



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnekode: SYKHB 3001- Bacheloroppgave

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling.

Eksamensform: Prosjektoppgave.

Leveringsfrist: 01.03.2012

Kandidatnr: 45

Antall ord: 8757

Bachelor i Sykepleie

Seksuelle overgrep: Orden ut av Kaos.



Bildet er hentet 27. februar 2013 fra:
http://www.flickr.com/photos/karen_od/2545851350/sizes/o/in/photostream/

“JEG BÆRER SÅ MYE DU IKKE KAN SE”

Jeg bærer så mye du ikke kan se
Jeg eier en fortid som tynger meg ned
Det voksne gjorde mot meg som et barn
det holder meg fanget og låst i et garn.

Du ser at jeg sliter, men slår blikket ned
og velger det vekk – det er lettere det
Jeg prøver å si det, men får det ikke fram
for ordene stoppes av skyld og av skam.

Jeg bærer en bær på en endeløs vei
- behøver din hjelp for å frigjøre meg.
Så våg å være voksen, jeg trenger deg nå

Og spør meg:

”Men kjære, hva bærer du på?”

For DA kan jeg svare og lette min bær
til deg som en voksen – fordi at du tør
å møte min gråt og min skadede sjel
Først da kan jeg leges, først da blir jeg hel!

Gjengitt med tillatelse fra forfatteren.

Tina Vårum

Ansatt, Krisesenteret i Follo

© 2006

Sammendrag

Tittel: Orden ut av Kaos.

Bakgrunn: Seksuelle overgrep er et tabubelagt tema som har fått mer fokus de siste årene. Det er allment kjent at det er en sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndommen og fysisk og psykisk helse. Derfor er det stor sannsynlighet for at jeg møter overgrepsutsatte på ulike arenaer i arbeidslivet. Det er viktig at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap om seksuelle overgrep, og om hvilke faktorer som spiller inn på sykepleien til denne pasientgruppen, ut fra et helsefremmende syn.

Hensikt: Hensikten med dette studiet er å rette søkelyset mot kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen og finne mer ut om hvilke helsefremmende tiltak sykepleier kan bidra med til disse kvinnene ved å styrke deres opplevelse av sammenheng.

Problemstilling: “Hvordan bidra til opplevelse av sammenheng hos kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen?”

Metode: Oppgaven er basert på en systematisk litteraturstudie der relevant forskning og litteratur i henhold til temaet er anvendt.

Resultater: Sykepleiere kan bidra til å styrke opplevelse av sammenheng hos overgrepsutsatte ved å lytte til deres personlige historie og skape en tillitsfull relasjon. I samtale med utsatte kan sykepleier illustrere hvordan det er å svømme i livets elv, og at det er normalt å møte på hindringer. Ved å svømme i elven, lærer sykepleieren den utsatte til å mestre hverdagslige utfordringer, og gjør henne bedre rustet til å møte livsutfordringer som følge av seksuelle overgrep.

Nøkkelord: Seksuelle overgrep, traumatisering, salutogenese, opplevelse av sammenheng,

Abstract

Titel: Order out of chaos.

Background: Sexual abuse is a taboo that has gained more and more attention the last couple of years. The link between sexual abuse in the childhood and physical and mental health problems is widely known. Therefore, it is highly likely that I meet women sexually abused as children at various venues in the workplace. It is important that nurses have adequate knowledge about sexual abuse and the factors that affect nursing care for this patient group, from a health promotion perspective.

Purpose: The purpose of this study is to focus on women who have been sexually abused in childhood and to find out more about what kind of health promotion measures a nurse can contribute with to strengthen these womens sense of coherence.

Approch: How to contribute to the sense of coherence among women who have been sexually abused in childhood?"

Method: The study is based on a systematic literature review where relevant research and literature according to the theme is applied.

Results: Nurses can help to strengthen the sense of coherence among exposed to sexual abuse by listening to their personal history and create a trusting relationship. In conversation a nurse can use the illustration of how it is to swim in the river of life, and that it is normal to encounter obstacles. By swimming in the river, the nurse teaches the exposed to cope with everyday challenges, and makes her better equipped to meet life's challenges as a result of sexual abuse.

Keywords: Sexual abuse, trauma, salutogenesis, sense of coherence,

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	IV
ABSTRACT	V
1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE AV VALG.	1
1.2 PROBLEMSTILLING.	2
1.3 AVGRENING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING.	2
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING.	3
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV	4
2.1 SEKSUELLE OVERGREP MOT BARN.	4
2.2 TRAUMATISERING	5
2.3 SEINVIKNINGER.	7
2.4 SYKEPLEIE I ET SALUTOGENT PERSPEKTIV.	9
2.4.1 <i>Metanivå</i>	10
2.4.2 <i>Teoretisk nivå</i>	11
2.4.3 <i>Teknologisk og praktisk nivå</i>	13
2.5 SYN PÅ HELSEFREMNING OG SYKEPLEIE.	14
2.6 PERSONSENTRERT TERAPI.	15
3.0 METODE	16
3.1 HVA KJENNETEGNER EN METODE?	16
3.2 KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE.	16
3.3 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	17
3.4 LITTERATUR- SØK OG VALG AV LITTERATUR.....	17
3.4 KILDEKRITIKK	18
3.5 ETISKE ASPEKTER VED FORSKNINGEN.	19
4.0 RESULTAT	20
4.1 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER.	20
5.0 DISKUSJON	23
5.1 PERSONENS HISTORIE.	23
5.2 TILLITSFULLE RELASJONER.....	25
5.3 LÆRE Å SVØMME I LIVETS ELV.	28
6.0 KONKLUSJON	31
7.0 REFERANSELISTE	32
8.0 VEDLEGG	I
VEDLEGG 1:	I
VEDLEGG 2:	III

1.0 Innledning.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse av valg.

Med bakgrunn i egne interesser velger jeg å skrive om seksuelle overgrep i bacheloroppgaven. Seksuelle overgrep er et folkehelseproblem som trenger mer oppmerksomhet i dagens samfunn. Folkehelsearbeid deles tradisjonelt sett i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Det helsefremmende perspektivet har forebyggende arbeid som formål ved å fremme menneskers kompetanse og ferdigheter slik at de har bedre overskudd, trivsel og livskvalitet (Folkehelseoven, 2011). Seksuelle overgrep har fått mer fokus i de senere årene- stadig vekk avdekkes seksuelle overgrep i media. Det er stor sannsynlighet for at jeg møter overgrepsutsatte i arbeidslivet, på ulike arenaer. Jeg ønsker å ha tilstrekkelig kunnskap om seksuelle overgrep og vite hvilke faktorer som spiller inn på sykepleie til disse pasientene, basert på et helsefremmende syn. Oppgaven baseres på sosiologen Aaron Antonovskys svar på teorien om salutogenese, sense of coherence (SOC), som på norsk er oversatt til opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 1987, oversatt av Sjøbu, 2012).

Interessen for temaet fanget meg da jeg kom over en statistikk fra Fellesskap mot seksuelle overgrep, der hver femte kvinne og hver tiende mann har opplevd seksuelle overgrep før fylte atten år. Fem % av disse er utsatt for gjentatte, alvorlige overgrep, flesteparten begått av noen barnet eller ungdommen kjenner. Hyppigheten på overgrepene kan være ett overgrep til gjentatte overgrep fordelt over mange år. Det er mye ulikt tallmateriale på statistikk om seksuelle overgrep på grunn av metodologiske ulikheter. Ulike definisjoner brukes i forskjellige studier, noe som har innvirkning på overgrepsstatistikken (Fellesskap mot seksuelle overgrep, 2008). Vedlegg I viser en oversikt over norske studier med forekomst av seksuelle overgrep fra Norsk Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2007).

Jeg ønsker å finne mer ut om hvilken rolle sykepleier har i møtet med utsatte, og hvordan hjelpe dem til å bli bedre rustet til å takle hverdagslige utfordringer som følge av overgrepene. Mestring av hverdagslivet ved ulike helseproblemer er viktig i sykepleien. Tillit til menneskers aktive evne til tilpasning og motivasjon til å ta bevisste valg står sentralt (Langeland, 2012b). Det er allment kjent at det er en sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndommen og fysisk og psykisk helse (Broman, 2005). Forskning viser at opplevelse av sammenheng er klart relatert til seksuelle overgrep, og kan være av interesse for videre forskning og klinisk behandling (Priebe, Hansson og Svedin, 2012).

Sykehjemspraksis under utdanningen gav meg en erfaring med seksuelle overgrep, der jeg skulle ønske jeg hadde mer kunnskap om temaet. En eldre dame med demens var utsatt for seksuelle overgrep som barn. Dette var et tabubelagt tema, og hun fikk ingen oppfølging eller tilbud om hjelp, verken som barn eller voksen. Datteren hennes fortalte meg historien, etter at jeg reagerte på reaksjonen til beboeren under et morgenstell. Hun var veldig redd, engstelig og prøvde å gjemme seg og skjule kroppen sin. Hverdagen var preget av angst og redsel, og hun hadde behov for en hånd å holde i og stryke på. Det gav henne trygghet.

1.2 Problemstilling.

Hvordan bidra til opplevelse av sammenheng hos kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.

Jeg velger å avgrense problemstillingen til kvinner som søker psykisk helsehjelp på grunn av psykiske helseproblemer etter seksuelt misbruk i oppveksten. Jeg vil ha fokus på hvordan sykepleier i praksis kan bidra til mestring og helse, ved å fokusere på begrepet opplevelse av sammenheng. Helsefremming er et viktig sykepleiefokus, og verktøy i klinisk arbeid. Hensikten med denne oppgaven er å rette søkelyset mot kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, og finne mer ut om

hvilke helsefremmende tiltak sykepleier kan bidra med til disse kvinnene (heretter kalt utsatte) ved å styrke deres opplevelse av sammenheng (heretter kalt OAS).

1.4 Oppgavens oppbygning.

Videre i oppgaven presenterer jeg teoretisk perspektiv. Først legger jeg frem ulike definisjoner på seksuelle overgrep mot barn, traumatisering og seinvirkninger.

Deretter presenterer jeg sykepleie i et salutogent perspektiv og personsentrert terapi. I metoddelen defineres kjennetegn på metode, hva som er kvalitativ og kvantitativ forskning, litteraturstudie som metode og kildekritikk. I resultatdelen presenteres forskningsartiklene jeg har anvendt. Det neste kapitlet vil drøfte aktuell teori og funn opp mot problemstillingen min, før jeg avslutter med en konklusjon på utfallet av studiet.

2.0 Teoretisk perspektiv.

2.1 Seksuelle overgrep mot barn.

Tabuet rundt seksuelle overgrep ser ut til å gjelde på tvers av samfunn, selv om det er store kulturelle variasjoner på hvilken seksuell atferd som oppfattes som normal i forhold til hva som er avvikende (Kvelling, 2007, s. 281). I arbeid med kvinner som er utsatt for komplekse seksuelle traumer, er det behov for kunnskap om seksuelle overgrep og vold som kompleks traumatisering. Akutte og sen-reaksjoner påvirker den nevrobiologiske, nevropsykologiske og psykologiske funksjonen hos utsatte (Øglænd, I Iversen, 2010, s. 89). Helsepersonell må forholde seg til juridiske og psykologiske definisjoner av overgrep. Juridisk er seksuelle overgrep mot barn definert som seksuallovbrudd, og fremgår av Straffeloven kapittel 19 om seksualforbrytelser (2000). Den juridiske definisjonen av seksuelle overgrep mot barn forbyr seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd, og seksuell handling eller omfang med barn.

