

Kandidatnummer: 10111

Hva bør sykepleier på sengepost vektlegge i møte med kvinner som har gjennomgått seksuelle overgrep?

Litteraturbachelor
Antall ord: 7687

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

Kandidatnummer: 10111

Hva bør sykepleier på sengepost vektlegge i møte med kvinner som har gjennomgått seksuelle overgrep?

Litteraturbachelor

Antall ord: 7687

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Seksuell vold utgjør et offentlig globalt helseproblem og bryter med menneskerettighetene. Nærmere en tredjedel av kvinner på verdensbasis opplever seksuell vold, noe som tydeliggjør viktigheten av at sykepleiere er forberedt på å møte disse kvinnene i ulike deler av sin yrkespraksis. Gjennom sykepleieutdanningen er det lite fokus på seksuelle overgrep noe som ytterligere aktualiserer viktigheten av kunnskap om temaet.

Hensikt: Belyse hvilke elementer i det mellommenneskelige møtet som kan være ressurser i møte med kvinner som har gjennomgått seksuelle overgrep. Målet med sykepleien er at pasienten skal få en god opplevelse av å bli sett, møtt, forstått og ivaretatt på mest mulig måte.

Metode: Et systematisk litteraturstudium gjennomført mellom april 2022 og juni 2022 basert på åtte forskningsartikler.

Resultat: Resultatene viste at forekomsten av seksuelle overgrep mot kvinner er høy og at risikoen for utvikling av psykiske lidelser etter overgrepet er stor. Sykepleien bør derfor bygge på autonomi samt mellommenneskelige ferdigheter og metoder som bidrar til å skape et trygt terapeutisk rom. Viktigheten av kunnskap om akutt sykepleie og traumebevisst omsorg aktualiseres i deler av forskningen.

Konklusjon: Sykepleierens største ressurs i møte med pasienten er evnen til å bruke seg selv terapeutisk og gjennom denne evnen etablere et godt terapeutisk forhold og motivere til mestring. Gjennom kunnskap og bevissthet rundt traumebevisst omsorg, personorientert kommunikasjon og empati kan sykepleieren etablere et godt terapeutisk forhold. Sykepleien er individuell og bør derfor bygge på autonomi samt mellommenneskelige ferdigheter og metoder.

Nøkkelord: Seksuelle overgrep, kvinner, sykepleie, mellommenneskelig forhold

Abstract

Background: Sexual violence against women is a major human rights violation and is considered a global public health issue. Approximately a third of all women on a global basis experience sexual violence, something which illustrates the importance of nursing expertise. Throughout the nursing education the topic of sexual abuse is however hardly discussed and more focus on knowledge in this area is therefore needed.

Aim: Highlight elements in the interpersonal relationship which can be considered resources when working with women who have experienced sexual assault. The nursing aim is to attend to the woman's needs so she feels seen, understood and taken care of.

Method: A systematic literature study conducted in the period of between April - June 2022 based on eight research articles.

Results: The results shows a high prevalence of sexual abuse towards women and that the risk of developing mental health issues is just as high. The nursing practice should be founded on autonomy and interpersonal skills which can help create a safe therapeutic space for the patient. The importance of emergency nursing care is discussed in parts of the findings.

Conclusion: The ability to use oneself therapeutic is the nurses greatest resource when working with women who have experienced sexual assault, and it is throughout this ability the nurse can establish a therapeutic relationship and motivate to coping. This can be gained by knowledge and awareness about Trauma-Informed Care and Practice, people-orientated communication and empathy. Nursing practice should be based on autonomy as well as interpersonal skills and methods and is shaped by individual needs.

Keywords: Sexual abuse, women, nursing, interpersonal relationship

Innhold

1.	Innledning.....	6
1.1.	Innledning til tema og bakgrunnskunnskap.....	6
1.2.	Teori.....	7
1.2.1.	Vold mot kvinner: Definisjoner og helsekonsekvenser.....	7
1.2.1.1.	Definisjoner.....	7
1.2.1.2.	Helsekonsekvenser.....	7
1.2.2.	Stress og mestring.....	8
1.2.3.	Kommunikasjon.....	9
1.2.4.	Å bruke seg selv terapeutisk.....	9
1.2.5.	Omsorg i sykepleie.....	10
1.2.6.	Om sykepleie som profesjon.....	10
1.3.	Formål, problemstilling og avgrensning.....	12
2.	Metode.....	13
2.1.	Beskrivelse av metode.....	13
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	13
2.3.	Søkestrategi.....	14
2.3.1.	Søketabell.....	15
2.4.	Analyse.....	18
2.5.	Vurdering av artikler.....	19
3.	Resultater.....	20
3.1.	Artikkelmatrise.....	20
3.2.	Sammenfattet resultat av forskningen.....	26
3.2.1.	Forekomst og konsekvenser etter seksuelle overgrep.....	26
3.2.2.	Psykososiale intervensjoner og metoder.....	26
3.2.3.	Det mellommenneskelige forholdet i sykepleien.....	27
3.2.4.	Akuttsykepleie.....	28
4.	Diskusjon.....	29
4.1.	Konsekvenser etter seksuelle overgrep og betydningen for sykepleie.....	29
4.2.	Psykososiale intervensjoner og metoder.....	31
4.3.	Det mellommenneskelige forholdet i sykepleien.....	32
4.4.	Viktigheten av kunnskap om akuttsykepleie på sengepost.....	33
4.5.	Metoderefleksjon.....	34
4.6.	Konklusjon.....	35
	Referanser.....	36

Tabeller

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
Tabell 2: Søketabell	15
Tabell 3: Sammenligning av temaer	18
Tabell 4: Artikkelmatrise	20
Tabell 5: Grad av tilfredshet med sykepleie (Du Mont, 2014)	27
Tabell 6: Grad av tilfredshet med sykepleie (Lechner et al., 2021)	28

1. Innledning

1.1. Innledning til tema og bakgrunnskunnskap

I De forente nasjoners (FN) verdenserklæring for menneskerettigheter fra 1948 heter det i artikkel 1 at «alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter [...]» (FN, 1948). Alle landene som har sluttet seg til FN har erkjent verdenserklæringen, noe som betyr at de bekrefter sin tro på menneskeverd, frihet, rettferdighet og likhet. Artikkel 22 i verdenserklæringen sier at «enhver har som medlem av samfunnet rett til sosial trygghet [...]» (FN, 1948). Seksuell vold mot kvinner er en kjent problematikk på verdensbasis og utgjør nå et offentlig helseproblem som bryter med menneskerettighetene (WHO, 2018).

I artikkel 2 i verdenserklæringen erklæres det at ethvert menneske skal behandles som likeverdige mennesker uavhengig av blant annet «rase, farge, kjønn, språk og religion [...]» (FN, 1948). Dette er en grunnleggende rettighet og et prinsipp samfunnet rundt oss rettes etter. Videre sier artikkel 25.2 at «enhver har rett til [...] helseomsorg» (FN, 1948). Helseomsorg i denne sammenhengen er tilgang til helsetjenestene i landet vi bor i og rett til lik behandling uavhengig av kjønn, sosial- og økonomisk status. Rett til helseomsorg omfatter også rett til individuell behandling tilpasset dine behov enten om det er somatisk eller psykisk.

I den første store systematiske undersøkelsesartikkelen om vold mot kvinner utført av Verdens helseorganisasjon (WHO) fastslås det av omtrent en tredjedel av kvinner på verdensbasis har opplevd seksuell vold (WHO, 2013). Globale tall fra 2018 estimerer at opp mot 852 millioner kvinner fra 15 år og oppover på verdensbasis har opplevd partnervold og/eller seksuell vold fra en annen enn partner (WHO, 2018). Denne statistikken tydeliggjør at sykepleiere må være forberedt på å møte disse kvinnene i ulike deler av sin yrkespraksis. Sykepleieren bør derfor ha kunnskap om hvilken tilnærming som er best.

Seksuell vold mot kvinner bryter med kvinnens rett til trygghet og innskrenker hennes opplevde menneskeverd og rett til selvbestemmelse over egen kropp og eget liv. Når kvinnen frarøves disse verdiene mot sin vilje kan konsekvensene bli omfattende. Kvinnens rett til frihet og trygghet blir dermed effektivt nøytralisert. Som sykepleier vil man befinne seg i flere situasjoner der kunnskap om seksuelle overgrep vil være relevant, særlig fordi sykepleiere er en viktig del av helsevesenets førstelinje. Gjennom sykepleierutdanningen er det lite fokus på seksuelle overgrep. Egne praksiserfaringer har vist at tematikken er sårbar og at flere sykepleiere kvier seg for å innlede slike samtaler med pasientene. Dette aktualiserer ytterligere viktigheten av kunnskap om tematikken og betydningen dette har for sykepleiepraksis. Temaet i denne oppgaven er derfor seksuelle overgrep mot kvinner og hva sykepleieren bør vektlegge i møte med kvinner som har gjennomgått seksuelle overgrep.

1.2. Teori

1.2.1. Vold mot kvinner: Definisjoner og helsekonsekvenser

1.2.1.1. Definisjoner

For å forstå begrepet seksuelle overgrep er det viktig å ha en forståelse av voldsbegrepet som et overordnet fenomen. Folkehelseinstituttet (FHI) deler voldsbegrepet inn etter voldstype og etter relasjonen den forekommer i (FHI, 2019). FHI (2019) beskriver de viktigste voldstypene som fysisk vold, seksuelle overgrep, psykisk vold og omsorgssvikt. Hjemdal (2014) trekker også inn vold i nære relasjoner som en egen kategori. Her deles begrepet inn episodisk partnervold og intimterrorisme.

Vold mot kvinner defineres av FN som «Enhver handling som resulterer i eller sannsynliggjør fysisk, seksuell eller psykisk skade mot kvinner, inkludert trusler om slike handlinger, tvang eller vilkårlig frihetsberøvelse, enten den oppstår offentlig eller i privatlivet» (UN, 1993, fritt oversatt). Tall fra Statistisk sentralbyrås (SSB) kriminalstatistikk over anmeldte lovbrudd og ofre viser at 4425 kvinner ble utsatt for seksuallovbrudd i 2020 (Statistisk sentralbyrå, 2021).

