

BACHELOROPPGAVE:

**Hvilke forhold er det viktig at sykepleier
tar hensyn til i møte med barn utsatt for
seksuelle overgrep?**

FORFATTERE:

ANN ELISABETH HÅKENSEN HAUG

IDA CHARLOTTE SVEEN

TINE MARIE HUSTAD

Dato:

18.05.17

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvilke forhold er det viktig at sykepleier tar hensyn til i møte med barn utsatt for seksuelle overgrep?	Dato : 18.05.17
Deltaker(e)/	Ann Elisabeth Håkensen Haug Ida Charlotte Sveen Tine Marie Hustad	
Veileder(e):	Inger Balke	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	seksuelle overgrep, barn, sykepleie, forhold	
Antall sider/ord: 41/9954	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: ja
Introduksjon: Et mer og mer aktuelt tema som er vanskelig å begripe og vanskelig å snakke om er seksuelle overgrep mot mindreårige. En av fem jenter og en av ti gutter opplever å bli utsatt for seksuelle overgrep som mindreårige (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2015).		
Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å kunne være bedre rustet i forhold til de forskjellige utfordringene som oppstår gjennom møte med barn utsatt for seksuelle overgrep. Oppgaven skal komme frem til hvilke forhold sykepleiere må ta hensyn til i møte med barn utsatt for seksuelle overgrep.		
Metode: Oppgaven er en litteratur studie, som bygger på seks vitenskapelige artikler og annen relevant faglitteratur. De vitenskapelige artiklene ble hentet inn fra skolens databaser, vi brukte Chinal Comple og PsycInfo. Vi brukte da relevante søkeord for å finne relevante artikler.		
Reslutat: Studiene kom frem til at det var viktig med økt kunnskap og kompetanse, ulike tilnæringsmetoder som kan bidra til å opprette trygghet og tillit. Det var også viktig med god verbal og non-verbal kommunikasjon, og en tillitsfull kontaktetabeling for et godt samspill.		
Konklusjon: Det er viktig at helsepersonell kan møte utfordringer. Det er også viktig at de kan hjelpe barn med tilpasninger eller å uttrykke seg gjennom å være tålmodig og tilgjengelig, være innovativ og kunne se alternativer eller muligheter der det trengs.		

ABSTRACT

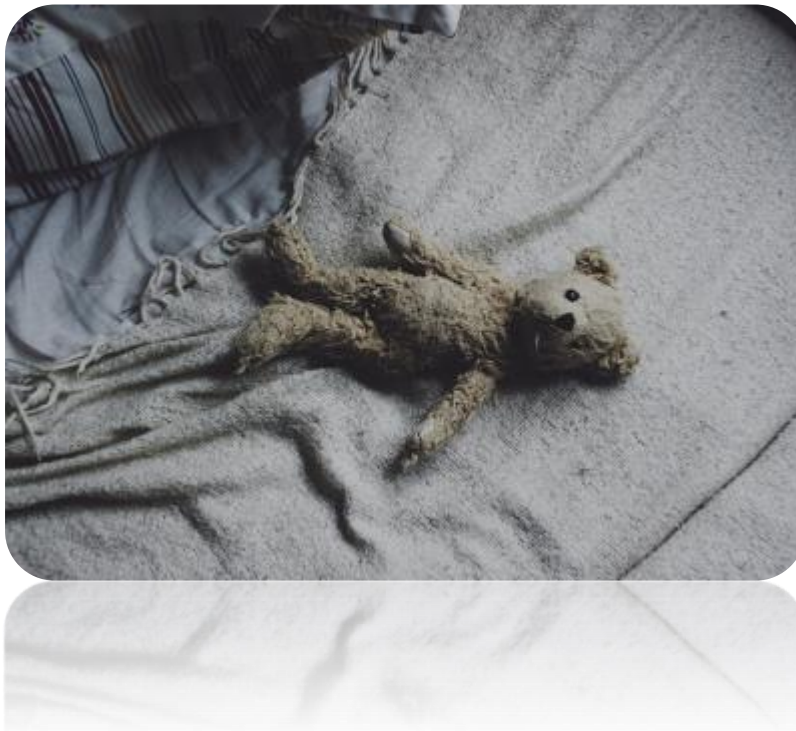
Title:	Which conditions are important for nurses to consider when dealing with children exposed to sexual abuse?	Date : 18.05.17
Participants/	Ann Elisabeth Håkensen Haug	
	Ida Charlotte Sveen	
	Tine Marie Hustad	
Supervisor(s)	Inger Balke	
Employer:		
Keywords (3-5)	Sexual abuse, children, nursing, conditions	
Number of pages/words: 41/9954	Number of appendix: 0	Availability (open/confidential): Open
<p>Introduction An ever-increasing subject that is hard to comprehend and talk about is sexual abuse against minors. One in five girls and one in ten boys experience sexual abuse as minors.</p> <p>Purpose The purpose of this assignment is to be better prepared with respect to the different challenges that arise through meeting children that are victims of sexual abuse. The assignment will conclude which circumstances nurses have to be prepared for when meeting minors exposed to sexual abuse.</p> <p>Method The assignment is a literature study which is based on six scientific articles and other relevant literature. The scientific articles were brought in from the schools databases, named Chinal Comple and PsycInfo. We used relevant searchwords to find relevant articles.</p> <p>Result The studies proved the importance of increased knowledge and competence, and different approaches, that can contribute to create a feeling of safety and trust. It's also important to have good verbal and non-verbal communication, and a trustworthy establishment for a good interaction.</p> <p>Conclusion, It's important that healthcare personnel are able to meet challenges. It's also important that they can help children to adjust or express themselves, through being patient and available, and to be innovative and to see alternatives or possibilities where needed.</p>		

Innholdsfortegnelse

1. Innledning:.....	5
1.1 Introduksjon til valgt tema	6
1.2 Sykepleiefaglig relevans	6
2. Bakgrunn.....	8
2.1 Seksuelle overgrep	8
2.1.1 Symptomer på seksuelle overgrep på barn	8
2.2 Posttraumatisk stresslidelse og traume.....	9
2.2.1 Symptomer på PTSD hos barn	10
2.3 Teoretiske perspektiver.....	10
2.3.1 Erik Erikson	10
2.3.2 Atle Dyregrov	11
2.3.3 Sammenslåtte utviklingsteorier	11
2.3.4 Egofunksjoner.....	12
2.4 Kontaktetablering	13
2.4.1 Etikk	15
2.5 Abraham Maslow - behovspyramiden	16
2.6 Risikofaktorer	16
2.7 Beskyttelsesfaktorer.....	17
2.8 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer.....	17
2.8.1 FNs konvensjon.....	17
2.8.2 Yrkesetiske retningslinjer	18
2.9 Hensikt med oppgaven:	18
2.10 Problemstilling	18
2.11 Avgrensning	18
3. Metode	19
3.1 Litteraturstudie som metode	19
3.1.1 Kvalitativ metode	19
3.1.2 Kvantitativ metode.....	19
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	20
3.3 Søkestrategi	20
3.4 Kvalitetsvurdering.....	24
4. Resultat	25
4.1. Matriser	25
4.2 Presentasjon av funn	32

4.2.1 Verdien av kunnskap og kompetanse.....	32
4.2.2 Kommunikasjon og samspill.....	32
5. Drøfting	33
5.1 Kunnskap og kompetanse	33
5.2 Tålmodighet og tilgjengelighet	35
5.3 Sykepleiers holdninger og verdier	37
5.4 Forskningsetiske overveielser og kildekritikk.....	38
6. Konklusjon.....	40
7. Litteraturliste	41

Antall ord: 9954



«... Det er som den lille kroppen som leker i
sommerens vind ennå har minnet i seg»

(Andrè Bjerke, u.å)

1. Innledning:

1.1 Introduksjon til valgt tema

Et tema som blir mer og mer aktuelt i samfunnet, og som er vanskelig å begripe og vanskelig å snakke om, er seksuelle overgrep mot mindreårige. Det kommer tydeligere frem i media om flere tilfeller, og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2015) kan også vise til noen mørketall om den norske befolkningen, hvor 1 av 5 jenter og 1 av 10 gutter opplever å bli utsatt for seksuelle overgrep som mindreårige. Disse kan oppleve svært helsemessige konsekvenser av både fysiske og psykiske omfang, og det er dette oppgaven kommer nærmere inn på.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Brinchmann (2014) skriver at en sykepleier skal følge yrkesetiske retningslinjer som handler om hvordan de skal forholde seg til profesjon, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet. Videre skriver Brinchmann (2014) at man i sykepleien skal forebygge sykdom, fremme helse, behandle, lindre og trøste. Noen tilfeller er mer krevende enn andre og ingen pasienter har lik bakgrunn eller sykdomsbilde, og dette kan være utfordringer som ikke alle sykepleiere vet å mestre.

Studier viser at fagpersoner som har til oppgave å beskytte barn og sikre barn gode oppvekstvilkår, fortsatt mangler kunnskap, trygghet og handlingskompetanse for å legge til rette for at barn får hjelp til å fortelle hvordan de har det ut i fra sitt perspektiv (Gamst, 2011, s.22)

Marchetti, Fantasia and Molchan (2014) sin studie underbygger dette. Der kommer det frem at spesialsykepleiere som jobber med ofre over 12 år innenfor området med seksuelle overgrep, synes å jobbe med barn under 12 år blir for tøft. De viser til at både utdanning og opplæring må stå mer i fokus når det kommer til dette temaet.

Grønseth og Markestad (2011) skriver om barriere hos voksne. Dette innebærer at det ofte er mange voksne som engster seg for å snakke med barn, samtidig som de er redde for å stresse

og belaste barn unødvendig. Mange voksne føler seg ofte klønete i forhold til kommunikasjonen og tilnærmingen til barna, og henvender seg heller til foresatte. De føler seg også truet av barns direkte og ufiltrerte væremåte. På denne måten unngår de bevisst eller ubevisst å skape tid og rom for samtaler med barna, noe som begrenser barnets mulighet til å uttrykke sine bekymringer.

