



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Sykepleie til pasienter med relasjonelle traumer**

**Nursing care for patients with relational trauma**

**Kandidatnr: 65 og 72**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 56**

**Molde, 29.05.19**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Anonym

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Dato: 29.05.19

Antall ord: 10 055

## Hender

Hender er som farlige våpen  
hender kan lage sår –  
sår på sjelen som har vanskelig  
for å gro.

Sår på sjelen er smertefulle –  
de vises ikke utenpå  
og gror ubeskrivelig langsomt.  
Hender som lager sår på sjelen  
er farlige hender.

Hender skal være gode.  
De skal være med å gi trygghet –  
hendene skal vise godhet.  
Jeg kjenner de farlige hendene best.

De farlige hendene invaderte kroppen og sjelen min.  
Det var blant annet de farlige hendene  
som var med på å gjøre meg syk.  
Jeg trenger å bli kjent med  
Gode hender.

(Senter for incest og seksuelle overgrep Rogaland 2015).

## Sammendrag

**Bakgrunn:** En av fire opplever en alvorlig traumatisk hendelse i løpet av livet, og 2,6 prosent utvikler posttraumatisk stresslidelse, men forekomsten er forskjellig for menn og kvinner. Å oppleve en alvorlig og traumatisk hendelse kan medføre store senfølger for den det gjelder.

**Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien var å beskrive pasienter med relasjonelle traumer sine erfaringer i møte med helsevesenet.

**Metode:** Litteraturstudie basert på ti kvalitative artikler med pasientperspektiv.

**Resultat:** Litteraturstudien viser at traumatiserte pasienter sliter med å oppnå trygghet, samt etablere nye relasjoner. Det ble opplyst at disse pasientene hadde behov for trygging gjennom støtte, nærhet og forståelse. Sykepleierne måtte vise respekt, oppmuntre og engasjere seg i pasientenes forhistorie. Pasientene opplevde at sykepleierne manglet kunnskap om traumebevisst omsorg, noe som videre kunne føre til gjenopplevelser av traume.

**Konklusjon:** Pasientene trengte trygging og hjelp til å etablere relasjoner. Gjenopplevelse av traumer var noe som kunne oppstå på grunn av manglende kunnskap fra sykepleiernes side. Traumebevisst omsorg viste seg å være en nødvendig del av den helhetlige omsorgen for denne pasientgruppen.

**Nøkkelord:** Traumebevisst omsorg, sykepleier-pasient-relasjon, posttraumatisk stress, relasjonelle traumer, sykepleie.

## **Abstract**

**Background:** One in four experiences a severe traumatic incident throughout their lives, and 2,6 percent develop post-traumatic stress disorder, but the incidence is different for men and women. Experiencing a serious and traumatic incident can cause major late effects to the person concerned.

**Purpose:** The purpose of this literature study was to describe experiences of patients with relational trauma in meeting with the health service.

**Method:** Literature study based on ten qualitative articles with patient perspective.

**Result:** The literature study shows that traumatized patients struggle to achieve security and establish new relationships. It was stated that these patients needed security through support, proximity and understanding. Nurses had to show respect, encourage and engage in patients' pre-history. The patients experienced that the nurses lacked knowledge of trauma-informed care, which could further lead to relapses of trauma.

**Conclusion:** Patients needed security and help in establishing relationships. The trauma re-experience was something that could arise from lack of knowledge from the nurses. Trauma-informed care proved to be a necessary part of the overall care of this patient group.

**Keywords:** Trauma-informed care, nurse-patient-relation, post-traumatic stress, relational trauma, nursing.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn .....</b>	<b>3</b>
2.1	Relasjonelle traumer .....	3
2.2	Konsekvenser av traumatiske hendelser .....	4
2.3	Traumebevisst omsorg .....	5
2.4	Travelbees teori om mellommenneskelige forhold.....	7
<b>3.0</b>	<b>Metode.....</b>	<b>10</b>
3.1	Datainnsamling .....	10
3.2	PIO-skjema.....	11
3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	11
3.4	Kvalitetsvurdering.....	12
3.5	Etiske hensyn .....	13
3.6	Analyse.....	13
<b>4.0</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>15</b>
4.1	Traumebevisst omsorg forutsetter god relasjonsbygging .....	15
4.2	Traumebevisst omsorg styrker opplevelsen av trygghet.....	16
4.3	Følger av mangel på traumebevisst omsorg hos sykepleiere .....	18
<b>5.0</b>	<b>Metodediskusjon .....</b>	<b>20</b>
5.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	20
5.2	Søkestrategi .....	21
5.3	Kvalitetsvurdering.....	22
5.4	Etiske hensyn .....	23
5.5	Analyse.....	23
<b>6.0</b>	<b>Resultatdiskusjon .....</b>	<b>24</b>
6.1	Mellommenneskelige forhold .....	24
6.2	Sykepleier er et verktøy .....	26
6.3	Gjenopplevelse av traumer.....	27
<b>7.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>30</b>
	<b>Referanser .....</b>	<b>31</b>

**Vedlegg 1: PIO-skjema**

**Vedlegg 2: Oversikt over søkehistorikk**

**Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler**



## 1.0 Innledning

Mennesker som har vært utsatt for alvorlige og overveldende livshendelser står i fare for å bli traumatiserte, noe som igjen kan få store konsekvenser for den som blir utsatt for dette. En av fire opplever en alvorlig traumatisk hendelse i løpet av livet, og 2,6 prosent utvikler posttraumatisk stresslidelse, men forekomsten er forskjellig for menn og kvinner. Både traumatiske hendelser og posttraumatisk stress er forbundet med psykiske lidelser. Man kan skille mellom enkeltstående traumatiske hendelser som en ulykke eller et terrorangrep, eller såkalte relasjonelle traumer som familievold og incest, eller traumer som utspiller seg gjentatte ganger over tid (Folkehelseinstituttet 2015). Vi har hatt fokus på at vår litteraturstudie skal omhandle pasienter med relasjonelle traumer.

For å forstå traumer og dens innvirkning på mennesker, må sykepleiere ha tilstrekkelig med kunnskap om traumebevisst omsorg, seksuell vold, traumer og klare å gjenkjenne tegn på mishandling. Det kommer også frem at kvinner er mest utsatt for seksuelle overgrep som barn. Statistikken viser at kvinner med psykisk sykdom, utviklingshemming og/eller som har en historie med mishandling som barn, målrettes mye oftere av forgripere. Grunnen til dette er at de er mer sårbare og kan ha nedsatte kognitive funksjoner relatert til for eksempel et tidligere gjennomgått traume. Kognitive funksjoner har med vår evne til tenkning, intellektuelle og mentale prosesser i hjernen å gjøre. Kunnskap om traumebevisst omsorg og forekomsten av overgrep er viktig for sykepleiere, fordi det muliggjør bedre og mer kunnskapsbasert omsorg av dette (Cleary og Hungerford 2015, 370-378).

Pasienter med relasjonelle traumer er et viktig og aktuelt tema innen sykepleie. Sykepleiere kan møte traumatiserte pasienter overalt i praksis, da tallene viser at en av fire personer har opplevd en traumatisk hendelse (Folkehelseinstituttet 2015). Derfor har vi et ønske om å se på hvordan kunnskapen om traumer kan brukes i sykepleien slik at pasientene blir møtt på en tilpasset måte. I en traumebevisst tilnærming står begrepet «traumebevisst omsorg» sentralt. Dette er oversatt fra det engelske begrepet «Trauma-informed care». Begrepet tydeliggjør at vi som hjelpere ikke skal ha fokus på pasientens traumer, men at vi skal være bevisst på at pasienten er traumatisert, og hvilke konsekvenser det kan ha gitt (Andersen og Søftestad 2014, 57).

Hensikten med denne litteraturstudien var å beskrive pasienter med relasjonelle traumer sine erfaringer i møte med helsevesenet.

Vi valgte i vår litteraturstudie å fokusere på relasjonelle traumer, da de blir påført fra personer som står pasienten nær, noe som gjør de mer sårbare (Hagen, Barbosa Da Silva og Thelle 2016, 59). I denne litteraturstudien valgte vi å bruke traumebevisst omsorg og pasientorientert omsorg for å lære hvordan man kan møte pasientene på en god og forutsigbar måte slik at de føler seg sett, forstått og ivaretatt. Perspektivet vi har valgt er pasientperspektiv, fordi vi mener at pasientenes erfaringer og opplevelser i møte med helsevesenet, vil kunne hjelpe oss som sykepleiere å tilpasse omsorgen etter deres ønsker og behov.

## 2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet skal vi belyse relevant teori i forhold til relasjonelle traumer som følge av vold, overgrep, mishandling og andre tilknyttede begreper. Flere av begrepene defineres hver for seg, men overlapper hverandre i stor grad. Vi har også valgt å utdype oss i Travelbees teori om mellommenneskelige forhold.

### 2.1 Relasjonelle traumer

Relasjonelle traumer er traumer der noen som står en nær, har skadet personen. Det kan for eksempel handle om å bli utsatt for eller være vitne til vold i familien eller incest.

Forskjellige typer overgrep kan resultere i relasjonelle traumer (Hagen, Barbosa Da Silva og Thelle 2016, 59).

*Mishandling* er en fellesbetegnelse for ord (trusler, nedverdigelser) eller handlinger som en person bruker ovenfor en annen person. Disse handlingene skader, skremmer eller krenker, og får personen til å gjøre noe mot sin vilje. Mishandling kan forekomme ovenfor personer i alle aldre (Malt 2014).

*Vold og overgrep* kan være fysiske handlinger som å slå, bite eller sparke, eller psykisk vold som trusler, degradering, kontrollering og ydmykkelser. Vold kan også være seksuell vold, som voldtekt, incest eller uønsket beføling (Helsenorge 2018).

Den som straffes for voldtekt er i straffeloven definert som en som:

- a) skaffer seg seksuell omgang ved vold eller truende atferd,
- b) har seksuell omgang med noen som er bevisstløs eller av andre grunner er ute av stand til å motsette seg handlingen, eller
- c) ved vold eller truende atferd får noen til å ha seksuell omgang med en annen, eller til å utføre handlinger som svarer til seksuell omgang med seg selv (Straffeloven, § 291, 2009).

*Et seksuelt overgrep* er når en person manipulerer, lokker, lurer, truer eller tvinger en annen til å delta i seksuelle aktiviteter den andre ikke er moden til eller ikke vil være med på, når den andre ikke er i stand til å vurdere eller forstå rekkevidden av det som skjer. Seksuelle overgrep kan være handlinger eller forsøk på handlinger som innebærer

ufrivillig fysisk kontakt som berøring, beføling, masturbasjon, slikking, suging, samleieliknende handlinger, samleie og voldtekt. Det kan også være handlinger eller forsøk på handlinger uten fysisk kontakt som seksualisert prat, kinking, blotting, fotografering, filming og fremvisning av pornografi (Aasland 2009, 31).

## 2.2 Konsekvenser av traumatiske hendelser

Et traume kan oppstå når et menneske opplever hendelser som er så overveldende, skremmende, intense og uforståelige at det ikke er mulig å ta inntrykkene innover seg og bearbeide de på en vanlig måte. Det kan også føre med seg ulike lidelser i etterkant. En alvorlig hendelse som for eksempel en voldtekt som kun skjer en gang, defineres som et *enkelt traume*. Om det skjer gjentatte ganger over tid, i relasjon, som for eksempel seksuelle overgrep fra omsorgspersoner eller familievold, defineres det som *komplekse traumer* (Andersen og Sjøftestad 2014, 54).

En reaksjon på en traumatisk hendelse kalles for posttraumatisk stresslidelse. En traumatisk hendelse er en belastende livshendelse eller situasjon av usedvanlig truende eller katastrofal natur. Forekomsten av posttraumatisk stresslidelse varierer noe etter hva slags katastrofe eller traume man har vært utsatt for. Det mest typiske symptomet ved posttraumatisk stresslidelse er episoder der man får sterke gjenopplevelsesreaksjoner, som gang på gang kommer tilbake som påtrengende minner, drømmer eller mareritt (Engedal og Snoek 2017, 124).

