

Hvordan kan vi som sykepleiere møte et menneske den første tiden etter en voldtekt?



(Foto: privat)



SAMMENDRAG

OPPGAVE/eksamen SPL 3901

Kull 05HBSPLH

Gruppe nr. 516

Dato 09.05.2008

Forfattere: (fylles evt. ut etter sensurering!)

Norsk tittel (Undertittel /Problemstilling):

Hvordan kan vi som sykepleiere møte et menneske den første tiden etter en voldtekt?

Engelsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

How can we as nurses meet a human being the first period after a rape?

Sammendrag

Vi har skrevet denne oppgaven i forbindelse med avsluttende eksamen ved Høgskolen i Gjøvik. I denne oppgaven har vi brukt litteraturstudie med en kvalitativ tilnærming. Vi har også hatt uformelle samtaler med forskjellige yrkesgrupper som har erfaring rundt temaet.

Oppgaven er basert på møte mellom sykepleier og en som har vært utsatt for voldtekt. Vi har da belyst tema som kriser, reaksjoner, holdninger, kommunikasjon, empati og omsorg.

Arbeidet med oppgaven har gitt oss ny kunnskap og forståelse for hvor viktig et godt møte mellom sykepleier og en voldtektsutsatt er. Ved at en sykepleier har god faglig kompetanse og møter dem med gode holdninger og omsorg, gir vi den voldtektsutsatte følelsen av trygghet.

Nøkkelord

Sykepleier, møte, kommunikasjon, krise, reaksjoner og empati

Klausul på utlån av oppgaven/delprodukter

NEI

JA

Jeg kjenner at setet jeg sitter på er lagt bakover så jeg nærmest ligger i stolen. På kne foran meg står utlendingen – han virker stor som et fjell der han ruver opp foran meg. Kjolen ligger i en krøll rundt livet. Trusen er vekk. Med et grynt hiver han seg tungt over meg og trenger seg inn i meg. Jeg blir grepet av en intens angst. Får fullstendig panikk. Han er så tung, jeg får nesten ikke puste

Grete Kvalheim

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Avgrensning av oppgaven	7
1.3 Disposisjon av oppgaven	7
2.0 METODE	8
2.1 Valg av metode og fremgangsmåte	8
2.3 Kildekritikk	9
3.0 TEORI	11
3.1 Kriser og påkjenninger etter en voldtekt	11
3.2 Psykiske reaksjoner etter en voldtekt	12
3.2.1 Angst og frykt	12
3.2.2 Sinne og frustrasjon	13
3.2.3 Seksualitet og tap av kontroll	13
3.2.4 Posttraumatisk stress	14
3.2.5 Skam og skyld	14
3.2.6 Selvbilde og identitet	15
3.3 Kommunikasjon med mennesker i krise	15
3.4 Holdninger	16
3.5 Undervisning og veiledning	16
3.6 Møte med mennesker som er i krise	17
3.6.1 Makt	19
3.6.2 Avmakt	19
3.6.3 Evnen til empati og omsorg	20
3.7 Joyce Travelbee	20
3.7.1 Det første møtet	21
3.7.2 Travelbee's forståelse av empati	21
4.0 DRØFTING	23
4.1 Opplevelser etter en voldtekt	23
4.1.1 Det er normalt å reagere	23
4.1.2 Posttraumatisk stress	25
4.1.3 Sentrale følelser	26
4.2 Kommunikasjon – et viktig redskap	26
4.2.1 Sykepleierens profesjonelle holdninger	27
4.3 Forebygging på et tidlig stadium	28
4.4 Sykepleier i møte med en som har blitt utsatt for voldtekt	28
4.4.1 Empati	30
5.0 KONKLUSJON	32
6.0 ETTERORD	33
6.1 Produktevaluering	33
6.2 Prosessevaluering	33
LITTERATURLISTE	36

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har skrevet en oppgave om hvordan vi som sykepleier kan møte en person som har blitt utsatt for voldtekt. Voldtekt er når noen blir tvunget til samleie ved bruk av vold, eller i frykt for eget liv og helse. Det rammer hovedsaklig kvinner mellom 18 og 45 år. Omkring 450 anmelder voldtekt i Norge hvert år, men det finnes fortsatt mange mørketall. (Nylenna 2007 bind 5, 255- 256)

Dette er vår siste oppgave som sykepleierstudenter ved Høgskolen i Gjøvik. Vi valgte et tema som vi fant interessant, og som vi hadde lite kunnskap om på forhånd. I forhold til møte med en som har vært utsatt for voldtekt, legger vi blant annet stor vekt på holdninger. I løpet av hospiteringen opplevde vi en sykepleier som hadde andre holdninger enn forventet. Dette engasjerte oss i enda større grad. Vi fikk da en ny forståelse av hvor viktig et godt møte mellom sykepleier og pasient er. Det er viktig at vi som sykepleiere har kunnskap om dette tema, da vi kan møte denne problemstillingen i arbeidslivet.

1.2 Avgrensning av oppgaven

På grunn av begrenset tid og omfang på oppgaven har vi valgt å avgrense oppgaven vår til og handle om; hvordan vi som sykepleiere kan møte et menneske den første tiden etter en voldtekt? Vi har valgt å begrense den første tiden etter en voldtekt til to måneder etter overgrepet.

I oppgaven vår legger vi vekt på kvinner etter en voldtekt. Dette gjør vi for å begrense oppgaven. Vi har valgt og ikke fokusere på pårørende, selv om dette er et viktig og relevant tema i forhold til voldtekt. Etikk kommer ikke frem som et eget punkt i oppgaven, men vi beskriver likevel flere områder rundt etikk.

Fysiske plager kan være vanlig etter en voldtekt, men vi har ikke vektlagt det da vi går mer inn på det psykiske aspektet. Vi har sett på prosedyrer som blir gjennomført etter en voldtekt, men vi har ikke nevnt det i oppgaven. Videre i oppgaven har vi valgt å omtale den som har opplevd voldtekt som voldtektsutsatt eller pasient.

1.3 Disposisjon av oppgaven

Metode har vi skrevet om i kapittel 2.0. Her kommer fremgangsmåten og oppgaveprosessen frem. Vi sier her noe om de uformelle samtalene vi har hatt, og begrunner vårt valg av metode, som er litteraturstudie.

I kapittel 3.0 har vi teoridelen vår, hvor vi legger vekt på kriser, reaksjoner og møte mellom sykepleier og pasient. Videre i kapittel 4.0 har vi drøftet vesentlige punkter fra teorien. I kapittel 5.0 har vi konklusjon hvor vi har samlet de viktigste punktene i oppgaven. I slutten av oppgaven har vi kapittel 6.0 hvor vi evaluerer prosessen og det ferdige produktet.

2.0 METODE

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder. (Dalland 2007, 81)

2.1 Valg av metode og fremgangsmåte

I oppgaven vår har vi valgt å bruke litteraturstudie med en kvalitativ tilnærming. Ved at vi bruker en kvalitativ metode tar vi for oss opplevelser og meninger som ikke kan måles eller tallfestes. (Dalland 2007, 82). Grunnen til at vi har valgt denne måten å løse oppgaven på, er på grunn av begrenset tid og at det er mest hensiktsmessig i forhold til tema. Ved at vi har valgt litteraturstudie, får vi kunnskap om det som står i faglitteratur og satt det i sammenheng med teamet vårt.

Vi har valgt og bruke flere av pensumbøkene, samtidig har vi funnet andre relevante fagbøker på bibliotek og kunnskapssenter.