Tabell 1. Juridisk og psykologisk definisjon på seksuelle overgrep.

Juridisk definisjon	Psykologisk definisjon
Seksuelt krenkende eller uanstendig atferd (blotting, anstøtelige bevegelser eller ordbruk)	Seksuell handling som barnet ikke forstår, er modent for eller kan gi informert samtykke til
Seksuell handling (beføling av bryster eller kjønnsorganer)	Krenkende på barnets integritet
Seksuell omgang (samleie eller samleielignende forhold: slikking/suging av kjønnsorgan, onani, gnidning av kjønnsorgan, innføring av gjenstander i skjede eller endetarmsåpning) (Strl. §§ 192-199, NOU:1997:23, NKVTS, 2007).	En voksen som utnytter barnets avhengighet eller egen maktposisjon
	Handling basert på den voksnes behov
	Aktivitet som bryter med sosiale tabuer innen familien eller er ulovlig (sosial og helsedirektoratet, 2003, s.9).

Overgrepene graderes i forhold til fysiske eller ytre kjennetegn, dette kommer frem av tankegangen i lovens oppbygning, strafferammene og straffereaksjonene. Den seksuelle lavalderen er 16 år, er barnet under 14 år beregnes det som straffeskjerpene (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Begrepet incest sier noe om relasjonen mellom overgriper og den overgrepsutsatte. Kvillo (2007, s.282) definerer incest som “fysisk og psykisk krenkelse av barns og unges seksuelle integritet, begått av noen de står i et avhengighetsforhold til, eller skapt av noen med nær sosial tilknytning.

2.2 Traumatisering

Personer som har vært utsatt for hendelser som gir posttraumatiske ettervirkninger som overgår personens evne til å integrere dette i sin historie om seg selv har vært utsatt for traumatisering (NOU 2012:5). I dagens samfunn vet vi at psykisk lidelse kan forårsakes av ytre traumatiske hendelser som seksuelle overgrep (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010, s. 411). Traumatisering innebærer tre forhold som vil være til stede hos den traumatiserte i ettertid (Jf. Tabell 2). Det kan ta lang tid å finne tilbake til tryggheten igjen og en kan ikke glemme det som har skjedd. Derfor vil traumatiseringen prege og forandre livet og måten personen ser det på. Det ser ut til å være alvorlig for forløpet når noen forårsaker traumat med hensikt. I følge van der Kolk mfl. (1994, I: Skårderud et al 2010, s. 413) er traumatisering i barndommen medvirkende årsak til psykiske lidelser diagnostisert senere, som spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser og rusmisbruk. Regjeringen refererer til studier av utsatte, der funnene viser økt grad av depresjon, selvskading, angst, isolasjon, svakt selvbilde, rusmisbruk, en tendens mot å oppleve vold og overgrep på nytt i nye relasjoner, flere innleggelse i psykisk helsevern, suicidal atferd, somatiske plager og svakere fungering som foreldre er fremtredende faktorer (NOU 2012:5).

Tabell 2. Oversikt over forhold ved traumatisering, PTSD og dissosiasjon

Traumatisering:	Posttraumatisk stresslidelse:	Dissosiasjon:
<p>Det skjer noe forferdelig som ikke skulle ha skjedd. Den utsatte er totalt ubeskyttet og overlatt til noe ukjent og veldig farlig. En har opplevelse av en angst som det er vanskelig å beskrive.</p> <p>Kontinuiteten i livet blir brutt og den fundamentale tryggheten blir borte.</p> <p>Den utsatte kan ha en opplevelse av at ingen hjelper, og at en er totalt overlatt til det voldsomme og grusomme. Det er for sterke krefter og makter, noe som gjør det vanskelig å kjempe imot. En opplever hjelpeløshet sammen med en ubeskrivelig angst. Dette gjør at en blir overveldet og ikke klarer å forstå det som har skjedd.</p> <p>Den utsatte kan oppleve at det er ingen som bryr seg, forbundet med en subjektiv opplevelse av total ensomhet. Ingen gode krefter hjelper en, verken i virkeligheten eller i den indre verden. En mister all følelse av å ha kontakt med noen som viser empati (Skårderud et al., 2010).</p>	<p>En gjenopplever den traumatiske hendelsen (påtrengende minner i form av bilder, flashbacks, mareritt og tanker).</p> <p>Unngåelsesatferd (En bestreber å unngå alt som minner om traumet, forsøker å stoppe tanker, trekker seg tilbake sosialt, amnesi/ glemmer traumet).</p> <p>Hyperaktivering (irritabilitet, eksplosivt sinne, skvettenhet, konsentrasjonsvansker og søvnevansker).</p> <p>Nummenhet (mangelfullt følelsesliv/ følelsesløshet) og depresjon (Sosial- og helsedepartementet, 2003, NRSB, 2002. Sjøftestad, 2008).</p>	<p>Mestrings- og forsvarsstrategi.</p> <p>Flashbacks.</p> <p>Hallusinasjoner.</p> <p>Flere identiteter.</p> <p>Hukommelsestap.</p> <p>Angst.</p> <p>Mareritt.</p> <p>Humørsvingninger.</p> <p>(Skårderud et al, 2010, Sosial- og helsedepartementet, 2003).</p>

Seksuelle overgrep kan føre til posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Sosial- og helsedepartementet, 2003). Symptomene deles inn i fire hovedkategorier (Jf. Tabell 2). Herman (1998) forteller at barn som har opplevd seksuelle overgrep over tid kan få problemer med å regulere følelser, føle seg trygg i sin egen kropp, med nærhet og tillit til andre mennesker og med å finne mening i tilværelsene (I: Søftestad, 2008, s. 87). Personer som har opplevd traumer kan beskytte seg mot å bli overveldet og ødelagt av u håndterlige og ekstremt smertefulle fysiske og psykiske opplevelser ved å dissosiere (2003) (Jf. Tabell 2). Skårderud et al mener behandlere kan hjelpe pasienter som har vært utsatt for traumatisering å gjenvinne verdighet og respekt. De kan også hjelpe dem med å bli tryggere på andre mennesker, omgivelser, samfunnet og seg selv, gjenvinne innflytelse på og kontroll over eget liv og å mestre dagliglivet, gjenvinne mening og sammenheng i tilværelsene og til å mestre sin egen historie (2010, s. 418).

2.3 Seinvirkninger.

Søftestad (2008, s-86-87) uttrykker at overgrepsutsatte barn er i en spesiell risiko for umiddelbare skader og seinvirkninger – *De blir krenket på kropp og sjel*. Barnets virkelighetsforståelse og personlighetsutvikling står i fare for å forstyrres, og siden de sviktes av mennesker som skal beskytte dem eller står dem nær oppstår mistillit. Misstillit kan igjen overføres til andre lang- og kortsiktige relasjoner. Det kan være variasjon i hvilken grad barn skades på grunn av seksuelle overgrep, med bakgrunn i overgrepenes karakter og omfang, trekk ved relasjonen til overgriper, barnets egne ressurser, forholdet til andre viktige voksne og hvordan omgivelsene reagerer når overgrep avdekkes (2008). Det er ikke alltid behandlers årvåkenhet for traumatiske påkjenninger er like skjerpet. Konsekvenser av dette er at overgrep ikke blir fanget opp , og at voksne ikke spør om barnets erfaringer og plager. Noen ender opp med å gå alene gjennom livet med sine traumatiske og katastrofale hemmeligheter, de står i fare for å bli feildiagnostisert eller behandles for mest påtrengende symptomer i det de oppstår (2008). Kirkengen (2005), Søftestad (2005), Anstorp et al. (2006) og Turner et al. (2006, I: Søftestad 2008, s. 86) mener overgrepserfaringer kan få konsekvenser med psykisk, fysisk, relasjonelle og sosiale problemer. Det er stor sannsynlighet for at seksuelt misbrukte jenter blir selvdestruktive og selvforaktende på veien mot

voksenlivet. Dette kommer til uttrykk i leve- og væremåter som er preget av grenseløshet, risiko for liv og helse samt manglende beskyttelse og aktsomhet (Kirkengen, 2005, s. 60-61). I følge Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrakte barn (NRSB) og Søftestad (2005) vil som oftest både barn og voksne slite med ettervirkninger av seksuelle overgrep, noen av dem blir tydelige først i voksen alder. Forskning viser at skadevirkningene avhenger av flere faktorer (2002).

Tabell 3. Faktorer og skadevirkninger etter seksuelle overgrep i barndommen (Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 12-13)

Faktorer:	Skadevirkninger:
Konstitusjon: den utsattes grunnleggende prinsipper	Sterk skyld- og skam følelse
Alder ved overgrepstidspunktet	Negativt selvbilde
Tid/ varighet på overgrepene	Sviktende tillit til andre mennesker
Tidligere erfaringer	Isolasjon
Familieforhold generelt	Seksuelle problemer
Hvem og hvor mange har utført overgrepene	Problemer med opplevelse av egen kjønnsrolle
Bruk av vold, trusler og aggresjon	Smertetilstander
Overgrepens art: inntrengning i kroppens hulrom er mest alvorlig	Psykosomatiske plager
Hvilken støtte og hjelp som mottas i forbindelse med avdekking og tiden etterpå.	Angst og depresjon
	Hallusinasjoner
	Søvnvansker
	Selvdestruktiv atferd
	Suicidalitet

	Tendens til å bli offer på nytt.
	Utvikling av overgriperatferd og en aggressiv, konfliktskapende væremåte

2.4 Sykepleie i et salutogent perspektiv.

Opplevelse av sammenheng er en global orientering som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgripende, varig men dynamisk følelse av tillit til at ens indre og ytre miljø er forutsigbare og at det er stor sannsynlighet for at ting vil ordne seg, så godt som man med rimelighet kan forvente (egen oversettelse)(Antonovsky, 2012, s. 41).

Opplevelse av mening og sammenheng har stor betydning for å makte og mestre livssituasjonen og fremme helse (Hummelvoll, 2006). Dette gjenspeiles også i offentlige utredninger om helsefremmende arbeid (St.meld. nr. 16(2002-2003)). I følge Antonovsky (2012) bør de som arbeider med helsefremmende virksomhet være interesserte og oppmerksomme på personen, noe som krever et helhetlig perspektiv på livssituasjonen. Det innebærer å søke hvordan forhold som skaper stress oppleves og forstås, hvilken innstilling og tro personen har opp mot hennes evne til å mestre og holde ut en situasjon og hvordan velge å møte situasjonen (Hummelvoll, 2012 s. 583).

Antonovsky mener helsepersonell bevisst kan påvirke forandring av OAS. De kan bidra til midlertidige, små eller vesentlige forandringer. Sykepleier tilstreber å legge til rette for en tilværelse der personen og omgivelsene sine ressurser står i sentrum, sammen med faktorer som fremmer helse og den totale livssituasjonen (2012).

Teorien fokuserer på å fremme menneskets evne til å tilpasse seg stress fra indre og ytre omgivelser (Antonovsky, 2012, Langeland, 2012b).

Kjernekomponentene i OAS er meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet (Antonovsky, 2012, s. 39). Begripelighet handler om å oppfatte situasjonen som forståelig eller forutsigbar og oppleve den som ryddig, strukturert og tydelig. Håndterbarhet handler om å oppleve å ha tilstrekkelige ressurser til å takle stimuli i livet. Meningsfullhet er den tredje komponenten og handler om i hvilken grad livet føles forståelig (2012, s. 41).