Alvorlige og vanskelige livshendelser kalles ofte med en fellesbetegnelse for kriser. I litteraturen om mestring skiller man hovedsakelig mellom to ulike kriser, livskrise og traumatisk krise. Livskriser eller utviklingskriser er påkjenninger som kommer gradvis som følge av naturlig utvikling, som for eksempel pubertet, løsrivelse fra hjemmet, valg av studium/yrke, ekteskap, å få barn, overgangsalder og alderdom. Traumatiske kriser derimot, er ekstraordinære påkjenninger som ikke inngår i et vanlig livsforløp, men som for eksempel oppstår i forbindelse med voldshandlinger, ulykker eller sykdommer. Traumatiske kriser brukes gjerne om belastninger – fysiske, psykiske eller sosiale – som er så store at personen for kortere eller lengre tid blir merket av dem (Eide og Eide 2007, 166-167).

En krise inneholder flere stadier, og deles hovedsaklig inn i fire stadier som er: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelsesfasen/reparasjonsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen inntreffer umiddelbart etter kriseutbruddet og varer vanligvis ikke lenge. Den kriserammede kan føle seg følelsesmessig kaotisk. Noen kan uttrykke seg hysterisk i form av følelser, mens andre blir helt apatiske. Det er ikke uvanlig at man benekter faren eller implikasjonene av situasjonen, noe som sees på som et psykisk forsvar. Et slikt forsvar kan være både en nødvendig og nyttig funksjon i den første fasen, da vi mennesker er ute av stand til å ta innover oss for mye kaos og smerte på en gang. Denne fasen etterfølges av reaksjonsfasen hvor man begynner å la de følelsesmessige reaksjonene slippe til. Man klarer etter hvert å erkjenne at tapet ikke lenger kan benektes, og smerten og fortvilelsen etter det som har skjedd, gjør seg for alvor gjeldende. Det hevdes at en sorgprosess er nødvendig for å komme seg videre. I bearbeidingsfasen er de emosjonelle reaksjonene blitt mer avdempet, og individet er klar til å begynne med bearbeidelse av tapet. Bearbeidningen består i å jobbe seg frem mot et nytt ståsted i tilværelsen, som gir tilstrekkelig mening og trygghet uten det som er gått tapt. Dette stadiet kan ta tid, spesielt ved alvorlige kriser. Dersom en ny plattform for tilværelsen blir etablert og de sterke følelsene begynner å legge seg, inntreffer den optimale utgangen av en krise, nyorienteringsfasen. Individet har da klart å finne et nytt livsinnhold, og ser at tilværelsen fortsatt kan være meningsfull til tross for det smertefulle tapet. De vonde erfaringene snus til noe verdifullt, noe man kan lære av og vokse på (Helgesen 2011, 222-223).

### **2.3 Traumebevisst omsorg**

Traumebevisst omsorg og personorientert omsorg kan være til god hjelp i møte med pasienter med relasjonelle traumer. I praksis er de like og bygger på de samme prinsippene. Personorientert omsorg er noe mer grunnleggende i sykepleien, men vi valgte å fokusere mest på traumebevisst omsorg, da det er mer tilpasset pasientgrupper som har vært utsatt for relasjonelle traumer (Kristoffersen og Nortvedt 2016, 96).

Personorientert omsorg innebærer at personen er et unikt og uerstattelig individ, og at personens menneskeverd er ukrenkelig. I yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at "Sykepleie bygger på respekten for menneskerettighetene, herunder kulturelle rettigheter, retten til liv og valgfrihet, til verdighet og til å bli behandlet med respekt» (Norsk sykepleierforbund 2018, 24). Å respektere og vise omsorg for et annet menneske er

et grunnleggende prinsipp i sykepleie. For å kunne respektere en person, må sykepleieren betrakte ham/henne som enestående, med egne tanker, følelser og meninger, ikke lik noen andre. Å bli møtt som en enestående person innebærer å bli behandlet som et menneske med et eget levd liv, og med egen fortid, og ikke bare som et upersonlig tilfelle, et nummer i rekken, et sykdomskasus eller en arbeidsoppgave. Dersom sykepleieren blir så rutinert at det å motta pasienter, gi bistand og utføre prosedyrer blir gjort tusenvis av ganger, og oppgaver blir utført løsrevet fra pasientens situasjon, er det lett å glemme at pasienten kanskje vil oppleve det som krenkende. Pasienten vil da ikke oppleve å bli møtt med omsorg og respekt, og vil verken føle seg sett, hørt eller trodd (Kristoffersen og Nortvedt 2016, 96).

Traumebevisst omsorg skiller seg fra normal god omsorg. Normal god omsorg er ikke tilstrekkelig for å ivareta behovene traumatiserte mennesker har. Den tar hensyn til kunnskapen om hvordan hjernen påvirkes av traumatisering, og hvilke konsekvenser dette kan få på kort og lang sikt. Mennesker som ikke har erfart å få en normal god omsorg i barndommen vil kunne streve med tillit i relasjoner og kan ha vansker med å regulere egne følelser. Derfor er traumebevisst omsorg basert på tre grunnpilarer: trygghet, relasjon og følelsesregulering, også hos voksne som har vært utsatt for traumer (Hagen, Barbosa da Silva og Thelle 2016, 29).

## **Trygghet**

Andersen (2014, 58) skriver at traumatiserte mennesker ofte utvikler en grunnleggende utrygghet. Livserfaringer hvor de ble krenket eller sviktet i nære relasjoner da de var små, kan ha skapt en opplevelse av at verden er utrygg. Trygghet er grunnsteinen i vår eksistens, og en forutsetning for å kunne fungere i hverdagen. Innenfor sykepleie ser man på trygghet som et behov vi mennesker har, og det blir tydeligst når det tenkes på små barn. Det er barnet som er sårbart og avhengig av foreldrenes trygghet (Thorsen 2012, 110). Andersen (2014, 59) forklarer at det er barnet som må føle at det er trygt. Det er ikke tilstrekkelig at voksne som hjelper barnet anser situasjonen som forsvarlig og trygg nok.

## **Relasjon**

En sunn relasjon mellom mennesker oppstår når vi opplever at vi kan være trygge på hverandre og ha tillit til at våre opplevelser, perspektiver og følelser blir tatt på alvor av

den andre. Disse elementene gir en forutsetning for å føle tilhørighet, samtidig som personen kan føle at han eller hun bestemmer over seg selv (Andersen og Søftestad 2014, 59). Andersen (2014, 60) skriver at både barn og voksne tydelig formidler at kvaliteten i kontakten som blir skapt mellom den som søker hjelp og den som skal hjelpe er avgjørende for om hjelpen blir opplevd som god. Han forklarer at evnen til å være trygg i relasjoner blir bygd opp tidlig i livet, og at barnets tidlige relasjonserfaringer har stor innvirkning på personens relasjoner senere i livet. Tidlig traumatisering fra de nærmeste omsorgspersonene kan ødelegge trygghetsreguleringssystemet, noe som kan føre til at barnet ikke kan bruke relasjoner til å etablere trygghet. Pasienter med traumatiske minner foretrekker imidlertid isolasjon og ikke relasjon, derfor stiller dette store krav til hjelperen, som må fokusere på å legge til rette for at den som skal hjelpes kan erfare at relasjonen er ufarlig, og at hjelperen vil dem vel (Andersen 2014, 60).

### **Følelsesregulering**

For å kunne fungere godt både i sitt eget liv og i samspill med andre er det viktig å kunne regulere affekter. Tidlige relasjonelle traumer kan føre til tap av evnen til å regulere affektens intensitet og varighet. For at en god utvikling av indre affektregulering skal forekomme for småbarn må en god tilknytning til omsorgspersonene være tilstede. Affektreguleringen er altså en lært, og ikke en medfødt evne. Når omsorgspersonene som skulle ha vært kilden til trøst samtidig har vært en stor trussel, er faren stor for at barna senere i livet kan få problemer med å ta imot hjelp til selvtrøst. Under et overgrep vil barnet oppleve at de følelsene de har hatt i forbindelse med krenkelse, er blitt bagatellisert og/eller bortforklart av overgriperen eller andre voksne. Dårlig utviklet følelsesregulering kan føre til unormal reaksjon på en rekke normale følelser. Litt frustrasjon kan eskalere til sinne og raseri, og skuffelse kan gå raskt ned til følelse av fortvilelse eller depresjon. Disse utslagene kan være uforståelig for barnet selv, men også for omgivelsene (Hagen, Barbosa da Silva og Thelle 2016, 30).

## **2.4 Travelbees teori om mellommenneskelige forhold**

Vi har valgt å ha sykepleieteoretiker Joyce Travelbee i vår litteraturstudie da hun står for mye som er relevant i forhold til vårt tema og sykepleie generelt. I sin sykepleietenkning retter hun oppmerksomheten spesielt mot det mellommenneskelige aspektet i sykepleien.

Joyce Travelbee var opptatt av å etablere et likeverdig menneske-til-menneske-forhold. I hennes tenkning står det sentralt at man skal bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten. Sykepleiens overordnede mål og hensikt er ifølge Travelbees tenkning å hjelpe personen til å mestre og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom (Kristoffersen 2011, 208-230).

Det første møte mellom sykepleier og pasient baserer seg på observasjoner og antakelser. Dette fører til at begge parter gjør seg opp meninger om hverandre. Observasjoner er det viktigste trinnet når en første gang møtes. Sykepleier i det første møte kan se på den syke som "pasient" og den syke på ti sykepleiere som "en sykepleier". Begge parter blir kategorisert og stereotypisert, og vil derfor ikke se hverandre som unike individer. Det er viktig at sykepleieren bryter ned kategoriseringen for å kunne oppfatte mennesket i pasienten. Selv om begge parter ikke kjenner hverandre, bygger de seg opp meninger om hverandre som baserer seg på tidligere erfaringer eller lignende situasjoner. Disse stereotypene kan endres ved at partene får en ny innsikt i hverandre. For å bryte ned kategoriseringen må sykepleieren ha et bevisst ønske om å gå inn for å se hver enkelt syke person som et individ og ikke som en "pasient" (Travelbee 1999, 41).

Ifølge Travelbee (1999, 44) må sykepleier bruke seg selv som et verktøy for å etablere tilknytning til den andre. Dette gjør man ved å verdsatte den andre som et menneskelig individ. I denne fasen mottar en inntrykk av den andres personlighet og en atskillellesprosess begynner, nettopp fordi individuelle identiteter vokser frem, og sykepleier og den syke betrakter hverandre mindre som kategorier og mer som individer. Forskjeller og likheter erkjennes og forholdet legger til grunn for at empati kan oppstå. Empati betyr at man kan se forbi ytre atferd, og leve seg inn i en annens indre opplevelse og forstå den andres psykiske tilstand. Å ha empati for en annen, betyr at en er i stand til å fatte betydningen av hva den andre føler og tenker i en gitt situasjon. Det kan av og til være problematisk når empati oppstår. Det kan handle om at pasienten er redd for å ha avslørt for mye om seg selv, og sykepleier kan oppleve at det er vanskelig å takle informasjonen hun/han har fått. Det er viktig å oppnå pasientens tillit. Forståelse er resultatet av empatiprosessen, og er også en hjelp for å kunne forutsi pasientens atferd (Travelbee 1999, 44).



Sympati og medfølelse betyr at en føler andres plager og ulykke, kombinert med et ønske om å hjelpe den som har det vondt. Sympati og medfølelse kan virke forsterkende for forholdet mellom sykepleier og pasient. Når en sykepleier har sympati og medfølelse for en pasient, vil det si at hun/han bryr seg, viser følelsesmessig støtte og holder pasienten oppe i en vanskelig tid. Sykepleieres profesjonelle oppgave er å omsette medfølelse som konstruktive sykepleiehandlinger. Dette krever en kombinasjon av intellektuell tilnæringsmåte og evnene til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee 1999, 40).