2. Bakgrunn

2.1 Seksuelle overgrep

Gamst (2011) definerer seksuelle overgrep mot barn når en voksen trekker barn inn i seksuelle handlinger, som det ikke har fullt forståelse for grunnet barnets umodenhet og manglende forståelse. Kvam (2001) forklarer at det finnes 3 stadier av seksuell overgrep: Seksuell utuktig adferd som visuell krenkende ytringer, handling som fysisk kontakt og berøring, og omgang hvor det oppstår samleie, mastubering eller inntrengning av fingre og gjenstander. Alvorlighetsgraden varierer svært og kommer ann på barns utvikling og forståelse.

2.1.1 Symptomer på seksuelle overgrep på barn

Fahrman (1993) forteller om når et lite barn har blitt utsatt for seksuelle overgrep har de symptomer som problemer med å tisse, sengevæting, skader på eller omkring kjønnsorganet. Fahrman (1993) understreker også at det er viktig å huske at selv om et barn har en eller flere av de symptomene så behøver det ikke å ha vært utsatt for seksuelle overgrep. Andre symptomer som Fahrman (1993) skriver litt om er at noen tvangsmessig vasker seg, eller viser en overdreven interesse av seksualitet. Her kommer det også inn at små barn prøver gjennom repetisjonslek og tegning å gjøre verden forståelig for seg selv.

Kvam (2001) viser til at konsekvensene varierer avhengig av hva de har opplevd, det er i større grad psykiske vansker som forekommer hos seksuelt misbrukte barn.

Videre skriver Kvam (2001) at de vanligste kjennetegnene er når det ellers aktive og nysgjerrige barnet får angst, angst for bleieskift, stell nedentil, for å gå alene i mørket eller for å bli berørt. De kan ifølge Kvam (2001) bli destruktive, stille og engstelige, de "gidder ikke" å leke mer eller slutter å snakke og har fjerne og stirrende perioder, de blir apatiske. De kan bli uforklarlig utagerende og aggressiv, eller at søvnrytmen endrer seg. Noen barn kan bli forføreriske eller ha en seksuell atferd. I tillegg skriver Kvam (2001) at det kan oppstå spiseforstyrrelser, endring i appetitten eller i kostvanene. Dette understreker også Fahrman (1993) med at barn kan oppleve å ha smerter i magen, og senere på grunnlag av dette utvikle spiseforstyrrelser.

Kanskje barnet nekter å spise ting som har fasong som en penis: pølse, bananer, gulrøtter, agurk og marsipanpølser. Eller barnet kan få oppkastfølelse av å se mat som ligner på sæd: hvit saus, melk, rømme, smeltet is. (Kvam, M.H, 2001 s. 96)

2.2 Posttraumatisk stresslidelse og traume.

Håkonsen (2014) forteller at posttraumatiske lidelser kommer fra alvorlige overgrep, ulykker eller andre situasjoner som har vært sterkt belastende. Mennesker med posttraumatisk stresslidelse vil oppleve både tankemessige og følelsesmessige reaksjoner, og fysiske reaksjoner som minner dem om da overgrepet eller ulykken skjedde. Videre skriver Håkonsen (2014) at de vil oppleve flashback, mareritt eller andre emosjonelle sterke reaksjoner. Slike symptomer kan vare i uker, måneder og år etter en traumatisk hendelse.

Kvam (2001) viser til noen undersøkelser hvor barn som opplever seksuelt misbruk i barndommen kan ta skade av det og eventuelt utvikle "Posttraumatisk stress disorder"- som ofte blir forkortet til PTSD.

PTSD kan oppstå etter unormalt vonde og traumatiske opplevelser, og karakteriseres ved stadig gjenopplevelse av den traumatiske hendingen, unngå stimuli som kan minne om opplevelsen, økt beredskap (skvetten) og vedvarende angst. Symptomene skal ha vart minst en måned sammenhengende. (Kvam, M.H, 2001 s. 47)

Jensen (2007) forteller at en traume er en eller flere hendelser, og at disse hendelsene kjennetegnes ved at de representerer en alvorlig trussel mot eget eller andres liv. Hendelsene skal i tillegg ha gjort et betydelig emosjonelt uttrykk ved at personen skal ha følt seg redd eller hjelpeløs.

Erikson (1963) forteller om Sigmund Freud sitt fenomen om repetisjonstvang. "Repetisjonstvang, dvs. trangen til å gjenta pinefulle opplevelser i ord og gjerning." (Erikson, 1963, s. 213) Noe vi alle kjenner til fra tidligere, er de menneskene som i stedet for å søke helbredelse og trygghet i søvne, blir heller til stadighet vekket opp av mareritt og gjenopplevelse av det gjennomgatte traumet. Videre forteller Erikson (1963) at det ofte

kommer frem at man ser barn som har vært utsatt for ulike former for traumer, gjerne velger å dramatisere traumene ved hjelp av lek som de selv klarer å mestre i forhold til alderen.

2.2.1 Symptomer på PTSD hos barn

Jensen (2007) forteller om symptomer som ofte viser seg etter traumatiske hendelser og som knytter seg til PTSD. Disse er gjenopplevelse, unngåelse og aktivering.

- Gjenopplevelse omfatter slik som påtrengende minner, repetisjonslek, tilbakevendende skremmende drømmer og følelse av gjenopplevelse
- Unngåelse eller nummenhet omfatter at man unngår assosierte tanker, følelser eller samtaler, unngåelse av aktivitet, mennesker eller steder som vekker minner, vansker med å huske viktige aspekter ved situasjonen, minsket interesse for viktige aktiviteter, følelse av avstand eller distanse til andre, forkortet fremtidsperspektiv og begrenset følelsesrepertoar
- Aktivering omfatter søvnproblemer, irritasjon, sinne, konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og oversensitivitet på overraskende stimuli

Tremblay, Hébert and Piché (2000) skriver i sin studie at barn med PTSD, som har utviklet dette som følge av tidligere seksuelle overgrep, sliter generelt med store tilpasningsvansker.

2.3 Teoretiske perspektiver

2.3.1 Erik Erikson

Erikson (1963) er kjent for teorien om personlighetsutvikling, som også blir omtalt som Eriksons psykososiale stadier. Erikson (1963) mener at menneskets personlighet gjennomgår åtte faser i livet, hvor hver av fasene er knyttet til bestemte alderstrinn. Dette kaller han "menneskets åtte aldre".

Erikson (1963) skriver om de tre første fasene som går fra barnet er 0-6 år, hvor disse handler om tillit og mistillit, autonomi og skam og tvil, initiativ og skyldfølelse. Fasen som gjelder barn fra 6-14 år handler om arbeidsevne og mindreverdsfølelse, og femte fase som omhandler identitet og rolleforvirring, og gjelder i puberteten.

2.3.2 Atle Dyregrov

Dyregrov (2010) tar for seg hvordan traumer kan påvirke barns utvikling og hvordan barn reagerer til traumer i ulike alderstrinn, som førskolealder, skolealder og ungdom. Videre skriver Dyregrov (2010) at traumer kan påvirke evnen hos førskolebarn til å uttrykke følelser og opplevelser. Skolebarn kan få vansker med å håndtere følelser og aktiviserer seg gjerne for å unngå å tenke eller å kjenne på dem. Ungdommer kan få vansker med å uttrykke følelser og kan vise en selvdestruktiv atferd.

Traumatiske hendelser må forstås og bearbeides i lys av det alderstrinn barnet passerer. En hendelse som et barn opplever som 7-åring, kan sees i et helt annet lys når barnet er 11 år, eller senere når barnet blir 14 år. Et barndomsklima preget av vold i førskolealder gir dårligere grunnlag for å takle nye traumehendelser senere i barndommen. (Dyregrov, 2010, s.56)

2.3.3.1 Sammenslåtte utviklingsteorier

Her ser vi de ulike utviklingsteoriene sammen, hva som er likt og forskjellig, kort oppsummert.

Alder	Eriksons (1963) utviklingsteori	Alder	Dyregrovs (2011) teori om traume og utvikling
0 – 1,5 år	Tillitsbygging og grunnleggende omsorg i forhold til de nærmeste omsorgspersoner. Fare for mistillit og dermed konsekvenser videre i livet.	Førskolealder	Påvirker evnen til å kunne uttrykke følelser, kjenne på medfølelse eller empati. Kan utvikle tilknytningsproblemer, angst og frykt. Lettere for å feiloppfatte hendelser, og liten evne til å forstå akutt fare.
1,5 – 3 år	Økende følelse av autonomi og selvbestemmelse. Fare for skam og tvil, på grunnlag av dårlig mestring og kritikk.		

3 – 5 år	Evne til initiativ, økende energinivå og selvtillit. Fare for skyldfølelse og passivitet, gjennom for streng grensesetting.		
6 – 14 år	Utvikling av vennskap og oppstart av pubertet. Økende selvkritikk og dårlig selvbilde.	Skolealder	Vanskeligheter med å håndtere følelser, frykt for å bli forhåndsdomt og/eller negativt stemplet.
14 – 20 år	Økende selvstendighet, endrede verdier og aksept av seg selv. Fare for rolleforvirring, i forhold til høye krav og forventninger.	Ungdomstid	Vanskeligheter med å uttrykke følelser. Kombinasjon av en turbulent ungdomstid og traumer, angst og vonde minner, fører ofte til en selvdestruktiv atferd, og eventuelt rusmisbruk.

2.3.4 Egofunksjoner

Med egofunksjoner mener vi de de indre prosesser som bistår mennesket med å tilpasse seg i dagliglivet” (Håkonsen, 2014, s.265). Håkonsen (2014) skriver videre at for å kunne takle utfordringer som vi møter i hverdagen, som frustrasjon og nederlag så trenger vi en viss egostyrke.

Erikson (1963) forteller at barns ego mestrer å finne avveksling og helbredelse gjennom forskjellige måter å leke på. Lek er en egofunksjon, og viser seg i denne sammenhengen som et forsøk på å samkjøre de kroppslige og de sosiale prosessene med barns personlighet. Videre forteller Erikson (1963) om hvordan begrepet lek omfatter egomestring, som man prøver å praktisere i en overgang mellom fantasi og virkelighet. Altså kan man bruke lek som en hjelp for å slippe ut innestengte følelser, og samtidig finne utløp i sin egen fantasi for hendelser og frustrasjon.

