



BACHELOROPPGAVE:

**Hvordan fremme livsmestring hos kvinner
som har vært utsatt for incest?**

FORFATTERE:

Ingvild Håvelsrud

Ingunn Hagen

Dato: 09.05.2014

Vår 2014

Bachelor i sykepleie

Avdeling helse, omsorg og sykepleie

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan fremme livsmestring hos kvinner som har vært utsatt for incest?	Dato: 09.05.14
Deltaker(e):	Ingvild Håvelsrud Ingunn Hagen	
Veileder(e):	Solveig Struksnes	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Incest, Trauma, Empowerment and Coping	
Antall sider/ord: 71/13131	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Det er en høy forekomst av incest, og mørketallene antydes å være høye. Incest er en traumatisk opplevelse og dette kan i varierende grad gi plager i voksen alder. Vi mener det er for lite fokus på incest og traume under sykepleierutdanningen, med tanke på at dette er en pasientgruppe man kan møte både i somatikken og psykiatrien.</p> <p>Hensikten med denne oppgaven er å belyse helsefremmende strategier i møte med kvinner i voksen alder som har vært utsatt for incest i barndommen. Fokuset er at kvinnene skal føle mestring av livet.</p> <p>Oppgaven er en litteraturstudie. Det vil si en kritisk granskning av litteraturen på det aktuelle temaet. Søkene ble utført på databasene Psych Info, Pub Med, Proquest, Academic Search Elite, Cinahl, Ovid Nursing database og Medline i tidsperioden januar til april 2014. Søkord som blant annet «Incest», «Trauma», «Empowerment», «Coping», «Mindfulness» og «Self*» ble benyttet.</p> <p>Det ses en sammenheng mellom det å bli utsatt for incest og utvikling av PTSD (post traumatisk stress lidelse). Det oppstår ofte traumatiske senvirkninger. Mindfulness og ulike stressmestring-strategier viser seg å være effektive for å gjenopprette ro og balanse. Psykoedukasjon har en positiv effekt i forhold til reduksjon av problematiske senvirkninger. Kognitiv atferdsterapi har vist seg å ha en positiv virkning på negative tanker. Sykepleierens mellommenneskelige behandling viser seg å være svært relevant for å styrke livsmestring hos pasienten.</p>		

ABSTRACT

Title:	How to promote coping of life in women who have been victims of incest?	Date : 09.05.14
Participants/	Ingvild Håvelsrud Ingunn Hagen	
Supervisor(s)	Solveig Struksnes	
Employer:		
Keywords (3-5)	Incest, Trauma, Empowerment and Coping	
Number of pages/words: 71/13131	Number of appendix: 3	Availability: Open
<p>There is a high incidence of incest, and dark figures are suggested to be high. Incest is a traumatic experience, which will cause problems to a larger or smaller extent in adulthood. We believe there is too little focus on incest and trauma during nursing education, considering that this is a patient population that one can face both in somatic medicine and psychiatry.</p> <p>The purpose of this study was to examine health promotion strategies in the face of women in adulthood who have been victims of incest in childhood. The focus is on mastering their life.</p> <p>This assignment is a literature study which is a critical examination of the literature on a specific topic. The search was performed on databases Psychinfo, Pub Med, Proquest, Academic Search Elite, Cinahl, Ovid Nursing Database and Medline in the period January to April 2014. Keywords such as "Incest", "Trauma", "Empowerment", "Coping", "Mindfulness" and "Self*" were used.</p> <p>It is seen a correlation between the exposure to incest and developing PTSD (post traumatic stress disorder). Traumatic delayed effects often occurs. Mindfulness and various stress coping strategies found to be effective to restore balance. Psychoeducation has a positive effect in the reduction of problematic late effects. Cognitive behavioral therapy has been shown to have a positive effect on negative thoughts. Nurse interpersonal therapy proves to be highly relevant to strengthen coping with the patient.</p>		

INNHOOLD

Sammendrag.....	2
Summary.....	3
1.0 INNLEDNING.....	7
1.1 Sykepleiefaglig relevans og betydning	8
2.0 BAKGRUNN.....	9
2.1 Incest og konsekvenser av incest	9
2.1.1 Angst og depresjon	10
2.1.2 Skam og skyldfølelse.....	11
2.1.3 Selvskading.....	11
2.1.4 Spiseforstyrrelser	12
2.1.5 Posttraumatisk stresslidelse	12
2.1.6 Medisinske plager som konsekvens av incest	12
2.1.7 Offerrollen	13
2.1.8 Krise.....	14
2.1.9 Tidligere behandling av incest.....	14
2.2 Kartleggingsverktøy for å identifisere fare for helsesvikt.....	15
2.3 Helsefremmende perspektiv.....	15
2.4 Etske utfordringer knyttet til omsorg for personer som har opplevd incest	17
2.5 Hensikt og problemstilling	18
2.5.1 Problemstilling.....	18
3.0 METODE	19

3.1 Litteraturstudie som metode	19
3.2 Utvalg og søkeprosess	20
3.2.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	20
3.2.2 Metode for innhenting av litteratur.....	21
3.2.3 Kildekritikk.....	22
3.2.4 Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder.....	23
3.3 Analyse og kritisk vurdering	24
4.0 RESULTATER	27
4.1 Gjenopprette ro og balanse	27
4.2 Styrket selvfølelse og selvtillit	28
4.3 Styrket evne til mellommenneskelige relasjoner	28
5.0 DISKUSJON	30
5.1 Hvordan fremme og gjenopprette ro og balanse hos den incestutsatte?	30
5.2 Hvordan fremme og styrke selvfølelse og selvtillit?	34
5.3 Hvordan styrke og fremme evne til mellommenneskelige relasjoner?	41
6.0 KONKLUSJON	46
LITTERATURLISTE	49
Vedlegg 1 Søketabell 1	54
Vedlegg 2 Søketabell 2	58
Vedlegg 3 Lesematrise utvalgte artikler	64

Jeg er så liten og redd
fanget – kommer ikke fri.
Hodet må glemme
hemmeligheten er så farlig.

