



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	14-04-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
Flowkode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	467
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Koble sammen fortid og nåtid: Hvordan sykepleier kan ivareta pasienter med senvirkninger etter seksuelle overgrep, gjennom traumebevisst omsorg
Antall ord *:	8929

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfidensielt
materiale?:

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

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

Koble sammen fortid og nåtid:
Hvordan sykepleier kan ivareta pasienter
med senvirkninger etter seksuelle
overgrep, gjennom traumebevisst omsorg

Bacheloroppgave i sykepleie,
Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Stord, Kull 2019

Innleveringsdato: 28.04.2022

Antall sider: 43

Antall ord: 8929

Forord

*Når vi tar pynt og masker av,
og lander i livet, så oppdager vi
at sånn er livet med flekker og feil,
med svakhet og styrke, med avmakt og håp,
med krise og seire. Sånn er det nakne livet.*

(Per Fugelli)

Sammendrag

Tittel: Koble sammen fortid og nåtid: Hvordan sykepleier kan ivareta pasienter med senvirkninger etter seksuelle overgrep, gjennom traumebevisst omsorg

Bakgrunn for valg av tema: Jeg ønsker å skrive om hvordan sykepleier kan ivareta pasienter med senvirkninger av seksuelle overgrep i barndommen, gjennom traumebevisst omsorg. Bakgrunn for valg av tema henger sammen med erfaringer fra praksis gjennom sykepleierutdanningen. Personlige erfaringer med denne pasientgruppen har vært motivasjon for å fordype meg i hvordan jeg i mitt fremtidige yrke som sykepleier kan ivareta disse pasientene.

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleier ivareta pasienter med senvirkninger av seksuelle overgrep i barndommen, gjennom traumebevisst omsorg?*

Hensikt: Hensikten er å lære mer om temaet og bidra til økt kompetanse innen sykepleiefaget ved å belyse hvordan traumebevisst omsorg til overgrepsutsatte kan praktiseres på best mulig måte, i lys av kunnskapsbasert praksis og forskning.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Det er søkt etter forskning i databasene Cinahl, PubMed og Medline (Ovid).

Resultater: Seksuelle overgrep er en vanlig form for traumer som er forbundet med en rekke skadelige utfall. Traumebevisst omsorg er en tilnærming som anbefales for å ivareta pasienter som har opplevd traumer. Det er gjort funn som viser at sykepleiere mangler denne kunnskapen, og at det er et kompetansebehov for å gjøre sykepleiere mer forberedt i møte med pasientgruppen.

Konklusjon: Jeg har besvart problemstillingen ved å drøfte relevant teori og forskning med erfaringer fra praksis. Sykepleier er godt egnet til å gi traumebevisst omsorg og fremme mestring hos pasienter med senvirkninger etter seksuelle overgrep i barndommen.

Summary

Title: Connecting past and present: How nurses can care for patients with late effects after childhood sexual abuse, through trauma-informed care

Background: I want to write about how nurses can take care of patients with late effects of childhood sexual abuse, through trauma-informed care. The background for the choice of topic is related to experiences from practice during nursing school. Personal experiences with this patient group have been motivation to immerse myself in how I can meet these patients in my future profession as a nurse.

Research question: *How can a nurse care for patients with late effects of childhood sexual abuse, through trauma-informed care?*

Purpose: The purpose of this study is to learn more about the topic and contribute to increased competence in the nursing profession. This by shedding light on how trauma-informed care for victims of sexual abuse can be practiced in the best possible way, in the light of knowledge-based practice and research.

Method: The thesis is a literature study. The searches for research have been conducted in the databases Cinahl, PubMed and Medline (Ovid).

Results: Sexual assault is a common form of trauma that is associated with numerous deleterious outcomes. Trauma-informed care is an approach recommended when caring for individuals who have experienced trauma. Findings have been made which show that nurses lack this knowledge, and that there is a need for competence to make nurses more prepared to approach this patient group.

Conclusion: I have answered my research question by analyzing relevant theory and research, with experiences from practice. Nurses are in a good position to provide trauma-informed care and promote coping in patients with late effects after childhood sexual abuse.

Keywords: Childhood sexual abuse, trauma-informed care, nursing practice, literature research

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	2
1.3 PROBLEMSTILLING	2
1.4 AVGRENSNING	2
1.5 BEGREPSAVKLARING	3
1.5.1 Traumer	3
1.5.2 Relasjonelle traumer	3
1.5.3 Seksuelle overgrep	3
1.5.4 Senvirkninger av seksuelle overgrep	3
1.5.5 Traumebevisst omsorg	4
2.0 TEORI	5
2.1 SYKEPLEIETEORI	5
2.1.1 Omsorgsteori og mestring	5
2.2 MESTRING	6
2.3 TRAUMEBEVISST OMSORG	6
2.3.1 De tre grunnpilarene i korte trekk	6
2.4 TOLERANSEVINDU	7
2.5 SENVIRKNINGER AV SEKSUELLE OVERGREP	8
3.0 METODE	10
3.1 LITTERATURSTUDIE	10
3.2 PRESENTASJON AV SØKEPROSESS OG SELEKTERING	10
3.3 METODEKRITIKK	13
3.3.1 Kildekritikk og etiske overveielser	13
3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartiklene	14
4.0 ANALYSE OG PRESENTASJON AV RESULTATER	18
4.1 SAMMENDRAG AV ARTIKLER	18
4.1.1 Sammendrag av artikkel 1	18

4.1.2 Sammendrag av artikkel 2	19
4.1.3 Sammendrag av artikkel 3	19
4.1.4 Sammendrag av artikkel 4	20
4.1.5 Sammendrag av artikkel 5	21
5.0 DISKUSJON	23
5.1 SYKEPLEIERS FAGLIGE KOMPETANSE	23
5.2 TRAUMEBEVISST OMSORG SOM TILNÆRMING TIL OVERGREPSUTSATTE	25
5.3 FORDELER OG UTFORDRINGER TIL TRAUMEBEVISST OMSORG I PRAKSIS	28
6.0 KONKLUSJON	30
REFERANSER	32
<i>Figur 1 Toleransevindu-modell av Ogden, Minton & Pain, 2006 (Nordanger & Braarud, 2014).</i>	8
<i>Figur 1 Toleransevindu-modell av Ogden, Minton & Pain, 2006 (Nordanger & Braarud, 2014).</i>	27
<i>Tabell 1 Oversikt over søk i CINAHL 28.02.2022</i>	10
<i>Tabell 2 Oversikt over søk i MEDLINE (Ovid) 01.03.2022</i>	11
<i>Tabell 3 Oversikt over søk i PubMed 02.03.2022</i>	12
<i>Tabell 4 PICO - skjema</i>	36
<i>Tabell 5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier for søk</i>	37
<i>Tabell 6 Oversikt over analyse og resultat av valgte artikler</i>	38

1.0 Innledning

Denne oppgaven retter søkelyset mot pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, og som opplever senskader av psykisk og fysisk art. Sykepleiefokuset i oppgaven rettes mot hvordan sykepleier kan ivareta pasienter som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen, gjennom traumebevisst omsorg. Sykepleiere kan møte disse utfordringene med handlingskompetanse i kommunikasjonsferdigheter og de tre grunnpilarene i traumbasert omsorg, med fokus på mestring.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valg av tema henger sammen med erfaringer fra praksis gjennom sykepleierutdanningen. Personlige erfaringer med denne pasientgruppen har vært motivasjon for å fordype meg i hvordan jeg i mitt fremtidige yrke som sykepleier kan møte disse pasientene. Det gjorde at jeg ville se nærmere på hvordan jeg som sykepleier kan utøve traumebevisst omsorg, og derav kunne ivareta pasienter som har opplevd en traumatisk hendelse tidligere i livet. Teamet rundt traumer, seksuelle overgrep og senvirkninger er ikke mye gjennomgått i sykepleierutdanningen, og seksuelle overgrep er også et svært tabubelagt tema. Undersøkelser viser at flere har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, av både jenter og gutter. I en statistikk over voldtektsanmeldelser registrert i strafferegisteret, har det fra 2015 vært en økning i antall saker der fornærmede har vært under 14 år (KRIPOS, 2019). Ifølge folkehelseinstituttet (FHI) har om lag 1 av 5 jenter og 1 av 14 gutter opplevd seksuelle overgrep før fylte 18 år, der omtrent halvparten av overgrepene ble utført av jevnaldrende, som venner, kjæreste eller bekjent. Det er også en markant økning av seksuelle overgrep fra barnealderen til ungdomsalderen, i forbindelse med at puberteten inntreffer (FHI, 2019). Antallet som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen er stor, noe som tilsier at det er stor sannsynlighet for at sykepleiere vil møte disse pasientene i ulike ledd i helsesystemet. Omfattende studier gjort av Chernomas og Mordoch (2013), Dworkin et al. (2017), Dworkin (2020) og Hailes et al. (2019), viser at personer utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, har en livslang økt risiko for et bredt spekter av både psykiske og somatiske helseproblemer. Av de psykiske helseproblemene inkluderer dette seksuelle problemer, angstlidelser, depresjon, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), spiseforstyrrelser, søvnproblemer, rusmisbruk, lav selvfølelse, selvmordsforsøk og selvmord (Chernomas & Mordoch, 2013; Dworkin et al. 2017; Dworkin, 2020). Somatiske helseproblemer inkluderer kroniske bekkensmerter, kronisk utmattelsessyndrom, tilbakevendende hodepine, seksuell

dysfunksjon, gastrointestinale lidelser og medisinske uforklarlige symptomer (Hailes et al., 2019). Videre fremkommer det at seksuelle overgrep i barndommen forblir signifikant knyttet til helseproblemer langt inn i voksen alder (Steine et al., 2020).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Alvorlige og vanskelige livshendelser kalles ofte med en fellesbetegnelse for kriser (Eide & Eide, 2018, s. 68). Personer som er i krise, eller som lider av langtidsvirkninger etter traumatisk stress, har ifølge Eide og Eide (2018) behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med. Det er nyttig som sykepleier å ha kunnskap om seksuelle overgrep, da dette er et globalt samfunnsproblem. Globalt anslår UNICEF (2017) at opptil 120 millioner barn er berørt av seksuelle overgrep. Begrepene stress og mestring har også stor relevans for sykepleiere, da man ofte møter mennesker som er utsatt for store påkjenninger av både fysisk og psykisk art (Kristoffersen, 2016, s. 237). Det er dermed viktig som sykepleier å ha kunnskap om stressreaksjoner, samt om hvordan skadevirkninger kan begrenses. Videre har sykepleier behov for slike kunnskaper for å kunne iverksette tiltak for å forebygge unødig stress og fremme mestring. God kommunikasjon kan hjelpe pasienten til å bearbeide reaksjoner og mestre krise bedre (Eide & Eide, 2018, s. 68). Jeg ønsker å ha tilstrekkelige kunnskaper om senvirkninger knyttet til seksuelle overgrep, og hvordan jeg som sykepleier kan gi traumebevisst omsorg til voksne pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Videre ønsker jeg å vite hvordan sykepleier kan hjelpe utsatte til å mestre senvirkninger og reaksjoner de eventuelt måtte ha.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ivareta pasienter med senvirkninger av seksuelle overgrep i barndommen, gjennom traumebevisst omsorg?