## 3.0 Metode

Kvaliteten i helsetjenestene kjennetegnes ved at tjenestene er gode, sikre og hensiktsmessige, at de involverer brukerne og gir dem innflytelse, at de er tilgjengelige og rettferdig fordelt, at de er samordnet, preget av kontinuitet, og at ressursene er godt utnyttet. Det er større sjanse for å oppfylle disse kvalitetskriteriene om praksisen er basert på pålitelig forskning og brukermedvirkning (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart 2012, 22).

Kunnskapsbasert praksis er et virkemiddel for å kunne relatere forskning og praksis til hverandre, og nasjonale strategier for kvalitet og pasientsikkerhet begrunner at arbeidsmåten er et virkemiddel for å oppnå god kvalitet. Man finner også kunnskapsbasert praksis igjen i strategiske dokumenter i helseforvaltningen, i de regionale helseforetakene og i primærhelsetjenesten. Det samme gjenspeiles i profesjonsforeningenes strategier. Det handler om å bruke eksisterende forskning, og ikke å forske selv. En god sykepleier inkluderer kunnskap og ferdigheter på en slik måte at pasienter oppnår optimal pleie (Nortvedt et al. 2012, 20-23).

Kunnskapsbasert praksis presenteres gjerne som en prosess i seks trinn. Hvert trinn er viktig i det daglige arbeid. Trinnene i kunnskapsbasert praksis går ut på reflektere over egen praksis, formulere spørsmål, finne forskningsbasert kunnskap ved hjelp av litteratursøk, kritisk vurdere forskningen, for å deretter anvende forskningsbasert kunnskap med erfaringsbasert kunnskap og brukerens behov. Til slutt må man evaluere sin egen praksis (Nortvedt et al. 2012, 21-22).

## 3.1 Datainnsamling

Vi har benyttet oss av høgskolens søketjeneste til databaser for å finne aktuelle databaser som var relevante for litteraturstudien. Databasene som ble anvendt er: Oria, ProQuest, PsychInfo og Ovid Medline. Dette er anerkjente databaser innen helse og medisin. Søkeord som ble brukt i våre litteratursøk er: «abuse», «maltreatment», «neglect», «sexual abuse», «trauma», «survivors», «nurse», «delivery of health care», «health care», «experience», «trauma-informed care» og «trauma-informed services». Da disse søkeordene hver for seg ga mange treff, har vi kombinert de forskjellige søkeordene i flere

databaser. Vi har benyttet oss av MeSH-termer, som er vist i oversiktstabellen over søkehistorikk (Vedlegg 2: Oversikt over søkehistorikk).

Vi utførte også manuelle søk for å finne artikler. Ved å søke på vårt tema i Google Scholar fant vi oversiktsartikler som handlet om relasjonelle traumer. Deretter gikk vi gjennom oversiktsartiklene og deres referanseliste, og fant nye, relevante og kvalitative artikler som omhandlet pasienter med relasjonelle traumer sine erfaringer i møte med helsevesenet. Vi endte opp med å finne tre artikler ved hjelp av manuelle søk, og disse valgte vi å inkludere i vår litteraturstudie.

## **3.2 PIO-skjema**

PICO-skjema er et verktøy som gjør litteratursøket systematisert ved å dele opp spørsmål. Vi lagde et PIO-skjema og ikke et PICO-skjema, fordi vi hadde ingen tiltak å sammenligne. I vårt skjema har vi oversatt alle ord fra norsk til engelsk, siden artikler ofte er skrevet på engelsk (Nortvedt et al. 2012, 33).

Vi brukte et PIO-skjema med relevante søkeord for vår hensikt. Vi har valgt å ekskludere barn som pasienter og inkludere voksne pasienter med relasjonelle traumer, fordi det er den pasientgruppen vi mest sannsynlig møter i praksis. Vi ønsket å ha oppdatert kunnskap, derfor har vi holdt oss til artikler som er publisert etter 2009. Vi har valgt å ekskludere artikler fra ikke-vestlige land for å gjøre litteraturstudiet vårt mest mulig sammenlignbart med skandinavisk levestandard. I vår litteraturstudie var vi ute etter kvalitative artikler, siden vi valgte å skrive om pasienter med relasjonelle traumer sine erfaringer i møte med helsevesenet. Hensikten med kvalitative artikler er å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger. Statistiske metoder er ikke aktuelle i kvalitativ analyse. Datainnsamling er ofte gjennom intervjuene og resultatene beskrivelser fra de som deltar i studien (Nortvedt et al. 2012, 72).

## **3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Vi startet datainnsamlingen vår med å begrense søkeresultat, dette gjorde vi med følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier som vist i Tabell 1: Kriterier for utvelgelse av artikler.

**Tabell 1: Kriterier for utvelgelse av artikler**

<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Artikler som omhandler traumatiserte personers erfaringer og opplevelser</li><li>- Pasientperspektiv</li><li>- Originalartikler</li><li>- Artikler fra 2009 til og med april 2019</li><li>- Språk: norsk, svensk, dansk og engelsk</li><li>- Voksne og ungdommer</li><li>- Kvinner og menn</li><li>- Vestlige land</li><li>- Etisk godkjent</li><li>- Artikler bygd opp etter IMRaD-prinsippet</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Artikler som omhandler barn</li><li>- Sykepleieperspektiv</li><li>- Pårørendeperspektiv</li><li>- Ikke-vestlige land</li><li>- Oversiktsartikler, fagartikler og doktorgradsavhandlinger</li></ul>

### **3.4 Kvalitetsvurdering**

For å vurdere kvaliteten på ulike vitenskapelige artikler er det viktig med kritisk vurdering. Kritisk vurdering innebærer å vurdere den metodiske kvaliteten, gyldigheten, resultatene og overførbarheten av en studie. Vi har benyttet oss av sjekklister som finnes på helsebiblioteket sin nettside (Helsebiblioteket 2019). Sjekklistene inneholder spørsmål som gjør det lettere å kritisk vurdere den metodiske kvaliteten i vitenskapelige artikler. Ulike studiedesign krever ulike sjekklister som passer forskningsmetoden i den enkelte studien. Vi har brukt sjekklister for vurdering av kvalitative artikler (Helsebiblioteket 2019).

Vi har valgt å bygge vår litteraturstudie på forskning som har kvalitativ og fenomenologisk tilnærming, da de er best egnet til å svare på vår hensikt. Datainnsamlingen i kvalitativ og fenomenologisk forskning skjer hovedsakelig gjennom intervju, observasjoner og/eller gjennomlesning av dokumenter. Hensikten er å gjengi helheten i en spesiell erfaring slik informanten opplevde det. Funn fra slike artikler kan gi oss som sykepleiere en bedre forståelse av hvordan en pasientgruppe opplever sin situasjon (Nortvedt et al. 2012, 73).

En av våre inklusjonskriterier var at vitenskapelige artikler er bygd opp etter IMRaD-prinsippet. «IMRAD er en forkortelse for Introduksjon (hvorfor forfatterne vil gjøre studien), **M**etode (hvordan de gjennomførte studien og analyserte resultatene), **R**esultat (hva de fant) og (**A**nd) **D**iskusjon (hva forfatterne mener resultatene betyr)» (Nortvedt et al. 2012, 69).

### **3.5 Etiske hensyn**

En undersøkelse innebærer at vi bryter inn i privatsfæren til enkeltindivider. Dette kan skape et etisk dilemma, da man i ønsket om å kartlegge noe kan komme i skade for å krenke noen av dem man undersøker. Derfor er et av inklusjonskriteriene våre at det er redegjort for etiske overveielser i forskning. Det er hovedsakelig tre grunnleggende krav som en undersøkelse på andre mennesker bør forsøke å tilfredsstille: Informert samtykke, krav til privatliv, og krav til å bli korrekt gjengitt (Jacobsen 2010, 31). I vår litteraturstudie har vi lagt vekt på at artiklene følger disse retningslinjene, at det har blitt innhentet frivillig samtykke fra deltagerne, og at deltagerne har fått tilstrekkelig med informasjon om den studien de deltar i.

Da vi skrev litteraturstudien var vi sannferdig ved gjengivelse av resultat. All litteratur og sitater fra forfattere er det brukt kildehenvisning til, dette for å vise respekt og hensyn til forfatterne vi har benyttet oss av. Vi har også overholdt skolens retningslinjer for oppgaveskriving, og reflektert over etiske overveielser som våre inklusjons- og eksklusjonskriterier, gjengitt sannheten og vært objektive når det gjelder sterke og svake sider i vår litteraturstudie.

### **3.6 Analyse**

Vi har valgt å bruke Evans (2002) analysemodell i vår litteraturstudie for å analysere artiklene. Dette kaller han synteseprosessen, og det innebærer at analysearbeidet deles opp i fire trinn. En analyse er en samling av data fra flere studier. Denne samlingen av data fra de ulike studiene gjør det mulig å analysere en større datasamling.

Den første er innsamling av primærstudier. Etter å ha søkt i de ulike databasene, har vi bestemt for hvilke artikler vi skal inkludere i vår analyse. Vi benyttet oss av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Se kapittel om inklusjons- og eksklusjonskriterier for en mer detaljert beskrivelse.

Andre fase handler om å identifisere hovedfunnene i de ulike artiklene. Vi utarbeidet derfor en oversikt fra resultatdelen i hver artikkel. Vi skrev en oversikt over funnene fra hver artikkel på et eget ark, og til slutt hadde vi da ti ark med ulike sammendrag. Vi noterte alle funnene som var relevante for å besvare vår hensikt. Artiklene ble kritisk gjennomgått og nøkkelfunn beskrevet.

Den tredje fasen handler om identifisere felles temaer, hvor likheter og kontraster identifiseres for og så sortere de på tvers av artiklene. Vi kategoriserte temaene som ofte gikk igjen på et nytt dokument. Vi lagde et tankekart med forslag til aktuelle hovedkategorier og underkategorier. Vi la alle sammendragene ved siden av hverandre, og på denne måten fikk vi en oversikt over hva de ulike sammendragene hadde til felles og hvilke kategorier som ville være passende å utforme.

Den fjerde og siste fasen går ut på å beskrive fenomenet. Hovedtemaene vi kom frem til og som vi ønsker å belyse er: Traumebevisst omsorg forutsetter god relasjonsbygging, traumebevisst omsorg styrker opplevelsen av trygghet, og følger av mangel på traumebevisst omsorg hos sykepleiere som vist i Tabell 2: Tematisk oversikt.

**Tabell 2: Tematisk oversikt**

<b>Pasientenes erfaringer</b>		
Traumebevisst omsorg forutsetter god relasjonsbygging	Traumebevisst omsorg styrker opplevelsen av trygghet	Følger av mangel på traumebevisst omsorg hos sykepleiere

## 4.0 Resultat

Hensikten med denne litteraturstudien var å beskrive pasienter med relasjonelle traumer sine erfaringer i møte med helsevesenet. Vi kom frem til tre hovedkategorier:

Traumebevisst omsorg forutsetter god relasjonsbygging, traumebevisst omsorg styrker opplevelsen av trygghet, og følger av mangel på traumebevisst omsorg hos sykepleiere.

### 4.1 Traumebevisst omsorg forutsetter god relasjonsbygging

Funn viste at sykepleiere ved å bruke traumebevisst omsorg i møte med den traumatiserte pasienten, kunne bidra til å øke pasientens selvtillit og egenverd. Det var viktig med tilpasset omsorg til de pasientene som har opplevd traumatiske hendelser. Pasientenes beskrivelser omhandlet sykepleiernes rolle i å styrke pasientenes tillit gjennom eksplisitt anerkjennelse og oppmuntring (Chouliara, Zoë, Thanos Karatzias, Georgia Scott-Brien, Anne Macdonald, Juliet MacArthur og Norman Frazer 2011, 128-156, Goodman, Lisa A., Cris M. Sullivan, Josie Serrata, Julia Perilla, Joshua M. Wilson, Jenifer E. Fauci, Craig D. DiGiovanni 2016, 747-764, Reeves og Humphreys 2017, 1170-1182). Det viste seg at pasientene opplevde det som positivt og hjelpsomt å få snakke om sine traumatiske opplevelser med sykepleiere. For eksempel det at de følte seg lettere til sinns etterpå, samt at det hjalp dem med bearbeidingen og veien videre (McGregor, Thomas og Read 2006, 35-59).

