



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Seksuelle overgrep mot barn

Sexual abuse of children

Bente B. Hovde og May Iversen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 52

Molde, 19.11.2010



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Seksuelle overgrep mot barn

Tittel på engelsk: Sexual abuse of children

Forfatter(e): Bente B. Hovde og May Iversen

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 15

Årstall: 2010

Veileder: Britt Mari Olsen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 22.10.2010

Antall ord: 11893

***Hvis du forteller dette
til noen kommer
du i fengsel
Og moren
din vil
dø
sa han
da hun var åtte år
gikk hun den lange veien
til politistasjonen og anmeldte
seg selv.***

Lisbeth Nilsen.

Killen Kari(2009), Sveket 1.

Sammendrag

Bakgrunn: Seksuelle overgrep mot tenåringer kan få store konsekvenser. Mange vegrer seg mot å fortelle om overgrep. I dagens samfunn snakkes det mer om seksuelle overgrep enn tidligere. Derfor er det viktig at sykepleier har kunnskap om hva seksuelle overgrep er og hvordan det kommer til uttrykk.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å undersøke tenåringers opplevelser med å avdekke incest og å belyse hvordan sykepleier ved hjelp av samtale kan bidra til bearbeidelse av tidligere opplevde overgrep.

Metode: En litteraturstudie som består av ni forskningsartikler. Vi har benyttet sju kvalitative og to kvantitative artikler som vi har funnet gjennom søk i ulike databaser og ved manuelt søk. Artikkene har vi kvalitetssikret og analysert.

Resultat: Sykepleierne har en viktig rolle i å gjenkjenne seksuelle overgrep. Både sykepleiere og incestutsatte tenåringer uttrykte at sykepleieren hadde manglende fagkunnskap om seksuelle overgrep. Tenåringen kan avdekke sin incesthistorie på ulike måter. Samtale kan være en metode for å bearbeide opplevelsene. God kommunikasjon mellom sykepleier og tenåring er av betydning for om tenåringen forteller sin historie.

Konklusjon: Det er viktig for sykepleiere å skape trygghet, uttrykke empati, utøve hjelpende kommunikasjon gjennom å vise god faglig kompetanse. Sykepleierne må være klar over at tenåringen er i en sårbar situasjon og hjelpe tenåringen i bearbeidelsesprosessen.

Nøkkelord: Tenåring, seksuelle overgrep, behandling, samtale, avdekke.

Abstract

Background: Sexual abuse against teenagers can have big consequences. Many refuse to talk about the abuse. In today`s society sexual abuse is talked about more now than earlier. Therefore it is important for nurses to have knowledge about what sexual abuse is, and how to identify signs of it.

Purpose: The purpose for this study is to examine teenager`s experiences with uncovering incest and to shed light on how nurses, with the help of discussions, can offer treatment for abuses that occurred earlier.

Method: A literary study based on nine research articles. We have used seven qualitative and two quantitative articles, which we have found through searches in various databases and manual searches. We have quality assured and analyzed the articles.

Result: Nurses have an important role in identifying sexual abuse. Both the nurses and the incest exposed teenagers expressed that nurses had lack knowledge about sexual abuse. Teenagers can reveal their incest history in different ways. Discussions can be a method in bringing out the experience. Good communication between the nurse and the teenager becomes important for teenagers to tell their story.

Conclusion: It is important for nurses to create safety, to express empathy, helping communication exercise by showing good academic competence. Nurses must be aware that the teenager is in a vulnerable situation and help the teenager in the process in the adaptation process.

Keywords: teenager, sexual abuse, treatment, talk, disclosure.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Valg av tema	1
1.2 Hensikt	3
1.3 Problemstilling	3
1.4 Begrepsavklaring.....	3
2.0 Teoribakgrunn	4
2.1 Seksuelle overgrep mot barn er beskrevet i straffeloven	4
2.2 Samtale om seksuelle overgrep	5
2.3 Kommunikasjon mellom sykepleier og tenåring	7
2.4 Kriser.....	8
2.5 Tenåringens utvikling.....	9
3.0 Metode	10
3.1 Datasamling.....	10
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
3.3 Oversiktstabell over litteratursøk	13
3.4 Kvalitetsvurdering	15
3.5 Analyse av datamaterialet	16
4.0 Resultat	18
4.1 Funn fra problemstilling 1	18
4.1.1 Faglig kompetanse	18
4.1.2 Avdekkende samtaler	19
4.1.3 Kommunikasjon	19
4.2 Funn fra problemstilling 2.....	21
4.2.1 Tilretteleggelse	21
4.2.2 Utløsende faktorer	21
4.2.3 Tenåringens opplevelse	23
5.0 Diskusjon	24
5.1 Metodediskusjon	24
5.2 Resultat diskusjon	27
5.2.1 Faglig kompetanse er sentralt for å kunne hjelpe incestutsatte	27
5.2.2. Å avdekke incest er en lang og krevende prosess for tenåringene.....	29
5.2.3 Betydningen av god kommunikasjon.....	30
5.2.4 Behov for god tilretteleggelse	32
5.2.5 Utløsende faktorer kan påvirke tenåringen	33
6.0 Konklusjon	35
Litteraturliste	37

Vedlegg

1. PIO skjema
2. Oversiktstabell over artikler

1.0 Innledning

Seksuelle overgrep mot barn er et alvorlig tema som kan få store konsekvenser for den som blir utsatt for dette. Den første store norske spørreundersøkelsen om seksuelle overgrep ble gjennomført av Sætre, Holter og Jebsen i 1986, utvalg besto av 1017 personer over 15 år. 19 % av jentene og 14 % av guttene svarte at de hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn. Totalt hadde 16 % av dem som deltok i undersøkelsen, vært utsatt for seksuelle overgrep (Søftestad 2005).

Tenåringer som utsettes for seksuelle overgrep i familien eller i det sosiale nettverk er tenåringer som engasjeres i seksuell aktivitet som de ikke er i stand til å forstå (Killen 2009). I følge forfatteren hentyder forskning at jo nærmere overgriper forhold er til barnet, jo større er de psykiske problemene. Jo tidligere overgrep innledes, jo større problemer får barnet. Det er også dokumentert at jo mer alvorlig overgrepet er, desto større er sannsynligheten for psykiske forstyrrelser i voksen alder.

”Seksuelle overgrep blir værende i kroppen helt til de blir tatt frem og bearbeidet” (Aasland 2009, 73). Mange som har blitt utsatt for incest i barndommen og som har fått hjelp har fått bearbeidet traumene de ble utsatt for og har et godt liv som voksen.

I følge Søftestad (2005) startet en offentlig satsing på feltet om seksuelle overgrep først mot slutten av 1980-tallet. Justisdepartementet ga i 1988 ut NOU 1988:29 ”Etterforskning av incestsaker”, og den første økonomiske satsningen på landsomfattende utvikling av kunnskap og tiltak kom i regi av Sosialdepartementet i 1989. Årene etter dette har vært preget av en kulturell og politisk vilje til å fokusere på kunnskap og tiltak overfor barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep.

1.1 Valg av tema

Temaet er aktuelt i forhold til vårt framtidige yrke som sykepleiere, da vi kan møte incestutsatte pasienter på somatiske avdelinger, i psykiatrien eller i andre institusjoner. Under sykepleiefaglige prosedyrer som for eksempel kateterisering, munnstell og nedentilvask kan følelser pasienten har fra tidligere opplevelser komme frem.

Dette er situasjoner hvor vi opplever at pasienten er i en sårbar situasjon og deres tidligere opplevelser kan lett bli forsterket.

Økt kunnskap gjør oss tryggere og mer handlingsdyktige i sykepleien vi kan utøve i forhold til den incestutsatte tenåringen.

Søftestad (2005) påpeker i sin bok at størsteparten av seksuelle overgrep skjer innad i familien av far, bestefar eller onkel. I noen tilfeller er personen en venn, nabo eller en annen tillitsperson i barnets nettverk. Incest var et tema vi syntes var interessant og ikke minst fryktelig. Vi ville belyse temaet incest, da dette er et alvorlig tillitsbrudd fra en person barnet har et avhengighets forhold til.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne studien var å belyse hvordan sykepleier ved hjelp av samtale kan bidra til å bearbeide tidligere opplevde seksuelle overgrep og undersøke tenåringers opplevelse med å avdekke incest.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bruke samtale til å hjelpe tenåringen som har vært utsatt for incest til å bearbeide sin opplevelse?

Hvilke forhold kan være avgjørende for om en tenåring avdekker sin incesthistorie?

1.4 Begrepsavklaring

Seksuelle overgrep:

Kan refereres til handling som skjer mellom et barn og en voksen ved bruk av tvang. Overgrepet kan skje ved berøring eller penetrering (Grøholt, Sommerschild og Garløv 2008).

Incest:

omtales i straffeloven § 197, etter denne paragrafen er det straffbart å ha seksuell omgang med slektninger i rett nedstigende linje, enten de er adopterte eller biologiske etterkommere (Grøholt, Sommerschild og Garløv 2008).

Avdekke:

Med det mener vi å fortelle. I denne oppgaven definerer vi å avdekke som en prosess hvor en hemmelig overgrepsrelasjon blir gjort kjent for andre, for første gang (Søftestad 2005).

Samtale:

I denne oppgaven mener vi samtale som behandling hvor sykepleier er støttende og terapeutisk i møte med tenåringen.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Seksuelle overgrep mot barn er beskrevet i straffeloven

Å utføre seksuelle overgrep mot barn er en kriminell handling. En voksen seksuell kontakt med barn under 16 år som er den seksuelle lavalder i Norge medfører derfor straff.

I følge Grøholt, Sommerschild og Garløv (2008) anvender Straffeloven i Norge begrepene seksuell omgang, seksuell handling og seksuelt krenkende adferd.

Seksuell omgang:

Seksuell omgang (straffelovens§192-199) omfatter samleie, samleielignende forhold eller surrogater for samleie som for eksempel kontakt mellom munn og kjønnsorganer eller masturbering av den andre personen. I strafferettslig sammenheng vil seksuell omgang omfatte både voldtekt og incest(Grøholt, Sommerschild og Garløv 2008, 370).

Seksuell handling:

”Seksuell handling (§200) krever at gjerningsmannen er i berøring med den det går utover, for eksempel berøring av barnets kjønnsorgan” (Grøholt, Sommerschild og Garløv 2008, 370).

Seksuelt krenkende atferd:

”Seksuelt krenkende atferd (§201) omfatter blotting, onanering, fremvisning av pornografiske bilder, filmer eller lignende” (Grøholt, Sommerschild og Garløv 2008, 370).

Aasland (2009) beskriver ulike skadevirkninger etter seksuelle overgrep. Slike kan være tap av tillit, følelse av skyld og skam, problemer med egen seksualitet, selvskading, psykose og personlighetsforstyrrelser. Noen barn viser tegn på skadevirkninger tidlig, men ofte kommer senskadene til syne etter at overgrepene har sluttet eller hos tenåringer som ennå lever med overgrep.

2.2 Samtale om seksuelle overgrep

I følge Sjøftestad (2005) er første skritt på veien for å opprette en god samtale mellom en tenåring og sykepleier, en bevisstgjøring og tydeliggjøring av samtale hensikt. Den kan være hensiktsmessig både for sykepleieren som skal lede samtalen og for tenåringen som skal avdekke sine erfaringer om seksuelle overgrep.

I følge forfatteren får mange barn og unge tilbud om samtaleterapi etter at overgrep er kjent. Ungdommene Sjøftestad (2008) henviser til sier at det er flere forhold som skal til for å skape en fruktbar relasjon mellom dem selv og sykepleieren de skal ha samtale terapien med. Samtalen kan ha mange formål, for eksempel både å støtte og ivareta. Metoden man velger, vil avhenge av formålet.

Informasjons givende samtale:

er en samtale der formålet er å dekke tenåringens behov for å mestre å forstå sin situasjon. Samtalen er en del av den konkrete omsorgen og utviklingsstøtten til tenåringen, ved at den voksne gir informasjon til tenåringen og utvider og bearbeider tenåringens forståelse av seg selv (Sjøftestad 2005).