1.4 Avgrensning

Jeg avgrensner oppgaven til å omhandle voksne pasienter fra 19 år som har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Pasientgruppen presenterer seg som voksne som søker psykisk helsehjelp med senvirkninger etter seksuelle overgrep. Jeg har valgt å ikke avgrense til spesifikt kjønn. Følgende utelukkes barn som pasientgruppe i denne oppgaven, da problematikken rettet mot barn ofte krever spesialkompetanse. På grunn av oppgavens begrensning velger jeg ikke å se på kartlegging og avdekking av seksuelle overgrep hos

pasienter, da jeg tar utgangspunkt i at det allerede har skjedd tidligere i barndommen. Jeg ønsker at problemstillingen skal være aktuell for både sykepleiere i psykiatrien og somatikken, fordi overgrepsutsatte kan ha sammensatte utfordringer. Erfaringer fra praksis viser også at sykepleiere generelt sett har lite kunnskap om senvirkninger av seksuelle overgrep. På grunn av oppgavens begrensning, samt relevans for oppgavens problemstilling har jeg valgt å ikke ta for meg medisinsk behandling.

1.5 Begrepsavklaring

Følgende skal jeg kort definere relevante begreper for problemstillingen.

1.5.1 Traumer

Traumer er alvorlige hendelser som oppleves som farlige, truende eller svært krenkende. Disse hendelsene kan både dreie seg om tilfeldige, enkeltstående traumer som naturkatastrofer og ulykker, samt hendelser der mennesker har skadet andre fysisk eller psykisk og som kan utspille seg gjentatte ganger over tid. Slike traumer kan omfatte både krigsopplevelser, voldssituasjoner, mishandling og overgrep (Grøholt, 2015, s. 144).

1.5.2 Relasjonelle traumer

Relasjonelle traumer omhandler traumer der noen som står en nær, har skadet personen fysisk eller psykisk. Dette kan både dreie seg om å være utsatt for eller være vitne til voldssituasjoner, mishandling og overgrep i familien (TIPS Sør-Øst).

1.5.3 Seksuelle overgrep

Straffeloven (2005, §292) skiller mellom tre kategorier av seksuelle overgrep. Disse omfatter seksuelt krenkende *atferd*, som verbale krenkelser, blotting og kinking. Seksuell *handling*, som berøring og beføling av bryster eller kjønnsorganer. Seksuell *omgang*, som samleie vaginalt/analt/oralt og masturbasjon (Straffeloven, 2005, §292). Videre i oppgaven kommer jeg til å bruke forkortelsen SOB til seksuelle overgrep i barndommen.

1.5.4 Senvirkninger av seksuelle overgrep

Senvirkninger etter seksuelle overgrep er ikke nødvendigvis sykdomstilstander, men også normale virkemekanismer og reaksjoner på de overgrep en har opplevd (RVTS Sør, u.å.). Eksempler kan være spiseforstyrrelser, rusmisbruk, suicidalitet, depresjon,

personlighetsforstyrrelser, dissosiasjon, og PTSD symptomer (Cleary et al., 2015; Dworkin, 2020; Skårderud et al., 2018, s. 450).

1.5.5 Traumebevisst omsorg

Traumebevisst omsorg som tilnærming til å gi helsehjelp, er ifølge Cleary og Hungerford (2015) basert på antakelsen om at mange mennesker vil oppleve traumer i dens forskjellige former, og at dette traumet vil frembringe en rekke negative utfall. De tre viktigste grunnpilarene i traumebevisst omsorg er ifølge Hagen (2021, s. 31) trygghet, som innebærer forutsigbarhet, samt relasjon og affektregulering. Videre i oppgaven vil traumebevisst omsorg forkortes til TBO.

2.0 Teori

2.1 Sykepleieteori

Benner og Wrubels (2014) sykepleieteori baserer seg på å hjelpe mennesket til å mestre tap, lidelse og sykdom med utgangspunkt i det som er viktig for den enkelte, og den mening den enkelte tillegger situasjonen. Benner og Wrubel benytter en fenomenologisk-tilnærming i deres sykepleieteori. Fenomenologi omhandler den subjektive opplevelsen av situasjoner, og har som mål å gi en presis beskrivelse av personens egne perspektiver, opplevelser og forståelse. Ett og samme fenomen oppleves individuelt ut fra den enkeltes persons bakgrunn, interesser og forståelse.

2.1.1 Omsorgsteori og mestring

Omsorg er ifølge Benner og Wrubel (2014, s. 23) essensielt for mennesket, og er videre forbundet med noe som betyr noe og opptar den gjeldende personlighet. Den er alltid spesifikk og relasjonsorientert, noe vil derfor først bli oppfattet som stressende når det er av betydning for personen. Omsorgens natur definerer hvilke muligheter som er tilgjengelige og akseptable for å mestre situasjonen for personen. Omsorgsbegrepet er vidt og dekker både det som betyr noe for en person, hva som betraktes som stressende, samt hvilke muligheter som er til rådighet for å forholde seg til dem. I sykepleieperspektiv danner omsorg grunnlaget for muligheten til å yte hjelp og motta hjelp (Benner & Wrubel, 2014, s. 26). Omsorg vil si å involvere seg på et visst plan, og er nødvendig for all sykepleiepraksis. Ifølge Benner og Wrubel (2014, s. 26) vil omsorg få sykepleieren til å bemerke seg de mest subtile tegn på forbedring eller forverring i pasientens tilstand. Den vil også kunne gjøre sykepleieren i stand til å bemerke hvilke tiltak som hjelper, og vil videre fungere som veiledning i den videre pleien. Et pleier- og pasientforhold basert på omsorg er også sentralt for å skape tillit, som videre både setter pasienten i stand til å ta imot hjelp og føle at hen vises omsorg (Benner & Wrubel, 2014, s. 26). Dersom ikke omsorg står sentralt i sykepleien, vil sykepleien som utøves bli mekanisk. Omsorg er også den essensielle forutsetningen for mestring (Benner & Wrubel, 2014, s. 24). Mestring er tiltakene man stiller opp med i forhold til situasjonen. Mestring alene vil ifølge Benner og Wrubel (2014, s. 25) ikke kunne kurere tap og smerte, men kan derimot hjelpe personen med å forholde seg til disse opplevelsene. Mestring kombinert med omsorg, vil kunne gi rom for å oppnå både glede og den tilfredsstillelsen som tilknytningen kan gi (Benner & Wrubel, 2014, s. 25).

2.2 Mestring

Mestringsbegrepet brukes som en generell betegnelse for ulike måter å forholde seg til belastende hendelser i livet på. Store fysiske og psykiske belastninger utløser en kombinasjon av følelser, tanker og handlingstilbøyeligheter (H. Eide & Eide, 2017, s. 48). Det kan være store individuelle forskjeller i disse. Motivasjon og mestring hører nøye sammen, og er en viktig faktor for bedre mestring. Mestring innebærer strategier for å beherske, tolerere og redusere ytre eller indre påkjenninger og følger av slike påkjenninger (H. Eide & Eide, 2017, s. 48). Disse mestringsstrategiene er personlige, og kan ifølge H. Eide og Eide (2017) være mer eller mindre hensiktsmessige med tanke på ivaretagelse av egen helse. Vedkommende må selv utføre mestringsarbeidet. Helsepersonellets oppgave blir å medvirke til at pasienten lykkes med sin mestring. Dette kan handle om å motivere den andre til å komme i gang og gjennomføre det dagligdagse mestringsarbeidet, samt gi praktisk bistand, ny kunnskap og informasjon (H. Eide & Edie, 2017, s.48). Kommunikasjon er et viktig verktøy for å frembringe den andres motivasjon.

2.3 Traumebevisst omsorg

Traumebevisst omsorg (heretter forkortet TBO) som tilnærming til å gi helsehjelp, er ifølge Cleary og Hungerford (2015) basert på antakelsen om at mange mennesker vil oppleve traumer i dens forskjellige former, og at dette traumet vil frembringe en rekke negative utfall. De tre viktigste grunnpilarene i TBO er ifølge Hagen (2021, s. 31) trygghet, som innebærer forutsigbarhet, samt relasjon og følelsesregulering. TBO er et styrkebasert rammeverk som hjelper den utsatte til å utvikle mekanismer for mestring av traumer og daglig fungering (Kezelman, 2016; Cleary et al., 2018). TBO er ikke bare sentrert på å behandle traumer, men underbygger ideelt sett alle interaksjoner, både kliniske og støttende funksjoner, inkludert alle sykepleieinteraksjoner. Den fokuserer på «hva som skjedde med en person», det vil si forholdet mellom tidligere hendelser og nåværende omstendigheter, og prioriterer trygghet, «empowerment» som vil si autonomi og selvbestemmelse, tillit, valgmulighet og samarbeid (Cleary et al., 2018).

2.3.1 De tre grunnpilarene i korte trekk

Trygghet:

Trygghet er et komplekst begrep som inneholder mange elementer som omsorgspersoner må ha kjennskap til. Noen av disse elementene som er sentrale for å skape trygge miljøer for traumeutsatte er forutsigbarhet, tilgjengelighet, ærlighet og åpenhet (RVTS Sør, u.å.). Tillit forutsetter at begge åpner seg, og samtidig overbeviser den andre om at en ikke vil utnytte den andre part (Helgesen, 2016, s. 146). Ifølge H. Eide og Eide (2017, s. 57) er forutsigbarhet og kontinuitet i kommunikasjon med pasienten viktig. Trygghet og stabilitet er også i følge Varvin (2018, s. 449) grunnleggende, og en forutsetning for at den traumatiserte våger å fortelle om traumatiserende opplevelser.

Relasjon:

Trygghet og relasjon er i seg selv gjensidig avhengig av hverandre i traumebevisst omsorg. Dette dreier seg om å skape gode og trygge relasjoner mellom pasient og omsorgsperson. Positive relasjoner er nødvendig for sunn menneskelig utvikling, men traumer underminerer slike livgivende relasjoner (RVTS Sør, u.å.). Ifølge Poldon et al. (2021) er det å bygge en relasjon noe av det viktigste som sykepleier, da pasienter som har opplevd traumer slik som seksuelle overgrep ikke føler seg trygg. Som helsepersonell vil en ifølge H. Eide og Eide (2017, s. 57) møte pasienters behov for tilknytning gjennom å lytte aktivt og vise respekt for den andres verdier og prioriteringer.

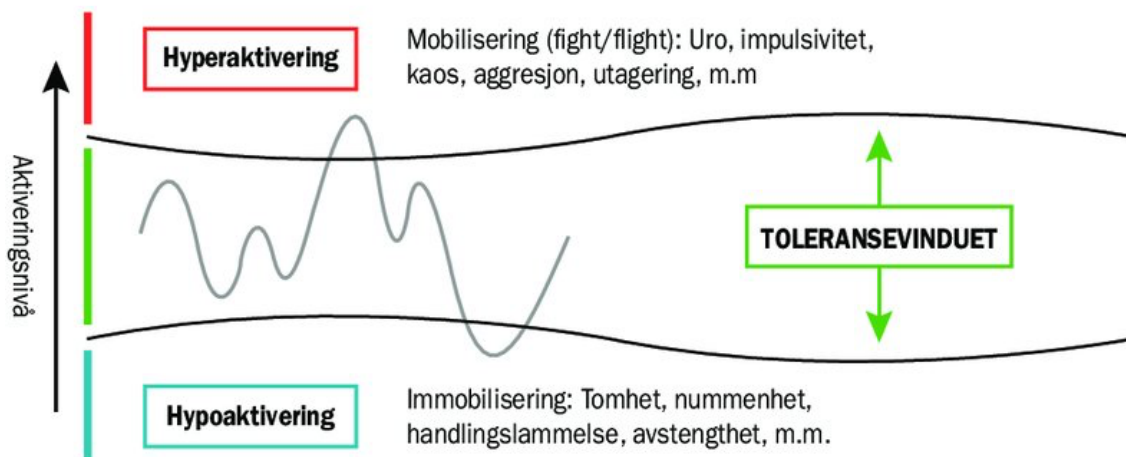
Følelsesregulering (affektregulering):

Vanskeligheten med å regulere følelser og impulser er en sentral konsekvens av traumer og posttraumatiske tilstander. Dette gjelder spesielt negative følelser, som skam, tristhet og sinne (Varvin, 2018, s. 454). Den oppstår en manglende evne til å tenke over og samle inntrykkene, og vurdere dem. Disse kognitive funksjonene er ifølge Varvin (2018) svært viktige for å kunne forholde seg til ens opplevelser og følelser uten å bli overveldet eller overmannet av dem. Det kan dermed medføre at det blir vanskelig å finne mening med det som skjer, eller har skjedd.

