

# Mastergradsoppgave

## **Kvinner og vold i nære relasjoner**

**”Hva innebærer dine sinneproblemer for din livssituasjon?”**

## **Woman and domestic violence**

**”What is the impact of your anger problems to your daily life?”**

**Forfattere: Grete Ystgård & Anne Meisingset**

MPH 470

**Mastergradsoppgave** i psykisk helsearbeid

Klinisk Master i psykisk helsearbeid

Høgskolen i Nord – Trøndelag  
2013



Avdeling for  
helsefag.

## **Forord**

Vi opplever at tiden med Masteroppgaven har vært en krevende, men lærerik og spennende prosess. Det har vært givende å ha fått muligheten til å fordype oss i et fagfelt som engasjerer oss. Vi opplever at den fagtyngden vi har fått gjennom denne studien, vil gi oss stor nytte i videre klinisk praksis og eventuelt fremtidig forskning.

Takk til våre informanter. Uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt til.

Vi ønsker å benytte anledningen til å takke våre gode kolleger på Brøset for faglige råd, fruktbare samtaler og god støtte underveis i prosessen. Vi ønsker å takke Brøset for økonomisk støtte, noe som har gjort det mulig for oss å gjennomføre denne Masteroppgaven.

Vi vil også takke kollega Roar Berg for fleksibilitet og raushet i denne perioden.

Vi ønsker spesielt å takke vår veileder ved HINT Ove Hellzen som har veiledet oss og kontinuerlig gitt oss konstruktive tilbakemeldinger underveis med oppgaven.

### **Anne ønsker å takke:**

Takk til min samboer Petter, Marius og lille ”gullhår”.

Takk også til kollega og venn Grete for at prosjektet ble gjennomført.

### **Grete ønsker å takke:**

Takk til mine to flotte jenter Lisa og Mina for å ha holdt ut med mamma i ekstra krevende perioder av denne Masteroppgaven.

Takk for samarbeidet til min venninne og mangeårige kollega Anne.

## **Sammendrag:**

**Mål:** Målet med studien er å beskrive kvinners erfaringer med å delta i et 15 ukers, sykepleierledet sinnemestringsprogram, Brøsetmodellen, tre-fem måneder etter kurset. Kvinnene hadde utøvet vold i nære relasjoner.

**Metode:** Vi intervjuet seks kvinner som hadde utøvd vold i nære relasjoner med narrative intervjuer. Informantene ble bedt om å fortelle sine opplevelser med å være den som utøvde vold i hjemmet. Intervjuene ble tatt opp på diktafoner og deretter transkribert.

**Analyse:** De transkriberte intervjuene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. Analysen var en fortolkende prosess hvor vi kodet og kategoriserte data, vi lette etter mønstre og tema og tok hele sammenhengen i betraktning.

**Funn:** Funnene beskriver informantenes erfaringer med å ha deltatt i den sykepleier ledete gruppebehandlingen i tre domener: ”tiden før Brøset - modellen”, ”erfaringer med Brøset – modellen” og ”effekten av Brøset – modellen”.

**Konklusjoner:** Basert på funnene i denne studien, er det et omfattende behov om kunnskap om kvinners erfaringer av å utøve vold i nære relasjoner. Funnene viser at kvinner som rapporterer om en god arbeidsallianse gjennom deltakelse i gruppeterapi har liten sannsynlighet for å fortsette sin voldelige atferd. Denne kunnskapen bidrar til å belyse psykiatrisk sykepleieres omsorg – og helsefremmende strategier som kan bidra til atferdsendringer til kvinnene.

## **Abstract**

**Objectives:** To describe women's experiences of participating in a 15-week, nurse-led battering intervention model, five months post-intervention, with female perpetrators of violence in intimate relationships.

**Method:** Six female, intimate-partner violence perpetrators were interviewed through narrative interviews. Interviewees were asked to narrate their experience of being a perpetrator of domestic violence. The interviews were tape recorded and transcribed.

**Analysis:** Transcribed interviews were analysed using qualitative content analysis. The analysis was an interpretative process of coding and categorising the data, searching for patterns and themes, and taking the whole context into consideration.

**Findings:** The findings describe informants' experiences when participating in the nurse-led intervention under the three domains: "the time before Brøset-model", "experiences of the Brøset-model", and "effects of the Brøset-model".

**Conclusions:** Based on the findings of this study, there is an extensive need to provide knowledge about women's experiences of being domestic violence perpetrators. Findings show that perpetrators who report a good working alliance with intervention group facilitators are less likely to continue their abusive behaviour. Such knowledge may shed light on mental health nursing care promotional strategies that can contribute to enhancing women's behavioural changes.

**Forord**  
**Sammendrag**  
**Abstract**

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1. Innledning .....</b>	<b>s. 1</b>
1.1 Introduksjon .....	s. 1
1.2 Hensikt med studien.....	s. 1
1.3 Begrunnelse for valg av problemstilling.....	s. 2
<b>2. Forskning.....</b>	<b>s. 3</b>
2.1 Kvinner og aggresjon: hva sier internasjonal forskning.....	s. 3
2.2 Kvinner og aggresjon: hva sier nasjonal forskning.....	s. 4
<b>3. Metode.....</b>	<b>s. 6</b>
3.1 Design og metode.....	s. 6
3.2 Utvalg.....	s. 6
3.3 Datainnsamling .....	s. 8
<b>4. Dataanalysen.....</b>	<b>s. 10</b>
4.1 Transkribering fra tekst til tema.....	s. 10
4.2 Troverdighet.....	s. 11
4.3 Etikk .....	s. 12
<b>5. Resultater.....</b>	<b>s. 13</b>
5.1. Tiden før Brøset – modellen.....	s. 14
5.2 Erfaringer med Brøset –modellen.....	s. 15
5.3 Effekten av Brøset – modellen.....	s. 15
<b>6. Diskusjon.....</b>	<b>s. 17</b>
6.1 Livet før Brøset – modellen.....	s. 17
6.2 Erfaringer med Brøset modellen.....	s. 19
6.3 Effekten av Brøset – modellen.....	s. 20
6.4 Metodekritikk.....	s. 21
<b>7. Konklusjon.....</b>	<b>s. 22</b>
<b>8. Referanser</b>	
<b>9. Artikkel</b>	
9.1 Artikkelenes tabeller	

## **10. Vedlegg**

Vedlegg 1: Informasjonsskriv om studien

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Retningslinjer for forfattere i aktuelt tidsskrift

Vedlegg 4: Godkjenning av mastergradsprosjekt fra Regional Etisk Komite

# **1. Innledning**

## **1.1. Introduksjon**

I 1998 ble det startet et prosjekt ved Brøset, Sinnemestring, Brøsetmodellen. Prosjektet var et tilbud til menn som hadde sinne og aggresjonsproblemer. Tilbudet ble de første årene drevet som lavterskel tilbud, på den måten at en selv kunne ta kontakt og raskt få et tilbud. I 1998 ble de få kvinnelige voldsutøverne som tok kontakt tilbudt individuelle samtaler, men det var ikke noe gruppetilbud for disse kvinnene. I 2007 ble prosjektet gjort til et permanent tilbud ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset, Habiliteringstjenesten for voksne og tilbudet ble videreutviklet til å tilfredsstille polikliniske retningslinjer og krav. I 2008 ble tilbudet utvidet til også å gjelde kvinner med sinneproblemer og som utøvde vold i nære relasjoner.

Vi ønsker å se på gjeldende forskning på området, både norsk og internasjonal forskning. Det finnes mye forskning på mannlige voldsutøvere, men det er mindre forskning på kvinnelige voldsutøvere. Det er gjennom ulike prosjekter sett på effekten av Sinnemestring, Brøsetmodellen, både i forhold til klient og evaluering fra partner, Jarwson (2010). Det er imidlertid ikke gjort undersøkelser på kvinnegruppene.

## **1.2. Hensikt med studien**

I løpet av de årene tilbudet for kvinner har eksistert har antall henvisninger vært økende. Vår opplevelse er at det nødvendigvis ikke er samsvar mellom folks generelle holdninger og hvordan disse kvinnene er. Vårt ønske er å belyse kvinners utfordringer i forbindelse med sinne og aggresjon fordi vi opplever at dette er fortsatt et tema som er forbundet med tabu. Henvisningene som kommer på kvinner til Habiliteringstjenesten vitner om at det er et økende behov for behandlingstilbud i forhold til sinne og voldsproblematikk hos kvinner. Kvinnelige voldsutøvere finnes i alle lag av befolkningen og de fleste yrkesgrupper er representert. Dette er jo bekymringsfullt ettersom vi erfarer at sinne og voldsproblematikk ikke går over av seg selv. Vår oppfatning er at en del kvinner fortsatt kvier seg for å søke hjelp for slike problemer. Gjennom dette prosjektet ønsker vi å få et innblikk i hvem disse kvinnene er og hvilke konsekvenser volden har for dem og deres livssituasjon. Når det i dag snakkes om vold er det som oftest vold utført av menn som omtales hyppigst. Det kan skyldes flere momenter. Menn er oftest i besittelse av større fysisk styrke enn kvinner. Når menn utøver fysisk vold blir skadeomfanget større/alvorligere enn når kvinner utøver vold.

Når det er snakk om vold kan det virke som den fysiske volden vektlegges i større grad enn den psykiske volden. Årsaken til dette kan være at det er enklere for hjelpeapparatet å registrere fysiske skader akutt, enn å registrere de psykiske skadevirkningene som oppstår senere.

Definisjon på vold:

*«Vold er enhver handling rettet mot en annen person som ved at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den personen til å gjøre noe mot sin vilje eller å slutte å gjøre som den vil»*

(Isdal, 2000)

### **1.3. Begrunnelse for valg av problemstilling**

Etter en krevende prosess med flere aktuelle problemstillinger landet vi på følgende problemstilling:

**«Hva innebærer dine sinneproblemer for din livssituasjon?»**

Ettersom vi ønsket å se på hvordan sinneproblemene til informantene hadde påvirket deres livssituasjon, syntes vi denne problemstillingen ble gjeldende. Det var viktig for oss i denne studien å "høre" informantenes stemmer og vi ønsket å forstå hvordan sinneproblemene påvirket livene deres. Vi ønsket å øke vår kunnskap og målet med studien var å beskrive 6 kvinners erfaringer med å delta i en 15 – ukers, manualisert kognitivt terapeutisk behandlingsprogram, tre til fem måneder etter behandlingens slutt. Alle informantene hadde utøvd vold i nære relasjoner.



## **2. Forskning**

Til å begynne med redegjør vi kort for internasjonal forskning, men i kapp velger vi å vektlegge mer nasjonal forskning og retningslinjer, enn i artikkelen.

### **2.1. Kvinner og aggresjon: hva sier internasjonal forskning**

Antallet kvinner som blir dømt for vold i hjemmet har økt de siste årene og i USA øker antallet kvinner som gjennomfører behandlingsprogram for dette. Det er gjennomført en kvalitativ studie i USA som er gjort på 13 kvinner som er dømt for vold i hjemmet og som har gjennomført voldsprogram, Seamans, et al (2008). Denne studien undersøkte hvordan behandlingsprogrammene har fungert for kvinnene.

En annen kvantitativ studie fra USA har undersøkt kvinner og menn som er arrestert for vold i hjemmet. Det ble funnet ut av kvinnene er demografisk lik mennene og det var lite forskjeller i barndom og oppvekst. Kvinnene var derimot mer utsatt for tidligere å ha forsøkt suicid, mens mennene hadde ordens problemer i barndom og rusmiddelmissbruk i voksen alder.

Henning et al (2003) Studier hevder at kvinner utøver like mye eller mer fysisk partner vold som menn. I en reviewartikkel fra USA undersøker de derfor kvinners motivasjon for bruk av vold i nære relasjoner. Denne artikkelen har sett på 23 studier om kvinner og bruk av vold fra USA, England og Australia. Sinne og muligheten for partnerens oppmerksomhet var nevnt som fremtredende motivasjonsgrunner. Selvforsvar og gjengjeldelse var også nevnt som motivasjonsgrunner, sammen med kontroll aspektet. I denne studien pekes det på at forebygging og behandlingsprogram for kvinner burde utarbeide effektive måter å mestring av sinne og handtere problemer i forhold. Studien trekker videre fram at det er viktig at en er klar over at kvinner ofte brukte vold som en respons til en mannlig partners vold. En av årsakene til at vi valgte å starte kvinnegrupper i 2008 var at vi ofte hørte mennene si at deres partner også hadde behov for Sinnemestring og at volden gikk begge veier, Beir – Merritt et al (2010).

Swan og Snow peker også på at rapporter i media har avslørt at kvinner er like voldelige som menn, men mener at dette er misledende og en forenklet framstilling. I denne studien trekkes selvforsvar, frykt, forsvar for barn, kontroll og gjengjeldelse for voldelig atferd fra mannen fram som motivasjonsgrunner til å utøve vold i hjemmet. De trekker fram at kvinner som har

opplevd traumer i barndommen er utsatt for å utvikle PTSD som igjen øker risikoen for å utvikle dårlige mestringsstrategier.

Dette fører igjen til at kvinner som har PTSD involverer seg i og blir værende i voldelige forhold som igjen øker risikoen for at de selv er voldelige, Swan and Snow (2006).

I den svenske studien gjør Veselinovic (2011) en kvalitativ innholdsanalyse på tre selvbiografer av voldsutsatte menn. Veselinovic (2011) har valgt å fokusere på tiden før og etter volden, fysisk vold, psykisk vold, latent vold og økonomisk vold. Studien trekker frem mennenes bortforklaringer på volden, forandringer i forholdet, vansker for å forlate relasjonen, kjærlighet til sine barn, opplevelsen av skam og tabu og det som skjer når ingen andre ser. Hun peker på at disse mennene er for flauet til å søke hjelp, samt at hjelpetilbudet er for dårlig til mishandlede menn.

## **2.2. Kvinner og aggresjon: hva sier nasjonale retningslinjer og forskning**

Det er nå kommet en ny Stortingsmelding nr.15 (2012-2013) som har tittelen Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det å oppleve vold i hjemmet er en ekstra belastning, da hjemmet som en trygg arena mister sin eksistens. Omsorgspersonen som skal gi støtte og nærhet blir en trussel. Følgene for de som utsettes for volden direkte er alvorlig, også for barna som lever i en tilværelse preget av vold. Vold i nære relasjoner er et omfattende samfunnsproblem. Vi ser gjennom vår kliniske praksis at vold i nære relasjoner innebærer noen særlige utfordringer. Det er for mange voldsofre vanskelig å anmelde en nærstående og den voldsutsatte kan i stede velge å skjule volden. Det er naturlig å tro at dette er gjeldende for de voldsutsatte barna også. I Stortingsmeldingen omtales ”menn og kvinner” som utsettes for vold i nære relasjoner, noe som strider mot tidligere praksis der det har vært fokus hovedsaklig på menns vold mot kvinner. Dette opplever vi som et stort fremskritt. Vi erfarer og vet at belastningen med å oppleve vold i nære relasjoner er like stor for voldsutsatte menn, selv om de er færre i antall. Det legges vekt på en begrepsendring i denne Stortingsmeldingen som vi opplever som en positiv endring. Tidligere har det vært vanlig å bruke begrepet ”å være vitne til vold” noe som er kritisert da dette kan underslå at barn rammes direkte av volden. Begreper som nå brukes er ”barn som lever med vold i familien” og ”barn som opplever vold i familien”. Stortingsmelding nr.15, (2012-2013).