Spontane samtaler:

kan oppstå mellom sykepleier og tenåring på grunn av konkrete hendelser. Det blir som et ”gyllent” øyeblikk, hvor tenåringen spontant forteller, eller sykepleieren spør direkte om forhold som senere viser seg å ha stor betydning for tenåringens liv. Mange seksuelle overgrep blir kjent for andre for første gang nettopp i en slik situasjon. Derfor er det viktig for disse tenåringene å møte helsepersonell som har kunnskap om hva overgrep mot barn er og hvordan det kan komme til uttrykk. (Sjøftestad 2005).

Avdekkende samtaler:

Sjøftestad (2005) sier at det er behov for avdekkende samtaler i situasjoner hvor tenåringene vet noe som ikke den voksne vet, og hvor den voksne vil at tenåringen skal fortelle om dette.

Formålet med den avdekkende samtalen er å få utdypet spesielle erfaringer, som for eksempel i forhold til seksuelle overgrep. Formålet er å få dekket sykepleiers behov for informasjon og for å få grunnlag til å kunne ta gode beslutninger sammen med tenåringen. Man vil enten få bekreftet eller avkreftet sine mistanker.

Samtaler med målsetting med å avdekke seksuelle overgrep krever også spesiell omtanke for ivaretagelse av tenåringen fordi tenåringen kan være reelt truet eller oppleve seg truet. Dette kan dreie seg om ulike trusler fra overgriper, om katastrofale konsekvenser for eget og nære omsorgspersoners liv (Søftestad 2005).

Bearbeidende samtaler:

Formålet er å hjelpe tenåringen til langsiktig mestring av sine erfaringer, ved å endre, utvide og påvirke tenåringens forståelse og emosjonelle opplevelser.

Forutsetningen for bearbeidende samtaler er at barnet har tillit og fortrolighet til den voksne. Dette krever at den voksne er bevisst sin rolle. En avklaring på forhånd av hva som kan og skal beholdes mellom de to samtalepartnerne, og hva som eventuelt må bringes videre, kan gi både sykepleieren og tenåringen et grunnlag til å oppnå en god relasjon. (Søftestad 2005).

Samtale i grupper:

Samtale i gruppe er noe som ofte blir benyttet i prosessen med bearbeidelse av seksuelle overgrep. Hummelvoll (2004) sier i sin bok at samtalegrupper legger vekt på å møte behovene hos mennesker som egentlig er friske, men som er i, eller har opplevd en form for krise. Samtalegrupper skiller seg fra de tradisjonelle psykoterapeutiske gruppene ved at de følelsesmessige problemene gjerne kommer som en konsekvens av fysiske sykdommer, ytre stress eller kriser. Hovedhensikten for samtalegruppen er ikke å behandle, men å forebygge emosjonelle problemer og andre skadevirkninger. For sykepleiere er det nødvendig å kjenne til de aktuelle gruppene, for å kunne informere pasienter som kan ha nytte av en slik støtte som samtaleterapi kan være (Hummelvoll 2004).

Findlater (2009) sier i en kronikk: ”hvordan kan et barn bli aktivert til å fortelle noen at det er hendt ham eller henne noe som er skremmende og som de føler de ikke kan kontrollere?” Forfatteren mener at voksne må være forberedt på å snakke om seksuelle overgrep og tørre å ta opp et så alvorlig tema. Man må vurdere hvordan man kan forebygge seksuelle overgrep ved å snakke om det. I sin bok sier Kringlen (2005) at det er viktig å akseptere pasientens opplevelse og gi tid for å gjennomarbeide konflikten, som ofte er dyptgående.

Målet for samtaleterapien må være å gjennomgå det som har skjedd, og å bearbeide de gamle inntrykkene slik at pasienten etter hvert kan snakke om det vanskeligste uten angst eller benektelse.

2.3 Kommunikasjon mellom sykepleier og tenåring

Profesjonell, hjelpende kommunikasjon har et helsefaglig formål. Eide og Eide (2007) skriver at helsepersonell kan ha ulike arbeidsområder, men det overordnede formålet er ”å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og lindre lidelse”(jf. ICN 2006, 18). I relasjonen mellom sykepleier og pasient tar Eide og Eide (2007) for seg grunnbegreper som empati, fagkunnskap og målorientering i hjelpende kommunikasjon. Dette omtales som omsorgsprofesjonalitet. De begrepene utgjør en forutsetning for god, profesjonell kommunikasjon og omsorg.”

Empati er en forutsetning for godt sosial- og helsefaglig arbeid generelt og for profesjonell, hjelpende kommunikasjon spesielt” (Eide og Eide 2007, 36). Joyce Travelbee (1999) uttrykker sin forståelse av empati slik:

Empati er en opplevelse som finner sted mellom to eller flere individer. Det er en grunnleggende evne til å gå inn i, dele og forstå en annen persons psykologiske situasjon i øyeblikket. Videre skriver forfatteren at empati bygger på en interesse for andre og en evne til å bruke egen kunnskap og erfaring til å tolke en annens kommunikasjon. Empati gir en klar opplevelse av nærhet og kontakt hos de involverte parter (Travelbee 1999).

Sykepleieres evne til å oppfatte pasienters bekymringer og andre følelsesmessige anliggende anser Eide og Eide (2007) som en betydningsfull ressurs i den profesjonelles ferdighet. Videre mener forfatterne at empati er nødvendig for å kommunisere godt og at den følelsesmessige forståelsen av den andre kommuniseres tilbake, verbalt, nonverbalt eller gjennom handling. I Eide og Eide (2007) står det at med fagkunnskap har sykepleieren lettere for å oppfatte hva pasienten føler og tenker og at kunnskapen er en styrke i sykepleieprosessen og symptomhåndtering.

I boken til Eide og Eide (2007) står det at god kommunikasjon forutsetter at informasjonsmengden er tilpasset situasjonen. Mengden informasjon bør tilpasses formålet og den andres evne til å ta imot og bearbeide det som gis.

”Særlig viktig er det å være oppmerksom på dette ovenfor personer i krise, da krisesituasjoner gjerne påvirker evnen til å ta imot og bearbeide informasjonen” (Eide og Eide 2007 s.79). Kommunikasjon består av følelsesmessige og andre indre og ytre impulser som gir relasjonen et preg. Videre beskriver Eide og Eide (2007) det prosessuelle ved samtalen at det kan sies å ha to hovedaspekter, det ene knyttet til det nonverbale og det andre til det verbale. Aasland (2009) sier at overgrep ofte ikke blir oppdaget ved at barnet forteller det, men at oppdagelsen skjer gjennom atferd. Forfatteren beskriver også at barn som blir utsatt for seksuelle overgrep, kan gi veldig vage signaler på at noe er galt. Søftestad (2005) belyser at overgrepsutsatte barn har opplevd alvorlig tillitsbrudd i forhold til voksne og at relasjonen da vil bli preget av dette. Det står videre at en del barn har lært seg at det er nødvendig å tilpasse seg de voksnes behov, og barna kan da få tanker om at følgene kan bli katastrofale dersom barnet ikke svarer eller oppfører seg. Disse erfaringene kan barnet ta med seg inn i nye relasjoner og samtaler. Forfatteren uttrykker også at det ikke er en selvfølge at fagfolk har evne og vilje til å kommunisere med barn.

2.4 Kriser

I boken til Eide og Eide (2007) kalles alvorlige livshendelser som traumer, sykdom og tap ofte for kriser. Traumatiske kriser brukes gjerne om belastninger som er så store at personen for kortere eller lengre tid blir merket av dem. Bokens forfattere mener at personer i krise har behov for støtte, medmenneskelig kontakt og andre å dele følelser og tanker med. Videre beskriver de at krisereaksjoner hos barn og ungdom kommer ofte til uttrykk i forhold til mat, søvn, renslighet og i forhold til det å være vanskelig.

Hummelvoll(2004) hevder at seksuelle overgrep kan oppleves som en krenkelse eller trussel om krenkelse som en kriseutløsende faktor. Videre beskriver forfatteren at under kriser vekkes intense følelser til live som redsel, angst, tåreflom, passivitet og depresjon. Forfatteren påpeker tre nødvendige betingelser for å gjennomleve en krise på en god måte. For det første trenger den kriserammede tenåringsen å få utløp for de følelser som krisen har vekket. For det andre bør bearbeidelsen gjennomføres med å forstå og akseptere det som har hendt og det tredje at det påkreves å utvikle nye roller og livsmønstre.

2.5 Tenåringens utvikling

Evenshaug og Hallen (2002) skriver i sin bok at tenåringsalderen er fra 12-20 år og i denne perioden skjer det tydelige forandringer både fysisk og psykisk hos tenåringen. Tenåringen blir i stand til å tenke logisk på det abstrakte plan og den unge kan trekke logiske slutninger uten å være avhengig av en konkret situasjon. En hvis-tenkning setter den unge i stand til den kritiske tenkning som er så karakteristisk for ungdomsalderen. Tenåringen elsker å tenke kritisk om alt og alle. De unge begynner å vurdere situasjoner, forhold og fenomener omkring seg i forhold til gitte situasjoner. Tenåringen begynner å forstå at ting kunne vært annerledes, at sannheter kan betviles og at verdier kan være problematiske. Den formelle tenkning krever beviser, både erfaringsmessige og logiske. Dette danner noe av årsaksbakgrunnen for de konflikter og personlige kriser som en del unge opplever i tenårene (Evenshaug og Hallen 2001). Øvreeide (2002) sier i sin bok at vanskelige tema kan gjøre tenåringen følelsesmessig låst ut i fra tidligere måter å forstå en situasjon. Dermed fungerer tenåringen på et yngre alderstrinn enn normalt (Øvreeide 2002).

3.0 Metode

Metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Dalland (2007) siterer Vilhelm Aubert:

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

Vi har gjort en systematisk litteraturstudie. Forsberg og Wengstrøm (2008) beskriver at en systematisk litteraturstudie skal ha en tydelig problemstilling som skal besvares systematisk gjennom å identifisere, velge ut, vurdere å analysere relevant forskning.

For å gjennomføre litteraturstudiet har vi anvendt pensumsbøker og innhentet annen relevant litteratur. I studien er det inkludert sju kvalitative og to kvantitative forskningsartikler. I tillegg benyttet vi søketjenesten Google hvor vi fant aktuelle temahefter fra Redd Barna, Barne- og familiedepartementet og Nasjonalt Kunnskapssenter som et ledd i en idemyldring i innledningen til selve litteraturstudiet.

3.1 Datasamling

Vi har benyttet oss av en bibliotekar, som skulle hjelpe oss til å komme i gang med søkingen. I forkant av litteratursøkene ble det laget en liste over søkeord, som vi satte inn i PIO skjema for å strukturere søkeordene på en hensiktsmessig måte. Søkeordene som ble brukt var incest, sexual abuse, adolescent, teenage, therapy, treatment, talk, communication, conversation, interview, counseling, guidance, support, manage og disclosure.

For å finne aktuelle forskningsartikler brukte vi forskjellige databaser. Under databaseverten Ovid SP, søkte vi i databasene British Nursing Index, Medline og PsycInfo – se søketabell side tolv. Vi gjorde også søk i databasen ProQuest. Bakgrunnen for dette var at vi hadde mest erfaring fra disse databasene. SveMed og Norart ble også benyttet, men der hadde vi ingen relevante treff.

Videre søkte vi på Sykepleien.no, der fant vi ikke forskning om temaet vårt, men vi fant en fagartikkel som vi benyttet oss av i resultat diskusjonen. Søkene ble gjennomført fra februar til begynnelsen av september. Dette for å oppdatere oss om ny forskning ble lagt ut på databasene. Vi benyttet oss av databasene vi hadde tilgang til via skolen.

Artikkelsøkene ble foretatt ved at søkeordene ble skrevet på engelsk. Vi benyttet oss av avansert søking for å kunne kombinere søkeordene. Vi søkte på ett og ett ord om gangen, deretter kombinerte vi ordene med OR. Deretter satte vi sammen de ulike kombinasjonene med AND. Nortvedt et al. (2008) sier i sin bok at OR utvider søket ved å gi treff på artikler som inneholder enten det ene eller det andre søkeordet. AND avgrenser søket ved kun å gi treff på artikler der begge søkeordene er med.