2.4 Kontaktetablering

Barnets motivasjon og evne til å formidle seg avhenger av hvordan det blir møtt, og hvordan du våger å møte barnets erfaringer følelsesmessig. For å føle tillit og oppleve å bli forstått trenger barnet en trygg voksen som tør å nærme seg og lytte. (Gamst, 2011, s.17)

For å etablere tillit mellom helsepersonell og barnet hevder Gamst (2011) at det er viktig med god kommunikasjonstilnærming, og en forståelse for barnets utvikling og kommunikasjonskompetanse. “Det er en klar sammenheng mellom den profesjonelle voksnes kommunikasjonsferdigheter og barnets forutsetninger for å formidle seg.” (Gamst, 2011, s.17) Grønseth og Markestad (2011) forklarer det slik at de voksne må ta utgangspunktet i barnets virkelighetsforståelse når de kommuniserer, slik at budskapet blir forstått og barnet føler seg kompetent i samtalen. Om barnet føler at de kommer til kort i samtalen, skaper det en større avstand mellom den voksne og barnet, og barnet kan trekke seg litt tilbake. Slik som Grønseth og Markestad (2011) forklarer det, så er voksne den ansvarlige for å tilpasse for barnet, slik at det blir en vellykket samtale.

Studier viser at barn helt ned i fireårsalderen, til tross for selvopplevd komplekse hendelser kan formidle seg forbløffende presist og detaljert når de blir møtt av godt kvalifiserte profesjonelle voksne samtalepartnere. (Gamst, 2011, s.37)

Grønseth og Markestad (2011) poengterer om et barn eller ungdom skal få oppleve å bli respektert og få sin integritet ivaretatt må vi som helsepersonell anerkjenne deres væremåte, tanker og følelser. Vi må også møte dem på et emosjonelt og kognitiv plan. For å oppnå kontakt, vinne tillit og kunne innta barnets perspektiv, er det ifølge Gamst (2011) empati som er forutsetningen for et optimalisert forhold mellom barn og den voksne. Empati sørger for å skape en personlig kontakt og gir helsepersonell en mulighet til å forstå barnet fra eget ståsted. “Empati krever en følelsesmessig nærhet, men samtidig avstand og avgrensning fra din profesjonelle side” (Gamst, 2011, s.41). Altså, det handler om å kunne føle hvordan det er å være i barnets sko og forstå dem. Man skal være aktivt til stede for dem, samtidig som du skal forholde deg profesjonell og ha kontroll på dine egne følelser.

Gamst (2011) skriver videre om barnets behov for anerkjennelse og gi en opplevelse av å bli verdsatt, slik som Grønseth og Markestad (2011) også skriver. Det gir barnet en motivasjon til å være åpen og kommunisere. I motsetning til en manglende anerkjennelse som låser eller hindrer kommunikasjonen. Det gir barnet en følelse av å være en “sak” for sykepleieren og ikke oppnår “subjekt - subjekt relasjon”, men blir i stedet undertrykket, og perspektivet blir “subjekt-objekt relasjon”. Derimot skriver Gamst (2011) at når man lytter aktiv, har forståelse, respekt og toleranse, og samtidig gir barnet en bekreftelse, vil barnet få en følelse av å bli anerkjent og vil legge fra seg mistilliten og engstelsen.

Ett barn dømmer helsepersonell etter deres opplevelser og inntrykk, og i følge Grønseth og Markestad (2011) handler det ikke bare om hva helsepersonell sier, men deres fremtoning og nonverbale signaler også. Grønseth og Markestad (2011) legger derfor frem hva som skal til for å styrke tilliten:

- Like og respektere barn og ungdom.
- Vise interesse, bruke tid og gjøre noe hyggelig sammen.
- Bli kjent med barnet eller ungdommen som person, ikke bare som pasient.
- Involvere seg, tørre å bli følelsesmessig berørt, gi litt av seg selv.
- Utvikle tillitsforhold til foreldrene.
- Være ærlige, forklare og hjelpe barnet eller ungdommen til å forstå hva som foregår. (Grønseth og Markestad,2011, s.83)

Barn kan ha vansker med å uttrykke seg av forskjellige årsaker. Både på grunn av deres kompetanse eller følelser som er vanskelige eller skremmende. Grønseth og Markestad (2011) forklarer at hjelpemidler bidrar til å hjelpe barnet i en samtale med å mestre informasjonen. Det kan også skape distanse fra en skummel opplevelse, men samtidig gjøre det lettere å uttrykke seg. Dette kan være hjelpemidler som tegninger, leker, bilder, eventyr, sang, regler og metaforer som bidrar til å gjøre informasjonen lettfattelig.

Grønseth og Markestad (2011) skriver også om samtaleteknikker som også bidrar til å øke formidlingsevnen og kan hjelpe til med skumle opplevelser eller sykdommer. Noen eksempler er å vise interesse og engasjement, bruke kjente ord og begreper. Unngå ord og uttrykk som kan misforståes, som for eksempel stikkpille, stikkklaken eller at du skal ‘ta’ blodtrykk og puls. Pass også på å ha samsvar med verbalt språk og nonverbale signaler.

Grønseth og Markestad (2011) understreker at ærlighet er absolutt nødvendig, for å unngå mistillit. Videre hevder Grønseth og Markestad (2011) at atmosfæren har en viktig rolle for en vellykket samtale. Om den voksne setter seg ned, slik at barnet lettere får øyekontakt, og tillater at barnet kan bevege seg rundt mens samtalen foregår, blir stemningen mer avslappet. Samtaler bør også være korte og foregå på en gunstig tid på dagen hvor barn er mest opplagte.

Grønseth og Markestad (2011) forteller at helsepersonells holdninger til barn, og deres foresatte, har innvirkning på hvordan de blir møtt og ivaretatt, men også for den generelle utøvelsen av sykepleie. For at barn og deres foresatte skal kunne oppleve å ha tillit til helsevesenet, og en god opplevelse forbundet med sykehusoppholdet og pleiens kvalitet, er det viktig med klar kommunikasjon og en empatisk holdning fra helsepersonellet.

2.4.1 Etikk

Brinchmann (2014) skriver at holdningene våre gjenspeiler måten vi møter følelsene våre på, og hvordan vi mestrer disse. Sykepleiers holdninger vises gjennom væremåte og kroppsspråk, og gjennom måten man kommuniserer på både verbalt og non-verbalt.

Nærhetsetikk og dydsetikk er viktige områder innenfor sykepleiers holdninger og verdier. Brinchmann (2014) skriver om nærhetsetikk som det konkrete samspillet mellom to individer. Dette i sammenheng med at sykepleiers holdninger og væremåte har innvirkning på pasientens opplevelse av den aktuelle situasjonen. Nærhetsetikk blir brukt som en tilnæringsmåte når det kommer til moralsk praksis og moralske fenomener, hvor jeg-du-forholdet blir satt i fokus. Videre skriver Brinchmann (2014) om dydsetikk, og hvordan dette er karakteregenskaper som påvirker helsepersonells moralske holdninger, og handlinger på en god måte. Dette dreier seg om personlige egenskaper som gjør at mennesker er i stand til å handle moralsk godt. Hvilke av disse karakteregenskapene som blir verdsatt, og også vurdert som dyder, endrer seg i takt med samfunnsutvikling og hvilke arbeidsoppgaver og mål det er viktig å få gjennomført. Hvilke dyder som blir vektlagt, avgjøres av hvordan man selv oppfatter, forstår og definerer sykepleierrollen.

2.5 Abraham Maslow - behovspyramiden

Håkonsen (2014) forteller om Abraham Maslows motivasjonsteori som de fleste i dag kjenner til som Maslows behovspyramide, hvor behovene er satt opp etter en hierarkisk modell, etter viktigheten av dem. De mest grunnleggende behovene må og burde i stor grad være innfridd for at behov høyere opp også kan bli tilfredsstilt.

- fysiologiske behov, slik som mat, væske og seksualitet
- behovet for sikkerhet, slik som beskyttelse, trygghet og stabilitet
- sosiale behov, slik som tilhørighet, bekreftelse og kjærlighet
- behovet for anerkjennelse, slik som respekt for andre og respekt for seg selv
- behovet for selvrealisering

(Håkonsen, 2014)

2.6 Risikofaktorer

Mauset (2007) forteller om risikofaktorer for utvikling av alvorlige atferdsvansker og kategoriserer dem etter individ, familie, venner, skole og nærmiljø.

- Individe faktorer: Svake språklige ferdigheter, lav sosial konformitet, holdninger som favoriserer antisosial atferd, impulsivitet.
- Familie faktorer: Høykonflikt, lite varme eller felleskap, manglende oppfølging, streng og/eller inkonsekvent grensesetting, foreldre problemer som psykiske problemer, rusmisbruk og kriminalitet.
- Venner: Omgang med jevnaldrende med atferdsproblemer, dårlig sosiale ferdigheter
- Skole: Dårlig skolefaglige prestasjoner og/eller sosiale vansker på skolen, et lite forpliktende forhold til skolegang, slutter på skolen.
- Nærmiljø: Kriminell subkultur, stor sosial mobilitet, lokalsamfunn i oppløsning, lite tilgjengelig sosial støtte fra voksne (Mauseth, 2007, s.116-117)

2.7 Beskyttelsesfaktorer

Mauseth (2007) skriver at beskyttelsesfaktorer er faktorer som reduserer faren for problemutvikling. De er ofte det motsatte av risikofaktorene eller at risikofaktorene er fraværende. Mens Forebygging (2017) forteller at beskyttelsesfaktorer er en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med redusert sannsynlighet for fremtidig negativ psykososial utvikling.

Beskyttelsesmekanismer kan deles inneles i fire typer:

1. De som reduserer risikoen for å bli eksponert
2. De som reduserer risikoen for negative kjedereaksjoner etter eksponering
3. De som fremmer selvtillit og tro på egen evne til å påvirke en situasjon gjennom tilstedeværelsen av stabile og støttende personlige relasjoner eller suksess med ting en utfører
4. De som åpner opp positive muligheter. (Dyregrov, 2010, s.96)

Dyregrov (2010) forteller at en sikker tilknytning i tidlig barndom er en viktig beskyttende faktor som fremmes gjennom en omsorgsfull og emosjonelt sensitiv omsorgsgivning. Videre skriver Dyregrov (2010) om forhold som er positive, slik som humor, tro på egen evne til å klare ting, evne til å forstå hva som skjer og et nært forhold til en eller flere voksne.