I følge NOVA rapporten fant Mossige og Stefansen (2007) ut at i overkant av 80 % av utvalget på vel 7000 ungdommer i videregående skole ikke hadde vært utsatt for fysisk

overgrep fra en voksenperson i familien. Jenter ble utsatt for mer mild vold fra mor, enn gutter. Den grove volden som hadde funnet sted viste ingen kjønnsforskjeller. Et annet viktig funn som også kommer frem i NOVA -rapporten, er at ofre av begge kjønn tidligere i livet er viktimisert. NOVA (2007). Det betyr at de er utsatt for vold tidligere i livet. Tall fra Osloundersøkelsen ved Pape og Stefansen (2004) der det fokuseres på befolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep viser at 56 % av mennene og 38 % av kvinnene var utsatt for grov fysisk vold etter fylte 16 år. Det er kjent fra tidligere norsk og internasjonal forskning at det er flest menn som er voldsovergripere og det er som regel de som utøver den groveste volden og de fleste drapene. Skadeomfanget blir ofte stort på grunn av menns fysiske styrke.

## **3.0. Metode**

### **3.1. Design og metode**

For å finne svar på vår problemstilling, ble det et naturlig valg å gjøre en kvalitativ undersøkelse. Vårt mål var å forstå disse kvinnenes historier og ikke finne årsaker og sammenhenger. Det ble derfor gjort narrative intervjuer med kvinner for å forstå hvordan sinneproblematikken påvirket deres livssituasjon. Vi valgte å gjennomføre en kvalitativ innholdsanalyse. Dette er en analyse som beskriver og identifiserer innholdet i intervjuene. I kvalitative undersøkelser er det en stor mengde informasjon som må bearbeides.

### **3.2. Utvalg**

Vi ønsket å undersøke kvinner som frivillig søkte manualisert kognitivt terapeutisk behandlingsprogram for sine sinneproblemer og som var ferdigbehandlet. Studien er basert på intervju med 6 kvinner som tidligere har gjennomført Sinnemestringskurs ved Habiliteringstjenesten for voksne, St.Olavs Hospital. Vi ønsket å ta utgangspunkt i kvinner som fyller inntakskriteriene for deltakelse i Sinnemestring Brøsetmodellen. Kvinnene må være over 18 år, må beherske norsk språk tilfredsstillende, ikke ha aktivt rusproblem eller psykose. Det er viktig at kvinner som blir henvist Sinnemestring Brøset ikke har for omfattende tilleggspromatikk og at de har tilstrekkelig motivasjon for deltakelse i gruppe. Det som ble mer utfordrende enn antatt var å skaffe informanter. Vi kontaktet 19 stykker pr brev og vi fikk to svar. Vi har gjort oss noen tanker om hvorfor vi fikk så lav svarrespons og vi tror at skam knyttet til tidligere sinneproblematikk og tidsklemma kan være medvirkende årsak. Vi sendte ut forespørslene rundt 17. mai og dette er jo en hektisk måned for mange familier. En annen årsak kan være at noen følte at de var ferdig med kurset og ikke ønsket å ”rippe opp” i de vanskelige tingene som hadde vært. De resterende informantene rekrutterte vi fra Oppfølgingsgrupper.

Vi spurte informantene om vi kunne ta kontakt med dem i etterkant, dette for å hindre at vi glemte noe eller kunne spørre om noe hvis det ble behov for det. Informantene ble gjennom informasjonsskriv gjort oppmerksom på at all deltakelse var frivillig, all informasjon ville bli anonymisert og de kunne trekke seg fra studien når de ønsket uten å oppgi grunn.

**Tabell 1:**

Informant	Alder	Sivilstatus	Yrke	Barn
1	29	Singel	Sykepleier	0
2	31	Samboer	Ikke oppgitt	2
3	42	Separert	Sykepleier	4
4	30	Samboer	Sykepleier	0
5	33	Gift	Frisør	2
6	33	Gift	Pedagogisk leder	3

\* Våre klienter blir registrert med tentativ diagnose Z.65.08. Vi driver ikke med diagnostisering ut over denne fellesdiagnosen klientene får. Noen kan ha diagnoser fra tidligere utredninger i psykisk helsevern.

I kvalitative studier er det viktig med et godt utvalg, det er viktig at det er informasjonsrikdom om det en ønsker å utforske Malterud (2003). Ut i fra dette er det viktig med et strategisk utvalg, eller et utvalg som er sammensatt slik at den har potensial til å belyse problemstillingen. Malterud (2003). I vår situasjon har vi en bestemt gruppe som alle kan si noe om det vi ønsker å undersøke. I følge Malterud (2003) er det en god regel og ikke bestemme antall informanter på forhånd. I vårt tilfelle var vi nødt til å oppgi et antall informanter i vår søknad til REK. Allikevel er det viktig å ikke innhente mer informasjon enn det en trenger, eller sørge for at en får rik nok informasjon til å gjøre en adekvat analyse. Vi har valgt å gjøre analyse arbeidet parallelt med datainnsamlingen, og på denne måten blir det lettere å vite når vi har tilstrekkelig med informasjon, eller teoretisk saturasjon (metning i data, nye data tilfører ikke ny kunnskap) Malterud (2003). Vi opplevde etter 6 intervju å ha metning i data og vurderte slik, at flere intervju ikke ville føre til ny kunnskap. Det er alltid en fare for utvalgsbias. Malterud (2003) mener at målet er ikke å redusere bias, men det er viktig å redusere uønsket bias hvis vi tar høyde for vår forforståelse og er bevisst hvordan dette påvirker utvalget.

### 3.3. Datainnsamling

Vi valgte å benytte narrativt intervju i samtaler med våre informanter. Dette innebærer at det er lite fastsatt struktur på intervjuet. Vi ønsket med dette at informantene skulle få snakke fritt og at vi som intervjuere kunne tilpasse spørsmålene ettersom de ulike tema dukket opp, Thagaard (1998). Informantene fikk bestemme tid og sted for intervjuet. Sjøkk av teknisk utstyr gjorde vi sammen i god tid før intervjuene, vi valgte å benytte 2 båndopptakere for å kvalitetssikre opptakene. Vi opplevde under et av intervjuene, at den ene båndopptakeren sluttet å virke og det var da verdifullt å ha en ekstra, der opptaket var optimalt.

Vi hadde på forhånd blitt enige om våre roller og vi hadde avklart at intervjuer skulle ha fokus på intervjuopprosess og følge intervjuguide. Observatør skulle se til at teknisk utstyr fungerte tilfredsstillende, samt registrere kroppsspråk til informant. Observatør skulle sitte litt i bakgrunnen, men samtidig være så nær intervjuer og informant at det var naturlig at denne var til stede. Vi avklarte overfor informant at observant skulle skrive ned eventuelle spørsmål underveis og stille disse helt til slutt. Hvem som ble intervjuer og observatør ble valgt tilfeldig ved første intervju, deretter vi byttet vi på rollene annenhver gang. Vi hadde diskutert på forhånd hva vi skulle gjøre hvis informant ikke greide å svare tilstrekkelig på spørsmålene, men dette ble ikke noe problem. Vi hadde jevnlig kontakt med vår veileder PhD Ove Hellzen i denne perioden, han svarte oss raskt på spørsmål, noe som gjorde krevende perioder lettere.

I tråd med anbefalinger fra Regional Etisk Komite, benyttet vi følgende spørsmål under intervjuene:

- Kan du fortelle meg om dine erfaringer med vold i barndommen?
- Kan du fortelle meg hvorfor du søkte hjelp for dine sinneproblemer?
- Kan du fortelle meg hvordan dine sinneproblemer har påvirket deg i hverdagen?
- Kan du fortelle hvilket utbytte du hadde av å delta på Sinnemestringskurs?

Vi valgte å stille følgende underspørsmål for å avklare og presisere informantenes opplevelser: Hvordan følte du deg? Hva skjedde? Kan du fortelle meg mer?

Første - og andreforfatter transkriberte intervjuene ordrett.

Vi som forskere ønsket å skape en trygg og god atmosfære for våre informanter, da vår problemstilling omhandlet et vanskelig og sensitivt tema. Dette innebærte at vi som forskere kjenner informantene fra en tid tilbake. Ettersom vi tidligere har vært informantenes behandlere er de vant til å meddele oss sensitive opplysninger, dette kan være en fordel og en ulempe for oss som forskere. Fordelene er at informantene fra tidligere av har en relasjon til oss og kan raskere oppnå trygghet i intervjurollen. Det er viktig at vi som forskere er bevisst på hvilke følelser som kan dukke opp i intervjusituasjonen. Noen ganger vil tidligere negative erfaringer prege informantens reaksjoner, dette kaller i Overføring. Det er viktig som forskere å være bevisst de negative følelsesmessige reaksjoner som kan oppstå i intervjusituasjonen, dette kalles Motoverføring. Dette og Overføring kan påvirke intervjusituasjonen negativt og det er derfor viktig at vi som forskere er bevisst dette.

Intervjuerens kjønn kan i følge Thagaard (1998) være av betydning. Samme kjønn kan gi grunnlag for bedre forståelse mellom forsker og informant og en felles forståelse.

Selv om vi møter informantene som forskere har vi varslingsplikt til Barne- og familietjenesten hvis det kommer opp informasjon som gjør at vi blir bekymret for barnas livssituasjon. Vi har også varslingsplikt hvis det kommer fram planlagte voldshandlinger eller fare for liv og helse. Dette presiserte vi for informantene i starten av hvert intervju.

Intervjuenes varighet varierte fra 30-50 minutter. Informantene fikk beskjed om at de kunne ringe oss, hvis de fikk behov for å snakke med oss etter intervjuene. Ingen av informantene valgte å benytte seg av dette.

## **4.0. Dataanalysen**

### **4.1. Transkribering fra tekst til kategorier**

Vi valgte å transkribere kort tid etter at vi gjennomførte intervjuene, med den bakgrunn at vi da hadde intervjusituasjonen ferskt i minnet. Totalt sett syntes vi at intervjuprosessen forløp uten problemer. Vi valgte å transkribere de intervjuene der vi selv var intervjuer, noe som fungerte fint. Vi har valgt å analysere våre intervjuer ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse. Vi transkriberte intervjuet til en tekst, deretter delte vi opp meningsenheter eller emner som omhandlet det samme – kondensering – sub - kategorier – og tilslutt kategorier. Når vi hadde transkribert intervjuene leste vi de for å skaffe oss et helhetsinntrykk. I denne delen var det viktig at vi forsøkte å ”høre informantenes stemmer”, samt at vi søkte å legge fra oss all forforståelse, Malterud (2003). Analysens oppgave er å bygge bro mellom rådata og resultater ved at datamaterialet organiseres og deretter blir fortolket og sammenfattet, Malterud (2003). Denne prosessen vil vi vise ved eksempler hvordan vi har gjennomført den slik at resultatene blir forståelig for leseren. Malterud (2003) sier at analysen ikke bare skal gjennomføres, men også formidles.

Vi fant meningsbærende enheter, som vi kondenserte. Etter dette skilte vi ut relevante deler av teksten og sorterte de inn i deler som belyste vår problemstilling. Etter råd fra vår veileder PhD Ove Hellzen valgte vi følgende:

- tiden før kurset og situasjoner som utløste vold.
- barndom/oppvekst
- hvordan har informanten blitt påvirket av volden (utsatt for vold/ utøvd vold)
- hvorfor søke hjelp
- kursets betydning
- tiden etter kurset

Det var viktig å ta med all tekst som omhandlet emnet. Etter hvert som vi systematiserte de meningsbærende enhetene, markerte vi dem med koder. Selve kodearbeidet hjalp oss til å finne sub – kategorier og kategorier. Vi valgte å systematisere teksten inn i en matrise slik at det blir forståelig for leseren hvor teksten hører hjemme.



Tabell 2:

Meningsbærende enheter	Kondensering	Sub - kategorier	Kategorier
De fikk ikke med seg alt selvfølgelig, men de fikk med seg noe....og ble at jeg angrep E. Noen ganger og slo	De fikk ikke med seg alt, jeg angrep, slo	Mistet kontroll, fysisk vold mot partner	Type vold/mot hvem

Det var en fordel å være to som gjennomførte analysedelen. Vi valgte å analysere hver for oss for så å møtes for å diskutere våre analyser. Vi mener dette ivaretok validiteten i analysen. Malterud (2003) påpeker at det i denne fasen er viktig å ta hensyn til vår forforståelse og vår teoretiske referanseramme. Det er også viktig å merke seg at en kan/bør gå fram og tilbake i analysestegene, dette for å kvalitetssikre analysearbeidet. I denne prosessen rekontekstualiserte vi teksten og sjekket at det var samsvar mellom kategorier og hovedtekst. Retekstualisering vil si i følge Malterud (2003) at man setter bitene sammen igjen. Det er viktig at analysen er gjennomført slik at andre kan forstå hvordan den er gjennomført og samtidig forstå våre konklusjoner. Malterud (2003). Vi har valgt å vise dette ved å trekke ut direkte sitater og vise hvordan vi har gjort kondenseringen.

## 4.2. Troverdighet

I kvalitativ forskning er troverdigheten viktig. Troverdigheten indikerer om forskningen utføres på en tillitsvekkende måte. Prinsippet om subjektivitet i kvalitativ forskning, medfører den konsekvens at troverdighet ikke kan knyttes til fastlagte kriterier, Thagaard (1998). I kvalitativ forskning må forskeren argumentere for troverdighet ved å redegjøre for hvilken betydning det kan medføre at forskeren er sitt eget forskningsinstrument, Thagaard (1998). Troverdighet innebærer derfor at forskeren gjør rede for relasjonen til informant og forskningssituasjonen, Thagaard (1998). Det er derfor viktig at forskeren går kritisk gjennom analyseprosessen, for å kunne vurdere egne tolkninger. Det å vise at alternative tolkninger er mindre relevante, medfører at egne tolkninger forsterkes, Thagaard (1998). I oppgaven valgte vi å bruke direkte sitater, noe vi opplever styrker troverdigheten. Vi har også hatt jevnlig veiledning med PhD Ove Hellzen og hatt kontinuerlig diskusjoner med våre kolleger fra forskningsmiljøet på Brøset.

### **4.3. Etikk**

Vi fulgte retningslinjer i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2008).

Informantene kunne gi frivillig informert samtykke til å delta i undersøkelsen, og hadde mulighet for å kunne trekke seg når som helst under prosjektet uten å måtte oppgi årsak. Studien er godkjent i Regional Etisk Komite (No. 2013/372).

Vi hadde vår kliniske erfaringsresultater å forholde oss til, men vi ønsket å få gjort en vitenskapelig forskning på området. Medias interesse var også et moment som påvirket vår trang til å kunne ha muligheten til å uttale oss med en større fagtyngde i ryggen og det å kunne være i en situasjon og vise til konkret forskning på emnet. Ulempene med at vi tidligere har hatt en terapeut rolle ovenfor informantene kunne være at de ga oss mer informasjon enn de egentlig ønsket, det kunne være vanskelig for dem å skille mellom vår rolle som forskere og tidligere terapeuter. Det er ifølge Thagaard (1998) viktig at informantene i ettertid ikke føler at de har utlevert seg for mye. Det å mestre å være mentalt til stede under intervjuene med fokus på det narrative, ble avgjørende for optimal oppfattelse av informantenes situasjon og beretninger. Som forskere innehar vi betydelig kunnskap som behandlere noe som medførte at vi hele tiden under intervjuene måtte mestre å være bevisst på faren som var til stede ved å blande våre roller som forskere/tidligere behandlere. Vi ønsket ikke at informantene skulle se på oss som behandlere i denne sammenhengen, men vi skulle selvfølgelig ivareta deres eventuelle behov for hjelp etter intervjuene på en forsvarlig og tilstrekkelig måte. Det positive med å allerede ha en relasjon til informantene var at de hadde tillit til oss og vi trengte å legge mindre vekt på relasjonsbygging under intervjuene, da den allerede eksisterte.