For å belyse problemstillingen bruker jeg Eva Langeland som står bak en del av litteraturen jeg har funnet om salutogenese. Hensikten er å vise relevans og betydning av salutogenese i klinisk sykepleie. Det finnes modeller som er utviklet for at sykepleiere kan anvende salutogene terapiprinsipper. England og Artinian (1996, I: Langeland, 2012b) utdyper hvordan sykepleier kan styrke OAS via modellen ”Situational environment for salutogenic psychosocial nursing practice”. Behandlingsmålene er å øke ”Situational SOC (SOC)” (forkortet SiSOC), ”Sense of Self- Coherence” (forkortet SSOC) og SOC. Langeland bruker Katie Eriksson og hennes inndeling av kunnskapsnivået i sykepleie som metode.

2.4.1 Metanivå.

Sullivan definerer i Langeland (2012b) begrepet *omgivelser* som de ulike indre og ytre betingelser som påvirker en person. Helse beskrives som ett kontinuum, det vil si grader av helse. Motsetningen i det patogene perspektivet er dikotomi- mennesker klassifiseres som syke eller friske. I det salutogene perspektivet finnes optimal helse i den ene enden av kontinuumet og dårlig helse i den andre enden. Det fokuseres på et rent helse- kontinuum som følger et positivt helsemønster. Oppmerksomheten rettes mot det dynamiske samspillet mellom motstandsressurser og stressende faktorer som gjør det mulig å legge til rette for at personen kan bevege seg mot *høyest mulig grad av helse og velvære*. I følge Sullivan (1989, I: Langeland, 2012b) er det ikke en klar definisjon av sykepleie i den salutogene modellen. Derimot kan sykepleie betraktes som en GMR. Antonovsky bruker ”Helse i livets elv” som metafor for å illustrere det felles menneskelige i helsetenkningen (Jf. Figur 1, Eriksson og Lindström, 2008). Helsekontinuumet fokuserer på personen og personens historie. Stressfaktorer stiller krav til personer om energiforbruk og motstandsressurser skal opprettholde og styrke selvet, begge gjennom omgivelsene. Personen forsøker å opprettholde ”god orden” gjennom utveksling av energi og informasjon. Antonovsky definerer stressfaktorer som ”krav uten automatisk tilpasning (egen oversettelse)(1987, s. 27). Når en person opplever stress og belastning vil han reagere med spenning. Dette er hensiktsmessig med negative, nøytrale eller helsefremmende effekter. Dersom situasjonen håndteres effektivt vil personen oppleve mestring og styrke evnen og troen på at fremtidige belastninger håndteres i positiv retning av kontinuumet. Personer med evne og tilgang

til å bruke GMR i seg selv og omgivelsene vil mestre spenning og tilegne seg erfaringer som stimulerer til bedre utvikling av OAS. Når en fokuserer på den salutogene tilnærmingen vektlegges eksisterende eller potensielle motstandsressurser, slik at en rettes mot å søke helsefremmende faktorer i personens bevegelse mot høyest mulig grad av helse (Langeland, 2012b).

2.4.2 Teoretisk nivå.

OAS som generell motstandsressurs (GMR) er høyt forbundet med de andre motstandsressursene, men opererer på et annet nivå. En god OAS karakteriseres som deltagelse i daglige aktiviteter som er meningsfulle og at deler av livet oppleves som forståelig og håndterbart. Kultur og de valgmulighetene det gir kan i følge Langeland være med på å bestemme innholdet i OAS. Alle mennesker har en søken etter forståelse, håndterbarhet og mening. Antonovsky (2012, s. 50) forklarer at GMR skaper og styrker OAS ved å skape livsopplevelser som bærer preg av indre sammenheng, medbestemmelse og balanse mellom under- og overbelastning. En stressfaktor defineres som en livsopplevelse med manglende sammenheng, under- og overbelastning og som ikke deltar i beslutningsbestemmelser. En stressfaktor kan også skape eller styrke OAS (Antonovsky, 2012, s. 50). I følge Antonovsky er alle forhold som effektivt beskytter mot stressfaktorer, generelle motstandsressurser, fellesnevneren er at de setter stressfaktorer i en meningsfull sammenheng (2012, s.16-17). Tabell 4 viser en oversikt over noen eksempler på GMR, der kvaliteten på sosial støtte og egoidentitet ses på som spesielt viktige. Videre skiller Sullivan mellom GMR og spesifikk MR (SMR) (2012b, s. 42). Sykepleier kan bidra til å fremme personens håndtering av spenning og tilrettelegge for at personen mobiliserer GMR. Hun kan også styrke personens forhold til fremtidige utfordringer. På denne måten kan sykepleie fattes som en del av personens GMR. Sykepleier kan oppfattes som SMR når hun er omsorgsgiver og gir hjelp relatert til et spesielt problem. Det er gjensidig samspill i relasjonen mellom GMR og OAS. OAS og mestringsevnen styrkes når en person med helseproblemer tar imot sosial støtte og personen får større evne til å bruke ressurser på en nyttig måte (2012).

Tabell 4. Antonovsky identifiserte følgende eksempler på hovedområder på generelle motstandsressurser (Langeland, 2012b, s.42).

Generelle motstandsressurser.	
Sosial støtte	Det er viktig med intime og emosjonelle bånd, da personer med nære bånd til andre har lettere for å løse opp spenninger enn dem som har fravær av en slik kvalitet i sine relasjoner. Hvilken grad personen opplever emosjonelle bånd og erfarer sosial integrasjon i ulike gruppesammenheng henger sammen med følelsesmessig nærhet. Å vite at en har sosial støtte tilgjengelig er ofte nok til å defineres som GMR.
Egoidentitet	Handler om personens egen opplevelse av seg selv, og er en ressurs på det emosjonelle nivået. En sterk egoidentitet og OAS gir personen større evne til å velge tilgjengelige og passende GMR og SMR.
Kunnskap og intelligens	Kognitive ressurser. En får innsikt av kunnskap, slik at en lettere kan ta bevisste valg. Opplevelse av mestring og egoidentitet styrkes av at personen tar bevisste valg, handlinger og øvelser.
Kultur	Gir oss en plass i verdenssamfunnet. Kultur kan styrke OAS ved å sette folk i stand til sosial deltagelse (sosial beslutningstaking, kunst, håndverk/håndarbeid, sang, musikk, friluftsliv, hagearbeid, fysisk aktivitet/ idrett).
Kontinuitet, oversikt og kontroll	Makrososiokulturelle GMR bestemmes av kulturen og samfunnet personen tar del i.
Religion og verdier	GMR som gir forankring, retning og mening med livet.
Fysiske og biokjemiske motstandsressurser	God fysikk, gode gener, sterkt immunsystem.
Materielle verdier	Åpenbare GMR: ernæring, penger, klær, bolig.
Gode mestringsstrategier	GMR som kjennetegnes av rasjonalitet, fleksibilitet, vidsyn og forutsigbarhet. Personen viser evne til handling og regulering av følelser.

2.4.3 Teknologisk og praktisk nivå.

Hovedmålet for sykepleie i en salutogen tilnærming er å øke evnen til håndtering av helseutfordringer i hverdagen. Samspill mellom personen, omgivelsene, og samfunnet for øvrig gir styrket mestringsevne. Sykepleier kan bidra til at personen kommer i en god sirkel med konstruktivt samspill mellom GMR og OAS ved å øke bevisstheten om og tilliten til personens eget potensial, og hvilke indre og ytre ressurser som er disponible (2012b). Aktiv adaptasjon er idealet i en salutogen tilnærming, sykepleie defineres derfor som behandling. Antonovsky utfordret sykepleiere til å legge til rette for styrket mulighet til å utvikle en sterkere OAS hos personer med helseproblem (Antonovsky 1987 I: Langeland 2012b, s. 43). De kan stille spørsmål som øker personens bevissthet på muligheter og ressurser, noe som bidrar til økt tillit til egne mestringmuligheter. Videre kan hun oppmuntre personer til å komme i et positivt helsemønster, gjennom erfaringer kjennetegnet av tilhørighet, tillit, gode relasjoner og bruk av personens egen kunnskap og styrke med aktiv tilpasning av stressende omgivelser. Det kan være nyttig for sykepleier å bruke metaforen om livets elv som utgangspunkt for en samtale med personer som har helseutfordringer. I følge Langeland er det en viktig sykepleieoppgave å tilrettelegge situasjonen og komme med innspill slik at situasjonen oppleves mer forståelig, håndterbar og meningsfull (2012b, s. 44). Sykepleier legger til rette for personens selvakseptasjon ved å akseptere spenning som en vanlig følelse. En sykepleietilnærming som vurderer motstandsressurser i tillegg til risikofaktorer styrker sykepleiers evne til å fremme helse i tillegg til at det styrker pasienten mot stress i framtiden. Ny informasjon og hjelp til å lære nye strategier for å håndtere spesifikke helseutfordringer kan bidra til bedre OAS. En annen sentral sykepleieoppgave er å være en god samtalepartner og veileder. Ved å skape orden ut av kaos kan sykepleier tilrettelegge personens evne til å strukturere og bevisstgjøre egne erfaringer på en måte som styrker OAS. En grunnleggende faktor for å bli motivert til endring, vekst og utvikling er tillit. OAS kan styrkes ved at personen opplever tillit i en langvarig relasjon til sykepleier. Det kan føre til økt tillit til andre personer og til livet generelt. Tillitsfulle relasjoner gir større mulighet til å kunne bruke sitt sosiale nettverk. OAS styrkes av indre og ytre ressurser som gir tillit til å takle andre utfordringer. For ikke å tape ressurser eller mening over tid vektlegger den salutogene modellen fire sentrale sykepleiefokus- indre følelser, sosiale relasjoner, hovedaktiviteter og eksistensielle spørsmål. Det blir

gitt hjemmeoppgaver basert på disse oppgavene i salutogene behandlingsgrupper (2012b, s. 46).

2.5 Syn på helsefremming og sykepleie.

WHO definerer helsefremming som en prosess som gjør den enkelte så vel som fellesskapet i stand til å ta kontroll over forhold som har innvirkning på helsen. Helse er ikke bare fravær av sykdom. Fysisk, psykisk og sosialt velvære er også av betydning (2009). Psykisk helse er et viktig satsingsområde, der helse beskrives som en grunnleggende menneskelig rettighet (WHO, 1998). Menneskerettighetsrådet har hovedansvar for FNs arbeid med menneskerettigheter (Molven, 2012, s. 62-64). ICN beskriver sykepleierens verdigrunnlag. Reglene angir sykepleiers grunnleggende ansvar for menneskeheten, menneskesyn og hvilket etisk grunnlag sykepleie bygger på. Reglene fastslår at sykepleiere skal ”fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse”, og viser normer for etisk forsvarlig holdning og handling (ICN, 2006, I: NSF, 2011, s. 24-25). Norsk Sykepleierforbund (NSF) har utformet Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retningslinjene beskriver grunnleggende verdier på hva som er rett og galt og understreker respekt for liv og menneskeverd, ansvar for kvalitet på sykepleien, autonomi og taushetsplikt. Det legges vekt på faglig forsvarlig praksis og at sykepleien skal være kunnskapsbasert. Retningslinjene skal hjelpe sykepleier til å ta rette valg i vanskelige situasjoner, men hun må også bruke sitt faglige skjønn, det vil si praktiske klokskap (Slettebø, 2009, s. 16-18). De yrkesetiske retningslinjene inneholder seks hovedområder som sier noe om hvordan sykepleier skal møte en pasient. Det står blant annet at sykepleier er ansvarlig for å fremme helse og forebygge sykdom i sin sykepleiepraksis. I møte med pasienter skal hun forsterke håp, mestring og livsmot og ivareta helhetlig omsorg. Et annet punkt som er relevant for oppgaven er at sykepleier skal fremme selvstendige avgjørelser ved å gi informasjon og sikre at informasjonen er forstått (NSF, 2011, s. 8).