Mauseth (2007) forklarer at både risiko- og beskyttelsesfaktorene endrer seg etter betydningen av individets alder, utviklingsnivå og kontekst.

2.8 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

2.8.1 FNs konvensjon

I FN-sambandets konvensjon om barns rettigheter (1990), står det skrevet at

Partene skal treffe alle egnede tiltak for å fremme fysisk og psykisk rehabilitering og sosial reintegrering av et barn som har vært utsatt for: enhver form for vanskjøtsel, utnyttning eller misbruk; tortur eller enhver annen form for grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff; eller væpnede konflikter. Slik rehabilitering og reintegrering skal finne sted i et miljø som fremmer barnets helse, selvrespekt og verdighet. (FN-sambandet, art.39, 1990)

2.8.2 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på prinsippene i ICNs etiske regler, og menneskerettighetene slik de kommer til uttrykk i FNs menneskerettighetserklæring. (NSF, 2011, s.5)

Norsk Sykepleierforbund (2011) forteller at formuleringene i de yrkesetiske retningslinjene er fundamentet for all sykepleie. Begrunnelsen for sykepleiefaget er mennesket selv og respekten man har for det enkeltes menneskets liv, og naturlig verdighet skal prege praksisen.

2.9 Hensikt med oppgaven:

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvordan sykepleier skal møte mindreårige som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Det er viktig å ha kunnskaper om hvordan man kan skape en god relasjon til barn som allerede i tidlig alder har fått oppleve utfordringer som preger deres relasjon og tillit til andre mennesker. Vi ønsker å belyse temaet, da mange sykepleiere kan føle ubehag ved å møte disse barna. Med denne oppgaven ønsker vi å komme frem til ulike hjelpemidler sykepleiere kan bruke i kommunikasjonen og i møte med disse barna. Vi kan møte barn i hele helse- og omsorgstjenesten som har tunge erfaringer. De kan gjennom enkle sykepleieprosedyrer oppleve økende stress og ubehag, og derfor må vi som sykepleiere være bedre rustet i møte med de forskjellige utfordringene som kan oppstå

2.10 Problemstilling

På bakgrunn av dette har vi valgt følgende problemstilling:

Hvilke forhold er det viktig at sykepleier tar hensyn til i møte med barn utsatt for seksuelle overgrep?

2.11 Avgrensning

For å avgrense denne oppgaven velger vi å ta utgangspunkt i situasjoner hvor det allerede er avdekket at barnet har vært utsatt for seksuelle overgrep. Det ligger til grunn for at vi har blitt informert om det enten gjennom journaler eller muntlig via pårørende.

3. Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Etter retningslinjer fra NTNU Gjøvik skal bacheloroppgaven være en litteraturstudie. Thidemann (2015) skriver om litteraturstudie som metode, ved at man fra forskjellige skriftlige kilder systematiserer kunnskap man finner. Ved å systematisere samler man inn litteratur, går kritisk gjennom det og sammenfatter det hele til slutt. Man skal ha en systematisk tilnærming i alle trinnene ved en litteraturstudie. Man gir leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskap knyttet til tema i problemstillingen, og forklarer hvordan man har funnet denne kunnskapen. Thidemann (2015) har kommet med et forslag på hvordan en litteraturstudie kan gjennomføres. Man skal først formulere en presis problemstilling, og ut ifra den skal man gjøre et litteratursøk. Her finner man artikler og lager tabeller over søkehistorikk. Deretter skal man vurdere kvaliteten på artiklene, hvor man setter de inn i matriser og ser på de forskjellige punktene som innebærer formål og hensikt, metode og resultat. Til slutt er det tid for å analysere og tolke resultatene av funnene i artiklene og sammenfatte resultatene.

3.1.1 Kvalitativ metode

I følge Thidemann (2015) er kvalitativ metode humanvitenskapelig, med en forstående tilnærming. Hensikten er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, holdninger osv.

3.1.2 Kvantitativ metode

Thidemann (2015) sier at kvantitativ metode er den naturvitenskapelige, forklarende tilnærmingen. Data gjennom denne metoden er målbare tall, altså faktakunnskap.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

INKLUSJONSKRITERIER	EKSKLUSJONSKRITERIER
<input type="checkbox"/> Mindreårige hvor det er bekreftet et seksuelt overgrep	<input type="checkbox"/> Barn under 5 år
<input type="checkbox"/> IMRAD-struktur	<input type="checkbox"/> Lege perspektiv
<input type="checkbox"/> Vitenskapelig nivå 1 eller 2	<input type="checkbox"/> Artikler eldre enn 21 år
<input type="checkbox"/> Skrevet på engelsk	<input type="checkbox"/> Situasjoner hvor mindreårige tar kontakt med sykehus pga et seksuelt overgrep
<input type="checkbox"/> Artikler publisert etter 1996	<input type="checkbox"/> Ikke avsløring
<input type="checkbox"/> Sykepleieperspektiv eller barns perspektiv	
<input type="checkbox"/> Tilnærmet lik norsk sykepleiepraksis	
<input type="checkbox"/> Academic journal	

3.3 Søkestrategi

De databasene vi brukte i forbindelse med søket vårt etter relevante forskningsartikler, var Chinal Complete og PsycINFO.

De ulike søkeordene vi brukte og planlegger å bruke i videre søk i disse databasene for å finne relevante artikler til vårt tema, er i hovedsak

- children, nursing, child abuse, sexual abuse, hospitalized children, treatment, communication, children perspectives, posttraumatic stress disorder, education, nursing practice, safety, sexual behavior, meaning, non-pharmacological, emotions, nursing role

Når vi søkte haket vi av for engelsk tekst, academic journal og publiseringsår fra 1996 til 2016. Dette gjorde vi da vi kombinerte ordene til slutt.

Nr. 1	Database	Søkeord	Kombinasjon	Antall treff	Tittel på inkludert artikkel
	CHINAL Complete	1. Children 2. Nurses 3. Non - pharmacological	1 AND 2 AND 3 + fulltext	518 043 391 153 1 739 34	Experienced Nurses' Use of Non-Pharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain.

Nr. 2	Database	Søkeord	Kombinasjon	Antall treff	Tittel på inkludert artikkel
	CHINAL Complete	1. Child abuse 2. treatment 3. Sexual behavior	1 AND 2 AND 3 + Subject Major Heading: child abuse, sexual + fulltext	18 684 688 997 8 455 17	Child sexual abuse treatment: misinterpretation and mismanagement of child sexual behaviour

Nr. 3	Database	Søkeord	Kombinasjon	Antall treff	Tittel på inkludert artikkel
	CHINAL Complete	1. Children 2. Nursing role 3. Meaning	1 AND 2 AND 3 + Publiseringsår 2005 - 2017 + fulltext	518043 28 607 19 914 15	The Meaning Of Child Abuse For Nurses In Taiwan

Nr. 4	Database	Søkeord	Kombinasjon	Antall treff	Tittel på inkludert artikkel
	PsycINFO (Ovid)	1. Child abuse 2. Children perspectives	1 AND 2 + fulltext	26904 50 4	Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure.

Nr. 5	Database	Søkeord	Kombinasjon	Antall treff	Tittel på inkludert artikkel
	CHINAL Complete	1. Hospitalized children 2. Communication 3. Safety	1 AND 2 AND 3 + Publiseringsår 2007-2017 + fulltext	5 334 128 772 166 268 17	Hospitalized Children's Views Of The Good Nurse

Nr. 6	Database	Søkeord	Kombinasjon	Antall treff	Tittel på inkludert artikkel
	CINAHL complete	1. Sexual abuse 2. Children 3. Posttraumatic stress disorder 4. Emotions	1 AND 2 AND 3 AND 4 + fulltekst	12 385 518 042 4 964 28 373 6	Body-Related Emotions in Posttraumatic Stress Disorder Following Childhood Sexual Abuse.

3.4 Kvalitetsvurdering

Etter vi var ferdig med søkestrategien vår, hvor vi kombinerte ulike søkeord i de utvalgte databasene, valgte vi ut de artiklene vi syntes virket aktuelle med tanke på oppgavens problemstilling. Deretter leste vi abstraktene til de aktuelle artiklene, og satt da igjen med 8 artikler vi kunne tenke oss å jobbe videre med. Etter nøye overveielser, valgte vi vekk to av disse som vi følte kom bedre frem som støttelitteratur, enn som resultat-artikler. Til slutt satt vi igjen med 6 artikler som vi følte svarte på problemstillingen vår, og som vi mente kunne være gode å bygge oppgaven videre på.

Vi bearbeidet artiklene hver for oss og diskuterte dem sammen, slik at alle hadde samme forståelse av studiene. Deretter lagde vi oversiktlige matriser for hver av studiene, som tydelig viste formål og hensikt, metode, resultat og hvilken relevans studien kom til å ha for vår oppgave og problemstilling. Dette for å lettere gi leseren en god oversikt over de ulike studiene. Når dette var gjennomført, sorterte vi artiklene tematisk.

