



BACHELOROPPGAVE:

Sense of Coherence

Hvordan kan sykepleieren bruke helsefremmende tilnærming for å fremme mestring etter en voldtekt?

FORFATTERE: ANNE-GRETE NAMSTAD
ELISABETH BREDDE

Høgskolen i Gjøvik
Avdeling for Helse, Omsorg og Sykepleie
SPL3902

Dato: 07.05.2012

Tittel:	Sense of Coherence	Dato : 07.05.12
	Hvordan kan sykepleieren bruke helsefremmende tilnærming for å fremme mestring etter en voldtekt	
Deltakere:	Anne- Grete Namstad	
	Elisabeth Bredde	
Veileder:	Brit Væringstad	
Evt. oppdragsgiver :		
Stikkord/nøkk elord (3-5 stk)	Helsefremmende, Sense of Coherence, Salutogenese, Stress, Mestring	
Antall sider/ord: 40/9393	Antall vedlegg:	Publiseringsavtale inngått: nei

Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:

Oppgaven er basert på hvordan sykepleier kan være koordinator i møte med en kvinne som har vært utsatt for voldtekt. Det er lagt vekt på å bruke en helsefremmende tilnærming. Salutogene faktorer og Sense of Coherence er sentrale begreper. Gjennom helsefremmende tilnærming vises hvordan en kvinne kan gjenopprette god helse etter en traumatisk hendelse som en voldtekt.

aBSTRACT

Title:	Sense of Coherence	Date : 07.05.12
	How can the nurse use a health promotion approach in order to help coping after rape	
Participants:	Anne-Grete Namstad	
	Elisabeth Bredde	
Supervisor:	Brit Væringstad	
Employer:		
Keywords (3-5)	Health promotion, Sense of Coherence, Salutogenesis, Stress, Coping	
Number of pages/words:	Number of appendix:	Availability (open/confidential):
40/9393		

Short description of the bachelor thesis:

This bachelor thesis is based on how the nurse can be a coordinator when meeting a woman who has been raped. A health promotion approach is essential. Salutogenic factors and Sense of Coherence are important concepts. Through a health promotion approach it is shown how a woman can regain good health after a traumatic incident as rape.

Innhold

SAMMENDRAG	2
Innhold	6
1.0 Innledning	7
1.1 Situasjonsbeskrivelse	7
1.2 Begrunnelse for valg av tema	7
1.3 Presentasjon av problemstilling	8
1.4 Oppgavens avgrensning	8
1.5 Oppgavens oppbygging	9
2.0 Metode	10
2.1 Litteraturstudie som metode	10
2.2 Valg av litteratur	11
2.3 Innsamling av data	12
2.4 Kildekritikk	13
3.0 Teori	14
3.1 Helse	14
3.1.1 Helsebegrepet	15
3.1.2 Det helsefremmende perspektivet	15
3.1.3 Det salutogene perspektivet	17
3.2 Voldtekt	18
3.2.1 Kvinnens opplevelse av voldtekt	20
3.2.2 Stress	21
3.2.3 Krise	23
3.2.4 Mestring	24
3.3 Sykepleierens rolle	25
3.3.1 Benner og Wrubels sykepleierteori	27
3.3.2 Etikk	28
4.0 Drøfting	29
4.1 Sykepleierens rolle i møtet med kvinnen etter en voldtekt	29
4.2 Den salutogene tilnærmingen - et verktøy i helsefremmende arbeid	32
4.3 Veien til mestring og Sense of Coherence	34
4.4 En praktisk tilnærming	36
5.0 Konklusjon	37
6.0 Etterord	39
7.0 Litteraturliste	39

1.0 Innledning

Høsten 2011 var det en voldtektsbølge i flere byer i Norge. De fleste tilfellene var overfallsvoldtekter begått av menn.

Mediene rettet stor oppmerksomhet mot disse sakene. Kvinner som oppholdt seg i Oslo sentrum på kveldstid, ble oppfordret til å holde sammen. Det oppstod frykt blant en del kvinner.

1.1 Situasjonsbeskrivelse

En ung kvinne er på vei til fest. Det er lørdag kveld og klokken er 22. Kvinnen skal møte noen venninner hos en arbeidskollega. Hun er litt usikker på veien, så utenfor en kiosk stopper hun og spør en mann om han kjenner adressen. Han er svært behjelpelig og vil følge henne. Når de kommer inn i en bakgate stopper han opp. Plutselig virker han litt usikker på hvor de skal gå. Med en rask bevegelse tar han tak med begge hender rundt halsen hennes. Kvinnen blir voldtatt der i bakgaten.

To år etter blir hun intervjuet på tv om voldtekten. Journalisten spør henne hvordan hun har det i dag. Hun forteller at hun føler seg styrket som person etter hendelsen. Hun mener at hun har en sterk bakgrunn som har gjort henne i stand til å komme seg videre etter voldtekten og bli styrket som person.

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Fortellingen over pirret vår nysgjerrighet. Aldri tidligere har vi hørt en voldtektsutsatt fortelle sin historie uten å framstå som et offer. Medienes framstilling av en voldtektsutsatt som et offer til ”evig tid”, stemte ikke overens med denne kvinnens opplevelse.

I mai 2011 skrev vi en oppgave i helsepolitikk. I dette faget møtte vi en del nye begreper som ga oss et nytt perspektiv på begrepet helse, og hvordan helse kan fremmes. Spesielt interessant var det å få kunnskap om forskjellene mellom forebyggende og helsefremmende arbeid, hvor det helsefremmende arbeidet fokuserer på menneskets ressurser som en vei til bedre helse. Vi har opplevd at begrepene forebyggende og helsefremmende i mange sammenhenger brukes om

hverandre. Da vi arbeidet med oppgaven i helsepolitikk, leste vi om Antonovskys salutogene tenkning og hans syn på helse gjennom begrepet Sense of Coherence [SOC].

Høsten 2011 så vi SOC brukt i praksis da vi hospiterte på en rusinstitusjon. Prinsippene i SOC ble brukt i et undervisningsopplegg for brukerne. Det var interessant å oppleve engasjementet hos brukerne, og hvordan de tok initiativ og var problemløsende i forhold til sin egen livssituasjon. Tre enkle ord satt i system; begripelighet, håndterbarhet, og meningsfullhet.

Summen av disse erfaringene danner bakteppet for vår oppgave.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Vi hadde en forforståelse om at en voldtektsutsatt vanskelig kunne komme ut av en rolle som evig offer. Fortellingen til den unge kvinnen viste oss noe annet. Det er i søken etter forståelse på hvordan reaksjoner etter en voldtekt kan få så ulikt utfall at vi har kommet fram til vår problemstilling.

Med kunnskapen fra faget helsepolitikk ønsket vi å se om det kan være en sammenheng mellom helsefremmende tilnærming og mestring etter en voldtekt. Vår problemstilling blir derfor som følger:

“Hvordan kan sykepleieren bruke en helsefremmende tilnærming for å fremme mestring etter en voldtekt”?

1.4 Oppgavens avgrensning

I de fleste tilfeller utføres en voldtekt av en bekjent. Vi har allikevel valgt å forholde oss til overfallsvoldtekter da dette samspiller med situasjonsbeskrivelsen (jmf. 1.1). Det er mange likhetstrekk mellom en overfallsvoldtekt og en voldtekt begått av en bekjent, men et viktig begrep som tillit blir dermed ikke behandlet i oppgaven.

Det er flest kvinner som blir voldtatt og det er flest menn som voldtar. Vi omtaler derfor den voldtektsutsatte som kvinne. Pårørende til en voldtektsutsatt er ikke tatt med. Et annet viktig moment som kommer inn i bildet i forbindelse med voldtekt, er lovverk, politi og eventuelt

domstoler. Denne siden av saken blir ikke diskutert, men bare referert til i vår oppgave. De fysiske skadene som kan oppstå under og etter en voldtekt, blir nevnt i oppgaven. Vårt fokus er de psykiske belastningene som oppstår.

Videre knyttes denne oppgaven til sykepleierens rolle (sykepleierperspektiv) i møte med den voldtatte kvinnen. Det etiske perspektivet er tatt med under beskrivelsen av sykepleierrollen i teoridelen.

I oppgaven har vi valgt et helsefremmende perspektiv hvor pasientens ressurser er i fokus. Pasient og sykepleier er samarbeidspartene. Vi har derfor valgt å ha et brukerperspektiv der begrepet empowerment blir belyst. Innenfor den helsefremmende tenkningen står salutogenesen sentralt. Aaron Antonovskys teori om Sense of Coherence [SOC] er essensiell. I en helsefremmende tenkning inneholder begrepet SOC; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Disse begrepene vil bli behandlet senere i oppgaven.

Et bevisst valg i begrepsbruken har vært å bruke ordet “offer” i forbindelse med selve voldtekten, men ellers som “kvinnen” fordi vi i vår problemstilling vil fokusere på mestring og kvinnens opplevelse av Sense of Coherence.

I arbeidet med oppgaven har vi brukt litteratur av mange forfattere. Vi oppfatter at de bruker ulike begreper som betyr det samme. Vi har redegjort for begrepsbruken fortløpende i teksten.

1.5 Oppgavens oppbygging

I innledningen har vi beskrevet bakgrunnen for valg av tema og problemstilling. Vi har videre beskrevet valg vi har gjort i forhold til å avgrense temaet. I metodekapittelet vil vi gi en generell framstilling av hva metode innebærer. Deretter beskriver vi hvordan vi gikk fram i litteratursøk og litteraturvalg.

Teoridelen og drøftingsdelen har vi valgt å dele opp. Teoridelen belyser vår teoretiske forankring, og begreper knyttet til temaer vi vil drøfte. I drøftingsdelen vil problemstillingen belyses på bakgrunn av den teorien vi har vektlagt innen sykepleierrollen, den helsfremmende tenkningen, mestring og Sense of Coherence.

