligheter til å kartlegge volden. Observasjoner i praksis tyder på at sykepleierne likevel unngår å stille direkte spørsmål ved mistanke, men heller snakker med kolleger i etterkant.

Det står beskrevet i lov 779 at helsearbeidere er pålagt å rapportere om familievold til politiet (6). Dessuten understreker informantene at de har retningslinjer som sier at sykepleier ved mistanke om partnervold må kartlegge situasjonen. Informantene forteller videre at de ikke kjenner ubehag rundt å kartlegge partnervold ved mistanke. Her spriker mine observasjoner mellom hva lovverket sier, og hva intervjuobjektene forteller. Det kan tenkes at sykepleierne har utfordringer med å avdekke alle formene for vold. En av utfordringene med å avdekke psykisk og seksuell vold, er trolig at denne volden sjelden vises på kroppen sammenlignet med fysisk vold. En annen årsak til at partnervold ikke avdekkes kan være at sykepleier selv bærer på fordommer og legger ansvar på kvinnen for voldsutøverens handlinger (10, s. 12). Fordommene kan fremstå som en utfordring i sykepleiers arbeid med å kartlegge situasjonen, og kan i verste fall medføre at kartlegging ikke gjennomføres.

Informant 2 forteller at utfordringer kan oppstå i tilfeller hvor mannen er med sin kvinnelige partner inn på helsestasjonen. Det kan i slike tilfeller bli vanskeligere for kvinnene å åpne seg. Det kan tenkes at sykepleier kjenner det ubehagelig å se mannen forlate rommet for å få kvinnen på tomannshånd- et ubehag som kan være en barriere mot å ta opp temaet i det hele tatt. Dersom sykepleier tar opp temaet, kan trolig situasjonen bli verre for kvinnen i etterkant, og det kan tenkes at sykepleier ønsker å skåne kvinnen heller enn å kartlegge volden. Videre kan frykt for stigma og latterliggjøring fra naboer og familiemedlemmer medføre at kvinner føler på skam og tier om partnervolden (1, 10). Observasjoner ga inntrykk av at kvinner ikke har mange andre å snakke med om partnerens handlinger, noe som trolig har sammenheng med at de ofte mangler familie- og samfunnsstøtte (1). Det kan ifølge informantene være lettere å fortelle sykepleiere om problemene

på grunn av uniformen de bærer og autoriteten som følger med. Det kan tenkes at det er enklere å fortelle om vold til en utenforstående sammenlignet med familie og venner. I mange tilfeller kan sykepleier trolig være den eneste med mulighet til å kartlegge partnervolden.

Informantene vektlegger tillit mellom pasient og sykepleier som en vesentlig faktor for å få kvinnene til å åpne seg. Betydningen av opparbeidelse av tillit underbygges av Laughon et al. (6). Ved å vise interesse og forståelse, kan sykepleier få pasienten til å føle seg respektert (11, s. 23) og dermed lettere åpne seg. Videre vil trolig sykepleiers arbeid med å gi kvinnene følelse av «empowerment» bidra til å styrke dem til å tørre å oppsøke helsetjenesten (6). Samtidig kan det tenkes at mangel på ressurser og økonomiske hindringer setter grenser for sykepleiers arbeid med å styrke kvinner til å ta kontroll over egen situasjon, da sistnevnte er noe som trolig må opparbeides over tid.

Tverrprofesjonell samhandling

Resultater fra intervju viser at kvinner utsatt for vold ofte henvises videre til andre profesjoner, og at sykepleier samarbeider godt med disse. Litteratur og forskning bekrefter pasientens behov for sammensatte tjenester der ulike yrkesgrupper samarbeider (6, 13, s. 80). Likevel viser observasjoner at voldsutsatte kvinner sjelden henvises videre til tross for at sykepleier får bekreftet at de var utsatt for partnervold. Det kan tenkes at mangel på kunnskap om de andre profesjonenes arbeidsoppgaver er med på å svekke samarbeidet (13, s. 81).