## 5. Resultater

I løpet analyseprosessen vektla vi fem kategorier. Dette var kategorier som beskrev informantenes opplevelser best. Flere sub - kategorier ble ekskludert da vi mente at de ikke var fremtredende i kvinnenenes beskrivelser.

Tabell 3:

<b>Domener</b>	<b>Kategorier</b>	<b>Sub - kategorier</b>
Tiden før Brøset - modellen	Kvinnenenes følelser før behandling	Kritikk
		Ikke bra nok
		Skyld
		Skam
		Angre
	Type vold mot hvem	Verbal og fysisk vold
		Psykisk vold
		Ropte og skrek
		Partner
		Barn
	Motivasjon for å søke hjelp	Bedre forhold
		Bedre mor
		Endring
		Skam
		Problemene eskalerte
Erfaringer med Brøset - modellen	Endret atferd	Det ble bedre
		Min skyld
		Flytte grenser
		Struktur
		Mitt ansvar
Effekt av Brøset - modellen	Overvinne og snu negativ atferd	Avslappet
		Dårlig samvittighet
		Sinnemestringsteknikker
		Kontroll
		Kommunikasjon

Vi har plassert kategoriene under tre domener for å vise hva de sier. Vi har også tatt med direkte sitater for å "høre" kvinnenenes stemmer.

## **5.1. Tiden før Brøset - modellen**

Dette domenet inkluderte tre kategorier: “kvinnenes følelser før behandling”, “type vold/mot hvem” og “motivasjon for å søke hjelp”. Dette sammen med sub – kategorier beskrev informantenes liv før behandlingen.

### **Kvinnenes følelser før behandling:**

Informantene fortalte om sine følelser i forkant av kurset. De fortalte om den dårlige samvittigheten og angeren i etterkant av sinneutbruddene, idet de oppdaget hva slags konsekvenser sinnet/volden hadde for deres nærmeste.

*”så ble mann sånn, ei bombe som bare eksploderer, eller jeg veit ikke og så blir det en sånn utløser, men etterpå, den følelsen som er etterpå den unner jeg jo ingen, det har vært så ille noen ganger at jeg ikke har hatt lyst til å gjøre noe mer, utrolig dårlig samvittighet, føler ikke at jeg er verdt noen ting.....og helt sånn ned i.....de tankene sitter igjen ei sånn ukens tid etterpå”*

Flere av informantene fortalte om det å få innsikt i egen sinneproblematikk og se sammenhengen med negative opplevelse fra egen barndom hjalp dem til å se årsak til sinne. En informant sa hun opplevde at far kjefte på søsken uten at hun forsto hvorfor. Hun fortalte hun opplevde dette som skremmende og utrygt og tenkte:

*”hvis jeg gjør alt riktig, så får jeg ikke kjefte”*

### **Type vold/mot hvem:**

Informantene har utøvd vold mot barn, partnere og foreldre, vold i nære relasjoner som også er inklusjonskriterier for å delta i gruppeterapien. De beskrev både fysisk og psykisk vold som biting, slag, riste/holde hardt, roping, brøling, snakke nedlatende og gi barna skylden.

*”Og da klikket jeg fullstendig og kjørte dit og ”så rødt”...tror jeg måtte ha ”gått inn i en psykose der”?(ler). Og slo og... ”gikk helt bananas rett og slett” stygge ord og kauket og ropte utenfor der han bodde.”*

### **Motivasjon for å søke hjelp:**

Alle informantene vektla viktigheten av å forhindre at deres sinne ødela deres nære relasjoner og at dette var viktigste årsak til å søke hjelp. To av informantene fortalte om tidligere brutte kjæresteforhold på grunn av deres sinneproblematikk og en fortalte hun hadde fått ”kniven på strupen” av ektemannen. En informant hadde i tillegg til ønske om endring, en ekstern motivasjonsfaktor da barne- og familietjenesten var orientert om vold mot barn.

## **5.2. Erfaringer med Brøset - modellen**

Dette domenet inkluderte 1 kategori: “endret atferd”. Alle informantene fortalte om sine positive opplevelser ved å gå i gruppe og med det å møte andre med samme problematikk. Informantene ga uttrykk for at det var vanskelig å snakke om sinneproblematikken og at de hadde holdt sinneproblemene skjult for venner, familie og arbeidskolleger. To av deltakerne beskrev viktigheten av å ha blitt møtt av oss terapeuter på, en respektfull måte og uten fordømmende holdninger. De uttrykte stor takknemlighet for at de følte seg vel ivaretatt og fortalte de opplevde å bli behandlet med respekt under behandlingen.

*”Jeg sier til han R at den sinnemes.....det sinnemestringskurset er det beste som har skjedd meg, bortsett fra deg”....(”ler”)*

Flere av deltakerne trakk frem partnersamtalen som nyttig. En informant trakk frem at det å høre partneren fortelle om hennes sinneatferd til andre var ubehagelig, men nødvendig.

## **5.3. Effekten av Brøset - modellen**

Dette domenet inkluderte 1 kategori: ”å overvinne og snu negativ atferd” som sammen med de fem sub – kategoriene beskrev informantenes effekt av behandlingen. Informantene fortalte om bruk av ulike teknikker for å mestre sinnesituasjoner. Dette innebærte utarbeiding av handlingsplaner(beskrivelse av tenkt atferd i krevende situasjoner) og det å fjerne seg fysisk fra situasjoner som trigger sinnefølelsen.

*”når jeg kjenner jeg blir varm, så går jeg på verandaen og tar meg en røyk. Det er blitt fristedet mitt. Jeg kan da holde øyne med barna gjennom vinduet”*

Flere informanter fortalte om bedre selvtillit og en informant sa hun følte seg mer avslappet i sosiale settinger som et resultat av den endrete atferden. Hun fortalte hun er mindre sliten etter for eksempel kaffebesøk ute blant venner. Informantene fortalte om viktigheten av å gjennomføre et slikt kurs, for de selv og deres nærmeste:

*” jeg hadde ikke hatt noen familie, hvis det ikke hadde vært for Sinnemestringskurset. Jeg hadde fått kniven på strupen av ektemann.”*

Informantene fortalte de opplever endret atferd hos barna. De fortalte om barn som fremstår tryggere, bedring på skole og om barn som opplever mamma som tryggere og mer forutsigbar.

## **6. Drøfting**

Hensikten med studien var å beskrive 6 kvinners erfaring med et 15 ukers gruppebasert Sinnemestringskurs ledet av to sykepleiere. Vi gjorde undersøkelsen 3 – 5 måneder etter endt behandling og kvinnene som deltok hadde utøvd vold i nære relasjoner. Hovedfunnene i denne studien innebærer at kvinnene fikk økt innsikt, større forståelse og bedret kommunikasjon med sine nærmeste.

### **6.1. Tiden før Brøset – modellen**

#### **Kvinnenes følelser før behandlingen:**

Kvinnene trakk fram følelser som skam, anger, det å miste kontroll, kritikk, nedsatt livskvalitet og skyldfølelse. De fortalte om dårlig samvittighet i etterkant av sinneutbruddene, idet de ser hva slags konsekvenser sinnet/volden har for deres nærmeste. Flere av informantene fortalte om det å få innsikt i egen sinneproblematikk og se sammenhengen med negative opplevelser fra egen barndom hjalp dem til å se årsak til sinne. Vi kan ut i fra vår studie se at kvinnelige voldsutøvere sliter med mange av de samme negative følelsene før og etter sinneutbrudd. I vår studie ser vi at flere av kvinnene vektlegger partner og barnas belastning for å være i nær relasjon til de og de har innsett hvordan dette påvirker familielivet negativt. Faktorer som uforutsigbarhet, utrygghet og hvordan sinne påvirket deres nærmeste, var ting kvinnene anså som viktig i forkant av å søke hjelp. Årsaker til sinneutbrudd har vært et stort kontrollbehov som har gitt lite overskudd fordi kvinnene opplevde å ha et stort press i hverdagen. De fleste kvinnene hadde høye krav til seg selv i forhold til fungering i ulike roller.

I følge litteraturen, Herrera & McCloskey (2003) og Seamans et al. (2008) er det å være utsatt for vold i barndommen en faktor som øker risikoen for voldelig atferd både for kvinner og menn. Seamans et al. (2008) viser i sin studie fra USA at majoriteten av kvinner som utøvde vold i hjemmet, hadde vært utsatt for misbruk i barndom og/eller vitne til vold mellom foreldre. Av våre informanter er det to av kvinnene som nevner at de var utsatt for fysisk vold i barndommen. Flere av de andre kvinnene trekker fram psykisk vold eller andre negative hendelser som de mener har preget dem i voksenlivet Dette samsvarer også med NOVA rapporten (2007) som viser at ofre av begge kjønn tidligere i livet er viktimisert.

**Type vold/mot hvem:**

Informantene har utøvd vold mot barn, partnere og foreldre. De beskrev både fysisk og psykisk vold som biting, slag, riste/holde hardt, roping, brøling, snakke nedlatende og gi barna skylden. Våre funn om at kvinner slår, er i tråd med andre studier på kvinnelig partnervold. Graves et. al (2005) rapport viser at kvinner slår, presser eller bruker annen form for aggresjon. Årsakene til at kvinnene søkte hjelp var at de ville endre seg, de ville ikke at barna skulle oppleve det samme. De hadde opplevd at sinneproblemene eskalerte og påvirket deres livskvalitet negativt. I følge Veselinovic (2011) viser studien at de voldsutsatte mennene følte skam i forbindelse med å søke hjelp og den pekte på at det ikke fantes adekvate behandlingstilbud til voldsutsatte menn. Vi ser i vår studie at flere av informantenes partnere har sagt at de ønsket å avslutte forholdet, hvis kvinnene ikke endret atferd. Veselinovic (2011) påpeker også at vold mot menn er tabu og et skjult problem og fenomenet må bli mer synlig for å kunne hjelpe disse mennene på en bedre måte. Våre informanter fortalte at mennene var bekymret for atferden mot barna når kvinnene var alene med barna.

**Motivasjon for å søke hjelp:**

Flere undersøkelser fra USA for eksempel Bair – Merritt et al. (2010) har undersøkt kvinners motivasjon for vold i hjemmet. Motivasjonsfaktorer i denne undersøkelsen var selvforsvar, gjengjeldelse og kontroll. Volden var også et svar på mannens voldelige atferd. Ingen av våre informanter fortalte at de var utsatt for vold fra mennene sine. Flere av informantene fortalte derimot at deres partnere var blitt sintere som en respons på deres sinne. Alle informantene vektla viktigheten av å forhindre at deres sinne ødela deres nære relasjoner og at dette var viktigste årsak til å søke hjelp. Alle informantene hadde erkjent tidligere voldsutøvelse, noe som er viktig for atferdsendring. En annen motivasjon var at de ikke ville være ”verdens verste mamma” eller ”monster mamma”. Vår studie viser at beslutningen om å søke hjelp var avhengig av kvinnenens motivasjon, noe som er i samsvar med, for eksempel Catlett et al. (2010).

Stortingsmelding nr.15 (2012-2013) sier det er en ekstra belastning å oppleve vold i hjemmet, da hjemmet som en trygg arena mister sin eksistens. Omsorgspersonen som skal gi støtte og nærhet blir en trussel. Flere av våre informanter fortalte om opplevelsen av å ikke lykkes som mor og beskrev seg selv som monstermamma og verdens verste mor. Dette var tanker informantene fikk etter sinneutbrudd og skam og dårlig samvittighet preget de.



I vårt møte med voldelige kvinner bruker vi Isdals voldsdefinisjon aktivt. Det kan være uvant for dem å definere seg som voldelige, og de trekker ofte fram at de ikke har utøvd fysisk vold. Det blir gjerne en tankevekker for kvinnene når vi forklarer denne definisjonen for dem og kaller dem voldelige. Vår erfaring tilsier at hvis en skal hjelpe disse kvinnene er det viktig å være åpen, ærlig og å opplyse om voldens skadevirkninger er et viktig tema gjennom hele behandlingsforløpet. Vi informerer rutinemessig våre klienter om meldeplikt til barne- og familietjenesten.

## **6.2. Erfaringer med Brøset - modellen**

Kvinnene trakk fram ulike måter de hadde endret sin atferd på. Sinnemestring, Brøsetmodellen tilbyr konsekvent gruppeterapi til kvinnelige kursdeltakere. Dette var noe flere informanter uttrykte skepsis til ved de første individuelle samtalene. Alle informantene vektla viktigheten og betydningen av det å ha deltatt i gruppebehandling mens kurset pågikk. Dette ga informantene sterkt uttrykk for under intervjuene. Dette er funn som blir også trukket fram i flere studier som Gondolf & Hanneken (1987) og Silvergleid & Mankowski (2006). Det å sitte alene med skammen og selvforakten opplevdes som belastende og ingen av kvinnene hadde snakket med andre enn nær familie om sinneproblematikken tidligere.

I vår Masteroppgave falt det oss naturlig å trekke slutninger til Katie Erikssons uttalelser i forhold til lidelse. Hun oppfatter lidelsen som en del av livet, men den kan ikke stå alene. Eriksson beskriver i boken "Det lidende mennesket" (1995) tre ulike former for lidelse: sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse. Sykdomslidelsen er den lidelse, som oppleves i relasjonen til sykdom eller behandling. Det kan være både fysisk smerte eller sjelelig og åndelig lidelse. Pleielidelsen er den lidelse, som oppstår i relasjonen til pleiesituasjonen. Livslidelsen er den lidelse, som oppleves i relasjonen til ens eget enestående liv. Vi opplevde at våre informanter beskrev pleielidelsen i måten de ble møtt av ulike hjelpeinstanser. De trakk frem at de tidligere var blitt møtt med fordommer og negative holdninger til problematikken. Informantene beskrev denne lidelsen som en ekstrabelastning i tillegg til egen sinneproblematikk. Under intervjuene vektla flere av informantene viktigheten av å bli møtt på en respektfull måte av oss terapeuter. Informantene beskrev lidelse i situasjonene etter sinneutbrudd, noe som opplevdes belastende for de selv og deres nærmeste.

Det å høre sine partnere fortelle om den volden de hadde utøvd, virket forsterkende på kvinnene i gruppa. Dette bidro til at de innså at deres familie holdt på å gå i oppløsning. Den økte innsikten virket å være en viktig faktor for å endre deres voldelige atferd. Dette samsvarer med forskning av Pandya & Gingerich (2002).

### **6.3. Effekten av Brøset - modellen**

Sinnemestring Brøsetmodellen var i utgangspunktet tilpasset og utviklet for menn med sinneproblematikk. Når tilbudet ble utvidet til også å gjelde kvinner, ble samme behandlingsmanual benyttet. Informantene trakk frem ulike intervensjoner for å mestre sinnesituasjoner. Utarbeidelse av handlingsplaner (beskrivelse av tenkt atferd i krevende situasjoner) og det å fjerne seg fysisk fra situasjoner som trigget sinnefølelsen, var teknikker som informantene benyttet. Dette støttes av litteratur som Taft et al. (2003). Silvergleid & Mankowski (2006) trekker fram utvikling av kommunikative ferdigheter, selvtillit, emosjonell opplæring og sinnemestring som viktige deler for de som gjennomfører gruppeterapi. Innsikt i egne Risikosituasjoner, bevisstgjøring og ansvarliggjøring av sinneatferden var noe informantene vektla som viktig i endringsprosessen. Kvinnene snakket om positivt endret atferd hos barn og partner, noe som de mente var et resultat av mindre sinneutbrudd. Dette opplevde de som tilfredsstillende og motiverte til videre mestring av sinne. Det er tidligere gjennomført en effektstudie på menn som har gjennomført Sinnemestring, Brøstemodellen, Jarwson (2010). Studien er basert på selvrapporing av voldsatferd 4 – 7 år etter behandling og studien viser en signifikant reduksjon i bruk av vold. Mennene rapporterte også utstrakt bruk av intervensjonene etter endt behandling, Jarwson (2010). Vår erfaring er at kvinnegruppene har andre behov enn herregruppene. Dette innebærer at kvinnene trenger lengre tid for å uttrykke seg verbalt og på grunn av dette har vi valgt å ha færre deltakere i kvinnegruppene. Ut i fra vår studie ser det ut til å være et forhold mellom sinnemestring, Brøsetmodellen og suksess i forhold til endring i voldelig atferd for kvinner som utøver vold i nære relasjoner. Vi synes dette er interessant da barrieren for å søke hjelp virker å være høy, Wendt Mayer (2000).