2.4 Toleransevindu

Begrepet *toleransevinduet* refererer til det spennet av aktivering som er optimalt for et individ (Nordanger & Braarud, 2014). I denne sonen klarer man å reflektere og regulere følelser, og er mest oppmerksomt til stede i situasjoner og relasjoner. Er man over toleransegrensen, er man i hyperaktivert/overaktivert tilstand, med aktivering av det sympatiske nervesystemet. Er

man derimot under grensen, er man i hypoaktivert/underaktivert tilstand, med aktivering av det parasympatiske nervesystemet. Dette gir utslag i en rekke kroppslige reaksjoner (Nordanger & Braarud, 2014; Hagen, 2021). Det sympatiske nervesystemet er kroppens krisesystem/stress respons, som gir forhøyet hjerterate, respirasjon og muskeltonus. Kroppen er på vakt/forventer fare, panikkreaksjoner kan inntre (fluktbehov, «freeze», utageringsbehov), man kan få flashback/gjenerindring og tvangsmessige tanker/fastlåste tankemønstre (Hagen, 2021, s. 36). Det parasympatiske nervesystemet har motsatt effekt, og gir redusert hjerterate, respirasjon og muskeltonus. Andre kroppslige reaksjoner ved en hypoaktiveringsreaksjon kan være tretthet, fjernhet, følelsesmessig avflatet, tanketom og nummen (Hagen, 2021, s. 36). Grensene for når man blir hyper- eller hypoaktivert er individuelt. De påvirkes av sosial kontekst, erfaringer, emosjonell tilstand, samt konstitusjonelle faktorer som temperament (Nordanger & Braarud, 2014). Det finnes ingen øvre eller nedre toleransegrense. Svingningene i linjene for toleransevinduet (se figur 1) representerer forskjellene hos det enkelte individ, og vil variere fra person til person (Ogden et al., 2006; Nordanger & Braarud, 2014; Hagen, 2021). Personer som har vært utsatt for alvorlige og/eller gjentatte traumatiske belastninger, har ofte et smalt toleransevindu. Da vil man lettere oppleve hyper- eller hypoaktivering.



Figur 1 Toleransevindu-modell av Ogden, Minton & Pain, 2006 (Nordanger & Braarud, 2014).

2.5 Senvirkninger av seksuelle overgrep

Senvirkningene av traumer som følge av seksuelle overgrep i barndommen kan ifølge Poldon et al. (2021) være kort- eller langsiktige, og kan oppstå enten umiddelbart eller ha ett forsinket utbrudd. Ifølge Dworkin (2020) er flere psykiske lidelser mer vanlig hos personer som har

vært utsatt for seksuelle overgrep, enn andre former for traumer. Hvor PTSD og depressive lidelser viser seg å være spesielt fremtredende. Senvirkninger etter seksuelle overgrep er ikke nødvendigvis sykdomstilstander, men også normale virkemekanismer og reaksjoner på de overgrep en har opplevd (Fellesskap mot seksuelle overgrep – Nok., u.å.). Eksempelvis kan selvskading være en slik reaksjon for å mestre uutholdelig indre uro og kaos, ved å plassere det hele i en konkret fysisk smerte (Skårderud et al., 2018, s. 39). Andre eksempler kan være spiseforstyrrelser, suicidalitet, depresjon, personlighetsforstyrrelser, rusmisbruk, dissosiasjon, og PTSD symptomer (Cleary et al, 2015; Dworkin, 2020; Varvin, 2018, s. 450).

3.0 Metode

Dalland (2012, s. 112) hevder at metode er vårt redskap i forbindelse ved å finne resultat av noe vi undersøker og hjelper oss å samle inn data. Valget av metode grunner seg blant annet i hva forskeren ønsker å undersøke.

3.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven benyttes litteraturstudie som metode. Dalland beskriver en litteraturstudie som en systematisk og kritisk gjennomgang av eksisterende forskning på området. Metoden innebærer et systematisk søk og lokalisering etter informasjon, kritisk vurdering med tanke på relevans og pålitelighet og anvendelse i egen kunnskapsutvikling (Dalland, 2012, s. 150).

3.2 Presentasjon av søkeprosess og selektering

Det er benyttet PICO-skjema (se tabell 4 i vedlegg) for å bidra til å formulere en tydelig og presis problemstilling, samt bidra til å utføre et systematisk litteratursøk. PICO gir struktur og klargjør spørsmål for litteratursøk (Helsebiblioteket, 2016). Utvalgte artikler er hentet ved systematisk søk i databasene Cinahl, Medline (Ovid) og PubMed. For å begrense søkene mine har jeg benyttet søkekriterier som vist i tabell 5 (se vedlegg). Tabellene nedenfor viser søkene mine i de utvalgte databasene med inkluderte avgrensninger og utvalgte ord fra PICO-skjema. Videre i tabell 6 (se vedlegg) vises en oversikt over funn av inkluderte artikler.

Tabell 1 Oversikt over søk i CINAHL 28.02.2022

Nummer	Søkeord/term	Kombinasjoner	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
1	S1 nurse*	S1		555 882
2	S2 "Childhood sexual abuse"	S2	Published Date: 20120101-20221231	2 793
3		S1 and S2		124
4	S3 "mental health"	S3		168 058
5		S1 and S2 and S3	Published Date: 20120101-20221231 Language: English Academic journal	18

6	S4 “trauma informed care”	S4		649
7	S5 “trauma focused treatment”	S5		97
8		S4 or S5		745
9		S1 and (S4 or S5)	Published Date: 20120101-20221231 Language: English Academic journal	92
10	S6 “sexual abuse”	S1 and (S4 or S5) and S6	Published Date: 20120101-20221231 Language: English Academic journal	8

Etter søk nr. 5 ble artikkelen “*Mental health nurses’ perceived preparedness to work with adults who have child sexual abuse histories*” av Kennedy et al. (2020) valgt. Artikkelen ble sett på som relevant for oppgaven da den tar opp sykepleiers erfaringer knyttet til å jobbe med voksne som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen. Videre gav søk nr. 10 treff på artikkelen “*Exploring How Sexual Assault Nurse Examiners Practice Trauma-Informed Care*” av Poldon et al. (2021), som også ble valgt på bakgrunn av relevans til oppgavens problemstilling.

Tabell 2 Oversikt over søk i MEDLINE (Ovid) 01.03.2022

Nummer	Søkeord/term	Kombinasjoner	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
1	S1 nurse*	S1		386 932
2	S2 “childhood sexual abuse”	S2		2749
3		S1 and S2		68
4		S1 and S2	- Publication year 2012-current - Publication type: Journal Article	19

5	S3 “mental health”	S1 and S2 and S3	- Publication year 2012-current - Publication type: Journal Article	7
---	--------------------	------------------	--	---

Søk nr. 5 gav treff på artikkelen “*Nurses’ Perspectives on the Care of Adults with Mental Health Problems and Histories of Childhood Sexual Abuse*” av Chernomas og Mordoch (2013). Artikkelen ble sett på som relevant for oppgaven da den har med hensikt å utforske sykepleieres perspektiver på, og erfaringer med å gi omsorg til voksne med psykiske problemer, som også kan ha en forhistorie med seksuelle overgrep i barndommen.

Tabell 3 Oversikt over søk i PubMed 02.03.2022

Nummer	Søkeord/term	Kombinasjoner	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
1	S1 nurse*	S1	Year: 2012-2022 Language: English/Norwegian Full text	136 756
2	S4 “trauma informed care” S5 “trauma focused treatment”	S4 or S5	Year: 2012-2022 Language: English/Norwegian Full text	926
3	S6 “adverse childhood experiences”		Year: 2012-2022 Language: English/Norwegian Full text	4029
4		S1 and (S4 or S5) and S6	Year: 2012-2022 Language: English/Norwegian Full text	15
5		S1 and (S4 or S5) and S6	Year: 2012-2022 Language: English/Norwegian Full text Age: Adult – 19 + years	5

6	S7 “sexual assault”	S7	Language: English/Norwegian Full text	5567
7	S8 psychopathology	S8	Language: English/Norwegian Full text	38 175
8	S9 trauma	S9	Language: English/Norwegian Full text	894 942
9	S10 PTSD		Language: English/Norwegian Full text	44 256
10		S7 and S8 and S9 and S10	Year: 2012-2022 Language: English/Norwegian Full text	21

Etter søk nr. 5 ble artikkelen “*Trauma-informed education: Creating and pilot testing a nursing curriculum on trauma-informed care*” av Cannon et al. (2020) valgt. Artikkelen ble valgt på bakgrunn av relevans til oppgavens problemstilling. Videre gav søk nr. 10 treff på artikkelen “*Risk for Mental Disorders Associated with Sexual Assault: A Meta-Analysis*” av Dworkin (2020), som også ble valgt da den tar opp et tema som belyser problemstillingen i oppgaven.

3.3 Metodekritikk

Følgende presenteres mine kritiske vurderinger og etiske overveielser, samt kritisk vurdering av valgte artikler.

3.3.1 Kildekritikk og etiske overveielser

Kildekritikk er ifølge Dalland (2012, s. 67), de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Noe som betyr å karakterisere og vurdere de kildene som benyttes, og innebærer at en holder seg kritisk til kildene som anvendes. De fem valgte studiene jeg har tatt med i denne litteraturstudien er hentet fra anerkjente databaser. Søket er derimot begrenset til tre databaser, som kan medføre at relevant forskning publisert i andre databaser er ekskludert fra studien. Videre er derimot alle inkluderte forskningsartikler hentet fra fagfelleverderte tidsskrift. Det innebærer at artiklene er vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Dalland, 2012, s. 78). I min selektering av skriftlig informasjon har jeg vurdert kildene både på gyldighet, holdbarhet og relevans for min problemstilling, samt hvorvidt litteraturen er tilstrekkelig oppdatert i lys av dagens situasjon. Forskningsartiklene jeg har funnet 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 disse.

For å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene har jeg foretatt etiske overveielser. Av etiske hensyn har jeg vært kritisk til hvordan jeg uttrykker meg skriftlig i oppgaven, da jeg tar opp et sensitivt tema. Dette også med grunnlag i at leserne kan ha erfaringer som oppgaven baserer seg på. Noe som også er vektlagt i presentasjonen av funn. Av andre etiske hensyn har jeg også presentert egne erfaringer fra praksis, og har følgende anonymisert både praksissted og situasjoner for å opprettholde taushetsplikten. Videre er det utført etiske overveielser og kvalitetssikring av hver enkelt studie. Det er benyttet artikler som overholder akademiske normer for kildehenvisninger, hvor anonymiteten til respondentene og intervjuobjektene er ivaretatt. Det er undersøkt at alle studiene som er benyttet har fulgt etiske retningslinjer, noen formelt sett gjennom etiske komiteer og internasjonale retningslinjer, mens andre studier har ivaretatt etiske standarder gjennom eksempelvis informert samtykke. En artikkel, følgende av Dworkin (2020), har ikke etiske overveielser på grunn av at den ikke inneholder sensitiv informasjon om deltakere i studien, blant annet fordi den er en metaanalyse.