Resultatene fra artiklene handlet om respekt og konsekvensen det vil ha for relasjonen mellom sykepleiere og pasienter (Goodman et al. 2016, 747-764, Reeves og Humphreys 2017, 1170-1182). «Staff respect the choices that I make. Staff respect my privacy. Staff respect the strenghts I have gained through my life experiences» (Goodman et al. 2016, 756). Respekten har ikke bare styrket relasjonen, men også styrket pasienten som et menneske. «It has made me a bit stronger, I have to say, so that I have realized there is somebody who stands by such persons who have...actually gone through such things» (Larsen, Mandi M., Julia Krohn, Klaus Püschel og Dragana Seifert 2014, 368).

I artiklene kom viktigheten av et tillitsfullt terapeutisk forhold frem. Dette forholdet er avgjørende for å etablere trygghet og egenverd, og for å kunne gå videre i livet (Chouliara et al. 2011, 128-156, Goodman et al. 2016, 747-764). I McGregor, Thomas og Read (2006,

35-59) listes det opp fire punkter som kan være med på å etablere et godt og tillitsfullt terapeutisk forhold. Disse er: At det blir gitt nok informasjon om behandlingsprosessen, at det er opplevelse av likestilling i det terapeutiske forholdet, at pasienten opplever å få rapport og bli lyttet til, og at det blir gjort effektive vurderinger. I tillegg rapporterte de om kontinuitet og oppfølgingen videre, og at det hadde betydning for deres bedringsprosess.

It would be nice of you, for example, would get inpatient care or therapy (Rehabilitation) afterwards, just to deal with problems, perhaps also to deal with problems inside the family...Because the daily routine comes back quickly and you are simply part of normal life again – so that there is little time to calm down, to gain consciousness, to think about it calmly, to reflect, to quietly think things over (Larsen et al. 2014, 370).

Pasientene understreket også viktigheten av fleksibilitet, og det at sykepleierne brukte nok tid til samhandling. Dette sees på som positivt ifølge pasientene (Chouliara et al. 2011, 128-156, McGregor, Thomas og Read 2006, 35-59).

For someone who hates themselves it says, well not 100% of the time but who really doesn't like myself much of the time and feel pushed away and rejected by so many places and to feel that somebody is recognising the situation I am in and how difficult things are and are saying we will be flexible is really, really nice, it makes me feel valued and that I actually matter which is really good (Chouliara et al. 2011, 143).

## **4.2 Traumebevisst omsorg styrker opplevelsen av trygghet**

Funn viste at pasientene opplevde trygghet gjennom støtte, nærhet og forståelse. Pasientene følte seg komfortable i møte med sykepleierne, og følte de kunne stole på dem. Det ble også erfart at sykepleiere kunne styrke tilliten hos pasientene ved å sette seg inn i deres situasjon og forhistorie (Chouliara et al. 2011, 128-156, Goodman et al. 2016, 747-764, Reeves og Humphreys 2017, 1170-1182). Det som viste seg å være viktig for pasientene var at deres problemer ble sett og dokumentert slik at de følte seg trodd på. «It was a real help for me because (the injury) was also documented and so I got the feeling that I was believed» (Larsen et al. 2014, 368).



Tillit, trygghet, troverdighet og tilknytning henger på mange måter sammen og er avhengige av hverandre. Artikkene viste at pasientene måtte ha tillit til sykepleierne og oppleve de som troverdige for at de skulle ha mulighet til å føle seg trygge. Det at sykepleierne holdt seg fysisk og mentalt nær pasientene og engasjerte seg i hverdagens samhandling, var avgjørende for å gjenoppbygge følelse av sikkerhet og bringe tilbake normaliteten. Sykepleierne spilte en betydelig rolle i å styrke de overlevedes tillit til egne evner og tillit til andre (Chouliara et al. 2011, 128-156, Goodman et al. 2016, 747-764, Muzik, Maria, Menatella Ads, Caroline Bonham, Katherine Lisa Rosenblum, Amanda Broderick og Rosalind Kirk 2013, 1215-1224, Reeves og Humphreys 2017, 1170-1182, Subica 2013, 588-596). «I can trust staff. I can explore my feelings with staff. Staff are supportive when I am feeling stressed out or overwhelmed» (Goodman et al. 2016, 755).

Pasientene understreket viktigheten av å kunne etablere tillit og ha en rettferdig sykepleier-pasient-relasjon, og beskrev flere måter de forbereder seg på, håndterer problem og tar vare på seg selv etter vanskelige opplevelser med helsevesenet (Chouliara et al. 2011, 128-156, Goodman et al. 2016, 747-764, Reeves og Humphreys 2017, 1170-1182).

It took some years to get over and get some help and talking to support;...now I can say I feel like I really am (over it) because I can freely speak about it, and I am not very emotional about it or depressed. I'm able to speak out and not hold or withdraw anything about it...Just 'cause this happened in my childhood don't mean I gotta carry it over to adulthood motherhood (Roller 2011, 491).

Det ble bekreftet av både pasienter og sykepleiere viktigheten av traumebevisst omsorg. Den ga en trygg og god opplevelse der pasientene ble hørt, lyttet til, trodd på og ikke dømt (Chouliara et al. 2011, 128-156, McGregor, Thomas og Read 2006, 35-59, Mantler og Wolf 2018, 118-136, Muzik et al. 2013, 1215-1224). «She really listened but as well as listening she heard me and for me there is a huge difference between listening and hearing and for me she did, you knew it was ok to say what you felt, she would take it in» (Chouliara et al. 2011, 137).

### 4.3 Følger av mangel på traumebevisst omsorg hos sykepleiere

Artiklene viste følger av mangel på traumebevisst omsorg, samt mangel på ressurser i helsevesenet, noe som kan gjenskape traumer og forverre den psykiske tilstanden hos vedkommende (Mantler og Wolf 2018, 118-136, Muzik et al. 2013, 1215-1224, Reeves og Humphreys 2017, 1170-1182, Roller 2011, 488-493, Seng, Julia S., Lisa Kane Low, Kathleen J. H. Sparbel og Cheryl Killion 2003, 604-613).

Funn beskrev pasientenes erfaringer med å oppsøke helsetjenester flere måneder og år etter et traume faktisk hadde oppstått. Funnene viser at det var vanskelig for dem fordi det trigget minner om vold og overgrep, noe som fulgte til gjenopplevelse av traumer.

Tilknytning mellom traumatiske minner og følelsesmessige triggere i helsevesenet virket mer komplekst, men ble fortsatt anerkjent og rapportert av pasienter. For eksempel beskrev en deltager en hendelse der en sykepleier brukte gestikulering under samtale og hvordan det gjenskapte «flashbacks» (Reeves og Humphreys 2017, 1170-1182). «Even just raising his hand, something all the sudden just took over me that wasn't comfortable...(abusive partner) would raise his hand to hit me, so...(those gestures) just always make me have flashbacks» (Reeves og Humphreys 2017, 1175).

Det kom frem at en historie med traumer i barndommen er assosiert med en bred rekkevidde av helseproblemer i voksenlivet. Og et annet funn viste at de som hadde opplevd seksuelle overgrep i barndommen hadde alvorligere sykdomsbilde enn de som ikke hadde blitt misbrukt. De slet i større grad med traumer, og hadde dermed behov for en omsorg som støttet opp mot dette. Ifølge de kvinnelige pasientene blir traumebevisst omsorg beskrevet som en omsorg som bør være validerende, mottakelig og ikke dømmende. Med validerende samhandling mener de en handling hvor sykepleierne kommuniserer slik at det pasienten sier eller gjør gir mening (Muzik et al. 2013, 1215-1224, Subica 2013, 588-596). «People who believe them. People who validate (what) they're experiencing; who don't compare them to other people who...help them take responsibility for their role but...don't blame them for it; I think like, ya know, try to relate to your population» (Muzik et al. 2013, 1219). Flere kvinnelige pasienter opplevde det å ikke bli tatt på alvor, da de ikke hadde synlige skader på kroppen (Muzik et al. 2013, 1215-1224, Larsen et al. 2014, 359-379). «I think many women have the problem of reporting the men or dealing with (the abuse) or seeking helping for themselves because of (not

having visible injuries), because they are just afraid that they won't be taken seriously» (Larsen et al. 2014, 369).

Kvinner som har blitt utsatt for overgrep og har en traumehistorie bak seg, vil i svangerskapet kunne gjenoppleve tegn og symptomer på PTSD. I artiklene kommer det frem at helsepersonell som sykepleiere og jordmødre bør skaffe seg et overblikk over traumeoverlevende helsestatus og deres behov for traumebevisst omsorg (Roller 2011, 488-493, Seng et al. 2003, 604-613).

Every time (the infant) would latch on to nurse I would just sort of be hit with these uncomfortable...kind of nauseating...I call them flashbacks, but it's not like I'm reliving the incident, it's just sort of the physical manifestation of the incident. It's really hard to describe...it just feels awful. I feel like turning into a little black hole and disappearing (Seng et al. 2003, 608).

Et motstridende funn var at pasientene hadde ulike meninger om å snakke ut om de traumatiske hendelsene. Noen mente at dette gjorde godt, mens noen få andre mente traumene blusset opp igjen. «It (exposure) really made me worse because the way they directly...the way they wanted you to talk specifically about the trauma the details about what happened right back to when I was a little girl and that just made me worse it really did» (Chouliara et al. 2011, 141). Pasientene uttrykket også sin redsel for hvordan sykepleierne ville reagere på deres forhistorie med traumatiske hendelser. «I feel like it's something that I need to disclose..But you can't just be like..« «Oh yeah – I was sexually abused for the first 10 years of my life»...«What kind of reaction are you gonna get from that?» (Reeves og Humphreys 2017, 1174).

## 5.0 Metodediskusjon

Ingen undersøkelsesprosesser er uten feil og mangler, men det er et viktig poeng å kunne gjøre rede for mulige svakheter i funnene til en litteraturstudie (Jacobsen 2010, 143). I metodediskusjonen skal man kritisk vurdere og diskutere litteraturstudiens metodiske fremgangsmåte; styrke og svakheter ved søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyseprosess (Eines 2018, 9).

### 5.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi valgte å inkludere pasienter med relasjonelle traumer sine erfaringer i møte med helsevesenet, da dette er pasientgruppen vi ønsket å undersøke. Et traume kan være forårsaket av mange ting, noe vi er klar over. Derfor har vi valgt å ha fokus på traumer av relasjonell betydning. Seksuelle overgrep gikk igjen i de fleste av våre artikler som årsaker til relasjonelle traumer, derfor har vi hatt en del fokus på akkurat dette. Vi har basert sykepleien i litteraturstudien vår til å omhandle alle avdelinger, og ikke kun psykiatrisk avdeling, da sykepleiere kan møte denne pasientgruppen overalt, samt at dette burde være generell sykepleiekunnskap siden det omhandler helhetlig sykepleie.

Vi begrenset litteraturstudien til omhandle ungdommer og voksne, da vi ønsket å undersøke deres erfaringer og opplevelser med tidligere gjennomgåtte traumatiske hendelser. Vi ekskluderte dermed barn fra vår litteraturstudie, noe vi ser på som en styrke, da ungdommer og voksne generelt kan beskrive sine erfaringer, opplevelser og følelser mer subjektivt enn barn. Vi møter også oftere på ungdommer og voksne ute i arbeidslivet enn barn, med mindre man da jobber på en eller annen barneavdeling.

Fra vår side var det ønskelig å bruke forskning fra vestlige land i vår litteraturstudie, da det gir resultater som er overførbare til skandinaviske forhold og skandinavisk praksis. Det er en styrke for litteraturstudien å bruke data fra en mest mulig lik befolkningsgruppe med lik kultur. Når det gjelder følelser og opplevelser av for eksempel skam, skyld og stigmatisering, vil dette være sterkt knyttet opp mot kultur. Derimot vil fysiske skader etter for eksempel mishandling, voldtekt og overgrep være de samme, uavhengig av kultur og land. I noen av artiklene var det ulike befolkningsgrupper som afroamerikanere og

spanjoler inkludert i studien, og man kan regne med at disse har en annen kultur enn de vestlige befolkningsgruppene og at dette kan ses på som en svakhet.