2.0 Metode

Halvorsen (2006) ser metode som et hjelpemiddel til systematisk undersøkelse av virkeligheten. Det er en måte å samle inn, organisere, bearbeide, analysere og tolke fakta. Metode har også en verdi for leseren, som skal kunne etterprøve valg og bruk av innsamlet data. På den måten er metode en åpen prosess ved "...at andre kan kikke oss i kortene" (Halvorsen 2006, s.13).

I sykepleiefaget møter vi både naturvitenskapene og den humanistiske vitenskapstradisjonen. I Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2008) beskrives naturvitenskapen som søken etter sammenhenger i form av lovmessigheter. Vi kan kalle naturvitenskapene eksakte vitenskaper med fokus på natur og materie. Dalland (2008) sier naturvitenskapelige metoder ikke gir kunnskap som gjør oss i stand til å forstå menneskets tanker, følelser, og opplevelser. Den humanistiske tradisjonen retter oppmerksomheten mot menneskelige fenomener for å forstå de sammenhenger de opptrer i. Vårt perspektiv i denne oppgaven er å få innsikt som setter oss i stand til å forstå mennesker i en krise. Vi har derfor valgt en hermeneutisk tilnærming. I følge Dalland handler hermeneutikken om "...å tolke og forstå grunnlagt for menneskelig eksistens" (2008, s. 56).

2.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudien baserer seg på allerede eksisterende kunnskap. Innsamling og sammenligning av litteratur kan bidra til ny erkjennelse. Metoden kan sies å være en systematisering av kunnskap. En litteraturstudie bringer ikke fram ny kunnskap, og hviler på allerede skrevne tekster. Fordelen er at man kan få tilgang på en stor mengde fagstoff. Fagstoff omhandler både primær- og sekundærlitteratur. Primærlitteraturen kommer fra forfatteren selv, og

forskningsartikler er en slik kilde. Lærebøker derimot gjengir primærlitteraturen og utgjør derfor en tolkning av andres forskning (Støren 2010).

En litteraturstudie søker å etterprøve om teori og virkelighet sammenfaller. Det positive med litteraturstudien som metode er at det er store mengder data å finne. Svakheter kan være at når datamengden er stor, er det utfordrende å trekke ut relevansen i materialet på en grundig nok måte, og evne å få innholdsmessig oversikt og innsikt. Vår tolkning og forståelse av dataene kan bygge på for lite kunnskap og manglende helhetlig bilde.

Vi har valgt litteraturstudie som metode. En empirisk studie med kvalitativ tilnærming ville kreve mye tid. Vi ser også litteraturstudien som mest hensiktsmessig med tanke på emnet vårt. Grunnen til det er at voldtekt er et ømfientlig tema. Vi antar at det ville vært for omfattende på bakgrunn av tidsbegrensningen og muligheten for å få kvinner til å fortelle sin historie. Vi har brukt en historie med innslag fra virkeligheten for å belyse problemstillingen.

2.2 Valg av litteratur

Vi har benyttet mange pensumbøker. I tillegg har vi brukt selvvalgt faglitteratur som vi anser som relevant for problemstillingen. Som teoretisk forankring innen sykepleieteorier har vi benyttet Benner og Wrubel. Deres teori søker å forstå menneskets egen opplevelse av helse. Omsorg er et sentralt begrep. Denne tilnærmingen sammenfaller med vår samfunnsvitenskaplige innfallsvinkel, hermeneutikken. Vi har brukt vår kunnskap om naturvitenskaplige emner i beskrivelsen av de fysiologiske reaksjonene i en krise. Denne kunnskapen har vi fra pensumbøkene i fysiologi og sykdomslære.

Antonovsky sin teori om SOC er beskrevet i mange fagbøker. Vi har valgt å gå inn i primærlitteraturen, for på den måten å kunne tolke teksten selv. Vi har også benyttet oss av sekundærlitteratur. Det er gjort mange gode betraktninger omkring hans teori som vi mener har vært viktig å ta med. Vi nevner spesielt boken til Lerdal og Fagermoen og boken til Gammersvik og Larsen. Disse bøkene er av nyere dato og inneholder både teoretisk og ikke minst praktisk

tilnærming til helsefremmende arbeid og SOC.

Ikke all litteratur er oversatt til norsk. Vi har derfor benyttet bøker som er skrevet på svensk og dansk. Vi har funnet flere vitenskapelige artikler i databaser som har vært relevante i forhold til problemstillingen. De fleste av disse er skrevet på engelsk.

Perspektiv på hva kvinnen tenker har hatt et spesielt fokus under innsamling av litteratur, fordi vi anser brukerperspektivet som viktig i et tema som voldtekt.

Når vi har søkt etter og valgt faglitteratur, har vi vært bevisste på hvilken forfatter som står bak. Vi har forsøkt å komme fram til anerkjente forfattere innen sine fagfelt. Et eksempel på dette er førsteamanuesis ved Høgskolen i Bergen, Eva Langeland, som har skrevet bøker, fag-og forskningsartikler. Hun har kommet fram i mange sammenhenger i vårt søk etter litteratur.

Vi har fått litteraturanbefalinger av fagpersoner innen psykisk helsevern som jobber med salutogen tilnærming. Denne litteraturen har vært spesielt nyttig for oppgaven.

2.3 Innsamling av data

Faglitteratur utenom pensum søkte vi opp via bibsys. Vi har også benyttet oss av bibliotek i vårt nærmiljø. Gjennom vår tilgang til HIGs databaser har vi søkt i Ovid Nursing database og Academic search elite. Vi har også søkt etter vitenskapelige artikler i Helsebiblioteket, Den Norske Legeforening, Sykepleien og Napha. Innsamling av vitenskapelige artikler var tidkrevende både i forhold til databasesøk, språklig og innholdsmessig forståelse, og for å finne ut om de var relevante for oppgaven.

Health, Stress and Coping (1979) av Aaron Antonovsky var vanskelig å få tak i, og måtte bestilles fra Kriminalomsorgens Utdanningscenter. Det var i tillegg mange aktuelle bøker som var utlånt, spesielt på Høgskolen i Gjøvik.

Et utdrag av søkerord og treff er beskrevet i skjema nedenfor:

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Rape and recovery	Ovid Nursing database		18
Rape and recovery	Academic search elite		111
Rape and regaining health	Academic search elite		184
Stress	Academic search elite	Coping	4244
Stress	Academic search elite	Coping Sense of Coherence	45
Rape	Academic search elite	Sence of coherence	1

2.4 Kildekritikk

I arbeidet vårt med å finne relevant litteratur har vi hatt fokus på vurdering av litteraturens relevans. Vi har hatt en bevissthet om fagbøker og forskningsartikler er av nyere dato. Under prosessen oppdaget vi at en del eldre litteratur også var relevant. Vi har vurdert om artiklene er på vitenskapelig nivå ved å gå inn i databasen DBH-statistikk, publiseringskanaler. Der har vi sett om artikkelen er fagfellevurdert (peer reviewed) og om den er på nivå 1 eller 2. Dersom disse kriteriene er tilstede, er artikkelen vitenskapelig anerkjent. I tillegg har vi gjort en egen vurdering av forskningsartiklene med tanke på metode, forfatter og årstall. Det vil si at vi har lest artiklene med kritiske øyne.

Vi har valgt en del eldre fagbøker i teoridelen. Grunnen til dette er at vi ønsket å benytte oss av primærlitteratur. Dette gjelder Aaron Antonovsky, og Patricia Benner og Judith Wrubel. Sekundærlitteraturen vi har lest og brukt i oppgaven bygger på og samsvarer med denne litteraturen. Antonovskys tenkning er i tillegg brukt i helsefremmende arbeid og satt ut i praksis.

Vi har ikke funnet pensumlitteratur som omhandler emnet voldtekt og sykepleie, men har funnet forskningsartikler som knytter disse sammen. Vi har også søkt etter artikler som beskriver kvinnens opplevelse etter en voldtekt. Vi har funnet artikler som er av eldre dato, og har valgt å ta dem med da vi synes de har vært av interesse og relevans for problemstillingen vår. En av artiklene er skrevet av professor i sykepleie Lillian M. Ruckman, som selv ble utsatt for en overfallsvoldtekt.

Ved å bruke utenlandsk litteratur står vi i fare for å mistolke innholdet. Samtidig får vi tilgang på større utvalg av forskningsbasert litteratur. I et hav av vitenskapelige artikler, er det fare for at våre søkerord og valg av databaser fører til at vi kan gå glipp av kunnskap som ville vært relevant. Denne problematikken gjelder også for fagbøker. Det er en stor datamengde og det kan være vanskelig å vite om man velger å trekke fram det som er mest sentralt. Dette er kanskje en uunngåelig konsekvens av en prosess som oppgaveskriving er.

3.0 Teori

Teoridelen er valgt og beskrevet med hensyn til problemstillingens relevans.

Vi ser først på helse og helsebegrepet og knytter det til den helsefremmende- og salutogene tenkning. Videre følger teori om voldtekt og kvinnens opplevelse av voldtekt. Deretter gjør vi rede for begrepene stress, krise og mestring. Etter det følger en beskrivelse av sykepleierollen, sykepleieteori og etikk.

3.1 Helse

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2008) beskriver helse som et begrep og en verdi i stadig utvikling. Opp gjennom historien har menneskers levevilkår og ikke minst synet på menneskets verdi endret seg. I det antikke Hellas så man mennesket som både kropp og sjel. Helse ble knyttet til en balanse mellom alle sider av personligheten. Denne helhetstenkingen ble endret da naturvitenskapen gjorde sitt inntog på 1500- og 1600-tallet. Mulighetene til å kurere førte til en ensidig oppfatning av helse som fravær av sykdom. Dette synet har dominert fram til midten av 1900-tallet, og slik vi ser det, har det fortsatt stor makt i dag.