## 6.4 Metodekritikk

Vi valgte kvalitativ metode, da dette var best egnede metode til å besvare vår problemstilling. Ved å samle inn data ved hjelp av narrative intervju og gjøre en kvalitativ innholdsanalyse på dette fikk vi belyst hensikten med studien som var å "høre" kvinnenenes stemmer. Hensikten med en kvalitativ studie er ikke å generalisere funnene til å gjelde alle kvinner, men kvinner i lignende situasjoner kan kjenne seg igjen, Polit & Beck (2012). Vi ønsket med denne studien at behandlere som jobber med vold i nære relasjoner får økt kunnskap om emnet. Funnene i denne studien kan ikke generaliseres, men bør "høres" i videreutvikling og søken etter ny kunnskap. Metoden for datainnsamlingen og analysen var relevant da hensikten med studien var å beskrive informantenes erfaringer. Utvalget på 6 informanter var tilstrekkelig og intervjuene var rik av informasjon. Det er viktig å huske at denne forståelsen er bare en av mange mulige forståelser, og funn i studien ikke kan generaliseres, men må sees som en mulig forståelse i en pågående diskusjon. Prosessen med å identifisere, kode og sortere data har vært en kontinuerlig diskusjon mellom forfatterne og veileder for å finne den beste måten å presentere resultatene på. Begge forfatterne har tilstrebet å være så åpen som mulig for nye perspektiver. All tekst er tatt med i våre betraktninger og deler av tekst vises gjennom direkte sitater fra den transkriberte teksten, for å øke troverdigheten.

Vi reflekterte også over det å forske på egen arbeidsplass noe som kan være en styrke, men som også kan gi utfordringer. Det å være bevisst på dette vektla vi stort under prosessen med oppgaven. Det å forske på egen arbeidsplass gir den fordelen at man har feltkunnskap, noe som gir umiddelbar forståelse av mange fenomener som en utenforstående ikke trenger å fange opp. Dette er kunnskap som styrker forskerens forståelse og som kan føre til gjensidig forståelse og tillit i møte med informantene. Utfordringen ved å forske på egen arbeidsplass innebærer at denne kunnskapen er prerefleksiv, noe som betyr at kunnskapen er lite bevisstgjort og begrepsfestet. Dette kan føre til at feltkunnskapen på en utydelig måte kan blande seg med forskerens forforståelse, Malterud (2003).

## 7. Konklusjon

Brøsetmodellen (vold i nære relasjoner) er et behandlingsprogram som er utformet slik at det skal drives av sykepleiere eller likestilte utdanninger. Dette innebærer at det er et kostnadseffektivt program å drive da det ikke trengs psykologer eller leger som terapeuter. Mange av våre klienter kommer fra samme sosiale lag som oss terapeuter og er på denne måten likestilte som oss terapeuter. Det å søke hjelp for sine sinneproblemer er generelt vanskelig for kvinner og det er derfor viktig at de blir møtt med forståelse og respekt for å kunne endre sin atferd.

Vold i nære relasjoner er et område som det blir stadig mer fokus på, på grunn av de skadevirkninger dette har for oppvekstmiljøet til barna. Det er viktig at helsepersonell har kunnskap om at også kvinner utøver vold i nære relasjoner. Det er kun med økt forståelse for denne gruppen vi kan utvikle gode metoder for å hjelpe disse kvinnene til å beholde sitt forhold og forebygge vold mot partner og barn. Vi ser behovet for mer forskning på området da kvinnevold som problematikk har vært mindre vektlagt, enn vold utøvd av menn. Lidelse, skam og de påkjenninger de utsetter sin familie for er viktige tema for våre informanter. Vi opplever at hvor raskt de kommer til behandling er viktig for dem. Vi gjør oss noen tanker i forhold til dagens gjeldende prioriteringskriterier for polikliniske tilbud ved St. Olavs Hospital. Våre klienter prioriteres ut i fra kriteriet ”nyttepasienter” som innebærer at de kan ha nytte av et behandlingstilbud innen 6 måneder. Våre klienter prioriteres ikke ut i fra kriteriet ”rettighetspasienter” der klienter har rett på behandling innen 3 måneder. Vi er ikke et akuttilbud, men vi mener det er viktig å redusere tiden fra vi mottar henvisning, til gruppebehandling starter.

## 8. Referanseliste

- Archer, J. (2000) Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126, s. 651-680.
- Arriaga, X.B og Foshee, VA. (2004) Adolescent dating violence: Do adolescents follow in their friends', or their parents', footsteps? *Journal of Interpersonal Violence*, 19, s. 162-184.
- Bair - Merritt, M.H, Crowne, S. S, Thompson, D.A., Sibinga, E., Trent, M. og Campbell, J. (2010). Why do women use intimate partner violence? A systematic review of women's motivations. *Trauma Violence Abuse*, 11, s. 178-89.
- Berge, T. og Repål, A. (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. 1 utgave. Gyldendal akademisk forlag,
- Brecklin, L.R. og Ullman, S.E. (2002) The roles of victim and offender alcohol use in sexual assaults: Results from the National Violence Against Women Survey, *Journal of Studies on Alcohol*, 63(1), s. 57-63.
- Caetano, R., Ramisetty – Mikler, S. og Field, C. A. (2005) Unidirectional and bidirectional intimate partner violence among White, Black, and Hispanic couples in the United States. *Violence and Victims*, 20, s. 393–406.
- Catlett, B. S, Toews, M. L. og Walilko, V. (2010) Men's gendered constructions of intimate Partner violence as predictors of court-mandated batterer treatment drop out, *America Journal Of Community Psychology*, vol. 45, s. 107-123.
- Carney, M. M og Buttell, F. P. (2004) A multidimensional evaluation of a treatment program for female batterers: A pilot study, *Research on Social Work Practice*, 14, s. 249–258.

- Cavanaugh, M. M, Solomon, P. og Gelles, R. J. (2011) The Dialectical Psychoeducational Workshop (DPEW): The Conceptual Risk for IPV Framework and Curriculum for a Preventative Intervention for Males at Risk for IPV, *Violence Against Women*, 17, s. 970 -989.
- Creswell, J. W. (2009) *Research Design*, Los Angeles: SAGE.
- Cunradi, C. B. (2007) Drinking level, neighborhood social disorder, and mutual intimate partner violence, *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31, s. 1012–1019.
- Dowd, L, Leisring, P. A. og Rosenbaum, A. (2005) Partner aggressive women: Characteristics and treatment attrition, *Violence and Victims*, 20, s. 219–233.
- Dutton, M, Green, B, Kaltman, S, Roesch, D, Zeffiro, T. og Krause, E. (2006) Intimate Partner Violence, PTSD, and Adverse Health Outcomes, *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (7), s. 955–968.
- Dutton, D. G, Nicholls, T. L. og Spidel, A. (2006) Female Perpetrators of Intimate Abuse. *Journal of Offender Rehabilitation*, 41, S. 1-31.
- Eriksson, K. (1995) *Det lidende mennesket* Oslo, Tano Forlag.
- Everett, E.L og Furseth, L. (2004). *Masteroppgaven: hvordan begynne – og fullføre*. 2. utgave, Oslo Universitetsforlag.
- Fals - Stewart, W. og Kennedy, C. (2005) Addressing intimate partner violence in substance-abuse treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, s. 5–17.
- Farrington, D. P og Loeber, R. (2000) Epidemiology of juvenile violence, *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, s. 733-748.
- Foran, H. M. og O’Leary, K. D. (2008) Alcohol and intimate partner violence: a meta-analytic review, *Clinical Psychology Review*, 28,s.1222–1234.

- Garcia – Moreno, C, Henrica, A. F. M Jansen, Ellsberg, M, Heise, L. og Watts, C. H. (2006) Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence, *Lancet*, 368: s. 1260–1269.
- Goetting, A. (1988) Patterns of homicide among women, *Journal of Interpersonal Violence*, 3, s. 3–20.
- Goldberg, L. R og Freyd, J. J. (2006) Self-reports of potentially traumatic experiences in an adult community sample: Gender differences and test-retest stabilities of the items in a Brief Betrayal-Trauma Survey. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7, s. 39-63.
- Golding, J. M. (1999) Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal Family Violence*, 14(2): s. 99–132.
- Gondolf, E. og Hanneken, J. (1987) The gender warrior: Reformed batterers on abuse, treatment, and change, *Journal of Family Violence*, vol. 2, no. 2, s. 177-191.
- Graneheim, U. H og Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, 24(2), s. 105-112.
- Graves, K. N, Sechrist, S. M, White, J. W og Paradise, M. J. (2005) Intimate partner violence perpetrated by college women within the context of a history of being victimized, *Psychology of Women Quarterly*, vol. 29, no. 3, s. 278–289
- Haaland, T, Clausen, S. E. og Schei, B. (2005) *Vold i parforhold - ulike perspektiver*. NTNU, NIBR - rapport, (2005:3).
- Heise, L og Garcia - Moreno, C. (2002) Violence by intimate partners, s. 89-121. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (eds.) *World report on violence and health*, Geneva: World Health Organization.

- Henning, K, Jones, A. og Holdford, R. (2003) Treatment needs of woman arrested for domestic violence: A comparison with male offenders, *Journal of interpersonal violence*, 18: s. 839 – 856.
- Herrera, V. og McCloskey, L. (2003) Sexual abuse, family violence, and female delinquency: Findings from a longitudinal study, *Violence & Victims*, vol. 18, no. 3, s. 319-334.
- Hickman, L. J, Jaycox, L. H. og Aronoff, J. (2004) Dating violence among adolescents: Prevalence, gender distribution, and prevention program effectiveness. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5, s. 123-142.
- Hjemmen, A. Dalgaard, O. S og Graff - Iversen, S. (2002) Volden som rammer kvinner og volden som rammer menn - to ulike verdener? *Norsk Epidemiologi*; 12 (3): s. 275 – 280.
- Hubbard, D. og Pratt, T. (2002) A meta-analysis of the predictors of delinquency among girls, *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 34, s. 1-13.
- ICD – 10, (2005) Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Descriptive Diagnostic Guidelines. Gyldendal Norsk Forlag A/S
- Isdal, P. (2001). *Meningen med volden*. 1. utgave. Oslo. Kommuneforlaget.
- Jarwson, S. (2010) *Effekten av manualisert kognitiv gruppeterapi for menn som frivillig søker hjelp mot vold i nære relasjoner: Effekten av kognitiv gruppeterapi etter deltakelse i Sinnemestring Brøsetmodellen 4-7 år etter avsluttet terapi*, NTNU, Trondheim.
- Justis og beredskapsdepartementet (2012) *Handlingsplan mot vold i nære relasjoner*. Regjeringen, (St. melding 15).
- Johnson, M. P. (2006) Conflict and control: Gender symmetry and asymmetry in domestic Violence, *Violence Against Women*, 12, s. 1003-1018.



- Kaufman, J. S., Ortega, S., Schewe, P. A., Kranke, K. og Safe start demonstratration project (2011) Characteristics of young children exposed to violence: the safe start demonstration project. *J Interpers Violence*, 26, s. 2042-72.
- Kellerman, A. L. og Mercy, J. A. (1992) Men, women, and murder: gender-specific differences in rates of fatal violence and victimization, *Journal of Trauma*, 33, . s 1–5.
- Kernsmith, P. (2005) Exerting power or striking back: A gendered comparison of motivations for domestic violence perpetration, *Violence and Victims*, 20, s. 173–185.
- Leisring, P. A, Dowd, L. og Rosenbaum, A. (2003) Treatment of partner aggressive women. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, 7, s. 257-277.
- Lichter, E. L. og McCloskey, L. A. (2004) The effects of childhood exposure to marital violence on adolescent gender-role beliefs and dating violence. *Psychology of Women Quarterly*, 28, s. 344-357.
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring*. Universitetsforlaget, 3. Utgave.
- Melton, H. C. og Belknap, J. (2003) He hits, she hits: Assessing gender differences and similarities in officially reported intimate partner violence, *Criminal Justice and Behavior*, 30, s. 328-348.
- Mishler, G.(1998) *Research interviewing: Context and narrative*. Cambridge: Harvard University Press.
- Moffitt, T. E og Caspi, A.(1998). Annotation: Implications of violence between intimate partners for child psychologists and psychiatrists. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(2), s. 137-144.
- Mossinge, S. og Stefansen, K. (2007) *Vold og overgrep mot barn og unge*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA rapport (20/07).

- Motz, A. (2001) *The Psychology of Female Violence. Crimes Against the Body*, Brunner-Routledge, Hove, East Sussex, UK, s. 1–12.
- Mouzos, J og Makkai, T. (2004) *Women's Experiences of Male Violence: Findings from the Australian Component of the International Violence Against Women Survey (IVAWS)*, Australian Institute of Criminology, Canberra.
- Munoz-Rivas, M. J, Grana, J. L, O`Leary, K. D, og Gonzalez, M.P. (2007) Aggression in adolescent dating relationships: Prevalence, justification, and health consequences, *Journal of Adolescent Health*, 40, s. 298-304.
- Nordfjell, O. B. (2009) *Menn utsatt for vold i nære relasjoner*, Reform, Ressurscenter for menn, Oslo (rev. Jan 2009).
- Pandya, V. og Gingerich, W. J. (2002) Group therapy intervention for male batterers: A microethnographic study, *Health and Social Work*, vol. 27, no. 1, s. 47-55.
- Patton, M.Q. (2002) *Qualitative Research & Evaluation Methods* (third ed.), London: Sage Publications.
- Pape, H. (2011) Young women who commit intimate partner violence. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 131, s. 1994-7.
- Pape, H. og Stefansen, K. (2004) Den skjulte volden? En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep, *NKVTS, Rapport nr. 1/2004*.
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2012) *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (8th ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Robertson, K. og Murachaver, T. (2011) Women and men's use of coercive control in intimate partner violence. *Violence Vict*, 26, s. 208-17.