Vi er klar over at vi har et spredt utvalg av artikler, og at dette kan være en svakhet for litteraturstudien. Artiklene omhandler begge kjønn og har en aldersspredning på pasientene fra cirka 16 til 65 år. Dette kan være en utfordring med tanke på at ulike aldersgrupper kan ha ulike opplevelser og erfaringer. Vi ser på det som en styrke at vi har tatt med begge kjønn, da traumer er noe som oppstår hos både menn og kvinner. I og med at våre artikler har mindre datamateriale som omhandler menn, kan resultatene vi har funnet være påvirket av det begrensede materialet. Dette på grunn av at det kan være en forskjell mellom kjønn hvordan en opplever et traume, noe som da kan være en svakhet.

Vi inkluderte språk som norsk, svensk, dansk og engelsk fordi dette er språk vi mestrer. Vi inkluderte artikler som var inntil ti år gamle fordi vi ville ha relativt ny forskning da forskning oppdateres jevnlig. To av våre artikler er eldre enn ti år gamle. Vi har en fra 2003 og en fra 2006, dette fordi det ikke var nok treff i søkene på nyere forskning. Artiklene er relevante og relaterer til vårt tema, men det kan likevel sees på som en svakhet da disse årstallene er utenfor våre inklusjonskriterier.

Siden vi valgte pasientperspektiv som utgangspunkt i vår hensikt, var det naturlig å ekskludere artikler med kun sykepleieperspektiv og pårørendeperspektiv.

## **5.2 Søkestrategi**

Det kan sees på som en fordel å ta i bruk bibliotekar og veiledere for å utarbeide nye søkeord og gjøre søket i flere databaser, da det kan gi et bredere treff. Etter å ha hatt veiledningstime med bibliotekar, følte vi oss mye sikrere på hvordan vi skulle søke, hvordan vi skulle komme i gang og hvilke ord som skulle prioriteres. Imidlertid erfarte vi at bruk av mange ulike søkeord førte til mange treff, men flere artikler så ut til å være mindre relevant. I vår litteraturstudie har vi inkludert artikler fra flere databaser.

Databasene som Oria, Ovid Medline, Proquest, PsychInfo ga ulike treff, noe som styrker vår litteraturstudie. Vi har fått søk med et stort antall treff, og vi bestemte oss for å lese gjennom disse sammendragene som vi synes hadde en fangende og relevant tittel. Dette

kan sees på som en svakhet, da mange av titlene ikke samsvarer med innholdet, samt at vi ikke leste gjennom alle resultatene.

Vi valgte å inkludere ti artikler som svarer på vår hensikt. Vi regner antallet som tilstrekkelig da vi kom frem til mange interessante funn. Vi har tre hovedkategorier, det vil si at mange av funnene våre underbygger hverandre, noe som gjør det enklere for oss i analyseprosessen. Vi fant tre artikler ved hjelp av manuelle søk, noe vi ser på som en styrke, da de ble funnet i oversiktsartikler sine referanselister som omhandler samme tema.

Etter siste veiledningsseminar ble vi anbefalt å bytte ut en artikkel vi hadde som handlet om traumer etter terror, da alle de andre artiklene handlet om relasjonelle traumer. Vi valgte å følge anbefalingen, og søkte derfor etter en ny artikkel som var relevant i forhold til relasjonelle traumer. Det kan sees på som en svakhet at denne endringen ble gjort så sent i prosessen, siden vi ikke analyserte den samtidig som de andre ni artiklene. En fordel er at vår litteraturstudie er tydeligere begrenset nå, og at alle de ti artiklene handler om relasjonelle traumer.

### **5.3 Kvalitetsvurdering**

Det kan være en ulempe å gjøre kvalitetsvurdering hver for seg, noe vi gjorde, da man kan ha ulike oppfatninger av de forskjellige kontrollspørsmålene og artiklenes innhold. På en annen side brukte vi hverandre aktivt i denne prosessen når vi opplevde å være usikre, noe vi ser på som en styrke. Samtidig kunne vi ønske at vi hadde mer kunnskap og erfaring rundt det å kvalitetsvurdere artikler. Det at vi brukte sjekklister fra Helsebiblioteket, samt at vi hadde hatt undervisning om dette på forhånd, gjorde at vi følte oss litt tryggere på det.

Vi endte opp med bare engelske artikler, og de fleste av dem bar preg av et avansert engelsk og medisinskfaglig språk. Dette kan dermed føre til feiltolkning av artiklenes innhold, og det kan være relevante nyanser i språket som vi enten ikke forstår eller får med oss. I tillegg kan det være vanskelig å få til en korrekt oversettelse av den engelskspråklige teksten, da engelsk har flere ord enn norsk. For at teksten ikke skulle miste sin betydning beholdte vi sitater fra artiklene på engelsk. Vi benyttet oss av Google Translate ved enkeltord som var uforståelig da vi leste artiklene. Vi begrunner dette som en sikkerhet for å forstå og få frem funnene i litteraturstudien vår så konkret som mulig.

## 5.4 Etiske hensyn

Vi var opptatt av at personvernet til deltagerne i de ulike studiene var blitt ivaretatt. Dette ser vi på som en fordel da vi vektla om det var blitt avgitt skriftlig informert samtykke eller om studien var godkjent av etisk komité. Vi har to artikler hvor vi ikke har funnet informasjon om artikkelen er etisk godkjent eller ikke, noe vi er klar over er en svakhet ved litteraturstudien vår. Vi har uansett valgt å ta de med siden etiske hensyn knyttet til rekruttering av deltagere, informasjon, anonymitet og mulighet for å trekke seg fra studien var godt beskrevet.

## 5.5 Analyse

Vi benyttet oss av Evans (2002) da denne var oversiktlig og enkel å forstå da vi skulle syntetisere data. En mulig svakhet kan være at vi ikke vurderte noen av de andre analysemodellene før vi valgte Evans, for da vi ville kanskje fått en større forståelse for analyseprosessen. Alt i alt er vi fornøyde med valg av Evans' analysemodell da den var til god hjelp for oss, og vi fikk gått trinnvis og oversiktlig gjennom modellen da vi anvendte den i vårt analysearbeid.

Vi samarbeidet sammen gjennom alle fire trinnene, noe vi ser på som en stor fordel. Vi delte bunken med artikler i to, så vi fikk en bunke hver å skrive sammendrag ut ifra. Deretter la vi alle funnene sammen for å se hvem som hadde noe til felles. På denne måten fikk vi satt inn funnene våre i kategorier. Vi diskuterte hele tiden underveis, noe som ga oss muligheten til å se sammenhenger mellom artiklene våre og teoribakgrunnen vår, og det ga oss ideer til temaer vi kunne utarbeide videre. Vi var hele tiden bevisste på at funnene skulle besvare vår hensikt.

Vi valgte å erstatte en artikkel ganske sent i arbeidsprosessen, og derfor måtte den også bli analysert for seg selv på et senere tidspunkt enn de andre artiklene. Det kan sees på som en svakhet siden den ikke ble analysert sammen med de andre artiklene, men funnene fra denne artikkelen relaterer til vårt tema og passer inn under en av hovedkategoriene vi utarbeidet, og vi ser derfor ikke på dette som noe problem.

## 6.0 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å beskrive pasienter med relasjonelle traumer sine erfaringer i møte med helsevesenet. Funnene blir diskutert opp mot teori og noe fra egne erfaringer fra praksis.

### 6.1 Mellommenneskelige forhold

Pasienter som har vært utsatt for traumatiserende hendelser kan ha en tendens til å søke isolasjon når de traumatiske minnene blir påtrengende. For å skape en relasjon med pasienten, må sykepleier være tålmodig og ikke være redd for avvisning. Dette krever tid, forståelse og utholdenhet (Søftestad og Andersen 2014, 154).

Vår fortolkning av litteraturstudien er at sykepleie skal baseres på tillit, respekt og god omsorg. Ved at sykepleiere bruker traumebevisst omsorg i møte med den traumatiserte pasienten, vil det bidra til økt selvtillit og egenverd hos pasienten, og det vil hjelpe pasienten i å kunne gå videre i livet. Sykepleiere bør være tilgjengelige for pasienten, invitere til samspill og samtale, gi ros og anerkjennelse. Det bekreftes med våre funn at ved at sykepleiere er tilgjengelige og har tid til samtale, engasjerer seg i pasientene og deres fortid, vil det bidra til å skape en tillitsfull terapeutisk relasjon. Det er viktig for oss sykepleiere at ordvalget vårt er forståelig og enkelt når vi kommuniserer med pasienter og pårørende (Ingeberg, Tallaksen og Eide 2006, 182-183).

Det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige eller kulturelle henger sammen og påvirker hverandre. Pasientene vi møter i helsevesenet kan ha flere lidelser på samme tid, både somatiske og psykiske. Sykepleie med et helhetlig menneskesyn fokuserer ikke bare på å dekke menneskets fysiske behov for mat og personlig hygiene, men ser hele mennesket og forsøker å dekke både de fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og kulturelle behovene samtidig. Derfor har vi valgt å forklare menneskets grunnleggende behov ut ifra Maslows behovspyramide. Den humanistiske psykologen Abraham Maslow satte lys på vekstmotivasjon med en teori som står i sterk kontrast til de gamle behovsteoriene. Grunntanken hans var at svært mye av menneskets atferd er motivert av ønsker om å oppnå personlig vekst. Han satte et klart skille mellom underskuddsbehov og vekstmotiver. I sin første teori lanserte han fem behovsnivå, ordnet i en hierarkisk pyramidemodell. Dette



hierarkiske prinsippet innebærer at ingen behov på høyere nivå kan gjøre seg gjeldende før alle behov på de lavere nivåene er dekket. Nederst i pyramiden finner vi fysiologiske behov som sult, tørste, søvn og så videre. Dernest følger trygghetsbehov som er sikkerhet og beskyttelse, sosiale behov som er tilhørighet og kjærlighet, og behov for anerkjennelse som er status og selvaktelse. På øverste nivå finner vi selvrealisering, som innebærer å realisere sitt potensial som menneske fullt ut (Helgesen 2011, 92-93).

Noe av det som særpreger oss mennesker, er at vi har vår særegne livshistorie. Alle har vi levd et liv med erfaringer som på godt og vondt preger oss. Vi må kjenne til og ha respekt for at alle pasienter vi møter, har en egen livshistorie, og at det bak alle funksjonstap og diagnoser fremdeles befinner seg en person som er et helt menneske, med lengsler, drømmer og håp (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug og Grimsbø 2016, 22-23).

Et av våre funn er at når sykepleier møter pasienter som avslører at det har skjedd noe traumatisk tidligere i livet, er det viktig å ha en forståelse og aksept, og se helhetlig på menneskets behov for å tie eller snakke ut. Det er nødvendig at sykepleier har kunnskap om hvordan en skal opptre i slike situasjoner, og tenker gjennom de ulike måtene å kommunisere og nærme seg et sårbart menneske på. Sykepleiere bør gi traumebevisst omsorg, altså være forsiktig i møte med personer som har vært utsatt for alvorlige hendelser. Traumebevisst omsorg er en balansert omsorg hvor det er viktig med adekvat evne til nærhet og avstand, og bruke empati bevisst. I praksis opplevde vi at traumatiserte pasienter oftere vil søke oppmerksomhet, og kan ha større behov for å få anerkjennelse. Å føle seg sett er viktig for alle mennesker. For en person som er inne i en psykisk belastende situasjon, er det særlig viktig. Et dårlig selvbilde og en nedsatt mestringsevne kan forsterkes dersom vedkommende blir oversett og understimulert på respons (Hagen, Barbosa da Silva og Thelle 2016, 76-77).

Våre funn viste at ved å etablere et menneske-til-menneske-forhold, kan man bygge relasjoner, noe som også støtter opp mot Travelbees teori. Ifølge Travelbee (1999, 44) er sykepleie en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene. Dette skjer gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold, som er et sentralt begrep i Travelbees

sykepleietenkning. Travelbee mente at et menneske-til-menneske-forhold er en interaksjonsprosess som består av fasene: Det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati, og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee 1999, 44).