3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartiklene

Ved å kritisk vurdere artikler ser en på artikkelens gyldighet, resultatene, den metodiske kvaliteten og overførbarheten. Sjekkliste til dette finnes blant annet på helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Ut ifra forskningsdesignet på artikkelen kan en avgjøre hvilken sjekkliste som er relevant.

3.3.2.1 Kritisk vurdering av artikkel 1

“Nurses’ Perspectives on the Care of Adults with Mental Health Problems and Histories of Childhood Sexual Abuse” av Chernomas og Mordoch.

Ved kritisk vurdering av denne artikkelen har jeg benyttet sjekkliste for kvalitativ studie. Artikkelen har en tydelig tittel. Den forteller med den gang at dette er en studie av sykepleieres perspektiver på sykepleie for voksne, med psykisk helseproblemer og med seksuell overgrepshistorie i barndommen. Forskerne ønsket å finne svar på dette da integreringen av denne kunnskapen i sykepleiepraksis fortsatt er inkonsekvent, til tross for økende bevissthet og bevis som knytter seksuelle overgrep i barndommen til en rekke

pågående helseproblemer i voksen alder. Kvalitativ metode er hensiktsmessig da studien har som mål å beskrive sykepleiernes perspektiver, erfaringer og opplevelser om temaet. Valg av forskningsdesign ble begrunnet. Det er beskrevet karakteristika for utvalget, bestående av; primært sysselsettingsområde, antall år i psykiatrisk sykepleiepraksis, kjønn, fullført formell utdanning og videreutdanning relatert til seksuelle overgrep i barndommen. Måten dataene ble samlet inn på er beskrevet i en intervjuguide. Etske forhold ble vurdert og studien ble forelagt etisk komité, der de fikk godkjenning fra et universitetsbasert forskningsetisk styre og tilgangsgodkjenning fra institusjonen. Sykepleiernes erfaringer og opplevelser er troverdige, men det kan stilles spørsmål ved resultatene da dataene kun ble samlet inn fra en instans. Flere strategier ble derimot benyttet for å øke påliteligheten til funnene, deriblant medlemskontroll. Studien er også fagfellevurdert.

3.3.2.2 Kritisk vurdering av artikkel 2

“Mental health nurses’ perceived preparedness to work with adults who have child sexual abuse histories” av Kennedy et al.

Ved kritisk vurdering av denne artikkelen har jeg benyttet sjekklister for kvalitativ studie. Artikkelen har ett tydelig abstrakt som konkret oppsummerer formålet med studien. Kvalitativ metode som er benyttet virker hensiktsmessig for å besvare problemstillingen. Valg av forskningsdesign er begrunnet og diskutert. Forskerne har diskutert studiens bidrag til praksis med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse. Utvalget av psykiatriske sykepleiere er velegnet for å kunne svare på problemstillingen, men kunne til fordel hatt med et større utvalg av sykepleiere som ikke bare er selvvalgte og ansatt innenfor samme tjeneste. Resultatene er til å stole på og det ble benyttet medlemskontroll for å øke påliteligheten til funnene. Det er videre drøftet av forskerne hvilke begrensninger studien har. Alle prosedyrer i studien ble utført i samsvar med de etiske standardene til Trinity College Dublin, og med Helsinkierklæringen fra 1964.

3.3.2.3 Kritisk vurdering av artikkel 3

“Exploring How Sexual Assault Nurse Examiners Practice Trauma-Informed Care” av Poldon et al.

Ved kritisk vurdering av denne artikkelen har jeg benyttet sjekklister for kvalitativ studie. Artikkelen har ett tydelig abstrakt som konkret oppsummerer formålet med studien. Kvalitativ metode som er benyttet virker hensiktsmessig for å besvare problemstillingen. Studien har

som mål å forstå og belyse sykepleiernes erfaringer rundt traumeinformert omsorg. Valg av forskningsdesign er begrunnet. Utvalget av sykepleierne er velegnet for å kunne svare på problemstillingen, men kunne til fordel hatt med en større variasjon i utvalg av sykepleiere. Resultatene er til å stole på og det ble benyttet en rekke ulike metoder for å øke påliteligheten til funnene. Studien har overholdt etiske forhold deriblant informert samtykke overfor deltakerne, samt etiske godkjenninger av flere parter. Den er også fagfellevurdert.

3.3.2.4 Kritisk vurdering av artikkel 4

“Trauma-informed education: Creating and pilot testing a nursing curriculum on trauma-informed care” av Cannon et al.

Ved kritisk vurdering av denne artikkelen har jeg benyttet sjekklister for innen-deltakerdesign. Artikkelen har ett tydelig abstrakt som konkret oppsummerer formålet med studien. Studiedesignet som er benyttet er begrunnet og virker hensiktsmessig for å besvare problemstillingen. Deltakere ble rekruttert og valgt ut på en tilfredsstillende måte, og rekrutteringsprosessen beskrives på en eksplisitt måte. Derimot kunne de med fordel valgt ut flere/forskjellige universiteter i studien og ikke bare ett. Karakteristika ved deltakerne er tilstrekkelig beskrevet. Det er også redegjort for analyser av både de kvalitative og kvantitative dataene. Resultatene er overførbare til praksis og kan også benyttes av flere helseutdanninger, og ikke bare av sykepleierstudenter. Studien ble godkjent av University of Michigan- Institutional Review Board under den føderale unntakskategorien som regulerer studier av eksisterende pedagogisk metodikk.

3.3.2.5 Kritisk vurdering av artikkel 5

“Risk for Mental Disorders Associated with Sexual Assault: A Meta-Analysis” av Dworkin.

Ved kritisk vurdering av denne artikkelen har jeg benyttet sjekklister for oversiktsartikkel. Formålet med studien er klart formulert. Det er klare kriterier for inklusjon av enkeltstudiene, og det er sannsynlig at relevante studier er funnet. Det er inkludert et stort antall studier, i tillegg til mye upubliserte data, som er en styrke ved studien. Gitt at det er større sjans for å finne positive studier enn negative studier, kan konklusjonen fra en metaanalyse bli feil, siden forutsetningene for en nøytral rapport er spolert. En annen svakhet er at utvalget ble utført i USA, noe som tilsier at resultatene kan være begrenset i sin overførbarhet til andre regionale sammenhenger. Resultatene fra de inkluderte studiene er kombinert statistisk i en

metaanalyse, noe som virker fornuftig. Resultatene kan også overføres til praksis, og funnene er relevante i forhold til sykepleie. Studien er også fagfellevurdert.

4.0 Analyse og presentasjon av resultater

Her presenteres mine funn etter søk i databasene, hvor dette resulterte i fem forskningsartikler. Hver artikkel beskrives med hensikt, metode/utvalg, resultat og konklusjon.

4.1 Sammendrag av artikler

Følgende kommer det sammendrag av fem valgte relevante forskningsartikler som vil brukes til å belyse min problemstilling senere i oppgaven.

4.1.1 Sammendrag av artikkel 1

“Nurses’ Perspectives on the Care of Adults with Mental Health Problems and Histories of Childhood Sexual Abuse”, W. M. Chernomas & E. Mordoch, 2013.

Hensikt/Bakgrunn:

Denne artikkelen har med hensikt å utforske sykepleieres perspektiver på, og erfaringer med å gi omsorg til voksne med psykiske problemer, som også kan ha en forhistorie med seksuelle overgrep i barndommen.

Metode/Utvalg:

Det ble benyttet et beskrivende kvalitativt design, med semi-strukturerte intervjuer og skriftlige spørreskjemaer. Intervjuene varte i 45-60 minutter. Studien fant sted i et stort tertiært omsorgssenter. Deltakerne i studien bestod av 13 sykepleiere, derav fire menn og ni kvinner.

Resultat:

Sykepleiere i denne studien identifiserte behovet for å utdanne seg selv når det gjelder å gi omsorg til personer med historie med seksuelle overgrep i barndommen. Noen påpekte at det var begrenset fagstoff i forhold til temaet i deres profesjonsstudier. De foreslo at revisjoner av programmer er nødvendig for å inkludere grunnleggende kunnskap rundt vurdering og adressering av traumehistorier. Sykepleiere identifiserte også deres behov for kunnskap i forhold til samfunnsressurser, programmer og tjenester.

Konklusjon:

Forskningen viser at sykepleiere er i god posisjon for å gi traumebasert omsorg for voksne med psykiske problemer, som også kan ha en forhistorie med seksuelle overgrep i barndommen. Basert på resultatene av studien trengs det kunnskapsforbedring blant sykepleiere om sammenhengen mellom barndomstraumer, inkludert seksuelle overgrep i barndommen og psykiatriske symptomer i voksen alder, for å støtte sykepleiernes praksis.

Videre trenger organisasjoner å gjennomføre en løpende bevisstgjøringsstrategi for å sikre at alle utøvere forstår grunnlaget for traumbasert omsorg.

4.1.2 Sammendrag av artikkel 2

“Mental health nurses’ perceived preparedness to work with adults who have child sexual abuse histories”, C. Kennedy, J. Morrissey & G. Donohue, 2020.

Hensikt/Bakgrunn:

Bakgrunnen for studien var å utforske psykiatriske sykepleieres oppfattede beredskap til å jobbe med voksne som har historier med seksuelle overgrep i barndommen. Og utforske deres synspunkter, ferdigheter og selvtillit når det gjelder å jobbe med denne sensitive problemstillingen.

Metode/Utvalg:

Studien benyttet en kvalitativ deskriptiv metodikk, der et tematisk analyserammeverk ledet dataanalysen. Det ble utført dybde semi-strukturerte intervjuer. Utvalget bestod av fem samtykkende psykiatriske sykepleiere. Fire av de fem intervjuene ble gjennomført i stille og private rom fordelt innenfor det primære forskningsområdet. En deltaker valgte å bli intervjuet i en poliklinikk utenfor det primære forskningsstedet.

Resultat:

Sykepleierne følte seg uforberedt på hvordan de skulle reagere, og jobbe med pasienter som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen. Sykepleierne ba om ikke bare utdanning og opplæring som er spesifikk for seksuelle overgrep i barndommen, men kom også med henvisning til behovet for klinisk veiledning og ytterligere retningslinjer for å forbedre deres beredskap.

Konklusjon:

Konklusjonen er at det trengs mer kunnskap om temaet, også i sykepleiepensumet, og det gis videre anbefalinger for opplæring, utdanning og inkludering av klinisk veiledning i praksis.

4.1.3 Sammendrag av artikkel 3

“Exploring How Sexual Assault Nurse Examiners Practice Trauma-Informed Care”, S. Poldon, L. Duhn, P. Camargo Plazas, E. Purkey & J. Tranmer, 2021.

Hensikt/Bakgrunn:

Hensikten med studien var å forstå hvordan sykepleiere inkorporerer traumbaserte tilnærminger, i omsorgen for voksne og ungdom som er ferdig med puberteten, og som har opplevd seksuelle overgrep.

