



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSD440-BOPPG-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	30-04-2021 09:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	14-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSD440 1 BOPPG 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	429
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7989
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:** Ja

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)  
**Gruppenummer:** 45  
**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Å se det som ikke synes

Seeing what doesn't show

**Kandidatnummer: 429**

Antall ord: 7989

Bachelor i sykepleie / Program for sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS) /

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder: Kjersti Marie Blytt

14.05.2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Du spør  
hvordan det går  
og jeg lurere på  
om jeg en dag  
skal fortelle deg  
at jeg ikke vet  
hvordan kan jeg  
forklare hva jeg har inni  
når det er så mørkt  
at jeg ikke ser  
hva som er hva  
jo takk  
det går fint

Trygve Skaug

# Innholdsfortegnelse

Abstract.....	4
1.0 Innledning.....	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	5
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Avgrensning.....	6
1.4 Begrepsavklaring.....	6
2.0 Teori.....	7
2.1 Sykepleieteoretisk forankring.....	7
2.1.1 Mellommenneskelige forhold i sykepleie.....	8
2.1.2 Å bruke seg selv terapeutisk.....	8
2.2 Nevrobiologi som veiviser for traumearbeid.....	8
2.2.1 Den bruksavhengige hjernen.....	9
2.2.2 Hjernens alarm- og reguleringssystemer.....	9
2.2.3 Toleransevinduet.....	11
2.3 PTSD og traumefokusert psykoterapi.....	12
2.3.1 PTSD.....	12
2.3.2 Traumefokusert psykoterapi.....	12
2.4 Kommunikasjon.....	13
2.5 Traumebevisst omsorg.....	14
2.5.1 Trygghet.....	14
2.5.2 Relasjon.....	14
2.5.3 Følelsesregulering.....	15
2.6 Lover og retningslinjer.....	15
3.0 Metode.....	16
3.1 Litteraturstudie som metode.....	16
3.2 Søkestrategi.....	16

3.2.1 Databaser .....	16
3.2.2 PICO .....	17
3.2.3 Inkluderings- og ekskluderingskriterier .....	20
3.3 Kildekritikk .....	21
4.0 Resultat .....	22
4.1 Artikkel 1.....	22
4.2 Artikkel 2.....	24
4.3 Artikkel 3.....	25
4.4 Artikkel 4.....	26
4.5 Artikkel 5.....	27
5.0 Diskusjon .....	29
5.1 Problemstillingen utgangspunkt for diskusjonen .....	29
5.2 Pasienten med PTSD, som har vært utsatt for seksuelle overgrep .....	29
5.3 Sykepleierens kompetanse .....	30
5.4 Relasjon bygget på tillit .....	32
5.5 Hvordan benytte traumebevisst omsorg.....	34
6.0 Konklusjon .....	36
7.0 Referanseliste: .....	37

## Oversikt over figurer, tabeller og matriser

### Figurer

Figur 1 - Toleransevinduet.....	11
---------------------------------	----

### Tabeller

Tabell 1 – PICO skjema.....	42
Tabell 2 - Søkord, begrensning og treff i databaser.....	18
Tabell 3 - Inkluderings- og ekskluderingskriterier .....	20

### Matriser

Matrise 1 – Oversikt over utvalgte artikler.....	43
Matrise 2 – Oversikt over utvalgte artikler.....	46
Matrise 3 – Oversikter over implikasjoner for sykepleie.....	52

## Abstract

The purpose of this paper is to get to know patients that are victims of sexual abuse and subsequently developed post traumatic stress disorder. Post traumatic stress disorder is one of the most usual long term effects of sexual abuse. I will also discuss how a nurse might use trauma-informed care while meeting this group of patients. Trauma-informed care can be seen as knowledge about how trauma affects a person, including care through creating a feeling of safety, building a relationship and through co-regulation of emotions. This paper is a literature study which uses existing research and literature. Five articles found by literature search are included here. The main conclusions are categorised in the discussion (analysis) and then later debated (discussed). The discussion applies other research literature to analyse the conclusions in the found articles. The findings show that nurses recognise the need for trauma informed care but lack the knowledge and skills needed to apply it. However, nurses have the means to acquire knowledge and practise trauma informed care. Through measures like creating safety, building relationships and acquiring knowledge nurses can create a health - promoting environment for these patients.

Keywords: Trauma-informed care, post traumatic stress disorder, sexual abuse, safety, relations, emotional regulation, nurse-patient-relation

# 1.0 Innledning

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

I de siste årene har det blitt et større fokus på seksuelle overgrep. Bakgrunnen for dette er at det blir belyst for allmennheten gjennom media. I anledning kvinnedagen 8. mars, kunne man lese en oppdatering på status vedrørende endring av lovverk rundt voldtekt. VG publiserte da en sak som har vært diskutert i nyhetsbildet det siste året, nemlig samtykkeloven. I dag er manglende samtykke ikke nok til å bli dømt voldtekt eller andre seksuelle overgrep (Bjaarstad, 2021). 1 av 5 jenter og 1 av 14 gutter oppgir at de har vært utsatt for seksuelle overgrep i oppveksten, og 9 prosent av alle kvinner har vært utsatt for voldtekt minst én gang i livet (Folkehelseinstituttet, 2019). *“Voldtekt er en grov form for kriminalitet. Den krenker offerets integritet. En voldtekt kan føre til store helseskader og varig belastning (Politiet, u. å.)”*.

Posttraumatisk stresslidelse er en angstlidelse, og grunner ofte i svært belastende opplevelser, slik som seksuelle overgrep (helsenorge, 2020). Som sykepleier møter man en rekke mennesker i ulike situasjoner, med ulike problemstillinger. Da jeg var i fordypningspraksis ble jeg introdusert for en pasientgruppe som var ny for meg, pasienter med diagnosen posttraumatisk stresslidelse. Disse pasientene hadde alle tidligere vært utsatt for seksuelle overgrep, av ulik karakter. Jeg fikk et innblikk i hvordan plagene ved diagnosen preget livene og hverdagene deres. Behandlingen av disse pasientene var interessant, i den forstand at behandlingen gikk ut på traumebevisst omsorg. Traumebevisst omsorg er noe jeg fra før ikke hadde så mye kunnskap om. Dette vekket en nysgjerrighet i meg, og et ønske om å lære mer, da jeg som sykepleier har utbytte av denne kunnskapen.



## 1.2 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleier benytte traumebevisst omsorg i møte med pasienter med PTSD, som har vært utsatt for seksuelle overgrep?*

## 1.3 Avgrensning

Jeg vil i denne oppgaven belyse sykepleiers møte med pasienter med posttraumatisk stresslidelse, også forkortet til PTSD, som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Grunnen til dette er at vi som sykepleiere kan møte denne pasientgruppen alle steder innenfor de ulike helsetjenestene, både i kommunal- og spesialisthelsetjenesten. Dette kan også berøre pasienter i alle aldre. Jeg vil derfor ikke ha en nedre eller øvre aldersgrense. Videre vil jeg trekke inn traumebevisst omsorg, som en forståelsesmodell, metode og intervensjon, og dens effekt. Noe som viser seg helsefremmende i møte med denne pasientgruppen. Jeg vil nevne medikamentell behandling i denne oppgaven, men går ikke i dybden på dette da hovedfokuset av behandling er traumebevisst omsorg. Jeg vil heller ikke trekke inn komplekse traumer eller kompleks PTSD, selv om dette til dels kan være relevant, grunnet oppgavens begrensede omfang.

## 1.4 Begrepsavklaring

### Posttraumatisk stresslidelse/PTSD

PTSD som er forkortelsen for post traumatisk stresslidelse, er en lidelse som i korte trekk kan forklares *“en angsttilstand som man kan utvikle etter å ha vært utsatt for, deltatt i eller vært vitne til en skremmende eller farlig hendelse (Rådet for psykisk helse, 2019)”*. Jeg kommer i denne oppgaven til å benytte både ordet posttraumatisk stresslidelse i sin helhet, og forkortelsen PTSD.

### Seksuelle overgrep

Seksuelle overgrep omfatter fysisk og/eller psykisk krenkelse av en persons seksuelle integritet. [...] Enhver seksuell handling utført mot noen som ikke gir, eller er i stand

til å gi, sitt samtykke, og hvor handlingen medfører subjektivt ubehag, smerte, frykt eller annen opplevelse av krenkelse defineres som seksuelt overgrep. (Bufdir, 2018).

### Traumebevisst omsorg

Kunnskap om hva opplevelsen av traumatiske hendelser gjør med et menneske, og omsorg med fokus på å gi trygghet, bygge relasjon og hjelpe til med regulering av følelser (Bath, 2015).

### Dissosiasjon

*“Forenklet snakker vi om dissosiasjon som frakopling eller avspaltning av erfaringer, følelser og kroppslige minner som per definisjon ikke har vært til å tåle (Anstorp & Benum, 2019, s. 28).”* Dissosiasjon kan være en del av symptombilde ved PTSD (Aarre, 2018).

## 2.0 Teori

### **2.1 Sykepleieteoretisk forankring**

Jeg har valgt sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee som utgangspunkt for den sykepleieteoretiske forankringen av denne oppgaven. Dette er fordi Travelbee i sin teori er opptatt av de mellommenneskelige forholdene i sykepleie.

Travelbee definerer sykepleie som *“en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleie-praktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2005, s. 29).”*

Når det finnes et varmt, forståelsesfullt og kunnskapsrikt medmenneske å få hjelp av, kan dette bidra til å lette fortvilelsen. Gjennom handling kan sykepleier vise et ønske om å bistå, ikke fordi vedkommende er syk, men fordi vedkommende er et unikt individ (Travelbee, 2005, s. 35).

### 2.1.1 Mellommenneskelige forhold i sykepleie

Et av Travelbees hovedbudskap er hvordan sykepleiere bør etablere et menneske-til-menneske-forhold, i stedet for sykepleier-til-pasient-forhold. Menneske-til-menneske-forholdet tar for seg hvordan man som sykepleier blir kjent med, og ser pasienten som et individ. Denne prosessen tar for seg hva sykepleier sier og gjør, noe som skal være for og sammen med pasienten (Travelbee, 2005, s. 171). Å etablere et slikt forhold tar tid, og bygges opp gjennom blant annet samhandling. Sykepleier må være bevisst sine gjøremål, tanker, følelser og erfaringer (Travelbee, 2005).

### 2.1.2 Å bruke seg selv terapeutisk

For at sykepleiere skal kunne bruke seg selv terapeutisk, må vi ha tilegnet oss en teoretisk innsikt og vite hvordan egen atferd påvirker andre. Når sykepleiere har god selvinnikt, vil vi kunne møte den syke med åpenhet uten å være dømmende (Travelbee, 2005, s. 45). Hun beskriver også at en balansert og regulert bruk av fornuft og intelligens er viktige faktorer. Dette gjelder også for disiplin og selvinnikt, fornuft og empati, og logikk og medfølelse. (Travelbee, 2005, s. 45).