4. Resultat

4.1. Matriser

Nr. 1	Experienced Nurses' Use of Non-Pharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain
Referanse	Svendsen, E. J and I. T Bjørk (2014) Experienced Nurses' Use of Non-Pharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain. Artikkelen er publisert i Journal of Pediatric Nursing, som har publiseringsnivå nr. 1 og den følger IMRAD-struktur.
Formål/hensikt	Formålet i denne studien var bruken av ikke-farmakologiske tilnæringsmetoder i smertefulle situasjoner for barn. Den skulle også gi en innsikt i noen av de aspektene av de ikke-farmakologiske behandlingsmetodene. To følgende spørsmål skulle besvares: <ul style="list-style-type: none">- Hvordan kan erfarne sykepleiere bruke ikke-farmakologiske tilnæringsmåter når et barn er innlagt i sykehus?- Hvordan sykepleiere kan begrunne fordelene og ulempene ved bruk av ikke-farmakologiske tilnæringsmåter?
Metode	En kvalitativ studie hvor 14 sykepleiere fra tre forskjellige avdelinger deltok. Alle var spesielt interessert i ikke-farmakologiske tilnæringsmetoder. Data ble samlet inn gjennom fokusgruppeintervjuer, og sykepleierne ble delt i tre grupper.
Resultat	Samarbeidet mellom barnet og sykepleierne ble stadig gjentatt som hovedmålet ved bruk av ikke-farmakologiske tilnæringsmetoder. Det var spesielt viktig under smertefulle prosedyrer. De ulike tilnæringsmetodene hjalp sykepleierne til å etablere et forhold til barna, noe som gjorde samarbeidet lettere under en prosedyre. Det var tre metoder som fungerte best, og som ble brukt oftest på de tre forskjellige avdelingene. <ul style="list-style-type: none">- Opprette et forhold, oppmuntring, positiv holdning: Gjennom lek, positiv språkbruk og humor- Gi barnet kontroll over situasjonen:

	<p>Gjennom å la barnet ta ledelsen, vise energi, forutsigbarhet, la barnet bestemme pause og alternativer. Forklare hvilke smerter som evt kan oppstå.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fjerne fokuset bort fra situasjonen: Få barnets oppmerksomhet, hjelpe til å få fokuset bort fra prosedyrer, blåse såpebobler, ulike pusteøvelser, leker, synging ol.
<p>Relevans for oppgaven</p>	<p>Et godt samarbeid mellom barn og sykepleier er viktig for å gi barnet en god opplevelse av tiden på sykehuset og til prosedyrene. Det å opprette trygghet og tillit er derfor svært viktig for å få til samarbeidet. Når man bruker slike tilnæringsmåter reduserer man også opplevelsen av redsel og unngår traumatiske opplevelser for barnet.</p>

Nr. 2	Child sexual abuse treatment: misinterpretation and mismanagement of child sexual behaviour
Referanse	Kools, A and C.Kennedy (2001) Child sexual abuse treatment: misinterpretation and mismanagement of child sexual behaviour. Artikkelen er publisert i tidsskriftet: Child: Care, Health and Development som har publiseringsnivå nr 1 og følger IMRAD- struktur.
Formål/hensikt	Formålet var å undersøke ansattes forståelse av konsekvensene som oppstår som følge av seksuelle overgrep mot barn. Denne studien var en del av en større studie som forsket på omsorgspersoners forståelse av barnets utvikling i behandling på institusjon.
Metode	En kvalitativ studie hvor et målrettet utvalg av 20 autoriserte sykepleiere og barnevernsansatte var med. Institusjonen hadde 45 plasser, hvor barn fra 6-14 år som har vært utsatt for enten psykisk, seksuell og/eller følelsesmessig overgrep var innlagt. Ansatte ble intervjuet i forhold til sine erfaringer av å jobbe i institusjon, i sammenheng med deres kunnskap om barns utvikling og seksuelle overgrep og dens anvendelse i praksis.
Resultat	Helsepersonellet hadde begrenset med kunnskap i forhold til de ulike følgetilstandene som følge av seksuelle overgrep mot barn. Det skjedde ofte en mistolkning og misoppfatning av både den utviklingsmessige oppførselen til barna og deres atferds ytring. Ved institusjonsbehandling av barn som har vært seksuelt misbrukt bør behandlingen være basert på sunne utviklingsprinsipper og omsorgspersonens følsomhet.
Relevans for oppgaven	Denne studien viser verdien av å ha riktig kunnskap og konsekvensene som oppstår når det mangler kunnskap. Den viser til at barns atferd kan ha en teoretisk forklaring.

Nr. 3	The meaning of child abuse for nurses in Taiwan
Referanse	<p>Feng, J, and M. A. Jezewski and T. Hsu (2005) The Meaning of Child Abuse For Nurses In Taiwan.</p> <p>Denne artikkelen er publisert i Journal of Transcultural Nursing som har publiseringnivå 1 og følger IMRAD struktur</p>
Formål/hensikt	<p>Hensikten var å utforske erfaringen og perspektivene til sykepleierne i Taiwan, om misbruk av barn og prøve å forstå det i en kultur-sammenheng.</p>
Metode	<p>En kvalitativ studie hvor det var 18 Sykepleiere fra 8 sykehus i Taiwan som var med i undersøkelsen. De ble intervjuet med 12 åpne spørsmål, som gav dem muligheten til å forklare deres erfaringer med å jobbe med misbrukte barn og deres familier.</p>
Resultat	<p>Det ble fokusert på 4 hovedpunkter:</p> <p>Betydning av barnemishandling: Det var vanskelig å kunne definere og sette en klar linje på hvor grensen til barnemishandling gikk. Dette var vanskelig grunnet deres kultur, hvor det var vanlig å disiplinere barnet fysisk. Alvorlighetsgraden varierte, både fysisk og psykisk. Noen ganger var det svært vanskelig å oppdage mens andre ganger kunne barnet være dødt innen det kom til sykehuset.</p> <p>Konflikter: Det oppstod ofte konflikter grunnet kulturbaserte verdier og faglig ansvar, uenigheter mellom sykepleiere - leger og mellom sykepleier - foresatte.</p> <p>Frustrasjon: De følte seg ofte frustrerte, grunnet mangel på støtte fra kollegaer og mangel på velfungerende prosedyrer. De opplevde stadig tidspress og alt for krevende arbeidsbelastning når de ble stående alene i situasjonene. De ønsket seg mer kunnskap og ett barneteam å kunne støtte seg på.</p> <p>Sykepleierens rolle: De ønsket å kunne gi omsorg og beskytte barnet, selv med motstand fra alle hold. De ønsket å støtte hverandre som sykepleiere og kunne dele erfaringer.</p>
Relevans for oppgaven	<p>Denne studien har en relevans for vår oppgave, til tross for kulturforskjellen. Det er for å kunne få innsikt i en sykepleiers tanker og erfaring med tabubelagt tema. Det var også ønskelig med økt kunnskap hos sykepleierne om dette temaet, da deres holdninger og verdier ikke strekker til når de blir møtt med motstand fra kollegaer, befolkningen og kulturen.</p>

Nr. 4	Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure
Referanse	Jensen, T.K., W. Gulbrandsen, S. Mossinge, S. Reichelt and O.A. Tjersland (2005) Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. Publisert i Child abuse & Neglect 29 som holder publiseringsnivå 1 og følger IMRAD-struktur.
Formål/hensikt	<p>Denne studien undersøkte sammenhengen mellom 3 viktige punkter innenfor avsløringen av seksuelle overgrep hos barn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der barn var i stand til å rapportere sine erfaringer med seksuelle overgrep - Barns syn på hva som gjorde det vanskelig å snakke om overgrepene - Hva som hjalp barn i den avslørende prosessen <p>Målet med denne studien var å studere avsløringer etterhvert som de forekom, samtidig hjelpe barna og deres pårørende til å kunne finne en løsning for å snakke om vanskelige temaer.</p>
Metode	Kvalitativ studie hvor dataene ble hentet fra 20 familier med 22 barn, med alder 3 til 16 år. Dataene ble samlet inn ved hjelp av terapeutiske økter, og oppfølgingsintervjuer etter ett år. Felles for familiene, var bekymring på grunn av barnas verbale utsagn, hvor barna hadde sagt noe som gjorde deres omsorgspersoner bekymret for et pågående eller et tidligere seksuelt overgrep.
Resultat	Resultatet av denne studien viste at barna syntes det var vanskelig å finne situasjoner hvor de kunne dele sine erfaringer og opplevelser. Barna var veldig følsomme overfor andres reaksjoner, og redd for å bli mistolket. Resultatene tydet på at om barna kunne få snakke fritt, at samtalen hadde en mening og at de forsto hendelsen selv, var en slik prosess noe som kunne gjøres mindre vanskelig for barna. Det kom frem at det ofte var vanskelig for barn å ta initiativ til samtaler som omhandler noe hemmelig, forvirrende eller stressende, og i omgivelser hvor det var mangel på rutiner og åpenhet for å snakke om disse temaene. Barna var også generelt sensitive når det gjaldt familiens behov, og de fryktet konsekvenser for familien og overgriperen.
Relevans for oppgaven	Studien gir oss et innblikk i hvor vanskelig det kan være for barn å snakke om det seksuelle overgrepet, og hvor viktig det er for oss som sykepleiere å tilrettelegge omgivelsene sånn at barnet føler en trygghet i nærheten av oss. Til tross for at studien omhandler avsløringen, så belyser studien viktige poeng om barns tanker og om hvor viktig tilnærmingen er for å få til en god kommunikasjon.

Nr. 5	Hospitalized Children's Views of The Good Nurse
Referanse	Brady, M (2009) Hospitalized Children's Views of The Good Nurse. Denne artikkelen er publisert i Nursing Ethics som har publiseringsnivå nr. 2 og følger IMRAD struktur.
Formål/hensikt	Studiet hadde tre formål <ul style="list-style-type: none"> - Fylle inn manglende kunnskap i litteraturen - Identifisere en god sykepleier i barns perspektiv - Vise til mer forskning for sykepleiepraksisen.
Metode	Dette var en kvalitativ studie med 22 barn i en alder fra 7-12 år, som ble intervjuet i en barneavdeling i England. Barna ble bedt om å tegne et bilde av en god og en dårlig sykepleier, gjennom en skrive- og tegneteknikk som forbedrer barns evne til å kommunisere og snakke om opplevelser og erfaringer.
Resultat	<p>Resultatet fremhevet fem viktige kjennetegn ved en god sykepleier:</p> <p>Kommunikasjon: Barna mente at en god sykepleier hadde en glad tone og en rolig tilnærming som visste ømhet og empati. De satte seg ned til deres øyehøyde, hadde god tid og de hadde oppriktige smil ved at de smilte med øyne. En dårlig sykepleier gav inntrykk til at de ikke var interessert i dem, de var for raske, hadde hendene på hoften og skapte mer frykt.</p> <p>Faglig kompetanse: En god sykepleier var kunnskapsrik, kunne gjøre prosedyrer raskt og fikk vond medisin til å smake bedre. Dårlige sykepleiere brukte for lang tid på ubehagelige prosedyrer, de følte at sykepleierne var slemme og ønsket barna vondt.</p> <p>Sikkerhet: En god sykepleier var ren og pen i tøyet, så stelt ut på håret og kom alltid forberedt med det riktige utstyret. En dårlig sykepleier hadde på seg for mye sminke, ustelt og skitne klær som kunne spre smitte. De var svært opptatt av at de eller andre barn ikke skulle bli smittet av bakterier.</p> <p>Profesjonelt utseende: Barna mente at en god sykepleier var grasiøs, anstendig og hadde på seg uniform og navneskilt, slik at de visste at de var ekte sykepleiere.</p> <p>Egenskaper: Barna var følsomme mot sykepleierens tone og fremtreden. Det var viktig for dem at de var ærlige, høflige, hadde humor og troverdighet. Det var viktig at de lyttet på dem, gav dem ros, kunne tulle og leke, men at de også kunne gi dem tillit og trygghet.</p>
Relevans for oppgaven	Denne studien er fra barns perspektiv, hva som bidrar til skape gode relasjoner som er med på å redusere stress. Den gir en god indikasjon på hva som gir barnet følelsen av trygge rammer rundt seg.