Metode/Utvalg:

Studien benyttet en kvalitativ deskriptiv metodikk, og det ble utført semi-strukturerte nettintervjuer. Utvalget bestod av 8 seksuelle overgrepss undersøkende sykepleiere (SANEs) som var målrettet rekruttert. Intervjuene foregikk online, og varte i gjennomsnittet 67 minutter.

Resultat:

Seks temaer kom frem av analysen:

1. Viktigheten av å forstå pasientens opplevelse.
2. Personlig tilknytning: utvikle et trygt forhold mellom sykepleier og pasient.
3. Valg: rammen for hvordan vi gjør ting.
4. Gjenoppbygge styrker og ferdigheter for å fremme mestring og posttraumatisk vekst.
5. En fantastisk måte å praktisere på: fordeler ved traumeinformert praksis.
6. Utfordringer til traumeinformert praksis.

Konklusjon:

Funnene fra denne studien indikerer den oppfattede verdien av traumbasert omsorg, og behovet for økt støtte fra utøverne. Konklusjonen er at mer forskning er berettiget for å styrke bevisene om traumbasert praksis, og på tvers av helsetjenester.

4.1.4 Sammendrag av artikkel 4

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

Hensikt/Bakgrunn:

Formålet med studien var å lage, implementere og evaluere sykepleiefaglig innhold om traumebevisst omsorg for sykepleiestudenter. Studien hadde som mål å vurdere endringer i kunnskap, holdninger og ferdigheter knyttet til traumbasert omsorg blant studentene. I tillegg til sikkerhet og aksept av innholdet, samt overførbarhet av innholdet til andre enn bare sykepleiestudenter.

Metode/Utvalg:

Studien benyttet både kvalitativ og kvantitativ metode, med hovedgrunnlag i det kvantitative. Utvalget bestod av sykepleiestudenter på ulike nivåer, og noen som studerte andre fag. Det

var 128 deltakere av 151 som fullførte studien. Studien foregikk ved et universitet i Midt-Vest USA. Deltakerne måtte gjennomføre tre kurs, og måtte ta en test før og etter kursene. Testene bestod av ulike komponenter, derav til sammen 31 kvantitative komponenter med en skala rangering fra 1-5, og tre kvalitative komponenter som bestod av åpne spørsmål.

Resultat:

Innholdet i kursene forbedret sykepleierstudentenes kunnskap og ferdigheter knyttet til å gi traumebasert omsorg. Videre viste innhold av traumebasert omsorg seg å være relevant for både sykepleierstudenter og andre profesjoner som deltok i studien.

Konklusjon:

Studien gir en modell for en traumebasert sykepleierutdanning som er trygg, hensiktsmessig, akseptabel og effektiv. Fremtidig forskning bør evaluere akseptabiliteten, gjennomførbarheten og effektiviteten av å integrere innhold om traumer og traumebasert omsorg gjennom sykepleieprogrammer. Derav inkludert modeller der innhold undervises tidlig i læreplanen (dvs. førsteåret) og videre forsterket gjennom flere kurs.

4.1.5 Sammendrag av artikkel 5

“Risk for Mental Disorders Associated with Sexual Assault: A Meta-Analysis”, E. R. Dworkin, 2020.

Hensikt/Bakgrunn:

Det primære målet med studien var å gi normative data angående utbredelsen av ulike klassifiserte psykiske lidelser etter DSM-systemet, (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Hos seksuelt overgrepsofsatte personer versus ikke overgrepsofsatte personer, samt oddsen for å oppleve hver lidelse som følge av seksuell overgrepshistorie. Et sekundært mål var å undersøke lidelsesspesifikke forskjeller blant disse effektene og forstå hvilke faktorer som kan forklare forskjellene, gitt at begrensninger av assosiasjonen mellom seksuelle overgrep og psykopatologi kan variere avhengig av den spesifikke lidelsen som undersøkes.

Metode/Utvalg:

Det ble benyttet metaanalyse som metodisk tilnærming, der resultatene fra flere tidligere empiriske undersøkelser ble slått sammen. Meta-regresjon ble benyttet som metode for å estimere prevalensen av psykiatriske diagnoser hos seksuelle overgrepsofsatte og ikke overgrepsofsatte, samt begrene oddsratio som reflekterer forskjellen mellom disse prevalensestimaterne. Databasene PsychINFO, ProQuest Digital Dissertations and Theses, and Academic Search Premier ble benyttet. Det ble gjort søk av artikler datert mellom 1970 og

2014, og forskere ble også kontaktet personlig for å få upubliserte data. Søket ga 171 kvalifiserte resultater fra 39 studier som representerte totalt 88 539 deltakere.

Resultat:

Resultatene viste at nesten alle inkluderte studier fant en høyere forekomst av psykiske lidelser blant personer som var blitt utsatt for seksuelle overgrep, enn hos personer som ikke har blitt utsatt for seksuelle overgrep. Blant psykiske lidelser var depressive lidelser og PTSD spesielt vanlige. Prevalensen av PTSD var høyere hos personer utsatt for seksuelle overgrep enn hos personer som har opplevd andre former for traumer.

Konklusjon:

Studien konkluderer med at tjenestetilbydere bør være forberedt på å ta tak i depressive lidelser og PTSD hos overlevende etter seksuelle overgrep, og hvor intervensjoner som forhindrer utviklingen av disse lidelsene er spesielt nødvendige. Denne studien kan derimot ikke konkludere med at seksuelle overgrep forårsaker psykiske lidelser, men viser i stedet at flere psykiske lidelser er mye mer vanlig hos personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep.

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil funnene i artiklene bli drøftet opp mot relevant fag- og forskningslitteratur. Seksuelle overgrep i barndommen vil heretter forkortes til SOB, og traumebevisst omsorg forkortes TBO. Besvarelse av problemstillingen danner hovedstrukturen i diskusjonen. Problemstillingen som også ble introdusert innledningsvis i oppgaven er følgende:

Hvordan kan sykepleier ivareta pasienter med senvirkninger av seksuelle overgrep i barndommen, gjennom traumbasert omsorg?

5.1 Sykepleiers faglige kompetanse

I studien til Dworkin (2020) viser resultatene en høyere forekomst av psykiske lidelser hos personer utsatt for seksuelle overgrep, enn hos personer som har opplevd andre former for traumer. Omfattende empiri bekrefter også en svært høy sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndommen og et senere bredt spekter av både psykologiske, fysiske, emosjonelle og sosiale helseproblemer i voksen alder (Chernomas & Mordoch, 2013; Cannon et al., 2020; Dworkin et al., 2017; Dworkin, 2020; Hailes et al., 2019; Kennedy et al. 2020; Steine et al. 2012). For å kunne gi god faglig hjelp til denne pasientgruppen, er kunnskap om lidelsen viktig. Funn fra Kennedy et al. (2020) viser at sykepleiere ikke føler seg forberedt, og at mangel på teoretisk kunnskap, ferdigheter, organisasjonsstøtte og klinisk veiledning videre fører til at sykepleiere synes det er ubehagelig å ta opp og snakke om seksuelle overgrep i barndommen (SOB). Kunnskapsbasert praksis er et viktig mål for sykepleiers kompetansebygging på det kliniske feltet. Slik det kommer frem av forskning mangler sykepleiere kunnskap om senvirkninger av seksuelle overgrep og hvordan de kan møte disse pasientene på en traumebevisst og helsefremmende måte (Chernomas & Mordoch, 2013; Kennedy et al., 2020; Cannon et al., 2020). I praksis erfarte jeg hvordan enkelte sykepleiere føler seg alene om kunnskapen de har, og at flere syntes at ens egen kompetanse ikke er tilstrekkelig for å kunne ivareta pasient. Siden seksuelle overgrep et globalt samfunnsproblem, er det også ett behov for faglig oppdatering på arbeidsplasser i helsetjenesten. Faglig fordypning om traumer og seksuelle overgrep kan komme i skyggen av annet kompetansebehov på arbeidsplassen. Det er derfor viktig at sykepleiere uttrykker dette behovet for økt kompetanse. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleier holde seg

«oppdatert om forskning og utvikling innen eget fagområde» og «bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis» (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Usikkerhet om både hvordan en skal svare på et så sensitivt problem, og hvordan en skal følge opp når en pasient bekrefter å ha blitt utsatt for overgrep, er årsaker til at sykepleiere vegrer seg (Chernomas & Mordoch, 2013; Steine et al. 2012). Chernomas og Mordoch (2013) finner at sykepleiere ikke vet hva de eventuelt skal gjøre med informasjonen og hvordan de skal forholde seg til informasjonen i samtale og relasjon til pasient. Videre fremkommer det også at andre årsaker for å ikke ta opp temaet er frykt for å re-traumatisere pasienten (Chernomas & Mordoch, 2013; Kennedy et al., 2020). Studiene tar opp viktige og vanskelige vurderinger for sykepleiere i møte med utsatte, og slik det kommer frem av funn så er det flere kompetansehull som videre fører til utrygghet blant sykepleiere i møte med pasienter utsatt for SOB. Funn fra Chernomas og Mordoch (2013) viste at det kan være en underliggende idé om at noen sykepleiere mener at intervensjon kan måtte inkludere dyp utforskning av overgrepssproblematikken, som sykepleiere føler seg dårlig forberedt på eller føler at ikke er hensiktsmessig. Dette kan få sykepleiere til å nøle med å engasjere seg i eller åpne opp for en diskusjon om temaet SOB, og hindre dem i å bruke de terapeutiske ferdighetene til å lytte, validere og støtte samt innse den terapeutiske verdien av disse ferdighetene (Chernomas & Mordoch, 2013). H. Eide og Eide (2017) hevder at hvis man selv, bevisst eller ubevisst, eksempelvis får skamfølelser når seksuelle temaer kommer opp, er det vanskelig å være god mottaker for slike tanker og følelser hos den andre. Fokuset i samtalen i første omgang ligger dermed ikke på å finne svar på vanskelige, og ofte uløselige spørsmål, men å lytte og prøve å forstå hva den andre opplever som vanskelig (H. Eide & Eide, 2017, s. 80). Det innebærer at sykepleier ikke bør fokusere på årsak i første omgang, men å møte pasienten med godtagelse og forståelse, samt la kommunikasjonssituasjonen gå på pasientens premisser. Ifølge H. Eide og Eide (2017) er «en hånd å holde i og en skulder å lene seg mot» ofte mer hjelpsomt enn mange ord. Den psykologisk sett viktigste hjelpen på veien til mestring er omsorg, tillit, relasjon og respekt (H. Eide & Eide, 2017, s. 80). Noe jeg skal komme nærmere inn på senere i drøftingen.