I litteraturen blir begrepene seksuell vold og seksuelle overgrep brukt om hverandre. Bakgrunnen for dette er at flere av definisjonene i ulike kilder er relativt like hverandre, men brukes med ulik betegnelse. Med unntak av der forfatteren selv har brukt begrepet seksuell vold har jeg i oppgaven valgt å ta utgangspunkt i WHO sin definisjon av seksuelle overgrep: «Enhver seksuell handling, forsøk på å oppnå en seksuell handling eller annen handling rettet mot en persons seksualitet ved bruk av tvang, av enhver person uavhengig av deres forhold til offeret» (WHO, 2021, fritt oversatt). Definisjonen inkluderer seksualforbrytelser slik den er definert i Straffelovens kapittel 26 (strl, 2005). De to vanligste formene for vold mot kvinner er partnervold og seksuell vold fra en annen enn partner, og oppgaven inkluderer derfor disse begrepene som en del av betegnelsen seksuelle overgrep (WHO, 2018).

1.2.1.2. Helsekonsekvenser

Vold kan gi både fysiske og psykiske skader i varierende grad (Sørbø, 2014, s. 215). De vanligste psykiske reaksjonene etter seksuelle overgrep er angst, depresjon, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), selvskading, selvmordstanker og selvmordsforsøk. Kvinner som utsettes for partnervold har dobbelt så stor sannsynlighet for å utvikle angst og/eller depresjon sammenlignet med kvinner som ikke utsettes for partnervold.

Ved eksponering for seksuell vold kan kvinnen oppleve både akutte og kroniske helseskader (Sørbø, 2014, s. 220). Akutte skader kan for eksempel være benbrudd, mens kroniske skader kan være smerter, underlivsplager, hjerte- og karsykdommer, fedme og metabolsk syndrom, autoimmune sykdommer, irritabel tarmsyndrom (IBS), økt risikoatferd, rus og økt bruk av helsevesenet. Kvinnens opplevelse av overgrepet kan påvirke langtidskonsekvensene etter overgrepet (Sørbø, 2014, s. 221). Alvorlighetsgraden av overgrepet kan også ha betydning for skadeomfanget i underlivet. Selv om det ikke er skader i underlivet etter voldtekt er ikke det ensbetydende med at overgrepet ikke har skjedd.

1.2.2. Stress og mestring

Stress defineres som vår subjektive opplevelse av fysiologiske og psykologiske reaksjoner i møte med belastende situasjoner (Kristoffersen, 2016a, s. 238). Hva som oppleves som stressende og belastende er individuelt og avhenger av flere faktorer. Dette innebærer predisposisjonelle faktorer, slik som genetikk og fysiologisk betingning, samt sosialisering og læring.

Situasjoner der en eller flere faktorer er direkte tilknyttet typen påkjenning kalles spesifikke stressreaksjoner (Kristoffersen, 2016a, s. 241). Her nevnes både fysiologiske og psykologiske stressreaksjoner, der sistnevnte er betinget til sosial læring og egne erfaringer. Dette gjenspeiles i Lazarus sin teori om stress og mestring som bygger på en kognitiv fenomenologisk og transaksjonell forståelse av situasjonen personen befinner seg i (Kristoffersen, 2016a, s. 247). Med dette menes at stress er et forhold mellom personen og omgivelsene og at individets oppfatning av situasjonen overskrider individets egne ressurser (Kristoffersen, 2016a, s. 247). Situasjonen mennesket befinner seg i er med andre ord stressende når man selv har en subjektiv oppfattelse av at den er det.

Eide og Eide (2017, s. 50) skriver at mestring innebærer å forholde seg til negative følelser slik som angst, sorg, skam og depresjon. Farstad (2016, s. 301) beskriver viktigheten av at sykepleieren skaper et godt terapeutisk rom gjennom forventningsavklaringer, noe som kan være med å redusere skamfølelsen og motivere til mestring. Videre skriver Eide og Eide (2017, s. 83) at sykepleieren må være bevisst det å anerkjenne den andres behov for kontroll samt respektere grensene for den andres mestringsfølelse.

For å gjøre dette må sykepleieren ha kunnskap om hvilke faktorer som innvirker på pasientens evne til mestring (Kristoffersen, 2016a, s. 253). Lazarus mener at pasientens reaksjon på en belastende situasjonen alltid er forståelig hvis man tar vedkommendes kognitive vurdering av situasjonen i betraktning (Kristoffersen, 2016a, s. 253). Sykepleierens oppgave er å identifisere hvilke faktorer som har betydning for pasientens egen vurdering og sette inn tiltak for å bevirke dette. Dette kan for eksempel være pasientens kunnskap om egen situasjon, fantasier og falske inntrykk av behandlingen, erfaring, religion og livssyn, kultur og situasjonens alvor (Kristoffersen, 2016a, s. 254). Ved å identifisere disse faktorene hos pasienten kan sykepleieren lettere påvirke personens kognitive vurdering og dermed fremme mestring.

1.2.3. Kommunikasjon

I pasientnært arbeid er personorientert kommunikasjon essensielt for å kunne forstå hva som er viktig for pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 16). Nøkkelferdigheter i personorientert kommunikasjon knyttes opp mot å være en aktiv lytter og gjennom aktiv forståelse og tilstedeværelse prøve å se hva som er viktig for pasienten. Verbale og nonverbale ferdigheter er en sentral del av dette.

Nonverbale ferdigheter kan forklares som et responderende språk som forteller noe om relasjonen mellom to parter (Eide & Eide, 2017, s. 136). Disse ferdighetene innebærer særlig øyekontakt, åpen kroppsholdning, være henvendt mot den du snakker med, bekreftende kommunikasjon (verbalt og nonverbalt), være avslappet, la ansiktet uttrykke ro, berøring, stillhet og håndbevegelser.

Verbale ferdigheter innebærer det å stille spørsmål, sammenfatte det pasienten har sagt, speile følelser, bruke pauser, oppmuntre og parafrasere (Eide & Eide, 2017, s. 119). Utforskende ferdigheter kombinerer ulike ferdigheter for best å kunne hente den informasjonen man trenger gjennom bruk av særlig åpne og lukkede spørsmål. Videre nevnes viktigheten av kongurens, et begrep som innebærer at det verbale og det nonverbale samsvarer og at det ikke oppleves konflikt eller avstand mellom de to (Eide & Eide, 2017, s. 137).

1.2.4. Å bruke seg selv terapeutisk

Joyce Travelbee var en amerikansk sykepleieteoretiker med fokus på utvikling av relasjon mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 2001, s. 5). I definisjonen av hva sykepleie er beskriver Travelbee sykepleie som «en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, s. 29).

Sykepleie beskrives som en mellommenneskelig prosess fordi det direkte eller indirekte dreier seg om mennesker (Travelbee, 2001, s. 29-30). Den grunnleggende tanken bak dette er at både pasienten og sykepleieren erkjenner hverandre som mennesker og forholder seg til hverandre i lys av dette. Fremveksten av menneske-til-menneske forholdet skjer ifølge Travelbee (2001, s. 211) gjennom fire faser. Disse fasene er det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og til slutt sympati og medfølelse.

Om begrepet å «bruke seg selv terapeutisk» skriver Travelbee (2001, s. 44) at sykepleieren må ha reflekterte tanker rundt hva det vil si å være menneske og hvordan menneskenaturen påvirker oppfatningen av både seg selv og andre. Forståelsen av hvordan dette påvirker evnen til å etablere terapeutiske tilknytninger kan på mange måter anses som essensen i Travelbees teori om å bruke seg selv terapeutisk. I en videre konkretisering av begrepet skriver Travelbee (2001, s. 45) at denne evnen blant annet fordrer selvforståelse, evnen til å tolke atferd samt det å ha innsikt i de grunnleggende drivkreftene bak menneskelig atferd. Personlighet og egne livserfaringer er en sentral del i dette. Ved å besitte disse evnene kan sykepleieren overføre den relasjonelle kunnskapen som erfares til en sykepleiefaglig kontekst der man effektivt kan intervensere i sykepleiesituasjoner.

Sykepleieren må være bevisst at holdninger og refleksjoner rundt sykdom, lidelse og død vil påvirke sykepleien som utøves, noe som igjen vil være avgjørende for i hvilken grad

man klarer å hjelpe pasienten til bedre å akseptere og forstå sin egen situasjon (Travelbee, 2001, s. 22). Kun ved bevisstgjøring og økende grad av selvinnsett vil sykepleieren kunne identifisere sitt automatiske handlingsmønster og bryte med stereotypiske reaksjoner og fordommer.

Videre poengterer Travelbee (2001, s. 42) viktigheten av å anvende en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til pasientens problemer. Å bruke seg selv terapeutisk må ikke stå alene i sykepleierens yrkesutøvelse, men må kombineres med en intellektuell tilnærming. Travelbee belyser disse to aspektene som en syntese og ikke som to kontraster. Den intellektuelle tilnæringsmåten er like viktig som sykepleierens forståelse og tolkning av mennesket, livet og sykdom hvor begge deler bør være like tungtveiende i sykepleierens arbeid. Denne syntesen beskrives best når Travelbee skriver at «følelsene blir ledet, men ikke undertrykt, av intellektet» (Travelbee, 2001, s. 45).

1.2.5.Omsorg i sykepleie

Kari Martinsen er en norsk sykepleieteoretiker med omsorg som sin hovedfilosofi (Kristoffersen, 2016b, s. 53). Sykepleie er for Martinsen en yrkesmessig omsorg som er fenomenologisk forankret. Sykepleierens primære fokus bør ifølge Martinsen være å lindre lidelse og fremme pasientens opplevelse av velvære og verdighet (Kristoffersen, 2016b, s. 58). Konkrete pasientmål er derfor rettet mot det pasienten selv opplever som god helse.

Martinsens menneskesyn bygger på en verdioppfatning der det fundamentale utgangspunktet er relasjonen mellom mennesker (Kristoffersen, 2016b, s. 55). Mennesker er umiskjennelig knyttet til hverandre, noe som kommer til syne i sykepleiesituasjoner. Martinsen skiller mellom to typer omsorgsarbeid som hun kaller «balansert gjensidighet» og «uegennyttig gjensidighet» (Kristoffersen, 2016b, s. 57). Et forhold preget av balansert gjensidighet kjennetegnes av at begge parter mottar omsorg. Forhold som er preget av uegennyttig gjensidighet kjennetegnes derimot av altruisme og hjelp. Omsorg innenfor sykepleie er derfor ifølge Martinsen basert på uegennyttig gjensidighet.