Nr. 6	Body-Related Emotions in Posttraumatic Stress Disorder Following Childhood Sexual Abuse
Referanse	<p>Dyer, A. S., R. E. Feldmann jr., E. Borgmann (2015) Body-Related Emotions in Posttraumatic Stress Disorder Following Childhood Sexual Abuse.</p> <p>Publisert i Journal of Child Sexual Abuse 24 som holder publiseringnivå 1, og følger IMRAD-struktur.</p>
Formål/hensikt	<p>Målet med denne studien var å undersøke omfanget av ulike assosiasjoner kroppen har til de traumatiske opplevelsene, og å kunne skille følelser knyttet til ulike traumerelaterte områder på kroppen.</p>
Metode	<p>En kvantitativ studie hvor det ble hentet inn data fra 97 kvinnelige deltakere (alle over 18 år gamle), som ble delt inn i 4 ulike fokusgrupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PTSD etter seksuelle overgrep som barn, med forekomst av borderline personlighetsforstyrrelse - PTSD etter seksuelle overgrep som barn, uten forekomst av borderline personlighetsforstyrrelse - Borderline personlighetsforstyrrelse uten PTSD - Friske deltakere <p>Deltakerne ble bedt om å vurdere 26 ulike områder på kroppen i forhold til deres tilknytning og assosiasjon til traumene, og deretter 7 ulike følelser som ble bestemt gjennom spørreskjemaer. 4 negative og 3 positive følelser.</p>
Resultat	<p>Denne studien viste at traumatiske opplevelser som regel er knyttet til følelser som angst, skam, skyld, avsky og sinne. Resultatene antydte at det var bestemte områder på kroppen som var forbundet med et seksuelt overgrep, og som var knyttet til sterkt ubehagelige følelser. Hos PTSD-pasienter som hadde gjennomgått seksuelle overgrep som barn, var de områdene som var høyest knyttet til negative følelser, underlivs regionen og innsiden av lårene. På grunnlag av dette så man at pasientens egen kropp, selv kunne virke som en trigger for traumatiske minner.</p>
Relevans for oppgaven	<p>Denne studien gir oss et innblikk i hvordan vi skal kunne forholde oss til de seksuelt misbrukte barna som også har utviklet PTSD. Dette i forhold til ulike prosedyrer som omfatter ulike områder på kroppen, og hvordan vi kan unngå at de reagerer på denne kontakten. Til tross for at deltakerne var over 18 år på studietidspunktet, så har vi valgt å regne den som relevant pga at overgrepene skjedde før fylte 18 år.</p>

4.2 Presentasjon av funn

4.2.1 Verdien av kunnskap og kompetanse

I studien av Feng, Jezewski og Hsu (2005) kom det frem hvor viktig det var med kunnskap og kompetanse hos helsepersonell om misbruk av barn. Dette innebar når prosedyrer og støtte var manglende hvis man mistenkte at barn var utsatt for barnemishandling. Kools og Kennedy (2001) viste til hvordan barn ble frarøvet de fundamentale behovene i utviklingsprosessen på grunn av manglende kunnskap hos helsepersonell som behandlet barna. Helsepersonellet som jobbet i institusjonene mistolket barnas handlinger og atferd, og ga de feilbehandling på grunn av dette. Svendsen og Bjørk (2014) forteller i sin studie om ikke-farmakologiske tilnæringsmetoder som bidro til trygghet og tillit. De ikke-farmakologiske tilnæringsmetodene gjorde samarbeidet mellom barnet og sykepleier lettere under prosedyrer. Samtidig bidro det til å redusere redsel og utrygghet, og man unngikk traumatiske opplevelser for barnet og pårørende. I studien til Dyer, Feldmann og Borgmann (2015) fortelles det om hvordan det kunne oppstå assosiasjoner til tidligere overgrep ved at bestemte områder på kroppen fungerte som en trigger i forhold til tanker og følelser relatert til overgrepet.

4.2.2 Kommunikasjon og samspill

I studien av Feng, Jezewski og Hsu (2005) ble det nevnt at det i 1993 ble innført en mandat til sykepleierne om å melde fra om barnemishandling. Likevel følte de at kultur-verdiene og den manglende samfunnsutviklingen trumfet igjennom, og de hadde ingen å støtte seg på. I studien av Jensen et.al (2005) får vi innblikk i hvor vanskelig det er for barn å uttrykke seg om de traumatiske erfaringene sine. Det kommer frem at de var redde for andres reaksjoner, og hvilke konsekvenser det ville fått for dem å snakke om de vanskelige opplevelsene sine. Det ble understreket at gode prosedyrer og tillitsvekkende tilnærming var med å bygget opp en trygghet for barna. Brady (2009) sin studie belyste barns meninger om hva en god og en dårlig sykepleier var. Slik som Jensen et.al (2005) nevnte at barna trengte trygghet for å kunne snakke om vonde opplevelser, så viser Brady (2009) nettopp hva som måtte til. Barna fortalte selv at kunnskapsrike og kompetente sykepleiere var de sykepleierne som vant tilliten raskest. Gode sykepleiere som var omsorgsfulle og lo mye sammen med barna, men tok jobben sin seriøst, fikk de beste relasjonene. Det ble belyst om hva som ga barna tvil på sykepleierne eller behandlingen de fikk, og hva som reduserte stress og bidro til betryggelse.

5. Drøfting

5.1 Kunnskap og kompetanse

Det er lite kunnskap og kompetanse hos helsepersonell om barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep, slik som det kom frem i studiene fra Feng, Jezewski og Hsu (2005) og Kools og Kennedy (2001). Der ble det påpekt at mangel på nok og riktig kunnskap og kompetanse innenfor temaet seksuelt misbrukte barn var stort. Kools og Kennedy (2001) viste oss hvordan mangel på kunnskap og kompetanse førte til mistolking og misoppfatning av barnas atferd og oppførsel. Det kom frem at det ble skrevet avvik av personalet som jobbet ved institusjonen, på det som i utgangspunktet var normal oppførsel. Som f.eks når de lekte eller når de ble kontaktsøkende hos andre barn. I følge Erikson (1963) innebærer begrepet lek egomestring, og praktiseringen av dette i overgangen mellom fantasi og virkelighet. Barn mestrer derfor på denne måten å finne avveksling og helbredelse gjennom lek med jevnaldrende, noe vi også på den ene siden kan se fra Håkonsen (2014) sin beskrivelse av Maslows behovspyramide. Der blir det beskrevet som et av de mest grunnleggende behovene et menneske har, det å føle trygghet og sikkerhet, kjærlighet og tilhørighet, noe man kan tolke at barna i studien til Kools og Kennedy (2001) søkte etter i lek og samvær med andre barn. På den andre siden skriver Fahrman (1993) at små barn gjør verden forståelig for seg gjennom lek og tegning, f.eks hvor en gutt som hadde opplevd seksuelt overgrep, stadig under lek prøvde å føre gjenstander i anus på andre gutter. Her kan man igjen se på Erikson (1963) sin teori om lek. Han mener at barn ofte bruker lek som et hjelpemiddel for å få utløp av innestengte følelser, hendelser og frustrasjon. Man ser også at dette er en del av symptomene på PTSD i følge Jensen (2007), med gjenopplevelse av situasjoner gjennom repetisjonslek.

Man kan se at mangelen på kunnskap og kompetanse kom frem på ulike måter, noe man tydelig ser gjennom studien til Feng, Jezewski og Hsu (2005). Sykepleierne i studien opplevde å ha for lite kunnskap om misbruk av barn og hvor grensen gikk. Dette kom av samfunnets holdninger og kultur til å disiplinere barn, og sykepleierne syntes derfor det var vanskelig å forholde seg til det. Man ser også at det kommer frem i Gamst (2011), at fagpersoner mangler trygghet, handlingskompetanse og kunnskap for best mulig å legge til rette for barn. På bakgrunn av dette ser vi at til tross for ulikheter i kulturer og normer, så er

FN-sambandets (1990) barnekonvensjon, alltid klar og tydelig i forhold til hva helsepersonell skal og burde ha kompetanse om i forhold til mishandling av barn.

God kunnskap skaper en trygg atmosfære, barna kan bli bedre møtt og samtidig få tryggere rammer. Barna som var i studien til Kools og Kennedy (2001) var mellom 6-14 år, som i følge Eriksons (1963) utviklingsteori er perioden i livet hvor det er utvikling av vennskap og oppstart av puberteten som er i fokus. Som tidligere nevnt i oppgaven, var utviklingsteorien også et av områdene hvor det var mangel på kunnskap og kompetanse hos helsepersonellet. Her kan man se på Eriksons (1963) utviklingsteori som forklarer at flere av avviks tilfellene i studien til Kools og Kennedy (2001) var normal oppførsel på barn i den alderen. Der igjen sier Dyregrov (2011) at barn i denne alderen som har opplevd traume har vanskeligheter med å håndtere følelser og er redd for å bli forhåndsdomt eller bli negativt stemplet av andre. Dette kommer også fram i Jensen et.al (2005) at barna var redde for hva andre syntes om dem, og redd for konsekvenser for seg selv og sin familie. Kools og Kennedy (2001) kom frem til at barna ikke hadde blitt feiltolket hvis tilstrekkelig kompetanse hadde vært til stede.