For at sykepleier skal kunne hjelpe en pasient med senvirkninger etter SOB, må sykepleieren forstå hva dette innebærer. Funn fra Dworkin (2020) indikerer at utformingen av forebyggende intervensjoner for utviklingen av ulike lidelser etter seksuelle overgrep, bør ta hensyn til lidelsene som mest sannsynlig vil kunne utvikle seg. Og at sykepleiere og helsepersonell må være forberedt på å ta tak i lidelsene denne gruppen er utsatt for og har høy

risiko for å få (Dworkin, 2020). Ifølge funn fra Kennedy et al. (2020) vil utsatte pasienter presentere seg hos et mangfold av helsepersonell og tjenester. Da ofte i forhold til problemer knyttet til senvirkninger av SOB, slik som avhengighet, rusproblematikk, selvskading, relasjonsproblemer eller andre psykiske problemer (Kennedy et al. (2020). Ifølge Hagen (2021, s. 32) må man ta hensyn til utvikling av lidelsen for å videre kunne styre utviklingen av miljøterapien. At både reaksjoner og smerter i etterkant, blir normalisert og forstått som normale reaksjoner på unormale hendelser, åpner opp for en selvforståelse som bidrar til å skape motivasjon for terapi (Thelle & Hagen, 2021, s. 136). Slik informasjon vil være nyttig som en del av arbeidet med å informere pasienter og klinikere om virkningen av seksuelle overgrep. Informasjon skaper en større grad av sammenheng, hendelser blir forståelig og bevisste valg kommer mer i fokus. Kristoffersen (2016, s. 257) hevder at kunnskap blant annet gir økt opplevelse av oversikt, kontroll og tillit til å kunne beherske situasjonen. Det er også helsepersonellens plikt i henhold til norsk lov å gi pasienten informasjon om hans tilstand og behandling (helsepersonelloven, 1999; pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasienten har rett til å få informasjon uten å måtte be om den. Chernomas og Mordoch (2013) finner at sykepleiere bør ha kunnskap om sammenhenger mellom symptomer og traumer, herunder seksuelle overgrep, slik at sykepleiere eventuelt er egnet til å respondere med støtte og omsorg. Dette bringer oss inn på temaet hvordan sykepleier kan gi traumebevisst omsorg (TBO) til overgrepsutsatte.

5.2 Traumebevisst omsorg som tilnærming til overgrepsutsatte

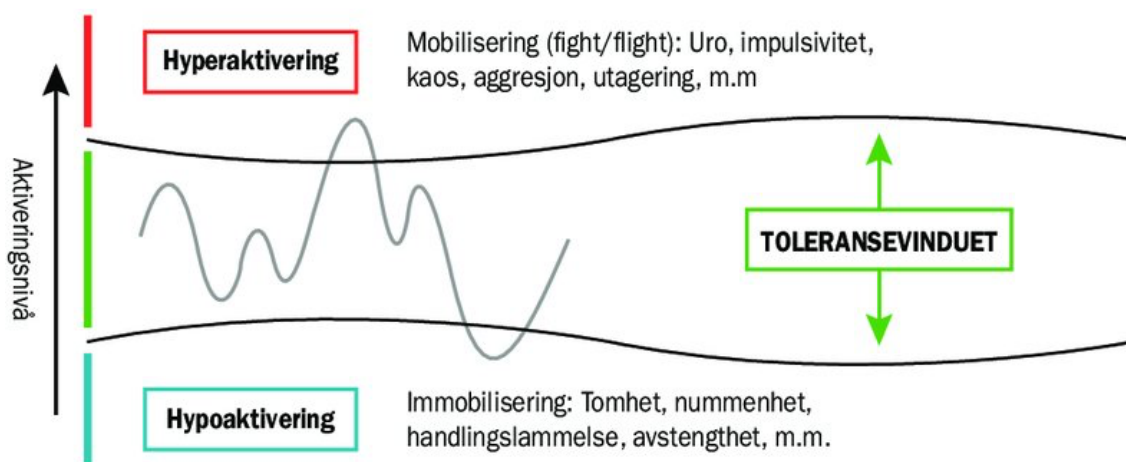
Sykepleiere er ifølge Chernomas og Mordoch (2013) i god posisjon til å gi TBO til voksne med psykiske problemer, som kan ha en forhistorie med SOB. TBO tar sikte på å dekke kunnskapshullene belyst overfor og tydeliggjør at sykepleiere ikke skal ha fokus på lidelsen eller diagnosen til pasienten, men heller en forståelse av pasientens opplevelse (Poldon et al., 2021). Det er imidlertid viktig å presisere at TBO fungerer som et rammeverk, og at alle pasienter er ulike og responderer forskjellig på stressende belastninger, og noen kan dermed trenge mer spesialrettet terapi og behandling enn andre. Benner og Wrubel (2014) hevder at all behandling må skje i lys av personens subjektive erfaring og opplevelse. Effektiviteten av behandlingen vil hemmes, og ubehaget øke, dersom behandlingen ikke tilsvarer pasientens forståelse av lidelsen (Benner & Wrubel, 2014, s. 31). Funn fra Cannon et al. (2020) viste at utdanning om TBO og traumer forbedret sykepleieres kunnskap, holdninger og ferdigheter knyttet til å gi TBO. Videre viste funn at sykepleierne følte seg mer forberedt til å gjenkjenne og identifisere atferdsmønstre som kan være assosiert med en traumatisk hendelse, i tillegg til

å skape et trygt miljø for videre å diskutere en potensiell traumatisk hendelse (Cannon et al., 2020). Så hvordan kan TBO benyttes i praksis?

Flere rapporterer følelser av skyld, skam og frykt for ikke å bli trodd, noe som resulterer i at flere ofte ikke forteller om overgrepene før etter flere år (Chernomas & Mordoch, 2013; Steine et al., 2017). Det kan føles veldig ensomt å bære på en slik vond hemmelighet. Ifølge H. Eide og Eide (2017, s. 76) kan en som sykepleier fort undervurdere den enkeltes behov for hjelp, fordi pasienten selv ikke uttrykker det, og som utsatt person etter traume er man heller ikke alltid klar over hva man kan trenge hjelp til. For å kunne snakke om noe som er vondt og vanskelig trenger man et trygt miljø rundt seg, og tillit til personen man betror seg til. Funn fra Poldon et al. (2021) viste at hvis pasienten ikke stolte på deg, ville du ikke kunne bli kjent med historien deres, og ville dermed ikke kunne utøve god omsorg. For å skape tillit i et pleier- og pasientforhold er omsorg sentralt, det både gjør pasienten i stand til å motta hjelp og føle at hen vises omsorg, samt bidrar til å skape mestring (Benner & Wrubel, 2014, s. 26). Studien av Cannon et al. (2020) viste at å etablere et trygt miljø for pasienten er viktig. Poldon et al. (2021) finner at sårbarhetene som en pasient opplever, som tidligere traumer og psykiske lidelser, kan være en barriere for å bygge tillitsfulle relasjoner. Pasienter utsatt for traumer kan ha opplevd å få grensene sine «tråkket over» gjentatte ganger av mennesker som sto dem nær. Ifølge Hagen (2021, s. 34) kan pasienter dermed ha en redsel for og manglende tillit til mennesker, hvor pasientens negative erfaringer og manglende tillit også følgelig får betydning for et traumebevisst samarbeid. Dette gjør det ekstra viktig som sykepleier å etablere trygghet hos pasient. I studien til Poldon et al. (2021) viser funn at å skape en personlig tilknytning og relasjon, og utvikle relasjon mellom sykepleier og pasient basert på forutsigbarhet, trygghet og tillit er viktig. Disse elementene er også nødvendige forutsetninger for at pasienten skal kunne oppleve følelser som sinne, frykt, skam og ensomhet, men også glede og tilfredsstillelse (Thelle & Hagen, 2021, s. 132; Benner & Wrubel, 2014, s. 25). H. Eide og Eide (2017, s. 57) påpeker at man som helsepersonell møter pasientens behov for tilknytning gjennom aktiv lytting og vise respekt. Videre er forutsigbarhet og kontinuitet i kommunikasjonen også viktig, som eksempelvis å holde avtaler og sørge for at pasienten ikke har for mange personer å forholde seg til (H. Eide & Eide, 2017, s. 57). Både kontinuitet og trygghet er med på å støtte opp under motivasjon for mestring.

Mestring, og mestringsstrategier, er ifølge TBO evnen til å regulere følelser og impulser. Funn fra Poldon et al. (2021) viste resultatene at prinsippet om styrke- og ferdighetsbygging,

såkalt motiverende veiledning, ble beskrevet av deltakerne som en måte å bygge motstandskraft hos utsatte for å styrke dem i etterkant av omsorgsinteraksjonen. Motiverende veiledning menes her som kommunikasjon som bidrar til å styrke den andres indre motivasjon for endring, utvikling og aktiv mestring (H. Eide & Eide, 2017, s. 56). Overgrepsutsatte kan som nevnt ha dårlig utviklet følelsesregulering, forklart gjennom et smalt toleransevinduet (Nordanger & Braarud, 2014; Hagen, 2021). Dette kommer av relasjonelle tilknytningstraumer i barndommen og mangel på kompetanse. Begrepet *toleransevinduet* refererer til det spennet av aktivering som er optimalt for et individ (Nordanger & Braarud, 2014). I denne sonen klarer man å reflektere og regulere følelser, og er mest oppmerksomt til stede i situasjoner og relasjoner.



Figur 2 Toleransevinduet-modell av Ogden, Minton & Pain, 2006 (Nordanger & Braarud, 2014).

Fysiologiske stressresponser som består over tid, grunnet hyperaktivert tilstand med aktivering av det sympatiske nervesystemet, kan bidra til sykdom fra både kardiovaskulære, det gastrointestinale, muskel- og skjelett systemet og immunsystemet (Hallman & Lyskov, 2013, her fra Kristoffersen, 2016, s. 243). Det å tilrettelegge for at pasienten holder seg innenfor toleransevinduet sitt, slik at situasjonen oppleves mer forståelig, håndterbar og meningsfull, er en viktig innfallsvinkel til de fleste sykepleiesituasjoner i møte med overgrepsutsatte (H. Eide & Eide, 2017, s. 57 – 58; Hagen, 2021). I studien til Poldon et al. (2021) viser funn at selvbestemmelse bidrar til «empowerment» og mestring, og gir pasientene noe av «kontrollen» tilbake. H. Eide og Eide (2017, s. 57) hevder at å anerkjenne den andres behov for selvbestemmelse, hva som er viktig, samt ønsker og behov for personen i situasjonen, danner grunnlaget for at den andre skal føle seg sett og hørt. Selvbestemmelse er

kjernen i personsentrert helsearbeid og yrkesetikk. Det er også nedfelt i lovverket, der det blant annet står at «pasient eller bruker som mottar helse- og omsorgstjenester har rett til å medvirke ved gjennomføringen» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Mestring og egenomsorg er også implisitt som viktige helsepolitiske mål både i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m og i folkehelseoven (Kristoffersen, 2016). Et viktig sykepleiefokus blir dermed å hjelpe pasienten til å mestre hverdagslivet ved ulike helseproblemer herunder styrking av pasientens ressurser.