## 2.2 Nevrobiologi som veiviser for traumearbeid

I boken Traumebehandling (2019) av Trine Anstorp og Kirsten Benum blir hjernens utvikling beskrevet, og hvilken innvirkning traume har på hjernen. Det blir sett på hvordan tidlige erfaringer i livet påvirker menneskets evne til selvregulering. Med dette menes evnen til å styre eller kontrollere egen kropp, atferd og affekter (Siegel, 2012). Når det kommer til traumer har mennesket vanskeligere for å regulere affekt, eller mer nærgående

fryktreaksjoner, noe som også er et vanlig symptom for PTSD (van der Kolk, 1996, Briere & Spinazzola, 2009).

### 2.2.1 Den bruksavhengige hjernen

Hjernens utvikling starter fra fødselen av, og hjernen påvirkes i større grad av stimuli enn av modning (Perry et al., 1995). Hjernens utvikler seg derfor i takt med stimuli, og ved lite eller manglende stimuli vil den ikke oppnå samme utvikling (Perry et al., 1995). I de første leveårene er hjernen mest påvirkelig, og oppkoplingene som skjer da danner grunnlaget for hvordan vi takler påkjenninger senere i livet (Perry et al., 1995; Schore, 2001; Siegel, 2012). Det samme gjelder for hvordan vi vil relatere oss til andre mennesker. Hjernens utvikles i en bestemt rekkefølge. Her vises det først til hjernestammen (overlevelshjernen), som styrer blant annet pust, puls, hjerterytme og kroppstemperatur. Deretter det limbiske systemet (emosjonshjernen), som styrer hormonene som har betydning for fight-flight-reaksjoner, samt styrer emosjoner og hukommelsesfunksjoner (MacLean, 1985; Siegel, 2012; Stien & Kendall, 2004). Videre er det neocortex (logikkhjernen), som er en avansert del av det limbiske systemet. Sammen danner disse delene, den «tredelte» hjernen. (Anstorp & Benum, 2019, s. 41).

### 2.2.2 Hjernens alarm- og reguleringssystemer

For å forstå mekanismene som skjer i hjernen når man har vært utsatt for en traume, kan vi se nærmere på hjernens alarm- og reguleringssystemer. Først vil jeg nevne reguleringsstøtten, som er avgjørende for hvordan hjernen og nervesystemet koples opp, særlig de delene av hjernen som styrer hvordan vi håndterer stress og trusler (Ogden et al., 2006; McFarlane, 2010). Videre kan vi si at hjernen har et alarmsystem og et reguleringssystem. Alarmsystemet aktiveres når vi opplever fare, og reguleringssystemet holder alarmsystemet under kontroll (Nordanger & Braarud, 2014). Amygdala som er en del av emosjonshjernen, har stor betydning for alarmsystemet. Dette er fordi amygdala registrerer de mulige truslene vi står ovenfor, og husker disse. Videre sendes signaler til binyrene, som igjen pumper hormoner som adrenalin og kortisol ut i blodet (LeDoux, 1996). I

emosjonshjernen sitter også hippocampus, som lagrer bestemte minner på grunnlag av tidligere erfaringer. Prefrontal cortex som er den fremste delen av logikkhjernen, kartlegger hendelser og setter dem i sammenheng (Ford, 2009; Ogden et al., 2006). For å forklare dette i en sammenheng, kan vi se for oss at en gjenstand faller i bakken og lager et smell. Amygdala reagerer på dette og aktiverer alarmsystemet. Innen kort tid aktiveres også reguleringsystemet, da med prefrontal cortex og hippocampus. Prefrontal cortex forstår at det er en gjenstand som faller i bakken, og hippocampus husker at dette ikke er en reell trussel. Alarmsystemet reguleres igjen ved at amygdala sender signal om det ikke er fare på ferde. (Anstorp & Benum, 2019, s. 42-44).

Ved en traumatisk opplevelse, kan reguleringsystemets forbindelse med alarmsystemet svekkes. Dette skjer fordi det har vært en sterk stimulering av amygdala og alarmsystemet. Videre konsekvenser er at alarmsystemet tåler mindre, og fortene vil utløses. Samtidig som dette skjer svekkes nevralt forbindelser til reguleringsystemet og mellom regulerings- og alarmsystemet. Dette fører til at man fortene preges av frykt og minner fra opplevelsen (Ford, 2009; McFarlane, 2010).

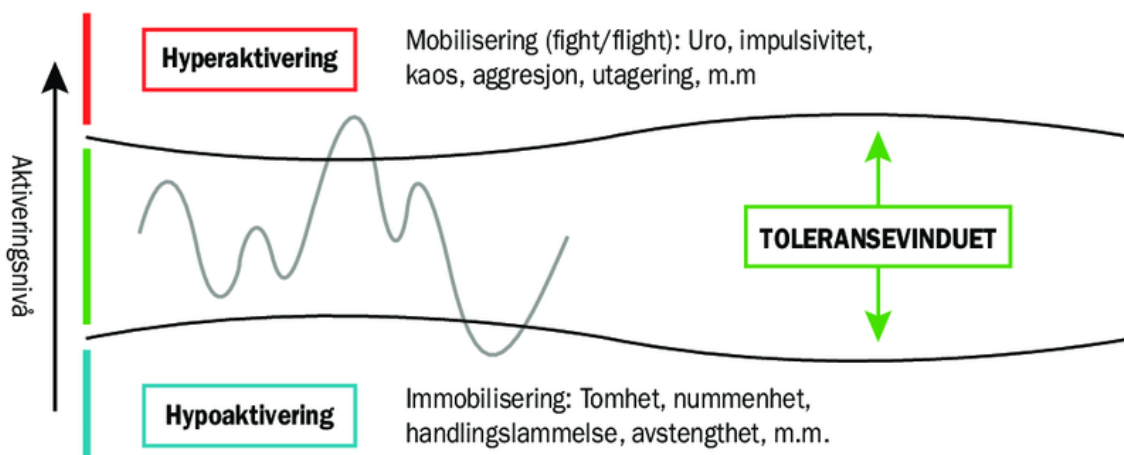
Når alarmsystemet blir sensitivt og reguleringsystemet hemmet, vil man kunne oppleve ulike symptomer. Symptomene det kan være er gjenopplevelsessymptomer, unngåelsessymptomer og overaktiveringssymptomer. Gjenopplevelsessymptomer vil si at man plages av minner fra hendelsen. Unngåelsessymptomer er når man er mer på vakt og unngår situasjoner og personer som kan vekke minner om hendelsen.

Overaktiveringssymptomer er at man er mer ansent, urolig og ukonsentrert. Disse symptomene er vanlige reaksjoner på en traumatisk hendelse. Symptomene vil normalt sett avta med tiden (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). Dersom symptomene blir kroniske, kan dette bli til en posttraumatisk stressforstyrrelse (American Psychiatric Association, 2013). Det er også viktig å være klar over at traumeerfaringer kan øke risikofaktoren for hjerte- og karsykdommer (Kirkengen & Næss, 2017, s. 55).

### 2.2.3 Toleransevinduet

Toleransevinduet kan brukes som en forståelsesmodell for visualisering av hva den nevrobiologiske forskningen viser. Toleransevinduet betyr «sonen» av kroppslig aktivering, sonen sier noe om hvordan vi klarer å være oppmerksomme på andre, konsentrerer oss og lære (Ogden et al., 2006; Siegel, 2012). Det finnes en øvre og en nedre toleransegrense. Dersom man er over denne grensen er man hyperaktivert, og aktiveringen er for høy. Er man under grensen er man hypoaktivert, og aktiveringen er for lav. Svingningene i linjene for toleransevinduet representerer forskjellene hos det enkelte individ, den vil altså variere fra person til person (Ogden et al., 2006; Siegel, 2012).

Figur 1. Toleransevinduet av Ogden, Minton & Pain, 2006. (Anstorp & Benum, 2019, s. 49)



Ved en hyperaktiveringsreaksjon kan man oppleve sterk uro, følelse av kaos, aggresjon og utagering. Mens en hypoaktiveringsreaksjon kan føre til følelse av fjernhet, nummenhet, tomhet og nedstemthet (Levine & Kline, 2007; Ogden et al., 2006). Personer som har vært utsatt for alvorlige og gjentatte traumatiske belastninger, har ofte et smalt toleransevindu. Man vil da lettere oppleve hyper- eller hypoaktivering (Anstorp & Benum, 2019, s. 49).

## 2.3 PTSD og traumefokusert psykoterapi

### 2.3.1 PTSD

Posttraumatisk stresslidelse er en reaksjon på en traumatisk krise, hvor man opplever hendelsen som svært belastende, av en truende eller katastrofal karakter (Snoek & Engedal, 2019, s. 123). Posttraumatisk stresslidelse er ikke den umiddelbare reaksjonen av skrekk eller sjokk man får under en traumatisk opplevelse, men er en forsinket reaksjon som først kan framkomme i løpet av uker eller måneder etter hendelsen (Snoek & Engedal, 2019, s. 124). PTSD er den vanligste diagnosen man kan få etter et traumatiserende overgrep (Aarre, 2018, s. 316). Riktignok varierer forekomsten av posttraumatisk stresslidelse ut ifra hvilken type traume man har vært utsatt for (Snoek & Engedal, 2019, s. 124).

Det mest karakteristiske symptomet ved posttraumatisk stresslidelse er gjenopplevelse av traumet. Dette kan komme til uttrykk gjennom «flashbacks», drømmer eller mareritt. Videre kan dette føre til symptom som unngåelse, hvor vedkommende unngår steder eller situasjoner som minner dem om hendelsen. Typiske symptomer ved posttraumatisk stresslidelse er sterke gjenopplevelsereaksjoner, dissosiasjonsfenomener, følelsesmessig avflatning, autonom alarmberedskap, søvnvansker, håpløshetsfenomener (Snoek & Engedal, 2019, s. 124).

### 2.3.2 Traumefokusert psykoterapi

Traumefokusert psykoterapi anses som mer effektivt enn medikamentell behandling, da det finnes lite medisiner som kan hjelpe på de posttraumatiske plagene (Lee et al., 2016) Likevel må det nevnes at enkelte medikamenter vil kunne dempe noen av symptomene. Sertralin er det eneste medikamentet som er godkjent i behandling av PTSD i Norge per januar 2018. Dette medikamentet kan gi noe effekt på overaktivering og unngåelse (Brady et al., 2000). Man kan også bruke medikamenter for å lindre andre symptomer som angst, depresjon og søvnforstyrrelser (Aarre, 2018, s. 318).