Far sitt fang
som skulle være så trygt
ble plutselig en trussel
mot hele mitt liv.

Hendene som tok –
ordene i øret:
dette, lille menneske,
er noe du må gjøre.

Bortgjemt i en krok
der ingen kan ta
der er det jeg vil være.

Alene – i den store verden
For det finnes ingen krok
intet fang som det går an å gjemme seg i.

Anonym

(Lill, Randi og Veronica 1999, s. 8)

1.0 INNLEDNING

Dette er en avsluttende bacheloroppgave i sykepleie forfattet av to studenter ved Høgskolen i Gjøvik. Vårt tema for oppgaven er incest, og hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme livsmestring hos de som har opplevd incest.

Støttesenter mot incest og seksuelle overgrep (SMISO) definerer incest som:

«En fysisk og psykisk krenkelse av barn og unges seksuelle integritet begått av noen de står i et avhengighetsforhold til skapt av nær sosial familietilknytning».

Incest trenger ikke utelukkende begås av et familiemedlem, men en person som offeret har et tillitsforhold til. Det kan være en familie-venn, lærer, trener, sjelesørger, søsken eller foreldre. Incest er en handling barnet ikke er moden for, og baserer seg bare på overgriperens behov. Barnets integritet krenkes, handlingen bryter med sosiale tabuer og er ulovlig (SMISO 2014).

Vår interesse for temaet incest ble vekket da vi var i psykiatripraksis. Her erfarte vi at mange pasienter hadde vært utsatt for incest, og mange hadde plager av dette i voksen alder. Vi bestemte oss for å belyse dette temaet i praksisperioden, og hadde et pedagogisk fremlegg om overgrep og traume. Vi har et inntrykk av at incest er et tabubelagt tema, og ser derfor behovet for at dette kommer frem i lyset. Bacheloroppgaven var en gylden mulighet for å ta et dypdykk i dette viktige temaet, både for vår egen og andres læring.

I denne oppgaven brukes psykiatrien som arena, og oppgaven avgrenses til pasienter som er diagnostisert med psykisk lidelse etter incest. Det tas utgangspunkt i at kartleggingen er gjort, og fokuset er helsefremmende sykepleie til kvinnelige incestofre i voksen alder. Målet er å belyse forskjellige typer helsefremmende strategier. I denne oppgaven blir begrepet livsmestring tolket som strategier man bruker for å takle hverdagen og overkomme ulike påkjenninger man møter i livet.

Tema for oppgaven skal knyttes til et av seksjonens forskningsområder. Disse områdene er «Helse i dagliglivet», «Kvalitet i sykepleie» og «Utdanningskvalitet». (Høgskolen i Gjøvik 2011). Vårt tema knyttes til «Helse i dagliglivet». Det begrunnes med at «Helse i dagliglivet» inneholder to fokusområder: «Kritiske livshendelser» og «Å leve med helsesvikt». Incest kan i høy grad knyttes til «kritiske livshendelser», da incest betegnes som en traumatisering (Skårderud mfl. 2010).

1.1 Sykepleiefaglig relevans og betydning

Det er en høy forekomst av incest, noe som samsvarer med våre erfaringer fra praksis. Statistisk sentralbyrå viser at det var 75 anmeldte incesttilfeller i Norge i 2012 (Statistisk Sentralbyrå 2014). Morrill (2014) hevder i sin studie at søskenincest er en av de mest underreporterte formene for overgrep. Samfunnsspeilet (2001) forklarer at det er enighet om at mange seksualforbrytelser ikke blir anmeldt til politiet. Mørketallene antydes å være høye, og man kan derfor ikke med sikkerhet bevise antall overgrep som begås i Norge. Politiet mottar mange anmeldelser av grove seksualforbrytelser som har skjedd lang tid tilbake. En del saker anmeldes så sent at de må henlegges fordi de er foreldet. Incest er den type seksualforbrytelse hvor den gjennomsnittlige anmeldelsestiden er lengst (ibid). Både i somatikken og i psykiatrien kan vi møte mennesker som har opplevd denne type overgrep. Dette er noe som understøtter viktigheten av at alle sykepleiere bør ha kompetanse innenfor hvordan man identifiserer hjelpebehovet hos disse pasientene og følger dem opp videre.

2.0 BAKGRUNN

I dette avsnittet vil kunnskapsgrunnlaget om valgt tema presenteres. Først redegjøres det for konsekvensene av incest. Videre beskrives kartleggingsverktøy for identifikasjon av fare for helsesvikt, samt tidligere behandling som har vært anbefalt for denne pasientgruppen innenfor psykiatrien. Til slutt belyses sentrale begreper knyttet til helsefremmende perspektiv og etiske utfordringer knyttet til denne pasientgruppen. I denne oppgaven brukes forkortelsen PTSD som betyr post traumatic stress disorder, og forkortelsen CSA som står for child sexual abuse.