Vi brukte også trunkering, det vil si å skrive inn begynnelsen på et ord og deretter legge til et tegn for å få med alle varianter av ordet. Dette for å få flest mulig treff. For eksempel da vi brukte trunkering på ordet communicat\$ fikk vi 71370 treff uten trunkering 5037 treff. Hvilket tegn som ble benyttet varierte i de ulike databasene. Vi benyttet oss ikke av MeSH-termer, fordi vi ikke hadde tilstrekkelig kunnskap til å benytte oss av disse medisinske termene.

For oss var tittelen på artiklene avgjørende for om vi leste sammendraget. Vi fant mange interessante titler. Etter å ha gått nærmere gjennom sammendraget, ekskluderte vi de som ikke svarte på våre problemstillinger. Fant vi relevant innhold i sammendraget og artikkelen var i full tekst, skrev vi den ut. De artiklene som vi ikke fant i full tekst måtte vi bestille gjennom bibliotekets nettside BIBSYS.

En av artiklene vi har inkludert, ble funnet i referanselisten til Draucker Claire Burke og Donna S. Martsolf (2008). Dette var artikkelen som var skrevet av Allagia (2004). En annen artikkel fant vi via referanselisten i heftet Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge Kunnskapsstatus 2007. Dette var artikkelen som var skrevet av Jensen et al. (2005). Begge manuelle søkene ble gjort på bibliotekets nettside via Bibsys, der vi søkte på tidsskriftet Child abuse & neglect. Referansene viste tidsskrift, årgang, nummer og sidetall og dette gjorde det enkelt for oss å finne artiklene.

Vi fordelte 13 artikler mellom oss da vi skulle finne ut om de var relevante for vår problemstilling. Vi leste hver enkelt artikkel og oversatte til norsk for å få en god forståelse om hva de omhandlet.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Med bakgrunn i tema ble følgende inklusjonskriterier i litteratursøkingen benyttet.

Artiklene skulle være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk, for dette var språk vi behersket godt. Vi avgrenset søkene til å gjelde fra 2005 frem til i dag, for å kunne benytte oss av den nyeste forskningen. Artiklene skulle omhandle tenåringsjenter- og gutter samt voksne som hadde vært utsatt for incest i barne- og tenåringsalder. Artiklene skulle være fagfellevurdert.

I litteraturstudien vil vi belyse både pasientperspektivet og sykepleieperspektivet. Vi ønsket å belyse hvordan sykepleier kan bruke samtale til å hjelpe tenåringen som har vært utsatt for incest til å bearbeide sin opplevelse. Samtidig syntes vi det var interessant gå nærmere inn på hva som kan være avgjørende for at en tenåring avdekker sin incesthistorie.

Vi ønsket å benytte oss av både kvalitative og kvantitative forskningsartikler i litteraturstudien. Nortvedt (2008) sier at kvalitativ forskning er brukt for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser og holdninger og bruker ikke- statistiske metoder for analyse. I følge Forsberg et al. (2008) er kvantitativ forskning basert på anerkjente teorier og prinsipper basert på objektivitet og nøytralitet som en referanse, en hypotetisk deduktiv tenkning.

Vi ekskluderte studier som omhandlet medisinske undersøkelser, overgrepsteam og samarbeid mellom ulike instanser. Vi ekskluderte også artikler som omhandlet vold og omsorgssvikt som ofte kom frem når vi benyttet søkeordet sexual abuse.

3.3 Oversiktstabell over litteratursøk

Dato	databaser	#	Søkeord	Antal treff	Leste abstract	Leste artikler	Brukte artikler
16.02.10	Pro quest	1 2 3 4	Incest Sexual abuse 1 or 2 AND talk	3286 18181 1907 58	5	1	1
10.02.10	Ovid SP	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Incest Sexual abuse 1 OR 2 Communication OR talk Communicate Conversation Interview 4OR5OR6OR7 8AND3	121 1326 1326 55352 21889 777 25322 77352 30	11	2	1
01.03.10	British nursing	1 2 3 4 5 6 7	Incest Treatment Adolescent Interview Limit 4toyr2000”current counseling Sexual abuse	7 12871 2052 5046 4104 203 532	17	4	1
02.03.10	Medline	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	Teen Adolescent 1 OR 2 Limit3 toYr=”2000”.current Incest Sexual abuse 5 OR 6 3AND4AND7 Guidance Talk Conversation Communication Interview 9OR10OR11OR12OR13 Treatment 8AND14 9OR15 16AND17 Manage Support Quality of life 19Or20OR21 18 AND 22	1324106 132874 1330701 395059 1860 10350 11605 1936 38855 20751 3470 164817 80536 260783 2363487 240 2393434 42 663558 5430650 120126 6009958 24	5	1	0
14.07.10	PsycInfo	1 2 3	Adolescent Teen 1OR2	54852 6126 57058	7	2	2

		4	Incest	260			
		5	Sexual abuse	8407			
		6	4 OR 5	8407			
		7	3 AND 6	1187			
		8	Treatment	163034			
		9	Therapy	193939			
		10	Counseling	23141			
		11	8OR9OR10	27360			
		12	7AND11	447			
		13	Limit last 5 years Danish,Swedish,english, ,norwegian	167			
11.08.10	Manuelt søk						1
09.09.10	PsycInfo	1	Incest	606	11	2	1
		2	Sexual abuse	8611			
		3	1 OR 2	8870			
		4	Teen	6304			
		5	Adolescent	56452			
		6	4 OR 5	58733			
		7	3 AND 6	1239			
		8	Therapy	199730			
		9	Communicate	6274			
		10	8 OR 9	204817			
		11	7 AND 10	296			
		12	Limit 11 to last 5 year	86			
19.09.10	Manuelt søk						1
19.09.10	Medline	1	Disclosure	28946	5	1	1
		2	Sexual abuse	10981			
		3	1AND2	629			
		4	Treatment	2587434			
		5	Adolescent	1392778			
		6	4 AND 5	296341			
		7	3 AND 6	36			
		8	Limit 7 to last 5 year, English, Swedish, Danish, norwegian	11			

3.4 Kvalitetsvurdering

Alle forskningsartiklene var fagfellevurdert. Dette ble undersøkt ved å søke opp hvert tidsskrift på siden for Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD - Database for statistikk for høgere utdanning 2009).

For å gjennomføre en kvalitetsvurdering av artiklene benyttet vi oss av kunnskapssenterets sjekklister for kvalitativ og kvantitativ forskning (Nasjonalt Kunnskapssenter 2006).

Vi startet med å stille to innledende spørsmål for å se om vi kunne gå videre med artiklene.

Det første spørsmålet var: Er formålet med studien tydelig?

Det andre spørsmålet var: Er en kvalitativ eventuelt en kvantitativ tilnærming hensiktsmessig? Dersom vi kunne svare ja på begge disse spørsmålene, kunne vi gå videre med kvalitetssikringen.

Kunnskapssenterets sjekklister for kvalitativ forskning har ni spørsmål, hvor sju av dem er spørsmål hvor vi kan kommentere om vi kan stole på resultatene, hva resultatene forteller og om resultatene er relevante for vår studie.

Kunnskapssenterets sjekklister for kvantitativ forskning har elleve spørsmål, hvor ni av dem er spørsmål hvor vi kan kommentere om vi kan stole på resultatene, hva resultatene forteller oss og om resultatene kan være til hjelp i vår praksis.

Etter at sjekklister var utfylt benyttet vi en mal for samlet kvalitetsvurdering av studiene som kunne anvendes for både kvalitativ og kvantitativ sjekklister. Malen hjalp oss å vurdere om artiklene var av høy, middels eller lav kvalitet (Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten 2006).

Dersom vi kunne fylle ut sjekklister tilstrekkelig på alle punkt, anså vi artikkelen for å være av høy kvalitet. Hvis noen av kriteriene fra sjekklister ikke var oppfylt, eller hvis kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet ble den vurdert til middels kvalitet.

Dersom få eller ingen kriterier fra sjekklister er oppfylt eller ikke er tilfredsstillende beskrevet ble den vurdert til mangelfull eller lav kvalitet.

Fem av forskningsartiklene vi har valgt å benytte oss av er etisk vurdert i ulike komiteer. I de resterende artiklene nevnes det ikke noe om etisk vurdering, men vi har gjennom å lese artiklene sett at det er tatt etiske hensyn.

Ved at deltakerne er informerte om studiens hensikt, varighet, metode og valg om å fullføre eller trekke seg fra studien. De innhentet også skriftlig samtykke fra deltakerne. Etter å ha kvalitetssikret artiklene våre, sitter vi igjen med ni artikler som vi vil inkludere i litteraturstudien. Vi forkastet fire artikler underveis. I forhold til våre problemstillinger hadde disse artiklene et for medisinsk innhold noe vi ikke inkluderte i vår studie.

3.5 Analyse av datamaterialet

I følge Dalland (2007) innebærer det å analysere et granskningsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle.

Etter Malteruds (2003) anbefaling gjennomføres analysen i fire trinn. Forfatteren beskriver en metode for analysering der trinn en er å få et helhetsinntrykk.

Vi gjennomførte trinn en ved å lese artiklene på en systematisk og strukturert måte, for å få en forståelse av innholdet og om de stod i samsvar til vår hensikt og problemstilling. Vi skrev stikkord for å huske hva den enkelte artikkel omhandlet. Når vi hadde lest gjennom alle artiklene ble innholdet oppsummert.

Trinn to er i følge Malterud (2003) å organisere den meningsbærende enheten på det vi skal studere nærmere. Vi laget oss en oversikt over alle artiklene, deretter fargekodet vi teksten. Det ble gjort ved å markere teksten med ulike farger, for å gjøre det enklere å organisere det videre arbeidet. Samtidig som vi samlet fargegruppene oversatte vi funnene til norsk og deretter ble de kategorisert i tema. Temaene vi valgte ut etter fargekodingen var å avdekke, samtale, kommunikasjon og opplevelse. Under kategoriseringsarbeidet var det funn vi ikke greide å plassere og disse kalte vi annet.

Trinn tre er i følge Malterud (2003) kondensering – fra kode til mening.

Funnene med samme fargekode ble skrevet ned og plassert under temaene, for deretter å bli systematisert. Her ble hver enkelt fargegruppe undersøkt og det gjorde at likheter og ulikheter ble lettere å se. Til slutt sammenlignet vi funn fra hver artikkel og dette utgjør til sammen resultatet. Det vil si at titlene og temaene er blitt nye kategorier under våre problemstillinger.

Trinn fire er i følge Malterud (2003) å sammenfatte teksten.

I resultatkapittelet blir funnene presentert som faglig kompetanse, avdekkende samtaler, kommunikasjon, tilretteleggelse og utløsende situasjoner.

4.0 Resultat

I dette kapitlet presenterer vi litteraturstudiets funn. Da hensikten med studien er todelt presenterer vi funnene til hver av problemstillingene.

4.1 Funn fra problemstilling 1

Hvordan kan sykepleier bruke samtale til å hjelpe tenåringen som har vært utsatt for incest til å bearbeide sin opplevelse?

4.1.1 Faglig kompetanse

Sykepleierne har en viktig rolle i å gjenkjenne overgrep og rapportere. De følte frustrasjon over at de hadde manglende kunnskap, til å gi råd og behandling. For å hjelpe de overgrepsutsatte tenåringene nevnte sykepleierne at de gjerne ville arbeide i et team for å kunne dele erfaringer og dermed bedre behandlingen. Det er vanskelig å stå alene i en så utfordrende situasjon. Sykepleierne uttrykte at de manglet klare definisjoner og bakgrunnskunnskap om incest. De ville gjerne innføre kompetanseheving innenfor sykepleieutdanningen. Dette kommer klart frem i artiklene (Feng, Jezewski og Hsu 2005, Alaggia 2004). Lignende funn ble gjort i studien til McGregor, Thomas og Read (2006), men her er det de incestutsatte som uttrykte at sykepleierne trengte mer kunnskap om seksuelle overgrep, for bedre å kunne oppfatte de incestutsattes behov.