For å kunne oppsummere de mange og ulike typene psykoterapier for PTSD, kan vi dele disse opp i fem: kognitive metoder, eksponeringsmetoder, narrative metoder, mentaliseringsbaserte metoder og kropporienterte metoder. De nevnte metodene har alle sin egen forståelse av fenomenet traumatisering, og bruken av terapeutiske teknikker (Böttche et al., 2012).

## 2.4 Kommunikasjon

Når vi kommuniserer er dette en gjensidig prosess, og vi har visse mål med interaksjonene våre (Travelbee, 2005, s. 137). Disse kan vi dele opp i tre, hvor det første er å lære den syke å kjenne. Det andre er å fastslå og ivareta den sykes sykepleiebehov, og det tredje er å oppfylle sykepleierens mål og hensikt. (Travelbee, 2005, s. 139).

Eide & Eide (2008) beskriver hvordan god kommunikasjon kan bidra til å bearbeide reaksjoner og bedre mestre sykdom og krise. Samtidig er det viktig å ha fokus på å gi god og tilstrekkelig informasjon til pasienten om sykdommen og dens behandling. Dette er for å gjøre selve situasjonen mer forutsigbar, forståelig og gi det mening. Pasienten som opplever krise har behov for støtte, medmenneskelig kontakt og å dele sine tanker og følelser med noen (Ong et al., 1995; Holen & Weisæth, 1985). Det å skulle gi god og tilstrekkelig informasjon kan være en utfordring i kommunikasjonen, da man beveger seg inn på et tema som kan skape følelsesmessige reaksjoner. Det er lagt vekt på å danne en god relasjon, for å skape trygghet og for å sammen kunne jobbe mot et best mulig resultat (Eide & Eide, 2008, s. 171).

Eide & Eide (2008) beskriver også hvordan man kan gi den traumatiserte psykisk førstehjelp. Det forklares med at pasienten opplever naturlige reaksjoner på påkjenninger som er urimelige (Weisæth, 1985). For å møte denne pasienten, må man blant annet la vedkommende avreagere, og viktigst vise medmenneskelighet. Det vil si å være til stede, støtte og lytte, videre å hjelpe pasienten til å åpne seg når dette føles naturlig. Det er viktig å



selv være bevisst egne reaksjoner og atferd, da man selv også kan bli konfrontert med vanskelige følelser (Eide & Eide, 2008, s. 177).

## 2.5 Traumebevisst omsorg

Traumebevisst omsorg kan beskrives som to ting, en forståelsesramme, og dens metoder og intervensjoner (Jørgensen & Steinkopf, 2013). Traumebevisst omsorg er ment for å lage et helsefremmende og motstandsdyktig miljø i håndteringen av traumer. Denne omsorgen kan også utøves på forskjellige måter og tilpasses etter individets behov (Bath, 2015). Videre bygges dette på «de tre pilarene for traumebevisst omsorg», trygghet, reaksjon og følelsesregulering (Bath, 2015). Pilarene bidrar til å informere og styrke de som er i direkte kontakt med traumeutsatte (Bath, 2015).

### 2.5.1 Trygghet

Med trygghet menes «opplevd trygghet», noe som ikke alltid oppfattes som fysisk trygghet. Opplevelsen av trygghet vil være det viktigste fokusområde for den/de som er omsorgsperson(er) (Jørgensen & Steinkopf, 2013). Da kan vi se tilbake på delen om den bruksavhengige hjernen, hvor det blir beskrevet at når alarmsystemet aktiveres frigis stresshormoner ut i blodbanen. Når man da har et hypersensitivt nervesystem vil alarmsystemet ofte aktiveres uavhengig om det er en trussel til stede eller ikke, og signalet med den delen av hjernen som er fornuftig og reflekterende blir hemmet. Personen går da ut av sitt toleransevindu, og atferden kan oppleves som uforståelig eller urimelig (Bruce & Perry, 1999). Når man er overaktivert eller underaktivert vil det være vanskelig å lære eller utvikle nye atferdsmønstre (Jørgensen & Steinkopf, 2013).

### 2.5.2 Relasjon

Relasjonen tar utgangspunkt i å bygge eller gjenoppbygge sosiale bånd, da psykiske tilfredsstillende relasjoner til voksne og andre sosiale grupper man har tilhørighet til.

Traumeutsatte har gjerne opplevd relasjoner til andre mennesker tidligere i livet som usikre og utrygge. Det er derfor viktig å danne trygge, positive og omsorgsfulle bånd (Bath, 2015). Videre legges det også vekt på hvordan omsorgspersoner skal opptre respektfullt, anerkjennende og sensitivt, samt være oppmerksom og reflektere over egne reaksjoner (Jørgensen & Steinkopf, 2013).

### 2.5.3 Følelsesregulering

Affektregulering er en tillært evne, ikke medfødt. For å veilede personer som ikke kan kontrollere sine emosjoner selv, kan omsorgspersoner samregulere/co-regulere følelsene. Man kan ikke fjerne personens vonde følelser, men bidra til å regulere disse ved å møte dem, sette ord på det og vise forståelse (Jørgensen & Steinkopf, 2013). Med dette kan man veilede traumeutsatte til trygge, sunne, og sosialt kloke måter å uttrykke følelsene sine (Bath, 2015).

## 2.6 Lover og retningslinjer

Av sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer, vil jeg trekke inn punkt nummer to i denne. Sykepleieren og pasienten, hvor det står *“Sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket (NSF, u.å.)”*. Dette forteller oss som sykepleiere hva vi alltid skal være bevisste, og ta med oss i ethvert møte med pasienten.

Jeg vil også trekke inn to av lovene vi som helsepersonell skal forholde oss til, da det er hensiktsmessig å trekke disse inn i denne oppgaven. Lov om pasient- og brukerrettigheter forteller oss om hva vi er lovpålagt av helsehjelp til brukere og pasienter, samt hvilke rettigheter de har (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skal sikre et trygt og forsvarlig psykisk helsevern for den enkelte (psykisk helsevernloven, 1999, § 1-1).

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven stilles spørsmålet: *Hvordan kan sykepleier benytte traumebevisst omsorg i møte med pasienter med PTSD, som har vært utsatt for seksuelle overgrep?*

Metoden som er benyttet for å besvare problemstillingen er litteraturstudie. Da besvares problemstillingen med eksisterende litteratur og forskning. Dette har jeg gjort ved å innhente data og informasjon fra ulike søk i databaser og fagbøker. Gjennom dette dannes det vitenskapelige grunnlaget for oppgaven. I denne prosessen inkluderes relevant og kvalitetssikret forskning og fagstoff, samtidig som det ekskluderes det som ikke kan kvalitetssikres og som ikke er relevant (Thidemann, 2020).

### 3.2 Søkestrategi

#### 3.2.1 Databaser

For å finne forskningsartikler som er relevante for å besvare problemstillingen, ble det gjort søk i ulike databaser. Databasene som er benyttet for søk til forskningsartikler er Oria, PubMed og Cinahl. Jeg landet på disse databasene da jeg opplevde de som mest hensiktsmessige og oversiktlige i forhold til mine søk. Jeg har gjennom søke- og skriveprosessen testet ulike databaser. Oria ble benyttet da dette var en av de første databasene jeg ble introdusert for via utdanningssted. Oria er en database for samlede materiale innen norske fag- og forskningsbibliotek. Jeg opplevde Oria som oversiktlig og lett å orientere seg i, men inkluderte også andre fagsjangre. Jeg valgte da å søke videre i andre databaser. PubMed ble også en database jeg benyttet meg av, da denne er en stor database for blant annet sykepleie og medisin, og er en søkemotor for Medline. Videre benyttet jeg meg av Cinahl som også anses som en fagspesifikk database for medisin og sykepleie. Jeg har benyttet meg av flere databaser for å dekke et større område av forskningsmateriale. På

denne måten har jeg fått et større bilde av hva forskning som eksisterer der ute, og derav ha større mulighet for å finne relevant forskning til min problemstilling.

### 3.2.2 PICO

Det er benyttet PICO-skjema for å bidra til et systematisk litteratursøk. PICO er et rammeverk som er til for å hjelpe problemstillingen å bli presis, og lettere å finne forskning til (Thidemann, s. 82). PICO har bidratt til å konkretisere søk for å finne relevante forskningsartikler, faglitteratur og pensumlitteratur (Se Tabell 1 i vedlegg).

Ved bruk av PICO gjorde jeg det enklere å navigere i de ulike databasene. Det å gjøre selve søkene var også en læreprosess, hvor man måtte konkretisere søkene for å finne den forskningen som var aktuell. Jeg benyttet ordne AND og OR for å inkludere de satte kriteriene. Disse ordene er blitt brukt både hver for seg og i kombinasjon med hverandre. Også tegnet stjerne (\*) ble benyttet for å få med de ulike bøyningene av søkeordet, og derav inkludere potensielle endringer. Eksempelvis "nursing", "nurse", "nurses" og "nursed".

Søkeordene jeg i all hovedsak har benyttet meg av for å finne relevante forskningsartikler er "PTSD", "sexual abuse", "mental health problem", "patient", "nursing", "trauma-focused treatment", "trauma-informed treatment". Ordene "PTSD", "sexual abuse", "mental health problem" og "patient" ble benyttet da dette beskriver pasienten i problemstillingen. Ordene "trauma-informed treatment", "trauma-focused treatment" og "nursing" ble benyttet da dette kan beskrives som behandlingsform og type tilnærming, som også går inn under traumebevisst omsorg.

Tabellen nedenfor viser søkene mine i de utvalgte databasene med ord fra PICO og inkluderte kriterier. Videre vises konkretiserte søk etter begrensning om søkeord i tittel.

Tabell 2: Søkeord, begrensning og treff i databaser

	Søkeord	Begrensning	Treff		
			Oria	PubMed	Cinahl
<b>1a</b>	PTSD* AND sexual abuse*		19631	57	10758
<b>1b</b>	PTSD* AND sexual abuse*	Søkeord i tittel	<u>60</u>	<u>1</u>	<u>251</u>
<b>2a</b>	posttraumatic stress* AND trauma-informed treatment*		1854	17	5
<b>2b</b>	posttraumatic stress* AND trauma-informed treatment*	Søkeord i tittel	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
<b>3a</b>	PTSD* AND trauma- focused treatment*		4106	81	3
<b>3b</b>	PTSD* AND trauma- focused treatment*		<u>31</u>	<u>0</u>	<u>1</u>

		Søkeord i tittel			
<b>4a</b>	PTSD* AND sexual abuse* AND trauma- focused treatment*		2393	5	1
<b>4b</b>	PTSD* AND sexual abuse* AND trauma- focused treatment*	Søkeord i titteø	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>
<b>5a</b>	mental health problem* AND sexual abuse* AND nursing		52282	11	6
<b>5b</b>	mental health problem* AND sexual abuse* AND nursing	Søkeord i tittel	<u>5</u>	<u>0</u>	<u>0</u>

Jeg har brukt de samme søkeordene i de ulike databasene, for å dekke et større område av materiale. Samtidig har jeg arbeidet med å konkretisere søkene for å minimere antall treff og for å finne de artiklene som er mest relevante for min problemstilling. Videre har jeg sett over noen av referansene til forskningsartiklene, samt foreslåtte artikler, dette for å undersøke flere mulige funn av interesse. Totalt var det 91 210 treff uten begrensning i tittel, med begrensning i tittel fikk jeg totalt 357 treff. Dette er summen som utgjør søk i Tabell 2.