3.1.1 Helsebegrepet

Vi ser i Mæland (2010) at helsebegrepet har blitt forsøkt definert flere ganger, blant annet av verdens helseorganisasjon. Deres definisjon ble lansert i 1948 og beskriver helse som ”...fullstendig fysisk, mental og sosial velbefinnende...”(Mæland 2010, s. 24). Selv om denne definisjonen kan oppleves utopisk, var den viktig i den grad at den satte fokus på noe mer enn det patogene. Definisjonen sidestilte det fysiske, mentale og det sosiale som avgjørende for å oppnå god helse. Definisjonen belyser også det subjektive aspektet, ved at det enkelte menneskes opplevelse av helse ble satt i fokus. Dermed bidro denne definisjonen til en endring i synet på helse som fravær av sykdom (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2008).

En annen sentral definisjon er beskrevet av Peter F. Hjort: ” Helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav” (Mæland 2010, s. 24). Mæland (2010) forstår i denne sammenhengen helse som en ressurs. Ressursene fungerer som motstandskraft til å takle alle påkjenninger mennesket utsettes for. Evnen til å mestre sees som evne til å oppleve god helse.

Helse er dermed en subjektiv opplevelse som sees i sammenheng med den enkeltes livsoppfatning, verdier, samt kulturelle og sosiale forhold. For å få en god forståelse av helsebegrepets innhold, er et folkelig perspektiv sentralt. Fugelli og Ingstad (2001) gjennomførte i perioden 1997-2000 en studie om innholdet i det folkelige helsebegrepet. Sentrale temaer som ble framhevet var trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og energi. Videre peker Fugelli og Ingstad (2001) på de elementer ved den folkelige oppfatningen av helse som skiller seg fra den medisinske tankegangen: helhet, pragmatisme og individualitet. Helse sees dermed som en opplevelse som omhandler alle aspekter ved livet og vurderes ut fra livssituasjon, alder og sykdomsbilde. Den enkeltes opplevelse av hva som er god helse, er et perspektiv som er viktig i det videre arbeidet med fokus på forebyggende og helsefremmende tiltak.

3.1.2 Det helsefremmende perspektivet

I 1986 ble helsefremmende arbeid definert under en konferanse i Ottawa i Canada. Det helsefremmende arbeidet ble sett som en prosess der mennesker skal få økt kontroll over faktorer som påvirker deres egen helse, og dermed skape bedre helse. Helse sees altså som en ressurs. Ressursene omhandler den enkeltes personlige egenskaper, sosial tilknytning og fysiske evner (WHO, 2012).

Helsefremmende arbeid har som mål å fremme ressurser hos den enkelte for på den måten å styrke befolkningens opplevelse av helse. Denne tenkningen så dagens lys på 1970-tallet. Dette var en periode med radikale strømninger. Datidens folkehelsearbeid ble kritisert for å skape hjelpsløshet og avhengighet (Mæland, 2010). Stang (2003) underbygger dette ved å framheve den paternalistiske holdningen som en tradisjon innenfor det norske helsevesenet. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2008) beskriver paternalisme som en tanke om at man i kraft av sin kompetanse vet hva som er best for pasienten. Denne holdningen gir sykepleieren makt til å ta avgjørelser på pasientens vegne. Stang (2003) mener det har foregått stor grad av maktutøvelse og sier datidens helsesyn var preget av manglende respekt for pasientens integritet og medbestemmelsesrett.

”I helsefremmende arbeid og ideologi legges det stor vekt på å omfordele makt og myndighet fra eksperter til meningmann, og fra sentrale myndigheter til lokale aktører” (Brandstad 2003, s.162). Stang (2003) gir en beskrivelse av begrepet bemyndigelse. Dette er en omdiskutert oversettelse ved at begrepets innhold ikke fanges opp av den norske oversettelsen. Vi vil derfor bruke begrepet empowerment. Empowerment er et sentralt begrep innen helsefremmende arbeid og sees som en prosess som fører til mestring både på individ- og systemnivå. Det rettes fokus mot de muligheter som eksisterer for individet, og er på den måten et positivt ladet begrep. Empowerment handler om å gi eller overføre makt i en relasjon slik at maktubalansen utjevnes. Samtidig handler empowerment om den makten den enkelte opparbeider seg ved å ta kontroll over sitt eget liv. Videre sier Stang (2003) at helsepersonell kan fremme empowerment gjennom å utvikle og fremme ressurser hos den enkelte. Ved å fremme ressurser bidrar sykepleieren til en opplevelse av kontroll over eget liv.

Gammersvik og Larsen (2012) understreker sykepleierens rolle i en empowermentprosess. Nettopp fordi det skal foreligge en maktomfordeling, medvirkning og anerkjennelse, blir sykepleieren en samarbeidspartner i møte med pasienten. En slik situasjon preges av fellesskap, tillit, trygghet og gode relasjoner. Det helsefremmende arbeidet handler dermed om tilrettelegging for økt kontroll over eget liv.

I Lerdal og Fagermoen (2011) beskrives empowerment og salutogenese som elementer i en helsefremmende tilnærming. Både empowerment og salutogenese har fokus på det positive og det gode i livet og fremmes i de situasjonene som preges av "...felleskap, tillit og trygge relasjoner" (Lerdal og Fagermoen 2011, s. 116).

3.1.3 Det salutogene perspektivet

I Gammersvik og Larsen (2012) knyttes Antonovsky til definisjonen av helse som en ressurs. Antonovskys salutogene teori bygger på tanken om at helse kan forstås ut fra hvordan livets utfordringer mestres. Den enkeltes motstandsressurser, også omtalt som mestringsressurser, er sentralt. Mestringsressurser er de ressursene enkeltmennesket innehar samt har tilgjengelig i omgivelsene. Teorien om salutogenese er en motpol til den naturvitenskapelige tenkningen som har preget helsebegrepet. Der patogenese ser sykdomsårsaker, ser salutogenesen en årsak til at mennesket er friskt. Antonovsky ser helse som en subjektiv opplevelse som beveger seg på en linje mellom helse og uhelse.



Antonovsky (2000) skiller ikke mellom begrepet helse og sykdom, men i hvilken grad man opplever helse. Sentralt i denne tenkningen er hans begrep Sense of Coherence [SOC]. Når den enkelte opplever en situasjon som håndterbar, begripelig og meningsfull vil graden av SOC være høy.

"Kernen i den salutogenetiske orientering er den grunnleggende filosofiske antagelse, at den menneskelige organisme typisk befinner sig i en tilstand af heterostatisk ubalance" (Antonovsky 2000, s. 146). Antonovsky (1996) sier at mennesker utsettes for ytre og indre stimuli i en kontinuerlig prosess. Livserfaringer er et resultat av alle de faktorer som omringer oss, fra vår kultur til våre genetiske betingelser. I møte med en belastende hendelse vil evnen til å forstå føre til en opplevelse av begripelighet. Når mennesket har en tro på at de ressurser som trengs er tilgjengelige, vil det oppstå en følelse av håndterbarhet. Når mennesket er motivert til å mestre, vil det oppleve meningsfullhet.

3.2 Voldtekt

Fear of dying - I'm not ready to die! Extreme helplessness - he so strong and overpowering!
Anger - how dare this man put me through this horror! But I wanted to survive, and I did what I had to so he would not kill me. This would come back and haunt me: Did I do all that I could?
(Ruckman 1992, s. 48)

Voldtekt er en dyp inngripen i et menneskes liv. Voldtekt er en forbrytelse der kvinnen tvinges til seksuell omgang enten ved vold eller ved å framkalle frykt for liv og helse. De som utsettes for en slik handling, blir påført både fysiske og psykiske skader. De psykiske følgeskadene av voldtekt er ofte omfattende og langvarige, og kan også gi seg utslag i kroppslige plager. De fleste voldtekter begås av personer som offeret kjenner, mens et mindre antall er overfallsvoldtekter (TNT, 1997).

En voldtekt er et uttrykk for makt. Personer som voldtar kan ha en følelse av mindreverdiget og et ønske om å dominere. Voldtekten kan også være et resultat av en krangel som utløser aggresjon der den seksuelle komponenten ikke er avgjørende. I andre tilfeller kan den seksuelle driften være årsaken til voldtekten. Ikke sjelden finner vi både en seksuell og aggressiv komponent (Kringlen, 2008). Gjerningsmannens makt fører til avmakt hos kvinnen. Dyregrov (2007) sier at reaksjonene underveis i voldtekten kan variere. Noen er opptatt av å prøve å komme seg unna, andre velger å la gjerningsmannen fullbyrde voldtekten uten å gjøre motstand. Frykt for livet og følelse av dødsangst er fellesnevner uansett andre reaksjoner i forbindelse med en voldtekt. Noen føler smerte underveis, mens noen beskyttes mot smerten av sjokket. Denne beskyttelsen kan gi smertedemping (Dyregrov 1997). Monahan og Duncan kaller voldtekt en konfrontasjon med en livstruende situasjon: "...the victim is thrown into a psychological disequilibrium as a result of a confrontation with a sudden life threatening situation which appears to be inescapable and unsolvable using customary problem-solving strategies" (1981, s. 96).

Voldtekt er et psykisk traume. ”Et psykisk traume er en stressbelastning som virker overveldende på individet” (Weisæth og Mehlum 1993, s.13). Psykisk sykdom kan oppstå i kortere eller lengre periode etter et psykisk traume. Haugsrud, Skårderud og Stanicke (2010) beskriver en tankemodell i forståelse av hvordan psykisk sykdom skapes. Sårbarhet-stress-modellen forklarer psykisk sykdom ved at det foreligger en sårbarhet på den ene siden, og stress som personen ikke makter å hankses med på den annen side. Weisæth og Mehlum setter likhetstegn mellom sårbarhet og motstandskraft, og “...må tas i betraktning hvis man skal forstå eller forutsi reaksjonen” (1993, s. 13). Eksempler på psykisk sykdom er akutt stressreaksjon, posttraumatisk stressyndrom, og posttraumatisk stresslidelse. Disse begrepene er altså knyttet til de tilfeller hvor en hendelse har ført til en traumatisering. Begrepene er dermed ikke knyttet til hendelsen i seg selv, men reaksjonen under og i etterkant.