Der igjen finnes det også kroppslige forhold som helsepersonell må ta hensyn til, som beskrevet i studien til Dyer, Feldmann and Borgmann (2015). Der kom det frem at barna med PTSD opplevde ulike triggerpunkter på kroppen fra tidligere seksuelle overgrep. Med økt kunnskap til dette vil det bidra til å hjelpe barn som gjenopplever minnene, og som viser tydelig uro eller kroppslige ubehag forbundet med undersøkelser eller prosedyrer. Slik som Jensen (2007) hevder, så kan barnet oppleve den samme frykten i kroppen sin om igjen. Barnet vil da ta avstand fra følelser, sted eller mennesker med unngåelse eller nummenhet. Jensen (2007) forteller videre at ved økt fysiologisk aktivering kan barnet stadig være på vakt for nye farer, og kan fremstå som irritable eller sinte. I sammenheng med dette, kan vi se at Tremblay, Hébert og Piché (2000) skriver at barn som har utviklet PTSD som en følge av et seksuelt overgrep, ofte utvikler store tilpasningsvansker til stressfulle hendelser i hverdagen. Dyregrov (2010) poengterer også at barn som har opplevd traumatiske hendelser kan ha problemer med å håndtere og tilpasse følelser. Med en økt kompetanse innenfor dette, kan helsepersonell bidra til å forsikre barnet at det er i trygghet. I forbindelse med etablering av trygghet kan man se på hva Mause (2007) og Forebygging (2017) skriver om beskyttelsesfaktorer, som kan assosieres til en sykepleier- pasient relasjon. Dyregrov (2010) poengterer også beskyttelsesfaktorene, hvor det blir skrevet om positive forhold, slik som humor og et nært forhold til en eller flere voksne. I tråd med FNs-barnekonvensjon så ser

man her, at helsepersonell som har omsorgsansvar for barna, skal bidra med å redusere stress og sannsynligheten for utvikling av alvorlige atferdsproblemer.

5.2 Tålmodighet og tilgjengelighet

I en travel sykepleier hverdag, kan man ha for liten tid til å danne trygge grunnleggende rammer, og barna har ofte en liten forståelse for at man som sykepleier har mange andre pasienter å ivareta. Grønseth og Markestad (2011) understreker at barn har begrenset evne til å kunne sette seg inn i andre sine situasjoner, og deres egosentriske perspektiv gjør det vanskelig for dem å forstå at andre barn også trenger pleie og omsorg. Derfor har de voksne ene og alene ansvar for å danne de trygge rammene, slik at barnet og familien trives og føler seg ivaretatt. Videre skriver Gamst (2011) om kommunikasjonstilnærming, og at dette er grunnleggende for å kunne etablere gode relasjoner og samspill. Slik som i studien til Brady (2009) belyste barna selv verdien av en tillitsfull relasjonsbygging og en positiv fremtreden. De hadde behov for at sykepleierne hadde god tålmodighet og var tilgjengelige. Det kommer frem i studien til Jensen et.al (2005) at barna trengte nettopp dette som Brady (2009) skriver om. Barna manglet en trygg atmosfære for kontaktetablering og samspill med helsepersonell.

Men slik som Grønseth og Markestad (2011) skriver, så kan det være utfordrende for helsepersonell å tørre å møte barna på deres premisser, da de følte at det kunne være unødvendig å prate med barna om de alvorlige tingene og forholdt seg gjerne bare til foresatte, også fordi barns direkte væremåte skremte dem. Dette skapte større avstand mellom sykepleier og barnet, hvor barnets muligheter til å være spørrende og uttrykke bekymringer ble hemmet. I Brady (2009) sin studie forteller barna at de ønsket å bli inkludert og sett. Blant annet at sykepleierne satte seg ned på deres nivå, de ønsket at de var ærlige og viste interesse for dem. Man så at non-verbal kommunikasjon var like viktig som verbal. I følge Grønseth og Markestad (2011) er det viktig i forhold til barn og unges opplevelse av å bli respektert og ivaretatt, at helsepersonell anerkjenner dem, tankene og følelsene deres. Grønseth og Markestad (2011) nevner at det er tidkrevende å vinne tilliten til barn og at det tar tid å formulere seg riktig etter barns kommunikasjonsferdigheter. Gamst (2011) skriver at anerkjennelse gir en følelse av å være verdsatt og den følelsen vil sannsynligvis oppstå når sykepleierne tar seg tid til barna. I forhold til dette ser man anerkjennelse også i Håkonsen (2014) sin beskrivelse av Maslows behovspyramide. Anerkjennelsesbehovet innebærer her

respekt for andre og respekt for seg selv, noe som man igjen ser var viktig for barna i studien til Brady (2009).

Som helsepersonell blir man ofte vurdert av pasientene man er i kontakt med. Brady (2009) skriver om at barna i sin studie så etter egenskaper hos sykepleiere slik som ærlighet, høflighet, humor og troverdighet med tillit og kompetanse. Grønseth og Markestad (2011) hevder at barna dømmer sykepleieren etter fremtoning og nonverbale signaler, slik som barna i studien til Brady (2009) også poengterte, at de var kritiske og kategoriserte sykepleierne som flinke og dårlige. Disse egenskapene som Brady (2009) nevner, var viktig for å etablere en god relasjon til sykepleiere. Det å etablere en god relasjon ser man verdien av i studien til Svendsen og Bjørk (2014) som handler om å kunne opprette et godt samarbeid mellom sykepleier og barn ved hjelp av ikke-farmakologiske tilnæringsmetoder. Som en del av disse metodene ga man barnet oppmuntring og kontroll over situasjonen, og man fjernet også fokuset bort fra situasjonen eller prosedyren.

Barn som allerede hadde opplevd mistillit syntes det kunne være vanskelig med kommunikasjon, noe som kom frem i studien til Jensen et.al (2005). Gamst (2011) forteller at når barnet allerede har opplevd mistillit er det viktig å kunne forstå barnet fra barnets ståsted, og at man oppretter kontakt og vinner tilliten med bruk av empati. Videre forklarer Gamst (2011) at ved å innta barnets perspektiv, er det empati som er forutsetningen for et optimalisert forhold. Det å kunne se fra barnets ståsted og kunne forstå dens opplevelse på mistilliten, vil det gjøre det lettere å etablere trygge forhold for barnet og dermed vinne tilliten. Igjen ser vi Gamst (2011) sin teori om anerkjennelse, som sannsynlig også vil bidra til dette. Slik som Gamst (2011) skriver videre gir anerkjennelse en følelse av å være verdsatt. Barna i studien til Jensen et.al (2005) belyser verdien av et tilrettelagt og inkluderende miljø for å kunne ta initiativ til samtaler og refleksjoner forbundet med den aktuelle hendelsen.

Man kan vise til ulike tilnæringsmåter som bidrar til å trygge omgivelsene slik som i studien til Jensen et.al (2005), der følte barna at det ikke var trygge nok omgivelser for å kunne uttrykke seg. Dette kan oppnås ved å ta i bruk gode tilnæringsmetoder, som hjelpemidler og samtaleteknikker. Dette blir belyst av Grønseth og Markestad (2011) og Svendsen og Bjørk (2014) som viser til ulike hjelpemidler som lek, humor, forutsigbarhet og selvbestemmelse, hvor disse bidrar til å få trygge omgivelser. Her kan man også vise til

Dyregrov (2010) som hevder at trygg tilknytning er en beskyttelsesfaktor, slik som Håkonsen (2014) med stabilitet og sikkerhet, belyser verdien av Maslows trygghetsbehov.

5.3 Sykepleiers holdninger og verdier

Blant helsepersonell som jobber med utsatte og traumatiserte barn, oppleves det stadig en gjengang av varierende holdninger. Gjennom studiene til Feng, Jezewski og Hsu (2005) og Marchetti, Fantasia and Molchan (2014) kom det frem at helsepersonell synes at det var utfordrende å jobbe med utsatte og traumatiserte barn. Selv de som allerede jobbet med utsatte barn opplevde det som en utfordring å jobbe med barn under 12 år. Grønseth og Markestad (2011) poengterer at når sykepleierne viste interesse, hadde nærhet til barnet eller var oppmerksom på hva blick og øyne formidlet, viste det gode holdninger og bidrar til at pasientene føler trygghet. Relasjonen til pasienten kan bli påvirket av sykepleiers holdninger til pasienten eller dens sykdomshistorie. Dette er noe som også vises gjennom Brinchmann (2014), hvor det står at sykepleierens holdninger kommer til uttrykk via dens væremåte og kroppsspråk, så vel som hva man sier eller hvordan man velger å kommunisere. Barna i studien til Brady (2009) ønsket å bli møtt av sykepleiere som var trygge i sin rolle, og som kunne ha en god og leken fremtoning. Grønseth og Markestad (2011) og Brinchmann (2014) understreker også at det er lite tillitvekkende å møte pasienter med dårlig holdning og som ikke behersker sin omsorgsrolle for barn. Dette kommer også frem i Norsk Sykepleierforbund (NSF) sine yrkesetiske retningslinjer som er bygget på prinsippene til International Council of Nurses (ICN, 2011) hvor sykepleiere skal møte pasienter med verdighet og helhetlig sykepleie.