Deltakerne i McGregor, Thomas og Read (2006) studie følte lettelse, så vel som reduksjon av symptomer inkludert selvbebreidelser, når de følte at de ble lyttet til og når sykepleier greide å normalisere incest. I studien til Kools og Kennedy (2002) viste funn at manglende fagkunnskap kunne føre til misforståelser mellom ansatte og tenåringen. Det kunne være at sykepleieren kunne feiltolke den seksuelle atferden tenåringene viste under behandling. Kools og Kennedy (2002) hadde også funn i sin forskning om at rett behandling hadde innvirkning på å redusere konsekvenser og minske problemer forårsaket av seksuelle overgrep. Rett behandling betydde at den måtte være godt tilrettelagt for tenåringene.

Det vi si at behandlingen må bli lagt til tenåringens nivå og sykepleierne må ha kunnskap om hvor tenåringen befinner seg utviklingsmessig.

4.1.2 Avdekkende samtaler

I fire av forskningsartiklene viser funn at avdekking er en betydningsfull handling, uansett om den skjer i barndommen, tenårene eller i voksen alder. I samtalen er det viktig å lokke frem historiske hendelser, tidligere forsøk på å fortelle, respons etter avsløringene, og konsekvenser av det å fortelle om det var negativt eller positivt. Dette er med på å redusere problemer som er relatert til seksuelt misbruk (Alaggia 2004 og Draucker og Martsolf 2008, Tourigny et al. 2005 og Tourigny et al. 2007).

Flere av deltakerne i studien til Alaggia (2004) fortalte at de bevisst hadde bestemt seg for ikke å fortelle noen om overgrepene de hadde vært utsatt for som barn. Årsakene til det var ulike. De mente de ikke ville bli trodd, de skammet seg, de følte at de selv hadde skyld i overgrepene, eller de ville ikke såre andre mennesker ved å fortelle. Disse deltakerne fortalte ikke om overgrepene før de ble voksne.

Jensen et al. (2005) viser i sin studie til at barna ble spurt om deres opplevelser og erfaringer med å snakke om seksuelle overgrep. Der viste det seg at alle barna hadde motstand mot å snakke om overgrepene.

4.1.3 Kommunikasjon

I studien til Staller og Nelson-Gardell (2005) kommer det frem at bearbeidelsen av seksuelle overgrep ikke er en enveis prosess. Det foregår en dynamisk prosess der også tenåringen evaluerer, mottar og reagerer på informasjonen i relasjonen. Videre viser funn at jenter foreslo at sykepleieren skulle være delaktig i samtalen, fortell om deg så vil jeg fortelle om meg.

Noen av deltakerne i studiet til McGregor, Thomas og Read (2006) rapporterte at de hadde mer kontroll over bearbeidelsesprosessen dersom kommunikasjonen og informasjonen var tilfredsstillende i starten av behandlingen. Dette var spesielt viktig for de som ikke hadde deltatt i terapi tidligere. De ville få forklart prosessen de skulle være med i.

De syntes også at sykepleieren skulle arbeide aktivt for å oppmuntre deltakerne til å føle seg likeverdige. Dersom ikke sykepleieren gjorde dette ble noen av deltakerne passive i samtale situasjonen.

Enkelte av deltakerne i studien til McGregor, Thomas og Read (2006) fortalte at de gransket sykepleierne intenst for tegn på om de virkelig viste ekte omsorg og empati, og om sykepleierne hadde evne til å takle å høre om deres seksuelle overgrep. Noen av deltakerne i studien til Alaggia (2004) kom med verbale hint i et forsøk på å prøve å avdekke.

I to av studiene gikk gruppesamtalene ut på at tenåringerne skulle lære seg å håndtere konsekvensene av incest, dette foregikk gjennom øvelser som hadde fokus på å forstå overgrepene. Dette hjalp deltakerne å overkomme skyld og ansvar for det som hadde hendt dem. De identifiserte personlige konsekvenser av overgrepene og de fant tilstrekkelige midler til å møte dem, med både positive og negative strategier (Tourigny et al. 2005, Tourigny et al. 2007). Gruppesamtaler har god effekt på tenåringerne i forhold til å minske problemer som er assosiert til seksuelt misbruk. Dette viser funn fra tre av studiene Tourigny et al. (2007), Tourigny et al. (2005) og Staller et al. (2005). I følge Tourigny et al. (2007) er lukkede grupper der alle deltakerne starter og avslutter behandlingen sammen. Ingen andre deltakere kan komme inn i gruppen i løpet av prosessen. Åpne grupper derimot kan deltakere komme og gå i løpet av behandlingen. Effekten i følge denne studien viste seg å være den samme om de var i åpne eller lukkede grupper. Funn fra tre av artiklene viser at tenåringerne finner god støtte i andre som har samme erfaringer som dem selv. Flere av deltakerne mente at det var mer komfortabelt å snakke med andre deltakere i gruppen, på grunn av en felles forståelse. Dette gjorde det enklere for tenåringerne å se og forstå sin egen situasjon bedre (Tourigny et al. 2005, Tourigny et al. 2007 og Staller, Nelson-Gardel 2005).

4.2 Funn fra problemstilling 2.

Hvilke forhold kan være avgjørende for om en tenåring avdekker sin incesthistorie?

4.2.1 Tilretteleggelse

To av forskningsartiklene (Staller og Nelson-Gardell 2005, Jensen et al. 2005) viser at lokalitetene hadde betydning for om avsløringen ble utført. Tenåringene måtte finne et sikkert sted for å avdekke sine erfaringer. Dette var ikke like enkelt selv om de hadde bestemt seg for hvem de ville avdekke erfaringene sine til.

I tillegg til lite tilretteleggelse viste studien til Jensen et al. (2005) at mange av tenåringene følte det var få muligheter til å fortelle om sine opplevelser om seksuelle overgrep. Tenåringene ønsket bedre tilretteleggelse når man skulle avsløre noe så personlig og privat. Riktig tid var en avgjørende faktor i hvorvidt tenåringen følte seg klar til å fortelle (Staller og Nelson-Gardell 2005, Jensen et al. 2005).

Staller og Nelson-Gardell (2005) viser til at det var viktig for tenåringene å tro på seg selv, faktisk viktigere enn at andre ville tro på dem. Videre viste funn at dersom ikke tenåringen avdekker sin historie første gang, bør tenåringen over tid gis gjentatte anledninger til å fortelle.

Tre av forskningsartiklene (Alaggia 2004, Jensen et al. 2005, Staller og Nelson-Gardell 2005) viser at for tenåringene kan det å avsløre at de har vært utsatt for seksuelle overgrep oppleves som en katastrofehemmelighet. Grunnene for ikke å fortelle, var følelser om at de ikke ble trodd eller ville bli misforstått, at de klandret seg selv, følte skam og frykt. De var redd for konsekvensene det vil få for både seg selv og familien og noen følte seg truet av overgriper.

4.2.2 Utløsende faktorer

I studien til Staller og Nelson-Gardell (2005) beskrives at en viktig faktor i prosessen i å avdekke er at tenåringen er trygg og komfortabel. Dersom tenåringen ikke føler dette kan det føre til forsinkelser, eller at overgrepet ikke blir avdekket i det hele tatt.

I studien til Jensen et al. (2005) viser funn at tenåringene avslørte seksuelle overgrep etter at det har oppstått eller blitt aktivert en sammenheng med overgrepene. For eksempel at de har sett et TV program om temaet, etter dette greide de å fortelle hva de hadde opplevd. Videre viser funn at tenåringen avdekket sine erfaringer når en person tenåringen stoler på, engasjerte tenåringen til en dialog om hva som plaget ham eller henne. Disse situasjonene krevde privat tid og kunne ikke være hastige øyeblikk.

Studien viste også at tenåringen fant en hensikt med å fortelle sine erfaringer. Hensikten ble beskrevet som å ha en god grunn til å avdekke overgrepene. Dette kunne innebære at tenåringen hadde et ønske om å hevne seg. Videre viste studien at tenåringene ga uttrykk for at ingen spurte direkte om de hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep. Det ble vist til flere årsaker til at deltakerne ikke ble spurt direkte, blant annet at mødre følte de ikke var kompetente til å snakke om et så sensitivt tema. Eller de var redd for å skade enten tenåringen eller andre familiemedlemmer. Selv om mødre pratet med tenåringene sine om temaet spurte de sjeldent direkte om de hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. I studien til Alaggia (2004) derimot mente tenåringene at de ble spurt direkte om de hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Men at de på den tiden svarte benektende på dette. En deltaker beskrev sin benektelse på denne måten i studien til Alaggia (2004).

I was removed from my family because my sister was sexually abused by our father. Even though he had sexually abused me, while I was going through the investigation I never admitted to it. I didn't admit to anything until I was twelve years old (three years later). Then I began to tell everything to my counselor.

Sykepleierens reaksjon kunne være en utløsende faktor i henhold til om tenåringene avdekket sine erfaringer eller ikke. Tenåringene testet sykepleierne først for å se hvilken reaksjon de fikk når de avslørte en liten mengde av sine erfaringer. Opplevde de at sykepleieren taklet dette kunne de fortsette å fortelle (McGregor, Thomas og Read 2006, Jensen et al. 2005).

Resultatene fra studiene hos Draucker og Martsolf (2008) og Alaggia (2004) viser at deltakerne avslører på seks ulike måter. Som for eksempel en målrettet avdekking, en utilsiktet avdekking, avdekking gjennom atferd non-verbal eller ved indirekte hint, planlagt avdekking, fremprovosert avdekking og en hensiktsmessig tilbakeholdelse.

Draucker og Martsolf (2008) sin studie viste at det var et behov for tenåringene å forstå opprinnelsen og årsaken, som ligger til grunn for å utføre seksuelle overgrep, dette fikk tenåringene til å avdekke sine erfaringer om seksuelle overgrep.

4.2.3 Tenåringens opplevelse

Tenåringene brukte sine egne følelser som guide for hva de ville snakke om og hva de ikke ville snakke om. Tenåringene viste tegn på at de var plaget og flaue når de fortalte om overgrepene og sa det var ekkelt å snakke om. Flere av deltakerne kunne se for seg overgrepene de hadde opplevd og følte at de ble kvalm og uvel når de snakket om opplevelsene. Opplevelsen av å snakke om det ga noen av deltakerne sterke psykiske reaksjoner. En av deltakerne kastet opp etter å ha fortalt om sine opplevelser (Jensen et al. 2005). Motstridende følelser om både overgrepene og overgriper var opplevelser som deltakerne slet med når de avdekket sine incesterfaringer.

Et eksempel var at de følte at de fortsatt likte overgriperen, men at de opplevde forvirring rundt følelsene sine. De opplevde også å føle skam, skyldfølelse og ansvar for det som har skjedd (Staller og Nelson- Gardell 2005). Tenåringsgutter og menn opplevde at det var vanskeligere for dem å avdekke incest, på grunn av at de følte seg stigmatisert. De følte at andre ikke trodde at gutter eller menn kunne bli utsatt for incest. Dette vanskeliggjorde avdekkingen for deltakerne (Draucker og Martsolf 2008).

5.0 Diskusjon

Diskusjonskapittelet er oppdelt i to deler: metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen beskrives prosessen og konsekvenser av metoden som ble brukt. I resultatdiskusjonen diskuteres funn fra de ni artiklene som er inkludert og annen relevant litteratur og forskning.

Temaet for studien er seksuelle overgrep mot tenåringer. Vi har selv erfaring med voksne pasienter som har vært incestutsatt, fra psykiatripraksis i femte semester. Dette kan være verdifulle erfaringer å bruke i diskusjonsdelen.

5.1 Metodediskusjon

Høgskolens forskrifter påla, at to arbeidet sammen om litteraturstudien. Fordelen er at man kan gi hverandre innspill og det kan utvikles gode diskusjoner rundt temaet. Det kan også gi oss ulike perspektiv som både kan være nyttige og gi oss utfordringer. Arbeidet har blitt gjennomført i all hovedsak på Høgskolens lokaler i Molde.