Dessuten påpeker intervjuobjekt 1 at det ofte tar for lang tid fra sykepleier henviser voldsutsatte kvinner videre, til noe mer blir gjort. Den lange behandlingstiden kan igjen føre til ny vold og forverre problemet i form av at kvinnen ikke lenger ønsker hjelp. Den lange ventetiden kan videre medføre at sykepleier ikke ser nytten av å henvise videre. I praksis kom dette til uttrykk ved at sykepleier som tidligere nevnt tok saken i egne hender og ringte den voldsutsattes ektemann, istedenfor å blande inn flere instanser. Funnene støttes av Laughon et al. som bekrefter forskjeller mellom hvordan systemet rundt partnervold bør fungere og hvordan det faktisk fungerer (6). Likevel kan det tenkes at systemet har gode retningslinjer rundt hvordan profesjoner skal samarbeide, men at de ikke klarer å gjennomføre disse i praksis. Dårlig kommunikasjon mellom profesjonene kan også tenkes å bidra til å svekke samarbeidet.

Resultater fra intervju og observasjon viser at samarbeidet mellom profesjonene fungerer godt under samtalegruppene som arrangeres for å informere om partnervold. Det kan tenkes at kvinnene ved hjelp av samtalegrupper får snakke

med ulike profesjoner som kan ha andre innfallsvinkler til problemet enn sykepleier alene. Samtidig beskriver intervjuobjektene at det ikke finnes nok hjelpetilbud til alle. Kvaliteten på samarbeidet mellom instansene kan trolig forbedres ved at sykepleier får innsikt i de andre profesjonenes arbeidsoppgaver og omvendt gjennom veiledningsgrupper (13, s. 81).

Forebyggende helsearbeid

Studiens resultat viser at det gjøres forebyggende arbeid mot partnervold i form av arrangerte samtalegrupper samt at det utarbeides plakater og brosjyrer med informasjon om de forskjellige typene vold og kvinners rettigheter. Laughon et al. underbygger betydningen av sykepleiers forebyggende arbeid og undervisning omhandlende voldsutsatte kvinner (6). Selv om Nicaragua har et lovverk som fremhever kvinners rettigheter, trekkes det fram mangel på kunnskap blant nicaraguanske kvinner rundt disse grunnleggende menneskerettighetene (6). Det kan tenkes at uvitenhet hindrer kvinner i å søke hjelp og dermed hindrer sykepleier i å kartlegge volden. Funnene samsvarer med det informant 2 forteller om at ikke alle kvinner er klar over egne rettigheter og forskjellen på de ulike typene vold. Trolig kan plakater og brosjyrer med informasjon om disse rettighetene hjelpe kvinner til å forstå innholdet i nicaraguanske lover og retningslinjer. Det kan videre tenkes at opparbeidelse av kunnskap og bevisstgjøring om de ulike typene vold bidrar til at kvinner oppsøker helsetjenesten, og partnervold kan dermed kartlegges og forebygges.

Studiens funn viser at det også gjøres forebyggende arbeid via TV og radio. Arbeidet kan tenkes å ha effekt da dette er plattformer som trolig når ut til mange samtidig. Ikke alle gravide oppsøker helsehjelp og noen føder hjemme. Det kan tenkes at oppfordringer via TV og radio om å oppsøke hjelp for å komme ut av voldelige forhold, når ut til de som ikke er i kontakt med helsevesenet på andre måter og mulig bidra til å ufarliggjøre temaet. Likevel kan det være utfordrende for disse kvinnene å ta steget mot å oppsøke videre hjelp. Trolig har sykepleier alene en viktig rolle i kartleggingsarbeidet da det er de som ofte kommer i kontakt med kvinnene på tomannshånd (4) og kan skape en dialog rundt temaet.