2.6 Personsentrert terapi.

Carl Rogers (1902- 87) stod bak teorien om personsentrert terapi. Han har satt opp seks nødvendige betingelser for å skape et klima for vekst og utvikling i ulike typer samtaler og grupper. Langeland mener disse betingelsene må være til stede før salutogen tenkning kan anvendes (2012a, s. 198-199). For det første må to personer være i psykologisk kontakt. For det andre må klienten være i en tilstand av uoverensstemmelse, og dermed engstelig og sårbar. For det tredje må terapeuten være i samspill med virkeligheten og ha forestillinger om hvordan den skal være. Relasjonen med klienten skal være ekte. For det fjerde må terapeuten være positivt ubetinget aksepterende. For det femte er det viktig å ha en empatisk forståelse mot den indre referanserammen til klienten, og prøve å kommunisere dette i terapeut-klient forholdet. Til slutt forklarer Rogers at det til en viss grad er klienten som oppfatter tredje, fjerde og femte betingelse. Disse er rettet mot kvaliteter som sykepleieren må besitte. Det selvaktualiserende potensialet forløses av ubetinget akseptasjon, empati og ekthet, derfor må sykepleier engasjere seg for å vise høyest mulig grad av en kombinasjon av disse holdningene. For å oppnå terapeutisk framgang må brukeren oppleve at disse holdningene er til stede hos sykepleieren. Hun må ha fokus på å være sensitiv i behandlingen ved å forholde seg til brukeren som en hel person. Tillit og motivasjon til endring skapes av at brukeren opplever positiv akseptasjon, empati og ekthet. Tillit legger basis for motivasjon til endring, vekst og utvikling. For å tilstrebe dette må sykepleieren gå ut av den tradisjonelle behandlerrollen og skape et gjensidig samarbeid. Ved å legge opp til en likeverdig dialog og et gjensidig samarbeid aksepterer sykepleier personens livssituasjon. Sykepleier balanserer mellom å lytte empatisk til personens problemer synkront med å rette oppmerksomheten mot personens styrker og ressurser (Langeland, 2012a, s. 198-199). Sykepleiers salutogene perspektiv sammen med personens egen tolkning av hva som er helse og velvære skaper grunnlag for refleksjon og samtale, der en nøyaktig forståelse av personens opplevelse av sin egen situasjon kan bevisstgjøres i samtalen. Når sykepleier positivt aksepterer dette, styrkes personens tillit til egen opplevelse og forståelse (Langeland, 2012b, s. 44).

3.0 Metode.

3.1 Hva kjennetegner en metode?

Sosiologen Vilhelm Aubert definerer metode som ”(...) en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (1985, s. 96 sitert i Dalland, 2012, s. 111). Metode beskrives som å gå en bestemt vei for å oppnå ett mål. Den sier noe om hvordan en kan innhente ny kunnskap og hvordan vurdere og teste kunnskapen i etterkant. En kan bruke ulike metoder når vi skal ta fatt på et spørsmål eller et problem. Grunnen til at en velger én bestemt metode er at den kan gi gode data, og at spørsmålet vårt belyses på en faglig interessant måte. For at en undersøkelse skal kategoriseres som forskning, må en følge godkjente regler knyttet til utøvelsen av anerkjente metoder (Dalland, 2012, s. 111-114). Videre deles metode inn i kvalitativ og kvantitativ forskning.

3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode.

Den kvalitative metoden fanger opp mening og opplevelse som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2012, s.112). Den hjelper oss å fange opp sider ved levestandard som helsetilstand, bo-situasjon, sosial kontakt og opplevelse av mening i tilværelsen. Den kvalitative forskningen tar for seg ustrukturerte problemstillinger hvor det er utspring for at forskjellige forslag, tanker og ideer utdypes med suksess slik at en teori kan vokse frem (Olsson og Sørensen, 2003, s. 42). Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2012, s.112) og tar for seg strukturerte, forhåndsformulerte problemstillinger som gjerne utgår fra en teori og spesifiseres i en hypotese som kan brukes eller kastes (Olsson og Sørensen, 2003, s. 42). Begge metodene bidrar til å oppnå bedre forståelse av samfunnet, og handlings- og samhandlingsmønsteret til enkeltmennesker, grupper eller institusjoner (Dalland, 2012, s. 112).

3.3 Litteraturstudie som metode.

Denne oppgaven har systematisk litteraturstudie som metode. Etter å ha søkt etter relevant forskningslitteratur endte jeg opp med tre kvantitative og en kvalitativ studie som skal være med å belyse problemstillingen. I følge Olsson og Sörensen (2003) er det vanlig å bruke litteraturstudie som metode i hovedoppgaver. Mulrow og Oxman (1997, i Forsberg & Wengström, 2012, s. 31) definerer ett systematisk litteraturstudie som å finne svar på ett tydelig formulert spørsmål ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Dette innebærer å granske og sammenligne forskningsbasert litteratur innenfor ett bestemt område (2012). Litteraturen er informasjonskilde til innsamlingsdata (Olsson og Sörensen, 2003). En forutsetning for å gjøre et systematisk litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelige studier av god kvalitet som utgjør grunnlaget for studiet (Forsberg & Wengström, 2012, s. 30). Det er positive og negative sider ved en systematisk litteraturstudie som metode. En bruker forskning der grunnarbeidet og datainnsamling allerede er utført, derfor sparer en tid og arbeid. Det er derimot en svakhet at det er begrenset tilgang til forskning som er aktuell for problemstillingen en velger, og at forskningen allerede er analysert av andre (2012).

3.4 Litteratur- søk og valg av litteratur.

Pensumlitteratur og annen faglitteratur som er relevant for mitt tema er brukt fra biblioteket ved Høgskolen Stord/ Haugesund, Bibsys og internett. Søkemotoren Google og Google Scholar er brukt, Verdens helseorganisasjon og FNs barnerettigheter. For å finne artiklene har jeg brukt databasene i HSH bibliotekets internettsider aktivt: ProQuest, Cinahl, SveMed, PsykInfo. Jeg har også søkt manuelt i anerkjente tidsskriv. For å finne søkeord som var relevant for problemstillingen benyttet jeg PICO skjema. PICO står for Pasient/Problem, Intervensjon/ eksponering, Comparison (sammenligning) og Outcome (endepunkter). Først brukte jeg norske ord, men byttet dem ut med engelske for å få bedre struktur på søketreffene. Jeg har brukt systematisk søk, men fant flest brukbare artikler på manuelt søk.

Tabell 5. Oversikt over søkeord i PICO- skjema.

	Søkeord.
P	Kvinner utsatt for seksuelle overgrep, psykisk syke, Engelsk: child abuse, sexual child abuse, child abuse survivors, child maltreatment
I	Barn/ barndom, sykepleie, psykisk helse Engelsk: Childhood, sexual intercourse, psychiatric nurs*, nurse- patient relations
C	Mestring, Engelsk: Coping, cop*,
O	Helsefremming, opplevelse av sammenheng, salutogenese. Engelsk: Health Promotion, sense of coherence, salutogenesis, psychosocial health

Jeg valgte artiklene på bakgrunn av funnene i forskningen, og deres relevans for å besvare problemstillingen. Det er en del forskning på opplevelse av sammenheng, men lite i psykiatrisk sykepleie. Jeg fant en studie som inneholdt både seksuelle overgrep og OAS hos voksne kvinner, og en studie på ungdommer som hadde opplevd overgrep, sistnevnte ekskluderte jeg på grunn av søkekriteriene. Derfor har jeg valgt å relatere kvinner med psykiske helseproblemer i søkeordene, da det ofte er sammenheng mellom seksuelle overgrep og psykiske helseproblemer. Under søkingen ble jeg oppmerksom på at det var mange av de samme forfatterne som gikk igjen.

3.4 Kildekritikk

Jeg har systematisk gått gjennom forskningsartiklene for å finne ut om de er relevante for problemstillingen. Hjelpemidler jeg har brukt er nettstedet kunnskapsbasert praksis hvor de har skjema for å evaluere kvalitativ og kvantitativ forskning, PICO skjema og ansatte ved høgskolebiblioteket. Søkeprosessen resulterte i mye forskning på seksuelle overgrep på 1990 tallet, men denne forskningen var for gammel til at jeg ville inkludere den i oppgaven. All forskning før år 2003 ble ekskludert. Seksuelle overgrep fører til traumatisering, PTSD og dissosiasjon, derfor valgte jeg å kategorisere seksuelle overgrep som psykisk helseproblem i litteratursøket for å finne

relevante studier. Jeg fant en studie som handlet om seksuelle overgrep og OAS, under søkingen ble jeg oppmerksom på at det kun var den og en annen studie som har ungdommer som utvalg i hele Europa som omhandlet seksuelle overgrep og OAS. Kildekritikk vil si å vurdere og karakterisere litteraturen som er brukt i oppgaven. Gjennom kildekritikk kan leseren få ett innblikk i refleksjoner jeg har gjort og hvilken holdbarhet, relevans og gyldighet litteraturen har for å belyse problemstillingen, om det er brukt kritisk blikk til kildematerialet og hvilke kriterier som er brukt under utvelgelsen av litteratur (Dalland, 2012, s. 72-73) .

3.5 Etiske aspekter ved forskningen.

Etikk handler om normer som hjelper oss til å ta riktige valg i livet (Dalland, 2012, s. 96). Oppgaveskriving kan gi etiske utfordringer knyttet til bruk og produksjon av forskningsresultater (Tranøy, 1992, i Dalland, 2012, s. 109). Forskning innen medisin og helse følger Helsinkideklarasjonens forskningsetiske prinsipper ved medisinsk forskning på mennesket, og skal ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Førde, 2009). Deklarasjonen legger vekt på fire grunnleggende etiske prinsipper i relasjonen mellom mennesker: autonomi prinsippet, godhetsprinsippet, prinsippet om ikke skade og rettferdighetsprinsippet (Olsson og Sörensen, 2003). Litteraturstudie må være godkjent av en etisk komité, (Forsberg og Wengström, 2008, s.77) og skal ikke fremstå som plagiat (Dalland, 2012, s. 80). Jeg skal være oppriktig og alltid skrive kildehenvisninger i oppgaven min. Referanselisten følger retningslinjene til biblioteket på HSH Haugesund. Ved bruk av sitat og annen litteratur vil jeg oppgi riktig kilde med henvisning til sidetall slik at det ikke fremstår som det er skrevet av meg. Forskningsartiklene jeg har presentert i kapittel 4 er alle godkjent av en etisk komité.

4.0 Resultat.

I dette kapittelet presenteres utvalgt forskningslitteratur som har betydning for problemstillingen min. Artikkel 1, 3 og 4 handler ikke direkte om seksuelle overgrep, men hjemmeboende personer med psykiske helseproblemer. Derimot settes det fokus på salutogene behandlingsprinsipper og opplevelse av sammenheng. Vedlegg nummer to gir en fullstendig oversikt over forskningsartiklene.