2.1 Incest og konsekvenser av incest

Det er en allmenn oppfatning at opplevelser som incest kan karakteriseres som et traume.

Traume stammer fra det greske ordet *trauma*, som betyr sår (Iversen 2007). Uttrykket kan man bruke om kritiske hendelser som gir voldsomme følelsesmessige reaksjoner og skadelige følger. En traume vil prege en, og forandre ens måte å se på livet på. Man kan skille mellom traumer som er forårsaket uten at noen med hensikt ville skade, som for eksempel naturkatastrofer og ulykker, og traumatisering som er direkte forårsaket av noen med ond hensikt eller med uttrykk for hensynsløshet. Incest går under sistnevnte (Varvin 2003).

Canton-Cortes og Canton (2010) bekrefter med sin kvantitative studie at seksuelt misbruk i barndommen gir et høyere nivå av traume-symptomer (Iversen og Øglænd 2010).

Det er vist i tidligere forskning at seksuelle blikk, seksuelle tilnærmelser og det å bli eksponert for pornografi som ikke er ønsket kan ha like stor psykologisk innvirkning på offeret som om det hadde oppstått fysisk samleie (Morrill 2014). Metaanalysen av 59 studier utført av Seto og Lalumiere (2010) viser at det å bli tvunget eksponert for pornografi kan føre til en høyere forekomst av angst, lav selvfølelse og sosial isolasjon.

Det er et stort flertall ofre av søskenincest som rapporterer å ha negative emosjonelle, fysiske og mentale reaksjoner etter misbruket og konsekvensene er ofte livslange og alvorlige

(Carlson 2011). Chouliara, Karatzias og Gullone (2014) har gjennom sin kvalitative studie kommet frem til at de som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen opplever å ha dårlig forståelse av grenser i relasjoner og dårlig definisjon på seg selv. Som et resultat av dette følte dem stort ansvar for hendelser i omgivelsene rundt dem, inkludert overgrepet de ble utsatt for. Når de møtte utfordringer opplevde de lite mestring og fikk lett skyldfølelse. De fleste av deltakerne skammet seg over misbruket, og følte seg ensomme og isolerte. En vanlig utfordring deltagerne møtte på var manglende støtte fra familien og samfunnet. Det viste seg spesielt hvis gjerningsmannen var i familien eller var en person med høy status i samfunnet (ibid).

I dag er det mange flere barn som får tidlig hjelp til å bearbeide tanker og følelser etter incest, og jo tidligere et incestoffer får hjelp, jo mindre blir skadeomfanget i ettertid (Lindberg og Schantz 2002). Oftest får man psykiske vansker etter incest i form av angst og depresjon, mange føler skam og spørsmål knyttet til om de var deltagende i overgrepene og mange opplever vonde minner og såkalte "flashbacks". Noen utvikler i tillegg spiseforstyrrelser, skader seg selv og noen utvikler også medisinske plager i form av ryggplager, magesår, hjerte- og karlidelser og kreft (Iversen og Øglænd 2010).

2.1.1 Angst og depresjon

Angst er en form for frykt, der hovedtrekket er tilbakevendende tvangstanker og tvangshandlinger. Tvangstankene er preget av en engstelig og faretruende følelse (ICD-10 2005). Når en person blir deprimert blir personen ofte preget av negative tanker om både seg selv, fremtiden og livet generelt. Man kan ha symptomer som senket stemningsleie og redusert energi- og aktivtetsnivå. Evnen til å føle glede og interesse er ofte nedsatt, og vanligvis blir søvnen forstyrret og appetitten redusert. Det opptrer også ofte en svekket selvfølelse og selvtillit (ibid).

2.1.2 Skam og skyldfølelse

Skam i forhold til seksuelle overgrep oppstår når den voksne tillitspersonen til barnet utøver makt, vold og er truende, slik at barnet holder seg i situasjonen ved å rette sinnet mot seg selv (Iversen og Øglænd 2010). Skammen gjør dermed at barnet trekker seg tilbake, føler selvforakt og selvødeleggelse og gjør derfor at intimiteten til andre blir begrenset. Skam blir ofte assosiert med lav selvfølelse (Skårderud mfl. 2010). Pettersen (2013) understøtter dette med å beskrive at skam er nært knyttet til hvordan vi ser på oss selv. Skam er en viktig del av vår moralske samvittighet og kan signalisere en moralsk overtredelse selv uten tanker og ord. Skam kan oppstå i situasjoner der mellommenneskelige relasjoner trues, der det er problemer i et forhold og der det er en følelse av å ha mislykkes i å leve opp til sosiale og moralske forventninger fra andre. Skam kombineres ofte med skyld, som har en viktig sosial funksjon ved å lede en person til å gjøre godt igjen ved en overtredelse, men skyld har også en tendens til å skjule skammen (ibid).