Vårt tema belyses i liten grad i våre pensumbøker, derfor har vi måttet benytte oss av annen faglitteratur. På tross av det føler vi at litteraturen vi har brukt er relevant for vår studie. Det har vært utfordrende å finne nyere tallmateriale og omfang på grunn av at bøkene nevner eldre materiale. I henhold til kapittelet om tenåringens utvikling har vi ikke benyttet oss av pensumlitteratur. Pensumlitteraturen beskrev tenåringen for generelt, derfor valgte vi å bruke annen litteratur som var mer spesifikt på det vi ville vite om tenåringen.

I februar 2010 avsatte vi tid sammen med en bibliotekar fra Høgskolen for å få en bedre innføring i søk i de ulike databasene. I ettertid ser vi at vi kunne ha tilegnet oss mer kunnskap om hver enkelt database på et tidligere tidspunkt.

I starten av søkeprosessen gjorde vi søk hver for oss. Det resulterte i at vi endte opp med noen av de samme artiklene. Da vi oppdaget dette, ble vi enige om at søkene kunne gjøres i fellesskap. Da følte vi at vi hadde bedre oversikt under søkeprosessen. Vi brukte god tid med å finne ut hva vi ville inkludere i studien. Styrken med det var at vi raskt kunne luke ut treff på artikler, bare ved å lese overskrifter.

Vi valgte å benytte oss av disse søkeordene: incest, sexual abuse, adolescent, teenage, therapy, treatment, talk, communication, conversation, interview, counseling, guidance, support, manage og disclosure. Underveis i søkeprosessen gjorde vi få endringer på søkeord, men i siste søket inkluderte vi ordet disclosure og fikk treff på en relevant artikkel. En svakhet med få endringer kan ha forårsaket at vi har gått glipp av relevante forskningsartikler. Vi måtte utelukke og søke på ordet child, for dette ga kun treff på artikler som omhandlet barn som hadde vært utsatt for incest. Vi ville vite mer om tenåringen som avdekker seksuelle overgrep som hadde skjedd i barndommen. I løpet av prosessen oppdaget vi at ord ga store forskjeller i antall treff. Ordet incest kunne for eksempler gi 260 treff, mens sexual abuse ga 8407 treff. Vi søkte først på ordet incest, men fant ut at vi måtte søke bredere og inkluderte sexual abuse. Men samtidig var dette utfordrende da søkene på sexual abuse også ga treff på vold og omsorgssvikt. Det gav oss mer arbeid i forhold til å velge ut artikler som var relevante for oss.

De siste søkene vi har inkludert er fra midten av september 2010. Grunnen til at vi hadde langt tidsperspektiv på søkene, var at vi oppdaget at enkelte av databasene oppdaterte seg og la ut ny forskning kontinuerlig dette gjaldt spesielt Psycinfo. Et søk vi gjennomførte i databasen British Nursing den første mars i år, var søk på enkeltstående ord. Vi endte opp med å gå manuelt gjennom treffene vi fikk på ordet sexual abuse som ga et treff på 532 artikler. Vi gikk gjennom de 70 første artiklene. Derav leste vi 17 abstract og bestilte 4 artikler som vi leste og endte opp med å inkludere en artikkel i litteraturstudiet. I ettertid ser vi at vi burde kombinert ordene, for å avgrense søket.

Høgskolen anbefalte ulike databaser. Våre inkluderte artikler er hentet fra databasene ProQuest, Ovid Nursing Base, British Nursing Index, Psycinfo, Medline og manuelle søk via Bibsys. Vi benyttet oss også av databasene SweMed, NorArt og ScienceDirect i søkene. Her fant vi kun fagartikler, reviewartikler eller artikler som var for gamle. Trunkering ble benyttet i endelsen av ord i nesten alle søkene. Det så vi på som en fordel for å få treff på flere artikler. Vi benyttet oss ikke av MeSH-termer, fordi vi ikke hadde relevant kunnskap om bruken av disse. Dette ser vi i ettertid at vi kunne ha satt oss inn i for å få et større utvalg av artikler. Men vi mener at til tross for dette har vi funnet gode og relevante artikler.

Vi søkte etter artikler fra 2005 og frem til i dag, for å arbeide med den nyeste forskningen. Allikevel har vi valgt å inkludert to artikler utover dette, en fra 2002 og en fra 2004. Vi anser at forholdene for å avdekke incest var like aktuelle i 2002 som det er i dag. Alle forskningsartiklene vi inkluderte var utgitt på engelsk. Vi anser oss selv som relativt stødige i engelsk og arbeidet med disse gikk greit. Det var en styrke under arbeidet med oversettelsene. Likevel må en stille seg kritisk til at noe av innholdet kan ha falt bort under oversettelsen.

Vi har i litteraturstudien fulgt Høgskolens retningslinjer for Bacheloreksamen i sykepleie, som er en del av rammeplanen for sykepleieutdanningen.

Vi startet med å benytte Bilag H for kvalitetsvurdering av de kvalitative artiklene (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Vi ble ikke fornøyd med disse sjekklister og bestemte oss for å bruke kunnskapssenterets sjekklister for kvalitativ og kvantitativ forskning isteden.

Studien kan være styrket da artiklene er kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Ved å bruke disse sjekklister og kun inkludere de som har høyest score, styrker dette grunnlaget for våre funn. Vi valgte å benytte to som var av middels kvalitet og syv av høy kvalitet. Artiklene som var av middels kvalitet valgte vi å benytte oss av fordi artiklene var relevante i forhold til det vi ville vite mer om. Etter kvalitetsvurderingen endte vi opp med ni artikler i dette litteraturstudiet.

Artiklene i studien har noe geografisk spennvidde. Tre av artiklene er fra USA, en fra New Zealand, en fra Norge, tre fra Canada og en fra Taiwan. Det at studiene er utført i forskjellige land kan sees på som en styrke og svakhet. En styrke kan være at vi kan sammenligne funnene og finne eventuelle likheter og ulikheter. En svakhet kan være at det ikke inkluderes flere norske eller nordiske artikler, som vi lettere kan overføre til vårt helsevesen og vår kultur. Den ene artikkelen som utpeker seg i forhold til overførbarhet, er den Taiwanske artikkelen. I forhold til norsk kultur og norsk syn på overgrep er det vesentlige forskjeller. Allikevel velger vi å inkludere artikkelen ettersom det er sykepleierens holdning og erfaring som blir belyst, det er dette som var relevant for studien. Godkjennelse av studien og utgivelse er gjort i Buffalo i USA. Funnene i artikkelen anser vi som overførbare i forhold til sykepleie under norske forhold. Artiklenes tyngde er av kvalitativ design, noe som kan være en fordel, fordi vi var interessert i å finne ut mer om tenåringeres erfaringer og opplevelser.

To av artiklene er utført med kvantitativ design, hvor det ble målt effekten av gruppesamtaler, som vi synes det var interessant å få vite noe om. Vi har valgt artikler med ulike metoder for å belyse tema fra forskjellige sider.

I analysen fikk vi noen utfordringer i forhold til at vi benyttet både kvalitative og kvantitative artikler. Da artiklene har to forskjellige design for å beskrive forskningen. De kvantitative artiklene hadde tabeller som var oversiktelige og de var godt beskrevet med tekst, sånn at vi greide på en god måte å inkludere disse resultatene med resultatene vi hadde fra de kvalitative artiklene. Vi ser i ettertid at det hadde vært lettere for oss selv, dersom vi hadde valgt å benytte en av metodene.

Vi har inkludert både gutter og jenter i vår litteraturstudie og vi ser at det er en skjev fordeling i forhold til dette. Vi har artikler som omhandler bare jenter, men ingen som omhandler bare gutter. Det kan synes som at det er mindre forskning på gutter enn på jenter, spørsmålet er om vi kunne ha valgt å bruke bare jenter i litteraturstudien.

Vi har avgrenset oss til tenåringer, da det viser seg at det er i tenårene mange velger å stå frem med sine opplevelser. Mange barn er ikke klar over hva de blir utsatt for og kan ikke sette ord på hva de har opplevd. Derfor synes vi at valget var riktig for oss.

5.2 Resultat diskusjon

5.2.1 Faglig kompetanse er sentralt for å kunne hjelpe incestutsatte

I 2004 utga tidsskriftet Sykepleien en fagartikkel utgitt av Kittelsen og Gladhus (2004) om seksuelle overgrep - et ikke - tema i sykepleierutdanningen. De hevdet at grunnen til at sykepleierutdanningen mangler kunnskapsformidling om helseproblemer og skader etter seksuelle overgrep, kan skyldes sykepleiehistorien og – kulturen. Da sykepleier utdanningen ble grunnlagt, var kvinnesynet et annet enn i dag (Kittelsen Berit Elisabeth og Lise Gladhus 2004).

Funn fra tre vitenskapelige artikler som vi har benyttet oss av støtter opp om at sykepleier mangler faglig kompetanse (Feng, Jezewski og Hsu 2005, Alaggia 2004 og McGregor, Thomas og Read 2006).

Studiene til Feng, Jezewski og Hsu (2005) og Alaggia (2004) viser til at sykepleierne etterlyste mer fagkunnskap, spesialisering og team som jobbet med incestsaker. I studien til McGregor, Thomas og Read (2006) var det derimot de incestutsatte som mente at sykepleierne trengte mer kunnskap om seksuelle overgrep.

Feng, Jezewski og Hsu (2006) og Alaggia (2004) viser til at dersom sykepleierne har tilstrekkelig med kunnskap, kan sykepleieren gjenkjenne overgrep. Kools og Kennedy (2002) studie viser i tillegg at manglende kompetanse kunne føre til feiltolkninger mellom ansatt og tenåring under behandling. Ut i fra studien ble seksualisert atferd lett oversett fordi sykepleier selv syntes at dette var ubehagelig. Sykepleier hadde ikke nok kompetanse til å forstå, at den seksualiserte atferden kom som en følge av seksuelle overgrep.

Søftestad (2008) sier i sin bok at seksuelle overgrep ofte er tabubelagt, og en konsekvens av det er at både private voksne og fagpersoner ikke tilegner seg tilstrekkelig kunnskap til å se og hjelpe tenåringer som har lidd overlast. Barn og unge kan derfor leve i mange år uten at noen oppfanger signaler, symptomer og atferd som uttrykk for overgrep.

Manglende kunnskap kommer ikke som en overraskelse for oss. Etter tre år på sykepleierutdanningen har vi bare hatt en dag med teori om seksuelle overgrep som tema. Utover dette har ikke temaet vært nevnt i utdanningen, vi føler at dette har vært et savn. Vi støtter Feng, Jezewski og Hsu (2006) og Alaggia (2004) studier som viser at sykepleierne ikke har tilstrekkelig kunnskap om seksuelle overgrep. Teoretiske kunnskaper er et selvfølgelig og vesentlig utgangspunkt for å vurdere å handle i sykepleie. Men ikke tilstrekkelig som grunnlag for sykepleierens funksjonsdyktighet. I tillegg trenger sykepleieren arbeidserfaring. Erfaringene bearbeides gjennom refleksjon, da vil den kunnskapen som erfaring har gitt være integrert i den enkelte som personlig kunnskap (Kristoffersen 2002).

Under praksisperioden i psykiatri observerte vi viktigheten av god faglig kompetanse, i forhold til å møte pasienter som har vært utsatte for incest. Vi opplevde at sykepleiere med videreutdanning i psykiatri, kontra de uten tilnærmet seg pasienten på en annerledes måte. For oss virket kommunikasjonen mer målrettet og terapeutisk. Vi opplevde at pasienten tok lettere kontakt i vanskelige situasjoner. Vi som sykepleiere kan ikke fjerne opplevelsen eller sorgen, men vår mening er at sykepleiere bør inneha nok kunnskap til å lære tenåringen å leve med historien.