### 3.2.3 Inkluderings- og ekskluderingskriterier

*Tabell 3: Inkluderings- og ekskluderingskriterier*

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfelleverderte studier	Ikke fagfelleverderte studier
Studier fra 2008-2021	Studier eldre enn 2008
Studier gjort i Europa, Nord-Amerika, og Oceania	Studier gjort i Sør-Amerika, Asia og Afrika
Sykepleiefaglig relevans	Ikke sykepleiefaglig relevans
Må inkludere PTSD, seksuelle overgrep eller traumebevisst omsorg	Inkluderer verken PTSD, seksuelle overgrep eller traumebevisst omsorg

Ovenfor i Tabell 3 viser innholdet for inkluderings- og ekskluderingskriterier, som sier noe om hva jeg ser etter i forskningsartiklene. Jeg har valgt å inkludere forskning som retter seg mot både barn, unge og voksne, da det som nevnt er en problemstilling som kan ramme mennesker i alle aldre. I forhold til søkene som er blitt gjort i nevnte databaser, har jeg lagt inn følgende momenter for søk: fagfellevurderte tidsskrifter, engelskspråklig og publisert etter 2008. I Oria har jeg også lagt inn sykepleie som foretrukket fagområde når jeg tilpasser søket personlig, fordi Oria som er en database for flere fagområder. Dette er også blitt gjennomført i tabellen ovenfor.

### 3.3 Kildekritikk

Ved kildekritikk vurderer og karakteriserer man den litteraturen som er benyttet. Hensikten er å vise hvilken relevans og gyldighet litteraturen har, samt mine refleksjoner rundt dette. (Dalland, 2007, s. 79). Dette innebærer å holde seg kritisk til den litteraturen man oppsøker og velger å anvende. De fem artiklene jeg har valgt å inkludere i denne oppgaven er alle hentet fra anerkjente databaser, som jeg som student har fått tilgang til via studiested. Således vurderes databasene som pålitelige. Videre er også alle artiklene fagfellevurdert, noe som betyr at artiklene blir vurdert og godkjent av eksperter på området (Dalland, 2007, s.78).

Jeg har også benyttet meg av sjekklister for å kritisk vurdere kvaliteten av forskningsartiklene (Thidemann, 2020, s.91). Da har jeg benyttet meg av råd og lenker funnet på en av Folkehelseinstituttets nettsider, hvor man videre finner hvilken sjekkliste man bør velge (Folkehelseinstituttet, 2019). Folkehelseinstituttet henviser videre til Helsebiblioteket, hvor jeg fant sjekklister rettet mot både kvalitativ- og kvantitativ studie. Disse beskriver først hvordan man bruker sjekklisten, og er videre et verktøy som hjelper med vurdering og finne resultat (Helsebiblioteket, 2016).



Jeg har valgt å inkludere en del faglitteratur som støttelitteratur, da dette bidrar til å belyse funnene mine. Av forskningen som er inkludert anvender flere av dem fokusintervjuer. En svakhet med dette er at det ikke kan generaliseres, men oppleves mer som enkeltpersoners subjektive erfaringer. Styrken med dette er at man får en større forståelse av sykepleieres kunnskap og erfaringer rundt bruken av traumebevisst omsorg.

Alle forskningsartiklene er publisert på engelsk, hvor det også må tas med i beregningen at det kan ha oppstått feiltolkninger eller misforståelser i mitt arbeid med oversettelse.

Av etiske vurderinger har jeg prøvd å ordlegge meg på en slik måte at oppgaven viser hensyn dersom noen av leserne skulle bli berørt av problemstillingen. Da dette også er en oppgave som benytter litteraturstudie som metode, har jeg ikke selv utført intervjuer eller innhentet persondata om andre mennesker sådan. Likevel har jeg holdt meg kritisk artiklene, og gjort etiske overveielser i henhold til problemstillingen av disse.

## 4.0 Resultat

I dette kapittelet vil jeg presentere resultatene jeg har funnet etter søk i databasene, hvor dette resulterte med fem forskningsartikler. Hver artikkel beskrives med formål, metode, resultat og konklusjon.

### 4.1 Artikkel 1

«Trauma-informed education: Creating and pilot testing a nursing curriculum on trauma-informed care» av Cannon, L. M., Coolidge, E. M., LeGierse, J., Moskowitz, Y., Buckley, C., Chapin, E., Warren, M. & Kuzma, E. K. (2020)

Formål:

Formålet med denne studien var å lage, implementere og evaluere faglig innhold om traumebevisst omsorg for sykepleiestudenter. Prosjektet hadde som mål å vurdere endring i kunnskap, holdninger og ferdigheter knyttet til traumebevisst omsorg blant studentene. Studien baserte seg på fire antagelser og seks hovedprinsipper om traumebevisst omsorg.

### Metode:

Denne studien benyttet seg av både kvalitativ og kvantitativ metode, med hovedgrunnlag i det kvantitative. Deltakerne måtte gjennomføre tre kurs, og måtte ta en test før og en test etter kursene. Testen bestod av ulike komponenter. Deltakerne bestod i hovedsak av sykepleiestudenter på ulike nivåer, og noen studenter som studerte andre fag. Det var 128 deltakere av 151 som fullførte studien, og studien gikk for seg ved et universitet Midt-Vest USA.

### Resultat:

Å lære helsepersonell om traumer og traumebevisst omsorg viste seg å forbedre utøverens kunnskap, holdninger og ferdigheter.

### Konklusjon:

Ifølge studien vil både sykepleiestudenter og sykepleiere ha utbytte av undervisning om traumer og traumebevisst omsorg. Studien beskriver sykepleiere som den største arbeidsstyrken av profesjonelt helsepersonell, og som utøver sykepleie innen alle de ulike helsesektorene for pasienter i alle aldre. Sykepleiere er derfor i en unik posisjon til å gi traumebevisst omsorg, og påvirke kvaliteten på pleien pasientene får.

## 4.2 Artikkel 2

«From Traditional Inpatient to Trauma-Informed Treatment: Transferring Control From Staff to Patient» av Genevieve Chandler (2008)

### Formål:

Denne studien hadde som formål å gi en grundig beskrivelse av erfaringene til personalet på en psykiatrisk enhet, hvor de tok for seg overgangen fra å utøve tradisjonell omsorg til å utøve traumebevisst omsorg.

### Metode:

Denne studien benyttet seg av en kvalitativ metode, hvor deltakerne ble intervjuet. Deltakerne ble målrettet rekruttert, hvor av de 20 sykepleierne og 14 terapeutene som var kvalifisert, meldte åtte seg frivillig til studien. Videre deltok også to med administrative stillinger. Undersøkelsen foregikk på en psykiatrisk enhet ved et sykehus i Nord-Amerika.

### Resultat:

Resultatet indikerer bedring gjennom trygghet og en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Videre ble det presisert hvor viktig det er å dele informasjon og kunnskap med pasienten, dette for å lettere kunne hjelpe og gi god sykepleie.

### Konklusjon:

Ved traumebevisst omsorg kan ansatte skape et miljø som forstår og fanger opp pasienter som føler de mister kontroll, og gi dem trygghet. For at dette skal være mulig trenger ansatte faglig utvikling gjennom utdanning og opplæring.

### 4.3 Artikkel 3

«Nurses' Perspectives on the Care of Adults with Mental Health Problems and Histories of Childhood Sexual Abuse» av *Wanda Marion Chernomas & Elaine Mordoch (2013)*.

#### Formål:

Undersøke sykepleieres perspektiver, opplevelser og erfaringer med å behandle voksne med psykiske problemer, deriblant PTSD, som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen.

#### Metode:

Det er benyttet et beskrivende kvalitativt studiedesign, med semistrukturerte intervjuer og skriftlige spørsmål. Intervjuene varte fra 45-60 min. Deltakerne bestod av 13 sykepleiere, hvor fire var menn og ni var kvinner. Studien foregikk ved et omsorgssenter, der alle deltakerne hadde lang arbeidserfaring. Seks av deltakerne jobbet ved institusjon, og syv deltakere jobbet poliklinisk.

#### Resultat:

Synspunktene til sykepleierne understreket utfordringer med å gi omsorg til denne pasientgruppen. Mange av sykepleierne følte de måtte være forsiktige, var usikre, og noen mente dette ikke var deres ansvarsområde. Det kom an på den enkelte sykepleiers kompetanse og hvorvidt man var komfortabel rundt temaet. Det ble vist til viktigheten av å lytte til, støtte og skape trygghet for pasienten. Tid ble også poengtert som en viktig faktor.

### Konklusjon:

Sykepleiere må være bevisst hvordan traumer påvirker livene til pasientene de har ansvar for. Som sykepleier har man gode forutsetninger til å gi traumebevisst omsorg. Det ble også konkludert med at sykepleiere bør forbedre sine kunnskaper om psykiske lidelser og sammenhengen med seksuelle overgrep opplevd i barndom. Samt sette et større fokus på traumebevisst omsorg og forbedring av behandlingen til denne pasientgruppen.

### **4.4 Artikkel 4**

«Adult Attachment as a Predictor of Posttraumatic Stress and Dissociation» av Sandberg (2010)

### Formål:

Formålet med denne studien var å undersøke K. Bartholomew sin rapport fra 1990, om fire dimensjoner av voksen tilknytning (*trygghet, utelatende, opptatt, engstelig*). Videre undersøktes tilknytningsformene i sammenheng mellom det å være offer/utsatt for misbruk, med PTSD og dissosiasjon.

### Metode:

Denne studien bestod av flere ulike former for målinger, deriblant spørsmål, spørreskjema, sjekklister og skala. Det ble deretter gjort en path-analyse av svarene. I studien deltok 199 kvinner hvor alle var studenter. Deltakerne hadde en historie både med og uten fysisk og/eller seksuelt misbruk i barndommen, ungdomstid, og i voksen alder. Deltakerne besvarte spørsmål i forhold til misbruk i barndom, ungdomstid og i voksen alder, samt relasjoner de hadde som voksen. Videre ble også symptomer på PTSD og dissosiasjon kartlagt.