2.1.3 Selvskading

Sutton (2007) beskriver selvskading som en mestringsmekanisme, som ofte stammer fra et traume eller en dyp følelse av maktesløshet. Han beskriver det som en ”smerteutveksling” der den overveldende, usynlige, følelsesmessige smerten blir omgjort til synlige fysiske sår. Etter en episode av selvskading opplever ofte personen å føle seg roligere, ha mer kontroll og er mer i stand til å takle utfordringer (ibid). Selvskading er mer vanlig hos personer som har vært utsatt for komplekse traumer som gjentatte seksuelle overgrep (Iversen og Øglænd 2010). Selvskading kan innebære mer enn bare kutting, som de fleste tenker på når man nevner selvskading. Det innebærer også å for eksempel overtrene, under- og overspising, overforbruk av alkohol og narkotiske stoffer, risping og kniping i huden. Det blir ofte brukt som straff mot seg selv, men handler oftest om hvordan man håndterer sterke og intense kroppslige og følelsesmessig ubehag (ibid).

2.1.4 Spiseforstyrrelser

Det er noen som utvikler spiseforstyrrelser etter å ha vært utsatt for incest, og spiseforstyrrelse er en form for selvskading. I følge Bruch (1974) blir anorexia nervosa beskrevet som; ”A struggle for control, for a sense of identity, competence and effectiveness” (s. 251). Dette kan oversettes med at personene som lider av anorexia nervosa opplever en kamp for å få kontroll i livet sitt og for å få en følelse av identitet, kompetanse og effektivitet. Det å kontrollere matinntaket blir dermed et forsøk på å gjenvinne en kontroll over livet sitt på. De med spiseforstyrrelser er overopptatt av mat, vekt og utseende, og det er ordet ”nervosa” i anorexia og bulimi som henviser til den emosjonelle og kognitive opptattheten (ibid).

2.1.5 Posttraumatisk stresslidelse

PTSD er ifølge ICD-10 (2005) en reaksjon på en belastende livshendelse eller situasjon som oppleves veldig truende og katastrofal. Typiske symptomer kan vise seg ved at personen gjenopplever hendelsen («flashbacks»), har drømmer og mareritt. Man kan også få en følelse av «nummenhet», bli følelsesmessig avflatet og noen bruker unngåelsesstrategier for å holde seg unna aktiviteter og situasjoner som minner om traumet (ibid).

Canton-Cortes og Canton (2010) konkluderer med at de som har vært offer for seksuelt misbruk i barndommen viser betydelig høyere skår av PTSD. Ullman (2007) understøtter dette resultatet. Studien hennes viser i tillegg at overgrep begått av familie og slektninger var mer alvorlige, begynte i en mye tidligere alder og varigheten av misbruket var lengre. PTSD-symptomer var størst hos de som var misbrukt av slektninger, i forhold til de som hadde en ukjent overgriper. Det ble presentert større grad av PTSD ved misbruk der penetrasjon hadde foregått. Deltakerne rapporterte i økt grad å ha emosjonell nærhet til sin overgriper både før og etter misbruket ved en familiær relasjon (ibid).

2.1.6 Medisinske plager som konsekvens av incest

Noen barn som har blitt utsatt for gjentatte seksuelle overgrep, trenger en måte å finne mening i det som har skjedd, og mange kan tenke at det er noe galt med dem selv og at det de har

gjort er forferdelig feil (Iversen og Øglænd 2010). Mange oppfatter smertene på kroppen og utvikler etter flere år en kronisk kroppslig spenningstilstand, som videre kan gi rastløshet, konsentrasjonsvansker, søvnvansker og mareritt. Videre viser nyere forskning til at flere og flere kroniske traumeutsatte får ryggplager, magesår, hjerte- og karlidelser og kreft. Legen kan ikke alltid finne noen medisinsk grunn til de fysiske plagene, som kan være kroppens minner fra overgrepet eller kroppens formidling av de emosjonelle reaksjonene (ibid).

Wilson's (2010) studie viser at deltakerne opplevde en betydelig økning av slgA-konsentrasjonen (antistoff) i kroppen, noe som indikerer at immunsystemet blir påvirket av denne type stress.

2.1.7 Offerrollen

En person innehar mange forskjellige roller i løpet av livet som skiftes flere ganger, enten ufrivillig eller frivillig. Et rolleskifte kan for eksempel være overgangen fra skole til arbeidslivet eller fra arbeidslivet til pensjonisttilværelse, arbeidsufør eller arbeidsløshet (Hummelvoll og Dahl 1997). Rollene kan deles i primærroller, sekundærroller og tertiærroller. Primærrollen er knyttet til kjønn og alder, mens sekundærroller kan for eksempel være rollen som en forelder, ektefelle eller arbeidstaker. Den tertiære rollen er knyttet til fritidsaktiviteter og samfunnet. Når en person blir syk, er det ofte den tertiære rollen som først forsvinner (Krogh 2005). Man kan gå over fra å være uavhengig og selvstendig til å bli pasient, og bli avhengig av hjelp og føle seg maktesløs (Hummelvoll og Dahl 1997). For å kunne bære den nye rollen som pasient på en vellykket måte er man nødt til å bearbeide hva tapet av den tidligere rollen har av betydning. Videre er det viktig å bli oppmerksom på hvilke muligheter og gjøremål som følger med den nye rollen (ibid). Man møter ofte ulike forventninger fra andre om hvordan man skal oppføre seg når man har fått en ny rolle (Garsjø 2001). Personligheten skiller seg fra rollebegrepet fordi det er mer knyttet til hvert enkelt individ, men når individet går inn i en ny rolle, følger personens individuelle egenskaper med. Alle de rollene man innehar i løpet av livet er med på å forme selvbildet ved at forventninger blir rettet mot en selv (ibid).