- Robertson, K. og Murachaver, T. (2007) Correlates of partner violence for incarcerated women and men. *J Interpers Violence*, 22, s. 639-55.
- Rodrigues, T, Rocha, L. og Barros, H. (2007) Physical abuse during pregnancy and preterm delivery, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198 (2), s. 239–240.
- Rogde, S, Hougen, H. P. og Poulsen, K. (2000) Homicide by sharp force in two Scandinavian capitals, *Forensic Science International*, 109, s. 135–145.
- Røberg, L. (2011) Hvordan kan vold mot barn avdekkes i psykisk helsevern? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, s. 538 – 543.
- Sabol, W. J, Coulton, C. J og Korbin, J. E. (2004) Building community capacity for violence prevention. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, s. 322-340.
- Sandelowski, M. (1995) Qualitative analysis: what it is and how to begin, *Research in Nursing & Health*, 18(4), s. 371-375.
- Seamans, C, Rubin, L. og Stabb, S. (2007) Women domestic violence offenders: Lessons of violence and survival. *Journal of Trauma Dissociation*, vol. 8, no. 11, s. 47–68.
- Siegel, J. og Williams, L. (2003) The relationship between child sexual abuse, female delinquency and crime: A prospective study, *Journal of Research in Crime & Delinquency*, vol. 40, no. 1, s. 71-94.
- Silvergleid, C. S. og Mankowski, E. S. (2006) How batterer intervention programs work: Participant and facilitator accounts of processes of change. *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 21, no.1, s. 139-159.
- Smith Stover, C, Meadows, A. L og Kaufman, J. (2009) Interventions for intimate partner violence: Review and implications for evidence-based practice, *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, s. 223–233.
- Smith, L. (2002) Tilknytning og barns utvikling. Kristiansand: Høyskoleforlaget

- Sogn, H. og Hjelmdal, O. K. (2010) *Vold mot menn i nære relasjoner*, Kunnskapsgjennomgang og rapport fra et pilotprosjekt, NKVTS.
- Sommers, I. og Baskin, D. R. (1993) The situational context of violent female offending, *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30, s. 136–162.
- Stith, S. M, McCollum, E. E, Amanor - Boadu, Y. og Smith, D. (2012) Systematic perspectives on intimate partner violence treatment, *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), s. 220–240.
- Straus, M. A. (2005) Women`s violence toward men is a serious social problem. *Current controversies on family violence*, sage publication, s. 55 – 77.
- Sogn, H. & Hjelmdal, O. K. (2010) *Vold mot menn i nære relasjoner*, Kunnskapsgjennomgang og rapport fra et pilotprosjekt, NKVTS.
- Swan, S. C, Gambone, L. J, Caldwell, J. E, Sullivan, Tami, T. P. og Snow, D. L. (2008). A review of research on womens use of violence with male intimate partners. *National institutes of health, public access*.
- Swan, S. C. og Snow, D. L. (2003). Behavioral and psychological differences among abused women who use violence in intimate relationships, *Violence Against Women*, 9, s. 75-109.
- Swan, S. C. og Snow, D. L. (2006). The development of a theory of women's use of violence in intimate relationships. *Violence Against Women*, 12, s. 1026-45.
- Taft, C. T, Murphy, C. M, King, D. W, Musser, P. H. og Dedejn, J.M. (2003) Process and treatment adherence factors in group cognitive-behavioural therapy for partner violent men, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, s. 812-820.
- Thagaard, T.(1998) *Systematikk og innlevelse*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.

Thornquist E. (2003) Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget.

Veselinovic, J. (2011) *Jag lever i ett förhållande där min kvinna slår mig*. Seksjonen for samhalle, Sosionomprogrammet, Kristianstad Høgskolan.

Young, J. E. og Klosko, J.S. (2002) *Gjenvinn livet ditt. Hvordan du kan bryte ut av negative mønstre og ha det bra med deg selv*. 2. Utgave. Ananke forlag, Norge

Wendt Mayer, B. (2000) Female Domestic Violence Victims: Perspectives on Emergency care, *Nursing Science Quarterly*, vol. 13, no. 4, s. 340-346.

*World Medical Association* (2008). WMA declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects. Available 2012-03-19.

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

## **9. Artikkelen**

### **WHEN WOMEN ARE THE PERPETRATORS – INTERVIEWS WITH FEMALE INTIMATE PARTNER VIOLENCE OFFENDERS**

Anne Meisingset, RN, RMHNSc, St. Olav's University Hospital, Forensic Department Brøset, Trondheim

Grete Ystgård, RN, RMHNSc, St. Olav's University Hospital, Forensic Department Brøset, Trondheim

#### **Corresponding Author:**

Grete Ystgård, St. Olav's University Hospital,  
Forensic Department Brøset,  
Trondheim, Norway  
E-mail: grete.ystgard@stolav.no

## Abstract

**Objectives:** To describe women's experiences of participating in a 15-week, nurse-led battering intervention model, five months post-intervention, with female perpetrators of violence in intimate relationships.

**Method:** Six female, intimate-partner violence perpetrators were interviewed through narrative interviews. Interviewees were asked to narrate their experience of being a perpetrator of domestic violence. The interviews were tape recorded and transcribed.

**Analysis:** Transcribed interviews were analysed using qualitative content analysis. The analysis was an interpretative process of coding and categorising the data, searching for patterns and themes, and taking the whole context into consideration.

**Findings:** The findings describe informants' experiences when participating in the nurse-led intervention under the three domains: "the time before Brøset-model", "experiences of the Brøset-model", and "effects of the Brøset-model".

**Conclusions:** Based on the findings of this study, there is an extensive need to provide knowledge about women's experiences of being domestic violence perpetrators. Findings show that perpetrators who report a good working alliance with intervention group facilitators are less likely to continue their abusive behaviour. Such knowledge may shed light on mental health nursing care promotional strategies that can contribute to enhancing women's behavioural changes.

**Key words:** Behavioural change, Content analysis, female, intimate partner violence, narrative interviews.

## 1. Introduction

Domestic violence, or so-called “intimate partner violence”, is a public health problem of global significance. Lifetime prevalence of partner violence is reported to be experienced by between 15% and 71% of women worldwide [1]. This form of violence is characterised by behaviour within an intimate relationship that causes physical, psychological, or sexual harm to a partner [2] and is commonly used to define violence against women by male partners. This definition is less frequently used to describe the opposite, where the woman is the perpetrator. Therefore, the violent behaviour of women has been studied less often than male violence.

There is increasing evidence that suggests that women commit as much or more intimate partner violence than men [3-4]. Furthermore, among adolescents, research shows that females perpetrate more acts of violence in intimate relationships than males [5-6]. The idealisation of motherhood, the social taboo of female violence and the consequent denial thereof have possibly minimised the concern of this phenomenon [7]. There is some research on female homicide [8], but studies concerning other kinds of violent offences by women are sparse, especially those involving the relationship between the violent female and her victim [9]. Usually, family members—especially male partners—are the victims; victimisation of strangers is rare [10-11].

According to the literature, the main source of women’s violent behaviour usually arises from disagreements with the victim and causes precipitated by the victim [12]. Women may use violence to express extreme emotions or in response to stress [13]. Situations may occur within the context of mutually violent relationships where women use violence in order to retaliate, to fight back, or to defend themselves [14]. Epidemiological studies examining



intimate partner violence have focused on individual factors such as violence generating interpersonal conflicts in the family [11] caused by personality characteristics [15-16], psychological traumas [17], or substance abuse [18-19]. Studies of adults generally have suggested that alcohol use and alcohol problems are positively associated with female intimate-partner violence [20-21].

Traditionally, different types of intervention programmes have been used to focus on intimate-partner violence [22-23]. According to Gondolf [24], the most commonly used methods for intimate-partner violence perpetrators detail three paradigmatic approaches: cognitive-behavioural, psychodynamic, and pro-feminist treatment. These treatments appear to be the most commonly used intervention approaches to intimate partner violence [25]. Cognitive-behavioural programmes attribute violence to learned behaviours that perform an expressive, instrumental function. Psychodynamic approaches emphasise the personality and emotional disposition of the perpetrator as central to desistance by facilitating the recognition and reconciliation of latent feelings of emasculation that precipitate abusive impulses. Pro-feminist approaches view violence as originating from patriarchal values about women's roles, and typically aim to reorient the way men exert power and control over their partner. Few interventions focus on prevention strategies developed for individuals at potential risk for intimate partner violence [26].

Treatment of female offenders raises two questions. First, are women's needs in treatment different from men's, and second, what is effective treatment? When many intervention programmes take a feminist approach and explain intimate partner violence within a context of male power and control, they argue that traditional treatment approaches might not be best suited for female offenders [27]. According to Carney and Buttell [28], participants in

traditional intervention programs are significantly less likely to use physical violence against their partners than they were before beginning the program. Even if traditional intervention programmes are effective for female offenders, it is important to note that treatment dropout is high [29].

The health care sector has been slow to identify intimate partner violence although evidence of negative health effects is obligating [30-31]. Health care workers are often unaware of abuse; lack of awareness is due to the hidden nature of the aggression [32]. According to Seamans et al. [33], a majority of female domestic violence offenders are victims of childhood abuse and/or have witnessed violence between their parents. Studies [34-35] show that intimate partner violence is linked to mental health disorders such as depression, suicide, and post-traumatic stress disorder, independent of the victims' gender. The failure to identify cases of intimate partner violence seems to be common [36]. Nurses play a vital role in addressing this problem, in that the nurse is the first health care provider that survivors and perpetrators of intimate partner violence encounter [37]. The nurse's caregiving role, her or his ability to maintain close contact with clients in a relatively informal atmosphere, and her or his interpersonal communication skills can combine to create a dynamic and effective fit between nurses and battered women [38]. Our literature review shows that little research exists regarding interventions focusing on female perpetrators and their experiences of the treatment. Therefore, to increase our knowledge, the aim of this study was to describe women's experiences of participating in a 15-week, nurse-led battering intervention model, five months post-intervention, with female perpetrators of violence in intimate relationships.

## **2. Design and method**

A qualitative approach was chosen for this study because when studying people's experiences

and understanding their lives and world, it is important to talk to them with the purpose of trying to understand the world from their point of view [39]. This method applies an inductive style, focusing on individual meaning and the importance of rendering the complexity of a situation [40]. Therefore, the data interpreted in this study represent personal stories about individual experiences, which should be seen as unique and never generalised.

## ***2.1 Intervention***

In Norway a permanent activity that began in 2008 and is based on cognitive therapy developed from clinical practice and focused on female perpetration of violence in intimate relationships. The battering intervention model, or the so-called Brøset- model, focuses on clients' accountability and awareness of their own angered behaviour, where one of the main issues is to see the connection between the situation, thoughts (cognition), feelings, and behaviour [41]. The treatment process is divided into two components: an individual part and the group therapy sessions. The individual part consists of three individual meetings where the main focus is to identify which type of violence has occurred to whom, determine motivations for participation in group therapy, and conduct further surveys. The victims of intimate partner violence are also invited to the last meeting to describe their experience of being in a violent relationship. When finished with the individual part, clients start the group therapy, which consists of 15, two-hour meetings led by two nurses.

## ***2.2 Participants and data collection***

The participants consisted of six females ranging in age from 29 to 42 years old (md = 32,5).

An overview of the informants' characteristics is given in Table 1. Data collection was carried out through recorded narrative interviews [42]. The interviews were conducted with each informant in a preferred place chosen by the participants. The interviews lasted from 25 to 50 minutes (md = 40). The interviewees were asked to narrate their experience of both being a

victim of domestic violence in their childhood and being a perpetrator in adulthood. The questions asked of the participants were: “Can you please tell me about your experience with violence in your childhood?”; “Can you please tell me why you sought help for your problems with anger issues?”; “Can you please tell me about how your anger issues have affected your daily life?”; and “Can you please tell me about your view of the treatment?” Questions were asked for clarification and to encourage exploration such as, “How did you feel? What happened? Could you please tell me more?” The first and second author transcribed the interviews verbatim.

**Insert Table 1 about here**

### ***2.3 Ethical considerations***

Participation was voluntary and all informants gave their informed consent and were guaranteed confidentiality. The participants were informed about the nature and purpose of the study and the intended use of research data. They were also informed about their right to interrupt their participation without having to give a reason. The regional research ethics committee of Mid-Norway approved the study (No. 2013/372), and it was carried out in accordance with the Declaration of Helsinki [43]. In addition, given that the interviews might have evoked feelings of discomfort concerning experienced situations, all interviewees were told they were welcome to contact the researcher if they wanted to discuss something related to the interviews, although no one took advantage of that opportunity. All participants signed a consent form before their interview.

### ***2.4. Data analysis***

All transcribed interviews with the women were analysed using qualitative content analysis.

The analysis was an interpretative process of coding and categorising the data, and searching for patterns and themes in which the whole context was taken into consideration [39]. The analysis was performed in several steps according to Graneheim and Lundman [44]. In the beginning all interviews were read through several times in order to gain a sense of the content [45]. Next the entire text was read again and sorted into three domains, which together described the content of the text: “the time before Brøset-model”, “experiences of the Brøset-model” and “effects of the Brøset-model”. The next step was to re-read and divide the text into meaning units, guided by the aim of the study. The meaning units were then carefully condensed into everyday language, retaining the original essence and then abstracted and labelled with a code. The codes were related to each other and sorted step-wise into themes and sub-themes related by content, constituting an expression of the manifested content of the text [44]. For an overview of domains, categories and sub-categories, see Table 2. To deal with trustworthiness, the interview transcripts were repeatedly read through while comparing and validating them against the themes and sub-themes to ensure that no relevant data had been inadvertently or systematically excluded or that any irrelevant data had been included. The third author read the transcripts while following the path of the analysis. In addition, repeated discussions took place among the authors about the level of abstraction until a final consensus was reached on the interpretation of the findings.

**Insert Table 2 about here**

### **3. Findings**

The findings describe informants’ experiences when participating in the nurse-led intervention under the three domains: “the time before Brøset-model”, “experiences of the Brøset-model” and “effects of the Brøset-model”.

### ***3.1 The time before Brøset-model***

This domain includes three categories: “*women’s feelings before the treatment*”, “*what kind of violence directed towards whom*”, and “*motivation for seeking help*”, which together with the sub-categories, describe the informants’ lives before the intervention course.

*Women’s feelings before the treatment* involved living a life with contradictory feelings.

Women’s lives before being involved in the Brøset-model were characterised by feelings of a bad conscience, feelings of guilt and shame, and self-criticism. After an outbreak of violence, women narrated about the consequences for their loved ones.

*“Then one become[s] like an exploding bomb, or I don’t know... and then someone unleash[es] it... but afterwards, the feelings... I don’t indulge [any of] them. Many times it [has] been so bad that I have no longing to do anything more. I have had [an] extremely bad conscience. It feels, as [though] I’m totally worthless, [and] these thoughts are there for weeks afterwards”.*

Some women spoke of their ability to gain perspective of their problems and handle their own emotions to see the connection among things. Negative experiences from their own childhood helped them to see causes of their own emotional outbursts. One woman said that she remembered her father telling off her older siblings and asking why she could not understand. She experienced this as very frightening and unsafe. She remembered thinking:

*“If I only did everything correct, he [wouldn’t] tell me off...”*

*What kind of violence directed towards whom* was a regular theme in the informants' narrations. They discussed how they abused their children, their partners, and their parents. Abuse was characterised by both physical violence (biting, punches, kicks and hard holding) and verbal violence (patronising speech usually towards children and blaming).

*“...and then... [there] must have [been] a total blackout. I drove there and I... it sent me over the edge... I think I was psychotic (smiles)... and I hit and hit. I think I got merely crazy, [using] naughty words and call[ing] and scream[ing]”.*

*Motivation for seeking help* includes experiences of an abusive escalation that destroyed love and partnerships. All women narrated about feelings of wishing to shift behaviour and not wanting their children to experience or have the same childhood as they had. They stressed the importance of prohibiting the aggressions that were destroying their relationships and that negative experiences motivated them to seek help. Two informants had experiences of earlier destroyed relations with partners caused by their own aggressive actions. Sometimes signals from social authorities on the knowledge of domestic violence and child abuse were mentioned as important motivational factors for seeking help.

### ***3.2 Experiences of the Brøset-model***

This domain includes one category: “*reversed behaviour*”, which together with sub-categories describes informants' experiences of the intervention.

All women had positive experiences of being a part of the conversation group. Meeting other women with the same problems felt supportive. They felt safe, and some of the informants said they had maintained contact with fellow sisters in the therapy group after they finished the therapy. To be met by the therapist with dignity and respect and without a denouncing

attitude was stressed as an important element in the group sessions. They were all grateful and felt respectfully treated during the treatment.

*“I said to him (her partner) that this course... is the best [thing] that [has] happened to me... except you of course”.*

The informants emphasised the partners’ conversation as important. One said that hearing her partner narrate about her outbursts towards him and others was very painful but necessary. They all indicated that they had sufficient time to talk about their own aggressions and violent actions during the group therapy sessions. Receiving suggestions from other women with the same problems was also viewed as very informative.