1.2.6.Om sykepleie som profesjon

Som sykepleier må man forholde seg til flere krav i sin yrkespraksis, herunder myndighetskrav og etiske krav (NSF, u.å). Myndighetskravene omfatter blant annet lover, mens det etiske perspektivet blir konkretisert gjennom NSF's yrkesetiske retningslinjer. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleie er formulerte retningslinjer der den grunnleggende respekten for menneskets liv og verdighet står i sentrum (NSF, 2019). Disse retningslinjene bygger på sykepleiens grunnlag om respekten for enkeltmenneskets liv og iboende verdighet.

All sykepleiepraksis skal bygge på kunnskapsbasert og trygg praksis. Dette innebærer en forpliktelse om at man skal gjøre vel, vise respekt, ikke skade og respektere pasientens autonomi (NSF, u.å). Dette defineres som forsvarlighet i Helsepersonellovens §4 og punkt 1.3 i de yrkesetiske retningslinjene (hpl, 1999; NSF, 2019). Autonomi handler om selvbestemmelse og er fundamentert i enkeltmenneskets rett til eierskap over egen kropp (pbri, 1999; Ursin, 2021). Videre viser Orvik (2015, s. 17) til viktigheten av at sykepleieren har kunnskap om hvordan helsevesenet er strukturert og hvordan dette påvirker yrkesutøvelsen.

Punkt 2.1 i de yrkesetiske retningslinjene handler om at sykepleieren har ansvar for å utøve en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (NSF, 2019). Dette innebærer at sykepleieren skal jobbe helsefremmende for å bidra til at pasienten skal leve det livet vedkommende ønsker. Sykepleieren skal også imøtekomme pasientens behov for helhetlig omsorg slik det er definert i punkt 2.3. En sentral del av dette er å understøtte håp, mestring og livsmot slik det er definert i punkt 2.2. samt å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse slik det er definert i punkt 2.10 (NSF, 2019).

1.3. Formål, problemstilling og avgrensning

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke elementer i det mellommenneskelige møtet som kan være ressurser i møte med kvinner som har gjennomgått seksuelle overgrep. Målet med sykepleien er at pasienten skal få en god opplevelse av å bli sett, møtt, forstått og ivaretatt på mest mulig måte. Med utgangspunkt i dette har jeg formulert følgende problemstilling:

«Hva bør sykepleier på sengepost vektlegge i møte med kvinner som har gjennomgått seksuelle overgrep?»

I en videre presisering av problemstillingen er det relevant å presisere tid og rom. Møtet mellom pasienten og sykepleieren oppstår på sengepost der pasienten er innlagt enten som et direkte resultat av overgrepet eller grunnet annen behandling. Temaet kommer derfor opp i samtale som en direkte konsekvens knyttet til innleggelsesårsaken (overgrepet) eller som et ledd i annen behandling (for eksempel ved kateterisering). Problemstillingen omfatter aspekter sykepleieren bør vektlegge for å ivareta pasientens behov på best mulig måte, noe som også inkluderer kunnskap om akutt sykepleie.

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Oppgaven er et litteraturstudium og baserer seg derfor på eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2020, s. 199). Litteraturstudie som metode vil kunne belyse et bredt spekter av opplevelser fra både helsepersonell og pasienter, noe som vil være relevant for å kunne sette problemstillingen inni en praksisrelevant kontekst.

Det er gjort et systematisk litteratursøk i tre forskjellige databaser i tillegg til et frisoek der relevante søkeord ble anvendt i ulike kombinasjoner. Søkene ga relevante treff i to av tre databaser, noe som resulterte i syv forskningsartikler hentet fra to databaser i tillegg til et frisoek. Artiklene inkluderer kvantitative studier, tverrsnittstudier og review-artikler. Fremgangsmåte og søkestrategi er beskrevet i kapittel 2.3 Søkestrategi.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Seksuelle overgrep mot kvinner	Studier eldre enn 2012
Hendelsesforløp uavhengig av alder. Overgrepet kan ha skjedd når som helst i løpet av kvinnens livsløp	
Voksne kvinner over 18 år	Kun abstrakt tilgjengelig
Fagfellevurderte artikler/tidsskrift	
Publiseringsårstall mellom 2012 og 2022	
Engelsk eller norsk språk på artiklene	
Kvalitative og kvantitative studier, oversiktsartikler	Studier som kun omhandler mindreårige og menn
Vitenskapelige artikler tilgjengelig i fulltekst	
IMRAD-struktur på artiklene	

2.3. Søkestrategi

Systematiske litteratursøk ble gjennomført i Medline, PubMed og Cinahl. Medline og Pubmed ble valgt ettersom de har bred rekkevidde på artikler og er to store databaser innenfor medisin og helsefag (Helsebiblioteket, 2015). Databasen Cinahl ble anvendt ettersom den inneholder forskningsartikler med et særlig sykepleiefaglig fokus (Helsebiblioteket, u.å). Det ble også gjort manuelle søk på Norsk kompetansesenter for vold og traumatisk stress (NKVTS).

Søkeord som ble hyppig anvendt var blant annet «women», «nurse», «sex offenses», «psychological interventions», «therapeutic use of self» og variasjoner av disse. En oversikt over søkestrategi og konkrete søkeord knyttet til hver enkelt forskningsartikkel er presentert i tabell 2: Søkatabell. Søkeordene ble kombinert på ulike måter igjennom bruken av AND/OR. For søk i Medline og PubMed ble søkeordene spesifisert igjennom Medical Subject Headings (MeSH), mens variasjoner av disse ble brukt i Cinahl (Helsebiblioteket, u.å).

I Medline ble søkeord som «women», «female», «sex offenses», «psychological interventions» og «clinical interventions» anvendt. Søkeordene ble kombinert med AND/OR og søket ble begrenset ut fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Det ble gjort flere søk med ulike varianter av disse søkeordene, men søket ga ingen relevante treff.

I PubMed ble lignende søkeord anvendt. Dette søket ga åtte treff der alle overskriftene ble lest. Fem av artiklene samsvarte med inklusjons- og eksklusjonskriteriene, og abstraktet ble lest på alle fem artikler. Ut fra dette ble en artikkel valgt.

Søkeordene som ble brukt i Cinahl ble tilpasset ut fra søkeordene som ble brukt i Medline og PubMed. I Cinahl ble søkeordene kombinert på ulike måter med AND/OR og det ble utført fire separate søk med ulike kombinasjoner av disse søkeordene. Funksjonen «Title» (TI) og «All text» (TX) ble benyttet på noen søk. Denne funksjonen er med å avgrense hvor søkemonitoren finner ordet.

Det ble utført fire separate søk i Cinahl. Det første søket ga 17 treff der alle overskriftene ble lest og abstraktet ble lest på fem av artiklene. En av disse fem artiklene ble vurdert som relevant. Det andre søket ga 12 treff der alle overskriftene ble lest og abstraktet ble lest på seks av artiklene. Tre av artiklene ble lest i sin helhet og alle ble vurdert som relevante. I det tredje søket ga dette 12 treff der alle overskriftene ble lest. Ut fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble 11 av artiklene ekskludert mens den siste ble lest i sin helhet og vurdert som relevant. Det siste søket ga to treff der den ene artikkelen samsvarte med inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Denne ble lest i sin helhet og vurdert som relevant.

Det ble også gjort et manuelt søk i søkemonitoren på nettsiden til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS, u.å). Dette søket ga 15 treff der abstraktet ble lest på to av artiklene og en ble lest i sin helhet og vurdert som relevant.

2.3.1.Søketabell

Tabell 2: Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	21.04.22	S1	TI (rape) OR (sexual assault) OR (sexual violence) OR (sexual abuse)	Peer reviewed	7 798	
		S2	TI (wom#n) OR (female)	Peer reviewed	157 296	
		S3	TI (young adults) OR (college students)	Peer reviewed	26 013	
		S4	S1 AND S2 AND S3	År: 2012 – 2022	17	1 (A)
Cinahl	21.04.22	S1	TI (nurse) OR (nurses) OR (nursing)		318 277	
		S2	TX (therapeutic use of self)		982	
		S3	TI (wom#n) OR (female) OR (females)		175 301	
		S4	TI (rape) OR (sexual assault) OR (sexual violence) OR (sexual abuse)		8 720	
		S5	S1 AND S3 AND S4	År: 2012 – 2022 Peer reviewed	12	3 (B, C, D)
PubMed	12.05.22	S1	(therapeutic alliance)		8040	
		S2	S1 AND (nursing)		316	

		S3	S2 AND (nurse- patient relationship)	Free full text År: 2012 - 2022	8	1 (E)
Cinahl	24.04.22	S1	TI (nurse) OR (nurses) OR (nursing)		381 277	
		S2	TX (therapeutic use of self)		982	
		S3	TX (change)		1 272 891	
		S4	TX (personality)		115 610	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	År: 2012 - 2022 Peer reviewed	12	1 (F)
Nkvts.no	25.04.22	S1	Seksuelle overgrep	Vold og overgrep Vitenskapelige artikler og bokartikler	15	1 (G)
Cinahl	12.05.22	S1	(MH" Sexual Assault Nurse Examiners")		669	
		S2	(MH "Patient satisfaction+"		61 606	
		S3	S1 AND S2		2	1 (H)

Inkluderte artikler:

- A) Parr, N. J. (2020). Sexual Assault and Co-Occurrence of Mental Health Outcomes Among Cisgender Female, Cisgender Male, and Gender Minority U.S. College Students. *Journal of Adolescent Health, 67*(5), 722-726. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.040>
- B) Lechner, M., Bell, K., Short, N. A., Martin, S. L., Black, J., Buchanan, J. A., Reese, R., Ho, J. D., Reed, G. D., Platt, M., Riviello, R., Rossi, C., Nouhan, P., Phillips, C., Bollen, K. A., & McLean, S. A. (2021). Perceived Care Quality Among Women Receiving Sexual Assault Nurse Examiner Care: Results From a 1-Week Postexamination Survey in a Large Multisite Prospective Study. *JEN: Journal of Emergency Nursing, 47*(3), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.11.011>
- C) Delgadillo, D. C. (2017). When There is No Sexual Assault Nurse Examiner: Emergency Nursing Care for Female Adult Sexual Assault Patients. *Journal of Emergency Nursing, 43*(4), 308-315. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.11.006>
- D) Cleary, M., & Hungerford, C. (2015). Trauma-informed Care and the Research Literature: How Can the Mental Health Nurse Take the Lead to Support Women Who Have Survived Sexual Assault? *Issues in Mental Health Nursing, 36*(5), 370-378. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1009661>
- E) Moreno-Poyato, A. R., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (2021). The association between empathy and the nurse-patient therapeutic relationship in mental health units: a cross-sectional study. *J Psychiatr Ment Health Nurs, 28*(3), 335-343. <https://doi.org/10.1111/jpm.12675>
- F) Mirhaghi, A., Sharafi, S., Bazzi, A., & Hasanzadeh, F. (2017). Therapeutic relationship: Is it still heart of nursing? *Nursing Reports, 7*(1), 4-9. <https://doi.org/10.4081/nursrep.2017.6129>
- G) Aakvaag, H. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., Røysamb, E., & Olff, M. (2016). Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *Journal of Affective Disorders, 204*, 16-23. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.004>
- H) Du Mont, J., Macdonald, S., White, M., Turner, L., White, D., Kaplan, S., & Smith, T. (2014). Client Satisfaction With Nursing-led Sexual Assault and Domestic Violence Services in Ontario. *Journal of Forensic Nursing, 10*(3), 122-134. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000035>

2.4. Analyse

Analysen av artiklene baserer seg på Evans (2002) analysemodell. Evans identifiserer fire steg for analyse og fremstilling av data:

Trinn 1: Samle data

Første steg handler om å samle aktuell data (Evans, 2002). Dette ble gjort igjennom et systematisk litteratursøk og er utdypet i kapittel 2.3 Søkestrategi. Det vil derfor ikke bli gjort rede for her.

Trinn 2: Identifisere nøkkelfunn

Andre steg handler om å identifisere nøkkelfunn i hver enkelt studie og danne seg et overblikk over forskningen som en helhet (Evans, 2002). Dette ble gjort ved å lese igjennom hver enkelt studie for så å finne hovedpunkter i artiklene som var relevante for problemstillingen.

Trinn 3: Sammenligne funn på tvers av studier

Tredje steg handler om å sammenligne nøkkelfunnene på tvers av andre studier for så å finne felles temaer (Evans, 2002). Dette ble gjort ved å se på likheter og ulikheter ved studiene for så å sammenfatte dette til hovedtemaer for videre drøfting. Denne syntesen er presentert i tabell 3: Sammenligning av temaer.

Tabell 3: Sammenligning av temaer

Hvilke fenomener ble beskrevet	Artikler som inkluderte temaet
Forekomst og konsekvenser etter seksuelle overgrep	A, B, C, D, G, H
Psykososiale intervensjoner, metoder og tiltak	C, D, E, F, H
Det mellommenneskelige forholdet i sykepleien – hvordan skape en god relasjon	B, D, E, F, H
Akuttsykepleie	B, C, H

Trinn 4: Beskrive fenomenet

Steg fire gir en nærmere beskrivelse av fenomenene som er sammenfattet i steg tre og referer tilbake til originalartiklene for å kontrollere nøyaktigheten i beskrivelsen (Evans, 2002). Syntesen av disse artiklene er presentert nærmere i kapittel 3 Resultater.

2.5. Vurdering av artikler

Ved hjelp av Norsk senter for forskningsdata (NSD) ble det kontrollert om artiklene er publisert i et fagfelle-vurdert tidsskrift og om tidsskriftet er vurdert til nivå en eller nivå to (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å). Artiklene ble vurdert ved bruk av sjekklister for kvantitative studier og oversiktsartikler (Helsebiblioteket, 2016).

Kvantitative studier ble vurdert ut fra formålet med studien, populasjonen, utvalg, hvilken metode og hvilket design som ble benyttet. Resultatene ble vurdert ut fra tydelighet, relevans og overførbarhet knyttet til oppgaven. Oversiktsartiklene ble vurdert ut fra formålet med studien og om resultatene er relevante for oppgaven. En vurdering knyttet til inklusjons- og eksklusjonskriterier ble gjort fortløpende på alle artiklene i søkene.

Artiklene ble også vurdert ut fra tema. Basert på problemstillingen er det interessant å inkludere temaer i forskningen som både omfatter pasientenes helse og opplevelser etter seksuelle overgrep, samt sykepleiernes faktiske kompetanse og holdninger. Dette ble lagt vekt på i utvelgelsen av artiklene og gjenspeiles i artiklenes metode og design. Flere av artiklene er kvantitativ forskning på pasienter og sykepleieres opplevelser knyttet til behandling. Artikler som hadde søkeord i tittelen som ikke samsvarte med inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble ikke lest da disse uansett ville falle utenfor oppgavens problemstilling og avgrensning.

3. Resultater

Opgaven inkluderer åtte artikler hvor fem er kvantitative studier og tre er oversiktsartikler. Artikkene viser at forekomsten er høy og at kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep har større risiko for å utvikle psykiske lidelser sammenlignet med kvinner som ikke har opplevd overgrep. Artikkene viser at sykepleie til pasientgruppen må bygge på mellommenneskelige ferdigheter for å skape et trygt rom for pasienten.

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 4: Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
Parr, N. J. (2020). Sexual Assault and Co-Occurrence of Mental Health Outcomes Among Cisgender Female, Cisgender Male, and Gender Minority U.S. College Students. <i>Journal of Adolescent Health, 67(5), 722-726.</i>	Undersøkte samtidig forekomst av negativ mental helse ¹ og stoffmisbruk knyttet til seksuelle overgrep blant amerikanske collestudenter.	Kvantitativ klyngeanalyse. Data ble hentet fra en nasjonal amerikansk undersøkelse av collestudenters velvære fra 2017-2018 med et utvalg på 50 438 respondenter. Svarene ble analysert ved bruk av latent klasseanalyse (LCA).	Seksuelle overgrep var assosiert med betydelig høy risiko for negativ mental helse. Studentene som opplevde seksuelle overgrep hadde med unntak av stoffmisbruk, betydelig høyere risiko for utvikling av depresjon, angst, selvskading og selvmordstanker.	Gir relevant statistikk på utbredelsen og virkningen av seksuelle overgrep blant ciskjønnede ² kvinner.

¹ Depresjon, angst, selvskading og selvmordstanker

² Betegnelsen «ciskjønn» brukes om en person som identifiserer seg med sitt biologiske kjønn (Grasmo & Benestad, 2021)

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<p>Lechner et al., (2021). Perceived Care Quality Among Women Receiving Sexual Assault Nurse Examiner Care: Results From a 1-Week Postexamination Survey in a Large Multisite Prospective Study. <i>JEN: Journal of Emergency Nursing</i>, 47(3), 449-458.</p>	<p>Undersøkte unge kvinners opplevelse av behandling de fikk av «sexual assault nurse examiners» (SANEs) etter et seksuelt overgrep, inkludert om kvinnens perspektiv varierte ut fra demografiske karakteristikk og helsestatus før overgrepet.</p>	<p>Kvantitativ studie. En spørreundersøkelse utført av 695 kvinnelige pasienter som fikk behandling av SANEs ved 13 forskjellige akuttmottak og lokale programmer i USA.</p>	<p>De fleste av respondentene var sterkt enige i at SANEs utøvde god sykepleie. Dette inkluderte at de tok pasientens behov og bekymringer på alvor, ikke opptrådte som om overgrepet var pasientens feil, viste omsorg og medfølelse, forklarte undersøkelsene som ble gjort og ga god informasjon.</p> <p>Disse oppfatningene var konsistente på tvers av demografiske karakteristikk.</p>	<p>Relevans knyttet til pasientenes opplevelse av behandlingen de fikk av SANEs.</p> <p>Viktig for sykepleieren å ha kunnskap om akuttsykepleie til pasienter som informerer om overgrepet først etter ankomst sengepost. Spørsmålene i spørreundersøkelsen er relevante knyttet opp mot hva sykepleieren bør være observant på.</p> <p>Artikkelen gir konkrete punkter på råd om psykososial støtte.</p>
<p>Delgadillo, D. C. (2017). When There is No Sexual Assault Nurse Examiner:</p>	<p>Å gi sykepleiere uten spesialkompetanse på overgrep³ et overblikk over hvilke</p>	<p>Oversiktsartikkel basert på artikler som omhandler akuttsykepleie til</p>	<p>Presenterer konkrete punkter sykepleieren bør forholde seg til i møte med pasientgruppen på</p>	<p>Relevant i forhold til pasienter som blir lagt inn på sengepost med</p>

³ Sykepleiere som ikke er titulert «sexual assault nurse examiners» (SANEs)

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
Emergency Nursing Care for Female Adult Sexual Assault Patients. <i>Journal of Emergency Nursing</i> , 43(4), 308-315.	ferdigheter som er nødvendige for å ta vare på kvinner på akuttmottak som har gjennomgått seksuelle overgrep.	voksne kvinner som har gjennomgått seksuelle overgrep. Artikkelen sammenfatter viktige punkter i sykepleien i møte med den aktuelle pasientgruppen.	akuttmottak knyttet opp mot: Psykososial støtte, vurdering av fysiske skader, assistere i å samle rettsmedisinske bevis, profylakse for seksuelt overførbare infeksjoner og graviditet, samt informasjon.	somatiske skader etter overgrep. Viktig for sykepleieren å ha kunnskap om akuttsykepleie til pasienter som informerer om overgrepet først etter ankomst sengepost.
Cleary, M., & Hungerford, C. (2015). Trauma-informed Care and the Research Literature: How Can the Mental Health Nurse Take the Lead to Support Women Who Have Survived Sexual Assault? <i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 36(5), 370-378.	Vurderer prinsipper for traumebevisst omsorg og praksis og drøfter hvordan disse prinsippene kan brukes i praksis for å gi best mulig utfall for pasienten.	Oversiktsartikkel basert på artikler som omhandler den kvinnelige pasienten sin subjektive opplevelse og faktiske helsemessige utfall etter et seksuelt overgrep.	Presenterer mulige utfall etter seksuelle overgrep og statistikk på dette. Sammenfatter åtte punkter som er viktige i møte med pasientgruppen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Forsikre trygghet. 2. Etablere en god mellommenneskelig relasjon. 3. Kulturforståelse. 4. Fremme autonomi. 5. Forstå traumet og dets konsekvenser. 6. Inspirere til håp og bedring. 	Hvordan sykepleieren kan ivareta pasienter som har gjennomgått overgrep uavhengig av når overgrepet skjedde. Konkrete punkter sykepleieren kan forholde seg til for å ta vare på pasientens fysiske og psykososiale behov.