## 6.2 Sykepleier er et verktøy

I våre funn opplevde pasientene trygghet gjennom støtte, nærhet og forståelse. Det ble også erfart at sykepleiere kunne styrke tilliten hos pasientene ved å sette seg inn i deres forhistorie og situasjon. Tilstedeværelse av sykepleiere spilte en stor rolle i forhold til gjenoppbygging av trygghet etter en traumatisk opplevelse. For disse pasientene er følelsen av utrygghet ikke så lett å overkomme, og deres beskrivelser understreket viktigheten av å ha noen rundt seg. Det bekreftes av teori at for å etablere tilknytning og trygghet til den andre, må sykepleier bruke seg selv som et verktøy (Travelbee 1999, 44).

Forholdet til den syke er et profesjonelt hjelpeforhold. Pasienten har et behov for helsehjelp som sykepleier er forpliktet etisk og juridisk til å ivareta. «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig» (Helsepersonelloven, § 4, 2019). Det må alltid være en grad av personlig involvering i profesjonell omsorg, og det må alltid være profesjonalitet og sakkunnskap i personlig involvering. Personlig involvering i omsorgen er viktig selv om omsorgen er definert av faglig kunnskap og faglige hensikter. Ellers ville pasienten som menneske følt seg misbrukt, fremmedgjort og nedverdiggjort (Kristoffersen og Nortvedt 2016, 92).

Sykepleiere som bruker en helhetlig traumebevisst omsorg i sin praksis tar hensyn til pasientens ulike grunnleggende behov som fysiske, psykososiale, eksistensielle og åndelige eller kulturelle (Hagen, Barbosa da Silva og Thelle 2016, 46). Utgangspunktet for yrkesutøvelsen er pasientens behov for sykepleie. En sykepleier bør som person være åpen for andre mennesker, ha evne til innlevelse og sanselig forståelse, vise respekt og interesse, ivareta menneskets grunnleggende behov, samt tilrettelegge miljøet og tilpasse hjelpen (Kristoffersen et al. 2016, 15-27). Våre funn viste at pasientene understreket viktigheten av å kunne etablere tillit og trygghet for å etablere en likeverdig sykepleier-pasient-relasjon. Sykepleiere som brukte traumebevisst omsorg i møte med pasientene ga en trygg og god opplevelse der pasientene ble hørt, lyttet til, trodd på og ikke dømt. Traumebevisst omsorg

bør bygge på menneskeverd som objektivt, konstant, ukrenkelig og likt for alle (Hagen, Barbosa da Silva og Thelle 2016, 46).

Når man jobber etter modellen traumebevisst omsorg, betyr det at man bruker seg selv som et verktøy. Sykepleiere kan da ikke gjemme seg bak manualer og profesjonell distanse. De må arbeide med hjerte på utsiden, noe som kan gjøre de ekstremt sårbare. Sykepleiere som arbeider profesjonelt med å gi omsorg, må tåle å bli avvist. Det som er essensielt for sykepleiere er å forstå at pasienter som har blitt utsatt for traumatiserende hendelser, alltid er på vakt, redd for egne reaksjoner og redd for andre. Disse pasientene kan skape avstand, noe som gjør at det blir vanskelig å stole på andre og ta imot hjelp (Hagen, Barbosa da Silva og Thelle 2016, 110-111). Vi har fra egen praksis opplevd at sykepleiere er oppmerksomme i kommunikasjonen når det gjelder pasienter med posttraumatisk stresslidelse. Man må bli kjent med forhistorien og hva som førte til at pasienten ble traumatisert. For å skape tillit hos pasienten, må en bli kjent og skape relasjon. Pasienter som har vansker med å stole på andre og etablere tillit, behøver varsom tilnærming. Gjennom praksis har vi sett at disse pasientene trenger tilstrekkelig med tid for å etablere relasjoner.

### **6.3 Gjenopplevelse av traumer**

Et av våre tre hovedfunn var sykepleiernes mangel på kunnskap om traumer og traumebevisst omsorg. Litteraturstudien viste at sykepleiere er klar over at de mangler kunnskap på dette området, og at de ofte gruer seg for å ta imot disse pasientene da de ikke vet hvordan de skal opptre.

Pasientene bearbeider sine traumatiske opplevelser på forskjellige måter, noen håndterer disse traumene bedre enn andre. Dette kan ha en betydning for om de vil gjenoppleve traumatiske hendelser i senere tid (Hagen, Barbosa da Silva og Thelle 2016, 39). Derfor har vi valgt å ta med litt om Antonovskys helseteori for å kunne forklare litt mer rundt det. Antonovsky var i utformingen av sin helseteori, opptatt av at man heller må endre fokus mot å studere hva det er som gjør at mennesker utvikler og opprettholder helse, samt hva som bidrar til mestring av lidelse til tross for høyt stressnivå. Antonovsky mente at sosial støtte er en viktig buffer mot å utvikle traumer etter en potensiell traumatiserende opplevelse. Det blir derfor viktig for å gi en grobunn for positive endringer både psykisk

og relasjonelt, som bedre fungering og bedre relasjoner til andre (Antonovsky 2012, 39-44).

Tre prinsipper for å bearbeide en vanskelig og traumatiserende hendelse er ifølge Antonovsky: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet går ut på hvordan man oppfatter de stimuli man konfronteres med i det ytre eller indre miljøet som kognitivt forståelig, sammenhengende, og som tydelig informasjon. Håndterbarhet handler om at man forstår de ressurser man har til rådighet som tilstrekkelige til å klare de stimuli man opplever at man blir utsatt for. Meningsfullhet innebærer at man føler livet er forståelig, også rent følelsesmessig og ikke bare i kognitiv forstand, og at i hvert fall noen av de kravene man stilles overfor er verdt å engasjere seg i og føle glede ved, i stedet for byrder man ville vært foruten (Antonovsky 2012, 39-44).

På en annen side er det ikke kun egen bearbeidelse som har betydning for om man vil greie å komme seg videre, men også hvordan sykepleiere møter denne pasientgruppen. Sykepleiere kan trigge pasientene ved å ikke bli kjent med pasientens bakgrunn og historie i forkant av et møte. Enkelte pasienter som hadde opplevd vold i hjemmet, hadde problemer med at sykepleierne brukte gestikulering i samtaler, da det minnet dem om voldspersonen. For eksempel det å heve hånden, kunne skape en situasjon hvor vedkommende gjenopplevde redselen og frykten. Og kvinner som hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep, hadde ofte gjenopplevelser ved gynekologiske undersøkelser, under svangerskapet og ved fødsler. Sykepleiere som jobber på fødeavdelinger må opptre varsomt i møte med disse kvinnene. Som sykepleier er det viktig å bli kjent med forhistorien til pasienten uansett avdeling. God kvalitet forutsetter at sannsynligheten for feil og uheldige hendelser er redusert til et minimum (Kirkevold 2016, 273).

De fleste pasientene ga uttrykk for at det var befriende å kunne snakke ut om sine opplevelser fra tidligere traumatiske hendelser, men det var også noen få som mente at det var som å grave i gamle sår og at hendelsene blusset opp igjen. Dette er et motstridende funn som har kommet frem i litteraturstudien. Hvordan sykepleier tilnærmer seg og om hun/han er varsom nok, har betydning for pasientenes opplevelser. Dette kan påvirke pasientens åpenhet mot sykepleier og dermed også samtalen. Pasienter i krise har behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med. God

kommunikasjon kan hjelpe pasienten til å bearbeide traumatiske hendelser (Eide og Eide 2007, 166).

På skolen lærer vi en del om psykiske lidelser, men ikke direkte så mye om hvordan man skal møte denne pasientgruppen. Vi har heller ikke hatt noe særlig undervisning om traumer, og i praksis opplevde vi stor mangel på kunnskap rundt dette temaet. Vi har inntrykk av fra praksis at sykepleiere stort sett er flink på det somatiske, men noen ganger overser pasientens forhistorie og psykiske helse, og dermed går glipp av det helhetlige sykdomsbildet. Sykepleiere har en tendens til å bli så rutinerte i sitt arbeid, at de kun arbeider ut ifra tid og prosedyrer, og at pasienten som et menneske blir glemt. Dette kan føre til at man ikke får utøvd helhetlig omsorg og sykepleie, samt at pasientens psykiske tilstand forverres. Mennesker er for eksempel spesielt sårbare i situasjoner knyttet til opplevelser av nakenhet og berøring. Det å vise respekt for pasienten ved å gjennomføre stell og andre handlinger uten å utsette pasientens kropp for unødvendig nakenhet er en sentral del av det å fremme verdighet i sykepleien (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug og Grimsbø 2016, 24).

Sykepleieryrket er dog preget av mye ansvar og omsorg for mennesker med ulike lidelser, noe som kan ha negative konsekvenser for sykepleiere, som for eksempel stress og utbrenthet. Dette kan påvirke yrkesutøvelsen på en negativ måte både med tanke på kvalitet og ved økt sykefravær. Utvikling av stress og stressrelaterte tilstander som utbrenthet, kan forstås som et resultat av en langvarig ubalanse mellom krav til den enkelte og vedkommendes kontroll over egen arbeidssituasjon. Kombinasjonen av høy grad av arbeidsrelatert stress og lav grad av kontroll og sosial støtte, kan altså øke risikoen for utbrenthet. Utbrenthet karakteriseres av emosjonell utmattelse, følelsesmessig distansering og på lengre sikt en opplevelse av redusert arbeidskapasitet (Hoffart, Larsen og Rø 2014).

## 7.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å beskrive pasienter med relasjonelle traumer sine erfaringer i møte med helsevesenet. Funnene våre viste at traumatiserte pasienter har vansker med å oppnå trygghet, samt etablere nye relasjoner. Følger av sykepleiernes kunnskapsmangel rundt traumebevisst omsorg var også en av hovedfunnene våre, noe som kunne forårsake gjenopplevelse av traumer. Pasientene oppnådde trygghet gjennom støtte, nærhet og forståelse. Og for å etablere relasjoner, var det viktig at sykepleierne styrket pasientenes selvtillit og egenverd. Gjenopplevelse av traume kan skape konsekvenser for praksis. Psykisk helse er noe vi bør være mer oppmerksomme på i dagens samfunn, da psykiske lidelser er mer fremme i lyset nå enn før. Med mangelfull kunnskap fra sykepleiernes side og manglende ressurser generelt i helsetjenesten, står helsevesenet overfor store utfordringer med tanke på pasienters helse og sykepleieres arbeidsbelastning.

Det er mye forskning på terapi for posttraumatisk stresslidelse og disse pasientenes erfaringer i møte med helsevesenet, men lite forskning om hvordan sykepleiere bør skape relasjon og tilnærme seg pasienten. Det er heller ikke så mye forskning på modellen «traumebevisst omsorg». Traumebevisst omsorg skiller seg fra normal, god omsorg da den ivaretar behovene traumatiserte mennesker har. Vi synes at dette temaet er like viktig som forskning på terapi, da kunnskapsmangelen på dette området kan forverre den psykiske tilstanden hos pasientene. Vi ser at det er mangel på nyere kvalitativ forskning rundt dette temaet, og at det meste dreier seg om kvinner og seksuelle overgrep. Pasienten som har vært i krig eller vært flyktninger, er også en stor pasientgruppe som krever tilpasset omsorg.

Sykepleier skal bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten for å hjelpe personen med å mestre og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. Å ha gode kunnskaper om lidelsen og dens problematikk er med på å skape tillit og trygghet i pasient-sykepleier-relasjonen. Sykepleiere spiller en stor rolle i samspillet med pasienter med posttraumatisk stresslidelse. God og riktig tilnærming er meget viktig for å utvikle tillit og etablere en god relasjon til pasienten.