### ***3.3 Effects of the Brøset-model***

This domain included one category, “*overcoming and reversing negative behaviour*”, which together with sub-categories described women’s experiences of group therapy effects.

All women announced that the decision to change their behaviour was their own. The most important adjustment was their own reversed actions. They also described different handling techniques, experiencing less aggression, and having more control over their own aggression. Completion of therapy meant that they had received action plans to handle different triggering situations.

*”When I feel that I become warm, I go outside and take a cigarette. This [became] my sanctuary where I can see the children through the window”.*

Some of the informants said they experienced better self-reliance and felt more relaxed and comfortable in social contexts after finishing the treatment. For example, they were less



exhausted after visiting a coffee shop with friends. Informants narrated about the importance of the treatment for themselves and their families.

*“I [wouldn’t have] a family if it hadn’t been for this course. I had cut the throat off my husband”.*

The women also indicated that they had changed approaches and behaviour towards their children. Their children had become more confident, and their results in school had improved as a result of the children experiencing their mother as more secure and predictable.

#### **4. Discussion**

The aim of this study was to describe women’s experiences of participating in a 15-week, nurse-led battering intervention model, five months post-intervention with female perpetrators of violence in intimate relationships. From this analysis the following three domains were revealed: “the time before Brøset-model”, “experiences of the Brøset-model” and “effects of the Brøset-model”. The main findings that appeared were part of the Brøset-model whereby women could gain increased insights, understanding, and improvements in their communication with loved ones.

Under the domain “the time before Brøset-model” we found descriptions of the women’s lives before the intervention. The category “*women’s feelings before the treatment*” includes their experiences from childhood. Among others, Herrera and McCloskey [46] and Siegel and Williams [47] describe that child abuse has been found to increase the risk for violent behaviour for both males and females. Even if not all females who are victimised perpetrate violent actions, and childhood victimisation also occurs in males, female offenders are much more likely to report a history of victimisation than males. According to Hubbard and Pratt

[48], child abuse is found to be stronger predictor of offences in females than in males.

Although it is well acknowledged that the majority of victims of injury-related violence are women, the prevalence rate for the use of physical aggression in intimate relationships is approximately equal for both men and women [49]. The found category *what kind of violence directed towards whom* describes the kind of violence used by the women who were interviewed. According to the literature [50], not all relationship violence is perpetrated by men toward women; some women are violent toward their husbands in relationships that often include psychological aggression or hostility as well as physical violence. According to the literature, men who are exposed to female violence experience shame in connection to seeking help and support from health care [51]. Our findings are in line with other studies on female intimate partner violence. For example, Graves et al. [52] report that women hitting, slapping, pushing, or using some other act of aggression toward a partner is common.

The category *motivation for seeking help* describes women's incitement for searching for professional help. According to Bair-Merritt et al. [53], strong help-seeking motivating factors for female perpetrators in domestic violence are self-defence, recognition, and control. Often female violence is an answer to male violence [54]. However, in our study none of the informants spoke of a violent partner; instead, they stressed factors such as shame and a bad conscience. Another important motivating factor indicated by the informants was the desire not to fail as a mother or be described as "the monster mother" and/or "the world's worst mother". All experiences were congruent to findings in the literature [55].

The domain "experiences of the Brøset-model" include the descriptions of the women's lives during the intervention. According to Hamilton et al. [56], most European countries had measures to deal with abusive attitudes and behaviours, but most often the focus was on

violent men. In our study, factors such as relationships with facilitators and other perpetrators in the intervention programs were noted to be important; these findings are supported in the literature [55; 58]. To hear their partners' narration about their outbursts and violence seemed to be like an "alarm clock" for the women in the group. It seemed as though listening to their partners' stories sat lightly on their violent outbursts and was interpreted as an alarming risk of breaking up their families. This insight might work to lock up experiences and play an important role in changing violent behaviours [59].

*Overcoming and reversing negative behaviour* is a description of women's experiences included in the domain effects of the Brøset-model. In this domain the informants pronounce their own reversed actions as the most important effect of the group therapy [60]. The fact that the decision to change their behaviour was of their volition and under their control is in line with, for example, Catlett et al. [61]. All informants indicated that taking responsibility for past abusive and violent acts was important in behavioural change. Additionally, support from fellow perpetrators was beneficial to the success of changing their behaviour. As in our study, development of communication and assertiveness skills, emotional education, and anger management are recognised as important by perpetrators who have undergone group interventions [58]. It seemed that a basis for being successful in changing behaviour was learning how to apply the lessons learned from the group therapy to their lives outside of the treatment setting.

It is evident from this study that there seemed to be a relationship between the studied intervention model and success in behavioural change in female intimate partner violence perpetrators. This is an important finding when barriers for seeking help for female perpetrators seem to be high [62]. Knowledge about intimate partner violence is generally low among health care staff. Even if healthcare professionals are expected to act as victim advocates [63], nurse inquiries about domestic violence in general and female violence in

particular is rare [64]. Lack of education programmes about family violence seem to lead to minimal suspicion of abuse, denial of responsibility for intervention, and unwillingness to report incidences of violence to authorities [62].

According to Veselinovic [51], violence directed towards men is a taboo area and therefore hidden in secrecy in our society. To help violence-exposed men, the phenomenon “female perpetrated violence” must become more visible. Quasi-experimental studies have found that batterer-intervention programs like the Brøset-model may reduce recidivism rates in those who complete the program [65]. However, there are potential limitations to group therapy reported in the literature [66]. Differences in personality type and the level of readiness to change, coupled with the potential for negative peer influences, may lead to poor results in some group interventions. Against these limitations stands the finding that a positive relationship between the perpetrator and facilitator is of key-importance. This supports previous research findings that show that perpetrators who report a good working alliance are less likely to continue their abusive behaviour [60].

#### ***4.1 Methodological considerations***

The method for data collection and analysis were relevant, as the aim of the study was to describe experiences of the informants. The sample size was sufficient, and the narratives were rich in content. The purpose of qualitative research is not to generalise from the results but to transform and apply them to similar situations in other contexts [67]. It is important to remember that this interpretation is only one of many possible interpretations, and the findings in this study cannot be generalised, but should be seen as one voice in an on-going discourse. In the task to verify and sort data there has been a continuous discussion between the authors to find a trustworthy way to present the results. The authors strove to be as open as

possible to new perspectives. All texts have been taken into consideration and are shown through representative quotations from the transcribed text in order to enhance credibility.

#### ***4.2 Clinical implications***

Bearing in mind the need for further research in this area, we can make some comments on the potential implications our findings have for mental health nursing. It is essential that staff members in clinical practice become consciously aware of intimate partner violence and female perpetrators when encountering female clients. Based on the findings of this study, there is an extensive need to provide knowledge about women's experiences of being a perpetrator of domestic violence. Such knowledge may shed light on health promotion strategies of how mental health nursing care may contribute to enhancing women's behavioural changes. Understanding the perspective of this group of women may be the basis for developing future interventions to help the women remain in their relationships with their partners and children.

#### ***4.3 Declaration of interest***

The authors report no financial conflicts of interest.

## 5. References

- [1] C. Garcia-Moreno, H.A.F.M. Jansen, M. Ellsberg, L. Heise and C.H. Watts, Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence, *Lancet*, vol. 368, no. 9543, pp.1260-1269, 2006.
- [2] L. Heise and C. Garcia-Moreno, Violence by intimate partners, pp. 89-121. In: E.G. Krug, L.L. Dahlberg, J.A. Mercy, A.B. Zwi and R. Lozano (eds.) *World Report on Violence and Health*, Geneva: World Health Organization, 2002.
- [3] J. Archer, Sex difference in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review, *Psychological Bulletin*, vol. 126, no. 5, pp. 651-680, 2000.
- [4] H.C. Melton and J. Belknap, He hits, she hits: Assessing gender differences and similarities in officially reported intimate partner violence, *Criminal Justice and Behavior*, vol. 30, no. 3, pp. 328-348, 2003.
- [5] X.B. Arriaga and V.A. Foshee, Adolescent dating violence: Do adolescents follow in their friends', or their parents', footsteps? *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 19, no.2, pp. 162-184, 2004.
- [6] M.J. Munoz-Rivas, J.L. Grana, K.D. O'Leary and M.P. Gonzalez, Aggression in adolescent dating relationships: Prevalence, justification, and health consequences, *Journal of Adolescent Health*, vol. 40, pp. 298-304, 2007.
- [7] A. Motz, *The Psychology of Female Violence. Crimes Against the Body*, Brunner-Routledge, Hove, East Sussex, UK, 2001.
- [8] A. Goetting, Patterns of homicide among women, *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 3, no. 1, pp. 3-20, 1988.
- [9] A.L. Kellerman and J.A. Mercy, Men, women, and murder: Gender-specific differences in rates of fatal violence and victimization, *Journal of Trauma*, vol. 33, no. 11, pp. 1-5, 1992.
- [10] S. Rogde, H.P. Hougen and K. Poulsen, Homicide by sharp force in two Scandinavian capitals, *Forensic Science International*, vol. 109, no. 2, pp. 135-145, 2000.
- [11] W.J. Sabol, C.J. Coulton and J.E. Korbin, Building community capacity for violence prevention, *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 19, no.3, pp. 322-340, 2004.
- [12] I. Sommers and D.R. Baskin, The situational context of violent female offending, *Journal of Research in Crime and Delinquency*, vol. 30, no. 2, pp. 136-162, 1993.
- [13] S.M. Stith, E.E. McCollum, Y. Amanor-Boadu and D. Smith D, Systematic perspectives on intimate partner violence treatment, *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 38, no. 1, pp. 220-240, 2012.
- [14] M.P. Johnson, Conflict and control: Gender symmetry and asymmetry in domestic Violence, *Violence Against Women*, vol. 12, no. 11, pp. 1003-1018, 2006.
- [15] T.E. Moffitt and A. Caspi, Annotation: Implications of violence between intimate partners for child psychologists and psychiatrists, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 39, no. 2, pp. 137-144, 1998.
- [16] D.P. Farrington and R. Loeber, Epidemiology of juvenile violence, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 9, no. 4, pp. 733-748, 2000.
- [17] L.R. Goldberg and J.J. Freyd, Self-reports of potentially traumatic experiences in an adult community sample: Gender differences and test-retest stabilities of the items in a brief betrayal-trauma survey, *Journal of Trauma & Dissociation*, vol. 7, no. 3, pp. 39-63, 2006.
- [18] W. Fals-Stewart and, C. Kennedy, Addressing intimate partner violence in substance-abuse treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 29, no. 1, pp. 5-17, 2005.

- [19] C. Smith Stover, A.L. Meadows and J. Kaufman, Interventions for intimate partner violence: Review and implications for evidence-based practice, *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 40, no. 3, pp. 223–233, 2009.
- [20] R. Caetano, S. Ramisetty-Mikler and C.A. Field, Unidirectional and bidirectional intimate partner violence among white, black, and Hispanic couples in the United States. *Violence and Victims*, vol. 20, no. 4, pp. 393–406, 2005.
- [21] H.M. Foran and K.D. O’Leary, Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review, *Clinical Psychology Review*, vol. 28, no. 7, pp. 1222–1234, 2008.
- [22] J.C. Babcock, C.E. Green and C. Robie, Does batterers’ treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment, *Clinical Psychology Review*, vol. 23, no. 8, pp. 1023–1053, 2004.
- [23] L. Feder and D.B. Wilson, A meta-analytic review of court-mandated batterer intervention programs: Can courts affect abusers’ behavior? *Journal of Experimental Criminology*, vol. 1, no. 2, pp. 239–262, 2005.
- [24] E. Gondolf, *Batterer intervention systems: Issues, outcomes, and recommendations*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2002.
- [25] J.B. Scourfield and R.P. Dobash, Programmes for violent men: Recent developments in the UK, *The Howard Journal of Criminal Justice*, vol. 38, no. 2, pp. 128–143, 1999.
- [26] M.M. Cavanaugh, P. Solomon and R.J. Gelles, The dialectical psychoeducational workshop (DPEW): The conceptual risk for IPV framework and curriculum for a preventative intervention for males at risk for IPV, *Violence Against Women*, vol. 17, no. 8, pp. 970–989, 2011.
- [27] P. Kernsmith, Exerting power or striking back: A gendered comparison of motivations for domestic violence perpetration, *Violence and Victims*, vol. 20, no. 2, pp. 173–185, 2005.
- [28] M.M. Carney and F.P. Buttell, A multidimensional evaluation of a treatment program for female batterers: A pilot study, *Research on Social Work Practice*, vol. 14, no. 4, pp. 249–258, 2004.
- [29] L. Dowd, P.A. Leisring and A. Rosenbaum, Partner aggressive women: Characteristics and treatment attrition, *Violence and Victims*, vol. 20, no. 3, pp. 219–233, 2005.
- [30] M. Dutton, B. Green, S. Kaltman, D. Roesch, T. Zeffiro and E. Krause, Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes, *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 21, no. 7, pp. 955–968, 2006.
- [31] T. Rodrigues, L. Rocha and H. Barros, Physical abuse during pregnancy and preterm delivery, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 198, no. 2, pp. 239–240, 2007.
- [32] J. Mouzos and T. Makkai, *Women’s Experiences of Male Violence: Findings from the Australian Component of the International Violence Against Women Survey (IVAWS)*, Australian Institute of Criminology, Canberra, 2004.
- [33] C. Seamans, L. Rubin and S. Stabb, Women domestic violence offenders: Lessons of violence and survival. *Journal of Trauma Dissociation*, vol. 8, no. 11, pp. 47–68., 2007.
- [34] P.A. Leisring, L. Dowd and A. Rosenbaum, Treatment of partner aggressive women. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, vol. 7, no. 1–2, pp. 257–277, 2003.
- [35] S.C. Swan and D.L. Snow, Behavioral and psychological differences among abused women who use violence in intimate relationships, *Violence Against Women*, vol. 9, no. 1, pp. 75–109, 2003.
- [36] A.M.E. Häggblom and A.R. Möller, On a Life-Saving Mission: Nurses’ Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse, *Qualitative Health Research*, vol. 16, no. 8, pp. 1075–1090, 2006.