I Weisæth og Mehlum 1993 beskrives akutt stressreaksjon som en sterk normal psykisk reaksjon på en unormal psykisk belastning. Den enkeltes personlige forutsetninger påvirker utfallet. Symptomene kommer bare timer etter hendelsen og kan innebære redusert oppmerksomhet mot omgivelsene, tilbaketrekning, sinne, aggresjon, fortvilelse, håpløshet, desorientering, ukontrollerbar sorg samt inadekvat overaktivitet. Weisæth og Mehlum (1993) sier videre at symptomene i mange tilfeller vil forsvinne når stressoren opphører. I de tilfeller hvor stressoren ikke kan reverseres vil symptomene vare i 2-3 dager.

Posttraumatisk stressyndrom karakteriseres av at hendelsen vender tilbake ved indre bilder, mareritt og gjenopplevelse i forbindelse med situasjoner som minner om den traumatiske hendelsen. Symptomene kan komme til uttrykk gjennom søvnproblemer, konsentrasjonsvansker, irritabilitet og aggresjon. Symptomene debuterer inntil seks måneder etter det psykiske traumat (Weisæth og Mehlum, 1993).

Posttraumatisk stresslidelse oppstår ved sterkt belastende situasjoner. Stress-symptomene kan vare fra uker og opptil flere år etter hendelsen. Den enkelte vil kunne føle, tenke og ha fysiske reaksjoner som er nært knyttet til selve hendelsen. Dette kan oppleves som ”flash-backs”, mareritt og emosjonelle reaksjoner (Håkonsen, 2008).

3.2.1 Kvinnens opplevelse av voldtekt

Kvinner har beskrevet voldtekt som uvirkelig. Mange har sagt at de ikke har maktet å ta hendelsen innover seg før lenge etter at voldtekten har funnet sted. Noen kvinner sier at opplevelsen er utenfor en selv, som om man er tilskuer til det som har skjedd (Dyregrov, 2007). En kvinne satte ord på følelsen av uvirkelighet på denne måten: “.....going into a cocoon in order to feel safe” (Smith og Kelly 2001, s. 342).

Dyregrov (2007) sier at konsentrasjonsvansker på grunn av påtrengende minner er vanlige reaksjoner. Andre etterreaksjoner er søvnproblemer, angst og uro. Skyld, skam og selvbepreidelse er også følelser kvinner har beskrevet: “Hvorfor gikk jeg alene gjennom parken den kvelden”? “Var jeg for utfordrende kledd”? Kroppslige reaksjoner som brekninger, kvalme, svimmelhet og hjertebank forekommer ofte. Slike kroppslige reaksjoner kan framkalle angst, en vanlig følge av den psykiske belastningen som en voldtekt er. Mange av reaksjonene etter en voldtekt kan generaliseres og mye kan være felles, men det er individuelle forskjeller på hvordan den enkelte kvinne opplever en voldtekt.

Lillian M. Ruckman er både sykepleier og voldtektsutsatt. Hun opplevde å bli voldtatt i sin egen leilighet av en ukjent mann. Hun beskriver følelsene sine etter voldtekten som kaotiske. Hun følte frykt for å miste livet, ekstrem hjelpsløshet, sinne og skyldfølelse. På samme tid som hun forteller om sine egne reaksjoner, snakker hun også om reaksjoner etter voldtekt generelt. Hun legger vekt på at kvinner reagerer ulikt. Noen kvinner føler seg ekstremt sårbare og er helt i oppløsning, og ønsker bare å forsvinne. Andre kan framstå rolig og behersket. Selv opplevde hun et press på opptre kontrollert fordi hun var sykepleier (Ruckman, 1992).

3.2.2 Stress

Weisæth og Mehlum (1993) beskriver stressbegrepet som de fysiske og psykiske påkjenninger vi utsettes for. Begrepets kompleksitet understrekes. Mennesker reagerer forskjellig på belastninger på bakgrunn av den enkeltes tolkning, sårbarhet og mestring. Det er "...hvordan vi tolker situasjonen, og hva vi tror at vi kan gjøre med den som avgjør om situasjonen blir stressende eller ikke" (Weiseth og Mehlum 1993, s. 13).

Noen belastninger er av en sånn art at de vil oppleves som stress for de aller fleste mennesker. Belastningens intensitet blir derfor en faktor for hvilken effekt den får (Weisæth og Mehlum, 1993). En voldtekt er en omfattende inngripen forårsaket av en ytre hendelse (TNT,1997). Weisæth og Mehlum (1993) kaller denne ytre hendelsen for en stressor. En stressor kan føre til et psykisk traume som igjen kan utvikles til krise (Weisæth og Mehlum, 1993).

Stress utløser psykiske og fysiske reaksjoner. Disse kommer inn under samlebetegnelsen stressreaksjoner. Sand et al. (2007) gir oss en oversikt over de fysiske stressreaksjonene, også omtalt som en nevroendokrin reaksjon. Hypotalamus mottar informasjon fra sentralnervesystemet om endringer i kroppens ytre eller indre miljø. Dette fører til en aktivering av det autonome nervesystemet samt deler av det endokrine systemet. Hormoner fra hypotalamus stimulerer til frigjøring av hormoner fra hypofysen. Binyrebarken stimuleres til kortisolfrigjøring og binyremargen stimuleres til adrenalinproduksjon. Kortisol øker nedbrytingen av fett og proteiner slik at mengden aminosyrer og fettsyrer i blodet øker. Sympatikusaktiveringen fører til økt adrenalinsekresjon. Glatt muskulatur, hjertemuskelceller og kjertelceller aktiveres og sørger for oksygen- og energirikt blod til skjelettmuskulaturen. Kroppens ressurser er mobilisert og er klar til kamp. Nedenfor har vi laget en oversikt over de nevroendokrine reaksjonene.

Hjertets slagfrekvens og kontraksjonskraft øker	Hjertets evne til å pumpe blod øker
Redusert arteriolediameter i en rekke indre organer samt huden	Skjelettmuskulaturen samt hjertemuskelcellene får økt blodtilførsel
Utvidelse av bronkiene	Økt oksygenopptak
Stimulerer til glykogenedbryting i leveren	Økt mengde glukose i plasma
Stimulerer til fettnedbryting i fettvevet	Økt mengde fettsyrer i plasma

Håkonsen (2008) deler de psykiske reaksjonen inn i følelsesmessige- og kognitive reaksjoner.

Følelsesmessige reaksjoner	Angst og angstreaksjoner Sinne og aggresjon
Kognitive reaksjoner	Redusert konsentrasjonsevne Redusert evne til å tenke logisk Redusert evne til å kunne ta imot og forstå informasjon

Antonovsky (2000) hevder at en sterkt SOC vil føre til at stimuli i større grad defineres som en ikke-stressfaktor enn hos en person med svak SOC. Dermed vil spenning oppleves i mye mindre grad. Stimuli definert som stressfaktor, vil deretter tolkes som enten truende eller irrelevant/godartet. Det er kun når stressfaktoren oppleves som truende at den forvandles til stress. En godartet og irrelevant stressfaktor vil omdefineres til en ikke-stressfaktor. Det er opplevelsen av tillit til at ting ordner seg, denne tidligere erfaringen om at det er en sammenheng i tilværelsen, som danner grunnlaget for en mere ”positiv” stimulustolkning (Antonovsky, 2000).

3.2.3 Krise

”Med krise mener vi den psykologiske reaksjonen som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger på en vanskelig situasjon” (Håkonsen 2008, s.300). Kringlen (2009) forklarer at en krise kan oppstå plutselig og ramme helt tilfeldig. De som rammes har begrensede muligheter til å forberede seg. Håkonsen (2008) kaller dette for en traumatisk krise. Den er alltid utløst av en ytre årsak, altså en stressor, og oppleves som en trussel mot ens eksistens, identitet og trygghet.

Kringlen (2008) forklarer at krisens utfall avhenger av motstandsressurser, livssituasjon og graden av støtte fra omgivelsene. Mange kommer seg gjennom en krise og vil vokse på den. For de som ikke mestrer, kan det oppstå psykisk lidelse.

En krise kan utarte seg forskjellig. Det som kjennetegner den er en følelsesmessig reaksjon oppstått på bakgrunn av et misforholdet mellom krav og ressurser. Et kriseforløp har allikevel en del kjennetegn som beskrives gjennom fire faser. Reaksjoner endres gjennom disse fasene og vil forhåpentligvis bli en del av livet som mestres (Håkonsen, 2008):

Faser:	Varighet:	Følelser/Reaksjoner:
Sjokkfasen	Fra noen minutter til dager	All energi går til å prøve å forstå det som har skjedd. Sorg, angst og fortvilelse. Overveldet, følelse av uvirkelighet, benektelse
Reaksjonsfasen	Fra uker til måneder	Begynner å forstå at hendelsen er en realitet, prøver å finne mening, stille seg spørsmål om hvorfor det skjedde. Adferdsendring: sorg, depresjon, fortvilelse, gråt. Dårlig matlyst, søvnevansker og initiativløshet.
Bearbeidingsfasen	Fra måneder til år	Prøver å godta det som har skjedd, prøver å se fremover. Prøver å skape stabilitet og trygghet i hverdagen.
Nyorienteringsfasen	Kan vare resten av livet	En aksept av hendelsen. Skyldfølelsen reduseres og selvrespekten kommer tilbake. Opplevelsen dominerer ikke lenger tilværelsen, men blir en del av livet.