Før vi kom i gang med oppgaveskrivingen, diskuterte vi en stund hvilken problemstilling vi ville ha. Vi kom tidlig frem til at vi ville skrive om voldtekt og møte mellom sykepleier og en som har vært utsatt for voldtekt. Et av kravene til denne oppgaven er gjennomføring av hospitering. Vi møtte store utfordringer i forhold til dette, da det er et sårbart tema og derfor vanskelig for oss som studenter å få hospitering. Etter mange forsøk fikk vi avtale om uformelle samtaler hos forskjellige instanser. Vi begynte etter dette å forberede de uformelle samtalene ved å lese om de forskjellige stedene vi skulle besøke. På den måten kom vi frem til hva som var relevant for oss å spørre om. De uformelle samtalen har foregått på to forskjellige voldtektsmottak, ressurscenter, en organisasjon og en psykiatrisk avdeling. Vi mener dette har vært med på å styrke oppgaven vår og belyst problemstillingen på en god måte.

I forkant av samtalene sendte vi spørsmål, slik at de var forberedt på hva vi skulle snakke om. Det vi har vektlagt i spørsmålene, var hvordan de forskjellige stedene jobbet i forhold til voldtekt. Hovedfokuset hos de fleste, var å møte en som har vært utsatt for

voldtekt med gode holdninger og empati. For å forebygge reaksjoner på en best mulig måte, begynte de behandling så tidlig som mulig. Hospiteringen ga oss ny kunnskap og inspirasjon til å jobbe videre med dette temaet. Vi ble møtt med engasjement og positiv respons, over et lite belyst tema. Selv om vi hadde forskjellige opplevelser, var alle møtene lærerike. Vi opplevde som nevnt tidligere et møte med sykepleier, som ikke var helt som forventet. Inntrykket etter dette møte gjorde at vi satt igjen med mange spørsmål som vi ville finne svar på.

Etter at vi hadde innhentet informasjon gjennom uformelle samtaler og faglitteratur, måtte vi prøve å samle stoffet vi hadde fått. Vi ville da finne ut hva som var relevant i forhold til temaet vi hadde valgt. Det var en utfordring å finne god litteratur som skulle gi svar på problemstillingen vår. Litteraturen vi har brukt, har vi funnet ved biblioteket på høyskolen i Gjøvik. Vi har da brukt søkemotoren bibsys for å finne relevant litteratur. Søkeord vi brukte var: voldtekt, posttraumatisk stress og forebygging. De bøkene biblioteket ikke hadde, fikk vi bestilt via andre bibliotek. Dette er noe biblioteket på skolen har vært veldig behjelpelig med. Ellers har vi brukt elektroniske kilder som google og regjeringen.no, noe som har vært relevante kilder for oss.

2.3 Kildekritikk

Det er viktig å være bevisst på hvilke kilder man velger å bruke, og hvorfor. I forhold til temaet vårt, finnes det lite litteratur om sykepleie og voldtekt. Vi har valgt å bruke flere av pensumbøkene våre, da de knytter sammen forskjellige temaer i forhold til sykepleie, krise og reaksjoner. Derfor har vi bevisst valgt å bruke mye ny litteratur, da det var mest relevant i forhold til temaet. Vi har også valgt å bruke noen eldre bøker. Selv om de er eldre mener vi fortsatt at de er relevante å bruke i oppgaven vår.

Vi har valgt å bruke boken til Kvalheim og knytte den opp mot teori og drøfting, da den skildrer hennes situasjon og opplevelser. Selv om boken til Kvalheim er fra 1990-tallet, ser vi på de reaksjonene og opplevelsene hun beskriver, som like relevante i dag. Dette har vi også fått bekreftet gjennom nyere teori og uformelle samtaler.

Vi har valgt å bruke sykepleieteoretikeren Travelbee i oppgaven vår. Dette har vi gjort på grunn av at hun skriver om hvordan vi som sykepleiere kan møte et menneske i krise. Et punkt Travelbee beskriver, er å finne meningen med sykdom og lidelse. Dette er et punkt som er vanskelig å forholde seg til, da vi ikke forstår hvordan det føles og ha opplevd en voldtekt. Vi har derfor valgt og ikke uttale oss om å finne en mening med voldtekt.

Vi har benyttet oss av en bok som er skrevet av Travelbee. Denne er oversatt fra engelsk til norsk, og er dermed en sekundær kilde. Det samme gjelder for det Kirkevold har skrevet om Travelbee. Ved en oversettelse mener vi at viktige poeng kan gå tapt i prosessen.

Vi er klar over at en i prinsippet bør være kritisk til internettkilder, da det meste kan publiseres på nettet. Likevel har vi valgt å bruke et hefte som er hentet på regjeringen sine sider. Vi mener at dette hefte er troverdig, da den er skrevet av en psykolog.

Vi er klar over at en engelsk forskningsartikkel kan være med på å styrke oppgaven vår. Etter og ha søkt på internett og bibsys fant vi mange artikler. Da vi hadde lest gjennom dem kunne vi se at disse ikke var relevante i forhold til sykepleie og voldtekt. Vi mente derfor at en artikkel med lite relevans til oppgaven, ikke var hensiktsmessig å ta med.

Siden vi har valgt å bruke litteraturstudium som metode, har vi lest og tolket tekster. Det er da viktig at vi tolker teorien til vårt stoff, men at vi er beviste på at det finnes flere måter å tolke det på.

3.0 TEORI

3.1 Kriser og påkjenninger etter en voldtekt

En krise kan defineres som et avgjørende vendepunkt og en plutselig forandring i livet. (Nylenna 2007 bind 3, 158)

Et seksuelt overgrep vil føre med seg store påkjenninger, som igjen kan føre til at personen opplever en krise. En krise kan oppstå ved uforutsette hendelser, som ved en voldtekt. Dette kan føre til lettere psykiske forstyrrelser eller psykisk ulikvekt. I følge Kringlen kan en komme styrket ut av en krise hvis en får den hjelpen en trenger tidlig i stadiet. Hvis krisen ikke blir håndtert riktig kan det føre til en psykisk lidelse. Personens toleranse og sårbarhet er viktige faktorer som kan være med på å påvirke utfallet. (Kringlen 2005, 118)

En person som har vært gjennom en voldtekt kan oppleve forskjellige faser av en krise. Disse fasene går ofte over i hverandre. De som har vært utsatt for et traume kan oppleve å være i sjokk den første tiden etterpå. Den kan vare fra noen minutter til noen få dager. Personen kan oppleve store påkjenninger og benekter ofte hendelsen. Etter en tid vil personen gå over til reaksjonsfasen, og det vil begynne å gå opp for vedkommende hva som har skjedd. I denne fasen er det mange som har et behov for å snakke om det som har skjedd. Ofte dukker fortrenge minner opp, dette på grunn av at det psykiske forsvaret er svekket. Mange kan i denne fasen også ty til alkohol eller tabletter. I bearbeidingsfasen innstiller personen seg på det som har skjedd, og denne kan vare i flere måneder. Her begynner en å se fremover og kan gjenoppta gamle aktiviteter. Tilpasningsfasen er en overgang fra bearbeidingsfasen. De føler ofte mindre skyld for det som har skjedd, og får tilbake selvspekten. (Kringlen 2005, 119)

3.2 Psykiske reaksjoner etter en voldtekt

Turen i fyllearresten blir ingen engangsaffære. Adferdsmønsteret mitt endres. Stadig oftere drar jeg på byen i helgene for å feste. Jeg drikker til jeg sovner, uansett hvor jeg befinner meg. Enten det er ute, på trikken, på en eller annen tilfeldig trapp eller på fortauet på vei hjem. Noen ganger kommer jeg meg hjem for egen maskin. Andre ganger blir jeg plukket opp av politiet, og enten kjørt i arresten eller hjem. (Kvalheim 1992, 56)

Her forteller Kvalheim om en situasjon som hun ofte kom opp i etter overgrep. Vi mener at situasjonen viser hvordan adferdsmønsteret kan endre seg etter en voldtekt. Dette er noe som vi også velger å skildre i teorien.