Kulturelle utfordringer

Resultatene viser at informantene finner det vanskelig å få kvinnene til å åpne seg rundt partnervold og at dette har sammenheng med kulturelle utfordringer. Funnene underbygges av tidligere forskning og litteratur (1, 6, 9-10). Ellsberg et al. beskrev i 2000 at «machismo» overdriver forskjellene mellom menn og kvinner

og var en utløsende årsak til partnervold. Studien pekte på mannens behov for kontroll over kvinnen og ekstrem sjalusi som kjennetegn på voldelige forhold (1). Informant 2 beskriver at «machismo» fortsatt preger den nicaraguanske kulturen, der kvinner lever i frykt for hva mannen vil gjøre om de oppsøker hjelp. Det kan samtidig tenkes at stress og sosial rivalisering mellom menn kan utløse volden (9). Ettersom mange kvinner i Nicaragua er økonomisk avhengige av partneren (10), kan trolig fattigdom være en stressfaktor hos mange kvinner i voldelige parforhold. Om kvinnen velger å forlate partneren, kan hun miste sin økonomiske stabilitet for seg selv og eventuelle barn. Det kan derfor tenkes at kvinnene frykter hva som skjer om de forlater mannen og dermed ikke vil åpne seg overfor sykepleier.

Samtidig ble det observert at de kreolske kvinnene oftere sto opp for sine rettigheter og ikke lot seg kontrollere eller undertrykke av mannen. Funnene samsvarer med informantenes oppfatning av kreolene som mer åpne. Sammenlignet med de innfødte og mestisene, som fremstår mer private rundt partnervold, noe som bekreftes av Sudduth et al. (10). Grunnen til at innfødte oppleves som mer innesluttet kan være fordi disse lever mer skjermet fra resten av samfunnet og muligens ikke har like stor tilgang til informasjon om partnervold. Samme kilde peker i tillegg på at mange innfødte har en oppfatning av vold som straff for å være en dårlig kone (10) noe som kan hindre dem i å fortelle om partnervolden, og dermed hindre sykepleiers kartlegging. Det kan videre tenkes at disse kvinnene ikke inkluderes i like stor grad i det forebyggende arbeidet som sykepleier i samarbeid med andre profesjoner utfører, og dermed ikke er klar over egne rettigheter.

På en annen side kan to personer med samme kulturelle bakgrunn handle og tenke ulikt siden samme kultur kan tolkes forskjellig (8, s. 57). Siden studien er gjennomført over en kort periode kan det være bastant å konkludere med at innfødte og mestiser generelt er mer innesluttet når det gjelder partnervold sammenlignet med de kreolske. Samtidig kan det ut ifra mine funn tenkes at det finnes kulturforskjeller som gjør det vanskeligere for innfødte kvinner å stå fram om partnervold.

Studiens styrker og begrensninger

I møte med nye kulturer kan det være utfordrende å legge fra seg fordommer og respektere andres verdier og virkelighetsoppfatninger. Spesielt krevende kan det være når sykepleier kommer med uttalelser, eller tar valg som strider imot egne etiske verdier. Samtidig er det en del av den kvalitative studien å observere og dokumentere det man ser, på godt og vondt. Det ble underveis i datainnsamlingen lagt vekt på å opptre respektfullt og vise åpenhet for andre

virkelighetsoppfatninger. Denne holdningen kan trolig ha fått informantene til å lettere åpne seg og gjør resultatene mer troverdige.

Det kan sees på som en svakhet at datainnsamlingen kun baseres på to intervjuobjekt, og ikke tre. Samtidig er det ikke sikkert et tredje intervju hadde fått frem flere synspunkt, da informantene kom med mye av den samme informasjonen i de gjennomførte intervjuene. Spørsmålene i intervjuguiden ga rom for utfyllende svar og opplevdes mer som en støtte underveis i samtalen, enn noe som slavisk måtte følges. Likevel kunne spørsmål trolig misforstås, og det kan tenkes at språkbarrierer har påvirket innholdet i datainnsamlingen. Samtidig ble det gjort forsøk på å være tydelig og ved oppfatning av misforståelser ble spørsmål omformulert. Under det spansktalende intervjuet, ble tolken oppfattet som en styrke. Sistnevnte kunne formulere spørsmålene slik at intervjuobjektet forstod bedre og kunne svare på sitt morsmål. Likevel kan trolig informasjon ha blitt endret i oversettelsesprosessen.