- [37] R.E. Davis, and K.E. Harsh, Confronting barriers to universal screening for domestic violence. *Journal of Professional Nursing*, vol. 17, no. 6, pp. 313-320, 2001.
- [38] M.A. Woodtli, Nurses' Attitudes toward survivors and perpetrators of domestic violence, *Journal of Holistic Nursing*, vol. 19, no. 4, pp. 340-359, 2001.
- [39] M.Q. Patton, *Qualitative Research & Evaluation Methods* (third ed.), London: Sage Publications, 2002.
- [40] J.W. Creswell, *Research Design*, Los Angeles: SAGE, 2009.
- [41] S. Jarwson, *Effekten av manualisert kognitiv gruppeterapi for menn som frivillig søker hjelp mot vold i nære relasjoner: Effekten av kognitiv gruppeterapi etter deltakelse i Sinnemestring Brøsetmodellen 4-7 år etter avsluttet terapi* (in Norwegian), Unpublished Masters thesis, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, 2010.
- [42] G. Mishler, *Research interviewing: Context and narrative*. Cambridge: Harvard University Press, 1998.
- [43] World Medical Association, (2008). WMA declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects, 2008. Available 2012-03-01, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.
- [44] U.H. Graneheim and B. Lundman, Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, vol. 24, no. 2, pp. 105-112, 2004.
- [45] M. Sandelowski, Qualitative analysis: What it is and how to begin, *Research in Nursing & Health*, vol. 18, no. 4, pp. 371-375, 1995.
- [46] V. Herrera and L. McCloskey, Sexual abuse, family violence, and female delinquency: Findings from a longitudinal study, *Violence & Victims*, vol. 18, no. 3, pp. 319-334, 2003.
- [47] J. Siegel and L. Williams, The relationship between child sexual abuse, female delinquency and crime: A prospective study, *Journal of Research in Crime & Delinquency*, vol. 40, no. 1, pp. 71-94, 2003.
- [48] D. Hubbard and T. Pratt, A meta-analysis of the predictors of delinquency among girls, *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 34, pp. 1-13 2002.
- [49] C. Crawford Mechem, F.S. Shofer, S.S. Reinhard, S. Hornig and E. Datner, History of domestic violence among male patients presenting to an urban emergency department, *Academic Emergency Medicine*, vol. 6, no. 8, pp. 786-90, 1999.
- [50] K.L. Anderson, Perpetrator or victim? Relationships between intimate partner violence and well-being, *Journal of Marriage and the Family*, vol. 64, no. 4, pp. 851-863, 2002.
- [51] J. Veselinovic, "Jag lever i ett förhållande där min kvinna slår mig": en kvalitativ studie om kvinnors våld mot män i nära relationer (in Swedish), Unpublished Master thesis, Kristianstad University College, 2011.
- [52] K.N. Graves, S.M. Sechrist, J.W. White and M.J. Paradise, Intimate partner violence perpetrated by college women within the context of a history of being victimized, *Psychology of Women Quarterly*, vol. 29, no. 3, pp. 278-289, 2005.
- [53] M. Bair-Merritt, M. Blackstone and C. Feudtner, Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: A systematic review, *Pediatrics*, vol. 117, no. 2, pp. 278-290, 2006.
- [54] S. Lipsky, R. Caetano, C.A. Field and S. Bazargan, Violence-related injury and intimate partner violence in an urban emergency department, *Journal of Trauma*, vol. 57, no. 2, pp. 352-359, 2004.
- [55] E. Gondolf and J. Hanneken, The gender warrior: Reformed batterers on abuse, treatment, and change, *Journal of Family Violence*, vol. 2, no. 2, pp. 177-191, 1987.



- [56] L. Hamilton, J.A. Koehler and F.A. Lösel, Domestic violence perpetrator programs in Europe, Part I: A survey of current practice, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 57, pp. 1189-1205, 2013.
- [58] C.S. Silvergleid and E.S. Mankowski, How batterer intervention programs work: Participant and facilitator accounts of processes of change. *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 21, no. 1, pp. 139-159, 2006.
- [59] V. Pandya and W.J. Gingerich, Group therapy intervention for male batterers: A microethnographic study, *Health and Social Work*, vol. 27, no. 1, pp. 47-55, 2002.
- [60] C.T. Taft, C.M. Murphy, D.W. King, P.H. Musser and J.M. Dedeyn, Process and treatment adherence factors in group cognitive-behavioural therapy for partner violent men, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, pp. 812-820, 2003.
- [61] B.S. Catlett, M.L. Toews and V. Walilko, Men's gendered constructions of intimate partner violence as predictors of court-mandated batterer treatment drop out, *American Journal of Community Psychology*, vol. 45, pp. 107-123, 2010.
- [62] B. Wendt Mayer, Female domestic violence victims: Perspectives on emergency care, *Nursing Science Quarterly*, vol. 13, no. 4, pp. 340-346, 2000.
- [63] P.G. Caralis and R. Musialowski, Women's experience with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims, *Southern Medical Journal*, vol. 90, no. 4, pp. 1075-1080, 1997.
- [64] L.A. Hoff, Battered women: Understanding, identification and assessment: A psychosociocultural perspective, part I, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, vol. 4, pp. 148-156, 1992.
- [65] C.I. Eckhardt, J.C. Babcock and S. Homack, Partner assaultive men and the stages and processes of change, *Journal of Family Violence*, vol. 19, no. 2, pp. 81-93, 2004.
- [66] C.M. Murphy and L.A. Meis, Individual treatment of intimate partner violence perpetrators, *Violence and Victims*, vol. 23, pp. 173-186, 2008.
- [67] D.F. Polit and C.T. Beck, *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (8th ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

## 9.1. Artikkelenes tabeller

**Table 1.** Demographics of the informants

Informant	Age	Marital status	Profession	Children
1	29	Unmarried	Nurse	0
2	31	Common law - wife	Not available	2
3	42	Divorced	Nurse	4
4	30	Common law - wife	Nurse	0
5	34	Married	Hairdresser	2
6	34	Married	Teacher	3

**Table 2.** Domains, categories and sub-categories

Domain	Category	Sub-category
The time before Brøset-model	Women's feelings before the treatment	Criticism
		Not good enough
		Guilt
		Embarrassment
		Anger
	What kind of violence directed towards whom	Verbal and physical violence
		Psychological violence
		Yelling and crying
		Partner
		Children
	Motivation for seeking help	Better relationship
		Better mother
		Change
		Embarrassment
		Problem escalation
Experiences of the Brøset-model	Reversed behaviour	Improvement
		My fault
		Moving the borderline
		Structure
		Own responsibility
Effects of the Brøset-model	Overcoming and reversing negative behaviour	Relaxed
		Bad conscience
		Anger management techniques
		Control
		Communication

## 10. Vedlegg

### Vedlegg 1:

#### Informasjonsskriv

##### Forespørsel om å delta i en vitenskapelig undersøkelse.

Ved St.Olavs Hospital planlegges det et prosjekt der vi skal se på kvinners sinneproblemer og hvordan dette påvirker kvinners livssituasjon.

##### Bakgrunn/hensikt

Sinnemestringa har erfart at antall kvinner som sliter med denne problematikken er økende og vi ser behovet for mer kunnskap/forskning på området. I denne forbindelse ønsker vi å se nærmere på kvinners sinneproblemer og hvordan disse påvirker din livssituasjon.

##### Hva innebærer deltakelse?

For å kunne gjennomføre denne undersøkelsen trenger vi å komme i kontakt med 8 tidligere kvinnelige kursdeltakere. De som ønsker å delta vil bli kontaktet for en samtale/intervju, samtalen vil bli tatt opp på lydbånd. Tilstede på intervjuet vil Anne Meisingset og Grete Ystgård være til stede hvor den ene vil være den aktive intervjuer og den andre vil notere ned eventuelle uttrykk og kroppsspråk underveis i intervjuet og eventuelt komme med spørsmål ved intervjuets slutt.

De som takker ja til deltagelse vil bli kontaktet for et intervju med en varighet på ca 1-1 1/2 time. En kan selv velge hvor intervjuet skal finne sted, hjemme hos deg eller hos oss på Brøset.

Eventuelle reiseutgifter i denne forbindelse vil bli dekket økonomisk jamfør satser til St. Olavs Hospital.

##### Frivillighet

Det er frivillig deltakelse i denne undersøkelsen. Du står fritt til å trekke deg fra dette prosjektet når du måtte ønske det. Kontakt gjerne Merete Berg Nettet på telefon 92 43 39 39 hvis det er noe du lurer på i forbindelse med en evt deltakelse.

##### Databehandling/taushetsplikt

Alle som jobber med dette prosjektet har taushetsplikt. All informasjon du gir vil være underlagt taushetsplikt og oppbevares i låsbart arkivskap på sykehuset. Når undersøkelsen er ferdig i desember 2013 og resultatene av undersøkelsen offentliggjøres, vil alle opplysningene være anonymisert slik at det i ettertid vil være umulig å vite hvem som har deltatt.

Hvis du etter intervjuet har behov for å snakke med noen kan du ta kontakt med:

Anne Meisingset mob 93858060

Grete Ystgård mob 92663533

En uke etter intervjuet vil du bli kontaktet per telefon for kommentarer eller om det er spesielle ting du ønsker å snakke om.

Prosjektet er godkjent i Regional Etisk Komite(REK).  
Med vennlig hilsen

.....  
Merete Berg Nessel  
Forskningssykepleier  
St.Olavs Hospital. Avd Brøset, kompetasesenter for fengsels- sikkerhets og rettsspsykiatri.

## Vedlegg 2:

### Samtykkeerklæring

#### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

**«Hva innebærer dine sinneproblemer for din livssituasjon?»**

#### En kvalitativ forskningsmetode/*undersøkelse*

Hensikten med studien vil være å få større kjennskap til hvordan dine sinneproblemer påvirker din livssituasjon. Kvinnelige kursdeltakere som tidligere har fullført Sinnemestringskurs ved St.olavs hospital er forespurt om deltakelse i studien. St.Olavs Hospital avdeling Brøset er ansvarlig for undersøkelsen.

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og hatt muligheten til å motta muntlig informasjon om forskningsprosjektet. Jeg er informert om at deltagelse i prosjektet er frivillig og at jeg kan trekke meg når jeg selv måtte ønske det, uten å måtte oppgi noen årsak til det.

Jeg er blitt informert og gjort kjent med at når resultatene av undersøkelsen offentliggjøres, skal alle personlige opplysninger være anonymisert, slik at det ikke vil være mulig å vite hvem som har svart i studien.

**Jeg bekrefter *herved* å ha lest informasjonskrivet og har hatt anledning til å stille spørsmål om prosjektet. Jeg samtykker til å delta i prosjektet.**

Sted:.....

Dato:.....

Signatur:.....

Kontaktpersoner er Anne Meisingset mob 93858060 og Grete Ystgård mob 92663533.

Du vil gjennom denne studien bli kontaktet av oss pr telefon for å avtale et møte og du bestemmer om møte skal finne sted her på Brøset eller et annet egnet sted. Møte vil innebære et intervju på 1-1 1/2 time.

## Vedlegg 3

### Author Guidelines

#### Submission

---

Manuscripts should be submitted by one of the authors of the manuscript through the online [Manuscript Tracking System](#). Regardless of the source of the word-processing tool, only electronic PDF (.pdf) or Word (.doc, .docx, .rtf) files can be submitted through the MTS. There is no page limit. Only online submissions are accepted to facilitate rapid publication and minimize administrative costs. Submissions by anyone other than one of the authors will not be accepted. The submitting author takes responsibility for the paper during submission and peer review. If for some technical reason submission through the MTS is not possible, the author can contact [nrp@hindawi.com](mailto:nrp@hindawi.com) for support.

#### Terms of Submission

---

Papers must be submitted on the understanding that they have not been published elsewhere and are not currently under consideration by another journal published by Hindawi or any other publisher. The submitting author is responsible for ensuring that the article's publication has been approved by all the other coauthors. It is also the authors' responsibility to ensure that the articles emanating from a particular institution are submitted with the approval of the necessary institution. Only an acknowledgment from the editorial office officially establishes the date of receipt. Further correspondence and proofs will be sent to the author(s) before publication unless otherwise indicated. It is a condition of submission of a paper that the authors permit editing of the paper for readability. All enquiries concerning the publication of accepted papers should be addressed to [nrp@hindawi.com](mailto:nrp@hindawi.com).

#### Peer Review

---

All manuscripts are subject to peer review and are expected to meet standards of academic excellence. Submissions will be considered by an editor and “if not rejected right away” by peer-reviewers, whose identities will remain anonymous to the authors.

## Article Processing Charges

---

Nursing Research and Practice is an open access journal. Open access charges allow publishers to make the published material available for free to all interested online visitors. For more details about the article processing charges of Nursing Research and Practice, please visit the [Article Processing Charges](#) information page.

## Units of Measurement

---

Units of measurement should be presented simply and concisely using System International (SI) units.

## Title and Authorship Information

---

The following information should be included

- Paper title
- Full author names
- Full institutional mailing addresses
- Email addresses

## Abstract

---

The manuscript should contain an abstract. The abstract should be self-contained and citation-free and should not exceed 200 words.

## Introduction

---

This section should be succinct, with no subheadings.

## Materials and Methods

---

This part should contain sufficient detail so that all procedures can be repeated. It can be divided into subsections if several methods are described.

## Results and Discussion

---

This section may each be divided by subheadings or may be combined.

## Conclusions

---

This should clearly explain the main conclusions of the work highlighting its importance and relevance.



## Acknowledgments

---

All acknowledgments (if any) should be included at the very end of the paper before the references and may include supporting grants, presentations, and so forth.

## References

---

Authors are responsible for ensuring that the information in each reference is complete and accurate. All references must be numbered consecutively and citations of references in text should be identified using numbers in square brackets (e.g., “as discussed by Smith [9]”; “as discussed elsewhere [9, 10]”). All references should be cited within the text; otherwise, these references will be automatically removed.

## Preparation of Figures

---

Upon submission of an article, authors are supposed to include all figures and tables in the PDF file of the manuscript. Figures and tables should not be submitted in separate files. If the article is accepted, authors will be asked to provide the source files of the figures. Each figure should be supplied in a separate electronic file. All figures should be cited in the paper in a consecutive order. Figures should be supplied in either vector art formats (Illustrator, EPS, WMF, FreeHand, CorelDraw, PowerPoint, Excel, etc.) or bitmap formats (Photoshop, TIFF, GIF, JPEG, etc.). Bitmap images should be of 300 dpi resolution at least unless the resolution is intentionally set to a lower level for scientific reasons. If a bitmap image has labels, the image and labels should be embedded in separate layers.

## Preparation of Tables

---

Tables should be cited consecutively in the text. Every table must have a descriptive title and if numerical measurements are given, the units should be included in the column heading. Vertical rules should not be used.

## Proofs

---

Corrected proofs must be returned to the publisher within 2-3 days of receipt. The publisher will do everything possible to ensure prompt publication. It will therefore be appreciated if the manuscripts and figures conform from the outset to the style of the journal.

## Copyright

---

Open Access authors retain the copyrights of their papers, and all open access articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium, provided that the original work is properly cited.

The use of general descriptive names, trade names, trademarks, and so forth in this publication, even if not specifically identified, does not imply that these names are not protected by the relevant laws and regulations.

While the advice and information in this journal are believed to be true and accurate on the date of its going to press, neither the authors, the editors, nor the publisher can accept any legal responsibility for any errors or omissions that may be made. The publisher makes no warranty, express or implied, with respect to the material contained herein.

## Disclosure Policy

---

A competing interest exists when professional judgment concerning the validity of research is influenced by a secondary interest, such as financial gain. We require that our authors reveal any possible conflict of interests in their submitted manuscripts.

If there is no conflict of interests, authors should state that “The author(s) declare(s) that there is no conflict of interests regarding the publication of this article.”

## Clinical Study

---

When publishing clinical studies, Hindawi aims to comply with the recommendations of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) on trials registration. Therefore, authors are requested to register the clinical trial presented in the manuscript in a public trials registry and include the trial registration number at the end of the abstract. Trials initiated after July 1, 2005 must be registered prospectively before patient recruitment has begun. For trials initiated before July 1, 2005, the trial must be registered before submission.

## Ethical Guidelines

---

In any studies that involve experiments on human or animal subjects, the following ethical guidelines must be observed. For any human experiments, all work must be conducted in accordance with the Declaration of Helsinki (1964).

Papers describing experimental work on human subjects who carry a risk of harm must include a statement that the experiment was conducted with the understanding and the consent of the human subject, as well as a statement that the responsible Ethical Committee has approved the experiments. In the case of any animal experiments, the authors should provide a full description of any anesthetic and surgical procedure used, as well as evidence that all possible steps were taken to avoid animal suffering at each stage of the experiment.