En reaksjon er: "Et emosjonelt adferdsmessig mimisk eller kroppsholdningsmessig svar på noe man opplever eller erfarer." (Nylenna 2007 bind 4, 233)

Etter en voldtekt vil det være individuelt hvilke reaksjoner en vil få. Psykolog Dyregrov har skrevet om de mest vanlige.

Når en person blir utsatt for voldtekt oppleves det som uvirkelig, som om det skjer med en annen. Mange opplever at de vil gjøre motstand, men kroppen klarer ikke å utføre hjernens ordre. Andre opplever at tankene blir borte og at kroppen blir slapp, og at de dermed ikke klarer å gjøre motstand. De kan da oppleve å bebreide seg selv mye mer i etterkant fordi de føler at de ga seg totalt over. Graden av vold og trusler kan være med på å avgjøre hvilke reaksjoner en får etter et overgrep. Opplevelsen av en voldtekt kan bære preg av store smerter, dødsangst og frykt, og noen føler at tiden står helt stille. (Dyregrov 2007)

3.2.1 Angst og frykt

Etter en voldtekt vil angst og frykt være vanlige reaksjoner. Mange av de som har opplevd en voldtekt vil gå på tå hev for de venter på at noe skal skje igjen, og helt naturlige ting kan oppskake dem og skape frykt. Dette er en naturlig reaksjon når man

har opplevd noe som er så traumatisk. Både kropp og sjel vil gå i beredskap i tilfelle noe slik vil skje igjen. Frykten kan bli utløst av noe som minner om voldtekten. Dette kalles traumatiske påminnere. Disse kan bli utløst av en spesiell lukt, eller av en viss type stemme eller en setting. Det kan ta lang tid før man klarer å få disse påminnerne under kontroll, og det er ikke uvanlig å få profesjonell hjelp for å mestre dette. Ofte vil veldig mange av de som har opplevd en voldtekt gjenoppleve det som har skjedd, spesielt om natten. Da kan det komme bilder, video eller hørselsminner av det som skjedde under voldtekten. Hvis man sliter med dette lengre enn fem uker etter hendelsen bør man søke hjelp for å få det under kontroll. (Dyregrov 2007)

3.2.2 Sinne og frustrasjon

Det er ikke uvanlig at den som har vært utsatt for voldtekt føler sinne og irritasjon i ettertid. I følge psykolog Dyregrov kan det komme av at man undertrykker disse følelsene under voldtekten, i frykt for å miste livet. Ofte lar en dette sinnet gå utover personer som står dem nærmest. Søvnvansker, fareberedskap, vonde minner og tanker gjør at det mentale energiforbruket blir stort, noe som kan føre til at en blir frustrert. (Dyregrov 2007)

3.3.3 Seksualitet og tap av kontroll

Fysisk kontakt og seksualitet kan være vanskelig for de som har vært utsatt for voldtekt, da dette kan minne dem om selve overgrepet. Det kan være at de blir berørt på samme stedet på kroppen som under voldtekten. De kan da føle at det de går i gjennom skjer en gang til. Etter en voldtekt kan en få følelsen av og ikke ha kontroll, og dette kan gjøre prosessen til normalisering lengre. Mange vil kunne slite med depresjon og tristhet etter et overgrep. De kan oppleve å få både selvmordstanker og tanker om å skade seg selv. Det er da viktig at personen søker hjelp for problemene sine. Etter et overgrep får en ofte et økt behov for kontroll, og det som er viktig da er å akseptere dette behovet. Det er også viktig at personer rundt dem tar hensyn til dette, og lar de få lov og bestemme i større grad enn tidligere. (Dyregrov 2007)

3.2.4 Posttraumatisk stress

Kringlen beskriver posttraumatisk stress som en angstlidelse. Dette kan oppstå hos mennesker som har vært utsatt for en fysisk eller psykisk påkjenning, som for eksempel etter en voldtekt. Det kan ta fra noen uker opptil et halvt år før symptomene oppstår. Når det oppstår så kan symptomene være som ved en sjokktilstand. Deretter kan en få smerter i magen, hodepine og angst. Gjennom drømmer kan en oppleve vonde minner og gjenoppleve hendelsen. Etter hvert kan en også utvikle dårlig selvtillit. (Kringlen 2005, 181).

I følge Søftestad kan symptomene på posttraumatisk stress deles inn i fire hovedgrupper:

- Den første er flashbacks hvor de gjenopplever voldtekten, og de kan få mareritt og vonde tanker.
- Det andre er at de vil prøve å unngå alt som minner om voldtekten, ved at de stopper tanker, isolerer seg og utvikler hukommelsestap.
- I den tredje kategorien vil det kunne oppstå følelsesløshet og depresjon.
- I den fjerde kategorien er de hyperaktivert. De kan være aggressive, irriterte, og ha problemer med konsentrasjonen. (Søftestad 2005, 67-68)

3.2.5 Skam og skyld

Gang på gang går jeg nådeløst igjennom det som skjedde. Trinn for trinn. Tillater meg ikke å hoppe over det som gjør vondt. Nei, alt skal analyseres og vurderes, for om mulig finne punkter der jeg kunne ha handlet annerledes. Kunne voldtekten vært unngått? Hadde jeg klart å stanse han? (Kvalheim 1992, 125)

Det er naturlig at følelser som skam og skyld kan oppstå etter en voldtekt slik som Kvalheim forklarer ovenfor. Etter en slik hendelse vil det være naturlig og stille seg spørsmål som; hvorfor klarte jeg ikke å gjøre motstand eller komme meg vekk? Dette kan være vanskelige følelser og takle, men sosial kontakt kan ofte være med på å gjøre det lettere. Det å vite at en ikke blir dømt, men akseptert kan være med på å gjøre

skammen mindre. (Anstorp 2006, 237- 238). De som opplever en krise vil ofte kunne tenke tilbake på det de har opplevd, og si til seg selv at de har skylden. Ofte mer enn det som er realiteten. (Falk 1999, 42)

3.2.6 Selvbilde og identitet

Begrepene selvbilde og identitet kan av noen defineres som synonymt. (Hummelvoll 2004, 108) Vi har derfor valgt å fokusere mest på selvbilde, da vi synes det er relevant for noen som har blitt utsatt for et seksuelt overgrep.

Selvbildet vårt er en vurdering av oss selv, enten positivt eller negativt. De fleste ønsker å ha et positivt selvbilde. De som har det er ofte mer verdsatt, lettere å komme i kontakt med og har tro på at de kan løse oppgaver bedre enn andre. Selvbildet er i utgangspunktet stabilt enten det er positivt eller negativt. Erfaringer en gjør gjennom livet kan være med og på å svekke eller bedre selvbildet vårt. (Håkonsen, 2004, 224)

3.3 Kommunikasjon med mennesker i krise

Kommunikasjon kan defineres slik:

Kommunikasjon er en type samhandling der to eller flere mennesker sender og mottar budskap, og der begge parter både presenterer seg selv og sitt budskap og foretar fortolkninger av den andre. (Håkonsen 2004, 239)

Språket er vårt viktigste middel for å kunne kommunisere. Som sykepleier er det viktig hvordan en velger å bruke språket, spesielt når en møter mennesker i en krise. I møte med en pasient, bør en være bevist på hvilket toneleie en bruker. Det er også viktig å kunne være stille, og vise at man lytter til pasienten. Da kan både sykepleier og pasienten få tid til å reflektere, og tolke det som blir sagt. Sykepleieren formidler da at de har tid og at de bryr seg. (Håkonsen 2004, 242).