2.1.8 Krise

Begrepet krise stammer fra det greske ordet «krisis», som betyr avgjørende vendepunkt, plutselig omslag eller skjebnesvanger forandring (Eide og Eide 2007). En krise kan forklares som en skade eller svekkelse, fysisk eller psykisk, og innebærer alltid en trussel og en belastning følelsesmessig. I litteraturen skiller man mellom to typer krisesituasjon: livskrise og traumatisk krise. Livskrise er noe som utvikles gradvis, og som er en følge av den naturlige utvikling. Eksempler på dette er puberteten, løsrivelse fra hjemmet, ekteskap eller å få barn. Traumatisk krise derimot er ekstraordinære påkjenninger og inngår ikke i et vanlig livsforløp. Dette kan være sykdommer, ulykker og voldshandlinger.

2.1.9 Tidligere behandling av incest

Tidligere behandling av incest har hatt en tendens til å fokusere på behandling til barn og familier som er involvert i pågående misbruk, og det er blitt lagt mindre vekt på behandling til voksne overlevende (Courtois 1988). Videre mener Courtois (1988) at mange terapeuter brukte en svært fleksibel, variert, multi-intervensjons terapi der de utnyttet et bredt spekter av teknikker. Teknikkene som ble brukt var stress/mestringsteknikker, eksperimentelle/uttrykksrensende teknikker, utforskende/psykodynamiske teknikker og kognitive/atferdsmessige teknikker. Et bredt spekter av teknikker ses på som nyttig å bruke da overlevende etter incest har så omfattende symptomer og mestringsmekanismer. Det ble brukt mest individuell og gruppe terapi, men også familierapi og samlivsterapi ble utnyttet. Psykodrama, som rollespill og rollebytte, var en annen teknikk som ble brukt som tidligere behandling av incestofre. Det ga en setting for å utforske familiemønsteret og familieforholdene, identifisere ukjente følelser og øve seg til konfrontasjon. Psykodrama, som rollespill og rollebytte, var en annen teknikk som ble brukt som tidligere behandling av incestofre. Det ga en setting for å utforske familiemønsteret og familieforholdene, identifisere ukjente følelser og øve seg til konfrontasjon. Å gjenoppleve en opplevelse for å rense den for sine følelsesmessige utskeielser, ble sett på som en renselse og ble brukt for behandling av incest. Det skulle hjelpe pasienten i å bearbeide hendelsen og de reaksjoner som fulgte med (ibid).

2.2 Kartleggingsverktøy for å identifisere fare for helsesvikt

Det ble tidligere lagt mye vekt på pasientens største bekymring eller på problematisk atferd når man diagnostiserte psykisk lidelse. Man fikk mye innspill fra somatikken om at lidelsene skulle inndeles etter hvilken årsak de hadde, og dermed begynte psykiatere å diagnostisere etter hvor i hjernen en mente at sykdommen oppstod (Skårderud mfl. 2010). I dag beskrives psykiske lidelser som en sykdom, og at det er et resultat av følelsesmessige konflikter fra tidligere og frem til dagens situasjon, hvor konfliktene og forsøket på å løse disse har gjort at symptomene begynner å vises (ibid). For å diagnostisere en psykisk lidelse brukes ofte The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), som er en standard klassifisering av psykiske lidelser som mange helsearbeidere innen psykiatrien bruker (World Health Organization 2014) Den skal kunne brukes i mange sammenhenger og i mange forskjellige retninger som for eksempel psykodynamiske, kognitive, atferdsmessige, mellommenneskelige og i familiesystemer. I følge World Health Organization (2014) består DSM av tre hovedkomponenter: den diagnostiske klassifiseringen, et sett med diagnosekriterier og en beskrivende tekst.

2.3 Helsefremmende perspektiv

Helsefremmende arbeid dreier seg om å styrke helsen blant mennesker, mens det sykdomsforebyggende arbeidet handler om å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom, skade eller død. Helsefremmende perspektiv handler om å se på helse som en ressurs som kan bygges opp eller brytes ned gjennom livet (Mæland 2010). Fokuset ligger på hva sykepleiere kan gjøre for å fremme disse pasientenes mestring av livet. Den aktuelle problemstillingen avleder derfor en mer helsefremmende enn sykdomsforebyggende tilnærming, siden problemstillingen tar utgangspunkt i at overgrepene allerede har skjedd.

Siden incestofre kan slite med lav selvfølelse, selvbebreidelse og oppleve lite mestring i livet, vil dette avsnittet belyse begrepene mestring og empowerment som sentrale i en helsefremmende tilnærming.

Når en sykepleier møter et menneske som er i krise må sykepleieren inneha faglig kunnskap om hvordan hun skal tilnærme seg pasienten (Håkonsen 2009). Den nære og personlig kontrakten som opprettes mellom sykepleier og pasient blir ofte avgjørende for hvordan pasienten bearbeider og mestrer krisen.