5.3 Fordeler og utfordringer til traumebevisst omsorg i praksis

Traumebevisst omsorg har mange fordeler. Som tidligere nevnt indikerer flere studier at kunnskap om TBO forbedrer sykepleiernes kunnskap, holdninger og ferdigheter knyttet til å gi traumbasert omsorg til pasienter (Cannon et al., 2020; Kennedy et al., 2020;). Utfordringer viser seg derimot å være at det trengs tilrettelegging for faglig fordypning om TBO. I studien til både Cannon et al. (2020) og Poldon et al. (2021) viser funn organisatoriske barrierer som utfordring til å nytte TBO i praksis, som eksempelvis mangelen på oppdaterte og varierende læringsmuligheter. Studien til både Cannon et al. (2020) og Poldon et al. (2021) finner at det er et behov for utdanning om TBO som begynner allerede i sykepleierutdanningen. Dette kan være en løsning for å kunne øke sykepleieres felles kompetanse, samt gjøre informasjonen mer synlig og tilgjengelig slik at man lettere kan gjøre en faglig fordypning på egenhånd ved å finne fagbøker og forskning om temaet. Funnt fra både Kennedy et al. (2020) og Cannon et al. (2020) viser at kunnskap om SOB og TBO, ledsaget av spesifikk klinisk opplæring, vil legge grunnlaget for at fremtidige nyutdannede sykepleiere kan føle seg bedre forberedt til å møte utfordringene som følger ved å ivareta pasienter etter SOB. Slik kunnskap fra forskning og teorier kan bidra til å videreutvikle sykepleiefaget i positiv retning og bidrar til en kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis er å basere fagutøvelsen på vitenskapelig kunnskap/forskning, innlemmet med klinisk erfaring og pasientens preferanser (Nortvedt et al., 2012, her fra Kristoffersen, 2016, s. 144). Studien til Poldon et al. (2021) finner at pågående læring om en rekke emner er en viktig prioritet for å fremme sykepleieres utøvelse av TBO, eksempelvis gjennom casetrening, konferanser, workshops og nettkurs. Kristoffersen (2016, s. 174) hevder at slike varierte læringsmuligheter gir bedre resultater enn vanlig undervisning. Studien til Chernomas og Mordoch (2013) finner at det er begrensede praksisretningslinjer og retningslinjer for hvordan man skal gå frem med omsorgen for voksne som er berørt av SOB. Dette fører til uklarhet rundt sykepleierrollen, noe som gjør sykepleiere usikre på hvordan de forventes å gå frem og hva som er innenfor rammene av

sykepleiepraksis. Ansatte i helsevesenet har ulike perspektiver på hvordan seksuelle overgrep i barndommen bør håndteres, og hvordan det best håndteres. Mangelen på klare praksisretningslinjer samt ulike perspektiver når det gjelder å adressere historier om SOB, kan påvirke individuelle utøveres praksis ytterligere (Chernomas & Mordoch, 2013). TBO kan være løsningen på dette problemet, hvor sykepleiere og annet helsepersonell kan ha et felles rammeverk å jobbe ut fra når man skal gå frem og snakke om traumer med pasienten. Funn fra Cannon et al. (2020) finner at kunnskap om TBO også er overførbart til andre helseprofesjoner, og at annet helsepersonell kan ha nytte av det. At flere kan ha nytte av TBO i praksis, hvor man kan ha en felles faglig plattform å arbeide ut fra, gjør det mulig å få til et godt tverrfaglig samarbeid. Et godt samarbeid mellom ulike aktører vil gi et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud til brukere og pasienter (Almås & Vasset, 2018, s. 106).

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleier kan ivareta voksne pasienter med senvirkninger etter seksuelle overgrep i barndommen, gjennom traumebevisst omsorg.

Denne litteraturstudien viser at mange voksne pasienter sliter med langvarige, kompliserte og smertefulle fysiske, psykiske og sosiale senvirkninger etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Det er dermed høyst sannsynlig at sykepleier vil kunne møte overgrepsutsatte i alle ledd i helsevesenet. Senvirkningene kan ikke ses enkeltvis, da senvirkningene gjerne går over i hverandre og påvirker alle deler av den overgrepsutsatte sitt liv. Det er nødvendig at sykepleier fokuserer på pasientens subjektive opplevelse og historie fremfor diagnosen. Imidlertid kommer det frem at sykepleiere og øvrig helsepersonell har manglende kunnskap om senvirkninger av seksuelle overgrep. Manglende forståelse av virkningen av personens seksuelle overgreps historie kan føre til utilstrekkelig støtte, henvisning og behandling. For å øke beredskapen til sykepleiere er det nødvendig med et grunnleggende kulturskifte på tvers av sykepleierutdanning og klinisk praksis, hvor seksuelle overgrep i barndommen anerkjennes som et stort folkehelseproblem.

Kunnskap om traumer og traumebevisst omsorg bidrar til å dekke kunnskapsbehovet, og bidrar til at sykepleierne føler seg mer utrustet. Å praktisere som sykepleier og å videreutvikle sin sykepleiekompetanse er to sider av samme sak. Det råder stor enighet om at kunnskap er nøkkelen til helsefremmende omgivelser for denne pasientgruppen. Mine funn viser at sykepleier er godt egnet til å gi traumebevisst omsorg og fremme mestring hos pasienter med senvirkninger etter seksuelle overgrep. Ved å fremme trygghet, tillitsfulle relasjoner, selvbestemmelse og opplevelse av sammenheng kan sykepleier bidra til at pasienter føler mestring og dermed forbedrer helseutsikter. Sykepleier kan benytte seg av "toleransevinduet" for å gjøre pasienten bedre rustet til å møte livsutfordringer som følge av seksuelle overgrep, ved å prøve å utvide denne innenfor trygge rammer. Denne litteraturstudien viser at det er flere fordeler ved å benytte traumebasert omsorg i praksis. Mangler på kunnskap, selvtillit og ferdigheter kan avhjelpest ved å gi læringsmuligheter om traumebasert omsorg til sykepleiere før de begynner i praksis. Selv om kunnskap i løpet av utdanningen ikke nødvendigvis direkte oversettes til endringer i praksis, er det et første skritt i å endre praksisarenaen. Mine funn viser at det er begrensede læringsmuligheter, hvor eksempelvis kurs og internundervisning er en mangelvare. Videre viser funnene at traumebevisst omsorg også er et rammeverk som er

aktuelt for flere ulike helseaktører. Felles forståelse og kunnskap om traumebevisst omsorg er med å bidra til at et tverrfaglig samarbeid kan fungere godt i praksis. Videre trenger organisasjoner å gjennomføre en løpende bevisstgjøringsstrategi for å sikre at alle utøvere forstår grunnlaget for traumebasert omsorg. Det innebærer at det er nødvendig med grunnleggende endringer i praksis og helsetjenester som er informert av en forståelse av virkningen av traumer på helse, for å forbedre eller utvikle mer hensiktsmessige tjenester og meningsfullt adressere pasientenes behov.

Referanser

- Almås, S. H. & Vasset, F. (2018). Rammer. I S. Almås, F. Vasset, A. Ødegård & O. Nøst (Red.). *Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS): For bachelorstudenter i helse- og sosialfag* (s. 101-111). Fagbokforlaget
- Benner, P. & Wrubel, J. (2013). *Omsorgens betydning i sygepleje: stress og mestring ved sundhed og sygdom* (2. utg.). Munksgaard.
- Cannon, L. M., Coolidge, E. M., LeGierse, J., Moskowitz, Y., Buckley, C., Chapin, E., Warren, M., & Kuzma, E. K. (2020). Trauma-informed education: Creating and pilot testing a nursing curriculum on trauma-informed care. *Nurse Education Today*, 85, 104256–104256. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104256>
- Cleary, M., West, S., McLean, L., Kezelman, C., Karacsony, S. & Kornhaber, R. (2018) Connecting past and present: Nurses' role in identifying signs of child sexual abuse in adults and supporting survivors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1587–1591. <https://doi.org/10.1111/inm.12495>
- Cleary, M. & Hungerford, C. (2015). Trauma-informed Care and the Research Literature: How Can the Mental Health Nurse Take the Lead to Support Women Who Have Survived Sexual Assault? *Mental Health Nursing*, 36(5), 370–378. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1009661>
- Chernomas, W. M. & Mordoch, E. (2013). Nurses' Perspectives on the Care of Adults with Mental Health Problems and Histories of Childhood Sexual Abuse. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(9), 639-647. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.799721>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Dworkin, E. R. (2020). Risk for Mental Disorders Associated with Sexual Assault: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(5), 1011–1028. <https://doi.org/10.1177/1524838018813198>
- Dworkin, E. R., Menon, S. V., Bystrynski, J. & Allen, N.E. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 56, 65-81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.002>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling og etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Fellesskap mot seksuelle overgrep – Nok. (u.å.). *Vanlige reaksjoner etter seksuelle overgrep*. Nok. Norge. Hentet fra <https://noknorge.no/senvirkninger/>

- Folkehelseinstituttet. (2019). *Vold og seksuelle overgrep*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/>
- Fugelli, P. (2013). Det nakne livet.
- Grøholt, B., Garløv, I., Weidle, B. & Sommerschild, H. (2015). *Lærebok i barnepsykiatri*. Universitetsforlaget AS.
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie: praktiske råd i skriveprosessen* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Hagen, M. B. (2021). Traumebevisst miljøterapi. I M. B. Hagen (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (2. utg., s. 29 – 49). Universitetsforlaget.
- Hagen, M. B. & Thelle, M. I. (2021). Konsekvenser av tidlige alvorlige relasjonstraumer på lang sikt. I M. B. Hagen (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (2. utg., s. 103 – 118). Universitetsforlaget.
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A. & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 141 – 167). Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kennedy, C., Morrissey, J., & Donohue, G. (2021). Mental health nurses' perceived preparedness to work with adults who have child sexual abuse histories. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 384–393. <https://doi.org/10.1111/jpm.12686>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., 3. bind., s. 237 – 294). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie – Kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon*. (3. utg., 1. bind., s. 139 – 191). Gyldendal Akademisk.

- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleranse-vinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/07/regulering-som-nokkelbegrep-og-toleransevinduet-som-modell-i-en-ny>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Poldon, S., Duhn, L., Camargo Plazas, P., Purkey, E., & Tranmer, J. (2021). Exploring How Sexual Assault Nurse Examiners Practice Trauma-Informed Care. *Journal of Forensic Nursing*, 17(4), 235–243. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000338>
- Politiet. (2019). *Voldtekts situasjon i Norge 2019*. Hentet fra <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/voldtekt-og-seksuallovbrudd/voldtektssituasjonen-i-norge-2019.pdf>
- RVTS Sør – Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. (u.å.). *Traumebevisst omsorgs tre grunnpilarer*. Hentet fra https://rvtssor.no/filer/backup/tre_grunnpilarer1.pdf
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Gyldendal akademisk.
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: for helse- og sosialfagutdanningene*. (4. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Steine, I. M., Bjorvatn, B., Winje, D., Grønli, J., Nordhus, I. H., Milde, A. M. & Pallesen, S. (2020). Seksuelle overgrep i barndommen og arbeidsuførhet i voksen alder – Funn fra et norsk befolkningsutvalg. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 260–271. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2020/04/seksuelle-overgrep-i-barndommen-og-arbeidsuforhet-i-voksen-alder>
- Steine I. M., Winje, D., Nordhus, I-H., Milde, A-M., Bjorvatn, B., Grønli, J., Pallesen, S (2017). Hvorfor tar det så lang tid til å fortelle om seksuelle overgrep? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/frapraksis/2017/01/hvorfor-tar-det-sa-lang-tid-fortelle-om-seksuelle-overgrep?redirected=1>
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff* (LOV-2005-05-20-28). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-11#§292
- Thelle, M. I. & Hagen, M. B. (2021). *Diagnoser og behandling*. I M. B. Hagen (Red.),

Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid: fra et tilknytningsteoretisk perspektiv (2. utg., s. 119 – 144). Universitetsforlaget.

TIPS Sør – Øst. Traumer. Hentet fra

<https://psykose-bipolar.no/artikkel/6wy8kyzw3uskym8uqeuwao>

UNICEF. (2017). *A familiar face: Violence in the lives of children and adolescents*. New York, NY: United Nations Children's Fund.