3.2.4 Mestring

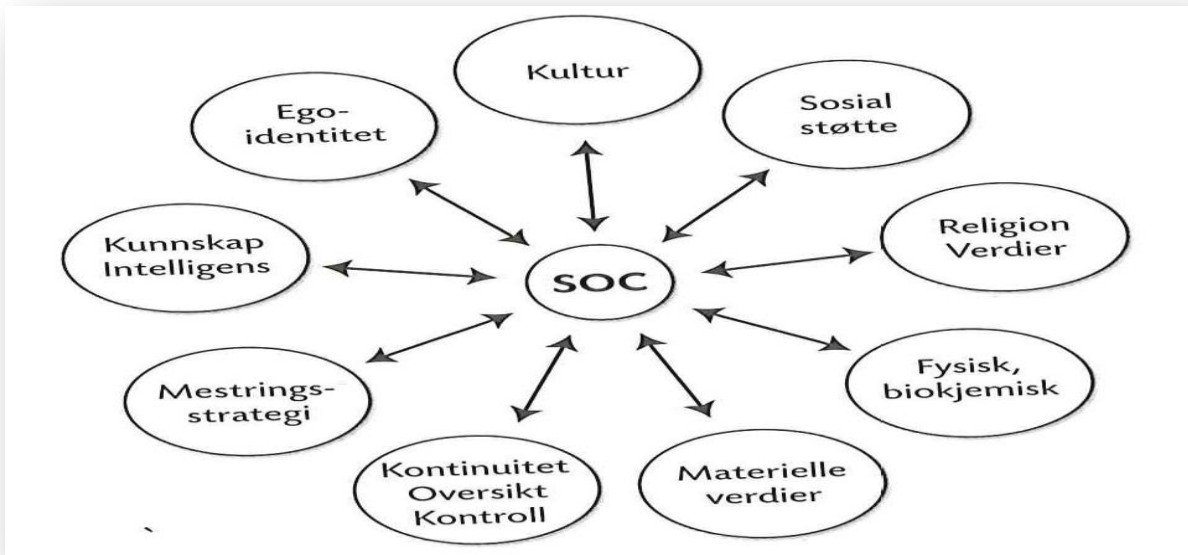
I Weiseth og Mehlum (1993) beskrives mestring som en følelsesmessig og atferdsmessig tilpasning. Ved følelsesmessig mestring forsøker man å regulere følelsene knyttet til hendelsen. Ved atferdsmessig tilpasning ønsker man å endre eller takle stressoren. Når den enkelte mestrer oppstår følelsen av kontroll. Motsatt vil mangel på kontroll føre til krise. Håkonsen (2008) beskriver forsvarsmekanismene som en form for følelsesmessig fokusert mestring. Disse er ubevisste og fungerer som en sensur av alle de følelsene som hendelsen har medført. På den måten vil de bidra til en gradvis tilpasning av realiteten. Han benytter Freuds inndeling av forsvarsmekanismene for å beskrive deres innhold:

Forsvarsmekanismer:

Fortrengning	Skyve tanker og følelser vekk fra vår bevissthet
Fornektning	Nekter å erkjenne en del av realiteten
Regresjon	Benytte metoder som tidligere har fungert
Rasjonalisering	Tilegner oss rasjonelle motiver for våre handlinger
Intellektualisering	En intellektuell tilnærming til hendelsen – forholder seg ikke til følelsene
Reaksjonsdannelse	Gi inntrykk av at man tenker motsatt av det man gjør – gjelder også handlinger og følelser – for å skjule det man egentlig tenker
Projeksjon	Legge egenskaper over på andre mennesker – egenskaper vi ikke vil vedkjenne oss
Forskyvning	Skyver følelser vi har ovenfor et menneske over på en annen

Antonovsky (1996) mener mestringsressursene baseres på erfaring og gjør oss i stand til å takle utfordringer på en hensiktsmessig måte. Menneskers mestringsressurser, ervervet eller lært, er en sentral faktor for opplevelse av helse. Antonovsky (2000) trekker fram sosial støtte og egoidentitet som de viktigste mestringsressursene. Lerdal og Fagermoen har i sin tolkning av den salutogene teori påpekt den enkeltes evne og tilgang på mestringsressurser, som en mulighet til å "... mestre spenning og få erfaring som stimulerer til videre utvikling av SOC" (2011, s. 212).

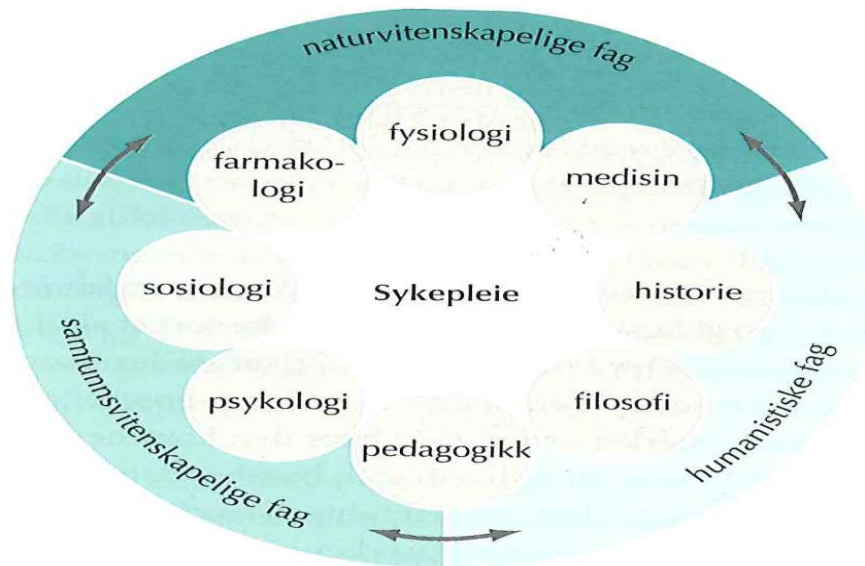
Nedenfor vises en oversikt over mestringsressurser identifisert av Antonovky. Figuren er gjengitt etter tillatelse fra forfatteren Eva Langeland, 03.05.12.



Egoidentitet er definert som “... en emosjonell ressurs og omhandler personens opplevelse av seg selv” (Lerdal og Fagermoen 2011, s. 213). I Strand (2009) beskrives egostyrkende sykepleie som et tiltak for å fremme ego der det har oppstått sviktende egofunksjon. En sviktende egofunksjon innebærer manglende tilgang på ressurser. Der egoidentiteten er truet kan sviktende egofunksjon oppstå.

3.3 Sykepleierens rolle

Sykepleie er beskrevet som fag så langt tilbake som på midten av 1800-tallet. Sykepleiefaget ligger i skjæringspunktet mellom ulike fag, og kan deles inn i naturvitenskapelig-, samfunnsvitenskapelig- og åndsvitenskapelige fag (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2008). Lerdal (2010) sier sykepleiere ofte omtaler seg selv som koordinatore. Han mener at sykepleierens rolle som koordinator er for dårlig definert og for uklar: “Hvorfor løfter de så sjelden frem sitt eget bidrag utover denne koordinatorfunksjonen”? (Lerdal 2010, s. 255).



Figuren er gjengitt etter tillatelse fra Gyldendal Norske Forlag 03.05.12

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2008) beskriver sykepleieteori som en kunnskap utviklet innenfor sykepleierfaget. Teoriene beskriver forskjellige fenomener innenfor faget. Det øverste nivået for innenfor sykepleiervitenskapen er det såkalte metaparadigme, som er det høyeste og mest abstrakte nivået. Metaparadigme består av fire overordnede begreper; menneske-helse-omgivelser-sykepleie. Dette nivået definerer sykepleiens totale kunnskapsområde. Det nest øverste nivået beskriver begrepsmessige modeller eller sykepleierteorier.

Fra 1950 og framover vokste det fram ulike sykepleieteorier. Det var behov for å definere sykepleiefaget på eget grunnlag, og å avgrense det fra andre fag, for eksempel det medisinske. 1950-årenes teorier tok for seg *hva* sykepleieren gjør mens 1960-årenes teorier beskrev *hvordan*. Fra 70-årene utviklet teoriene seg videre i retning av større mangfold. Større mangfold betydde også større motsetninger. Typisk for 1970-årene var bruddet med et mekanisk og biologisk menneskesyn til fordel for fokus på humanistiske verdier og eksistensialistisk filosofi (Kistoffersen, Nortvedt og Skaug, 2008).

De ulike sykepleieteoriene som har vokst fram de siste 60 årene deles inn i kategorier eller grupper etter deres hovedfokus og grunnlag. I denne oppgaven ser vi nærmere på teorien til

Benner og Wrubel. Deres syn på sykepleie defineres både som både som omsorgsteori og interaksjonsteori av Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2008) og Kirkevold (2001).

3.3.1 Benner og Wrubels sykepleieteori

Benner og Wrubels sykepleieteori omfatter fire sentrale begreper; omsorg, kroppslige kunnskaper, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggender/concern (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2008). Kirkevold (2001) sier teorien tar avstand fra et objektivt helsesyn, og at helsefremmende tiltak må ta hensyn til personens egen opplevelse av situasjonen. Personen selv må definere hva som er viktig for vedkommende, og hvilke muligheter hun har for mestring. Tenkningen er et oppgjør med et instrumentalistisk perspektiv. Instrumentalistisk perspektiv innebærer å framheve rasjonell problemløsning der man søker kunnskap som er overførbart til vidt forskjellige personer. Kongsmo (1995) legger i stedet en hermeneutisk fenomenologisk vitenskapsfilosofi til grunn. Hun beskriver hermeneutikken som en måte å finne mening og skape forståelse gjennom å fortolke fenomener. Hermeneutikken søker en forståelse av virkeligheten. En situasjon må med andre ord forstås ut fra sin egen kontekst, og kan ikke uten videre overføres til andre. Hermeneutisk/ fenomenologisk teori oppsummeres av Kongsmo (1995) med tre særtrekk:

Mennesket som selvfortolkende vesen

Mennesket tar standpunkt til hvem man er

Mennesket påvirkes av den kontekst vi lever i

Dette vitenskapssynet kommer blant annet til uttrykk gjennom Benner og Wrubels (1989) syn på helse og sykdom. De skiller mellom "disease" og "illness" på den måten at disease er sykdom på cellenivå, mens illness er "...human experience of loss or dysfunction" (Benner og Wrubel 1989, s.8). De eksemplifiserer skillet på denne måten: "A person may have a disease, and yet not experience himself or herself as being ill" (Benner og Wrubel 1989, s. 8) .