5.2.2. Å avdekke incest er en lang og krevende prosess for tenåringene

I studiene til Alaggia (2004), Draucker og Martsof (2006), Tourigny et al. (2005) og Tourigny et al. (2007) viser funn at avdekking er en betydningsfull handling, uansett om den skjer i barndommen, tenårene eller i voksen alder. I samtalen er det viktig å lokke frem historiske hendelser, tidligere forsøk på å fortelle, respons etter avsløringene, og konsekvenser av det å fortelle om det var negativt eller positivt. I sin bok sier Kringlen (2005) at det er viktig å akseptere pasientens opplevelse og gi tid for å gjennomarbeide konflikten, som ofte er dyptgående. Målet for samtaleterapien er å gjennomgå det som har skjedd, og å bearbeide de gamle inntrykkene slik at pasienten etter hvert kan snakke om det vanskelige uten angst eller benektelse. Det kreves en styrke av sykepleieren å stå i en så krevende prosess. Vi mener at situasjonen kan prege sykepleieren følelsesmessig.

Litteraturen vi har gjennomgått sier mye om hva man som sykepleier skal gjøre i forbindelse med avsløring av incest. Hvilke instanser du skal kontakte og hvordan sykepleier skal forholde seg til disse er godt beskrevet. Hvordan sykepleiere skal håndtere og stå i situasjonen er ikke beskrevet noen steder i litteraturen som vi har benyttet oss av. I to artikler har vi funnet at overgrepsutsatte sjelden forteller om overgrepene mens de er barn. Alaggia (2004) beskriver at en fjerdedel av deltakerne i studien bevisst hadde bestemt seg for å ikke fortelle noen om overgrepene. I studien til Jensen et al. (2005) svarte alle barna at de hadde motstand mot å snakke om det. Funn fra annen forskning støtter oppunder disse funnene. Søftestad (2008) henviser i sin bok til forskning som er gjort av Sorensen og Snow (1991) at tidsrammen fra første benektelse til avdekking varierer fra barn til barn. Der noen barn gikk fra benektelse til nøling til aktiv avdekking i løpet av en og samme terapisaamtale. Enkelte brukte mange måneder på å nå den aktive fasen. Blant barna som avdekket overgrep i studien til Sorensen og Snow (1991), viste tall fra studien at 72 % av barna benektet i første intervju for senere å bekrefte overgrepene. Blant barna som avdekket overgrep var avdekkingen preget av forsiktighet, nøling og motstand i 78 % av tilfellene. For senere å utvikle seg til å bli en aktiv avdekking for de aller fleste. ”TV 2 nyhetene, 18.02.10”, belyste ny norsk oppsiktsvekkende forskning som er gjort av Professor Ståle Pallesen ved det Psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, der 450 overgrepsofre er intervjuet. Denne studien ga et unikt innblikk i situasjonen til de som blir misbrukt som barn. Forskningen viste at gjennomsnittlig tid som gikk fra man hadde vært utsatt for et overgrep til man sa fra, var på 17.5 år.

Spennvidden i undersøkelsen var fra null måneder til 50 år før de overgrepsutsatte snakket. <http://www.tv2nyhetene.no/innenriks/krim/overgrepsofre-kan-vaere-tause-i-17-aar-foerde-snakker-3139637.html>

Studien er upublisert og derfor har vi ikke kunnet benytte oss av data fra forskningen.

Denne undersøkelsen viser at seksuelle overgrep fortsatt er et vanskelig tema å snakke om i samfunnet. Findlater (2009) mener at voksne må være forberedt på å snakke om seksuelle overgrep og tørre å ta opp temaet. Hva kan sykepleierutdanningen bidra med for å gjøre fremtidige sykepleiere mer forberedt?

5.2.3 Betydningen av god kommunikasjon

Enkelte av deltakerne i studien til Alaggia (2004) prøvde å komme med verbale hint til sykepleierne i et forsøk på å avdekke. Aasland (2009) beskriver i sin bok at overgrep ofte ikke blir avdekket ved at tenåringen forteller, men at oppdagelsen skjer gjennom atferd som for eksempel sinne, tilbaketrekning eller endret atferd. Derfor mener vi at sykepleierne må ha kunnskap om tenåringers kognitive utvikling. Eide og Eide (2007) viser til at sykepleierens evne til å oppfatte pasienters bekymringer og andre følelsesmessige anliggende er en betydningsfull ferdighet. Videre beskriver de at god kommunikasjon forutsetter at informasjonsmengden er tilpasset situasjonen.

Informasjonen bør tilpasses den andres evne til å ta imot og bearbeide det som gis.

Forfatterne sier at ungdom fra 12 år og oppover i store trekk kan følge en voksen verbal dialog. Evenshaug og Hallen (2001) beskriver også tenåringen som en som kan tenke logisk og trekke slutninger på eget grunnlag. Videre sier de at tenåringen elsker å tenke kritisk om alt og alle.

Noen av deltakerne i McGregor, Thomas og Read studie (2006) fortalte at de gransket sykepleierne for tegn på om de viste ekte omsorg og empati, og om sykepleierne hadde evne til å takle å høre om deres seksuelle overgrep. Vi støtter Joyce Travelbees forståelse av empati som bygger på en interesse for andre og en evne til å bruke egen kunnskap og erfaring til å tolke en annens kommunikasjon (Travelbee 1999). Når en uttrykker empati for tenåringen formidler sykepleier at en er engasjert i tenåringen som person og bryr seg om hvordan man har det. Det er viktig å både se og høre tenåringen.

I praksis opplevde vi at sykepleierne ofte både så og snakket forbi tenåringen og henvendte seg direkte til foresatte. Her kan sykepleier miste anledningen til å bli kjent med pasienten og bygge opp en relasjon. McGregor, Thomas og Read (2006) studie viser at enkelte deltakere ville at sykepleierne skulle delta aktivt for at de skulle få et likeverdig forhold. Deltakerne rapporterte også at de hadde mer kontroll over bearbeidelses prosessen dersom kommunikasjonen var tilfredsstillende. Jenter i studien til Staller, Nelson-Gardell (2005) ville at sykepleierne skulle være delaktig i samtalen. Fortell om deg og jeg forteller om meg. Her kan sykepleier komme opp i et dilemma, for hvor mye skal man bruke sitt private jeg i en slik relasjon?

I relasjonen mellom sykepleier og pasient tar Eide og Eide (2007) for seg grunnbegreper som empati, fagkunnskap og målorientering i hjelpende kommunikasjon. Disse begrepene oppfatter vi som en forutsetning for å kunne arbeide som sykepleiere. I tre artikler Staller og Nelson-Gardell (2005) Tourigny et al. (2005) og Tourigny et al. (2007) har vi funnet at bearbeidelse av seksuelle overgrep er en prosess der tenåringene selv må være aktivt deltagende. Tourigny et al. (2005) og Tourigny et al (2007) og Staller og Nelson-Gardell (2005) nevner at i gruppesamtaler kan tenåringene gjennom øvelser med andre lære seg at de kan mestre og forstå sin situasjon bedre. Studiene viser til at gruppesamtaler hadde effekt uavhengig av om de deltok i åpne eller lukkede grupper.

Det er normalt med reaksjoner når man er i en krise og det er ingen reaksjon som er feil eller riktig. Vi reagerer ulikt, men å ha noen å snakke med som har opplevd det samme som seg selv, vil ofte være til hjelp. Eide og Eide (2007) nevner at personer i krise har behov for støtte med menneskelig kontakt og andre å dele følelser og tanker med. Hummelvoll (2004) beskriver at under kriser vekkes intense følelser til live som redsel, angst, tårerflom, passivitet og depresjon. I møte med tenåring i en krisesituasjon mener vi at sykepleierne må forstå tenåringens situasjon, men samtidig lære tenåringen å mestre situasjonen han befinner seg i. Det kan gjøres ved å redusere belastninger og utøve sykepleiefaglig omsorg.

5.2.4 Behov for god tilretteleggelse

I to artikler Staller og Nelson-Gardell (2005) og Jensen et al. (2005) har vi funnet, at tid og sted hadde betydning for om avdekkingen ble utført. Mange av tenåringene i Jensen et al. (2005) følte at det var få muligheter til å fortelle om sine opplevelser om seksuelle overgrep. Tenåringene ønsket bedre tilretteleggelse når de skulle avsløre noe så personlig og privat. Kristoffersen (2002) sier i sin bok at det fysiske miljøet bør legges til rette, slik at kommunikasjonen og samhandlingen blir fysisk mulig. Tid og ro er nøkkelfaktorer i denne sammenhengen. I vår psykiatripraksis opplevde vi å få være med på samtaler, der det var lagt stor vekt på at samtalen skulle finne sted i et nøytralt rom med opptattskilt på døren. Dette ble respektert og ingen kom busende inn. Drikke og kleenex stod på bordet og her var det tilrettelagt for å bruke god tid. Vi opplevde dette som en god tilretteleggelse for samtalen. Dersom man arbeider på en sengepost ved et sykehus, er det kanskje ikke like enkelt å tilrettelegge på denne måten.

Riktig tid var en avgjørende faktor i hvorvidt tenåringene følte seg klar til å fortelle om sine overgrepshistorier i studien til Staller og Nelson-Gardell (2005) og Jensen et al. (2005). Et annet funn hos Staller og Nelson-Gardell (2005) viser at dersom ikke tenåringen avdekker sin historie første gang, bør tenåringen over tid gis gjentatte anledninger til å fortelle. Her kan sykepleier legge til rette for den avdekkende samtalen som har som formål å la tenåringen fortelle om sin opplevelse av seksuelle overgrep. Videre må sykepleier følge opp tenåringen med bearbeidende samtaler over tid. (Søftestad 2005). Den spontane samtalen kommer mest sannsynlig ikke i disse anledningene. Det mest vanlige er at overgrepshistorier avsløres til privatpersoner, det vil si i de fleste tilfeller til mødre eller til jevnaldrende (Søftestad 2005). Vi erfarte i praksis at det ikke bestandig var riktig å spørre pasienten direkte, men at det var tre ting som ofte var av betydning. Det var tilstedeværelse, tid og stemning. Et eksempel var at under et kortspill der stemningen var god, kom pasienten med betroelser som ikke var fortalt tidligere.

Funn fra tre av studiene Alaggia (2004), Jensen et al. (2005) og Staller og Nelson-Gardell (2005) viste at det å avsløre at de har vært utsatt for seksuelle overgrep, opplevdes som en katastrofehemmelighet for tenåringen. Grunnene for ikke å fortelle var følelser om å ikke bli trodd eller at de skulle bli misforstått, de klandret seg selv og følte skam og frykt.

Videre at de var redd for konsekvensene det vil få for både seg selv og familien, og noen følte seg truet av overgriper. Killen (2009) uttrykker i sin bok at tenåringsen kan presses til både belønning og trusler etter overgrepssituasjoner. Sårbarheten kan tvinge den incestutsatte til taushet, som igjen kan føre til mangeårige overgrep. Tenåringen kan etter hvert føle seg skyldig og medansvarlig og investerer dermed mye av sine krefter på å tildekke situasjonen. I psykiatripraksis erfarte en av oss å møte en incestutsatt kvinne. Dette ble et sterkt møte. Kvinnen hadde vært psykiatrisk pasient i nesten tjue år, men aldri avdekket sin incesthistorie før. Hun bar tydelig preg av sine opplevelser som gav utslag både fysiske og psykiske plager. Aasland (2009) skriver i sin bok en rekke skadevirkninger etter seksuelle overgrep. Disse kan være tap av tillitt, følelse av skyld og skam, problemer med egen seksualitet, selvskading, psykose og personlighetsforstyrrelser. Noen tenåringer viser tegn tidlig, men som oftest kommer senskadene til syne etter at overgrepene har sluttet.