Mestring handler om å forholde seg til belastende situasjoner på en slik måte at det øker følelse av mening og sammenheng, samtidig som det bidrar til bearbeidelse og muligheten for å løse vanskelighetene. Mestring kan omtales som «summen av intrapsykiske og handlingsorienterte forsøk på å beherske, tolerere, og redusere de ytre eller indre belastninger en er utsatt for, eller som forsøk på å redusere eller unngå negative følger av slike påkjenninger» (ibid). Når en person opplever stress er det flere tilpasningsprosesser man automatisk arbeider for. Man kan søke etter mening i hendelsen, man forsøker å gjenvinne mestring av livssituasjonen, og man arbeider for å ta vare på og øke selvaktelsen (Hummelvoll 2005).

Empowerment oversettes av Mæland (2010) til «det å vinne større makt og kontroll over» (s.75), og begrepet er sentralt i et helsefremmende perspektiv. Empowerment handler om at enkeltindividet og fellesskapet skal få større kunnskap, innflytelse og kontroll over de forhold som påvirker deres helse. Folket skal ikke ses på som en målgruppe, men som aktive samarbeidspartnere. Tiltak skal ikke bare baseres på hva ekspertene mener er best, også «mannen i gata» skal ha innflytelse. Denne bruker og befolkningsmedvirkningen kan skape en følelse av økt selvfølelse, identitet og tilhørighet. Prosessen og resultatet er like viktig, og målet er at mennesker skal føle de har rimelig kontroll over sitt eget liv, noe som kan øke følelse av mestring (ibid).

Hvorfor er det mange mennesker som bevarer og til og med bedrer helsen til tross for at de møter motstand i livet? Det er et spørsmål Aron Antonovsky (2005) prøver å finne svar på når han beskriver salutogenese. Salutogenese omhandler det å styrke helse og spesielt hvordan mestring («Sense of coherence») kan skapes. Fokuset ligger på hva som forårsaker helse i stedet for hva som forårsaker sykdom (Antonovsky 2005). Han hevder at en viktig salutogen

faktor er evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende. Denne evnen lages i barndommen og videreutvikles i ungdomsårene ved hjelp av nære relasjoner til foreldre, steforeldre eller andre omsorgspersoner. Det kan være opplevelse av en trygg identitet, opplevelse av kontroll og optimisme (Mæland 2010).

Sense of coherence er et sentralt begrep som bør nevnes når man snakker om empowerment og salutogenese. Det kan direkte oversettes til «følelse av sammenheng», og handler nettopp om viktigheten av det. Sense of coherence omtales som et kognitivt konsept, og Antonovsky (2005) nevner spesielt tre begreper som sentrale komponenter. De tre begrepene er forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Forståelighet handler om i hvilken utstrekning man opplever eller har tillitt til at stimuli som stammer fra ens indre og ytre omgivelser i livet er fornuftige, strukturerte og forklarlige. Håndterbarhet handler om i hvilken grad man opplever at ressurser er tilgjengelige, og hvordan man kan møte de krav som stilles. Har man en høy grad av håndterbarhet kommer man ikke til å kjenne seg som et offer for omstendigheter, eller synes at livet behandler en urettferdig. Meningsfullhet omhandler i hvilken utstrekning man føler at kravene og/eller opplevelsene man utsettes for er utfordrende og verdt både investering og engasjement. Det patologiske synssettet betrakter stress som sykdomsfremkallende og noe man bør unngå i størst mulig grad. Antonovsky (2005) avkrefter dette med sin teori. Han mener at stress som sykdom, konflikter og kriser er en normal del av livet som kan være negativt, men det kan også gagne en og virke utviklende i form av lærte erfaringer. Dette kan gjøre oss i stand til å takle framtidige stressende opplevelser bedre. Han sammenligner videre sunn helse med evnene til å håndtere stress, og mener at dårlig helse er synonymt med dårlig håndtering av stress, noe som kan være truende for livskvaliteten (ibid).

2.4 Ethiske utfordringer knyttet til omsorg for personer som har opplevd incest

En etisk utfordring i møte med incestutsatte kan være å bevare offerets autonomi. I dette avsnittet blir det kort beskrevet hva autonomi handler om.

Autonomi stammer fra to greske ord. *Autos* betyr selv og *nomos* betyr lov, styring og regulering. Brinchmann (2008) mener autonomi handler om pasientens rett til informasjon om sin egen helsetilstand og diagnose, og hva slags forhold som angår dem selv og deres livssituasjon. Pasientautonomi er et sentralt etisk og juridisk prinsipp, og handler blant annet om retten til selvbestemmelse og retten til å nekte behandling. Det er derimot noen forutsetninger for at pasienten er «egnet» til å ta autonome valg, og det innebærer blant annet at det er et selvstendig valg uten ytre press. Samtidig må man vurdere om pasientens meninger er påvirket av for eksempel sterk angst eller depresjon. Det er et kriterium at pasienten har fått god og objektiv informasjon (ibid).

2.5 Hensikt og problemstilling

Ut fra det ovenstående kunnskapsgrunnlaget er det overordnede målet for mennesker som er traumatisert på grunn av incest at de skal føle mestring av livet. Dette kan knyttes til et helsefremmende perspektiv (Mæland 2010), som kan bli retningsgivende for de som har eller påtar seg ansvar for å hjelpe. Hensikten med denne oppgaven er derfor å belyse hva sykepleiere kan gjøre for å fremme livsmestring hos pasienter som sliter med senvirkninger av incest.