Kongsmo (1995) sier Benner og Wrubel ser omsorg som grunnleggende både for menneskers liv og for sykepleie. Omsorg er evnen til å bry seg om sin helse, sitt arbeid, seg selv og andre mennesker. Et slikt utvidet omsorgsbegrep er helt nødvendig for å kunne forstå situasjonen, mulighetene og ressursene man står overfor. Videre er all omsorg i deres tenkning grunnlaget for

meningsfullhet og mestring i en stress-situasjon som ved sykdom, død eller dramatiske hendelser: ”Hvis man ikke bryr seg om noe (n), oppleves alt likegyldig og meningsløst. Meningsløshet og manglende tilhørighet er derfor de største truslene mot mestring” (Konsmo 1995, s. 21).

En slik tenkning knytter omsorg til interaksjon. Mennesket både gir og får omsorg i en sammenheng eller kontekst. På den annen side vil da omsorg ha en pris ved at det utsetter mennesket for stress og påkjenninger (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2008). Kroppslig intelligens og bakgrunnsforståelse forteller noe om hvordan mennesket er i verden og *hvordan* det oppfatter mening. “Spesielle anliggender “eller concern er det som gir mening, og *hvorfor* det gir mening. Det som truer menneskets “spesielle anliggender”, truer dermed mennesket selv: ”Det er menneskets ”spesielle anliggender” som bestemmer hva et menneske er, og hvordan det opplever verden og sitt forhold til verden” (Kirkevold 2001, s. 201-202).

Kirkevold (2001) sier at Benner og Wrubels beskrivelse av sykepleie dreier seg om personer som opplever stress knyttet til helsesvikt, tap eller sykdom. De forstår stress som et brudd i mening eller forståelse, og som en opplevelse av tap, sorg eller utfordring. Stress sees i sammenheng med mestring, sykdom, helse og velvære.

3.3.2 Etikk

Sykepleieren kommer daglig i situasjoner som stiller krav til etisk refleksjon. Sykepleiere møter mennesker i sårbare situasjoner. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere bygger på ICNs etiske regler. Fundamentet i sykepleie er “...å fremme helse, forebygg sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død” (NSF 2011, s. 5).

“Sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket” (NSF 2011, s. 8). Her er fokus på å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg. Etter en voldtekt vil kvinnen ha et stort behov for omsorg både fysisk og psykisk. Det vil stille store krav til sykepleieren som møter kvinnen etter hendelsen. De yrkesetiske retningslinjene sier videre at sykepleieren skal understøtte “...håp, mestring og livsmot hos pasienten” (NSF 2011, s. 8). Med dette forstår vi at sykepleieren i sitt arbeid har en plikt til å fremme pasientens egenskaper og de verdier som er

betydningsfulle for den enkelte. Når målet er å fremme helse, mener vi at vi gjennom vår kunnskap om salutogenese kan trekke en sammenheng mellom opplevelsen av mestring og kontroll og opplevelsen av helse. Det å understøtte egenskaper og verdier hos en voldtatt kvinne vil, slik vi ser det, være i tråd med denne yrkesetiske retningslinjen.

4.0 Drøfting

På begynnelsen av 1970 - tallet drev Antonovsky (1979) et arbeid med å analysere resultater av en undersøkelse han hadde foretatt av hvordan israelske kvinner i ulike etniske grupper hadde tilpasset seg til klimakteriet. Under analysen så han at flere av kvinnene hadde sittet i konsentrasjonsleir under 2. verdenskrig. På tross av denne opplevelsen så han at “...some women were reasonably healthy and happy, had raised families, worked, had friends, and were involved in community activities” (Antonovsky 1979, s. 7). Denne iakttagelsen førte Antonovsky (1979) til en endring i synet på helse, og gjorde at han satte i gang prosessen med å utarbeide den salutogene modellen.

4.1 Sykepleierens rolle i møtet med kvinnen etter en voldtekt

Sykepleierrollen er sammensatt og sykepleieren har mange oppgaver. Lerdal (2010) sier at rollen til sykepleieren er uklart definert sammenlignet med andre yrkesgrupper i helsevesenet. Han mener at sykepleieren ofte omtaler seg som koordinator uten å definere de spesifikke oppgavene ytterligere. På den måten undervurderes yrket og kan føre til nedsatt ansvarsområde.

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2008) sier at sykepleierens teoretiske grunnlag spenner over et bredt felt, utdanningen er i skjæringpunktet mellom mange fag, og sykepleiere jobber med mange pasientgrupper. Vi tenker at det kan være en av grunnene til at sykepleieren omtaler seg selv som koordinator. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2008) beskriver hvordan Florence Nightingale som den første sykepleierteoretikeren gjorde et stort arbeid med å beskrive og avgrense sykepleierrollen. Fra 1950-tallet kom flere teoretikere på banen fordi det var et behov for å avgrense faget ytterligere, samtidig som man ønsket å forbedre og utvikle innholdet i sykepleierutdanningen. Slik vi ser det, har faget ikke bare blitt avgrenset fra det medisinske, men blitt ytterligere utvidet til å omfatte flere fag fra alle tre vitenskapsområder.

Det er i et slikt perspektiv vi tenker oss sykepleieren som koordinator, fordi vi anser bredden i fagområdet som et viktig moment når sykepleieren skal møte kvinnen etter en voldtekt. Dette er en kvinne som har stort behov for støtte og hjelp. Når en kvinne kommer til et mottak rett i etterkant av en voldtekt, er hun ekstremt sårbar. En voldtektsutsatt beskrev at hun følte seg som i en “kokong” og i en tilstand av uvirkelighet. Det er her vi tenker oss at sykepleieren kan være en koordinator, fordi sykepleieren møter en kvinne som trenger støtte på mange områder. Eksempler på dette er det første møtet i mottaket, samtalen, og den medisinske undersøkelsen.

I arbeidet med oppgaven har perspektivet på sykepleieren som koordinator blitt enda klarere. Lerdal (2010) sier at det som skiller sykepleieren fra andre helsearbeidere er at sykepleieren ofte har døgkontinuerlig oversikt over pasientens helsehjelp, og den tverrfaglige rollen sykepleieren kan ha i samspill mellom pasient, pårørende og helsetjenester. På den måten blir sykepleierens funksjon i et tverrfaglig team, både utøvelse av direkte sykepleie og koordinere utarbeidelse av et godt pasientforløp. Vi understreker i denne sammenhengen at det er viktig at sykepleieren overholder sitt kompetansenivå, og at hun er bevisst på hvilke andre yrkesgrupper som skal trekkes inn i pasientforløpet. Relevante yrkesgrupper i et slikt tverrfaglig arbeid kan være psykolog, psykiater og fysioterapeut.

Ruckman (1992) har førstehånds erfaring både som sykepleier og voldtektsutsatt. Hennes erfaringer som pasient i møtet med voldtektsmottaket, har resultert i en del betraktninger på hvordan og hvorfor hun ser sykepleieren som spesielt egnet i arbeidet med en voldtektsutsatt. Sykepleierens emosjonelle støtte og evne til å bygge relasjoner, både over tid og på mange områder, er av stor betydning:”..... listening, sharing personal reactions, and offering other emotional support, as well as attending to the victim’s physical needs”(Ruckman 1992, s. 48). Her tenker vi at sykepleieren må ta i bruk hele sin kompetanse i all sin bredde når hun møter kvinnen. Ruckman (1992) sier videre at selv om mange voldtektsutsatte erfarer en del like reaksjoner, vil ulike individer ha ulike måter å ta innover seg det som har skjedd. Kvinner vil derfor ha ulike behov for oppfølging. Felles for kvinner som opplever voldtekt er de nevroendokrine reaksjonene.

Ut fra disse betraktningene anser vi sykepleieren som en viktig brikke i en sammensatt rolle som koordinator. Koordinatorrollen blir i denne sammenhengen viktig i arbeidet i den voldtektsutsattes rehabilitering. Synet på sykepleieren som koordinator mener vi understøttes ytterligere av Moynihan og Duncan (1981). Begge arbeider i et voldtektsmottak og har lang erfaring i å møte voldtektsutsatte kvinner: "Nurses can assume a variety of nontraditional roles in facilitating the recovery of sexual assault victims" (Moynihan and Duncan 1981, s. 99).

Så hva innebærer rollen som koordinator i møte med en kvinne som har blitt utsatt for voldtekt? I litteraturen finner vi store individuelle forskjeller på kvinners hjelpebehov. Fellestrekk vi har funnet sier noe om at sykepleieren må ha tilstedeværelse og møte kvinnen med empati. Ruckman sier: "Whatever help you offer, honest empathy and nonjudgmental listening are crucial" (1992, s. 51). Vårt poeng i denne drøftingen er å møte den enkelte kvinnen der hun er. Det kan bety at en kvinne ønsker å snakke om det som har skjedd, mens en annen ikke greier å si noe om hendelsen. Noen ønsker at pårørende skal varsles, andre vil ikke involvere sine nærmeste. Moynihan og Duncan (1981) sier at pårørende kan være en viktig støtte for kvinnen, men det er også en fare for at pårørende ikke vet hvordan de skal hjelpe. Vi foreslår i denne sammenheng at sykepleieren kan snakke med pårørende, og på en pedagogisk måte forklare pårørende hvordan de kan være en støtte for kvinnen.

Ruckman (1992) stiller spørsmålet om hva sykepleier kan gjøre for å hjelpe i den akutte fasen. Hun kom fram til følgende punkter; sykepleiers emosjonelle støtte, sykepleiers tilgjengelighet, sørge for at noen er sammen med kvinnen slik at hun aldri er alene, og sørge for at kvinnen får den informasjonen og hjelpen hun har behov for og krav på. Vi tenker blant annet på medisinsk undersøkelse, varsle pårørende, varsle politi, og henvise kvinnen til juridisk bistand. Ruckman (1992) sier videre at hun opplevde at hun ikke klarte å beslutte noe som helst. Hun møtte en sykepleier som tok beslutninger for henne, noe som opplevdes riktig; "Fortunately, someone else decided for me" (1992, s. 48).