5.2.5 Utløsende faktorer kan påvirke tenåringsen

Det er liten tvil om at seksuelle overgrep er et vanskelig tema å forholde seg til. Det kan være utfordrende for sykepleiere å vite hvordan man skal tilnærme seg den incestutsatte. Deltakerne i studien til Alaggia (2004) uttrykte at de ble spurt direkte om de hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. I studien til Jensen et al. (2005) derimot formidlet deltakerne at de ikke hadde blitt spurt direkte, om de hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Det ble vist til flere årsaker til at deltakerne ikke ble spurt direkte, blant annet at mødre følte de ikke var kompetente til å snakke om et så sensitivt tema. Dette viser at det er viktig at sykepleiere greier å ha en direkte tale og være trygg i en avdekkings situasjon. Aasland (2009) sier i sin bok at ingen må spørre noen, uten at vi våger å ta imot svaret. Når vi spør, håper vi ofte å få avkrefte våre bekymringer. Kanskje sier ikke tenåringsen noe, men han vet han kan komme til deg med noe han vil fortelle senere. Kanskje trenger han mer tid. Avslutt samtalen med å si at hvis du kommer på noe, eller du vil snakke med meg, så vet du hvor jeg er. Dersom tenåringsen forteller, si han var modig og at det ikke er hans feil. Du vil gjøre alt for å hjelpe, ingen har lov til å gjøre slik mot noen. I en avdekkings situasjon er alt helsepersonell forpliktet ved lov å ta det nødvendige ansvar i overgrepssaker.

Dette kan gjøre sykepleierne usikre på hvilke valg de skal ta i forhold til å gå videre med saken, som tenåringen helst vil holde skjult. I en avdekkingsprosess må sykepleier ikke love noe som en vet en ikke kan holde overfor tenåringen. En tannlegetime, et tv-program eller en undervisningstime kan være utløsende faktorer for om tenåringer forteller om sine overgrepserfaringer. Det kan oppstå eller bli aktivert en sammenheng med overgrepene i slike situasjoner. Dette viser funn i studien til Jensen et al. (2005) der deltakerne hadde sett et tv-program om temaet seksuelle overgrep.

Etter dette greide de å sette ord på hva som hadde hendt dem. Det kan være vanskelig for en tenåring å forstå hva som gjør at en forelder og omsorgsperson kan utføre slike handlinger mot seg. Draucker og Martsolf (2008) viste i sin studie at tenåringene hadde behov for å forstå årsaken som ligger til grunn for at noen kunne utføre seksuelle overgrep mot dem, dette kunne være en årsak til at tenåringen avdekket sine erfaringer om seksuelle overgrep. Her kan sykepleiere benytte den informasjonsgivende samtalen. Dette er samtalen som har som formål å dekke tenåringens behov for å mestre og å forstå sin situasjon. Samtalen er en del av den konkrete omsorgen og utviklingsstøtten til tenåringen. Samtalen kan utføres ved at den voksne gir informasjon til tenåringen og utvider og bearbeider tenåringens forståelse av seg selv (Søftestad 2005).

Som sykepleiere må vi være beviste på hvordan vi opptrer overfor tenåringer som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Direkte tale viser en ærlighet som kan gi trygghet og formidle omsorg. I praksis opplevde vi at ros hadde betydning og disse positive tilbakemeldingene kunne øke selvtilliten hos tenåringene som var i en sårbar situasjon. Eksempler kunne være ” det er så fint å samarbeide med deg” og ” jeg synes jeg lærer litt av deg også”. Trygghet og det å være komfortabel i situasjonen var viktig for deltakerne i studien til Staller og Nelson-Gardell (2005). I sin bok uttrykker Hummelvoll (2004) at for å skape trygghet for tenåringen, trenger sykepleieren kunnskap om tenåringens forståelse av sin situasjon og hvordan han forsøker å mestre den. Mekki og Pedersen (2004) skriver i sin bok at kunnskap om lidelse og hvordan lidelsen fremtrer, kan hjelpe sykepleieren å være mer forberedt på å møte pasienten der pasienten er. Forståelsen for den usikkerhet og engstelse som ligger til grunn for lidelsen, bidrar til å gjøre oss bevisste på å fremme trygghetsskapende faktorer rundt pasienten (Mekki og Pedersen 2004). Det er ingen tvil om at tenåringen trenger trygge rammer når de er i en sårbar fase med å fortelle sin historie. Uten tryggheten, forteller ikke tenåringen.

5.2.6 Opplevelsen kan være traumatisk

Å ha motstridende følelser ovenfor overgriper og overgrepene var opplevelser som noen av deltakerne slet med i studien til Jensen et.al (2005). Det kan være forståelig at forvirring, skyld og skamfulle følelser dukker opp når opplevelsen avdekkes. Det er tross alt sin egen far eller andre nært beslektede personer, en skal fortelle har gjort noe så traumatisk mot en. Tanker rundt hva som vil skje videre med familien og ikke minst overgriper kan gi stor skyldfølelse. Dette viste også funn fra studien til Staller og Nelson-Gardell (2005). Det kan være grunn til å tro at traumatiske minner sitter i kroppen. I sin bok beskriver Killen (2009) at barndomstraumer har en dyp innflytelse på barnets følelsesmessige, kognitive, sosiale og fysiske funksjon. Alvorlige traumatiske opplevelser lagres ikke i minnet på samme måte som andre opplevelser gjør. De kan imidlertid invadere bevisstheten som foregår i øyeblikket og slike plutselige gjenopplevelser av hele eller deler av den traumatiske begivenheten kalles flashbacks. I psykiatrisk praksis erfarte en av oss at en ung kvinne som hadde vært utsatt for incest i barneårene, assosierte sengen sin med opplevde overgrep. Hun var konstant sliten og greide ikke å legge seg i sengen for å hvile. Om natta opplevde hun grusomme flashbacks og stod opp hver morgen med kraftig angst. Det oppsiktsvekkende var at hennes incesthistorie ikke hadde vært snakket om tidligere, selv om hun hadde vært en psykiatrisk pasient i over tjue år.

Eide og Eide (2007) uttrykker at traumatiske kriser brukes som belastninger som er så store at personen for kortere eller lengre tid blir merket av dem. Forfatterne beskriver at krisereaksjoner hos barn og tenåringer kan komme til uttrykk i forhold til mat, søvn og i forhold til det å være vanskelig. Studien til Jensen et al. (2005) viser at opplevelsene av å snakke om overgrepet kunne gi sterke psykiske reaksjoner, hvor en av deltakerne kastet opp etter å ha fortalt om sine opplevelser.

Draucker og Martsolf (2008) viser til at tenåringsgutter eller menn opplevde at det var vanskeligere for dem å avdekke sin incesthistorie. Deres opplevelse var at de var stigmatiserte og følte at samfunnet hadde vanskeligheter med å tro at gutter eller menn kunne bli utsatt for seksuelle overgrep. Selv har vi ingen erfaring med forskjeller mellom mann og kvinne, gutt eller jente ved å snakke om traumatiske opplevelser. Men vi har erfart at menn som har vært innlagt på sykehus, ofte kan ha større vanskeligheter med å snakke om vanskelige følelser enn kvinner.

6.0 Konklusjon

Tenåringer som har vært utsatt for incest, har opplevd et ufattelig svik fra en som har stått de nær. Skyldfølelse, skam og frykt kan føre til at utsatte ikke tør å fortelle det til noen. Noen overgrepsofsatte sliter med problemer relatert til overgrep i årevis. Vår litteraturstudie viser at en tenåring kan avdekke sin incesthistorie på ulike måter, tidspunkt og årsaker. Det kom frem at sykepleiere kunne benytte avdekkende samtale for å lokke frem hendelser tenåringen kunne snakke om. Avdekkingen kunne være målrettet eller være utilsiktet. Tilrettelegging som riktig tid og sted, kunne være en utløsende faktor for om historien kom fram. Videre viser funn at gruppesamtaler hadde en effekt i deltakernes bearbeidelsesprosess som resulterte i reduserte seinskader. Flere av deltakerne kunne se for seg overgrepene de hadde opplevd og følte at de ble kvalm og uvel når de snakket om opplevelsene. Noen opplevde å få sterke psykiske reaksjoner under avdekking, og en av deltakerne kastet opp etter å ha fortalt om sine opplevelser.

Sykepleiere kan hjelpe tenåringen i sin bearbeidelsesprosess med sin sykepleiefaglige kompetanse som informasjon, empati, trygghetsskapende arbeid og kommunikasjon. Som sykepleiere kan vi ikke fjerne opplevelsen for tenåringen, men vi kan hjelpe de til å håndtere og leve med den. Ved å benytte avdekkende samtale som har til hensikt å avsløre opplevelsen og å ivareta tenåringen, kan en sykepleier ta del i ansvaret for videre oppfølging.

For å kunne hjelpe tenåringen på best mulig faglig måte, må sykepleiere ha tilstrekkelig med kunnskap om temaet seksuelle overgrep. Med optimal kunnskap vil sykepleieren kunne kjenne sitt ansvarsområde og være trygg på situasjonen. Dette viser både forskning og egne erfaringer. Alle ansatte i det offentlige hjelpeapparatet har forpliktelser ved lov i møte med incestutsatte. Vi mener derfor at sykepleierhøgskoler burde ha mer obligatorisk opplæring innen dette alvorlige temaet.

Vår konklusjon tilsier at det er grunn til å tro at å snakke om overgrep, har betydning for bearbeidelse, skadevirkninger og mestring av opplevelsen. Opplevelsen med å avdekke oppfatter vi som en stor påkjenning for tenåringen, må kanskje til for at bearbeidelsen kan hjelpe de til å leve med krenkelsen.

Litteraturliste

- Allagia, Ramona. 2004. Many ways of telling: expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child abuse & neglect*. March 28. 1213-1227.
- Barne- og familiedepartementet (2005-2009) *Strategi mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn*.
- Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Draucker, Clairee Burke og Donna, S. Martsof. 2008. Storying childhood sexual abuse. *Qualitative Health research*. Volum 18 nr. 8. August, pp. 1034-1048.
- Eide Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner samhandling, konfliktløsning, etikk* 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evenshaug, Oddbjørn og Dag Hallen. 2001. *Barne- og ungdomspsykologi*. 4 utg. 2 opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Feng, Jui-Ying, Mary Ann Jezewski and Tsung- Wei Hsu. 2005. The meaning of child abuse for nurses in Taiwan. *Journal of transcultural nursing*, vol. 16 No. 2, pp. 142-149.
- Findlater Donald. 2009. "To prevent child sexual abuse, we need to start talking about it". *British journal of school nursing* vol. 4, No 7.
- Forsberg, Christina og Wengstrøm, Yvonn. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Falun: ScandBook AB.
- Grøholt, Berit, Sommerschild, Hilchen og Garløv Ida. 2008. *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2004. *Helt - ikke stykkevis og delt Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jensen, Tine K., Wenke Gulbrandsen, Svein Mossige, Sissel Reichelt og Odd Arne Tjersland. 2005. Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on childrens perspectives and the context for disclosure. *Child abuse & neglect*. 29: 1395-1413.
- Killen, Kari. 2009. *Sveket 1 Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner*. 4.utg. Kommuneforlaget AS.
- Kittelsen, Berit Elisabeth og Lise Gladhus. 2004. Seksuelle overgrep – et ikke-tema i sykepleierutdanningen. *Tidsskriftet Sykepleien*. nr.13: 52-56.

- Knutstad, Unni. 2010. *Sykepleieboken 2 Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. 3. Utg. Akribe AS.
- Kools S. and C. Kennedy. 2002. Child sexual abuse treatment: misinterpretation and mismanagement of child sexual behavior. *Child care health and development*. Vol. 28, nr. 3: 211-218.
- Kringlen Einar. 2005. *Psykiatri*. 8. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2002. *Generell Sykepleie 1. Fag og yrke - utvikling verdier og kunnskap*. 5 opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McGregor, Kim, David R. Thomas, John Read. 2006. Therapy for child sexual abuse: Women talk about helpful and unhelpful therapy experiences. *Journal of child sexual abuse*, Vol. 15 (4).
- Mekki, Tone Elin og Søren Pedersen. 2004. *Sykepleieboken 1 Grunnleggende sykepleie*. 3. utg. Akribe AS.
- Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. 2006. Tema: samlet kvalitetsvurdering av studiene kan anvendes for alle sjekklisterne. <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2139.cms> (Lest 14.10.10).
- Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. 2006. Tema: sjekklister for kvalitativ og kvantitativ forskning. <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms> (Lest 14.10.10).
- Nasjonalt kunnskapssenter. 2007. Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge. Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste. 2009. Database for statistikk om høgre utdanning. <http://www.nsd.uib.no/kanaler/>
- Nortvedt, W. Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2008. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Staller, Karen M. and Debra Nelson-Gardell. 2005. "A burden in your heart": Lessons of disclosure from female preadolescent and adolescent survivors of sexual abuse. *Child abuse & neglect*. 29: 1415-1432.
- Søftestad, Siri. 2008. *Avdekking av seksuelle overgrep veier ut av fortelsen*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Søftestad, Siri. 2005. *Seksuelle overgrep fra privat avmakt til tverretattlig handlekraft*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

- Tourigny, Marc and Martine Hebert. 2007. Comparison of open versus closed group interventions for sexually abused adolescent girls. *Violence and victims*. Vol.22, nr.3.
- Tourigny, Marc and Martine Hebert. 2005. Efficacy of a group therapy for sexually abused adolescent girls. *Journal of child sexual abuse*. Vol. 14 (4).
- Travelbee, Joyce. 1999. *Mellommenneskelig forhold I sykepleie*. Universitetsforlaget AS.
- Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani.2006. *Evidensbaserad omvårdnad*. Sverige: Studentlitteratur.
- Øvreeide, Haldor. 2002. *Samtaler med barn Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner*. 2. opplag. Høyskoleforlaget AS.
- Aasland Wiede Margrete. 2009. "...Si det til noen..." *En bok om seksuelle overgrep mot barn og unge*. 2. utgave. Høyskoleforlaget AS.