Når man kommuniserer er det viktig hvordan man velger å bruke blikket. Måten man bruker blikket på blir lett tolket av pasientene når de er sårbare. Blikkontakt er som regel uttrykk for trygghet og kontakt. Det er viktig at sykepleieren lærer seg å tolke

signalene pasientene viser med øynene. Å få blikkontakt er ofte viktig for å få en god kontakt, og da vil også verbal kommunikasjon oppstå. (Håkonsen 2004, 243)

Når man kommuniserer er det viktig å legge vekt på hvilke ansiktsuttrykk man velger å bruke. Det er også viktig hvordan man bevisst bruker kroppsspråket, og man bør være forsiktig med berøring. Mange kan føle at det er unaturlig å bli berørt av helsepersonell. Berøring kan oppfattes som noe veldig privat, derfor er det viktig som sykepleier å ha en profesjonell holdning til dette. Det kan skape frykt, angst og avstand mellom sykepleier og pasient, men det avhenger av hvilken emosjonell tilstand pasienten er i. (Håkonsen 2004, 245)

3.4 Holdninger

Holdninger er enten positive eller negative og de kan være evaluerende, vurderende eller dømmende. De kan deles inn i kognitive, følelsesmessige og adferdsmessige holdninger.

Holdningene våre er basert på grunnlag av omgivelsene våre og det vi ser og hører. Erfaringer og opplevelser en gjør, skaper mening og kunnskap om forskjellige emner. De følelsesmessige holdningene våre kan være både positive og negative. Følelser som respekt, sympati og det at en liker noe kan være positive følelser. Mens negative kan være at en misliker noe, eller at en føler frykt, avsky og forakt. Et eksempel på negative holdninger er fordommer. Våre holdninger skapes ved at man imiterer foreldrene. Når barnet ser foreldrenes reaksjon, kan de ofte reagere på samme måte. Disse holdningene er det vanskelig å gjøre noe med, da disse reaksjonene fester seg. Holdningene våre kommer tydeligst frem i hva vi gjør og hvordan en reagerer. Det er ikke alltid at en handler ut i fra hva en tenker og føler. Enkelte ganger kan man gjøre det motsatte. (Håkonsen 2004, 225- 226)

3.5 Undervisning og veiledning

I følge dagens ungdom er seksualundervisning på grunnskolen og videregående for dårlig. Det er viktig at de begynner å lære om seksualitet og samliv tidlig, og at dette blir lagt større vekt på i undervisningen. Et tiltak kan være å sette inn andre ressurser

enn lærere for å snakke om seksualitet, da dette ofte kan være mer hensiktsmessig. Grensesetting bør komme sterkere inn i både barnehagen og grunnskolen, for å forebygge mobbing og rus. Respekt for andres grenser og egen seksualitet skal vektlegges. Det bør også legges vekt på rus og ufrivillig sex, uten å virke moraliserende. (NOU 2008, 47-48)

3.6 Møte med mennesker som er i krise

En sykepleier svever umerkelig rundt i rommet. Det knirker i frakken hennes hver gang hun beveger seg. Det er den eneste lyden som høres. Hun holder seg bak meg hele tiden, så slipper hun å se meg inn i øyne. Hele den tiden undersøkelsen tar, snakker hun overhodet ikke til meg. Hvorfor kan hun ikke klappe meg på hånden og trøste meg? Kan hun ikke ta rundt meg, og støtte meg og si at jeg er flink, selv om jeg sikkert ikke er det minste flink. Det jeg trenger akkurat nå er å få tilbake kontrollen. Føle at jeg bestemmer selv. Kjenne trygghet og varme. Nærhet. (Kvalheim 1992, 27)

Å møte en person i krise stiller store krav til helsepersonell. Ved å bruke en terapeutisk måte og tilnærme seg på, så stiller det også store krav til faglig kompetanse. Den nære og personlige kontakten mellom mennesker er en viktig del i møte med en person i krise. Dette vil kunne sies og være den beste måten og hjelpe mennesker i krise på, og på den måten gjøre den lettere og bearbeide. (Håkonsen 2004, 302)

En person som har opplevd et traume er ekstra utsatt for kriser, som for eksempel en person som har blitt voldtatt. Dette er noe det er viktig å tenke over, både for den det gjelder og for de rundt personen. En bør da unngå situasjoner som kan utløse en reaksjon, som for eksempel at en som har vært utsatt for voldtekt prøver å unngå steder som minner om voldtekt. Opplever de til stadighet store belastninger i forhold til dette kan en merke forandringer i atferden. Det kan være i form av gråt og fortvilelse, at de følelsesmessige reaksjonene er redusert eller at de viser mindre glede enn før og de kan være anspente. (Håkonsen 2004, 302)

For de som har vært utsatt for voldtekt og opplever en krise, er det viktig at de føler at sykepleieren de har kontakt med tar seg tid til dem og lytter til det de har og si. De føler

ofte at det er til mer hjelp enn at de hele tiden skal si og gjøre de rette tingene. Å vise at en er der for dem er til god hjelp, selv om det beste er at personen det gjelder kan komme frem til en egen løsning. Selv om dette ofte kan ta tid, så er det en god måte å løse en krise på. De som er i krise har et behov for å kunne uttrykke og sette ord på sine tanker og følelser rundt det de har opplevd, selv om de ofte trenger tid. (Håkonsen 2004, 302)

De som har vært utsatt for en vanskelig livssituasjon og som i ettertid har utløst en krise, kan ofte føle seg unormale. De tror ofte at reaksjonene deres ikke er normale, selv om det og uttrykke sorg og fortvilelse er naturlig etter at en har opplevd et traume. Ved ikke å godta de følelsene og reaksjonene de opplever, så vil reaksjonen kunne bli forsterket. (Håkonsen 2004, 302)

Når en sykepleier hjelper en person i en krise, er det viktig at en lar de få utløp for sine følelser og reaksjoner. De skal kunne få lov til å gråte uten å føle skam. En må derfor vise at en aksepterer slike reaksjoner, og ikke bagatelliserer det for å slippe og vise egen usikkerhet. (Håkonsen 2004, 302- 303)

Når personen etter en stund har fått gitt uttrykk for sine tanker og vist sine følelser, kan en forsiktig komme med nye forslag og muligheter. Dette kan være å formidle kontakt med for eksempel forskjellige kritesenter. Det er viktig at dette ikke skjer for tidlig i forløpet da det kan ha negativ innvirkning på bearbeidingsfasen. På den måten viser en at en ikke bagatelliserer traumet. (Håkonsen 2004, 303)

Å oppsøke støtte kan være vanskelig for en person som har opplevd en krise. Dette gjør at helsepersonell vil få et større ansvar for å tilrettelegge forholdene, slik at personene får den støtten de har behov for. De som har fått satt ord på tanker og følelser har lettere for å mestre vanskelige situasjoner. (Håkonsen 2004, 303)

3.6.1 Makt

Weber definerer makt slik.

”Et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand.”
(Weber i Brodtkorb 2001, 90)

Makt er et nøytralt begrep, som verken er positivt eller negativt. Det gir oss muligheten eller evnen til å påvirke andre mennesker. (Slettebø 2002, 70- 71)

Både kommunikasjon og språk er viktig innenfor maktforholdet. Maktbruk vil komme fram i måten man utfører handlinger på, og noen ganger kan man bruke makt i måten man behandler på. I følge Brodtkorb har de ansatte i helsevesenet mer makt og innflytelse enn pasientene. (Brodtkorb 2001, 90- 102)

3.6.2 Avmakt

Mathiesen beskriver avmakt som:

Det å være i en situasjon hvor man ikke ser noen utvei, midler eller muligheter til å endre sin situasjon eller til å motsette seg andres viljesutøvelse overfor seg selv. (Mathiesen i Brodtkorb 2001, 103)

Avmakt kan oppstå i en situasjon der man ikke ser noen annen mulighet enn å motsette seg andre. Noen kan føle det veldig nedverdiggende og angstprovoserende, og pasientene kan vise det med aggresjon i situasjoner de kjenner avmaktfølelsen. Grunnen til dette kan komme av at de føler de har lite makt, på grunn av at de er underordnet personalet. Siden pasienter er mer sårbare for beslutninger som blir gjort, kan de føle aggresjon og frykt, en følelse som har en nær sammenheng med avmakt. De som utøver avmakt har ikke den muligheten til å oppleve ubehag i situasjonen, de har friheten til å velge. Avmakt kan også være når man ikke kan komme seg bort i fra den krenkende situasjonen, fordi man er avhengig av den hjelpen en får. (Brodtkorb 2001,103-106).