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
			<p>7. Sikre tverrfaglig behandling der det er behov.</p> <p>8. Gi pasienten valg i egen behandling.</p>	
<p>Moreno-Poyato, A. R., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (2021). The association between empathy and the nurse-patient therapeutic relationship in mental health units: a cross-sectional study. <i>J Psychiatr Ment Health Nurs</i>, 28(3), 335-343.</p>	<p>Å undersøke om ulike dimensjoner av empati påvirker det terapeutiske sykepleier-pasientforholdet på psykiatriske avdelinger.</p>	<p>Kvantitativ tversnittstudie på et utvalg av 198 sykepleiere på 18 ulike avdelinger i Catalonia, Spania. Utført gjennom en spørreundersøkelse.</p>	<p>Sykepleierne etablerte et bedre terapeutisk forhold når de klarte å tilpasse seg pasientens perspektiv og ta større høyde for vedkommens bekymringer.</p> <p>Perspektivtaking spiller en særlig viktig rolle i orienteringsfasen av forholdet.</p> <p>Empatisk bekymring og redusert personlig stress var viktig i arbeidsfasen av forholdet.</p>	<p>Hvordan og hvorfor ulike dimensjoner ved empati spiller en viktig rolle i etableringen og opprettholdelsen av det terapeutiske forholdet.</p> <p>Viktigheten av kunnskap om mellommenneskelig kommunikasjon i det terapeutiske forholdet.</p> <p>Hvordan empati fremmer autonomi og selvstendiggjøring.</p>
<p>Mirhaghi et al. (2017). Therapeutic relationship: Is it still heart of nursing? <i>Nursing Reports</i>, 7(1), 4-9.</p>	<p>Å forklare det terapeutiske forholdet i moderne sykepleiepraksis.</p>	<p>Oversiktsartikkel som baserer seg på artikler som omhandler det terapeutiske forholdet i sykepleie. Relevante artikler ble funnet gjennom et</p>	<p>Sykepleierens evne til å investere i sykepleier-pasient forholdet er avgjørende for å kunne etablere et terapeutisk forhold.</p>	<p>Ulike elementer ved det terapeutiske forholdet og hva som er viktig for at sykepleieren kan utvikle dette.</p>

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
		systematisk i PubMed og Scopus fra forskningsstart frem til oktober 2015.	Mellommenneskelige- og personlige faktorer samt profesjonell utvikling spiller en rolle. Tid spiller en viktig rolle.	
Aakvaag et al.,(2016). Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. <i>Journal of Affective Disorders, 204</i> , 16-23.	Undersøke skam og skyldfølelse hos menn og kvinner etter ulike typer overgrep samt relasjonen til negativ mental helse.	Kvantitativ tverrsnittstudie på et utvalg av 4529 norske kvinner og menn mellom 18-75. Utført gjennom telefonintervju. Ulike mål knyttet opp mot vold, deriblant seksuelle overgrep og voldtekt.	Skam og skyldfølelse er to latente variabler ⁴ . Traumerelatert skam og skyldfølelse oppstår ofte etter voldshendelser. Flere voldshendelser øker statistisk sett sannsynligheten for skam- og skyldfølelse.	Kunnskap om kvinners følelse av skam og skyldfølelse etter overgrep er relevant for utøvelse av sykepleien. Kunnskap om samtidig forekomst av skam og skyldfølelse knyttet opp mot økt negativ mental helse (angst, depresjon og PTSD) er relevant i det terapeutiske forholdet.
Du Mont et al., (2014). Client Satisfaction With Nursing-led Sexual Assault and Domestic Violence Services in Ontario. <i>Journal of Forensic Nursing, 10(3)</i> , 122-134.	Å undersøke hvor tilfredse overgrepsofre var med behandlingen de fikk på overgrepsmottak,	Kvantitativ tverrsnittstudie på et utvalg av 1484 pasienter ved 30 overgrepsmottak i Ontario. Gjennomført	Generelt stor tilfredshet med sykepleien. Pasientene følte seg sett, ivaretatt, trygge og forstått.	Relevant statistikk knyttet til overgrepspasientenes

⁴ Latente variabler betegner et konstrukt, noe som ikke observeres direkte, men som måles gjennom konkrete uttrykk (Svartdal, 2020).

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
	<p>samt beskrive de demografiske karakteristikene til pasientgruppen.</p>	<p>ved hjelp av et spørreskjema i perioden april 2009 til juni 2011.</p>	<p>Pasientene satte pris på at de fikk medvirkning i behandlingen. De opplevde også sykepleien som sensitiv.</p>	<p>tilfredshet med sykepleien de fikk.</p> <p>Relevant i forhold til at pasientene selv rapporterte hva som var viktig for dem og hva de trengte av sykepleieren.</p>

3.2. Sammenfattet resultat av forskningen

3.2.1. Forekomst og konsekvenser etter seksuelle overgrep

Flere av studiene viser at forekomsten av seksuelle overgrep mot kvinner er høy og at eksponering for seksuelle overgrep er forbundet med utvikling av psykiske lidelser og negative helsekonsekvenser (Cleary & Hungerford, 2015; Delgadillo, 2017; Lechner et al., 2021; Parr, 2020). Studien til Delgadillo (2017) rapporterer om at 53 millioner amerikanske kvinner kommer til å oppleve seksuell diskriminering i løpet av livet. Rundt 20% av disse kvinnene vil oppleve voldtekt hvorav nærmere halvparten rapporterer om voldtekt fra partner. 40% rapporterer om voldtekt fra en bekjent. Videre viser Parr (2020) sin studie at forekomsten av seksuelle overgrep blant collegestudenter er høy. Studien rapporterte at 44% av kvinnelige amerikanske collegestudenter opplever seksuelle overgrep.

Vanlige psykiske konsekvenser etter overgrep omfatter særlig depresjon, angst, skam, skyldfølelse, selvskading, selvmordstanker, PTSD, somatiseringslidelse, affektive lidelser, psykose og dissosiering (Cleary & Hungerford, 2015; Delgadillo, 2017; Parr, 2020; Aakvaag et al., 2016). I den norske studien til Aakvaag et al. (2016) ble det vist at kvinner rapporterer om mer skam og skyldfølelse etter et overgrep sammenlignet med menn. Både skam og skyldfølelse var assosiert med høyere grad av angst uavhengig av om fenomenene var til stede samtidig. Fysiske konsekvenser omfatter blant annet fysiske traumer, gastrointestinale plager, akutt eller kronisk smerte og seksuell dysfunksjon (Delgadillo, 2017). I studien til Du Mont et al. (2014) kommer det frem at 38,4% av pasientene som kommer inn på overgrepsmottak krever behandling for akutte skader igjennom for eksempel skadebehandling eller behandling for angst.

I Cleary og Hungerford (2015) sin studie kommer det frem at kvinner som har opplevd seksuelle overgrep statistisk sett har større sannsynlighet for å oppleve det igjen. Videre viser studien at kvinner som har opplevd seksuelle overgrep som barn har større risiko for å utvikle psykiske lidelser sammenlignet med kontrollgrupper. Psykiatrisk komorbiditet er vanlig.

3.2.2. Psykososiale intervensjoner og metoder

Det var generell konsensus i flere av studiene om at noen av de viktigste psykososiale tiltakene sykepleieren kan gjøre for pasienten er å fremme trygghet og autonomi (Cleary & Hungerford, 2015; Delgadillo, 2017; Mirhaghi et al., 2017). Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira (2021) skriver at sykepleieren kognitivt må anta at pasienten trenger å bli forstått og deretter anta pasientens perspektiv.

I sin studie beskriver Cleary & Hungerford (2015) viktigheten av å implementere traumebevisst omsorg i sin yrkespraksis. Traumebevisst omsorg baserer seg på en antagelse om at mange pasienter vil oppleve traumer i ulike former og at dette medfører negative konsekvenser, noe som øker viktigheten av sensitiv sykepleie (Cleary & Hungerford, 2015; Lechner et al., 2021). Sykepleieren må bekrefte pasientens sikkerhet både fysisk og mentalt. Videre nevnes også brukermedvirkning, aktiv lytting og felles målsetting som viktige komponenter.

Både Delgadillo (2017) og Mirhaghi et al. (2017) beskriver viktigheten av genuin støtte, åpent kroppsspråk, tverrfaglighet og det å unngå kritisk språk. Mirhaghi et al. (2017)

bygger videre på dette og beskriver viktige elementer i den terapeutiske kommunikasjonen. Dette omfatter særlig bruk av stillhet, aksept, forståelse, tilgjengelighet, å la pasienten komme til ordet, oppfordre pasienten til å fortelle, bruke tid med pasienten, observere, engasjere i samtale, sammenligne, reflektere, fokusere, analysere problemet, transparenst samt uttrykke tvil.

Du Mont (2014) rapporterer om pasientenes vurdering av sykepleiere på overgrepsmottak. Resultatene er presentert i tabell fem.

Tabell 5: Grad av tilfredshet med sykepleie (Du Mont, 2014)

Prosentandel	Vurdering
95,4%	Sykepleien var gitt på en sensitiv måte
95,3%	Følte seg trygge
95,3%	Følte de fikk svar på spørsmål og dekket behov
95,3%	Følte at de ble behandlet med respekt
95%	Følte seg ikke dømt

3.2.3. Det mellommenneskelige forholdet i sykepleien

Det mellommenneskelige forholdet i sykepleien er blitt beskrevet indirekte i flere av de aktuelle artiklene. Mirhaghi et al. (2017) konstaterer at nøkkelen til et godt terapeutisk forhold ligger i det å kjenne pasienten. Dette støttes av Moreno-Poyato og Rodríguez-Nogueira (2021) som videre viser til viktigheten av empati i det terapeutiske forholdet. Studien viste også at økt grad av perspektivtaking er viktig i orienteringsfasen av forholdet, mens i arbeidsfasen blir affektive komponenter særlig viktig.