Varvin, S. (2018). Alvorlig traumatisering: oppfølging og behandling. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke (Red.), *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. (2. utg., s. 446 – 460). Gyldendal Akademisk

Vilencia, S., Shakespeare-Finch, J. & Obst, P. (2013) Exploring the process of meaning making in healing and growth after childhood sexual assault: A case study approach. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(1), 39-54,
<https://doi.org/10.1080/09515070.2012.728074>

Tabell 4 PICO - skjema

P	I	C	O
Norsk			
Pasient / populasjon / problem	Intervensjon	Sammenligning	Utfall / resultat
Voksne pasienter	Traumebevisst/traumebasert omsorg/behandling		Tillit
Seksuelle overgrep	Hjelpe		Mestring
Traume	Pleie		Støtte
Voldtekt	Omsorg		Bedring
Overgrep	Oppfølging		
Psykisk helse problem	Tilnærming		
Senvirkninger	Behandling		
PTSD			
Engelsk			
Patient / population / problem	Intervention	Comparison	Outcome
Adult patients	Trauma-informed care		Trust
Sexual abuse	Help		Coping
Trauma	Care		Support
Rape	Nursing		Recovery
Mental health problem	Approach		Safety
Late effects	Treatment		
Adverse childhood experience	Trauma-focused treatment		
PTSD			

Tabell 5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier for søk

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Populasjon	Pasienter som har opplevd seksuelle overgrep og/eller som mottar traumebevisst omsorg Pasienter over 18 år Begge kjønn	Pasienter med andre opplevde traumer hvor seksuelle overgrep ikke er inkludert Pasienter som mottar andre behandlingsmetoder Pasienter under 18 år
Språk og land	Norsk og engelsk Europeiske land, USA, Australia og Canada	Andre språk Andre land
Tidsavgrensning	Artikler innenfor 2012 – 2022	Eldre artikler enn 10 år
Studiedesign og publikasjon	Alle studiedesign Publikasjon innenfor helsetjenesten og/eller med sykepleiefagligrelevans	Fagartikler Publikasjoner utenfor helsetjenesten og/eller uten sykepleiefagligrelevans
Tilgjengelighet	Fulltekst	Bare sammendrag
Forskningsetikk og kvalitetssikring	Studier utført i henhold til forskningsetiske retningslinjer Fagfelleurdert	Studier som ikke samsvarer med forskningsetiske retningslinjer Studier som ikke gjør rede for etikk knyttet til undersøkelsen Studier som ikke er fagfelleurdert

Tabell 6 Oversikt over analyse og resultat av valgte artikler

Tittel Forfatter(e) Årstall Tidsskrift	Hensikt/ bakgrunn	Metode/Utvalg	Resultat	Konklusjon
1) <i>Nurses' Perspectives on the Care of Adults with Mental Health Problems and Histories of Childhood Sexual Abuse</i> W. M. Chernomas & E. Mordoch, 2013, Mental Health Nursing.	Denne artikkelen har med hensikt å utforske sykepleieres perspektiver på, og erfaringer med å gi omsorg til voksne med psykiske problemer, som også kan ha en forhistorie med seksuelle overgrep i barndommen.	Det ble benyttet et beskrivende kvalitativt design, med semi-strukturerte intervjuer og skriftlige spørreskjemaer. Intervjuene varte i 45-60 minutter. Studien fant sted i et stort tertiært omsorgssenter. Deltakerne i studien bestod av 13 sykepleiere, derav fire menn og ni kvinner.	Sykepleiere i denne studien identifiserte behovet for å utdanne seg selv når det gjelder å gi omsorg til personer med historie med seksuelle overgrep i barndommen. Noen påpekte at det var begrenset fagstoff i forhold til temaet i deres profesjonsstudier. De foreslo at revisjoner av programmer er nødvendig for å inkludere grunnleggende kunnskap rundt vurdering og adressering av traumehistorier. Sykepleiere	Forskningen viser at sykepleiere er i god posisjon for å gi traumbasert omsorg for voksne med psykiske problemer, som også kan ha en forhistorie med seksuelle overgrep i barndommen. Basert på resultatene av studien trengs det kunnskapsforbedring blant sykepleiere om sammenhengen mellom barndomstraumer, inkludert seksuelle overgrep i barndommen og psykiatriske symptomer i voksen alder, for

			identifiserte også deres behov for kunnskap i forhold til samfunnsressurser, programmer og tjenester.	å støtte sykepleiernes praksis. Videre trenger organisasjoner å gjennomføre en løpende bevisstgjøringsstrategi for å sikre at alle utøvere forstår grunnlaget for traumbasert omsorg.
2) <i>Mental health nurses' perceived preparedness to work with adults who have child sexual abuse histories</i> C. Kennedy, J. Morrissey & G. Donohue, 2020, Journal of psychiatric and mental	Bakgrunnen for studien var å utforske psykiatriske sykepleieres oppfattede beredskap til å jobbe med voksne som har historier med seksuelle overgrep i barndommen. Og utforske deres synspunkter, ferdigheter og selvtillit når det gjelder å jobbe	Studien benyttet en kvalitativ deskriptiv metodikk, der et tematisk analyserammeverk ledet dataanalysen. Det ble utført dypde semi-strukturerte intervjuer. Utvalget bestod av fem samtykkende psykiatriske sykepleiere. Fire av de fem intervjuene ble gjennomført i stille og private rom fordelt innenfor det primære forskningsområdet.	Sykepleierne følte seg uforberedt på hvordan de skulle reagere, og jobbe med pasienter som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen. Sykepleierne ba om ikke bare utdanning og opplæring som er spesifikk for seksuelle overgrep i barndommen,	Konklusjonen er at det trengs mer kunnskap om temaet, også i sykepleiepensum et, og det gis videre anbefalinger for opplæring, utdanning og inkludering av klinisk veiledning i praksis.

health nursing.	med denne sensitive problemstilling en.	En deltaker valgte å bli intervjuet i en poliklinikk utenfor det primære forskningsstedet.	men kom også med henvisning til behovet for klinisk veiledning og ytterligere retningslinjer for å forbedre deres beredskap.	
3) <i>Exploring How Sexual Assault Nurse Examiners Practice Trauma-Informed Care</i> S. Poldon, L. Duhn, P. Camargo Plazas, E. Purkey & J. Tranmer, 2021, Journal of Forensic Nursing.	Hensikten med studien var å forstå hvordan sykepleiere inkorporerer traumbaserte tilnærminger, i omsorgen for voksne og ungdom som er ferdig med puberteten, og som har opplevd seksuelle overgrep.	Studien benyttet en kvalitativ deskriptiv metodikk, og det ble utført semi-strukturerte nettintervjuer. Utvalget bestod av 8 seksuelle overgrep undersøkende sykepleiere (SANEs) som var målrettet rekruttert. Intervjuene foregikk online, og varte i gjennomsnittet 67 minutter.	Seks temaer kom frem av analysen: 1. Viktigheten av å forstå pasientens opplevelse. 2. Personlig tilknytning: utvikle et trygt forhold mellom sykepleier og pasient. 3. Valg: rammen for hvordan vi gjør ting. 4. Gjenoppbygge styrker og ferdigheter for å fremme mestring og posttraumatisk vekst.	Funnene fra denne studien indikerer den oppfattede verdien av traumbasert omsorg, og behovet for økt støtte fra utøverne. Konklusjonen er at mer forskning er berettiget for å styrke bevisene om traumbasert praksis, og på tvers av helsetjenester.

			5. En fantastisk måte å praktisere på: fordeler ved traumeinformert praksis. 6. utfordringer til traumeinformert praksis.	
4) <i>Trauma-informed education: Creating and pilot testing a nursing curriculum on trauma-informed care</i> L. M. Cannon, E. M. Coolidge, J. LeGierse, Y. Moskowitz, C. Buckley, E. Chapin, M. Warren, E. K. Kuzma, 2020, Nurse	Formålet med studien var å lage, implementere og evaluere sykepleiefaglig innhold om traumebevisst omsorg for sykepleiestudenter. Studien hadde som mål å vurdere endringer i kunnskap, holdninger og ferdigheter knyttet til traumebasert omsorg blant studentene. I tillegg til sikkerhet og	Studien benyttet både kvalitativ og kvantitativ metode, med hovedgrunnlag i det kvantitative. Utvalget bestod av sykepleiestudenter på ulike nivåer, og noen som studerte andre fag. Det var 128 deltakere av 151 som fullførte studien. Studien foregikk ved et universitet i Midt-Vest USA. Deltakerne måtte gjennomføre tre kurs, og måtte ta en test før og etter kursene. Testene bestod av ulike komponenter, derav	Innholdet i kursene forbedret sykepleierstudentenes kunnskap og ferdigheter knyttet til å gi traumebasert omsorg. Videre viste innhold av traumebasert omsorg seg å være relevant for både sykepleierstudentene og andre profesjoner som deltok i studien.	Studien gir en modell for en traumebasert sykepleierutdanning som er trygg, hensiktsmessig, akseptabel og effektiv. Fremtidig forskning bør evaluere akseptabiliteten og gjennomførbarheten og effektiviteten av å integrere innhold om traumer og traumebasert omsorg gjennom sykepleieprogrammer. Derav inkludert

education today.	aksept av innholdet, samt overførbarhet av innholdet til andre enn bare sykepleiestudenter.	til sammen 31 kvantitative komponenter med en skala rangering fra 1-5, og tre kvalitative komponenter som bestod av åpne spørsmål.		modeller der innhold undervises tidlig i læreplanen (dvs. førsteåret) og videre forsterket gjennom flere kurs.
5) <i>Risk for Mental Disorders Associated with Sexual Assault: A Meta-Analysis</i> E. R. Dworkin, 2020, Trauma, violence & abuse.	Det primære målet med studien var å gi normative data angående utbredelsen av ulike klassifiserte psykiske lidelser etter DSM-systemet, (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Hos seksuelt overgrepsofsatte personer versus ikke overgrepsofsatte personer, samt oddsen for å oppleve	Det ble benyttet metaanalyse som metodisk tilnærming, der resultatene fra flere tidligere empiriske undersøkelser ble slått sammen. Meta-regresjon ble benyttet som metode for å estimere prevalensen av psykiatriske diagnoser hos seksuelle overgrepsofsatte og ikke overgrepsofsatte, samt begrene oddsratio som reflekterer forskjellen mellom disse prevalensestimaterne.	Resultatene viste at nesten alle inkluderte studier fant en høyere forekomst av psykiske lidelser blant personer som var blitt utsatt for seksuelle overgrep, enn hos personer som ikke har blitt utsatt for seksuelle overgrep. Blant psykiske lidelser var depressive lidelser og PTSD spesielt vanlige. Prevalensen av PTSD var	Studien konkluderer med at tjenestetilbydere bør være forberedt på å ta tak i depressive lidelser og PTSD hos overlevende etter seksuelle overgrep, og hvor intervensjoner som forhindrer utviklingen av disse lidelsene er spesielt nødvendige. Denne studien kan derimot ikke konkludere med at seksuelle overgrep forårsaker

	<p>hver lidelse som følge av seksuell overgrepshistorie. Et sekundært mål var å undersøke lidelsesspesifikke forskjeller blant disse effektene og forstå hvilke faktorer som kan forklare forskjellene, gitt at begrensninger av assosiasjonen mellom seksuelle overgrep og psykopatologi kan variere avhengig av den spesifikke lidelsen som undersøkes.</p>	<p>Databasene PsychINFO, ProQuest Digital Dissertations and Theses, and Academic Search Premier ble benyttet. Det ble gjort søk av artikler datert mellom 1970 og 2014, og forskere ble også kontaktet personlig for å få upubliserte data. Søket ga 171 kvalifiserte resultater fra 39 studier som representerte totalt 88 539 deltakere.</p>	<p>høyere hos personer utsatt for seksuelle overgrep enn hos personer som har opplevd andre former for traumer.</p>	<p>psykiske lidelser, men viser i stedet at flere psykiske lidelser er mye mer vanlig hos personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep.</p>
--	---	--	---	--