3.6.3 Evnen til empati og omsorg

En grunnleggende følelse mennesker har, er evnen til empati. Ved å ha evnen til empati, kan en bli berørt av andres følelser, erfaringer og tilstander. (Henriksen 2005, 52)

Empati betyr ikke å føle det samme som andre mennesker, sett bort i fra viss du har opplevd det samme selv. Vi kan likevel, på bakgrunn av de erfaringer vi har som menneske, prøve å leve oss inn i andres situasjon. Samtidig er det vanskelig å forestille seg hvordan det er å leve med for eksempel kroniske smerter. (Kristoffersen 2005 bind 1, 163).

For mange mennesker er det vanskelig å søke hjelp ved psykiske problemer, de kan da føle at deres evne til å fungere er svekket. (Hummelvoll, 2004, 114). Derfor er det viktig at helsepersonell møter personer som har blitt utsatt for voldtekt med gode holdninger og omsorg. Omsorg kan ifølge Hummelvoll forstås som det og ”bry seg om – noe som ingen av oss er i stand til å klare seg uten. ” Med andre ord er det å få omsorg et viktig grunnleggende behov ” (Hummelvoll 2004, 84).

Martinsen har satt opp noen punkter på hva kvalitet i omsorg kan være. Dette er en av dem: Hvis omsorg skal være ekte, må en forholde seg til den andre med en holdning som viser at en anerkjenner ens situasjon. Med det menes at det er utviklet gjensidighet gjennom samhandling og praktiske arbeidssituasjoner. (Hummelvoll 2004, 47)

3.7 Joyce Travelbee

Jocye Travelbee rettet sykepleietenkningen spesielt mot de mellommenneskelige aspektene. Hun var inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi. (Kristoffersen 2005 bind 4, 26)

Travelbee hevder at man må forstå forholdet mellom pasient og sykepleier, for å kunne forstå hva sykepleie er. Møtet mellom pasient og sykepleier kan gi både positive og negative konsekvenser.

Travelbee definerer sykepleie slik:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess, der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forbygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene.

(Kristoffersen 2005 bind 4, 27)

3.7.1 Det første møtet

Det første møtet mellom to ukjente personer er bygd på stereotyper og hvilke forventninger en har til den andre. Samtidig danner de seg et førsteinntrykk av hverandre ut i fra observasjoner, inntrykk og vurderinger. Kommunikasjon er, i følge Travelbee sykepleierens viktigste redskap. Hun mener at det er viktig at sykepleieren hjelper pasienten til å finne mening med sykdom og lidelse for at de lettere skal kunne mestre det. (Kirkevold 2001, 117-119)

Pasienten kommuniserer også gjennom utseende, holdninger, ansiktsuttrykk, manerer og gester, det samme gjør sykepleieren. (Travelbee 1999, 135)

Etter hvert som samhandling utvikles, vil pasienten og sykepleierens personlighet og identitet komme frem. Dette gjør etter hvert at sykepleieren og pasienten får en annen oppfatning og forståelse av hverandre. Pasienten vil da kunne se på sykepleieren som et menneske og ikke bare som en profesjon. (Kirkevold 2001, 117)

3.7.2 Travelbee's forståelse av empati

Empati vil si at en viser forståelse av pasientens tanker og følelser, men samtidig klarer å distansere seg. (Kirkevold 2001, 117-118)

Tillit er nødvendig for at empati skal oppstå. Det kan ta tid før denne relasjonen oppnås.

Ved lik erfaring og bakgrunn vil en lettere kunne føle empati for den andre parten.

(Travelbee 1999, 193)

Travelbee forklarer empati slik:

Mens det er mulig å verdsette og svare på andre personers særegenhet, er det ikke mulig å ha empati med mindre man har en lignende bakgrunn eller situasjon å bygge på. Fordi empati bare kan operere på bakgrunn av likhet, er det urealistisk å forvente at sykepleiere kan ha empati med alle syke personer. (Kirkevold 2001, 118)

4.0 DRØFTING

4.1 Opplevelser etter en voldtekt

Etter en voldtekt vil de fleste oppleve en krise. Som nevnt i teorien vil en krise kunne oppstå ved uforutsette hendelser. En som har vært utsatt for voldtekt vil kunne komme styrket ut av en krise ved å få hjelp tidlig i prosessen. Ved feil håndtering vil de kunne utvikle en psykisk lidelse i ettertid. Som sykepleiere er det viktig å tenke på at en som har opplevd en voldtekt, er sårbar og har behov for forutsigbarhet. Vi bør la de få lov til å være i sjokk i starten og ikke presse de over i neste fase, da dette kan ha en negativ innvirkning. Slik vi forstår det ut i fra det vi har lest bør fasene ha en naturlig utvikling. Sjokkfasen bør gå over til reaksjonsfasen etter noen dager slik at de kan komme videre etter den traumatiske hendelsen. Etter hvert bør de komme over til bearbeidingsfasen og tilpasningsfasen slik at de kan tilpasse seg hverdagen igjen. Det er viktig at vi som sykepleiere har kunnskap om hva som skjer med et menneske i krise, og at vi håndterer det på en riktig måte slik at vi kan forebygge videre reaksjoner.

4.1.1 Det er normalt å reagere

Under punktet psykiske reaksjoner har vi brukt et utdrag fra boka til Kvalheim. Hun beskriver her hvilke reaksjoner hun hadde etter overgrep, og hvordan atferdsmønsteret hennes endret seg. Ut i fra det Dyregrov skriver, og ut i fra det vi har fått kunnskap om fra de uformelle samtalene, ser vi at dette henger sammen med teorien vi har vektlagt. Som sykepleiere vet vi at det er normalt å få noen reaksjoner etter et traume. De som har vært utsatt for en voldtekt kan føle at reaksjonene de opplever er unormale, og at de er alene om å ha disse følelsene. Som nevnt tidligere i teorien kan dette være reaksjoner som angst og frykt. Det kan være på grunn av at de er redd for gjentakelse av hendelsen og frykt for sitt eget liv. Enkelte situasjoner kan utløse traumatiske påminnere. Det kan være dagligdagse situasjoner som det å stå i kø, og dermed blir presset mot andre mennesker. Dette vil kunne utløse en angstreaksjon på grunn av den ufrivillige kroppskontakten som da oppstår.

Mange undertrykker følelsene sine under en voldtekt i frykt for å miste livet. Dette kan føre til sinne og irritasjon i ettertid, noe som ofte kan gå utover de som står dem nærmest.

Etter at en person har vært utsatt for en voldtekt kan det som nevnt ovenfor være vanlige reaksjoner. Slik vi forstår det er det viktig at sykepleieren har kunnskap rundt temaet, og at de kan videreformidle dette til personene som har blitt utsatt for et overgrep. Vi har hatt en uformell samtale med en sykepleier som jobber i et voldtektsmottak på et sykehus i Midt- Norge. De viste til mye kunnskap og erfaring rundt det å møte en voldtektsutsatt i krise. Her hadde de gode rutiner og informasjon om hvilke reaksjoner pasienten kunne få i ettertid. For at de skal få en forståelse av disse reaksjonene, får de med seg et skriv som forklarer hva som er normalt å føle etter en voldtekt. Ved mangel på informasjon og kunnskap om hva som er normalt og unormalt, kan disse etterreaksjonene bli vanskeligere å mestre.