Cleary og Hungerford (2015) skriver at et terapeutisk forhold begynner med empati, sensitivitet, respekt og aktiv lytting. Sykepleieren må ha en grunnleggende forståelse for smerte og sårbarhet. I sin studie bekrefter Du Mont et al. (2014) at flere overgrepspasienter føler at de er blitt ytterligere traumatisert på akuttmottak som følge av dårlig trent helsepersonell.

Flere av artiklene har overlappende tematikk. Lechner et al. (2021) beskriver mellommenneskelige variabler i en akutt sykepleiefaglig kontekst. Dette er presentert i kapittel 3.2.4. Akutt sykepleie og vil derfor ikke presenteres her selv om artikkelen også berører de mellommenneskelige faktorene i det terapeutiske forholdet.

3.2.4. Akuttsykepleie

Tre av studiene omfatter akuttsykepleie på akutt- eller overgrepsmottak (Delgadillo, 2017; Du Mont et al., 2014; Lechner et al., 2021). I studien til Du Mont et al. (2014) kom det frem at 96% av pasientene som kom inn på overgrepsmottak var kvinner. Hovedresultatene i studien til Lechner et al. (2021) er presentert i tabell seks. Det generelle resultatet var at kvinner som mottar denne type sykepleie er fornøyde uavhengig av demografiske karakteristikk. Nivået i sykepleien varierte ikke ut fra demografiske karakteristikk.

Tabell 6: Grad av tilfredshet med sykepleie (Lechner et al., 2021)

Prosentandel	Vurdering
90%	Rapporterte at behovene deres ble tatt seriøst
89%	Rapporterte at sykepleieren ikke oppførte seg som at overgrepet var deres feil
88%	Opplevde at sykepleieren viste god omsorg og medfølelse
86%	Var tilfredse med at sykepleieren forklare undersøkelsen
75%	Var enige i at sykepleieren ga god informasjon underveis

Delgadillo (2017) beskriver at sykepleien i akuttmottak bør omfatte det å forsikre trygghet, gi emosjonell støtte basert på pasientens behov samt innhente samtykke til medisinske og rettsmedisinske undersøkelser. I den medisinske undersøkelsen er det viktig først å gjøre en visuell vurdering av pasienten (Delgadillo, 2017). Dette innebærer å se etter bitt, sår, blåmerker, rifter og skrubbsår. Andre punkter omfatter blant annet å innhente medisinsk og gynekologisk historie samt sikre bevis ved rettsmedisinsk undersøkelse. Den rettsmedisinske undersøkelsen skal kun utføres hvis pasienten samtykker til det. Det er viktig å be pasienten om å unngå å dusje og bytte klær da flere av de rettsmedisinske bevisene kan være knyttet til disse.

Videre bør en toksikologisk test foreligge innen 72 timer (Delgadillo, 2017). Pasienten bør også screenes for graviditet og seksuelt overførbare infeksjoner, herunder særlig gonoré, klamydia og hepatitt B. Det bør gjøres en risikovurdering for HIV-smitte. Hvis det er mistanke om smitte skal pasienten få posteksponeringsprofylakse (PEP) innen 72 timer. God informasjon om regelmessighet ved bruk av PEP er viktig.

4. Diskusjon

I dette kapittelet blir tidligere presentert teori diskutert i lys av forskningsresultatene og egne praksiserfaringer for å besvare problemstillingen:

«Hva bør sykepleier på sengepost vektlegge i møte med kvinner som har gjennomgått seksuelle overgrep?»

Implikasjonene for sykepleie blir diskutert underveis.

4.1. Konsekvenser etter seksuelle overgrep og betydningen for sykepleie

I tråd med de yrkesetiske retningslinjene har sykepleieren en etisk forpliktelse til å imøtekomme pasientens behov for både somatisk og psykogen sykepleie (NSF, 2019). Kvinner som har opplevd et seksuelt overgrep står i en posisjon hvor de fysiske og psykiske behovene må ivaretas på lik linje for å sikre bedring og forebygge negative helsekonsekvenser (Delgadillo, 2017). Som en del av helsevesenets førstelinje er sykepleieren ofte den første pasienten møter og kunnskap om temaet er derfor viktig. Dette understrekes ytterligere når WHO (2018) betegner vold mot kvinner som et globalt problem.

Cleary og Hungerford (2015), Delgadillo (2017) og Parr (2020) viser i sine studier til at kvinner som har opplevd seksuelle overgrep sliter med omfattende psykiske ettervirkninger, noe Sørbø (2014, s. 215) støtter. Cleary og Hungerford (2015) viser i sin studie at 65% av kvinner som opplevde et seksuelt overgrep fikk PTSD, 29,4% opplevde selvskadning mens 22,3 % hadde hatt et eller flere selvmordsforsøk. Det er med bakgrunn i denne type data at Lechner et al. (2021) skriver at sykepleien bør være sensitiv, noe Delgadillo (2017) også støtter ved å vise til at negative sosiale reaksjoner er forbundet med høyere grad av PTSD. Sett i lys av disse forskningsresultatene er det viktig å være bevisst egen sykepleiepraksis for å unngå å ytterligere traumatisere kvinner som har opplevd et seksuelt overgrep. Som sykepleier kan man bidra til at denne statistikken snur igjennom kunnskap og bevissthet rundt god sykepleiepraksis rettet mot pasientgruppen. Viktigheten av traumebevisst omsorg tydeliggjøres ytterligere når Cleary og Hungerford (2015) i sin studie viser til viktigheten av autonomi, en god mellommenneskelig relasjon, trygghet, håp og kulturforståelse.

Autonomiprinsippet og retten til brukermedvirkning står sentralt i sykepleiens etiske og juridiske grunnlag (NSF, 2019; pbrl, 1999). Innskrenkninger i kvinnens rett til medvirkning kan gjenspeile følelsen av hjelpeløshet og maktesløshet hun opplevde under overgrepet (Cleary & Hungerford, 2015). Selvbestemmelsesretten er derfor særlig viktig i og med at kvinnen har opplevd å bli fratatt denne. Sykepleieintervensjoner bør derfor ha autonomi som hovedfokus. Dette støttes av Delgadillo (2017) som viser til viktigheten av å involvere pasienten i behandlingen i form av å gi henne valgmuligheter igjennom eksempelvis grad av medisinsk behandling og om hun vil ha en rettsmedisinsk undersøkelse.

Skam og skyldfølelse oppstår i større grad etter seksuelle overgrep sammenlignet med andre traumer (Aakvaag et al., 2016). Egen praksiserfaring tilsier at disse pasientene ofte

erfarer stor skam knyttet til overgrepet. Den dominerende følelsen er at de «ba om det», noe som fører til internalisering av skylden. Dette kan relateres til Farstads (2016, s. 29) beskrivelse om at skamfølelsen angriper personens følelse av at man «er feil» som menneske. Følelsen kan betegnes som global ettersom den rettes mot personens helhetlige oppfatning av seg selv i et ønske om at man vil være annerledes (Farstad, 2016, s. 29). For disse kvinnene er ønsket rettet mot at situasjonen var annerledes og sykepleierens jobb blir derfor å motivere til mestring igjennom å respektere autonomien og bygge opp under pasientens evner.

Sykepleieinteraksjonen legger viktige føringer for hvordan kvinnen tilnærmer seg bedring (Delgadillo, 2017). Ved å se Delgadillo (2017) sin studie i lys av Kari Martinsens omsorgsteori tydeliggjøres viktigheten av å ta hensyn til pasientens ønsker. For Martinsen er pasientens opplevelser av fenomener ved egen situasjon det som legger grunnlaget for sykepleien, noe som betyr at sykepleieren må møte pasienten i lys av de problemene og behovene hun selv oppfatter som viktig (Kristoffersen, 2016b, s. 58). Omsorgen bør derfor være tilpasset den enkelte og inkludere kunnskap om fenomenene pasienten erfarer ved traumet hun har opplevd.

Moreno-Poyato og Rodríguez-Nogueira (2021) skriver at sykepleieren kognitivt må anta hva pasienten trenger basert på situasjonen, tidligere erfaringer og kunnskap. Dette samsvarer med det Travelbee (2001, s. 42) skriver om at sykepleieren må bruke både en intellektuell og en emosjonell tilnæringsmåte i tolkningen og forståelsen av mennesket. Sett i lys av Martinsens omsorgsteori må sykepleieren dermed evne å tolke hvilke behov pasienten trenger at blir dekket uten at hun nødvendigvis gir uttrykk for disse behovene eksplisitt. Egne praksiserfaringer har vist at dette imidlertid krever både et oppmerksomt øye og tilstrekkelig med mellommenneskelig kunnskap.

4.2. Psykososiale intervensjoner og metoder

Som sykepleier er det viktig å skape et terapeutisk rom i møte med pasienten og være tydelig på hva som forventes av pasienten i dette rommet (Farstad, 2016, s. 310). Utydelig kommunikasjon og dårlig forventningsavklaring kan bidra til at pasienten føler seg utrygg og dermed opplever ytterligere skam tilknyttet behandlingen. Erfaring fra ulike praksisarenaer har vist meg at bevissthet rundt bruk av kommunikative metoder kan bidra til at sykepleieren får et større innblikk i pasientens tanker, følelser og erfaringer. Dette er beskrevet i detalj av (Eide & Eide, 2017, s. 136) og støttes av Mirhaghi et al. (2017) som i sin studie beskriver de verbale og nonverbale ferdighetene som essensen i etableringen av et godt terapeutisk forhold. Moreno-Poyato og Rodríguez-Nogueira (2021) spiller videre på dette ved å legge til at empati regnes som essensen i dette forholdet både fra et teoretisk og klinisk perspektiv.

I sin studie beskriver Moreno-Poyato og Rodríguez-Nogueira (2021) hvordan økt grad av empati påvirker den felles målsettingen mellom pasient og sykepleier og bidrar til det terapeutiske forholdet. I møte med overgrepspasienter kan sykepleieren bidra til dette ved å spørre pasienten om hva som er viktig for henne og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å realisere disse ønskene. På denne måten får sykepleieren et større innblikk i hva som bør vektlegges i behandlingen og hvilke individuelle hensyn som bør tas. Dette støttes av (Eide & Eide, 2017, s. 16) når de beskriver personorientert kommunikasjon som en forutsetning for å ivareta pasientens ønsker, noe som er med å opprettholde autonomiprinsippet slik det er beskrevet i jussen (pbrl, 1999).