Studien styrkes trolig av at den i tillegg består av egne observasjoner. Intervju og observasjon kan da sees opp mot hverandre for å fremme sammenheng og helhet (19, s. 53). Selv om observasjon som metode kan før til at de som observeres ikke utfører arbeidet som de ellers ville gjort (19, s. 230), var inntrykket at de observerte gjorde arbeidsoppgavene som de pleide, uavhengig av observatør. At både observasjon og intervju inkluderes kan trolig gi et mer nyansert bilde av problemstillingen. Da informantene og observasjoner til tider motsier hverandre, vises et tosidig bilde. Motsetningene bidrar trolig til at metoden gir troverdig kunnskap og styrker validiteten og reliabiliteten av studien.

Inkluderingen av Ellsberg et al. sin artikkel fra 2000 kan sees på som en svakhet, da situasjonen kan ha endret seg mye de siste årene. Samtidig er noen av artikkelens funn svært aktuelle for min problemstilling, blant annet beskrivelsen av den nicaraguanske machokulturen, som fortsatt er aktuell i dag ifølge mine resultater. Dessuten er artikkelen trolig anerkjent, da den refereres til i flere av oppgavens inkluderte studier.

En styrke ved studien kan være at resultatene belyser aktuelle utfordringer for sykepleiere som sannsynligvis kan være relevante, også utenfor Nicaragua. Funnene kan være aktuelle også i Norge der utfordringer knyttet til partnervold viser seg å eksistere (14). Studien kan trolig bevisstgjøre sykepleiere om eventuelle utfordringer i arbeidet med å kartlegge partnervold i framtidige pasientmøter.

5.0 Konklusjon

Studien har satt søkelys på barrierer som hindrer sykepleier i å kartlegge partnervold i en nicaraguanske kontekst. Det kan trekkes paralleller til flere land med tanke på studiens funn, da partnervold utgjør et omfattende samfunnsproblem over hele verden (1). Studien viser at nicaraguanske sykepleiere har verdier og holdninger som viser et ønske om å hjelpe kvinner utsatt for partnervold. Til tross for aktive tiltak, kan det likevel konkluderes med at mange tilfeller av partnervold ikke kartlegges. Misforståelser i samarbeidet mellom de ulike profesjonene, lang behandlingstid, samt mangel på kunnskap rundt egne rettigheter, hindrer kvinner i å oppsøke hjelp, og dermed sykepleiers kartleggingsarbeid. Spesielt den nicaraguanske machokulturen sees på som en utfordring. Funnene viser at kvinner føler på skam og når det gjelder å fortelle om partnervold, og avdekker forskjeller mellom de etniske gruppene i relasjon til graden av åpenhet rundt temaet. Det kan derfor tenkes at deler av befolkningen har behov for en holdningsendring rundt partnervold. Holdningsendringen bør trolig inkludere nicaraguanske sykepleiere, som ut ifra studiens observasjoner unngår å kartlegge partnervold til tross for mistanke. Observasjonene samsvarer ikke med uttalelser fra studiens informanter som hevder at de kartlegger partnervold i stor grad -en motsigelse det hadde vært interessant å se nærmere på.