Etter en voldtekt kan seksualitet være vanskelig å forholde seg til, da mye kan minne om selve overgrepet. Hvis en samboer eller partner tilnærmer seg for tidlig etter overgrepet, så vil dette kunne gjøre at de føler mindre kontroll. Som sykepleier er det viktig å formidle at seksualitet og tilnærming er noe en som har opplevd voldtekt må ta i sitt eget tempo. På den måten føler de at de ikke blir presset til noe de ikke ønsker, og at de da ikke mister kontroll. Vi kan formidle kontakt med ressurscenter for pårørende av voldtektsutsatte slik at de også får kunnskap om de normale reaksjonene etter et overgrep. På den måten kan vi hjelpe pårørende til å få en bedre forståelse av situasjonen, og hvorfor det er så viktig for en som har blitt utsatt for voldtekt å ha kontroll.

I forhold til det med kontroll skildrer Kvalheim godt hvordan hun følte at hun mistet kontroll etter overgrepet. Hun var blant annet redd for å dusje i frykt for at overgriperen skulle komme inn i leiligheten uten at hun hørte det.

4.1.2 Posttraumatisk stress

Ved å ha kunnskap om symptomene på posttraumatisk stress kan en lettere oppdage tegn på at det er under utvikling. Som nevnt i teorien er det viktig å forebygge en angstlidelse som posttraumatisk stress viss ikke kan det gi alvorlige konsekvenser. Etter et traume må en være klar over at symptomene ikke trenger og oppstå umiddelbart etterpå. Det er derfor viktig med oppfølging etter en fysisk eller psykisk påkjenning å ta tak i det før det utvikler seg. Hvis det skjer at symptomene faktisk har oppstått, kan en begynne å forebygge på et tidlig stadium. Dette har de et godt tilbud på ved voldtektsmottaket som vi har nevnt tidligere. Her får de tilbud om fem oppfølgingssamtaler hvor de kan snakke om overgrepet, og eventuelt det som de sliter med. Dette er et tilbud de fleste takker ja til, og har god nytte av da det er med på å forebygge posttraumatisk stress. Det er likevel noen som takker nei til dette tilbudet. De som velger og ikke fortelle noen om et overgrep har slik vi har forstått det, en større forutsetning til og utvikle posttraumatisk stress. Dette mener vi på grunnlag av det vi har lest og fått kunnskap om via uformelle samtaler. Etter å ha hatt fem oppfølgingssamtaler, får de tilbud om å bli kontaktet igjen etter et halvt år for å høre hvordan det går med dem. Noen har klart å bearbeide traumet etter de fem samtalene, mens andre har behov for videre oppfølging. Vi som sykepleiere kan da videreformidle kontakt med andre instanser, som for eksempel et ressurscenter.

I jobben vår som sykepleiere kan vi møte voldtektsutsatte på alle arenaer i helsevesenet. Ved å kjenne til symptomene på posttraumatisk stress kan en være med på å forebygge dette. Det kan vi gjøre ved at vi våger å spørre de vi ser har klare symptomer, om de har vært utsatt for et overgrep. Dette er en viktig oppgave for helsepersonell da mange ikke tør å fortelle om det de har opplevd. Vi må derfor bli tøffere til å spørre når vi merker at det er noe galt. Dette bør vi gjøre selv om det kan føles ubehagelig for oss som helsepersonell.

4.1.3 Sentrale følelser

Etter en voldtekt vil skam og skyld være sentrale følelser som dukker opp. Vi har valgt å drøfte skyld og skam sammen med identitet og selvbilde da dette går over i hverandre. Igjen kommer Kvalheim med et eksempel på hvilke følelser som er naturlig å ha etter en voldtekt. Hun går gjennom hendelsen gang på gang for å finne ut om hun kunne gjort noe annerledes, og på den måten unngått voldtekten. Slik vi forstår det føler Kvalheim skyld på grunn av at hun ikke klarte å komme seg unna. Det er viktig at vi som sykepleiere får de til å forstå at ingen har rett til å forgripe seg på dem, uansett hvordan situasjonen er. Vi bør få de til å forstå at skylden ligger hos overgriperen, og at de ikke kunne gjort noe på noen annen måte. Det at vi viser at vi ikke dømmer dem, men at vi tror på det de sier, kan gjøre at de føler seg akseptert og det vil kunne gjøre skammen mindre. En sykepleier med lite kunnskap og dårlige holdninger, kan være med på å forsterke følelsen av skam og skyld hos en som har opplevd en voldtekt.

Vi mener at det samme gjelder for identitet og selvbilde, som for noen defineres som synonymt, slik det står i teorien. Selvbilde kan utvikles positivt eller negativt ut i fra de erfaringene en gjør i livet. Voldtekt er en negativ hendelse, og kan føre til at selvbildet blir svekket. Det å styrke selvbildet til en voldtektsutsatt etter overgrepet, kan være en utfordring for oss som sykepleiere. Vi kan likevel bidra til å bygge opp selvbilde ved at vi viser dem respekt, og at vi aksepterer dem slik de er.

4.2 Kommunikasjon – et viktig redskap

Når vi som sykepleiere tar i mot en som har blitt utsatt for voldtekt, er det viktig hvordan vi bevist bruker kommunikasjon og kroppsspråket, da de er i en sårbar fase. Kommunikasjon er også noe som Travelbee legger stor vekt på i sin sykepleieteori. Hun sier da noe om hva holdinger, ansiktsuttrykk, manerer og gester gjør for videre kommunikasjon. Når vi møter et menneske etter et overgrep må vi være bevist på hvordan vi ordlegger oss og hvilke toneleie vi velger og bruke. Ved at vi tar oss god tid når vi fører en samtale, viser vi som sykepleiere at vi er der for dem og at vi bryr oss. Hvis vi bruker feil toneleie og snakker fort, så kan dette gjøre at de blir urolige og usikre. De som er i en krisesituasjon klarer ikke alltid å oppfatte det som blir sagt, da de

ofte er i sjokk. Det blir da enda viktigere for oss som sykepleiere å gjenta viktig informasjon. Et eksempel kan være ved den gynekologiske undersøkelsen de må igjennom etter at de har kommet til mottaket. Da har sykepleieren en viktig oppgave med å forklare hva som skal skje, og hvorfor. Vi må gjøre det klart for dem at dette er frivillig og at vi ikke skal tvinge dem til noe de ikke vil. Samtidig må vi på en god måte formidle at hensikten med undersøkelsen er å samle bevis og undersøke deres egen helse.

Kommunikasjon går også på hvordan en velger å bruke blikket. Voldtektsutsatte kan være veldig sårbare, og tolker derfor blikk mye lettere. Hvis sykepleieren ikke er bevist på hvordan den bruker blikket, men ser en annen retning enn pasienten, kan det gi uttrykk for usikkerhet. Pasienten vil kunne føle seg utrygg og at de får en dårlig kontakt med sykepleieren. Hvis sykepleieren er bevist på hvordan en bruker blikket sitt og på den måten oppnår god kontakt, så vil det også kunne oppstå verbal kommunikasjon. Berøring kan være et sårt punkt for de som har blitt voldtatt. Dette føles som veldig privat for de fleste og det er viktig at sykepleieren er ydmyk på dette område. For noen kan berøring være en traumatisk påminner fra voldtekten og gjøre at de trekker seg unna sykepleieren. Andre kan oppleve dette som positivt og trygt. For at sykepleieren skal vite hva pasienten ønsker, er det viktig at vi ser på kroppsspråket og har en god kommunikasjon med pasienten.