Ved å integrere traumebevisst omsorg i sin sykepleiepraksis kan sykepleieren legge grunnlaget for bedre fysisk og psykisk helse for kvinner som har opplevd seksuelle overgrep (Cleary & Hungerford, 2015). For å bidra til dette skriver Delgadillo (2017) at det er viktig at pasienten opplever sykepleien som genuin. Dette gjenspeiles i sykepleierens kroppsspråk, holdninger og ytringer. Hvis sykepleieren er preget av negative holdninger og tanker kan pasienten oppleve sykepleieren som utrygg, noe som kan virke negativt på etableringen av tillitsforholdet (Eide & Eide, 2017, s. 138). Bevissthet rundt kongurens er derfor viktig. Cleary og Hungerford (2015) spiller videre på dette ved å understreke at sykepleieren bør bruke kommunikative metoder som er med på å dempe pasientens opplevelse av maktforskjeller, noe som igjen kan bidra til å dempe pasientens følelse av angst og hjelpeløshet knyttet opp mot egen situasjon. Dette kan derimot være utfordrende. Både Du Mont et al. (2014) og Delgadillo (2017) viser i sine studier til viktigheten av tid som en faktor for om pasienten føler seg trygg og ivaretatt. Som sykepleier kan det være vanskelig å balansere kravene om personorientert sykepleie til mange pasienter med ulike behov og alvorlighetsgrad. De psykososiale intervensjonene og metodene kan derfor være vanskelig å benytte seg av i en yrkeshverdag som er preget av stress, noe sykepleieren bør være bevisst.

Eide og Eide (2017, s. 82-83) beskriver sykepleierens rolle innen mestringsarbeid gjennom bruk blant annet aktiv lytting og bevissthet rundt pasientens behov for kontroll. Ved å integrere disse metodene i sykepleiepraktikken kan pasientens behov for å ventilere følelser slik som smerte, fortvilelse, utålmodighet, sinne og engstelse imøtekommes. For å bidra til dette skriver Kristoffersen (2016a, s. 254) at sykepleieren må kunne identifisere faktorer hos pasienten som er med på å påvirke vedkommendes holdning til traumat. Dette gjelder også bevissthet rundt at stress er en subjektiv erfaring slik Lazarus poengterer i sin teori (Kristoffersen, 2016a, s. 247). Ved å se Kristoffersen (2016a) i lys av Travelbee (2001) sin teori foreligger det et argument for at

sykepleieren kan bidra til mestringsarbeid igjennom å bruke seg selv terapeutisk. I en praksisrelevant kontekst viser dette seg ved at sykepleieren kun igjennom samtale om stort og smått i livet kan identifisere og påvirke faktorer hos pasienten som kan bringe frem mestring.

4.3. Det mellommenneskelige forholdet i sykepleien

I sin beskrivelse av menneske-til-menneske-forholdet beskriver Travelbee (2001, s. 186) hvordan det innledende møtet i stor grad er preget av førsteinntrykk. Sykepleieren bør evne å se forbi de tildelte rollene og se det helhetlige i mennesket, noe Moreno-Poyato og Rodríguez-Nogueira (2021) tydeliggjør i sin beskrivelse av selvbevissthet som en viktig betingelse for å etablere et terapeutisk forhold. Kun ved selverkjennelse og selvinnsett kan sykepleieren ta grep om de holdningene og fordommene som kan prege etableringen av et godt terapeutisk forhold, noe (Eide & Eide, 2017, s. 16-17) støtter. Graden av selvinnsett tydeliggjøres i møte med pasientgruppen i form av hvordan sykepleieren anvender egne tanker og refleksjoner om menneskelige reaksjoner i møte med traumatiske hendelser, samt evner å se overføringsverdien til pasientens situasjon. Dette støttes av både Travelbee (2001, s. 44-45) og Mirhaghi et al. (2017) som legger til grunn mellommenneskelig, personlig og profesjonell utvikling som forutsetninger for et godt terapeutisk forhold. Mirhaghi et al. (2017) sier at nøkkelen i å mestre dette ligger i utstrålingen av håp, vennlighet, positivitet, tillitt, trygghet, sikkerhet og menneskelighet. Kunnskap om respekt, empati, ærlighet, gjensidighet og begrensninger innenfor egen rolle er derfor relevant. Ved å være bevisst disse faktorene kan sykepleieren bruke seg selv terapeutisk ved å bevirke forandring hos pasienten.

Sykepleiere er som alle andre mennesker preget av familie, kultur, opplevelser og utdanning (Cleary & Hungerford, 2015). I det første møtet med pasienten må sykepleieren være bevisst egne tanker om den andre og aktivt prøve ikke å la seg prege av stereotyper og merkelapper (Travelbee, 2001, s. 187). Ved å mestre dette etableres grunnlaget for fremvekst av empati. Travelbee (2001, s. 171) skriver at pasienten og sykepleieren først og fremst er mennesker som tar med livserfaringer inn i dette møtet, og som ikke nødvendigvis er bundet av sine roller som henholdsvis «den syke» og «hjelperen». Hvis sykepleieren lar seg prege av negative holdninger kan det legge viktige føringer for behandlingen kvinnen får, noe som kan føre til mangel på empati og bruk av ikke-terapeutiske metoder (Cleary & Hungerford, 2015). Dette støttes av Moreno-Poyato og Rodríguez-Nogueira (2021) som understreker at mangel på empati og evne til å ta den andres perspektiv førte til lavere pasienttilfredshet.

Disse refleksjonene støtter tanken om at sykepleieren lettere kan identifisere faktorer som påvirker pasientens kognitive tolkning av situasjonen ved å bruke seg selv terapeutisk. I et godt sykepleier-pasient forhold vil pasientens perspektiver og historier komme som en konsekvens av tillitten som har oppstått (Farstad, 2016, s. 217). Da kan sykepleieren lettere påvirke de faktorene og styrkene hos pasienten som kan føre til mestring slik Kristoffersen (2016a, s. 254) skriver. Ved å se Farstad (2016) og Kristoffersen (2016b) i lys av Travelbees teori belyses sykepleierens jobb innen mestringsarbeid som det å hjelpe pasienten i å mestre egen situasjon ved å etablere en terapeutisk allianse og gjennom denne formidle at pasienten ikke er alene. Dette vil også bidra til å lindre lidelse. Sykepleieren er i denne forstand en endringsagent i form av at den foreliggende tilstanden ikke aksepteres hvis den er preget av blant annet lidelse noe Travelbee (2001, s. 48) beskriver i detalj.

Mirhaghi et al. (2017) skriver at sykepleiermangelen truer kjernen i det terapeutiske forholdet. Gjennom egen praksiserfaring har jeg erfart at enkelte helsepersonell på avdelinger som er preget av underbemanning og dårlig ledelse kan få et behov for å distansere seg fra det menneskelige i mennesket. Dette kommer til uttrykk igjennom hele interaksjonen med pasienten i form av kroppsspråk og tilstedeværelse. I lengste grad kan det argumenteres for at de organisatoriske forutsetningene for sykepleie i dagens helsevesen motarbeider Travelbee (2001) sin tanke om å bygge sykepleien på mellommenneskelige prinsipper. Et godt terapeutisk forhold krever tid og investering, noe det viser seg at sykepleiere ikke alltid har.

4.4. Viktigheten av kunnskap om akutt sykepleie på sengepost

Som definert i kapittel 1.3 Formål, problemstilling og avgrensning skjer møtet mellom pasient og sykepleier på sengepost. Det er uunngåelig ikke å nevne at tid og rom for møtet er av betydning og legger ulike forutsetninger til grunn for sykepleien. I en forlengelse av dette bør viktigheten av kunnskap om akutt sykepleie på sengepost diskuteres. Akutt sykepleie i denne settingen omhandler tiltak, vurderinger og metoder som er spesifikt rettet mot kvinner som har opplevd seksuelle overgrep.

Det er ingen hemmelighet at det ofte er travelt i akuttmottak og at sykepleierne skal ta vare på mange pasienter med akutte behov samtidig. Gjennom egen praksiserfaring har jeg opplevd at til tider store pasientgrupper fører til at sykepleierne har mindre tid til hver enkelt pasient. Dette kan påvirke pasientenes opplevelse av behandlingen, noe som støttes av Du Mont et al. (2014). I denne studien ga flere pasienter tilbakemelding på at opplevelsen i akuttmottak delvis var preget av stress som følge av at sykepleierne hadde dårlig tid. Det er viktig å være klar over at omstendighetene i akuttmottak legger føringer for hvordan kvinnen tilnærmer seg bedring (Cleary & Hungerford, 2015; Delgadillo, 2017; Du Mont et al., 2014). Egen praksiserfaring tilsier at pasientene merker når de ansatte er preget av stress og dermed lettere kan holde tilbake informasjon i frykt for å være til bry. Flere pasienter knytter dette til en opplevelse av at de ansatte ikke har tid til dem. Dette har i min erfaring ført til at pasienten holder tilbake kritisk informasjon.

Temaet seksuelle overgrep er høyst sensitivt for veldig mange noe som gjenspeiles i statistikken over hvor mange som søker hjelp etter å ha opplevd overgrep. I studien til Du Mont et al. (2014) kommer det frem at mindre enn to tredjedeler av pasientene som kom til overgrepsmottak var der innen 24 timer etter overgrepet. Årsakene til dette kan være mangfoldige. Når man ser disse faktorene i lys av hverandre kan det være forståelig at pasienten ikke forteller sykepleieren at hun har vært utsatt for et overgrep hvis oppholdet på mottak er preget av stress.

I lys av disse refleksjonene blir Travelbees (2001, s. 58) tanke om allmennmenneskelige erfaringer aktuelt å trekke frem. Allmennmenneskelige erfaringer bygger på en idé om at alle mennesker gjør seg visse erfaringer i løpet av livet og reagerer på disse erfaringene på en måte som er forståelig for andre. Når mennesker møter lidelse er det derfor ingen fasit på hvordan man reagerer. Erfaringer fra praksis har vist at reaksjonene pårørende har etter for eksempel dødsfall er høyst individuelle og basert på et spekter av faktorer. Enten det er i form av sinne, apati, ensomhet, tvil, frustrasjon eller uro er dette kun et fragment av hele følelsesspekteret en kan oppleve i etterdønningene av et traume.