På en annen side ser man at gode holdninger og egne verdier er ikke alltid nok. Dette ser man gjennom sykepleierne i studien til Feng, Jezewski og Hsu (2005) som opplevde at virkeligheten ikke gikk overens med deres holdninger og verdier i forhold til ivaretagelse av barna. De opplevde stor motstand fra foresatte og leger, på grunnlag av kulturbaserte forskjeller og yrkesetisk ansvar. Som beskrevet i NSF's yrkesetiske retningslinjer, bygget på de etiske prinsippene til ICN (2011), plikter sykepleierne å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, og samtidig beskytte pasientene mot krenkende handlinger som innebærer rettighetsbegrensning og tvang. Brinchmann (2014) hevder at karakteregenskaper som også blir vurdert som dyder, endrer seg i takt med samfunnsutvikling, og her kan det

oppfattes at ikke alle har endret disse verdiene etter samfunnsutviklingen. Vi ser at det er viktig som sykepleiere, uansett land å kunne følge yrkesetiske retningslinjer, til tross for motstanden fra kultur og samfunn, som ikke har utviklet seg etter lover og regler. Dette var noe sykepleierne i studien til Feng, Jezewski og Hsu (2005) følte de sto veldig alene om, men med motstand fra flere hold, hadde de fortsatt gode holdninger og verdier og ønsket derfor å støtte hverandre som kollegaer og sykepleiere. Dette er også noe som kommer frem i NSF's utarbeiding av yrkesetiske retningslinjer fra ICN's etiske prinsipper (2011), hvor sykepleierne skal vise respekt for kollegers og andres arbeid, og samtidig være til støtte for hverandre i vanskelige situasjoner.

5.4 Forskningsetiske overveielser og kildekritikk

Slettebø (2014) forteller at forskning skal ta hensyn til individene som deltar i forskningen og at det individet skal gå fremfor hensynet til samfunns- eller forskningsnytt. Pasienter skal ikke bli utsatt for noen følger av forskningen, og det skal vurderes før forsøket om mulige risikoer. Videre skriver Slettebø (2014) at sykepleieforskning i Norden følger etiske retningslinjer, det er fire etiske prinsipper: autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet. Disse fire er med på å gi en begrunnelse på hvorfor forskningen skal ha informert samtykke, frivillighet og anonymisering. Fem av forskningsartiklene vi har valgt har blitt etisk godkjent. I studien av Kools og Kennedy (2001) var det ikke nevnt noen etisk godkjenning da denne studien er en del av en større undersøkelse, så en etisk godkjenning kan være til stede.

Vi har valgt å fokusere hovedsakelig på artikler hvor temaet omhandler barn som har blitt utsatt for et seksuelt overgrep, hvor enten barnets eget perspektiv eller sykepleierens perspektiv kommer frem. Her har vi valgt å gjøre et unntak i forbindelse med artikkelen til Dyer, Feldmann og Borgmann (2015), hvor de som har deltatt i studien er over 18 år gamle på tidspunktet studien ble gjennomført, men at overgrepet skjedde før fylte 18 år, og derfor få barns perspektiv. Det var også viktig for oss at landet studien kom fra kunne være overførbar til norsk klinisk sykepleie. Dette har vi også valgt å gjøre et unntak på, i artikkelen til Feng, Jezewski og Hsu (2005) hvor studien var utført i Taiwan. Vi så på den med kritisk blikk, men følte likevel at innholdet og resultatet var såpass relevant for vår problemstilling, at vi valgte å inkludere den. Det var også viktig for oss at artiklene var fagfellevurdert og publisert i et godkjent tidsskrift.

I vår oppgave har vi valgt å bruke 5 kvalitative og 1 kvantitativ studie. Dette fordi kvalitative studier går mer i dybden i forhold til opplevelser, følelser, holdninger og erfaringer. Dette var det vi følte var mest relevant i forbindelse med problemstillingen vår og hensikten med oppgaven. Vi har også valgt å bruke relevant, godkjent faglitteratur, for å få styrke oppgaven på best mulig måte. Her har vi prøvd i hovedsak å bruke primærlitteratur, men med noen innslag av sekundærlitteratur. Dette på grunnlag av at det opplevdes til tider vanskeligere å forstå primærlitteraturen, samtidig som den også kunne være utfordrende å oppdrive. Alle de utvalgte artiklene våre er skrevet på engelsk, og til tross for oversettelse ved hjelp av ordbøker og internett, kan vi ikke utelukke at det kan ha oppstått mistolkninger eller misforståelser forbundet med artikkelens hensikt eller resultat.

6. Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å finne ut hvilke forhold man må ta hensyn til i møte med barn utsatt for seksuelle overgrep. De forholdene det er kommet frem til er kunnskap, kompetanse, kommunikasjon, samspill, samfunn, holdninger og trygghet. Det forholdet som gjorde seg mest bemerket var at helsepersonell må ha mer kunnskap og kompetanse. Det å ikke ha riktig forståelse for barns utvikling etter gjennomgått traume kunne blant annet skape dårlige holdninger hos helsepersonellet, i form av tvil og usikkerhet. Gode holdninger er med på å bygge trygge rammer for barnet, skape tillit og opprette en god sykepleier-pasient relasjon. Dette er igjen med på å redusere stress og negative omgivelser for barnet. På bakgrunn av dette, så man at dårlige kunnskaper og dårlige holdninger gav verre utfall for barnet og kunne lage større konsekvenser enn allerede oppstått. Man kunne se at sykepleiers holdninger og karakteregenskaper ikke alltid gjenspeilet samfunnsutviklingen, eller at samfunnet ikke utviklet seg i tråd med lover og regler. Uten denne utviklingen ble utøvelsen av sykepleie påvirket. Det oppfattes derfor at barnas egne verdier og deres oppvekst i samfunnet ikke ble møtt tilstrekkelig. Det er en juridisk plikt å kunne hjelpe barnet, men for mange var det en barriere å oppleve og møte barnet, som igjen gav mangel på samspill og trygghet. Usikre sykepleiere skapte derfor usikre miljøer.

Det var også viktig å tenke på at barn var veldig vare for sykepleierens fremtoning og non-verbal kommunikasjon, da det dannet raskt et bilde om sykepleieren var flink eller ikke. Det var derfor viktig å tenke over kroppsholdning, væremåte, og tålmodighet, samtidig som at sykepleieren måtte være oppmerksom på at de var velstelte, hadde på seg uniform og navneskilt, slik at barna visste at de var ekte sykepleier. Dette var også en del av å skape et godt samspill. Samspill kom også til synet ved at barn viste til de gode sykepleierne som raske og effektive ved ubehagelige prosedyrer, og man kan da se effekten av å ta hensyn til kroppslige forhold og triggerpunkter.

Kort sagt, for å kunne innfri disse nevnte forholdene er det viktig at helsepersonell kan møte utfordringer. Det er også viktig at de kan hjelpe barn med tilpasninger eller å uttrykke seg gjennom å være tålmodig og tilgjengelig, være innovativ og kunne se alternativer eller muligheter der det trengs.

7. Litteraturliste

- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2015) *Seksuelle overgrep mot barn*. Tilgjengelig fra:https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Vold_og_overgrep_mot_barn/Seksuelle_overgrep_mot_barn/ (Hentet 2.4.2017)
- Brady, M (2009) Hospitalized Children's Views of The Good Nurse. *Nursing Ethics*, Volum 2. Doi: 10.1177/0969733009106648 (28.03.2017)
- Brinchmann, B.S. (red.) (2014) *Etikk i sykepleien*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dyer, A. S., R. E. Feldmann jr., E. Borgmann (2015) Body-Related Emotions in Posttraumatic Stress Disorder Following Childhood Sexual Abuse. *Journal of child abuse 24*, Volum 1. Doi: 10.1080/10538712.2015.1057666 (30.03.2017)
- Fahrman, M. (1993) *Barn i krise*. Sverige; Ad Notam Gyldendal
- Feng, J. and M. A. Jezewski and T. Hsu (2005) The Meaning of Child Abuse For Nurses In Taiwan. *Journal of Transcultural Nursing*, Volum 1. Doi: 10.1177/1043659604273551 (30.3.2017)
- FN-Sambandet (1990) *Barnekonvensjonen- barns rettigheter*. Tilgjengelig fra: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen-barns-rettigheter> (Hentet 21.04.2017)
- Forebygging (2017) *Beskyttelsesfaktorer*. Tilgjengelig fra: <http://www.forebygging.no/Ordbok/A-E/Beskyttelsesfaktorer/> (Hentet 08.05.2017)
- Gamst, K. T (2011) *Profesjonelle barnesamtaler- Å ta barn på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grønseth, R og T. Markestad (2011) *Pediatri og pediatrik sykepleie*. 3.utgave. Bergen: Fagboksentralen.
- Håkonsen, K. M.(2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvam, M. H (2001) *Seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kools, A. and C. Kennedy (2001) Child sexual abuse treatment: misinterpretation and mismanagement of child sexual behaviour. *Child: Care, Health and Development*, Volum 1. Doi: 10.1046/j.1365-2214.2002.00264.x (26.3.2017)
- Jensen, T.K (2007) Hvordan kan vi forstå og hjelpe barn og ungdom som har vært utsatt for traumer? i Øvreeide, Haldor (red.) *Barn og unge i psykoterapi- samspill og utviklingsforståelse. Bind I*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 294-323
- Jensen, T.K., W. Gulbrandsen, S. Mossinge, S. Reichelt and O.A. Tjersland (2005) Reporting

- possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child abuse & Neglect* 29, Volum 1. Doi: 10.1016/j.chiabu.2005.07.004 (28.3.2017)
- Mauseth, T (2007) Den unges plass og betydning i multisystemisk behandling av antisosiale atferdsforstyrrelser, i Haavind H. og H. Øvereeide(red.) *Barn og unge i psykoterapi-samspill og utviklingsforståelse. Bind II*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Norsk Sykepleie Forbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie, ICNs etiske regler*. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (05.mai.2017)
- Svendsen, E. J and I. T Bjørk (2014) Experienced Nurses' Use of Non-Pharmacological Approaches Comprise More Than Relief From Pain. *Journal of Pediatric Nursing*, Volum 1. Doi: 10.1016/j.pedn.2014.01.015 (27.3.2017)
- Slettebø, Å (2014) Forskningsetikk, i Brinchmann, B.S.(red) *Etikk i sykepleien*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Akademisk. S. 209-222
- Thidemann, I. J (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tremblay, C., M. Hébert and C.Piché (2000) Type 1 and Type 2 Posttraumatic Stress Disorder in Sexually Abused Children. *Journal of Child Sexual Abuse*, Volum 1. Doi: 10.1300/J070v09n01_05 (01.4.2017)