4.2 Den salutogene tilnærmingen - et verktøy i helsefremmende arbeid

I teorien har vi har sannsynliggjort salutogenese som helsefremmende tenkning. Vi mener også at vi ser en sammenheng i Benner og Wrubels (1989) sykepleieteori og den salutogene tenkningen. Kirkevold (2001) sier at Benner og Wrubels teori beskriver mennesket som del av en kontekst. Konteksten påvirker mennesket. Vi ser dette menneskesynet som nært beslektet til det salutogene, hvor mennesket ses som sammensatt av historiske, kulturelle og fysiske faktorer. Vi ser likhetstrekk mellom det Kirkevold (2001) beskriver som en kontekst, og Antonovskys (2000) historiske, kulturelle og fysiske faktorer. Videre beskriver begge teorier disse faktorene som betydningsfulle i forhold til hvordan vi møter situasjoner. Vi tolker det slik at begge teoriene legger vekt på menneskets kompleksitet.

Konteksten mennesket lever i er stadig i forandring. Benner og Wrubel (1989) sier at disse forandringene kan være nye og ukjente. En voldtekt er nettopp en slik inngripende hendelse hvor den som rammes ikke har mulighet til å forbrede seg. Hendelsen kan oppleves overveldende. Det vil da oppstå stress.

Antonovsky (2000) hevder at mennesker håndterer stress på forskjellig måte. Ut fra tidligere teori antar vi derfor at det er den enkeltes mestringsevne som har betydning for graden av stressopplevelse. Her kommer reaksjonen etter en voldtekt inn, og mestringsressursene blir sentrale. Slik vi ser det knyttes da stress og mestring opp mot opplevelsen av helse. Vi mener at både Antonovsky (1996) og Benner og Wrubel (1989) ser helse som en ressurs. Denne sammenligningen underbygges av Gammersvik og Larsen (2012). De sier at helsefremming i følge Antnovsky og Benner og Wrubel handler om å fremme mestring. De trekker også frem synet på sykdom som et fellestrekk mellom de to teoriene. Selv om Antonovsky (2000) ikke bruker begrepet sykdom, oppfatter vi at de er enige om at det er den enkeltes opplevelse av helse som er avgjørende.

Videre ser vi på hvordan salutogenesen kan brukes i praksis, og hvilken effekt den kan ha på den enkelte. Langeland (2010) har skrevet en doktorgradavhandling hvor hun undersøker betydningen av en salutogen tilnærming hos personer med langvarig psykiske helseproblemer.

Bakgrunnen for Langelands avhandling var etter hennes mening manglende forskning på hvordan mestring kan skapes ved psykisk sykdom. Vi har tidligere sannsynliggjort at en voldtekt kan føre til psykisk sykdom. En voldtektsutsatt kvinne kan stå i fare for å utvikle posttraumatisk stresslidelse. Vi mener derfor at denne doktorgraden er relevant i en sykepleietilnærming i møte med en voldtatt kvinne.

Langeland (2010) gjennomførte blant annet terapisaamtaler for å øke deltakernes bevissthet omkring følelser, relasjoner, aktiviteter og eksistensielle spørsmål. Sosial støtte, deltakerens evne til å gi omsorg samt opplevelse av sosial integrasjon kom fram som sentrale elementer i utviklingen av selvbilde, mening og velvære. Summen av disse elementene styrket og utviklet SOC. Vi ser terapisaamtalen som en mer symmetrisk samhandling enn den tradisjonelle sykepleier- pasient rollen. Med en tradisjonell sykepleier-pasientrolle, mener vi en asymmetrisk relasjon hvor sykepleieren har all kunnskap, mens pasienten etter vår mening blir en passiv av mottaker av helsehjelp. Vi ser derfor en symmetrisk relasjon mellom sykepleier og den voldtektsutsatte som hensiktsmessig på veien mot mestring. Ved å overføre makt fra sykepleieren til den voldtatte, er vi i en empowermentprosess. Vi anser bruk av empowerment i en relasjon med den voldtatte som et verktøy til å styrke SOC. Langeland (2010) trekker fram økt bevissthet som en faktor som er avgjørende for endring, ved at kvinnen tar inn over seg og setter ord på hendelsen. Slik vi forstår empowermentprosessen, er målet å styrke den enkeltes kontroll over egen situasjon. Vi tenker at en bevisstgjøring av egne ressurser er helt sentralt for å igangsette en slik prosess. Dette tenker vi kan få den voldtatte kvinnen til å ta igjen makten og kontrollen over eget liv. Langelands forskning viser at en gjensidig relasjon er avgjørende for bedringsprosesser og at det er avgjørende "... at fagpersoner går utover sin rolle av det som tradisjonelt forventes av dem" (2010, s. 293). Vi tenker at dette handler om at sykepleieren må gå ut av den paternalistiske holdningen.

4.3 Veien til mestring og Sense of Coherence

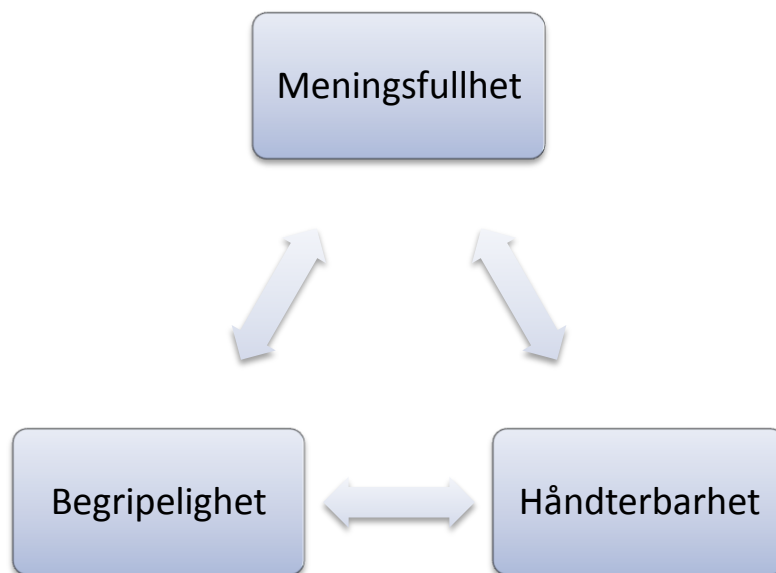
Vi går tilbake til utgangspunktet for oppgaven. Spørsmålet vi stilte da vi så intervjuet med den unge jenta, var hvordan hun hadde kommet styrket ut av en dramatisk hendelse. Historien viste oss at det var mulig å oppleve helse i etterkant av en voldtekt.

Antonovskys (1996) tre begreper som fører frem til SOC er beskrevet som begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. I litteraturen vi har lest, opplever vi at begrepene ofte brukes uten at de implementeres som praktisk verktøy. Vi vil derfor se nærmere på begrepene ved å operasjonalisere dem og se dem i sammenheng med mestringsressurser etter en voldtekt.

Det som skiller disse begrepene fra annen mestringsteori, er at de omfatter både det kognitive, atferden og motivering (Antonovsky, 1996). Han har definert begripelighet som en evne til å “...believe that the challenge is understood” (Antonovsky 1996, s. 15). Vi ser begrepet begripelighet som en grunnleggende evne til å bedømme virkeligheten. I en voldtektssammenheng vil trolig begripelighet omhandle evnen til å ta inn over seg det som har skjedd, og komme ut av “kokongen”. I Smith og Kellys (2001) artikkel beskrives viktigheten av å snakke om det som har skjedd, “...it was good talking about it right away” (Smith og Kellys 2001, s. 345). Ut fra dette utsagnet tenker vi at det å sette ord på hendelsen og følelsene er begynnelsen på mestringsprosessen. Ruckmann (1992) beskriver tankekaoset som kan oppstå i forbindelse og etterkant av voldtekten. Vi tenker at en opplevelse av begripelighet vanskelig kan oppnås i en situasjon med tankekaos. Nettopp ved å sette ord på tanken kan kaoset brytes og en følelse av begripelighet oppstå. Når kvinnen har tatt innover seg hva hun har blitt utsatt for, er hun i stand til å oppleve håndterbarhet. Antonovsky definerer håndterbarhet som evnen til å “...believe that resources to cope are available” (1996, s. 15). Vi forstår begrepet som handlingskomponenten i situasjonen. I Smith og Kellys (2001) artikkel beskrives samvær med andre, gode samtaler med både venner, familie og hjelpeapparatet som betydningsfullt. Vi oppfatter dette som evne til å ta initiativ overfor egen situasjon og bruk av egne ressurser og ressurser i omgivelsene. Fra håndterbarhet går vi over til begrepet meningsfullhet. Antonovsky definerer begrepet som evnen til å “...wish to, be motivated to, cope” (1996, s. 15). Vi ser meningsfullhet som evnen til å omdefinere hva som er betydningsfullt, og slik skape ny mening i livet. I Smith og Kelly (2001) beskrives flere opplevelser av ny mening etter en voldtekt. Blant

annet beskrives sterkere tilknytning og større evne til å sette pris på sin nærmeste samt evne til å verdsette nye sider ved livet. Ruckman beskriver opplevelsen av ny mening: “ Recovery, however, includes grieving for the loss of the former self and integrating the rape experience as a part of the new self. I am not the same person I was on July 24, 1987, but a new and stronger person has emerged” (92, s. 51).

Vi ser begrepene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet som komplekse. Over har vi gitt begrepene innhold og satt dem i sammenheng med et psykisk traume. I arbeidet med litteraturen opplever vi begrepene definert hver for seg, men behandlet som en helhet når de beskrives som en vei til mestring og helse. Vår hypotese om hvorfor begrepene omtales som en helhet, er deres kontinuerlige og gjensidige påvirkning av hverandre. Det er vår forståelse at begrepene gjensidig forsterker hverandre. Følgende eksemplifiserer dette; når en kvinne som er voldtatt opplever at hun håndterer frykten for å gå ut av eget hjem, vil dette kunne påvirke selvfølelsen i positiv retning. Økt selvtillit vil kunne endre synet på seg selv og omgivelsene. Dette er grunnlaget for økt begripelighet og meningsfullhet.