Disse refleksjonene støtter tanken om at fordi vi alle er mennesker og sterkt styrt av latente krefter er det ikke å forvente rasjonelle reaksjoner fra en person som nettopp har

gjennomgått et traume. Det foreligger dermed et argument for at mennesker kan være høyst forutsigbare i sitt reaksjonsmønster i møte med vanskelige situasjoner, nettopp fordi disse sorgreaksjonene er uforutsigbare. Det er derfor forståelig at det kan være vanskelig for pasienten å åpne seg opp for en vidt fremmed person, selv om denne personen er en sykepleier.

Som sykepleier på sengepost må man være forberedt på at pasienter som med ukjente somatiske skader kan fortelle skadeårsaken først etter ankomst sengepost. Dette kan skje som en direkte konsekvens av at den terapeutiske relasjonen mellom pasient og sykepleier oppstår, ved at relasjonen i seg selv trykker pasienten slik at hun forteller hva som har skjedd. I slike tilfeller blir det sykepleierens rolle å ivareta pasientens behov på lik linje som om hun skulle vært inne på akuttmottaket. Det er derfor viktig at sykepleier på sengepost har kunnskap om akuttsykepleie fordi akutte situasjoner også kan oppstå på sengepost som et resultat av at pasienten betror seg til deg. De relevante prosedyrene er presentert i en syntese under kapittel 3.2.4. Akuttsykepleie og vil ikke bli diskutert i detalj her.

4.5. Metoderefleksjon

Forskningsartiklene presentert i denne oppgaven baserer seg for det meste på kvantitativ forskning. I lys av oppgavens problemstilling kan dette regnes som en svakhet fordi kvantitativ forskning ikke dekker hele spekteret ved den menneskelige opplevelsen, men heller kategoriserer data (Dalland, 2020, s. 55) I de systematiske søkene ble det derimot klart tidlig i prosessen at det er mangel på kunnskap om temaet, noe som gjorde at det var vanskelig å finne relevant og tilstrekkelig forskningsmaterieell. Det ble ikke funnet kvalitativ forskning som samsvarte med inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Dette har fått implikasjoner for hvilke resultater som er presentert i oppgaven. Fremtidige studier bør etterstrebe å inkludere mer kvalitativ forskning på temaet.

For at overføringsverdien til sykepleiepraktikk i Norge skal være størst mulig var det ønskelig å inkludere forskning fra Europa eller land med vestlig kultur. Dette var derimot utfordrende og studiene som er inkludert i oppgaven omfatter flere land utenfor Europa. Det ble gjort en vurdering tidlig i prosessen på at overføringsverdien av disse studiene var relevante i og med at opplevelsen av et seksuelt overgrep er en menneskelig erfaring.

I det systematiske søket er det tatt utgangspunkt i tre databaser. Et mer omfattende søk i flere databaser hadde muligens gitt flere relevante artikler. I analyse og utvelgelse av artiklene har Evans (2002) analysemodell og sjekklister fra Helsebiblioteket (2016) blitt anvendt. Grunnet oppgavens omfang er ikke alle resultatene som er presentert i kapittel 3.2 Sammenfattet resultat av forskningen diskutert like inngående. Informasjonen om Kari Martinsen er hentet fra Kristoffersen (2016b) en sekundærkilde til Kari Martinsens omsorgsteori. Ved bruk av sekundærkilder understreker Dalland (2020, s. 156) viktigheten i å bruke primærkilden hvis den er å få tak i. Kristoffersen (2016b) ble vurdert som en god sekundærkilde da boken er å finne som sykepleierpensum.

4.6. Konklusjon

I møte med kvinner på sengepost som har gjennomgått et seksuelt overgrep har sykepleieren en viktig rolle i å ivareta pasientens behov. Oppgaven har belyset hva sykepleieren bør vektlegge i det mellommenneskelige møtet og hvordan disse aspektene kan være ressurser. Forskningsresultatene viste at forekomsten av seksuelle overgrep mot kvinner er høy og at risikoen for utvikling av psykiske lidelser etter overgrepet er stor. Sykepleien bør derfor bygge på autonomi samt mellommenneskelige ferdigheter og metoder.

Det er igjennom kunnskap og bevissthet rundt traumebevisst omsorg, personorientert kommunikasjon og empati at sykepleieren kan etablere et godt terapeutisk forhold. Sykepleierens største ressurs i møte med pasienten er evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Gjennom denne evnen kan sykepleieren etablere et godt terapeutisk forhold og identifisere faktorer som påvirker pasientens kognitive tolkning av situasjonen og dermed motivere til mestring. Denne evnen avhenger av menneskelig, personlig og profesjonell utvikling og forutsetter at sykepleieren kan investere tid i pasienten.

Sykepleiere på sengepost bør ha kunnskap om akuttsykepleie knyttet opp mot seksuelle overgrep ettersom akutte situasjoner kan oppstå som et resultat av at det terapeutiske forholdet oppstår. Bevissthet rundt en emosjonell og intellektuell tilnæringsmåte i sykepleien er derfor viktig. Videre bør sykepleieren møte pasienten i lys av de problemene og behovene hun selv oppfatter som viktig ettersom omsorgen er individuell og tilpasset den enkelte.

Referanser

- Cleary, M. & Hungerford, C. (2015). Trauma-informed Care and the Research Literature: How Can the Mental Health Nurse Take the Lead to Support Women Who Have Survived Sexual Assault? *Issues in Mental Health Nursing*, 36(5), 370-378.
<https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1009661>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Delgadillo, D. C. (2017). When There is No Sexual Assault Nurse Examiner: Emergency Nursing Care for Female Adult Sexual Assault Patients. *Journal of Emergency Nursing*, 43(4), 308-315.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.11.006>
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler* Norsk senter for forskningsdata Hentet 10.05 fra
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Du Mont, J., Macdonald, S., White, M., Turner, L., White, D., Kaplan, S. & Smith, T. (2014). Client Satisfaction With Nursing-led Sexual Assault and Domestic Violence Services in Ontario. *Journal of Forensic Nursing*, 10(3), 122-134.
<https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000035>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26. www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf
- Farstad, M. (2016). *Skam : eksistens, relasjon, profesjon*. Cappelen Damm akademisk.
- FHI. (2019, 02.01.20). *Vold og seksuelle overgrep*. Folkehelseinstituttet Hentet 05.05 fra
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/#om-vold>
- FN. (1948). *Verdenserklæringen for Menneskerettigheter*. FN-sambandet.
<https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/fns-verdenserklaering-om-menneskerettigheter>
- Grasmo, H. & Benestad, E. E. P. (2021, 07.12). Cis-kjønn. I *Store medisinske leksikon*
<https://sml.snl.no/cis-kj%C3%B8nnet>
- Helsebiblioteket. (2015, 12.11.18). *Litteratursøk* Hentet 25.04 fra
<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/litteratursok>
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. Hentet 05.05 fra
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (u.å). *Termbasen MeSH på norsk og engelsk*. Hentet 25.04 fra
<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/sprakverktoy/sok-i-norske-mesh>

- Helsebiblioteket. (u.å). *CINAHL*. Hentet 25.04 fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/cinahl?lenkedetaljer=vis>
- Hjemdal, O. K. (2014). Vold mot kvinner - definisjoner, forekomst og risikofaktorer IK. Narud (Red.), *Vold mot kvinner* Cappelen Damm akademisk.
- hpl. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Stress og mestring IN. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lechner, M., Bell, K., Short, N. A., Martin, S. L., Black, J., Buchanan, J. A., Reese, R., Ho, J. D., Reed, G. D., Platt, M., Riviello, R., Rossi, C., Nouhan, P., Phillips, C., Bollen, K. A. & McLean, S. A. (2021). Perceived Care Quality Among Women Receiving Sexual Assault Nurse Examiner Care: Results From a 1-Week Postexamination Survey in a Large Multisite Prospective Study. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 47(3), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.11.011>
- Mirhaghi, A., Sharafi, S., Bazzi, A. & Hasanzadeh, F. (2017). Therapeutic relationship: Is it still heart of nursing? *Nursing Reports*, 7(1), 4-9. <https://doi.org/10.4081/nursrep.2017.6129>
- Moreno-Poyato, A. R. & Rodríguez-Nogueira, Ó. (2021). The association between empathy and the nurse-patient therapeutic relationship in mental health units: a cross-sectional study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 28(3), 335-343. <https://doi.org/10.1111/jpm.12675>
- NKVTS. (u.å). *Forskningsprogrammer, publikasjoner og ansatte* Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress Hentet 25.04 fra <https://www.nkvts.no/?s>
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer* Norsk sykepleierforbund Hentet 29. 04 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- NSF. (u.å). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Norsk sykepleierforbund Hentet 19.05 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Parr, N. J. (2020). Sexual Assault and Co-Occurrence of Mental Health Outcomes Among Cisgender Female, Cisgender Male, and Gender Minority U.S. College Students. *Journal of Adolescent Health*, 67(5), 722-726. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.040>
- pbri. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-63>

- Statistisk sentralbyrå. (2021). *Anmeldte lovbrudd og ofre*. Hentet 26.05 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/kriminalitet-og-rechtsvesen/statistikk/anmeldte-lovbrudd-og-ofre>
- strl. (2005). *Lov om straff (straffeloven)* Justis- og beredskapsdepartementet. <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2005-05-20-28>
- Svartdal, F. (2020, 15.08). Latent variabel IStore norske leksikon https://snl.no/latent_variabel
- Sørbø, M. F. (2014). Helsekonsekvenser av vold mot kvinner IK. Narud (Red.), *Vold mot kvinner* Cappelen Damm Akademisk
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.
- UN. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women, resolution 48/104* <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
- Ursin, L. (2021, 08.11). Pasientautonomi IStore medisinske leksikon <https://sml.snl.no/pasientautonomi>
- WHO. (2013). *Global and regional estimates of violence against women* (ISBN 978 92 4 156462 5). World Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
- WHO. (2018). *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018* (ISBN 978-92-4-002668-1). World Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
- WHO. (2021). *Violence against women* World Health Organization Hentet 28.04 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Aakvaag, H. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., Røysamb, E. & Olf, M. (2016). Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 204, 16-23. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.004>