## Referanser

- Aasland, Margrete Wiede. 2009. *Si det til noen – En bok om seksuelle overgrep mot barn og unge*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Andersen, Inger Lise og Siri Søftestad. 2014. *Seksuelle overgrep mot barn – traumebevisst tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Antonovsky, Aaron. 2012. *Helsens mysterium – Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Chouliara, Zoë, Thanos Karatzias, Georgia Scott-Brien, Anne Macdonald, Juliet MacArthur og Norman Frazer. 2011. «Talking Therapy for Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse (CSA) in Scotland: Perspectives of Service Users and Professionals». *Journal of Child Sexual Abuse* 20, (2): 128-156.  
<https://doi.org/10.1080/10538712.2011.554340>
- Cleary, Michelle og Catherine Hungerford. 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?» *Issues in Mental Health Nursing* 36, (5): 370-378. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1009661>
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning og etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eines, Trude Fløystad. 2018. *Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling helse- og sosialfag.
- Evans, D. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data». *Australian Journal of Advanced Nursing* 20, (2): 22-26.
- Folkehelseinstituttet. 2015. «Traumatiske hendelser og posttraumatisk stress er forbundet med psykiske lidelser». Lest 23.04.19.  
[https://www.fhi.no/historisk-arkiv/nyheter/2014/ps/traumatiske-hendelser-og-posttrauma/?fbclid=IwAR3Yg7k3Us3h6g5edi5v5O1Y\\_DBkSV4h63qeXvluz\\_3XwvvN1Sq-eFS6Q4Q](https://www.fhi.no/historisk-arkiv/nyheter/2014/ps/traumatiske-hendelser-og-posttrauma/?fbclid=IwAR3Yg7k3Us3h6g5edi5v5O1Y_DBkSV4h63qeXvluz_3XwvvN1Sq-eFS6Q4Q)
- Goodman, Lisa A., Cris M. Sullican, Josie Serrata, Julia Perilla, Joshua M. Wilson, Jenifer E. Fauci, Craig D. DiGiovanni. 2016. «Development and validation of the trauma-informed practice scales». *Journal of Community Psychology* 44, (6): 747-764.  
<http://doi.org/10.1002/jcop.21799>
- Hagen, May Bente, António Barbosa da Silva og Mona I. Thelle. 2016. *Traumebevisst*

- omsorg i psykisk helsearbeid - fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helgesen, Ann Karin. 2016. «Sosial kontakt». I *Grunnleggende sykepleie, bind 3*, red. Gro Hjelmeland Grimsbø, Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 141-167. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helgesen, Leif A. 2011. *Menneskets dimensjoner – Lærebok i psykologi*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Helsebiblioteket. 2019. «Kritisk vurdering». Lest 08.04.19.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>
- Helsenorge. 2018. «Vold og overgrep». Lest 29.03.19.  
<https://helsenorge.no/psykisk-helse/vold-og-overgrep>
- Helsepersonelloven. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse av 16. desember 2011 nr. 1252. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#§5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#§5)
- Hoffart, Larsen og Rø. 2014. «Hjelper mot utbrenthet». Sykepleien. Lest 20.05.19.  
<https://sykepleien.no/forskning/2014/02/hjelper-mot-utbrenthet>
- Ingeberg, Mette Holme, Dag Willy Tallaksen og Børge Eide. 2006. *Mentale knagger – En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. *Forståelse, beskrivelse og forklaring – Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Kirkevold, Marit. 2016. «Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie». I *Grunnleggende sykepleie, bind 1*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø, 267-309. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2011. «Teoretiske perspektiver på sykepleie». I *Grunnleggende sykepleie, bind 1*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 207-280. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, Nina Jahren og Finn Nortvedt. 2011. «Relasjonen mellom sykepleier og pasient». I *Grunnleggende sykepleie, bind 1*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 83-133. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, Nina Jahren og Finn Nortvedt. 2016. «Pasient og sykepleier – Verdier og samhandling». I *Grunnleggende sykepleie, bind 1*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug, Gro Hjelmeland Grimsbø, 89-138. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø.



2016. «Hva er sykepleie?». *I Grunnleggende sykepleie, bind 1*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø, 15-27. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, Mandi M., Julia Krohn, Klaus Püschel og Dragana Seifert. 2014. «Experiences of Health and Health Care Among Women Exposed to Intimate Partner Violence: Qualitative Findings from Germany». *Health Care for Women International* 4, (35): 359-379. <http://doi.org/10.1080/07399332.2012.738264>
- Malt, Ulrik. 2014. «Mishandling». Store norske leksikon. Lest 29.03.19. <https://sml.snl.no/mishandling>
- Mantler, Tara og Barat Wolf. 2018. «Evaluation of Trauma-Informed Integrated Health Models of Care for Women: A Qualitative Case Study Approach». *Partner Abuse* 9, (2): 118-136. <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.9.2.118>
- McGregor, Kim, David R. Thomas og John Read. 2006. «Therapy for Child Sexual Abuse: Women Talk about Helpful and Unhelpful Therapy Experiences». *Journal of Child Sexual Abuse* 15, (4): 35-59. [http://doi.org/10.1300/J070v15n04\\_03](http://doi.org/10.1300/J070v15n04_03)
- Muzik, Maria, Menatella Ads Caroline Bonham, Katherine Lisa Rosenblum, Amanda Broderick og Rosalind Kirk. 2013. «Perspectives in trauma-informed care from mothers with a history of childhood maltreatment: A qualitative study». *Child Abuse & Neglect* 37, (12): 1215-1224. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.014>
- Nordtvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok*. 2. utg. Oslo: Akribe AS.
- Norsk sykepleierforbund. 2018. «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere». Lest 21.03.19. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Reeves, Elisabeth A. Og Janice C. Humphreys. 2017. «Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence». *Journal of Clinical Nursing* 27, (5-6): 1170-1182. <https://doi.org/10.1111/jocn.14152>
- Rokstad, Anne Marie Mork. 2014. *Se hvem jeg er!* Oslo: Universitetsforlaget.
- Roller, Cyndi Gale. 2011. «Moving Beyond the Pain: Women's Responses to the Perinatal Period After Childhood Sexual Abuse». *Journal of Midwifery & Women's Health* 56, (5): 488-493. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00051.x>
- Seng, Julia S., Lisa Kane Low, Kathleen J. H. Sparbel og Cheryl Killion. 2003.

- «Abuserelated post-traumatic stress during the childbearing year». *Journal of Advanced Nursing* 46, (6): 604-613. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03051.x>
- Senter mot incest og seksuelle overgrep Rogaland. 2015. «Dikt». Lest 21.03.19. <https://www.smiso-rogaland.no/brukernes-dikt/>
- Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2017. *Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Straffeloven. Seksuallovbrudd av 19.juni 2009 nr. 74. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL\\_2-11](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-11)
- Subica. Andrew M. 2013. «Psychiatric and Physical Sequelae of Childhood Physical and Sexual Abuse and Forced Sexual Trauma Among Individuals With Serious Mental Illness». *Journal of Traumatic stress* 26, (5): 588-596. <https://doi.org/10.1002/jts.21845>
- Thorsen, Rolf. 2011. «Trygghet». I *Grunnleggende sykepleie, bind 3*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 105-132. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, Joyce. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

### Vedlegg 1: PIO-Skjema

	<b>P – Patient/problem</b>	<b>I - Intervention</b>	<b>O - Outcome</b>
<b>Norsk</b>	Mishand* Omsorgssvikt Seksuelle overgrep Traume Overgrepssatte  Overlevere	Sykepleie*	Traumebevisst omsorg Opplevelser
<b>Engelsk</b>	Abuse Maltreat* Neglect Sexual abuse Trauma  Survivors	Nurs* Delivery of health care Health care	Trauma-informed care Trauma-informed services Experiences

## Vedlegg 2: Oversikt over søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Exp PATIENT ABUSE/or abuse. mp. or exp CHILD ABUSE/ or exp EMOTIONAL ABUSE/or exp PHYSICAL ABUSE/ or exp VERBAL ABUSE/ or exp SEXUAL ABUSE OR trauma.mp. or exp TRAUMA/ OR exp SURVIVORS/ or survivors.mp. AND nurs*.mp. AND exp Mental Health Services/ or exp Health Care delivery/ or trauma-informed.mp.	06.03.19	Psychinfo	467	20	10	2
abuse AND nurs* AND trauma-informed	11.03.19	Proquest	93	25	5	1
child abuse OR neglect OR survivors AND health care limited: 2010-2019 article, English language	17.03.19	Proquest	1767	20	4	2
Adult survivors OR child abuse AND mental health OR stressdisorders	08.04.19	Medline OVID	66	20	2	1

sexual abuse AND survivors AND posttraumatic OR stressdisorders	08.04.19	Proques t	224	40	3	1
---	----------	--------------	-----	----	---	---

**Vedlegg 3:****Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler.****Nr 1**

<b>Forfattere</b>	Chouliara, Zoë, Thanos Karatzias, Georgia Scott-Brien, Anne Macdonald, Juliet MacArthur og Norman Frazer
<b>År</b>	2011
<b>Land</b>	Skottland
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Child Sexual Abuse
<b>Tittel</b>	Talking Therapy for Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse (CSA) in Scotland: Perspectives of Service Users and Professionals.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å fremheve oppfatninger og erfaringer med samtalerapi fra fagfolk og personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Den har også som hensikt å kunne gi anbefalinger for god praksis med voksne som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, dette for å sette lys på dagens forbedring av praksis og tjenesteutvikling.
<b>Metode/Instrument</b>	Kvalitative intervjuer. Semistrukturert intervjudesign. Bruk av veiledende skjema under intervjuene som ble benyttet som et heuristisk rammeverk. Analyse av transkripsjoner ved hjelp av tolkende fenomenologisk analyse. Kriterier for å delta i studien for de «overlevende» var at man måtte være over 18 år, psykiatrisk pasient og ha en historie med seksuelle overgrep som barn. Kriterier for psykoterapeutene var at man jobbet i nasjonalt helsevesen eller den frivillige sektoren i dette spesifikke geografiske området med en gjeldende saksbehandling av overlevende av CSA (childhood sexual abuse).
<b>Deltagere/Frafall</b>	13 voksne overgrepsutsatte og 31 fagfolk innen lovbestemte og frivillige tjenester i Skottland. Av de 31 profesjonelle var det 21 kvinner og 6 menn. Alle 13 overlevende var kvinner. Det ble

	ikke gjort noe datainnsamling på alder, etnisitet og hvilken type mishandling de hadde vært utsatt for.
<b>Hovedfunn</b>	Hovedfunnene ble delt inn fordeler og ulemper ved den terapeutiske prosessen. Fordelene inkluderte å ha et tillitsfullt terapeutisk forhold, sikre åpenhet og fortroelse, bryte isen, øke pasientens selvtillit og egenverd, kontekstualisere misbruk og ha fokus på bedring og gjenvinning av helse (recovery). Ulemper inkluderte vanskeligheter med traumefokusert arbeid, støttende kontakt utenom timeavtaler, kontinuitet og sammenheng i tjenestenes tilgjengelighet under akutte episoder, håndtering av opplysninger, barnevernssaker og tilgjengelighet til tjenester. Funnene legger stor vekt på relasjonsmodeller, tilsyn og praktisering.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjenning hentet fra Edinburgh Napier University Ethics for Research Committee.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Høy

**Nr 2**

<b>Forfattere</b>	Goodman, Lisa A., Cris M. Sullivan, Josie Serrata, Julia Perilla, Joshua M. Wilson, Jenifer E. Fauci, Craig D. DiGiovanni
<b>År</b>	2016
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Community Psychology
<b>Tittel</b>	Development and validation of the trauma-informed practice scales.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å skape en skala for traumebevisst omsorg for å gjøre det klarere for helsepersonell hvordan de kan bruke traumebevisst omsorg i praksis. Det ble gjort en undersøkelse om hvordan og hvor mye det brukes traumebevisst omsorg i handlingsplan mot vold i nære relasjoner. Pasientperspektiv.
<b>Metode/Instrument</b>	3 analyser. Kvalitativ analyse av publikasjoner. Kvalitativt intervju med fokusgrupper. Valideringsstudie, spørreskjema fra 0-3, der 0 ikke er sant, og 3 er helt sant.
<b>Deltagere/Frafall</b>	2 fokusgrupper - 20 deltagere som har opplevd vold i nære relasjoner. Valideringsstudie - 370 deltagere som har opplevd vold i nære relasjoner.
<b>Hovedfunn</b>	I studien kommer det frem at traumebevisst omsorg kan etablere emosjonell sikkerhet, gjenopprette muligheten til å stole på sine valg, og enklere skape relasjoner. Traumebevisst omsorg kan også støtte håndtering av daglige gjøremål, samt identiteten til en traumatisert pasient.
<b>Etisk vurdering</b>	Ingen informasjon om etisk godkjenning funnet.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Middels