Referanseliste

1. Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Soc.Sci.Med.* 2000;51(11):1595-1610. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00056-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00056-3)
2. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women [internet]. Geneva: WHO; 2013 [hentet 30. april 2020]. Tilgjengelig fra: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1
3. Pan American Health Organization. Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A Comparative Analysis of Population-Based Data from 12 Countries Washington DC [internet]. Washington DC: PAHO; 2012 [hentet 25. April 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Violence1.24-WEB-25-febrero-2014.pdf>
4. Falb KL, Diaz-Olavarrieta C, Campos PA, Valades J, Cardenas R, Carino G, Gupta J. Evaluating a health care provider delivered intervention to reduce intimate partner violence and mitigate associated health risks: study protocol for a randomized controlled trial in Mexico City. *BMC Public Health.* 2014;14(772). 10.1186/1471-2458-14-772
5. Salazar M, Höberg U, Valadares E, Persson LA. Intimate partner violence and early child growth: a community-based cohort study in Nicaragua. *BMC Pediatr.* 2012;12(82). 10.1186/1471-2431-12-82
6. Laughon K, Mitchell E, Price J. Provider Perspectives on Intimate Partner Violence in Bluefields, Nicaragua. *Issues Ment. Health Nurs.* 2017;38(10):852-857. 10.1080/01612840.2017.1346011
7. Kapoor N. Retten til et liv uten vold: menns vold mot kvinner i nære relasjoner: utredning avgitt fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 29. august 2001: avgitt til Justis- og politidepartementet 4. desember 2003. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning; 2003 [hentet 21. april 2020] Tilgjengelig fra: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2009073101043
8. Magelssen R. Kultursensitivitet: om å finne likhetene og forskjellene. 2. utg. Oslo: Akribe; 2008 [hentet 20. april 2020] Tilgjengelig fra: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013071806191

9. Bruunk AP, Massar K. Intimate Partner Violence in Nicaragua: The Role of Possessive Jealousy, Intrasexual Competitiveness, Life History, Mate Value, and Stress. *J. Interpers. Violence*. 2019;886260519842854. 10.1177/0886260519842854

10. Sudduth C, D'Amico M. Law 779: Addressing Violence against Women in Nicaragua. *The Arkansas journal of social change and public service*; 16. februar 2014 [hentet 30. april 2020]. Tilgjengelig fra: <https://ualr.edu/socialchange/2014/02/16/law-779-addressing-violence-against-women-in-nicaragua/>

11. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E, Grimsbø GH. Grunnleggende sykepleie. Sykepleie -fag og funksjon. 3 utgave. Bind 3. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2016.

12. World Health Organization. Health Promotion Glossary [internet]. Geneva: WHO; 1998 [hentet 13. mai 2020]. Tilgjengelig fra: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf;jsessionid=36427F09E87B3C5406C9DF5DA34504A0?sequence=1

13. Tveiten S. Veiledning- Mer enn ord. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2019 [hentet 29. april 2020]. Tilgjengelig fra: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2019062548500

14. Thoresen S, Hjemdal OK. Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2014 [hentet 13. mai 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold_og_voldtekt_i_norge.pdf

15. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women [internet]. WHO; 2012 [hentet 20. april 2020]. Tilgjengelig fra: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf;jsessionid=1FAEBD88A1537DF2FA6079889C285C56?sequence=1

16. World Health Organization. Definition and typology of violence [internet]. WHO; [hentet 27. april 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>

17. Kjelland. 6.1 Definisjon av utredning [internett]. Helsebiblioteket; 19. desember 2011 [hentet 15. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/6-utredning/6.1-definisjon-av-utredning>

18.Helsebiblioteket. Kvalitativ metode [internett]. Helsebiblioteket; 7 juni 2016 [hentet 19. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>

19.Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 6. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2017.

20.Vitenskapelig publisering [internett]. Bergen: Norsk senter for forskningsdata; 2020 [hentet 15. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/pub/hjelp.jsp>

21.Siverts H. Store norske leksikon [internett]. Bergen: snl.no; 2019. mestis; [hentet 20. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/mestis>

22.Siverts H. Store norske leksikon [internett]. Bergen: snl.no; 2018. kreol; [hentet 20. mai 2020]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/kreol>

Vedlegg nr. 1

Samtykkeskjema

Consent form as an interview object to bachelor thesis in nursing

We are a group of third year nursing students from the Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim, that are writing a bachelor thesis about a topic of our choosing during our practice in Nicaragua. We are interviewing several nurses that are working in the healthcare system.

Institution

NTNU, Trondheim, Norway.

Purpose of the project

The purpose of this project is to gain information on the topics chosen by the student. The information received from this interview will be used in the bachelor dissertations. Norwegian Institute of Science and Technology is responsible for the research project.