2.5.1 Problemstilling

Problemstillingen lyder:

«Hvordan fremme livsmestring hos kvinner som har vært utsatt for incest?»

3.0 METODE

I dette kapitlet beskrives først litteraturstudie som metode. Deretter kommer en presentasjon av søkeprosessen, samt en tabell med gjeldene inklusjons og eksklusjonskriterier. Videre beskrives det hvordan kunnskapen er innhentet, og en kritisk gjennomgang av litteraturen som er brukt med tanke på IMRaD-strukturen. Deretter kommer det en presentasjon av to vitenskapelige metoder som blir brukt i vitenskapelig arbeid, avslutningsvis kommer analysen av de inkluderte artiklene i denne litteraturstudien.

3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie blir i følge Polit og Beck (2010) definert som «a critical summary of research on a topic, often prepared to put a research problem in context or to summarize existing evidence» (s.558). Vi har oversatt dette til «en kritisk oppsummering av forskning på et emne, ofte utarbeidet for å se et forskningsspørsmål i sammenheng eller å oppsummere eksisterende dokumentasjon». Videre mener Polit og Beck (2010) at en litteraturstudie handler om å komme frem til et forskningsspørsmål, og deretter lage en plan for innsamling av informasjon, for så å analysere og tolke informasjonen som ble hentet inn. Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie der det har blitt utført et strukturert litteratursøk om temaet incest. Kunnskapen er blitt bearbeidet gjennom artikler og eksisterende faglitteratur om dette temaet. En litteraturstudie skaper ingen ny kunnskap om et valgt tema, men når man setter sammen og sammenligner den allerede eksisterende kunnskapen, kan nye erkjennelser komme frem (Støren 2013). En litteraturstudie har både fordeler og ulemper. En fordel ved et litteraturstudie i forbindelse med en bacheloroppgave er tidsbruken. Å gjøre en empirisk studie i forhold til en litteraturstudie, kan ta opp til flere år. Å samle empirisk bevis blir gjort gjennom kvantitativ forskning og blir definert som bevis som har røtter i objektiv virkelighet og som er samlet direkte eller indirekte gjennom sansene, og ikke gjennom personlige oppfatninger eller magesfølelsen (Polit og Beck 2010). En annen fordel er at et litteraturstudie kan inspirere til nye forsknings ideer, og kan være et grunnlag for en ny studie. Det som kan være utfordrende med litteraturstudie som metode er å få begrenset søket og problemstillingen, men likevel få samlet og utforsket alt av relevant stoff innen et bestemt

tema. Det kan også være tidkrevende å finne noe relevant om et bestemt tema, særlig hvis man har et tema som det er gjort lite forskning på fra før, da man kan risikere å få lite eller ingen funn.

3.2 Utvalg og søkeprosess

Studiens hensikt blir styrende for hvordan søkeprosessen har foregått. Det ble brukt et PICO skjema for å strukturere og formulere en problemstilling. Under Patients/population/problem ble det satt kvinner over 18 år som hadde vært utsatt for incest i barndommen. Videre i Intervention/initiativ/action ble mindfulness, kognitiv terapi, terapeutisk relasjon og stressmestrings-strategier ført inn. Under Comparison ble det ikke funnet noen relevante tiltak å sammenligne. Under Outcome blir resultatene presentert.

3.2.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Jobben med å finne relevante artikler blir enklere når man har gode inklusjons- og eksklusjonskriterier. Ifølge Polit og Beck (2010) er inklusjonskriteriene viktig for å vite hva de artiklene en søker etter skal inneholde, og motsatt er eksklusjonskriteriene viktige for å vite hva artiklene ikke skal inneholde. Videre kommer en liste over våre inklusjons- og eksklusjonskriterier i forhold til oppgavens tema (Tabell 1).

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvinner	Menn
Artikler innenfor psykiatrien	Artikler innenfor somatikken
Artikler som omhandler voksne over 18 år	Artikler som omhandler barn under 18 år
Artikler som følger IMRaD-strukturen	Artikler som ikke følger IMRaD-strukturen
Artikler publisert etter år 2000	Artikler publisert før år 2000
Artikler skrevet på engelsk eller skandinavisk	Artikler skrevet på andre språk enn engelsk og skandinavisk

Artikler som er fagfellevurdert	Artikler som ikke er fagfellevurdert
Kulturer som ligner på den norske kulturen	Kulturer som ikke ligner på den norske kulturen

Fokus i denne oppgaven er kvinner som har opplevd incest. Menn er ekskluderte, siden det kommer frem at det er flest kvinner som utsettes for incest (Statistisk Sentralbyrå 2014). Fokuset ligger på pasienter man møter i psykiatrien som er over 18 år. I artikkelsøket har studier skrevet før år 2000 blitt ekskludert, slik at resultatene kommer fra nyere forskning. På den måten sikrer man seg de mest relevante artiklene, og finner helsefremmende strategier som blir brukt i dag.

3.2.2 Metode for innhenting av litteratur

Det er utført et strukturert litteratursøk i ulike databaser og hentet ut 6 vitenskapelige artikler.

Academic search elite er en fulltekstdatabase, som vil si at man der har tilgang på alle artiklene direkte fra databasen. De andre databasene som ble benyttet er referansedatabaser. Hvis man ikke får tilgang til artikkelen i fulltekst skriver man inn artikkelens tittel i Google Scholar og søke. Der kan man finne link til artikkelen i fulltekst.