### Resultat:

I forhold til Bartholomew sine fire dimensjoner av voksen tilknytning, ble det konkludert med at disse ikke formidlet noen forbindelse mellom offer/misbruk og symptomatologi. Likevel kunne man se en sammenheng mellom *opptatt*- og *engstelig* tilknytning, med PTSD og dissosiasjon. Samt *utelatende* tilknytning modererer forholdet mellom offer/misbruk og PTSD, men ikke ved offer/misbruk og dissosiasjon. *Trygg* tilknytning hadde ingen sammenheng med PTSD eller dissosiasjon.

### Konklusjon:

Funnene i denne studien kan underbygge annen forskning, da tilknytningsformene *opptatt* og *engstelig* for voksen tilknytning kan relateres til PTSD og dissosiasjon. Det blir også pekt på hvordan disse personene kan ha utbytte av relasjonsbasert terapi, der fokuset ligger på å skape trygghet.

## **4.5 Artikkel 5**

«The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD» av *Anouk Wagenmans, Agnes Van Minnen, Marieke Sleijpen & Ad De Jongh (2018)*.

### Formål:

Formålet med denne studien var å finne ut om pasienter som var utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, reagerte negativt på en intensiv traumebevisst PTSD-behandling.

### Metode:

Dette er en kvalitativ studie, hvor 165 deltakere var mellom 18 og 68 år. Deltakerne som var med i studien, deltok i et program som innebar 16 økter fordelt på 24 timer med to ulike former for traumebevisst terapi, samt deltok i fysisk aktivitet og undervisning i psykiatri.

Målingene på PTSD symptomer ble administrert av både kliniker og av deltakerne selv, og deretter analysert. Deltakerne ble delt inn i fire grupper, seksuelle overgrep før 12 år, mellom 12 og 18 år, over 18 år, og ikke utsatt for seksuelle overgrep.

### Resultat:

Resultatene viste stor effekt når det kom til reduksjon av symptomer på PTSD for alle aldersgruppene for traume. Gruppen for de som ikke hadde opplevd seksuelle overgrep, var effekten noe større, selv om denne forskjellen var liten.

### Konklusjon:

Studien støtter ikke hypotesen om at en traumebevisst PTSD behandling har en negativ effekt for de pasientene som har vært utsatt for seksuelle overgrep i oppveksten. Studien viste derimot at denne pasientgruppen hadde effekt av traumebevisst omsorg.

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Problemstillingen utgangspunkt for diskusjonen

I denne delen av oppgaven vil funnene i artiklene og annen aktuell faglitteratur bli diskutert. Besvarelse av problemstilling danner hovedstrukturen i diskusjonen. Problemstillingen som også ble introdusert innledningsvis i oppgaven, er:

Hvordan kan sykepleier benytte traumebevisst omsorg i møte med pasienter med PTSD, som har vært utsatt for seksuelle overgrep?

Problemstillingen er konkret i den forstand at den spør etter én problemløsning, hvordan kan sykepleier møte en spesifikk pasientgruppe, der verktøyet er traumebevisst omsorg. Jeg vil drøfte lidelsen PTSD og dens symptomatologi, og konsekvensene av seksuelle overgrep satt i sammenheng med dette. Samt sykepleiers fagkompetanse og bruken traumebevisst omsorg.

### 5.2 Pasienten med PTSD, som har vært utsatt for seksuelle overgrep

Av presenterte forskningsartikler ser en av fem artikler på selve effekten av traumebehandling. For at sykepleier skal kunne hjelpe en pasient med PTSD som har vært utsatt for seksuelle overgrep, må sykepleieren også forstå hva dette innebærer. Her er det behov for kunnskap og kompetanse. Ifølge internasjonale retningslinjer blir traumebevisst omsorg i psykoterapi generelt ansett som den beste behandlingen for pasienter med PTSD (Wagenmans et al., 2018). Dette samsvarer også med hvordan Lee et al. (2016) beskriver traumefokusert psykoterapi. Traumebevisst psykoterapi anses som mer effektivt enn medikamentell behandling, selv om enkelte medikamenter kan bidra til å redusere symptomer (Lee et al., 2016).



Det har generelt vært antatt at personer som har vært utsatt for alvorlig traume, ofte av en langvarig art, risikerer å utvikle alvorlige former for PTSD. Ofte for overgrep i barndommen har ofte blitt tenkt på som sårbare. Videre begrunnes det med at overgrep kan forstyrre den normale mentale utviklingen som er ansett nødvendig for en sunn emosjonell regulering (Wagenmans et al., 2018). Dette støttes ved at oppkoblingen som skjer i hjernen i tidlig alder, nærmere bestemt i den «tre-delte hjernen», påvirker hvordan vi håndterer påkjenninger senere i livet. Når man da blir utsatt for en slik traume som seksuelle overgrep, kan reguleringsystemets forbindelse med alarmsystemet svekkes. Dette kan igjen føre til at man fortære preges av frykt og minner fra opplevelsen (Ford, 2009; McFarlane, 2010). Likevel viser funnene til Wagenmans et al. (2018) at pasienter med PTSD som var utsatt for overgrep i barndommen vil ha effekt av traumebevisst omsorg, selv om det tidligere var antatt at denne pasientgruppen hadde mindre utbytte av dette (Wagenmans et al., 2018).

### 5.3 Sykepleierens kompetanse

Tre av fem inkluderte artikler ser på sykepleiernes kunnskap og erfaringer rundt traumebevisst omsorg og denne pasientgruppen. En faktor som taler for at sykepleiernes kunnskap og erfaringer er en viktig del av behandlingen, er at det er sykepleierne som bruker mest tid med pasientene. De følger pasienten gjennom sykdomsforløpet, og kan derfor gjøre vurderinger og være tilstede for pasienten. På denne måten hjelpes pasienten gjennom påkjenningne PTSD medfører. Dette støttes av funnene til Cannon (2020), Chandler (2008) og Chernomas og Morcoch (2013).

Funnene viser kunnskapsmangel blant sykepleierne når det kommer til senvirkninger av seksuelle overgrep, deriblant PTSD (Chandler, 2008; Chernomas & Mordoch, 2013). Det blir vist til at sykepleiere med mange års erfaring i arbeid med denne pasientgruppen er usikre i relasjonen og tilnærmingen til pasientene (Chernomas & Mordoch, 2013). De beskriver det som ubehagelig å snakke med pasientene om overgrepene de har vært utsatt for. Videre blir det også beskrevet usikkerhet rundt hvordan de skal formulere seg, og hvordan de skal reagere i henhold til informasjonen pasienten gir dem. På grunn av kunnskapsmangel vil det

være naturlig at sykepleierne føler seg usikre i interaksjonen med pasientene. Flere sykepleiere uttrykket også redsel for å fremkalle vonde følelser hos pasientene ved å prate om hendelsen uten at pasienten er klar for dette (Chernomas & Morcoch, 2013). Eide og Eide (2008) på sin side anerkjenner at det er vanskelig å bevege seg innpå et tema som kan skape følelsesmessige reaksjoner, men påpeker at det er desto viktigere å ha med seg kunnskapen om hvordan en god relasjon danner trygghet og lager forutsetning om å nå et felles mål (Eide & Eide, 2008).

Sykepleiere som helsepersonell må også forholde seg til lovverket. I henhold til lov om pasient- og brukerrettigheter er vi lovpålagt å sørge for at pasientenes rettigheter blir ivaretatt, samt at pasientene får den helsehjelpen de har rett på (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). For å ivareta pasientenes rettigheter og utøve en forsvarlig sykepleie, som også er lovpålagt, er det essensielt at sykepleierne har de kunnskapene de trenger i møte med pasientene. Ved kunnskapsmangel kan man stille spørsmål ved om pasientenes rettigheter blir ivaretatt, og om de i det hele tatt får den helsehjelpen de har krav på. I forhold til pasientene som går inn under denne oppgavens problemstilling, vil det også være naturlig at sykepleiere har gode kunnskaper om hva som gjelder i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, da flerparten av denne pasientgruppen vil ha behov for hjelp innen psykiatri. Denne loven skal sikre trygg og forsvarlig helsehjelp for den enkelte (psykisk helsevernloven, 1999, § 1-1). Det er høyst sannsynlig at sykepleiere som jobber innenfor psykiatri har et større kunnskapsnivå rundt psykiske lidelser og dens behandling, enn de sykepleierne som jobber andre steder innenfor helsevesenet. Funnene på sin side viser at sykepleiere som jobber innen psykiatri, selv etterspør mer kunnskap og erfaring rundt den aktuelle pasientgruppen (Chandler, 2008; Chernomas & Mordoch 2013).

Sykepleiere må være bevisst på hvordan traumer påvirker livene til pasientene de har ansvar for, de må ha kunnskap om psykiske lidelser og sammenhengen med seksuelle overgrep (Chernomas & Mordoch, 2013). Da er kunnskaper om hjernens alarm- og reguleringssystemer essensielt, hvor det blir forklart hvordan traumer påvirker hjernen,

hvilke mekanismer som skjer og hvilke symptomer dette resulterer i (Anstorp & Benum, 2019). Likedan med toleransevinduet, som bidrar til en større forståelse av hva som skjer når en pasient opplever hyper- eller hypoaktivering (Levine & Kline, 2007; Ogden et al., 2006). Og videre hvordan personer som har vært utsatt for en traume oftere har et smalere toleransevindu (Anstorp & Benum, 2019, s. 49). Chernomas og Mordoch (2013) hevder det er behov for et større fokus på traumebevisst omsorg og forbedring av behandlingen til pasientene (Chernomas & Mordoch, 2013). Dette støttes av Cannon et al. (2020), hvor det fremkommer at sykepleiere gjenkjente behovet for traumebevisst omsorg, men ikke hadde kunnskap eller ferdigheter som trengtes for å utøve denne omsorgen (Cannon et al., 2020). Det er også viktig at sykepleiere har kunnskaper om mulige fysiologiske senvirkninger av traumer, slik som hjerte- og karsykdommer (Kirkengen & Næss, 2017, s. 55). Desto fortere denne pasientgruppen får behandling, vil symptomer kunne reduseres, og likedan med senvirkningene.