4.2.1 Sykepleierens profesjonelle holdninger

- Hva var det egentlig som skjedde i går natt? - Hva som skjedde? - Jeg ble jo voldtatt! - Hvorfor ble du med i bilen? Var det ikke litt spennende? Voldtekt og voldtekt- du hadde jo kjole på deg? Hva annet ventet du deg? (Kvalheim 1992, 38)

Her beskriver Kvalheim en episode hun opplevde etter voldtekten. Dette ble sagt av en venninne hun trodde hun kunne stole på, men som i denne situasjonen viste dårlige holdninger til en venninne som har opplevd noe traumatisk.

Holdninger som dette, kan være veldig sårt for den det gjelder. Det å ha følelsen av og ikke bli trodd, mener vi kan være med på å forsterke de følelsesmessige reaksjonene.

Ved at vi viser gode holdninger, viser vi samtidig at vi tar et menneske i krise på alvor. Dette er viktig uansett om hendelsen er reel eller ikke, da vi som sykepleiere har i oppgave å opptre profesjonelt i alle situasjoner. Hvis vi opptrer uprofesjonelt og viser dårlige holdninger, kan det føre til at pasienten føler at de får lite omsorg. Dette kan igjen føre til at de opplever at de står alene i situasjonen slik som i eksempelet over. Omsorg er et viktig grunnleggende behov som bør være tilstede for å kunne takle en kritisk situasjon.

4.3 Forebygging på et tidlig stadium

Vi mener det er viktig å starte med forebygging i forhold til grensesetting og seksualitet i et tidlig stadium. Dette er et tema som er lite vektlagt i undervisningen i grunnskolen og i videregående opplæring.

Et godt tiltak for undervisningen kan være å leie inn helsesøster som har kunnskap om temaet, og som vet hvordan hun skal kommunisere med barn og ungdom. Dette kan være et godt tiltak, da vi mener at ungdom kanskje synes det er lettere å spørre noen som kommer utenfra. Helsesøster har ofte mer erfaring, og hun kan formidle det på en slik måte at de forstår det bedre. Det er viktig at hun tilrettelegger undervisningen etter alderen. Et eksempel kan være på barneskoletrinn, hvor hun da kan fortelle dem om at de skal bestemme over sin egen kropp og sette grenser selv. Vi mener at forebygging i et tidlig stadium, kan være med på å skape mer åpenhet rundt temaet. På ungdomsskoletrinn bør undervisningen komme mer inn på grenser og seksualitet enn på barneskolen, da noen i denne alderen begynner å bli seksuelt aktive. Helsesøster må da formidle, uten å være moraliserende, at de som sier nei til seksuell aktivitet må respekteres.

4.4 Sykepleier i møte med en som har blitt utsatt for voldtekt

Som vi ser i teorien, beskriver Kvalheim hvordan hun opplevde møte med en sykepleier etter voldtekten. Sykepleieren snakket overhodet ikke til henne og holdt seg hele tiden i bakgrunn. Ved at sykepleieren møtte Kvalheim på denne måten fikk hun følelsen av

utrygghet, og at hun ikke hadde kontroll over situasjonen. Dette beskriver Kvalheims opplevelse av situasjonen. Det som kan være årsaken til at sykepleieren handlet på denne måten, kan være at hun følte seg utrygg i situasjonen, og hadde lite kunnskap om hvordan hun skulle møte pasienten. Vi mener at som sykepleier bør du ha en god faglig kompetanse i møte med et menneske i krise. For at et menneske i krise skal kunne bearbeide traumet, er det viktig at det oppstår god kontakt med sykepleieren tidlig i prosessen. Dette er også noe som Travelbee legger stor vekt på. Hun mener at en ut i fra observasjoner, inntrykk og vurderinger, skapes førsteinntrykket. Ved at førsteinntrykket av sykepleieren ikke er som forventet, kan grunnlaget for videre samhandling påvirkes. Dette kan være i både i positiv og negativ retning. Slik vi forstår det kan dette for eksempel være en pasient med negative forventninger til en sykepleier før det første møtet. I stedet får pasienten et positivt inntrykk, da sykepleieren viser trygghet i situasjonen og at hun lytter til det som blir sagt. Tid er et viktig redskap i møte med en pasient som har vært utsatt for voldtekt. En person i krise har ofte behov for å snakke om det som har skjedd, selv om det ofte kan ta tid før de åpner seg. Det er ikke alltid det å gjøre så mye som trenger å være det beste for pasienten, men at vi tar oss tid til dem. Vi viser da at vi er der for dem, og at vi skal hjelpe dem å finne en løsning. Ved at vi hele tiden prøver å si de rette tingene i stedet for å lytte, kan være negativt. Slik vi forstår det, vil dette kunne gjøre at det tar lengre tid før pasienten får uttrykt sine følelser og tanker.

Vi mener at det å være oppmerksom mot pasientene er en egenskap som sykepleiere bør ha. En kan da observere hvilke reaksjoner pasienten har og eventuelle forandringer i atferden. Det er viktig at sykepleiere som jobber med mennesker etter en voldtekt, er bevist på at enkelte situasjoner kan være med å utløse reaksjoner hos pasienten. Viss de ofte opplever situasjoner som minner dem om voldtekten, vil det kunne føre til adferdsendringer. Følelser som gråt og fortvilelse er vanlig. Ved at vi lar de få utløp for disse følelsene og normaliserer det, viser vi at vi ikke bagatelliserer det. Det er viktig at vi ikke gir uttrykk for at disse følelsene er unormale, men at de skal få lov til å gråte uten å føle skam.

Det er individuelt om de som har blitt voldtatt oppsøker hjelp med en gang eller ikke. Etter å ha snakket med avdelingssykepleier på et voldtektsmottak, fortalte hun at de fleste kommer inn rett etter overgrepet. Noen velger likevel og vente noen dager før de oppsøker hjelp, ofte på grunn av følelsen av skyld og skam. Uansett er det viktig at vi som sykepleiere legger til rette forholdene og gir de den hjelpen de trenger.

Som nevnt tidligere i teorien er det viktig at vi som sykepleiere lar den som har vært utsatt for voldtekt, få utløp for sine følelser. Hvis vi ikke gjør det, viser vi at vi ikke tar dem på alvor, og at vi bagatelliserer traumet. Det er også viktig at vi ikke kommer med nye forslag for tidlig, men lar de ta ting i sitt eget tempo. Ved at vi presser dem til noe de ikke er klar for, kan det få konsekvenser for bearbeidingsfasen.

I følge Brodtkorb så har sykepleiere mer makt enn pasientene. Vi bør være bevisst på hvordan vi utøver makt i møte med en som har blitt utsatt for voldtekt. Dette er på grunn av at de som har blitt utsatt for et overgrep ofte får følelsen av å miste makt og kontroll. Det er derfor enda viktigere at vi ikke bruker makt slik at pasienten føler at de ikke mister kontrollen igjen. Vi bør ikke utøve avmakt mot de slik at de føler seg presset inn i en situasjon de ikke er klar for. Beslutninger som blir gjort uten at pasienten blir inkludert, kan føre til at de føler avmakt, sinne og frykt kan oppstå. Vi som sykepleiere må være bevisst på dette, slik at vi utfører en best mulig jobb i forhold til makt og avmakt.