Methods

The method that will be used is an interview. If you do not feel comfortable answering one or several of the questions you can inform the interviewer and they will move on to the next question.

Confidentiality

Only the students in this group and our supervisors will have access to the data that are being collected from the interview. Any given data will remain anonymous. This will be done by changing names and disguise data to where it is not recognizable. If specific patients are mentioned or discussed their anonymity will also be remained and not recognizable.

The data will be deleted when the study ends 04.06.20.

Permission

The participation to this project is voluntary, and you can at any time during the study withdraw your participation without giving any reason. The study ends 04.06.2020. You must inform the students about your withdrawal on email.

Contact information

Student 1	Student 4
Student 2	Student 5
Student 3	Student 6

Supervisor

Researcher (student)

Consent form

I have received and understood the information about the project and got the opportunity to ask questions.

I consent to participate in the interview and that my information can be used until the project is finished 04.06.2020.

(Participant, date)

Vedlegg nr. 2

Intervjuguide

1. Is partner violence against women something that you often experience in Nicaragua and do you feel that this constitute as a big challenge here?
2. Do you think that there are any specific groups of women in Nicaragua that are more vulnerable to partner violence than other groups?
3. On which platform do you as a nurse often meet women who has experienced partner violence? -When their pregnant, at the hospital, healthcenter, visit at home?
4. Do you think that the system around partner violence is working in Nicaragua, or is there anything that doesn't work in your opinion?
5. Do you think nurses feel uncomfortable asking women about violence and then refuses to ask even if they suspect a woman have been exposed to it?
6. Do you feel that women are open towards nurses if they have experienced violence from their partner?
7. Is there any specific routine: questions you usually ask or signs you look for if you suspect that a woman have experienced violence?
8. What type of treatment do the system offer the women that have experienced partner violence?
9. Do you feel that there is a good cooperation between nurses and other professions and help organisation when it comes to taking care of women who experience partner violence?
10. You live in a small society; do you think that makes it harder for women to stand forward about the partner violence and ask for help? Does it make it more difficult that people know about each other in such a small society?
11. Is there any actions nurses do in their daily work to prevent partner violence against women, and do you feel that the preventing work has a positive effect on the society?
12. Do you think things have changed over the years when it comes to partner

violence against women? Are people more open about it now? Is it more/less violence now than before?

Vedlegg nr. 3

Informasjonsskriv

Date: 15.05.2020

Faculty of Medicine and Health Sciences Department of Public Health and Nursing

To foreign collaborators

Nursing undergraduate students – projects and data collection as a final exam The Faculty of Medicine and Health Sciences, Department of Public Health and Nursing, NTNU, educates around 250 undergraduate nurses each year. In relation to the bachelor thesis, students can participate in a pedagogic research project. This project is a part of the bachelor nursing program at our university, NTNU.

The students use different methods to collect data (interview, observation, questionnaires) and explore their research questions. The project and data collection is supervised by nursing teachers. As specified above, the data are anonymous, and collected from voluntary participants, e.g. from nurses. The students are not allowed to collect personal data, data on humans, human biological material, personal health information (about health and diseases), or data collected through direct contact with patients.

The data is not possible to track to a specific nurse or healthy voluntary person. The persons invited to participate in the students' project receive oral and written information about the purpose of the study, and their right to withdraw without having to give any reason for their withdrawal. The students formulate a research question, they attend theoretical lectures on research ethics, sampling, data collection and data analysis at bachelor level. Finally, the students give oral project presentations and submit their final nursing bachelor exam as a thesis (4500-4950 words). This project is part of their final exam and initially the intention is not to publish their thesis.

Please feel free to contact us if you have any questions.

Kind regards, Solveig Kirsti Grudt

Faculty of Medicine and Health Sciences, Department of Public Health and Nursing, Center for Health Promotion Research Norwegian University of Science and Technology (NTNU) Pb 8905 7491 Trondheim, Norway Office: 73412153