#### **5.4 Relasjon bygget på tillit**

En av fem artikler ser på effekten av terapi for pasientgruppen som har PTSD og/eller dissosiasjon, med fokus på trygghet. Trygghet går også igjen i både traumebevisst omsorg og flere av de utvalgte forskningsartiklene. Funn viser at pasienten som diagnostiseres med PTSD, vil ha utbytte av å danne gode relasjoner, særlig om de klarer å kommunisere sitt følelsesliv (Sandberg, 2010). Videre viser funnene til Sandberg (2010) at dersom pasienten kan føle seg trygg på sin behandler, vil det være større sannsynlighet for at pasienten våger å dele sine tanker, følelser og erfaringer (Sandberg, 2010). Dette støttes til en viss grad med hva som blir beskrevet under følelsesregulering i traumebevisst omsorg. Her fremkommer det at sykepleier kan hjelpe pasienten med å regulere følelsene sine ved å møte dem, sette ord på det og vise forståelse (Jørgensen & Steinkopf, 2013). Sandberg (2010) hevder videre at når pasienten er trygg på sin behandler, vil det først da være mulig for behandler å hjelpe pasienten med bearbeidelse av traumene. Også at dette kan føre til at pasienten får et nytt syn på situasjonen, seg selv og på andre (Sandberg, 2010). Jørgensen og Steinkopf (2013) på sin side beskriver trygghet som opplevd trygghet, altså ikke nødvendigvis fysisk trygghet. Videre poengterer de at trygghet er det viktigste fokusområdet til sykepleier innen

traumebevisst omsorg (Jørgensen & Steinkopf, 2013). Likevel fremkommer det ikke her hvorvidt pasienten må være trygg på sin behandler for å oppnå bedring, men med tanke på hvor essensielt en trygg relasjon er, vil dette være sannsynlig. Også Chandler (2008) viser til bedring gjennom trygghet og en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Kommunikasjon kan da bli nøkkelen for å danne en god relasjon. Travelbee (2005) beskriver kommunikasjon som en gjensidig prosess, der vi har enkelte mål med interaksjonene vi ønsker å oppnå. I dette tilfelle vil det bidra til å fastslå og ivareta pasientens behov (Travelbee, 2005). Noe som også samsvarer med funnene presentert ovenfor.

Som sykepleier vil man ha en veiledende rolle, hvor man hjelper pasienten ved å blant annet å dele informasjon. Chandler (2008) hevder dette vil være grunnleggende i arbeidet med å få pasienten til å oppleve trygge relasjoner til andre mennesker (Chandler, 2008). Av inkludert støttelitteratur om traumebevisst omsorg, beskriver Bath (2015) på sin side at relasjonen tar utgangspunkt i å bygge eller gjenoppbygge sosiale bånd som er psykisk tilfredsstillende. Det blir ikke videre utdypet om hvorvidt informasjon påvirker denne prosessen. Informasjon er likevel essensielt i sykepleie og vi finner i Eide og Eide (2008) at å informere pasienten om sykdommen, eller i dette tilfelle traumens påvirkning og selve behandlingen, gjør situasjonen mer forutsigbar og mer forståelig for pasienten (Ong et al., 1995; Holen & Weisæth, 1985). Dette støttes også av Chandler (2008) hvor det fremkommer at det er viktig å dele informasjon og kunnskap med pasienten, for å lettere kunne hjelpe pasienten og gi god sykepleie (Chandler, 2008). Også punkt to i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer blir det også beskrevet hvordan pasienten har rett til å være medbestemmende og rett til å ikke bli krenket (NSF, u.å.). Å gi tilstrekkelig med informasjon er grunnleggende for at en pasient skal kunne være medbestemmende, ikke føle seg krenket eller oversett, og samtidig skape trygghet.

Også ulike aspekter av tid satt i sammenheng med trygghet og bedring fremkommer i studiene. På den ene siden hevder Chernomas & Mordoch (2013) at pasientene trenger tid i behandlingen for å oppnå bedring. Helbredelse over tid, med fokus på trygghet i relasjon og miljø vil pasientene kunne oppleve reduksjon av symptomer. På den andre siden viser Wagenmans et al. (2018) til at pasienter kan ha effekt av en intensiv traumebehandling.

Gjennom Wagenmans et al. (2018) sin studie deltok pasientene i ulike former for terapi, utøvde fysiske aktiviteter og fikk undervisning i psykiatri, noe som foregikk over en begrenset tidsperiode. Pasientene og klinikerne kunne tross tidsbegrensningen konkludere med effekt av behandlingen (Wagenmans et al. 2018). Det må også nevnes at Chernomas & Mordoch (2013) problematiserte sykepleiernes begrensede tid med pasientene, hvor det kunne forekomme avbrytelser og andre oppgaver for sykepleierne. Det er underforstått at sykepleiere må ha tid og ressurser for å kunne bistå pasientene på en god måte. Travelbee (2005) på sin side legger hovedvekt på hvordan sykepleier bør etablere et menneske-til-menneske-forhold, som bunner i at sykepleier blir kjent med pasienten og ser pasienten som et individ (Travelbee, 2005, s. 171). Travelbee beskriver videre at det tar tid å etablere et slikt forhold (Travelbee, 2005). Derfor kan man si at det er hva man legger i tiden og hvordan man bruker den, som påvirker kvaliteten av omsorgen pasienten får.

### **5.5 Hvordan benytte traumebevisst omsorg**

Fem av fem artikler ser på ulike aspekter ved traumebevisst omsorg. Traumebevisst omsorg blir beskrevet som to ting, en forståelsesramme, og dens metoder og intervensjoner (Jørgensen & Steinkopf, 2013). Traumebevisst omsorg er ment for å lage et helsefremmende og motstandsdyktig miljø i håndteringen av traumer (Bath, 2015). Cannon et al. (2020) på sin side forklarer at traumebevisst omsorg ble utviklet som en respons på den økende bevisstheten om hvordan traumer kan gi langvarige fysiske og psykiske helseplager. Traumebevisst omsorg kan benyttes som et rammeverk for de pasientene som oppsøker ulike helsetjenester, og har behov for et trygt miljø som forhindrer re-traumatisering (Cannon et al., 2020). Selv om det blir beskrevet på forskjellige måter, samsvarer definisjonen til Jørgensen og Steinkopf (2013) og Bath (2015) med Cannon et al. (2020) sin beskrivelse av traumebevisst omsorg.

Cannon et al. (2020) med sine funn hevder at sykepleiere er blant den største arbeidsstyrken av profesjonelt helsepersonell som utøver sykepleie innen alle helsesektorer til pasienter i alle aldre. På grunn av dette er sykepleiere i en unik posisjon til å gi traumebevisst omsorg,

og påvirke kvaliteten på pleien pasientene får (Cannon et al., 2020). Dette samsvarer med andre funn som også påpeker at sykepleiere har gode forutsetninger, og er godt egnet til å gi traumebevisst omsorg (Chandler, 2008; Chernomas & Mordoch, 2013). Dette kan begrunnes med sykepleiere har mulighet til å innhente relevant kunnskap, og forbedre holdninger og ferdigheter om traumebevisst omsorg (Cannon et al., 2020; Chernomas & Mordoch, 2013).

I diskusjonen fremkommer det at kunnskap, trygghet, relasjon og følelsesregulering er de viktigste faktorene i traumebevisst omsorg. Funnene viser som nevnt at sykepleiere etterspør kompetanse på dette området (Chernomas & Mordoch, 2013). Funnene viser også at sykepleiere som innehar denne kunnskapen kan skape et helsefremmende og trygt miljø som bidrar til bedring for pasientene (Chandler, 2008). Pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep har opplevd relasjoner som er utrygge og usikre. Når sykepleiere har forståelse for «opplevd trygghet» kan de bidra til å skape trygge relasjoner for disse pasientene (Bath, 2015). Kroppen med «den tredelte hjernen» husker relasjoner til andre mennesker som negativt, hvor det har vært overstimuli av amygdala og alarmsystemet (Ford, 2009; McFarlane, 2010). Ved et hypersensitivt nervesystem vil alarmsystemet ofte aktiveres, og signalet med den delen av hjernen som er fornuftig og reflekterende vil bli hemmet. Pasienten går da ut av sitt toleransevindue, og atferden kan oppleves som uforståelig eller urimelig (Bruce & Perry, 1999). Symptomene på dette kan være gjenopplevelsessymptomer, unngåelsessymptomer og overaktiveringssymptomer (Anstorp & Benum, 2019). Når man er overaktivert eller underaktivert vil det være vanskelig å lære eller utvikle nye atferdsmønstre (Jørgensen & Steinkopf, 2013). Det er derfor viktig at sykepleier bidrar til å danne trygge og positive relasjoner (Bath, 2015). Pasienten vil også ha behov for hjelp til regulering av affekter, fordi det kan være problematisk for pasienten å kontrollere følelsene sine selv. Sykepleier kan ikke fjerne pasientens vonde følelser, med co-regulere dem ved å møte dem, sette ord på det og vise forståelse. (Jørgensen & Steinkopf, 2013). Som nevnt tidligere kan man veilede traumeutsatte til trygge, sunne, og sosialt kloke måter å uttrykke følelsene sine (Bath, 2015).

Funn viser ved siden av hovedmålet om gi bedre og mer effektiv omsorg til pasienter gjennom traumebevisst omsorg, kan sykepleiestudenter også ha nytte av kunnskapen fordi rammeverket rundt traumebevisst omsorg er forankret i behovet om å skape et trygt miljø for alle pasienter og personer som jobber i helsevesenet (Cannon, 2020). Noe som er vesentlig fordi det knyttes til generell sykepleieutøvelse.

## 6.0 Konklusjon

Funn viser at sykepleiere gjenkjenner behovet for traumebevisst omsorg, men mangler kompetanse og ferdigheter som trengs for å gi denne omsorgen. Sykepleiere har likevel god mulighet til å både innhente kunnskap og utøve traumenevisst omsorg. I henhold til studiene vises det stor effekt av å benytte traumebevisst omsorg i møte med pasienter med PTSD, som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Gjennom tiltak som å skape tid, trygghet, relasjonsbygging og kunnskapsutvikling vil sykepleiere kunne benytte traumebevisst omsorg i møte med denne pasientgruppen. Samtidig som sykepleiere vil kunne skape et helsefremmende miljø for disse pasientene.

Ved å jobbe med denne oppgaven har jeg fått en større forståelse om hvordan traumer påvirker mennesket, og hvorfor man får de symptomene man gjør. Inntrykk jeg sitter igjen med etter arbeidet med problemstillingen, er hvor høyt antallet ofre av seksuelle overgrep er, og hvor alvorlige konsekvensene kan være. Jeg har lært hvor viktig det er å se hele individet, med individuelle behov. Traumebevisst omsorg som en forståelsesmodell og metode er noe jeg vil ta med meg inn sykepleieutøvelsen, fordi denne omsorgen er verdifull i møte med traumeutsatte pasienter og pasienter generelt.

## 7.0 Referanseliste:

Aarre, T. F. (2018). *Psykisatri for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. utg.). American Psychiatric Association.

Anstorp, T. & Benum, K. (2019). *Traumebehandling: komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (3. opplag). Universitetsforlaget.

Bath, H. (2015). The three pillars of trauma wise care: Healing in the Other 23 Hours. *Reclaiming Children and Youth*, 23(4), 5-11.

[https://www.traumebevisst.no/kompetanseutvikling/filer/23\\_4\\_Bath3pillars.pdf](https://www.traumebevisst.no/kompetanseutvikling/filer/23_4_Bath3pillars.pdf)

Bjaarstad, J. Y. (2021, 08. mars). Vil endre lov om voldtekt. VG.