4.1 Presentasjon av forskningsartikler.

I artikkelen ”Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse” undersøkte Eva Langeland hvilken betydning en salutogen tilnærming har med fokus på å styrke mestring i rehabiliteringsprosessen for hjemmeboende pasienter med psykiske helseproblemer. Studien er kvantitativ og ble utgitt i Forskning, år 2009.

Deltakerne i studiet var 107 hjemmeboende personer med psykiske helseproblemer i alderen 18- 80 år, og en kontrollgruppe. I studien kom det fram at kvaliteten på sosial støtte er en viktig GMR som predikerer positiv forandring av OAS. Relasjoner hvor en har mulighet til å gi omsorg til andre og oppleve sosial integrasjon framstod som viktige faktorer. Videre viser funnene at OAS predikerer endring i livskvalitet, der meningskomponenten i OAS bidro mest til denne prediksjonen. Studiet illustrerer hvordan salutogenese kan fremme mestring ved å øke deltakernes bevissthet om deres potensial, indre og ytre ressurser som personlige kvaliteter, mestringsevne og sosial støtte, og muligheten til å anvende denne kunnskapen for å styrke deres OAS. Et annet sentralt funn i studien er personenes samspill med omgivelsene, der bevisstgjøring av selvregulering og passende utfordringer gir best mulig tilrettelegging for gode mestringsopplevelser. Studien viser at bruk av salutogene terapiprinsipper i samtalegrupper resulterer i styrket OAS sammenlignet med kontrollgruppen. Terapeutrollen i et salutogent perspektiv kombinerer det å være samtalepartner med kvaliteter som positiv, ubetinget aksept, empati og ekthet, noe

som innebærer balanse mellom å lytte til problemer og oppmerksomhet til styrke og ressurser.

I artikkelen ”Group Therapy for Women Sexually Abused as Children: Mental Health Before and After Group Therapy” undersøkte Lundquist, Svedin, Hansson og Bromann effekten av gruppeterapi hos kvinner utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Studien er kvalitativ og ble utgitt i *Journal of Interpersonal Violence*, år 2006.

Studiet ble gjennomført på en poliklinisk avdeling ved to forskjellige sykehus i Sverige. Utvalget bestod av en studiegruppe og to kontrollgrupper. Hensikten med studiet var å følge opp og evaluere psykiske symptomer, symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og OAS hos kvinner utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Studien viser at salutogen behandling kan beskytte mennesker i stressende situasjoner. Det indikerer at behandling har positiv effekt på OAS. Sykepleier som gruppeleder har positiv effekt i samtalegruppene og hjelper utsatte med å bearbeide overgrepene på et emosjonelt nivå. Utsatte står i fare for å bli ensomme fordi de unngår å bruke sitt sosiale nettverk, derfor kan det være nødvendig med et gruppesamhold. Overgrep blir av mange hemmeligholdt til de kommer i en gruppe, og avdekkes. Studien konkluderer med at seksuelle overgrep er utbredt blant kvinner som søker psykisk helsehjelp i voksen alder. Traume-basert gruppeterapi viser reduksjon på psykiske symptomer, symptomer på PTSD og bidrar til positiv utvikling av OAS.

I artikkelen ”The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems: A randomised controlled trial” undersøkte Eva Langeland et al effekten av salutogene behandlingsprinsipper for å mestre psykiske helseproblemer. Studien er kvantitativ og ble utgitt i *Patient Education and Counseling*, år 2006.

Deltakerne ble rekruttert fra ni forskjellige polikliniske avdelinger i Norge. Utvalget besto av 116 hjemmeboende personer med psykiske helseproblemer. Studiegruppen fokuserte på å styrke mestring mens kontrollgruppen fikk standard behandling. Studien indikerer signifikant forbedring av mestring blant personer med psykiske helseproblemer. Den indikerer også at OAS kan ha positiv innvirkning på behandling

av psykiske helseproblemer. Resultatene viser at komponenten håndterbarhet bidro mest til forbedring av mestring. Håndterbarhet er avhengig av ytre ressurser som sosiale relasjoner for å skape konkrete tiltak på et problem. Studien viser at samtaleterapi grupper basert på salutogene prinsipper bidrar til økt mestring hos personer med psykisk helseproblem, og at fokus på å øke mestringsevne kan være nyttig i recovery- prosessen hos mennesker med psykisk helseproblemer.

I artikkelen ”Are stigma experiences among persons With mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence?” undersøkte Lundberg , Hansson, Wentz og Björkman om avvisende erfaringer vil ha negativ assosiasjon med egen oppfatning av selvfølelse, empowerment og OAS. Studien er kvantitativ og ble utgitt i Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, år 2009.

Utvalget besto av 200 personer med løpende kontakt med psykisk helsevern eller brukerorganisasjoner i perioden januar 2004 til mars 2005. Hensikten var å utforske forhold mellom stigmatiserende avvisning og selvfølelse. Funnene viser at personer som har erfart avvisning har negativ assosiasjon med OAS, empowerment og selvfølelse. Funnene viser negativ sammenheng mellom OAS og erfaringer med avvisninger der stress og psykiske plager er forbundet med en svakere OAS. Studien diskuterer om salutogene behandlingsprinsipper kan påvirke personer med psykisk lidelse til å takle stigmatisering. Forholdet mellom OAS og stigmatisering kan være av stor betydning for å utvikle mestringsstrategier for personer med psykisk lidelse. Studien konkluderer med negativ assosiasjon mellom OAS og avvisninger, men årsakssammenhengen er utydelig. Frykt for stigmatisering kan føre til tilbaketrekning fra sosiale sammenhenger, og redusere mulighet for sosial tilpasning i livet. Sykepleiere som arbeider innen psykisk helse er i en sentral posisjon til å identifisere pasienters opplevelse av stigmatisering, samt utvikle mestringsstrategier for å redusere effekten av stigmatisering.

5.0 Diskusjon.

Jeg skal i denne delen drøfte problemstillingen: *”Hvordan bidra til opplevelse av sammenheng hos kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen?”* opp mot teoridelen, forskningslitteratur og annen aktuell litteratur jeg har tatt i bruk i for å svare på problemstillingen.

5.1 Personens historie.

Det kommer frem av funnene i studien til Lundquist et al (2006) at seksuelle overgrep er utbredt blant kvinner som søker psykisk helsehjelp i voksen alder. Øglænd (I: Iversen, 2010, s. 89) forklarer at akutte og senere reaksjoner påvirker den utsattes nevrobiologiske, nevropsykologiske og psykologiske funksjoner. Langeland (2009) viser oss at salutogenese fokuserer på personens historie istedenfor på diagnosen, og legger vekt på historiens mestringsevne. Det er viktig at sykepleier har kunnskap om seksuelle overgrep og traumatisering, fordi den utsatte kan ha vansker med å integrere dette i sin egen historie (NOU 2012:5). Sykepleier og den utsatte kan ha forskjellig kunnskap som begge har behov for i et gjensidig samarbeid (Langeland, 2012b). Så hvordan kan sykepleier være til hjelp for utsatte når de trenger å integrere overgrep i sin historie? Rogers personsentrerte teori underbygger hvilke kunnskaper eller kvaliteter sykepleieren må besitte i møte med en pasient. Ved å gå ut av den tradisjonelle behandlerrollen kan sykepleier legge opp til en likeverdig samtale preget av gjensidig samarbeid, der hun viser klart og tydelig at hun aksepterer personen sin livssituasjon. Når sykepleier som behandler anvender salutogen tenkning i møte med utsatte, må hennes oppfatninger være i samspill med virkeligheten (Langeland, 2012a). Videre kan sykepleier forsterke OAS ved å legge til rette for at utsatte kan strukturere og bevisstgjøre sine livserfaringer (Sullivan, 1989 i Langeland, 2012).

Jeg vil se nærmere på begrepene i modellen til England og Artinian (Jf. Pkt. 2.4). SiSOC gir oss en pekepinn på hvordan personen kan takle utfordringer og inkludere dem i hverdagen sin. Har den utsatte god SiSOC vil hun ha sterkere helse og velvære, i tillegg til å utvikle bedre evner til aktiv tilpasning. Dersom den utsatte opplever bedre SSOC, vil hun inkludere erfaringer, motivasjon og mål fra fortid og nåtid i

situasjonen sin og finne mening med den. Tre ting er sentralt, for det første fokuserer SOC begrepet på samspillet med GMR, mens SSOC har fokus på vanlige omstillinger i hverdagslivet samt utsattes egne erfaringer. SiSOC er sentralt når utsatte møter vanskelige, konkrete situasjoner i hverdagen. SSOC dreier seg om hvilken måte personen opplever seg selv i samhandling med andre. Sykepleier kan bidra til å styrke utsattes ferdigheter ved å bidra til at personen finner mening i livet sitt ut i fra sin personlige historie og hvilke GMR personen har tilgjengelig. I samtalen kan sykepleier fokusere på at personen styrker sin OAS. En god SSOC vil gi personen evne til å inkludere erfaringer fra fortiden og nåtiden, motivasjon og mål, slik at hun finner mening i erfaringen her og nå. Sykepleier kan legge til rette for at personen mobiliserer energi, ser mening med livet og mestrer å leve videre til tross for overgrepene. Modellen viser at sykepleier kan bidra til styrket SiSOC, SSOC og SOC ved å bidra til bevisstgjøring av ressurser og hjelpe utsatte til å ta i bruk de ressursene hun har tilgjengelig. Ut i fra dette kan sykepleier være behjelpelig til å ta ressursene i bruk, slik at personen opplever nye sammenhenger i helsefremmende aktiviteter som trening, nye valgmuligheter, venner eller bedre sosiale relasjoner. Når sykepleier lytter til personens historie kan hun få frem disse positive sidene ved personen.

Sykepleier skaper rom for videreutvikling og nyansering av situasjonen ved å lytte og bidra aktivt til personens egne fortellinger om seg selv. Utsatte som får større bevissthet rundt sin egen historie, kan erkjenne og gi oppmerksomhet til ressurser som bidrar til bedring (Langeland 2012a, s. 203). Denne kunnskapen får meg til å stille spørsmål om sykepleierens rolle med tanke på bevisstgjøring av personen. Hva kan sykepleier gjøre i praksis for å gjøre den utsatte mer bevisst på sin egen historie og ressursene hun har i sine omgivelser, og bruke dette for å oppnå bedre helse? Litteratur og forskning har vist oss at det er grunnleggende å anerkjenne den utsatte som person i en salutogen tilnærming (Jf. Pkt. 2.4, Langeland 2009). Ett av funnene i studien til Langeland viser oss at terapeutrollen i et salutogent perspektiv kombinerer det å være samtalepartner med kvaliteter som positiv, ubetinget aksept, empati og ekthet. Dette innebærer balanse mellom å lytte til problemer og oppmerksomhet til styrke og ressurser (2009). Det gjør at sykepleier må akseptere personen og opptre på en fri, åpen og "ikke-vitende", positiv måte og stille seg åpen for personens opplevelse slik at den utsatte opplever frihet til å utforske seg selv og sine omgivelser. I tillegg får personen rettet oppmerksomhet mot sin mestringssevne ved å fortelle sin

historie, noe som vitner om heltmodig innsats i stedet for å ha fokus på fortelling om lidelse. Det å ha det salutogene fokuset gjør sykepleieren bedre rustet til å anerkjenne den utsatte som person og vise henne den respekten hun fortjener når hun klarer å mestre vanskelige livshendelser som følge av overgrep.