4.4.1 Empati

Psykologer definerer empati slik: ” Som en tilstand der en føler ubehag ved annens smerte eller ubehag.” (Hoffmann i Kristoffersen 2005 bind 1, 163)

Det er vanskelig for oss som sykepleiere å føle hva en som har blitt utsatt for voldtekt går igjennom. Ut i fra det vi har lest i boka til Kvalheim og ut i fra de uformelle samtalene vi har hatt, ønsker de fleste som har blitt utsatt for et overgrep at vi ikke skal si at vi forstår dem. I følge Travelbee er det vanskeligere å vise empati viss en ikke har opplevd noe lignende selv.

Vi kan aldri forstå hvordan det føles å ha vært utsatt for en voldtekt, men vi kan møte dem med å være profesjonelle, gi dem støtte, trygghet og medmenneskelighet.

5.0 KONKLUSJON

Målet med denne oppgaven var å finne ut hvordan vi som sykepleiere kunne møte et menneske etter en voldtekt. Selv om dette er hovedfokuset vårt, har vi også lagt vekt på reaksjonene som kan oppstå i ettertid. Dette har vi gjort da vi mener det er viktig å ha kunnskap om disse reaksjonene, og dermed kunne møte pasientene på en god måte. Kommunikasjon er et annet viktig punkt i oppgaven vår. Gjennom måten vi kommuniserer på, kommer holdningene våre frem. En god profesjonell holdning viser vi ved at vi gir pasienten respekt, og at vi tror på det de forteller.

Gode kunnskaper er et viktig redskap for oss som sykepleiere når vi møter en som har vært utsatt for voldtekt. Ved at vi har det kan vi hjelpe pasienten til å bearbeide traumet, og dermed kan vi unngå at de får psykiske plager. Vi må også vise at vi har tid til dem og at vi vil hjelpe dem underveis, slik at de kan komme frem til en løsning.

Det vi fortsatt vet lite om er hvor mange som blir utsatt for voldtekt hvert år, da det er mange som ikke tør å fortelle om det. Mye av grunnen til dette kan være følelsen av skam og skyld.

Snart skal vi ut i arbeidslivet, og vet det er mange utfordringer som venter på oss. Vi vet nå at voldtektsutsatte er noe vi kan møte uansett hvilken arena vi jobber i.

6.0 ETTERORD

6.1 Produktevaluering

Etter å ha jobbet med oppgaven i seks uker, føler vi nå at vi kommet frem til et svar på spørsmålet vi stilte innledningsvis. Travelbee har vært med på å gitt oss økt forståelse for hvor viktig møte mellom sykepleier og pasient er. Vi har lagt stor vekt på møte gjennom hele oppgaven. Dette kommer likevel bedre frem i enkelte punkter.

Til tider har det vært vanskelig å tolke teorien og gjøre det til vårt eget språk. Ved at vi da tilegnet oss mer kunnskap fikk vi en bedre forståelse av teorien. Drøftingen har vært en utfordring, men med den nye kunnskapen og forståelsen ble drøftingen slik vi ønsket. Det som kan være en svakhet med oppgaven vår, er at vi ikke har fått med en engelsk artikkel. Dette har vi valgt bort, da vi mener at de vi har funnet ikke var relevante i forhold til temaet vårt.

Vi har lagt stor vekt på hvordan et møte mellom sykepleier og pasient kan utvikles i positiv eller negativ retning. Sykepleierens profesjonelle holdning vil være av stor betydning for en som har vært utsatt for voldtekt.

Vi mener vi på en god måte har belyst viktige aspekter i forhold til det å ha opplevd en voldtekt, og hvilke problemstillinger som da følger.

6.2 Prosessevaluering

Vi ble tidlig enige om hva vi ville skrive om, da dette er et tema alle i gruppen brenner for. Dette er et spennende tema som vi hadde lite kunnskap om, og gjerne ville lære mer om.

Vi har forandret problemstilling underveis. Dette har vi gjort med god hjelp fra veileder, som gjorde at vi fikk den mer konkret.

Vi har underveis i prosessen hatt noen diskusjoner. Dette har hjulpet oss til å se problemstillingen fra flere sider, og føler dermed vi at vi har fått mer helhet i oppgaven.

Samarbeidet har fungert godt, men til tider har det vært en utfordring å være tre på gruppen.

I sin store helhet føler vi at vi har fått frem viktige poeng, som engasjerte oss fra begynnelsen.

DEN STØRSTE GAVEN

*Den største gaven
jeg kan tenke meg å få
fra mennesker
er at de
ser meg
hører meg
forstår meg
og
tar på meg.*

*Den største gaven
jeg kan gi
er at jeg
ser, hører, forstår
og
tar på et annet menneske.*

*Når dette har skjedd
føler jeg
vi har skapt kontakt.*

Virginia Satir.

LITTERATURLISTE

- * Anstorp, Trine, Kirsten Benum og Marianne Jakobsen. *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. 2006. Universitetsforlaget. (Kapittel 13, s. 229- 246)
- Brodtkorb, Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa. *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse – sosialprofesjonene*. (2002) 3. opplag 2004. Gyldendal Norsk Forlag AS 2001.
- Dalland, Olav. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (1993) 4. utgave 2007. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Falk, Bente. *Å være der du er - samtale med kriserammede*. (1999). Fagbokforlaget.
- Henriksen, Jan Olav og Arne Johan Vetlesen. *Nærhet og distanse: grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. (2006) 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Hummelvoll, Jan Kåre. *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (2004) 2. opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Håkonsen, Kjell Magne. *Innføring i psykologi*. (2004). 3. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, Marit. *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2001) 5. opplag 2006. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kringlen, Einar. *Psykiatri*. (2005) 2. opplag 2005. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nordtvedt og Eli- Anne Skaug. *Grunnleggende sykepleie*. (2005). Bind 1, 1. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nordtvedt og Eli- Anne Skaug. *Grunnleggende sykepleie*. (2005). Bind 4, 1. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Kvalheim, Grete. *Det begynte med voldtekt – å leve etter overgrepet*. (1992). J.W Cappelens Forlag as. (s. 7- 207)

* Norsk offentlig utredninger (NOU). *Fra ord til handling. Bekjempelse av voldtekt krever handling*. Oslo (2008). Departementenes servicesenter. Informasjonsforvaltning. (Kapittel 7, s. 44- 54)

* Nylenna, Magne. *Store medisinske leksikon, kunnskapsforlaget*. (2007) bind 3, 2 utgave. Kunnskapsforlaget ANS , H. Aschehoug & co, Gyldendal Norsk forlag ASA Oslo 2007. (s. 158)

* Nylenna, Magne. *Store medisinske leksikon, kunnskapsforlaget*. (2007) bind 4, 2 utgave. Kunnskapsforlaget ANS , H. Aschehoug & co, Gyldendal Norsk forlag ASA Oslo 2007. (s. 233)

* Nylenna, Magne. *Store medisinske leksikon, kunnskapsforlaget*. (2007) bind 5, 2 utgave. Kunnskapsforlaget ANS , H. Aschehoug & co, Gyldendal Norsk forlag ASA Oslo 2007. (s. 255- 256)

* Satir, Virginia. *Om å skape KONTAKT*. (1980) 5. opplag 1988. Gjøvik trykkeri AS.

Slettebø, Åshild. *Sykepleie og etikk*. (2002) 3. utgave 2002. Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Søftestad, Siri. *Seksuelle overgrep. Fra privat avmakt til tverretattlig handlekraft*. (2005). Universitetsforlaget. (Kapittel 4, s. 62- 71)

* Travelbee, Joyce. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (1999). Universitetsforlaget AS. (Kapittel 9, 135- 168. Kapittel 10, s. 171- 218)

Internettkilde:

Dyregrov, Atle. (2007) *Voldtekt- vanlige reaksjoner*. URL:

http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/tema/Vold_i_nare_relasjoner/Voldtekt--vanlige-reaksjoner.html?id=465222 (03.05.2007)