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/nAmmAQ/regjeringen-vil-endre-dagens-lov-om-voldtekt>

Brady, K., Pearlstein, T. & Ansis, G. M. (2000). Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283(14), 1837-1844. <https://doi.org/10.1001/jama.283.14.1837>

Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.5.748>

Briere, J. & Spinazzola, J. (2009). *Assessment of the sequelae of complex trauma: Evidence-based measures*. Guilford Press.

Bruce, D. & Perry, M. D. (1999). Memories of Fear: How the Brain Stores and Retrieves Physiologic States, Feelings, Behaviors and Thoughts from Traumatic Events. *The Child Trauma Academy*, 1-30. <https://washburn.org/wp-content/uploads/2014/10/Memories-of-Fear.pdf>



Bufdir. (2018, 12. desember). *Hva er seksuelle overgrep?*

[https://www.bufdir.no/Nedsatt\\_funksjonsevne/Retningslinjer\\_seksuelle\\_overgrep\\_og\\_tviklingshemmede/Hva\\_er\\_seksuelle\\_overgrep/](https://www.bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Retningslinjer_seksuelle_overgrep_og_tviklingshemmede/Hva_er_seksuelle_overgrep/)

Böttche, M., Kuwert, P. & Knaevelsrud, C. (2012). Posttraumatic stress disorder in older adults: an overview of characteristics and treatment approaches. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 230-239. <https://doi.org/10.1002/gps.2725>

Chandler, G. (2008). From Traditional Inpatient to Trauma-Informed Treatment: Transferring Control From Staff to Patient. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 14(5), 363-371. <https://doi.org/10.1177/1078390308326625>

Chernomas, W. M. & Mordoch, E. (2013). Nurses' perspectives on the care of adults with mental health problems and histories of childhood sexual abuse. *Issues in Mental Health Nursing* 34(9), 639-647. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.799721>

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Gyldendal Akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Gyldendal akademisk

Folkehelseinstituttet. (2019, 23. april). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler.*

<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Folkehelseinstituttet. (2019, 24. juni). *Vold og overgrep.*

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/>

Ford, J. D. (2009). *Neurobiological and developmental research: Clinical implications*. Guilford Press.

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekkliste.*

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>

Helsenorge. (2020, 25. februar). *Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)*.

<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/posttraumatisk-stresslidelse>

Holen, A. & Weisæth, L. (1985). *Katastrofer og kriser*. Universitetsforlaget

Jørgensen, T. W. & Steinkopf, H. (2013). Traumebevisst omsorg, teori og praksis. *RVTS-Sør*. 1-17. <https://rvtssor.no/filer/backup/Artikkel3-Traumebevisstomsorg.pdf>

Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2017). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg.). Universitetsforlaget.

LeDoux, J. E. (1996). *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. Simon & Schuster.

Lee, D. J., Schnitzlein, C. M. & Wolf, J. P. (2016). Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: systemic review and meta-analysis to determine first-line treatments. *Depression and Anxiety*, 33(9), 792-806. <https://doi.org/10.1002/da.22511>

Levine, P. A. & Kline, M. (2007). *Trauma through a child's eyes: Infancy through adolescence*. North Atlantic Books.

MacLean, P. D. (1985). Evolutionary psychiatry and the triune brain. *Psychological Medicine*, 15, 219-221. <https://doi.org/10.1017/s0033291700023485>

Malt, U. (2019, 10. oktober). *ICD-10*. Store norske leksikon. <https://sml.snl.no/ICD-10>

McFarlane, A. C. (2010). The long-term costs of traumatic stress. Intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*, 9(1), 3-10. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00254.x>

Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 15(7), 530-536. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/07/regulering-som-nokkelbegrep-og-toleransevinduet-som-modell-i-en-ny>

Norsk sykepleierforbund (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 12.04.2021 fra [Yrkesetiske retningslinjer \(nsf.no\)](https://www.nsf.no)

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W. W. Norton & Company.

Ong, L. M., de Haes, J. C., Hoos A. M. & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40(7), 903-918.  
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-M](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-M)

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults. A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Perry, B. D., Pollard, R., Blakely, T., Baker, W. & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and 'use-dependent' development of the brain: How «states» become «traits'». *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-291.  
[https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199524\)16:4%3C271::AID-IMHJ2280160404%3E3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199524)16:4%3C271::AID-IMHJ2280160404%3E3.0.CO;2-B)

Politiet (u.å.). *Voldtekt og seksuelle overgrep*. Hentet 16.12.2020 fra <https://www.politiet.no/rad/voldtekt-og-seksuelle-overgrep/>

Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>

Sandberg, D. A. (2010). Adult Attachment as a Predictor of Posttraumatic Stress and Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation* 11(3), 293-307.  
<https://doi.org/10.1080/15299731003780937>

Schore, A. N. (2012). *Affect Regulation and the Origin of the Self*. Taylor & Francis.

Siegel, D. J. (2012). *The developing mind* (2. utg.) Guilford Press.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2019). *Psykiatri: For helse og sosialfagutdanningene* (4. utg.).

Cappelen Damm Akademisk.

Stien, P. T. & Kendall, J. (2004). *Psychological trauma and the developing brain*. Routledge.

Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.).

Universitetsforlaget.

Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge: En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv* (NKVTS Rapport 1/2014).

[https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold\\_og\\_voldtekt\\_i\\_norge.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold_og_voldtekt_i_norge.pdf)

Travelbee, J. (2005). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (4. opplag.). Gyldendal

Akademisk.

van der Kolk, B. (1996). *The complexity of adapting to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development*. Guilford Press.

Wagenmans, A., Minnen, A. V., Sleijpen, M. & Jongh, A. D. (2018). The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD.

*European Journal of Psychotraumatology* 9(1), 1-11.

<https://dx.doi.org/10.1080%2F20008198.2018.1430962>

Tabell 1: PICO – SKJEMA

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>Norsk</b>			
<b>Pasient / populasjon / problem</b>	<b>Intervensjon</b>	<b>Sammenligning</b>	<b>Utfall/resultat</b>
PTSD	Traumebevisst omsorg		
Seksuelle overgrep	Hjelpe		Bedring
Traume	Oppgave		Trygghet
Pasient	Omsorg		Lindre
Voldtekt	Oppfølging		Støtte
Overgrep	Pleie		Optimisme
	Tilnærming		Tillit
	Behandling		
	Traumebasert behandling		
<b>Engelsk</b>			
<b>Patient / population / problem</b>	<b>Intervention</b>	<b>Comparison</b>	<b>Outcome</b>
PTSD	Trauma-informed care		Recovery
Sexual abuse	Help		Improvement
Trauma	Care		Safety
Patient	Nursing		Relieve
Rape	Approach		Support

Mental health problem	Trauma-focused treatment		Optimism
	Treatment		Trust

*Matrise 1: Oversikt over søkeresultat og videre utvalg av artikler*

<b>Forfatter(e) Kilde</b>	<b>Artikkelens tittel</b>	<b>Inkludert i utvalg</b>	<b>Begrunnelse for inkludering/eksklusjon</b>
Cannon, L. M., Coolidge, E. M., LeGierse, J., Moskowitz, Y., Buckley, C., Chaplin, E., Warren, M. & Kuzma, E. K.  <i>Nurse education today</i> , 2020, Vol. 85, s. 1-8	Trauma-informed education: Creating and pilot testing a nurse curriculum on trauma-informed care	Ja	Artikkelen tar for seg sykepleiestudenters holdninger, ferdigheter og kunnskaper om traumebevisst omsorg. Videre har studien som mål å implementere og evaluere traumebevisst omsorg i henhold til sykepleie.
Chandler, G.  <i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association</i> , 2008, Vol. 14, s. 363-371	From Traditional Inpatient to Trauma-Informed Treatment: Transferring Control From Staff to Patient	Ja	Artikkelen tar for seg traumebevisst omsorg, hvor man ser på overgangen fra å utøve tradisjonell omsorg til traumebevisst omsorg. Og videre hvorfor sykepleiere bør ha kunnskap om, og har forutsetninger for å utøve traumebevisst omsorg.

<p>Chernomas, W. M. &amp; Mordoch, E.</p> <p><i>Issues in Mental Health Nursing, 2013, Vol. 34, s. 639-647</i></p>	<p>Nurses Perspectives on the Care of Adults with Mental Health Problem and Histories of Childhood Sexual Abuse</p>	<p>Ja</p>	<p>Denne artikkelen undersøker sykepleiers kunnskaper, erfaringer og opplevelser med å behandle voksne med psykiske lidelser, deriblant PTSD, som var utsatt for overgrep i barndommen.</p>
<p>Cisler, J. M., Sigel, B. A., Kramer, T. L., Smitherman, S., Vanderzee, K., Pamberton, J. &amp; Kilts, C. D.</p> <p><i>Journal of Psychiatric Research, 2015, Vol. 71, s. 33-40</i></p>	<p>Amygdala response predicts trajectory of symptom reduction during Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy among adolescent girls with PTSD</p>	<p>Nei</p>	<p>Denne artikkelen undersøkte aktiveringen av amygdala, og mulig redusjon av symptomer ved hjelp av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). Etter vurdering ble denne artikkelen ansett som for spesialisert for oppgavens problemstilling og hensikt.</p>
<p>Gabrielsson, S., Sävenstedt, S. &amp; Olsson, M.</p> <p><i>International Journal of Mental Health Nursing, 2016, Vol. 25, s. 434-433</i></p>	<p>Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care</p>	<p>Nei</p>	<p>Denne artikkelen tok for seg sykepleieres opplevelse av god sykepleieutøvelse innenfor fagfeltet psykiatri. Etter gjennomgang ble det vurdert at artikkelen faller utenfor problemstillingen.</p>