Innledningsvis fortalte jeg at seksuelle overgrep stadig avdekkes i media (Jf. Pkt. 1.1). Sætran (2013) forteller i Aftenposten at det typisk er vanskelig for barn å snakke om overgrep, og at de godtar verden slik den er. Derfor kan barn tilpasse seg en overgriper og hans forventninger til dem. Skam og skyldfølelse kan være så stor hos utsatte at de ikke vil snakke om overgrep. Teorien har vist oss at seksuelt misbrukte barn står i fare for å dissosiere for å beskytte seg mot overgrepshendelsene, noe som blant annet kan føre til utvikling av flere identiteter (Jf. Pkt. 2.2). Antonovsky identifiserte egoidentitet som eksempel på GMR, der en sterk egoidentitet og OAS gir større evne til å velge GMR og SMR den utsatte har tilgjengelig og som passer til situasjonen (Jf. Pkt. 2.4.2). Litteraturen forteller at sykepleier kan legge til rette for at personen får en mer konstruktiv identitet og opplever å mestre i stedet for å ha psykisk helseproblem relatert til seksuelt misbruk i barndommen. Ved å ha et empatisk ståsted kan sykepleier oppmuntre den utsatte til å skape en identitet som gir sammenheng og mening. Langeland har forklart at en salutogen tilnærming kaster lys over personens mestringssevne, muligheter og ressurser (2012a). Sykepleieren blir guidet til å se etter faktorer som fremmer personens bevegelse mot høyeste mulig grad av helse. Det er viktig at sykepleieren legger vekt på å tilføre, utvide og bevisstgjøre ressurser i stedet for å lete etter årsak til problemene, det er ikke nødvendig å finne årsak til problemene for å komme fram til mestringsmuligheter i den utsattes historie.

5.2 Tillitsfulle relasjoner.

Aktiv adaptasjon er idealet for behandling i et salutogent perspektiv, derfor er det logisk å definere sykepleie som behandling (Antonovsky, 2012, Langeland, 2012b). I teorien kom det fram at overgrepsutsatte blir krenket på kropp og sjel, og at mistillit oppstår som følge av svik fra omsorgspersoner (Jf. Pkt. 2.3). Det kom også fram at mistillit kan overføres til andre kort og langsiktige relasjoner. Derfor må sykepleier ha kunnskap om begrepene tillit og mistillit når hun møter utsatte som søker psykisk

helsehjelp, for å unngå at mistillit overføres til relasjonen mellom dem. Det er også vesentlig at sykepleieren har tillit til menneskers aktive evne til tilpasning, og til at den utsatte er motivert til å gjøre bevisste valg og handlinger. Ved at sykepleieren stiller spørsmål som øker utsattes bevissthet på hvilke muligheter og ressurser hun har, bidrar hun til at utsatte øker tilliten til sine egne mestringmuligheter. I praksis kan sykepleier også oppmuntre utsatte til å komme i et positivt helsemønster ved å gjøre personen oppmerksom på erfaringer preget av tilhørighet, tillit, gode relasjoner og ikke minst ved å bruke personens egen kunnskap og styrke til å tilpasse seg stress fra omgivelsene. Litteraturen har derimot vist oss at det kan være vanskelig for overgrepsutsatte å tilpasse seg hverdagslige utfordringer slik at de oppnår positivt helsemønster (Jf. Pkt. 2.1, 2.2, og 2.3). Sykepleier kan bruke kunnskapen sin om seksuelle overgrep og OAS til å legge til rette for tilpasningsevnen til utsatte. Gradvis bevisstgjøring av situasjonen sammen med GMR kan hjelpe utsatte til å lage nye livserfaringer der hun fremmer og styrker en varig forandring av OAS.

For at sykepleier skal skape en tillitsfull relasjon med overgrepsutsatte, kan hun ta i bruk Rogers betingelser for å skape et miljø for vekst og utvikling (Jf. Pkt. 2.6). Jeg tør påstå at utsatte som søker helsehjelp i voksen alder er i en tilstand av uoverensstemmelse, derfor søker hun psykologisk kontakt. Sykepleier må da være virkelighetsorientert, og ha forestillinger om hvordan virkeligheten skal være. Rogers forklarer at relasjonen mellom sykepleier og klienten må være ekte. Det tolket jeg også frem av teorien, Herman forklarer at utsatte kan få problemer med nærhet og tillit til andre mennesker og med å finne mening i tilværelsene (1998, I: Søftestad, 2008). Utsatte kan også få problemer med å regulere følelser og føle seg trygg i sin egen kropp. Flere forfattere i Søftestad (2008, s. 86) mener overgrepsutsatte kan få konsekvenser av blant annet relasjonelle problemer. Teorien forteller oss at sviktende tillit til andre mennesker er en skadevirkning på grunn av seksuelle overgrep (Jf. Pkt. 2.3). Erfaringer jeg har gjort meg i praksis bekrefter at det er av stor betydning for forholdet mellom sykepleier og pasient at sykepleier opptrer på en tillitsfull, empatisk måte og viser ekthet ved å ta pasientens tegn på alvor (Jf. pkt. 1.1). En overgrepsutsatt som har posttraumatiske ettervirkninger mangler den fundamentale tryggheten i livet (Jf. Kap.2.2), og mangel på trygghet og følelse av hjelpeløshet kan være til stede i ettertid. Ved å akseptere den utsattes historie uansett hvordan situasjonen legges frem og vise en empatisk forståelse av utsattes situasjon legger sykepleier et godt

utgangspunkt for tillit i kommunikasjonen i terapeut- klientforholdet. I følge Rogers må sykepleieren være sensitiv i behandlerrollen ved å forholde seg til brukeren som en hel person (Jf. Pkt 2.6). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier også noe om hvordan sykepleieren skal møte pasienten. Retningslinjene understreker respekt for liv og menneskeverd, ansvar for kvalitet på sykepleien, autonomi og taushetsplikt som grunnleggende verdier. Retningslinjene forteller oss at sykepleier skal fremme helse og ivareta helhetlig omsorg. I møte med utsatte vil dette innebære å forsterke håp og å fremme mestring og livsmot slik at de opplever styrket tillit til egen opplevelse og forståelse av overgrepserfaringen. Videre legger Rogers vekt på at tillit og motivasjon til endring blir til ved at personene opplever nettopp positiv akseptasjon, empati og ekthet. Ved at sykepleieren engasjert viser høyest mulig grad av disse kvalitetene i kombinasjon med hverandre på en måte som når fram til utsatte, vil terapeutisk fremgang være oppnåelig i praksis.

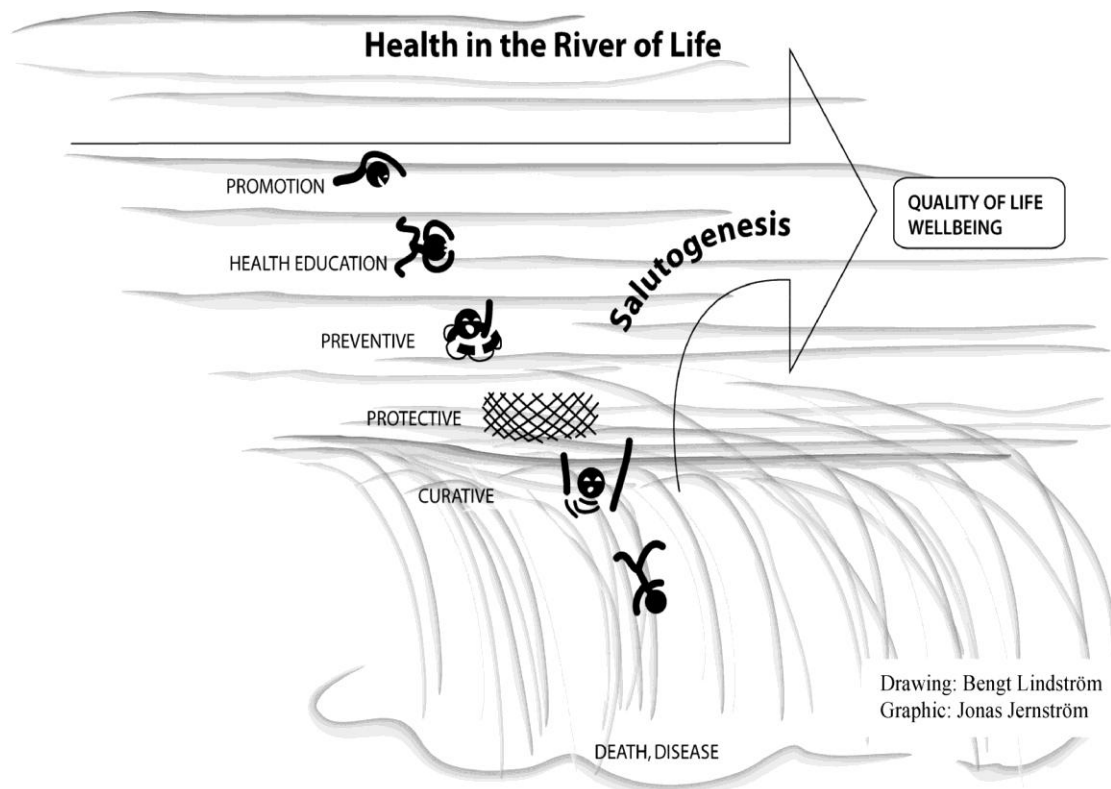
Litteraturen har vist at sykepleier må tilrettelegge situasjon og komme med innspill til den utsatte slik at hun opplever situasjonen som mer forutsigbar, håndterbar og meningsfull (Jf. Pkt 2.4). Når den utsatte er klar for videre behandling, kan sykepleier foreslå samtaleterapi i gruppe sammen med andre utsatte. Studien til Lundquist et al (2006) viser at traumebasert gruppeterapi gir signifikant forbedring av psykiske symptomer, symptomer på PTSD og OAS. I studien kom det fram at overgrepsutsatte kan fortelle om overgrep i samtalegrupper med aktiv hjelp fra gruppeleder, og at gruppeleder kan hjelpe utsatte å bearbeide overgrepet på det emosjonelle planet. Et annen sentralt funn er at utsatte står i fare for å bli ensomme fordi de unngår å benytte seg av sitt sosiale nettverk. Mange holder overgrepet hemmelig, men har lettere for å avdekke det i en samtalegruppe der de opplever gruppesamhold (2006). Flere av studiene viser at gruppeterapi med salutogen behandling har positiv effekt på OAS og kan beskytte mennesker i stressende situasjoner (Langeland, 2009, Lundquist et al, 2006, Langeland et al, 2006). Når utsatte har en tillitsfull relasjon til sykepleier og ønsker å delta i samtalegruppe, kan sykepleier som gruppeleder hjelpe de utsatte med å bearbeide traumet. Sykepleier må bevisst bruke sine kvaliteter slik at den utsatte oppfatter at sykepleieren tar henne på alvor. Da får den utsatte mulighet til å forløse sitt selvaktualiserende potensial på grunn av sykepleierens ubetingede akseptasjon av situasjonen, hennes empatiske væremåte og ikke minst hennes ekthet i relasjonen mellom sykepleier og utsatte. Dette vil i praksis innebære at sykepleier engasjerer seg

i de utsattes historie for å skape en tillitsfull relasjon der de utsatte selv ønsker å aktualisere og fortelle om overgrepene. Dette underbygges av funn i studien til Langeland (2009), der personens samspill med omgivelsene og bevisstgjøring av selvregulering og passende utfordringer gir best mulig tilrettelegging av gode mestringsmuligheter.