4.4 En praktisk tilnærming

Vår historie om kvinnen som ble voldtatt viste oss en mulighet for mestring og god helse etter en voldtekt. Hva skjedde på veien fra voldtekten til opplevelsen av god helse? Vårt fokus er knyttet til hva sykepleieren kan bidra med for å fremme mestring, da mestring er veien til SOC.

Vi tenker oss at kvinnen hadde en sterk familiebakgrunn som støttet henne etter voldtekten. I tillegg fikk hun tilbud om et behandlingsopplegg basert på salutogene prinsipper. Hun snakket med en sykepleier som spurte henne om hun ville gå i et gruppebasert eller individuelt behandlingsopplegg. Kvinnen kunne tenke seg å møte andre i samme situasjon, og valgte gruppe.

Lerdal og Fagermoen (2011) viser til et behandlingsopplegg som bygger på salutogene behandlingsprinsipper med fokus på mestringsressursene sosial støtte og egoidentitet. Et slikt behandlingsopplegg bringer oss ned på et konkret praktisk nivå. Målet for behandlingen er økt mestring. Samtaleformen bærer preg av gjensidighet i relasjonen mellom gruppelederen (sykepleieren) og deltakerne. Det handler altså om at deltakerne er medvirkende i prosessen fordi de har kunnskap om sin egen situasjon og hvilke behov den enkelte har. Vi ser et slikt behandlingsopplegg som en del av empowermentprosessen. Vår betraktning er at gruppelederen har en bevisst holdning til at deltakernes kunnskaper om egen situasjon er verdifull.

Ut fra kvinnens egne erfaringer og opplevelser om hva som fører til mestring etter en voldtekt, trekkes sosial støtte fram som sentralt. Beskrivelser om betydningen av å ha noen prate med, kunne møte noen i samme situasjon, og føle omsorg og bli forstått. Et annet poeng er at i en mestringsprosess oppleves det viktig å gi omsorg til andre. Sykepleieren bør etter vår mening rette fokus på det positive og det som fungerer godt i deltakernes liv; "...og stille spørsmål som øker bevisstheten på ressurser" (Lerdal og Fagermoen 2011, s.217).

Egostyrkende sykepleie for å styrke identitet er en annen mestringsressurs vi trekker fram, fordi etter en voldtekt kan det oppstå sviktende egofungering. Kvinnen i vårt tenkte tilfelle har sagt at hun i etterkant av voldtekten har hatt problemer med å sette grenser overfor familie og venner,

og vansker med å ta beslutninger. Sykepleieren kan her bruke egostyrkende tiltak med: ”.....fokus på evne til handling og valg”(Lerdal og Fagermoen 2011, s. 217).

De salutogene prinsippene i behandlingsopplegget kan være en veileder for sykepleiere hvor målet er mestring og helse. “Det handler om i høyere grad å tenke, handle og føle salutogent” (Lerdal og Fagermoen 2011, s.231).

5.0 Konklusjon

Vi har beskrevet sykepleieren som egnet til å koordinere kvinnens behov for hjelp. Det er mange instanser i en kjede av tiltak i en slik situasjon. Sykepleier er også involvert i direkte pasientbehandling. En salutogen sykepleietilnærming fremmer mestring og Sense of Coherence.

Et sentralt begrep innen helsefremmende tenkning er empowerment. Vi har vist at sykepleierens holdning til kvinnen er av betydning. Kvinnens behov er individuelle, og det er kvinnen selv som er ekspert på egne opplevelser. Dermed blir relasjonen mellom sykepleier og kvinnen preget av gjensidighet.

Sense of Coherence, opplevelse av meningsfullhet, er et sentralt begrep inne den salutogene tenkning. Sense of Coherence inneholder begrepene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. I oppgaven har vi vist at Sense of Coherence er helsefremmende og vi mener de kan brukes synonymt med helsefremmende tenkning. Vi understreker at dette er vår oppfatning, men vi mener også at dette kommer frem i litteraturen. Vi stilte oss spørsmålet om helsefremmende tilnærming kan fremme mestring etter en voldtekt. En voldtekt er en traumatisk hendelse. Hendelsen i seg selv kan utløse en krise og enkelte tilfeller føre til psykisk sykdom. Salutogen og helsefremmende teori har vist oss at det i tillegg er avgjørende hvilke mestringsressurser kvinnen har. Videre har de viktigste mestringsressursene vist seg å være sosial støtte og egoidentite. Disse mestringsressursene kan gjenskape god helse hos kvinnen. Litteraturen har også vist oss at kvinnen kan skape ny mening og dermed føle seg styrket etter voldtekten. Vi tenker at et behandlingsopplegg som vektlegger mestringsressursene kan bidra til til fremme en slik positiv utvikling.

Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet er lite benyttet i litteraturen som enkeltstående begreper. Sense of Coherence brukes som en helhetlig beskrivelse. Som et framtidig prosjekt kunne vi tenke oss å studere disse begrepene nærmere og sette dem inn i en praktisk sammenheng. Vi understreker at det kan finnes annen litteratur som operasjonaliserer begrepene i større grad enn det vi har funnet.

6.0 Etterord

Det har vært mye relevant litteratur, spesielt om helsefremmende- og slautogen tenkning. Vi har vært bevisste på at dette har krevd tydelige valg underveis. Det har ført til diskusjoner om hva som bør være fokuset i oppgaven for å svare på problemstillingen. Diskusjoner og refleksjoner har vært en stor del av denne prosessen. Dette har hjulpet oss å tydeliggjøre retningen for oppgaven. Vi har i perioder ”fortapt” oss i begreper og språk. Generelt kan vi si at oppgaven har fostret et stort engasjement.

Vi har brukt flere engelskspråklige bøker og artikler. Det har til tider vært utfordrene å tolke tekstene. Etterhvert som vi tilegnet oss mere kunnskap, fikk vi en bedre forståelse av teorien.

Erfaringen nå sier at det er viktig å sette opp en disposisjon som er mer utfyllende i forhold til problemstillingen, enn det vi gjorde. Dette kunne resultert i mer relevante søk og dermed også vært tidsbesparende. Vi mener allikevel at vi har kommet frem til et relevant svar på vår problemstilling ut fra valgt teori og drøfting.

Utgangspunktet for oppgaven var at vi begge var interessert i den helsefremmende tenkningen. Vi bestemte oss raskt for å knytte begrepet Sense of Coherence til et traume. Vi var lenge usikre på om vi skulle velge et psykisk eller fysisk traume.

Vi har fått ny innsikt i den helsefremmende tenkning og Sense of Coherence. Kunnskapen har ført til økt interesse for emnet.

7.0 Litteraturliste

*Antonovsky, A. (2000) *Helbredets Mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag. Kap 1, 2.

Antonovsky, A. (1979) *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers

Antonovsky, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion International*, 11, s. 11-18

Benner, P. Og J. Wrubel (1989) *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley Publishing Company

Dalland, O. (2008) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

*Dyregrov, A. (2007) *Voldtekt - vanlige reaksjoner* [online], ung.no. URL:
<http://www.ung.no/overgrep/3070-Voldtekt-vanlige-reaksjoner.html> (19.04.12)

*Fugelli, P. (2001) Helse slik folk ser det. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 30, s.3600-3604

*Gammesrvik, Å. og T. Larsen red. (2012) *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Kap. 5, 8, 9, 10.

Halvorsen, K. (2006) *Å forske på samfunnet - en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: J.W. Cappelen Forlag as

Håkonsen, K. M. (2008) *Innføring i psykologi*. Oslo:Gyldendal Norske Forlag AS

Kirkevold, M. (2009) *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Kringle, E. (2009) *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Kristoffersen, N.J. m.fl. (2008) *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Kristoffersen, N.J. m.fl. (2008) *Grunnleggende sykepleie Bind 4*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Konsmo, T. (1995) *en hatt med slør...- en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Otta: Trulte Konsmo og TANO AS

*Langeland, E. (2010) Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning*, 04, s. 289-296.

Lerdal, A. (2010) Sykepleier, mer enn koordinator. *Sykepleien Forskning*, 5(4), s.255

*Lerdal, A. og Fagermoen, M.S. red. (2011) *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS. Kap 10.

Moynihan, B.A. og J.W. Duncan (1981) *The Role of The Nurse in the Care of Sexual Assault Victims*. *Nursing Clinics of North America*, 16 (1), s. 95-100.

Mæland, J. G. (2010) *Forebyggende helsearbeid - folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Norsk sykepleierforbund (NSF) (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykeleiere*.

TNT Trondheim (1997) *Ta Natta Tilbake*. Stavanger: Psykiatrisk Opplysningsfond

*Ruckman, L. (1992) *RAPE: How to begin the healing* [online], *American Journal of Nursing*. URL:

<http://www.jstor.org/discover/10.2307/3426908?uid=3738744&uid=2&uid=4&sid=56146040713> (10.04.12)

Smith, M. E. og L. M. Kelly (2001) *The Journey of recovery after a rape experience* [online], *Issues in Mental Health Nursing*. URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=111&sid=130e921d-d6e9-420e-a334-594c31612b78%40sessionmgr104> (10.04.12)

Skårderud, F, S. Haugsgjerd og E. Stänicke (2010) *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Sand, O., Ø. V. Sjaastad, E. Haug, J.G. Bjålie og K. C. Toverud. med. ill. *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Stang, I. (2003) Bemyndigelse, en innføring i begrepet “empowermenttenkningens” relevans for ansatte i velferdsstaten. *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog*. Bergen: Fagbokforlaget

Strand, L. (2009) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldndal Norske Forlag As

Støren, I. (2010) *Bare søk! Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen Damm AS

*Weisæth, L. og L. Mehlum (1993) *Mennesker, traumer og kriser*. Oslo: Universitetsforlaget AS. Kap 1,4.