<p>Ross, S. L., Sharma-Patel, K., Brown, E. J., Hunt, J. S. &amp; Chaplin, W. F.</p> <p><i>Child Abuse and Neglect, 2021, Vol. 111, s. 1-16</i></p>	<p>Complex trauma and Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy: How do trauma chronicity and PTSD presentation affect treatment outcome?</p>	<p>Nei</p>	<p>Denne studien ser på utfallet av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) hos pasienter som har vært utsatt for traumatisering over tid og ulik grad av PTSD. Denne artikkelen ble også vurdert til for spesialisert for oppgavens problemstilling og hensikt.</p>
<p>Sandberg, D. A.</p> <p><i>Journal of Trauma &amp; Dissociation, 2010, Vol. 11, s. 293-307</i></p>	<p>Adult Attachment as a Predictor of Posttraumatic Stress and Dissociation</p>	<p>Ja</p>	<p>Formålet med denne studien var å undersøke K. Bartholomew sin rapport fra 1990, om fire dimensjoner av voksen tilknytning og sammenhengen med PTSD. Artikkelen viser også til at pasientene kan ha utbytte av relasjonsbasert terapi, der fokuset ligger på å skape trygghet.</p>
<p>Wagenmans, A., Minnen, A. V., Sleijpen, M. &amp; Jongh, A. D.</p> <p><i>European Journal of Psychotraumatology, 2018, Vol. 9, s. 1-11</i></p>	<p>The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD</p>	<p>Ja</p>	<p>Formålet med denne studien var å finne ut om pasienter som var utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, reagerte negativt på en intensiv traumebevisst PTSD-behandling. Videre hvilken effekt denne pasientgruppen</p>



			hadde på traumebevisst omsorg.
--	--	--	--------------------------------

*Matrise 2: Oversikt over utvalgte artikler*

<b>Forfatter(e) Kilde</b>	<b>Artikkelens tittel</b>	<b>Formål</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultater</b>
Cannon, L. M., Coolidge, E. M., LeGierse, J., Moskowitz, Y., Buckley, C., Chaplin, E., Warren, M. & Kuzma, E. K.  <i>Nurse education today, 2020, Vol. 85, s. 1-8</i>	Trauma- informed education: Creating and pilot testing a nurse curriculum on trauma- informed care	Formålet med studien var å lage, implementere og evaluere sykepleiekunnsk aper rundt traumebevisst omsorg for sykepleiere i ulikt utdanningsforløp	Studien benyttet seg av både kvalitativ og kvantitativ metode, med hovedgrunnlag i det kvantitative.  Deltagerne var med på tre kurs, hvor de gjennomførte en test før og en test etter kursene.  Deltagerne bestod av 151 deltagere, hvor 128 fullførte studien. Deltagerne	Sykepleierstudent er forbedret kunnskaper og ferdigheter knyttet til å utøve traumebevisst omsorg. En metode for å bedre forberedelsen av sykepleie er å implementere kunnskaper om traumer og traumebevisst omsorg i sykepleierutdannelse.  Studien danner en modell for

			<p>bestod i hovedsak av sykepleiestudenter, der noen var bachelorkandidater, noen holdt på med mastergrad og andre doktorgrad. Det var også noen deltagere som holdt på man andre studier enn sykepleie.</p> <p>Studien foregikk ved et større universitet i Midt-Vest USA.</p>	<p>traumebevisst utdanning av sykepleiere, som også er trygg, passende, akseptabel og effektiv.</p> <p>Studentene scoret høyt på testen før kursene, det var derfor ikke rom for at testen etter kursene ville vise veldig store forbedringer.</p> <p>Studentene gjenkjente behovet for traumebevisst omsorg, men hadde ikke kunnskaper eller ferdigheter for å gi denne omsorgen før utdannelsen.</p>
Chandler, G.  <i>Journal of the American</i>	From Traditional Inpatient to Trauma-Informed	Å dokumentere erfaringene til personale ved en psykiatrisk enhet på et sykehus,	Det er benyttet et kvalitativt studiedesign, hvor deltakerne ble intervjuet.	Ved å forstå de negative effektene ved traumer og dens påvirkning av pasientens

<p><i>Psychiatric Nurses Association, 2008, Vol. 14, s. 363-371</i></p>	<p>Treatment: Transferring Control From Staff to Patient</p>	<p>hvor de hadde laget en traumebevisst behandlingsmodell. Overgangen fra å utøve tradisjonell omsorg til å utøve traumebevisst omsorg blir grundig beskrevet.</p>	<p>Studien ble gjort på en psykiatrisk enhet med 20 sengeplasser ved et sykehus. Åtte sykepleiere og terapauter, samt to administrative personale meldte seg frivillig til studien, alle måtte da ha jobbet over 12 år ved enheten. Intervjuene varte fra 60-90 min. Ordrette transkripsjoner ble analysert ved induktiv innholdsanalyse. Skriftlig samtykke.</p>	<p>symptomer og forsvarsmodus, kan personalet skape et miljø som forbereder seg på og reagerer når pasienter føler seg ute av kontroll. For å skape et miljø av trygghet, må personalet utvikle seg faglig gjennom utdanning og opplæring.</p>
<p>Chernomas, W. M. &amp; Mordoch, E.</p>	<p>Nurses Perspectives on the Care of Adults with</p>	<p>Denne artikkelen undersøker sykepleiers kunnskaper, erfaringer og</p>	<p>Det er benyttet et beskrivende kvalitativt studiedesign, med</p>	<p>Sykepleiere følte seg utrygge og usikre i samhandling med denne</p>

<p><i>Issues in Mental Health Nursing, 2013, Vol. 34, s. 639-647</i></p>	<p>Mental Health Problem and Histories of Childhood Sexual Abuse</p>	<p>opplevelser med å behandle voksne med psykiske lidelser, deriblant PTSD, som var utsatt for overgrep i barndommen.</p>	<p>semistrukturerte intervjuer og skriftlige spørsmål. Intervjuene varte fra 45-60 min. Deltakerne bestod av 13 sykepleiere, hvor fire var menn og ni var kvinner. Studien foregikk ved et omsorgssenter, der alle deltakerne hadde lang arbeidserfaring. Seks av deltakerne jobbet ved institusjon, og syv deltakere jobbet poliklinisk.</p>	<p>pasientgruppen. Sykepleiere er god egnet til å utøve traumebevisst omsorg, men trenger kunnskapen for å kunne gjøre dette på en hensiktsmessig måte.</p>
<p>Sandberg, D. A.  <i>Journal of Trauma &amp;</i></p>	<p>Adult Attachment as a Predictor of</p>	<p>Å undersøke K. Bartholomew sine fire dimensjoner av voksen</p>	<p>Deltakerne bestod av 199 kvinnelige studenter i alderen 18-60</p>	<p>I forhold til Bartholomew sine fire dimensjoner av voksen tilknytning kunne</p>

<p><i>Dissociation, 2010, Vol. 11, s. 293-307</i></p>	<p>Posttraumatic Stress and Dissociation</p>	<p>tilknytning (trygghet, utelatende, opptatt, engstelig), og dens sammenheng mellom det å være offer/utsatt for misbruk med PTSD og dissosiasjon</p>	<p>år, med ulik etnisk bakgrunn og sivilstatus. Kvinnene hadde en historie både med og uten fysisk og/eller seksuelle overgrep, opplevd i barndom, ungdomstid og/eller i voksen alder. Studien benyttet ulike former for undersøkelser, deriblant spørsmål (om seksuelle overgrep i barndom), undersøkelse om seksuelle overgrep (i voksen alder), spørreskjema om familieopplevelser (om psykiske overgrep i</p>	<p>man se en sammenheng mellom opptatt- og engstelig tilknytning, med PTSD og dissosiasjon. Samt utelatende tilknytning modererer forholdet mellom offer/misbruk og PTSD. Studien viste også til hvor viktig det er at pasienten er trygg på sin behandler. Trygghet i relasjonen ble ansett som essensielt. Pasienten ville ha lettere for å etablere nye relasjoner, dersom pasienten også opplever relasjonen i behandlingen som positiv.</p>
---	--	---	---	--

			<p>barndom), relasjons- spørreskjema (relasjoner i voksen alder), sjekklister for PTSD (PCL-C) og dissosiativ opplevelse-skala (DESS-II). Deretter ble det gjort en path- analyse av målingene. Skriftlig samtykke.</p>	
<p>Wagenmans, A., Minnen, A. V., Sleijpen, M. &amp; Jongh, A. D.</p> <p><i>European Journal of Psychotraumatology, 2018, Vol. 9, s. 1-11</i></p>	<p>The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma- focused treatment for PTSD</p>	<p>Formålet med denne studien var å finne ut om pasienter som var utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, reagerte negativt på en intensiv traumebevisst PTSD- behandling. Videre hvilken</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie, hvor 165 deltakere var mellom 18 og 68 år. Deltakerne som var med i studien, deltok i et program som innebar 16 økter fordelt på 24 timer med to ulike former for traumebevisst</p>	<p>Traumebevisst omsorg i psykoterapi ansett som den beste behandlingsforme n for pasienter med PTSD. Funnene viste reduksjon av symptomer av behandling.</p>

		effekt denne pasientgruppen hadde på traumebevisst omsorg.	terapi, samt deltok i fysisk aktivitet og undervisning i psykiatri.	
--	--	--	---	--

*Matrise 3: Oversikt over artiklenes implikasjoner for sykepleie*

<b>Forfatter(e) Kilde</b>	<b>Artikkelens tittel</b>	<b>Implikasjoner for sykepleie</b>
Cannon, L. M., Coolidge, E. M., LeGierse, J., Moskowitz, Y., Buckley, C., Chaplin, E., Warren, M. & Kuzma, E. K.  <i>Nurse education today</i> , 2020, Vol. 85, s. 1-8	Trauma-informed education: Creating and pilot testing a nurse curriculum on traume-informed care	Ifølge resultatene vil sykepleiere gjennom kunnskap forbedre ferdigheter og holdninger knyttet til traumer og traumebevisst omsorg. Videre at sykepleiere er noen av de som er best rustet for å gi traumebevisst omsorg, sett at sykepleiere arbeider alle steder innen for de ulike helsetjenestene med pasienter i alle aldre.
Chandler, G.  <i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association</i> , 2008, Vol. 14, s. 363-371	From Traditional Inpatient to Trauma-Informed Treatment: Transferring Control From Staff to Patient	På bakgrunn av resultatene kan man se at traumebevisst omsorg skaper helsefremmende omgivelser og bidrar til bedring hos pasientene. Samt hvordan åpenhet ved å dele informasjon og kunnskap med

		pasienten kan hjelpe med å håndtere senvirkninger.
Chernomas, W. M. & Mordoch, E.  <i>Issues in Mental Health Nursing, 2013, Vol. 34, s. 639-647</i>	Nurses Perspectives on the Care of Adults with Mental Health Problem and Histories of Childhood Sexual Abuse	Ifølge studien er sykepleiere godt egnet til å utøve traumebevisst omsorg. Videre vises det til at traumebevisst omsorg bygger på kunnskap sykepleiere bør ha.
Sandberg, D. A.  <i>Journal of Trauma &amp; Dissociation, 2010, Vol. 11, s. 293-307</i>	Adult Attachment as a Predictor of Posttraumatic Stress and Dissociation	I denne studien fremkommer det at dersom pasienten føler seg trygg på sin behandler vil det være større sjanse for at pasienten våger å dele sine tanker, følelser og erfaringer. Videre hevdes det også at dersom pasienten opplever denne type relasjon som positivt, vil pasienten trolig også ha lettere for å våge å etablere nye relasjoner i livet ellers.
Wagenmans, A., Minnen, A. V., Sleijpen, M. & Jongh, A. D.	The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD	Resultatene viser reduksjon av symptomer ved PTSD, ved bruk av traumebevisst omsorg.



<i>European Journal of Psychotraumatology, 2018, Vol. 9, s. 1-11</i>		
--	--	--