**Nr 3**

<b>Forfattere</b>	Larsen, Mandi M., Julia Krohn, Klaus Püschel og Dragana Seifert
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	Tyskland
<b>Tidsskrift</b>	Health Care for Women International
<b>Tittel</b>	Experiences of Health and Health Care Among Women Exposed to Intimate Partner Violence: Qualitative Findings From Germany.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å undersøke kvinners erfaringer som har blitt utsatt for vold i nære relasjoner, og hvordan de opplever helsetjenester.
<b>Metode/Instrument</b>	Kvalitativ studie.
<b>Deltagere/Frafall</b>	I utgangspunktet 16 kvinner, 9 gjennomførte intervjuavtaler, og 7 intervjuer ble gjennomført. 1 intervju ble ekskludert fra analysen fordi deltagerens erfaringer falt utenfor studiekriteriene. Til slutt var det da altså 6 kvinnelige deltagere som sto igjen i alderen 20 til 49 år med en gjennomsnittlig alder på 35,5 år. 5 av 6 kvinner hadde tysk statsborgerskap, og den gjenværende deltageren var statsborger i et annet EU-land, men hun var født og oppvokst i Tyskland. Antall barn og utdanning hos deltagerne var noe varierende.
<b>Hovedfunn</b>	Studiens hovedfunn viste 5 primære temaer om hvordan kvinner med historie om vold i hjemmet opplever helsevesenet. Disse er: Den fysiske og psykiske byrden av vold, betydningen av støtten, personlige barrierer for helsevesenet, systematiske barrierer, og følelsen av å være alene i å søke hjelp.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjent av den etiske kommisjonen til Hamburgs medisinske forening.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Høy

**Nr 4**

<b>Forfattere</b>	McGregor, Kim, David R. Thomas, John Read
<b>År</b>	2006
<b>Land</b>	New Zealand
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Child Sexual Abuse
<b>Tittel</b>	Therapy for child sexual abuse: Women talks about helpful and unhelpful therapy experiences.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å belyse kvinners erfaringer med psykisk helsehjelp som har en historie med seksuelt misbruk i barndommen. Det belyses også hva som har vært «hjelpsom» og «uhjelpsom» terapi for dem.
<b>Metode/Instrument</b>	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju som begynte med et «grand tour» spørsmål. Intervjuer med åpne spørsmål der deltagerne ble oppmuntret til å beskrive sine erfaringer.
<b>Deltagere/Frafall</b>	20 kvinnelige deltagere i alderen 26-57 år med en gjennomsnittsalder på 40,5 år.
<b>Hovedfunn</b>	Funnene var at det måtte være et likeverdig og åpent forhold mellom pasient og terapeut. Terapeuten må ha relevant og god kompetanse, samt takle overgrepserelatert materiale. Traumebevisst omsorg var blant annet noe som ble sett på som «hjelpsom» terapi.
<b>Etisk vurdering</b>	Ingen informasjon om etisk godkjenning funnet.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Middels

Nr 5

<b>Forfattere</b>	Muzik, Maria, Menatella Ads, Caroline Bonham, Katherine Lisa Rosenblum, Amanda Broderick og Rosalind Kirk
<b>År</b>	2013
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Child Abuse & Neglect
<b>Tittel</b>	Perspectives on trauma-informed care from mothers with a history of childhood maltreatment: A qualitative study.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å undersøke hvilken type omsorg kvinner som ble utsatt for mishandling foretrekker å få i postpartum-perioden.
<b>Metode/Instrument</b>	Kvalitativ studie, semi-strukturert intervju.
<b>Deltagere/Frafall</b>	52 deltagere, kun kvinner over 18 år. Alle kvinnene i studien har blitt utsatt for mishandling i barndommen. Alle har nylig født og blitt mødre.
<b>Hovedfunn</b>	Ifølge kvinnene som ble utsatt for mishandling, bør traumebevisst omsorg være validerende, mottakelig og ikke dømmende. Med validerende samhandling mener de en handling hvor sykepleierne og annet relevant helsepersonell kommuniserer slik at det pasienten gjør eller sier gir mening.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien har fått etisk godkjenning gjennom «The Code of Ethics of the World Medical Association».
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Høy

**Nr 6**

<b>Forfattere</b>	Mantler, Tara og Barat Wolf
<b>År</b>	2018
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Partner Abuse
<b>Tittel</b>	Evaluation of Trauma-Informed Integrated Health Models of Care for Women: A Qualitative Case Study Approach.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å undersøke akseptabiliteten og oppfattede virkninger av 2 modeller for integrasjon mellom traumebevisst omsorg i helsetjenesten og primærhelsetjenesten, og deretter identifisere mangler og anbefalinger for å forbedre kvaliteten av tjenestene som tilbys marginaliserte kvinner.
<b>Metode/Instrument</b>	Kvalitativ studie, semi-strukturert intervju. Intervjuets innhold var oppdelt i 3 seksjoner: demografi, status på tilbudte tjenester, samt mangler og anbefalinger.
<b>Deltagere/Frafall</b>	25 kvinner fra 18 år og oppover. Alle har tidligere erfart traumer eller mishandling.
<b>Hovedfunn</b>	Et av funnene er at integrasjon av disse to modellene resulterte i en oppfatning av forbedret mental og fysisk helse. Det største hinderet ved integrasjon av traumebevisst omsorg, var den store kunnskapsmangelen, spesielt fra helsevesenets side. Til syvende og sist må offentligheten ha profesjonelle tjenester som faktisk støtter kvinners helse.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjenning var hentet fra Western University.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Høy

**Nr 7**

<b>Forfattere</b>	Reeves, Elisabeth A. og Janice C. Humphreys
<b>År</b>	2017
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Clinical Nursing
<b>Tittel</b>	Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å utvikle kunnskap om kvinnelige overleveres opplevelser av helsetjenester og strategier innad i helsetjenestene.
<b>Metode/Instrument</b>	Individuelle semistrukturerte intervju, kvalitative beskrivelsesmetoder, demografisk spørreskjema, tematisk analyse.
<b>Deltagere/Frafall</b>	14 kvinnelige deltagere i alderen 22-63 år, 10 deltagere identifisert som hvite, mens 4 deltagere var identifisert som afroamerikansk. Ingen frafall.
<b>Hovedfunn</b>	Et mangfold av traumer kan noen ganger påvirke de traumatiserte pasientenes opplevelser av helsevesenet negativt ved deltagelse i senere tid. Det belyses også viktigheten av tillit og et respektfullt sykepleier-pasient-forhold. Selv om pasientene beskrev måter sykepleierne hjalp dem med å oppnå bedring på, innså de også at begrensninger i helsevesenet, kunne gjøre det vanskelig å implementere traumebevisst omsorg i praksis.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjenning er hentet fra Duke University School of Nursing sitt institusjonelle kontrollpanel og fra alle rekrutteringssteder.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Høy

Nr 8

<b>Forfattere</b>	Roller, Cyndi Gale
<b>År</b>	2011
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Midwifery & Women's Health
<b>Tittel</b>	Moving beyond the pain: Women's responses to the perinatal period after childhood sexual abuse.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å beskrive hvordan kvinner som har blitt seksuelt misbrukt i barndommen gjenopplever traumet i den perinatale perioden.
<b>Metode/Instrument</b>	Kvalitativt design. Åpne intervju der kvinnene ble spurt om å beskrive misbruket og hvordan det påvirket dem i den perinatale perioden. Sammenlignende analyse ble brukt for å lage en teoretisk ramme.
<b>Deltagere/Frafall</b>	Deltagerne var 12 kvinner i alderen 18-39 år. Kvinnene var enten gravide eller hadde nettopp født de siste 12 månedene før intervjuet. Alle kvinnene hadde blitt seksuelt misbrukt før 18-årsalderen.
<b>Hovedfunn</b>	Studien viste at graviditeten påvirket kvinnene negativt. Kvinnene hadde negative opplevelser ved for eksempel fosterbevegelser, undersøkelser som ble foretatt under graviditeten og under fødselen. Enkelte situasjoner i svangerskapet ga kvinnene flashbacks til tidligere opplevelser.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjent av «Instituional 1 review board» ved Kent State University College of Nursing.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Høy

**Nr 9**

<b>Forfattere</b>	Seng, Julia S., Lisa Kane Low, Kathleen J. H. Sparbel og Cheryl Killion
<b>År</b>	2003
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Advanced Nursing
<b>Tittel</b>	Abuse-related post-traumatic stress during the childbearing year.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å øke kunnskapen rundt posttraumatisk stresslidelse og dens diagnostikkramme ved å illustrere symptomkategorier og relevante kjennetegn med kvinnenens beskrivelse av symptomene fra kvalitative intervjuer.
<b>Metode/Instrument</b>	Kvalitativt intervju, sekundæranalyse, innholdsanalyse.
<b>Deltagere/Frafall</b>	15 kvinnelige deltagere identifisert som hvite, spanske og afroamerikanske. Alle er fra landlige, små byer og urbane områder i Midtvesten i USA. Ingen frafall.
<b>Hovedfunn</b>	Disse intervjuene ga kvinnene mulighet til å beskrive deres subjektive erfaringer med psykisk helse og atferdsmessige konsekvenser av omsorgssvikt i barndommen. Det kom frem at de trengte hjelp til å bearbeide disse posttraumatiske stressfaktorene i svangerskapet ved hjelp av profesjonelle fagfolk innen fødselshjelp. Sykepleiere, jordmødre og leger som er kjent med PTSD-symptomer og relevante kjennetegn, kan bedre vurdere de traumeoverlevendes mentale helsestatus og deres behov for traumebevisst omsorg.
<b>Etisk vurdering</b>	Etiske sikkerhetsanbefalinger for forskning om vold mot kvinner (Parker & Ulrich 1990, Global Program on Evidence for Health Policy (GPE / 99.2) 2002) ble fulgt.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Middels

**Nr 10**

<b>Forfattere</b>	Subica, Andrew M.
<b>År</b>	2013
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Traumatic Stress
<b>Tittel</b>	Psychiatric and Physical Sequelae of Childhood Physical and Sexual Abuse and Forced Sexual Trauma Among Individuals With Serious Mental Illness.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å undersøke hvilken effekt seksuelle overgrep i barndommen hadde på alvorlighetsgraden av PTSD og depresjon, og generell funksjon av fysisk og mental helse.
<b>Metode/Instrument</b>	Kvalitativt design. Deskriptiv metode.
<b>Deltagere/Frafall</b>	172 deltagere fullførte studien, 95 menn og 77 kvinner med alvorlig sinnslidelse og som mottak behandling fra psykiske helsetjenester. Inklusjonskriteriene for deltakelse var diagnosen schizofreni, bipolar lidelse eller alvorlig depressiv sykdom. Frafall på 16 deltagere. Utvalget bestod av flere etnisiteter. Alderen på deltagerne var fra 18 til 84 år, gjennomsnittsalder 47,49 år. Flertallet rapporterte at de hadde fullført videregående eller fått «general equivalency diploma» (ca. 80 %), og at de var single, skilt eller enke/enkemann.
<b>Hovedfunn</b>	Studien viste at de som hadde opplevd seksuelle overgrep i barndommen hadde alvorligere sykdomsbilde enn de som ikke hadde blitt misbrukt. De slet i større grad med traumer, og hadde dermed behov for en omsorg som støttet opp mot dette. For eksempel traumebevisst omsorg.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjent av University of Hawaii Committee on Human Studies.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Middels