Funnene i studien til Lundberg et al (2009) viser oss at avvisninger fra andre gir negativ assosiasjon med hvordan personer med psykiske helseproblemer oppfatter sin egen selvfølelse, empowerment og OAS. Personer kan få svakere OAS som følge av stress og psykiske plager på grunn av avvisninger. Studien viser at forholdet mellom OAS og stigmatisering kan være av stor betydning for å utvikle mestringsstrategier for personer med psykisk lidelse, og konkluderer med at frykt for stigmatisering kan føre til tilbaketrekning fra sosiale sammenhenger og redusere muligheten for sosial tilpasning i livet. Tabell 3 viser oss at faktorer og skadevirkninger på seksuelle overgrep avhenger av hvilken støtte og hjelp som mottas i forbindelse med avdekking av overgrep og i tiden etterpå. Med denne kunnskapen kan sykepleier forebygge svakere OAS, og være en pådriver på sosial støtte hos den utsatte.

5.3 Lære å svømme i livets elv.

Antonovsky bruker “Helse i livets elv” (Jf. Figur 1, Eriksson og Lindström, 2008) som metafor for å forklare det som er felles for alle mennesker i helsetenkningen (Jf. Pkt. 2.4.1). Jeg vil utdype dette nærmere ved å forklare hvordan sykepleier kan benytte seg av denne metaforen i samtale med utsatte. Alle mennesker befinner seg i livets elv, ingen har krav på å stå trygt og godt plassert på elvebredden. Elvens bevegelser varierer fra rolige strømninger til virvelstrømmer og fossefall. Det fører til det salutogene spørsmålet: “Hva er det som former ens evne til å svømme bra i livets elv, uavhengig av hvor i elven en befinner seg?” Slik jeg tolker det, er metaforen lett å kjenne seg igjen i, noe som underbygges av både Langeland og Antonovsky (Jf. Pkt. 2.4.1)



Figur 1. "Health in the River of Life" (Eriksson og Lindström, 2008) Copyright © 2013 Oxford University Press'

Når sykepleier bruker metaforen om helse i livets elv som utgangspunkt for en samtale, og deler sin kunnskap med den overgrep utsatte kan det være lettere å akseptere seinvirkninger av seksuelle overgrep og heller rette fokuset på aktiv tilpasning i hverdagslivet. Aktiv tilpasning illustrerer hvor bra en svømmer i livets elv, til tross for at det alltid er en underliggende risiko i helsekontinuumet. Helse i livets elv handler om å ta omgivelsene på alvor, og ha tro på at vår opplevelse av virkeligheten bidrar til bedre helse. Metaforen forteller at det er personens holdning til risikoen som avgjør hvor bra hun svømmer, dermed kan aktiv tilpasning føre til sterkere helse. Det salutogene perspektivet har vist oss at spenning og utfordringer er potensielt helsefremmende (Jf. Pkt. 2.4.1). Dette gjør at sykepleieren må akseptere spenning som en helt vanlig følelse ovenfor den utsatte. Når sykepleieren alminneliggjør spenning og utfordringer legger hun i praksis til rette for utsattes selvakseptasjon.

Søftestad mener det er stor sannsynlighet for at seksuelt misbrukte jenter blir selvdestruktive og selvforaktende når de skal inn i voksenlivet (Jf. Pkt. 2.3). Det å ha det salutogene fokuset gjør sykepleieren i stand til å bruke kunnskapen sin til å legge

til rette for utsattes selvakseptasjon, dermed løfter hun bevisstheten deres bort fra negative tankerekker og skadevirkninger og setter fokus på det positive og helsefremmende i personens historie. Dersom sykepleier og utsatte håndterer situasjonen effektivt i et gjensidig samarbeid, vil personen oppleve mestring og styrke evnen og troen på at fremtidige belastninger håndteres i positiv retning av helsekontinuumet. Dette underbygges av studien til Langeland (2009), som illustrerer hvordan salutogenese kan fremme mestring ved å øke deltakernes bevissthet om deres eget potensial, indre og ytre ressurser som personlige kvaliteter, mestringsevne og sosial støtte, samt muligheten til å bruke denne kunnskapen for å styrke deres OAS.

Litteraturen viser at opplevelse av mening og sammenheng har stor betydning for å makte og mestre livssituasjonen og fremme helse, noe som gjenspeiles i offentlige utredninger om helsefremmende arbeid (Jf. Pkt. 2.4). Videre mener Antonovsky at de som arbeider med helsefremmende arbeid må være interesserte i og oppmerksomme på personen. Dette krever at sykepleieren har et helhetlig perspektiv på den utsattes livssituasjon, og at hun kartlegger hvordan stress oppleves og situasjonen forstås av den utsatte. Sykepleie kan betraktes som en GMR ved at sykepleieren bidrar til å fremme måten utsatte håndterer stress eller spenninger og legger til rette for mobilisering av GMR. Det er også av betydning at sykepleieren klarer å styrke den utsattes evne til å håndtere fremtidige utfordringer, slik at det blir en varig endring i situasjonen. I følge Antonovsky er fellesnevneren for GMR er at de styrker OAS (Jf. Pkt. 2.4.2). Litteraturen forteller også at OAS og mestringsevnen styrkes når en tar imot sosial støtte, i tillegg vil personen få større innsikt i å nyttiggjøre seg av sine ressurser. Funnene i studien til Langeland (2009) viser at kvaliteten på sosial støtte er en viktig GMR som predikerer positiv forandring av OAS. Relasjoner som gir mulighet til å gi omsorg til andre sammen med sosial integrasjon framstod som viktige faktorer. Funnene viser også at meningskomponenten i OAS predikerer endring i livskvalitet. Studien til Langeland et al (2006) indikerer også at OAS har positiv innvirkning på behandling av psykiske helseproblemer, der komponenten håndterbarhet bidrar mest til forbedring av mestring. Det kommer frem at håndterbarhet er avhengig av ytre ressurser som sosiale relasjoner for å skape konkrete tiltak på et problem og at samtaleterapi grupper med salutogen behandling bidrar til økt mestring hos personer med psykiske helseproblemer, noe som kan være nyttig i recovery prosessen hos denne pasientgruppen.

6.0 Konklusjon.

Hensikten med dette litteraturstudiet var å finne ut av hva sykepleiere kan gjøre for kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen og hvilke helsefremmende tiltak sykepleier kan bidra med til utsatte ved å påvirke deres opplevelse av sammenheng. Etter å ha gått gjennom forskning og litteratur om seksuelle overgrep og OAS, har jeg fått mye kunnskap om temaene, og kommer til å bruke dette videre i yrkeslivet. Salutogene terapiprinsipper kan også relateres til andre pasientgrupper. Funnene viser at sykepleier kan bidra til å at utsatte får sterkere OAS, basert på et gjensidig samarbeid mellom sykepleier som behandler og den utsatte. Sykepleier må lytte empatisk til utsattes historie, og opptre på en ærlig og ekte måte. Aktiv tilpasning er idealet i salutogen behandling, og ved å skape en tillitsfull relasjon med utsatte, og hjelpe med bearbeiding av overgrepene i samtalegrupper, står sykepleier i posisjon til å hjelpe utsatte med å bruke tilgjengelige ressurser i omgivelsene sine som sosial støtte og egoidentitet. Det kom fram i denne studien at sykepleiere står i en sentral posisjon til å utvikle mestringsstrategier for å redusere effekten av seinvirkninger på grunn av seksuelt misbruk i barndommen. Metaforen ”Helse i livets elv” kan brukes i samtale med overgrepsutsatte for å rette fokus på aktiv tilpasning og finne ut av hva det er som former ens evne til å mestre helseutfordringer i hverdagen.

7.0 Referanseliste.

Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium- den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal.

Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San-Francisco: Joey-Brass Publishers.

Bromann, I. (2005). *Kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn: kvinnors hälsa före grupppsykoterapi*. Östersund: Trauma- och kriseenheten, Östersunds sjukhus.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal.

Eriksson, M. & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23(2), s. 190- 199. DOI: 10.1093/heapro/dan014. Hentet 15. februar 2013 fra <http://heapro.oxfordjournals.org/content/23/2/190.full.pdf+html>

Fellesskap mot seksuelle overgrep (2008). *Fakta om seksuelle overgrep*. Hentet 12. januar 2012 fra <http://www.fmso.no/Seksuelle-overgrep/Fakta-om-seksuelle-overgrep-19/>

Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 nr. 29*. Hentet 18. februar 2013 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-029.html#map0>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2012). *At göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (2. utg.). Stockholm: Författarna och Bokförlaget.

Førde, R. (2009). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet 8. Januar 2013 fra <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>

- Hummelvold, J.K. (2006). *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6.utg). Oslo: Gyldendal.
- Hummelvold, J.K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg). Oslo: Gyldendal.
- Kirkengen, A.L. (2009). *Hvordan krenkende barn blir syke voksne* (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvello, Ø. (2007). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Langeland, E. (2012a). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I: Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Langeland, E. (2012b). Betydningen av den salutogene modell for sykepleie. *Klinisk Sygepleje*, 26(2), s.38- 48.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Forskning*(4)4. S. 288-296. Hentet 14. Januar 2013 fra <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/299457/betydningen-av-en-salutogen-tilnarming-for-a-fremme-psykisk-helse>
- Langeland, E. et al (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems: A randomised trial. *Patient education and counselling* 62 s. 212-219. Doi: 10.1016/j.pec.2005.07.004
- Lundberg, B, Hansson, L., Wentz, E. & Björkman, T. (2009). Are stigma experienced among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence? *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 16 s. 516-522. Doi: 10/1111/j.1365-2850.2009.01418.x

Lundquist, G., Svedin, C.G., Hansson, K. & Broman, I. (2006.) Group therapy for women sexually abused as children: mental health before and after group therapy. *Journal of interpersonal violence* 21(12), s. 1665-1676. Doi: 10.1177/0886260506294986

Molven, O. (2012). *Helse og jus* (7.utg). Oslo: Gyldendal.

Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn (NRSB). (2002). *Seksuelle overgrep mot barn- utvalgte temaer*. November 2002. Oslo: Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn.

Norsk Kunnskapssenter om vold og traumer (2007). *Seksuelle overgrep: Barn og Unge: Definisjoner og omfang*. Hentet 02. Januar 2013 fra <http://nkweb01.osl.basefarm.net/tema/Sider/Seksuelleovergrepmotbarn-hvordanreagererbarnoghvilknehjelptrengerde.aspx>

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: NSF

NOU 1997:23. (1997). *Seksuallovbrudd: Straffekommisjonens delutredning VI*. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste. Hentet 23. Januar 2012 fra: <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19971997/023/PDFA/NOU19971997023000DDDPDFA.pdf>

NOU 2012:5. (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling: Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Oslo: Informasjonsforvaltning. Hentet 27.januar 2013 fra: <http://www.regjeringen.no/pages/36931483/PDFS/NOU201220120005000DDDPDFS.pdf>

Olsson, H. & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal.

- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn- kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal.
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sosial-og helsedirektoratet, Barne- og Familiedepartementet (2003). *Seksuelle overgrep mot barn: En veileder for hjelpeapparatet*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet 24. Januar 2013 fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/seksuelle-overgrep-mot-barn-en-veileder-for-hjelpeapparatet/Publikasjoner/seksuelle-overgrep-mot-barn.pdf>
- St. meld. Nr. 16. (2002-2003). (2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Hentet 14. Januar 2013 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-.html?id=196640>
- Straffeloven. (2000). *Lov om almindelig borgerlig Straffelov av 2. mai 1902*. Hentet 14. januar 2013 fra: http://www.lovdatabank.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19020522-010.html&emne=STRAFFELOV*&&
- Sætran, F. (2013, 14. februar). Misbrukt av overgrepstiltalt lærer: Er redd for at folk skal se ned på meg. *Aftenposten*. Hentet 27. februar 2013 fra <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/--Er-redd-for-at-folk-skal-se-ned-pa-meg-7121368.html>
- Søftestad, S. (2005). *Seksuelle overgrep - fra avmakt til tverretatlig handlekraft*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Søftestad, S. (2008). *Avdekking av seksuelle overgrep: Veier ut av fortelsen*. Oslo: Universitetsforlaget.

World Health Organization (2009). *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*. Hentet 10. februar 2013 fra:
http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf

World Health Organization (1998). *Health 21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. Hentet 14. januar 2013 fra
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf

Øglænd, M. (2010). Del II: Den psykologiske behandlingen: Etterord av Margrethe Øglænd. I: E. Iversen. *Skambitt: Senvirkning og behandling av kvinner som har opplevd seksuelle overgrep*. Bergen: Folio Forlag.

8.0 Vedlegg.

Vedlegg 1:

Forekomst av seksuelle overgrep i norske studier. Prosent (K=kvinner, M=menn)

	Omfang	Definisjon	Alder	Utvalg	Metode og svarrate
Oslo- under- søkelsen 2003	8% K 4% M	Utnyttet eller misbrukt seksuelt før fylte 16 år	Før fylte 16 år	Tilfeldig utvalg på 8000 innbyggere i Oslo, i alderen 24-55.	Postal survey Svarprosent 56
Pedersen og Aas 1995	17% K 1% M	All seksuell kontakt mellom barn (<13år) og voksne (>17år), samt tilfeller av seksuell kontakt etter fylte 13 år hvor det er brukt makt	Før fylte 20 år	465 ungdommer i Osloområdet 1	Postal survey Svarprosent 90
Tambs 1994	13% K 7% M	Seksuell kontakt som omfatter berøring av genitalia	Før fylte 18 år	Nasjonalt befolkningsutvalg på 5000 i alderen 18-60 år	Postal survey Svarprosent 37
Schei, Muus og Bendixen 1994	19% K 4% M	Seksuelle overgrep omfatter både overgrep av ikke-fysisk karakter (eks forslag om å utføre seksuelle handlinger, se på en annens kjønnsorganer) og overgrep som inbefatter fysisk kontakt (fra beføling til ulike former for samleie/penetrering)	Før fylte 18 år	1322 tilfeldig utvalgte studenter i Trondheim	Utdeling av spørre-skjemaer på forelesninger Svarprosent kvinner 79, menn 72

Sætre m.fl 1986	19% K 14% M	Seksuelle overgrep omfatter både overgrep av ikke-fysisk karakter (eks forslag om å utføre seksuelle handlinger, se på en annens kjønnsorganer) og overgrep som innbefatter fysisk kontakt (fra beføling til ulike former for samleie/ penetrering)	Før fylte 18 år	Lands- representativt utvalg på 2135 personer 15 år og eldre	Utdeling av spørre-skjemaer i tilknytning til MMIs månedlige omnibusser Svarprosent 48
--------------------	----------------	---	-----------------------	--	---

1) tabell hentet fra rapporten Den skjulte volden (Pape & Stefansen, 2004).

Norsk Kunnskapscenter mot vold og traumatisk stress (2007). *Seksuelle overgrep- Barn og Unge-
Definisjoner og omfang*. Forekomst av seksuelle overgrep i norske studier. Gjengitt med
tillatelse. Hentet 30. Januar 2013 fra
[http://www.nkvts.no/tema/Sider/BarnogUnge_Definisjonerogomfang-
seksuelleovergrep.aspx](http://www.nkvts.no/tema/Sider/BarnogUnge_Definisjonerogomfang-seksuelleovergrep.aspx)

Vedlegg 2:

Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Funn	Konklusjon
”Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse”. Langeland, E. (2009).	Hensikten med studiet er å utforske hvilke kvaliteter i sosial støtte som bidrar mest til en positiv utvikling av OAS og OAS’s evne til å predikere forandring av livskvalitet i løpet av ett år. Det utvikles i salutogene terapiprinsipper, og effekten av disse testes ut i samtalegrupper.	Kvantitativ forskning. Prospektiv og randomisert kontrollert studie.	Utvalget består av 107 hjemmeboende personer med psykiske helseproblemer i alderen 18- 80 år, og en kontrollgruppe. Statistiske analyser: Univarial kovarians analyse og multippel lineær regresjonsanalyse.	Resultatene i studien viser at sosial støtte og spesielt relasjoner hvor en har mulighet til å gi omsorg identifiseres som en prediktor for positiv forandring av OAS. OAS identifiseres også som prediktor for endring i livskvalitet i løpet av ett år. Studien viser i tillegg eksempel på salutogene terapiprinsipper, og at bruken av disse i samtalegrupper resulterer i styrket OAS sammenlignet med kontrollgruppen.	Studien konkluderer med at resultatene synliggjør at det er viktig å inkludere en salutogen tilnærming med fokus på å styrke salutogen tenkning og OAS i behandling av psykiske helseproblemer.
”Group	Hensikten med	Kvalitativ	Utvalget kom fra	Funnene viser	Studien

<p>Therapy for Women Sexually Abused as Children: Mental Health Before and After Group Therapy”. Lundquist, G., Svedin, C.G., Hansson, K. & Bromann, I. (2006).</p>	<p>studien er å følge opp og evaluere psykiske symptomer, symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og OAS hos kvinner utsatt for seksuelle overgrep i barndommen.</p>	<p>studie, basert på en modell for gruppeterapi i med psykodynamisk teori som fokuserer på relasjonsteori.</p>	<p>en poliklinisk avdeling ved ett sykehus i Sverige, mellom 1993 og 2003. 45 kvinnelige polikliniske pasienter utsatt for seksuelle overgrep i barndommen ble tilbudt gruppeterapi fordelt på en 2 års periode. Gruppene består av 4-5 kvinner i hver gruppe. Kontrollgruppen består av 10 kvinner som står på venteliste. En terapigruppe som mottok kortsiktig behandling ved en psykiatrisk avdeling på et annet sykehus deltok også. De tre gruppene ble intervjuet før og etter gruppeterapien. Gruppen med 22 kvinner fikk i tillegg terapi med body-awareness (kroppsbevissthets terapi).</p>	<p>ingen signifikant forskjell mellom gruppen som fikk body-awareness terapi og de to andre gruppene. Studien viser derimot at symptomer på PTSD ble signifikant redusert i studiegruppen men ikke i kontrollgruppen. Studien viser også at salutogen behandling har positiv effekt på OAS, og ser ut til å beskytte mennesker i stressende situasjoner. Sykepleier som gruppeleder har positiv effekt i samtalegrupper, og hjelper utsatte å bearbeide overgrepet emosjonelt. Utsatte står i fare for å bli ensomme fordi</p>	<p>konkluderer med at seksuelle overgrep i barndommen er utbredt blant kvinner som søker psykisk helsehjelp i voksen alder. Traume-basert gruppeterapi synes å vise reduksjon på psykiske symptomer, symptomer på PTSD og bidrar til positiv utvikling av OAS. Både kort- og langsiktige behandlingsgrupper ser ut til å gi lovende resultater. Det er nødvendig med en lengre oppfølgingsperiode for å fastslå om kortvarige behandlingsgrupper er å anbefale.</p>
--	---	--	---	--	---

				de unngår å bruke sitt sosiale nettverk, derfor kan det være nødvendig med et gruppesamhold. Mange holder overgrep hemmelig over år ,gruppen kan være arena for avdekking av seksuelt overgrep.	
”The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems: A randomized controlled trial”. Langeland, E. et al (2006).	Hensikten med studien er å undersøke effekten av samtaleterapi upper basert på salutogene behandlingsprinsipper for å mestre psykiske helseproblemer.	Kvantitativ forskning, randomisert kontrollert studie.	Deltakerne ble rekruttert fra ni forskjellige polikliniske avdelinger i Norge. Utvalget består av 116 personer mellom 18- 80 år og hjemmeboende med psykiske helseproblemer. Eksperimentgruppen fokuserte på å styrke mestring mens kontrollgruppen fikk standard behandling.	Studien resulterte i statistisk signifikant forbedring av mestring blant personer med psykiske helseproblemer. Totalt 69 % av deltakerne som fikk behandling, hadde økt OAS, noe som tilsvarer deres egen evaluering av intervensjonene . Resultatene viser at mestring ble betydelig forbedret hos	Studien konkluderer med at samtaleterapi upper basert på salutogene prinsipper bidrar til økt mestring hos personer med psykisk helseproblem, og at fokus på å øke mestringsevne kan være nyttig i recovery-prosessen hos mennesker med psykisk helseproblemer .

				eksperiment gruppen i forhold til kontrollgruppen . Komponenten ”håndterbarhet” bidro mest til denne forbedringen.	
<p>”Are stigma experiences among persons With mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence ?”</p> <p>Lundberg , B., Hansson, L., Wentz, E. & Björkman , T. (2009).</p>	<p>Hensikten er å utforske forhold mellom stigmatiserende avvisning og egne variabler for selvfølelse.</p> <p>Hypotese: Avvisende erfaringer vil ha negativ assosiasjon med egen oppfatning av selvfølelse, empowerment og OAS.</p>	<p>Kvantitativ forskning, tverrsnittstudie.</p>	<p>Utvalget inkluderer 200 personer med løpende kontakt med psykisk helsevern eller brukerorganisasjoner i perioden januar 2004 til mars 2005.</p>	<p>Funnene viser at personer som har erfaringer med avvisning har negativ assosiasjon med OAS, empowerment og selvfølelse. 45 % rapporterte at de noen ganger, ofte eller svært ofte unngikk mennesker på grunn av de følte at andre mennesker ser ned på personer med psykiske helseproblemer. Hovedfunnene viser negativ sammenheng mellom OAS og erfaringer med avvisninger. Stress og psykiske plager</p>	<p>Studien konkluderer med at negativ assosiasjon mellom OAS og opplevelser med avvisninger, men årsakssammenheng er utydelig. Frykt for stigmatisering kan føre til tilbaketrekning fra sosiale interaksjoner, og redusere mulighet for sosiale tilpasninger i livet for den psykisk syke. Sykepleiere som arbeider innen psykisk helse er i en sentral posisjon til å identifisere</p>

				<p>er forbundet med en svakere OAS. Studien diskuterer om salutogene behandlingsprinsipper kan påvirke personer med psykisk lidelse til å takle stigmatisering. Forholdet mellom OAS og stigmatisering kan være av stor betydning for å utvikle mestringsstrategier for personer med psykisk lidelse.</p>	<p>pasienters opplevelse av stigmatisering, samt utvikle mestringsstrategier for å redusere effekten av stigmatisering.</p>
--	--	--	--	---	---