Vedlegg nr.1.

P	I	O
Incest Sexual abuse Teenage Adolescent	Talk Communication Conversation Interview Guidance Therapy Treatment Counseling	Disclosure Support Manage

Forfattere / År Land/ Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere/ frafall	Hovedfunn	Kvalitet
Claire Bruke Draucker, Donna S. Martsof. (2008) USA, Qualitative Health research.	Storying childhood sexual abuse.	Forklare hvorfor overlevende av seksuelt misbruk forteller andre om sine misbruks erfaringer.	Kvalitativ. Åpne intervjuer med 74 deltakere som har erfart seksuelt misbruk før fylte 18 år av et familiemedlem.	74 deltakere, 40 kvinner og 34 menn.	Barn ikke avslører overgrep på grunn av skam, isolasjon, frykt og deres behov for å beskytte andre familie medlemmer.	Høy *
Kim McGregor, David R. Thomas, John Read (2006) New Zealand, Journal of child sexual abuse.	Therapy for child sexual abuse: women talk about helpful and unhelpful therapy experiences.	Kvinner med en historie med seksuelt misbruk som barn beskriver hjelpsom og uhjelpsom terapi.	Kvalitativ. Semistrukturert intervju som begynte med et "grand tour" spørsmål. Intervjuer med åpne spørsmål der deltakerne ble oppmuntret til å beskrive sine erfaringer.	20 kvinner i alderen 26-57 år. Gjennomsnittsalder på 40,5 år.	Likeverdig og åpent terapi forhold. Terapeuten må ha spesiell utdannelse og god kompetanse. Terapeuten må ha kompetanse til å takle misbruks relatert materiale.	Høy *
Tine K. Jensen, Wenke Gulbrandsen, Svein Mosssige, Sissel Reichelt, Odd Arne Tjersland	Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure.	Studere avsløringene når de oppstår i sine naturlige omgivelser.	Kvalitativ. Data ble samlet fra terapi timer og oppfølgings intervjuer fra 20 familier med 22 barn.	20 familier med 22 barn i alderen 3-18 år.	Vanskelig å finne situasjoner der det var mulig å dele sine erfaringer. Temaet var berørt før avsløringen. Ingen spurte barna	Høy *

(2005) Norway, Child abuse & neglect.					rett ut, om de hadde blitt misbrukt. Sensitive for andres reaksjoner, ville de bli forstått/misforstått.	
Gisela Priebe, Kjell Hansson, Carl Gøran Svedin (2010) Sweden, Nordic journal of psyciatri.	Sexual abuse and associations with psychosocial aspects of health. A population based study with Swedish adolescents.	Sammenhengen mellom tenårings selvopplevde erfaringer av seksuelt misbruk, og forskjellige vanskeligheter og aspekter av psykososial helse som emosjonelle og adferds problemer.	Kvantitativ. Studentene svarte anonymt på spørreskjema som ble lagt i umerkede konvolutter som ble forseglet av studenten.	1107 studenter(575 jenter og 532 gutter) gjennomsnittsalder 18,4 år.	Seksuelt misbruk med kontakt/penetrering var relatert til mer emosjonelle og atferds problemer, lavere selvtillit og svakere følelse av sammenheng, enn sammenlignet med ikke misbrukte.	
Marc Tourigny, Martine Hebert, Isabelle Daigneault, Ann Claude Simoneau (2005) Canada, Journal of child sexual abuse.	Efficacy of a group therapy for sexually abused adolescent girls.	Effekten av gruppeterapi hos tenåringsjenter som har vært utsatt for seksuelle overgrep.	Kvantitativ. RCT. En kvasi eksperimentell design med pre test og en post test. Der eksperiment gruppen deltok i en lukket terapi gruppe og kontroll gruppen mottok ikke	Eksperiment gruppen besto av 27 tenåringsjenter og kontrollgruppen besto av 15 tenåringsjenter. Alle var fransk-canadiske bortsett fra en som hadde russisk bakgrunn. Gjennomsnittsalderen var på 14.6 år.	Resultatet viser at begge gruppene presenterer like profiler, unntatt på 4 områder. Tenåringene i kontrollgruppen viste større nivå på vanskeligheter en eksperiment gruppen. Når det gjaldt	Høy *

			behandling.		spiseforstyrrelser, føle tillit, løse problemer, mestre strategier.	
Marc Tourigny, Martine Gebert (2007) Canada, Violence and victims.	Comparison of open versus closed group interventions for sexually abused adolescent girls.	Evaluere effekten av en åpen gruppe terapi for seksuelt misbrukte tenåringsjenter. En annen hensikt var og utforske om det er forskjeller mellom åpne og lukkede grupper i terapi.	Kvantitativ. RCT. Deltakerne var inndelt i tre grupper en åpne gruppe som bestod av 13 jenter, en lukket gruppe som bestod av 29 jenter og en kontroll gruppe med 13 jenter.	55 jenter med en gjennomsnittsalder på 14.9 år. Alle var fransk-canadiske bortsett fra to der en var av russisk bakgrunn og en av gresk bakgrunn. 29 % bodde hos foster familier, 38 % bodde hos begge foreldrene og 29% med sin mor.	Åpen gruppe terapi er positiv i forhold til å dempe en rekke symptomer som assosieres med seksuelt misbruk. Begge gruppene er assosiert med merkbar gevinst og det viser seg at de har lik effekt i å redusere symptomer assosiert med seksuelt misbruk.	Høy *
Ramona Alagggia (2004) Canada, Child abuse & neglect.	Many ways of telling: expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure.	Utforske hva som påvirker eller fremskynder avsløringer om seksuelt misbruk av barn.	Kvalitativ. Ansikt til ansikt dybde intervjuer, der de brukte Long- Interview metode for å spore avslørings prosessen.	24 menn og kvinner i alderen 18-65 år som har vært seksuelt misbrukt av et familiemedlem. 57 % var kvinner. Gjennomsnittsalder 41.2 år.	Resultatet viser at de identifiserte flere mønster for avsløringer. Over halvparten av avsløringsmønstrene passet ikke med tidligere avslørings mønster.	Høy *
Laurel Edinburgh, Elizabeth Saewyc,	Caring for young adolescent sexual abuse victims in a hospital-based	Dette studiet sammenligner behandling for ungdom som har	Kvantitativ. En retrospektiv studie.	Barn i alderen 10-15 år, som hadde erfart seksuelle overgrep.	Ungdommene fikk bedre veiledning og oppfølging på det sykehusbaserte	

Carolyn Levitt (2008) USA, Child abuse & neglect.	children`s center.	vært utsatt for seksuelle overgrep i et sykehusbasert senter med ungdom som fikk behandling av andre kommunale hjelpe tjenester.			senteret en ute i den kommunale helsetjenesten.	
Jui-Ying Feng, Mary Ann Jezewski, Tsung- Wei Hsu (2005) Taiwan, Journal of transcultural nursing.	The meaning of child abuse for nurses in Taiwan	Utforske sykepleieres erfaringer og perspektiv med hensyn til misbruk av barn i Taiwan.	Kvalitativ. Grounded theory. Semi strukturerte intervjuer av sykepleierne ble tatt opp på lydband og senere bearbeidet. 12 åpne spørsmål ble stilt og ble formulert for å få frem sykepleierens erfaringer.	18 kvinnelige sykepleiere i alderen 23 til 46 år, gjennomsnittsalder 31.6 år. Der 10 arbeidet på en barneavdeling og var barne sykepleiere, 8 arbeidet med barn og familiene deres på akuttmottak og var akutt sykepleiere.	Sykepleierne har en viktig rolle i og gjenkjenn overgrep, de følte frustrasjon over ikke å kunne gi tilstrekkelig behandling. Sykepleierne trenger mer kunnskap om temaet.	Middels *
Chung Mee Ko, Chin-Kang Koh (2006) Korea, International Journal of nursing studies.	The influence of abuse and respondent background characteristics on Korean nurses` perceptions of child sexual	Identifisere Koreanske sykepleieres egenskaper og oppfatning om seksuelt misbruk av barn.	Kvantitativ.	1029 Koreanske sykepleiere, 503 arbeidet på sykehus og 526 arbeidet på skole. Alle var kvinner med en gjennomsnittsalder på 33.2 år. Gjennomsnittsarbeidstid	Oppfatningen til de koreanske sykepleierne i dette studiet går på alvorligheten av det seksuelle misbruket de berøres av egenskaper av det	

	abuse: A fractional factorial design.			som sykepleier var 9.4 år.	seksuelle misbruket mot barna mer en deres egne personlige karakteristik.	
S. Kools and C. Kennedy (2002) USA, Child care, health and development.	Child sexual abuse treatment: misinterpretation and mismanagement of child sexual behavior.	Undersøke omsorgspersoners forståelse av innvirkning av seksuelt misbruk på barn og behandlingen av misbrukte barn i et behandlings hjem.	Kvalitativ. Semi-strukturerte intervjuer, hvert intervju tok 1.5 time ble tatt opp på lydbånd og senere bearbeidet. De observerte under intervjuene og det ble tatt notater for å holde oversikt over den fremtidige retningen for spørsmål og utvalg.	20 personer som arbeidet i et behandlingshjem for 45 barn i alderen 6-14 år. 5 var sykepleiere og 15 var barne- og ungdoms arbeidere. Gjennomsnitts arbeidstid på stedet var 2 år.	De hadde liten kunnskap om senvirkninger av seksuelt misbruk av barn. Barnas seksuelle adferd ble ofte misforstått og vanstyret.	Middels *
Adams Joyce A. et al. (2007) USA, J Pediatr Adolesc Gynecol.	Guidlines for medical care of children who may have been sexually abused.	Å utvikle og gi ut retningslinjer og anbefalinger for medisinsk bruk til barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep.	Deltakere ble valgt ut gjennom lister på Internett av psykologer. DE utarbeidet retningslinjene ved å bruke review og publiserte forskningsstudier.	Grupper på 10 -40 psykiatere møtes på et seminar for å utvikle retningslinjer til å bruke i medisinsk utredning for seksuelt misbrukte barn.	Retningslinjene ble utgitt 2005.	

Staller Karen M. and Debra Nelson- Gardell (2005) USA, Child abuse & neglect.	"A burden in your heart": Lesson of disclosure from female preadolescent and adolescent survivors of sexual abuse.	Å forstå avdekkings prosessen fra perspektivet til tenåringer som har erfart seksuelt misbruk.	Kvalitativ. Samlet data for å svare på spørsmål om behandling. Hva de kan lære om å avsløre av deltakerne.	34 jenter fordelt i fire grupper. Gjennomsnittsalder 13.7 år.	De identifiserte tre faser i avsløringsprosessen. Når tenåringen forstår viktimiseringen, når de bestemmer seg for tid, sted og person å fortelle til og konsekvensene.	Høy *
--	---	--	--	--	--	-------

* betyr at artikkelen er inkludert i litteraturstudien.