**Prosjektsøknad** Skjema for søknad om godkjenning av forskningsprosjekt i de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

2013/372-1

Dokument-id: 336681 Dokument mottatt 19.02.2013

## Kvinner og opplevelse av egen sinneproblematikk.

### 1. Generelle opplysninger

a. Prosjekttittel
Kvinner og opplevelse av egen sinneproblematikk. <b>«Hva innebærer dine sinneproblemer for din livssituasjon?»</b> <b>"How do you think your angercontrolling problem effect your daily life?"</b>

b. Prosjektleder
Navn: Ove Hellzen
Akademisk grad: PhD
Stilling: Professor
Hovedarbeidssted: Høgskolen i Nord-Trøndelag
Arbeidsadresse: Finn Christiansens vei 1
Postnummer: 7800
Sted: Namsos
Telefon: 74212365
Mobiltelefon: 91753239
E-post adresse: ove.hellzen@hint.no

c. Forskningsansvarlig
<b>1. Forskningsansvarlig</b>
Institusjon: Høgskolen i Nord - Trøndelag
Kontaktperson: Aina Hildrum Lio
Stilling: Dekan, Avdeling Helsefag
Telefon: 4774112000
Mobiltelefon: 4790890337
E-post adresse: aina.hildrum.lio@hint.no

#### **d. Andre prosjektopplysninger**

**Oppdragsforskning** Høgskolen i Nord - Trøndelag

**Utdanningsprosjekt/doktorgradsprosjekt** Klinisk master i psykisk helsearbeid, Mastergrad

#### **e. Prosjektmedarbeidere**

##### **1. Prosjektmedarbeider**

Navn: Anne Meisingset

Stilling: Psykiatrisk sykepleier

Institusjon: St.Olavs hospital, Avdeling Brøset

Akademisk rolle: Mastergradstudium

Prosjektrolle: Prosjektmedarbeider

##### **2. Prosjektmedarbeider**

Navn: Grete Ystgård

Stilling: Psykiatrisk sykepleier

Institusjon: St.Olavs hospital, Avdeling Brøset

Akademisk rolle: Mastergradstudium

Prosjektrolle: Prosjektmedarbeider

## **2. Prosjektopplysninger**

#### **a. Formål**

##### **Prosjektleders prosjektbeskrivelse**

I 1998 ble det startet et prosjekt ved St.Olavs hospital: Sinnemestring, Brøsetmodellen. Prosjektet var et tilbud til menn som hadde sinne og aggresjonsproblemer. Tilbudet ble de første årene drevet som et lavterskel tilbud, på den måten at en selv kunne ta kontakt og raskt få et tilbud. I 1998 ble de få kvinnelige voldsutøvere som tok kontakt tilbudt individuelle samtaler, men det var ikke noe gruppetilbud for disse kvinnene. I 2007 ble prosjektet gjort til et permanent tilbud ved St.Olavs hospital, avdeling Brøset, Habiliteringstjenesten for voksne og tilbudet ble videreutviklet til å tilfredsstille polikliniske retningslinjer og krav. I 2008 ble tilbudet utvidet til også å gjelde kvinner med sinneproblemer og som utøvde vold i nære relasjoner. I løpet av de årene tilbudet for kvinner har eksistert har antall henvisninger vært økende. Vi ønsker å få mer kunnskap om hvordan sinneproblematikken påvirker pasientene og deres livssituasjon.

#### **b. Forskningsdata**

##### **Nye helseopplysninger**

Vi ønsker å komme i kontakt med kvinner som har fullført Sinnemestringskurs ved St.Olavs Hospital, Habiliteringstjenesten for voksne og høre deres opplevelse av egen sinneproblematikk. Vi ønsker å snakke med dem om hvordan sinneproblemen har påvirket deres livssituasjon.

### **c. Forskningsmetode**

#### **Fortolkende (kvalitative) analysemetoder**

##### **Intervju med lydopptak**

##### **Begrunnelse for valg av data og metode**

Vi har valgt å bruke kvalitativ metode da vi ønsker å undersøke og beskrive kvinners erfaring av egen sinneproblematikk. Forskingen gjennomføres ut i fra tre generelle tilnærings prinsipper; åpenhet, fenomenologisk holdning og reversibilitet. Dette er forutsetninger for forskningens gyldighet og overførbarhet. Vi ønsker at kvinnene fritt skal få fortelle sin historie og har derfor valgt narrativt intervju som datainnsamlingsmetode. Valget av datainnsamlingsmetode ble valgt ut i fra forskningsspørsmålet, vi ønsker å få så rike beskrivelser om informantenes livsverden som mulig.

### **d. Utvalg**

#### **Kun kvinner**

Vi ønsker å undersøke hvordan sinne påvirker kvinnene. Vold i nære relasjoner er et tabubelagt tema og mange av kvinnene som søker behandling ved St.Olavs hospital uttrykker stor skam over å ha slike problemer. Vi opplever at antallet kvinner som søker hjelp for sinneproblematikk er økende og at det er stort behov for kunnskap om denne gruppen. Behandlingstilbud til kvinner med aggresjonsproblematikk er lite utbredt i Norge og det er viktig å få informasjon om hvem disse kvinnene er og hvordan aggresjon og sinne påvirker livene deres.

#### **Pasienter/klienter**

For å kunne gjennomføre denne undersøkelsen trenger vi å komme i kontakt med tidligere kvinnelige kursdeltakere som har gjennomført Sinnemestringskurs ved St.Olavs hospital. Inntakskriterier for Sinnemestringskurs, St.Olavs hospital er at pasientene er over 18 år, de kan ikke være psykotiske, de kan ikke ha aktivt rusproblematikk som vanskeliggjør deltakelse i gruppe og de må beherske norsk språk godt nok til å kunne delta i gruppe. Pasientene må være motivert for å delta i gruppe og ha nok stabilitet i livet sitt til å kunne delta i gruppeterapi. Vi ønsker å ta kontakt med de kvinnene som har fullført et slikt kurs i 2010- 2012.

Vi har valgt å ta kontakt med kvinner som har fullført Sinnemestringskurs i løpet av 2010 - 2012. Disse ble valgt på bakgrunn av at det ikke er så lenge siden de ble ferdigbehandlet. Da det er relativt kort tid siden de ble ferdigbehandlet, vil det være lettere for de å huske egne opplevelser, tanker og følelser knyttet til sinneproblematikken. Deres opplevelse av å ha deltatt i et Sinnemestringskurs vil være av stor interesse.

### **e. Antall forskningsdeltakere**

#### **Antall forskningsdeltakere i Norge 8**

I dette prosjektet er det forventet at 8 informanter vil kunne gi tilstrekkelig informasjon om hvordan kvinner påvirkes av egen sinneproblematikk. Ved bruk av narrativt intervju vil dette gi oss tilgang til variert og god informasjon.

### **3. Informasjon, samtykke og personvern**

#### **Samtykke innhentes for alle data**

##### **Spesifikt informert aktivt skriftlig samtykke**

##### **Beskrivelse av rekrutteringsprosedyre**

Kvinner som tidligere har fullført et Sinnemestringskurs vil bli kontaktet pr brev av forskningssykepleier Merete Berg Nettet. Dette for å unngå at informantene føler seg presset til å delta, da de kjenner oss og har en relasjon til oss som tidligere terapeuter. Brevet vil inneholde informasjonsskriv om prosjektet og et skriftlig samtykkeskjema. Informantene vil bli bedt om å returnere signert samtykkeskjema før de blir inkludert i prosjektet. Det vil bli lagt med frankert konvolutt til dette formålet. Hvis informantene ønsker mer informasjon om prosjektet før de samtykker vil det bli oppgitt et mobilnummer hvor de kan ta kontakt med Merete Berg Nettet for å få muntlig informasjon om prosjektet. Vi vil sende ut informasjonsbrev til de kvinnene som fullførte Sinnemestringskurs i 2010 og 2012. Det forventes at dette gir et tilstrekkelig antall informanter som samtykker. Hvis det er flere enn 8 informanter som samtykker vil de første 8 bli valgt ut. Det vil da sendes skriftlig info til de som ikke blir med i studien om dette.

#### 4. Forskningsetiske utfordringer ved prosjektet

##### a. Fordeler

###### Den enkelte prosjektdeltaker

Fordelene for den enkelte prosjektdeltaker er at hun får fortelle sin historie hvordan sinne og aggresjon har påvirket hennes livssituasjon. Det kan ofte være godt å reflektere over sine problemer i ettertid. Det å få belyst hvordan de opplever situasjonen er viktig og kan hjelpe andre kvinner i lignende situasjon. Vår tidligere erfaring tilsier at dette er noe kursdeltakerne er opptatt av.

###### Grupper av personer

Prosjektet vil gi større kunnskap om emnet og dette vil gi fordeler for kvinner med sinneproblematikk og helsepersonell som er i kontakt med disse kvinnene. Livsverden perspektivet gir en viktig kunnskap om opplevelsene til disse kvinnene, hvilket gir ny og viktig informasjon til de som møter disse kvinnene i helsetjenesten. Ettersom vi er spesialisthelsetjeneste er vi avhengig av henvisning fra fastlege/Psykologer og ser viktigheten av at disse også er kjent med hvilke tilbud som finnes til denne gruppen kvinner.

Det å få kunnskap om sinneproblematikk for kvinner vil forhåpentligvis redusere tabuet og gjøre det lettere for andre kvinner med samme problematikk og søke hjelp. Det å inneha sinneproblemer kombinert med det å være mor oppleves av mange som svært skamfullt.

###### Samfunnet

Fordeler ut i fra et samfunnsperspektiv vil være at kvinner med sinneproblemer lettere søker hjelp til å håndtere sitt sinne. Dette vil være samfunnsnyttig da vold i nære relasjoner forhåpentligvis reduseres. Når vi opplever grunn til å sende bekymringsmelding på barn, vil dette kunne være med og bedre barns oppvekstvilkår og redusere/forhindre at barn utsettes for vold og/eller er vitne til vold.

###### Vitenskapen

Større kunnskap om sinneproblemer for kvinner vil kunne bidra at mørketall opphører/reduseres og at kvinners sinneproblemer får større plass som felt innen vitenskapen.

##### b. Ulemper

###### Den enkelte prosjektdeltaker

Intervjuene vil medføre at de må bruke av sin tid på dette. Informantene må fortelle om tidligere negative opplevelser og tanker/følelser knyttet til dette, noe som kan medføre et psykisk ubehag med tanke på tidligere problemer/sinneutbrudd/voldsepisoder mot partner/barn. Dette er fortellinger som kan vekke skyldfølelser hos informantene.

###### Grupper av personer

Kvinner over 18 år med sinneproblemer som tidligere har deltatt på Sinnemestringskurs, Brøsetmodellen, ved Habiliteringstjenesten for voksne, St. Olavs Hospital.

Denne gruppen kvinner vil kunne oppleve det belastende å lese om egen problematikk . Denne ulemper

synes å være relativt liten da publisering skjer i faglige tidsskrift.

### **c. Tiltak**

Informantene vil få detaljert informasjon om hvordan deres identitet vil bli anonymisert og de vil få detaljert informasjon om hvordan deres personopplysninger vil bli arkivert under prosjektet. En uke etter vi har gjennomført intervjuet vil vi igjen ta kontakt med informantene for å vurdere om det er behov for en støttesamtale. Hvis dette er tilfellet tilbyr vi en samtale, men ut over dette må oppfølging skje via psykiatrisk sykepleier.

### **d. Forsvarlighet**

Vi mener det er et stort behov for mere kunnskap om kvinner og deres sinneproblematikk. Risiko og ulempe for den enkelte informant vurderes av oss å være liten da dette er kvinner som tidligere har vært i frivillig behandling og frivillig har samtykket i å delta i prosjektet. Vi ser ingen risiko for samfunn og miljø for å gjennomføre dette prosjektet og mener det er forsvarlig at prosjektet gjennomføres.

## **5. Sikkerhet, interesser og publisering**

### **a. Personidentifiserbare opplysninger**

**Opplysninger som registreres i prosjektet er indirekte personidentifiserbare - Aidentifiserte**

**Koblingsnøkkelen oppbevares hos egen institusjon**

### **b. Internkontroll og sikkerhet**

**Personidentifiserbare opplysninger oppbevares:**

#### **Innelåst**

Intervjuene vil bli oppbevart i låsbart skap ved St.Olavs Hospital, avdeling Brøset. Intervjuene vil bli lagt i en egen mappe i dette journalskapet. Det finnes to nøkler til dette skapet. Den ene er i daglig bruk og oppbevares i et låst nøkkelskap. Den andre er en ekstranøkkel som sekretær også oppbevarer i låst skap. For å komme inn på avdelingen trenger en IDkort eller ha en avtale.

**På videooptak/fotografi/lydopptak ikke på pc**

**Bakgrunnsinformasjon (bosted, yrke osv) oppbevares atskilt fra andre opplysninger**

### **c. Forsikringsdekning for deltakere**

**Forsikring anses unødvendig**

Informanter utsettes ikke for noen risiko ved å delta på intervju. Informanter vil under hele prosessen kunne ta kontakt for evt hjelp/bistand hvis behovet skulle melde seg.



#### d. Vurdering av andre instanser

##### Egen institusjon

#### e. Interesser

##### Finansieringskilder

Prosjektet er en mastergrad i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Nord - Trøndelag. Prosjektet blir finansiert av St.Olavs hospital, Avdeling Brøset, Kompetansesenteret for -sikkerhets, - fengsels og rettspsykiatri. Det gies en 20 % permisjon m/lønn til Grete Ystgård og Anne Meisingset for å kunne gjennomføre prosjektet.

##### Godtgjøring til institusjon

Ingen.

##### Honorar prosjektleder/-medarbeidere

Ingen.

##### Kompensasjon for forskningsdeltakere

Det er ikke tenkt noen kompensasjon til forskningsdeltakere. Forskningsdeltakerne vil derimot fritt kunne velge hvor og når intervju skal finne sted. Det vil heller ikke gies kompensasjon for reiseutgifter, men forskningsdeltakerne vil bli rekruttert fra Trondheim og omegn.

##### Eventuelle interessekonflikter for prosjektleder/-medarbeidere

Vi vil komme til å forske på eget fagfelt og arbeidssted og ser dette kan være en ulempe. Vi ønsker derfor at vår forskningssykepleier Merete Berg Nettet er mellomledd og sender ut tilbud om deltagelse til informantene. Ved å være bevisst på vår egen situasjon under hele prosjektet, vil vi tilstrebe å være mest mulig objektiv. Vi vil i prosjektet komme til å drøfte hvordan vi har opplevd dette.

#### f. Publisering

##### Det er ikke restriksjoner med hensyn til offentliggjøring og publisering av resultatene fra prosjektet

Det er tenkt at resultatene prosjektet skal kunne presenteres og skrives som en artikkel som er mulig å publisere i et internasjonelt vitenskapelig tidsskrift. Artikkelen skrives derfor på engelsk som er et krav fra Høgskolen i Nord - Trøndelag.

#### h. Tidsramme

**Prosjektstart** 28.01.2013

**Prosjektslutt** 20.12.2013

##### Etter prosjektslutt skal datamaterialet anonymiseres

Når forskningsprosjektet er ferdig vil alt datamaterialet makuleres.

#### 6. Vedlegg

#	Type	Filnavn	Lagt inn dato
1.	Cv	cv anne.doc	18.01.13

2. Samtykkeskjema	erklæring om samtykke.doc	18.01.13
3. Forespørsel om deltakelse	infoskriv om deltakelse.doc	18.01.13
4. Intervjuguide	Intervjuguide.doc	18.01.13
5. Forskningsprotokoll	Prosjektplan klinisk master 27.11.12.doc	18.01.13
6. CV for prosjektleder	CV-2013.doc	18.01.13

## **7. Ansvarserklæring**

**Jeg erklærer at prosjektet vil bli gjennomført i henhold til gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer**

**Jeg erklærer at prosjektet vil bli gjennomført i samsvar med opplysninger gitt i denne søknaden**

**Jeg erklærer at prosjektet vil bli gjennomført i samsvar med eventuelle vilkår for godkjenning gitt av REK eller andre instanser**