Videre i dette avsnittet beskrives søkeprosessen som todelt. Det har vært en lang og krevende prosess, og det vises til vedlegg med søketabell som er delt inn i søkeprosess 1 og søkeprosess 2 (vedlegg 1 og vedlegg 2). Skjema for søkedokumentasjon har vært nyttig i forhold til å få et oversiktlig og strukturert søk.

Søket etter artikler begynte med noen få søkeord for å se hva som fantes av tidligere forskning. Databasene som ble brukt var Cinahl, Ovid Nursing Database, Proquest, Academic Search Elite, Psychinfo og Svemed+. Søket ble for bredt, og dermed måtte det begrenses ved å legge til flere søkeord. For å begrense søket ytterligere ble det krysset av for at artiklene skulle være «peer reviewed», og at artiklene skulle være fra år 2000 og frem til i dag. Noen av søkeordene som ble brukt var “incest”, “trauma”, “nursing”, “mental health”, “PTSD”,

“empowerment”, “psychotherapy”, “nursing interventions”, “incest survivors”, “cognitive therapy” og “treatment”. Første delen av artikkelsøkene var som sagt en krevende prosess, og vi mistet litt motet da vi fikk så dårlige funn. Grunnen til at første del av artikkelsøket ble en krevende prosess var at det ble fokuserte for mye på søkeordet “nursing” og behandlingsbegrepene som “cognitive therapy”, “treatment” og “psychotherapy”. Dette resulterte i at artikkelfunnene ofte var for gamle, innholdet var dårlig, de hadde ikke IMRaD-struktur eller de var ikke fagfellevurdert. Etter gode råd fra veileder ble vinklingen på søkeordene endret, noe som resulterte i at den andre delen av søkeprosessen gikk mye bedre. Noen av søkeordene som ble brukt i prosess 2 var «incest», «trauma», «empowerment», «coping», «mindfulness», «self*», «health promotion» og «trust». Databasene som ble brukt var Academic search elite, Cinahl, Proquest, Sage Journals, Pud Med, Science Direct og Psychinfo.

3.2.3 Kildekritikk

Når man bruker vitenskapelige artikler bruker man primærkilder. Det er originale forskningsartikler der kunnskapen er innhentet av forfatteren eller forskeren selv (Støren 2013). Primærkilder presenterer ny kunnskap om et tema. I lærebøkene finner man ofte gjengitte forskningsresultater, teorier og faglige argumenter, som betegnes som sekundærkilder. Å bruke en sekundærkilde vil si at kunnskapen man henviser til refererer til en annen kilde, altså primærkilden. For at man skal være sikker på at de inkluderte artiklene i studien er sikre og vitenskapelige, undersøkes artiklene at de følger IMRaD-systemet. Det bygger på at artiklene skal ha en fast og gjennomtenkt struktur og er oppsatt med disse elementene:

Innledning: Hvorfor ble undersøkelsen gjort?

Metode: Hvordan foregikk datasamlingen?

Resultatdelen: Hva fant forskerne ut?

Diskusjon: Hva betyr egentlig funnene? Hvordan kan de begrunnes og underbygges?

I tillegg kommer abstraktet og avslutningen (ibid).

Artiklene blir analysert hver for seg og satt opp i tabellen ”analyse av artikler” (Høgskolen i Gjøvik 2014) for å få en bedre oversikt over essensen i hver artikkel. Tabellen innebærer

referanser, hensikt/problemstilling/forskningsspørsmål, metode og resultat/diskusjon. Videre har det blitt sett på likheter og ulikheter ved alle artiklene. Andre krav til vitenskapelige artikler er at de er fagfellevurdert, og hver artikkel som er inkludert i denne litteraturstudien er fagfellevurdert.

Vitenskapelige artikler skal være publisert der kvalitetsnivået er høyt. Kvalitetsnivå er en rangering av publiseringskanaler etter vitenskapelig kvalitet og prestisje. Rangeringen har 2 nivåer: Nivå 1 er vitenskapelige publiseringskanaler, mens nivå 2 er vitenskapelig publiseringskanaler med særlig høy prestisje (Database for statistikk om høgre utdanning 2013).

For å undersøke om de inkluderte artiklene var vitenskapelige, ble navnet på tidsskrift kopiert og limt inn i Bibsys ask. Der ble huket av for tidsskrift, og ISSN nr til tidsskriftet ble funnet. Deretter ble vitenskapelig nivå- ”publiseringskanaler” googlet. Videre ble det skrevet inn ISSN-nummer til tidsskriftet i database for statistikk om høyere utdanning. Da kom det opp hvilket vitenskapelig nivå tidsskriftet hadde.

3.2.4 Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder

Det benyttes to ulike vitenskapelige metoder i forskning. Det er kvantitativ og kvalitativ metode. Ved bruk av kvantitativ metode blir et stort materiale innsamlet og gransket slik at man får frem sammenhenger og tendenser, får kartlagt hvordan menneskers holdninger er eller finner ut av hvor mange pasienter som for eksempel ble syke av en bestemt medisin (Hoffmann 2013). Den kvalitative metoden har mer fokus på hvordan mennesker oppfatter verden på og hvordan man opplever relasjoner som betyr noe for en, og ikke så mye på årsakssammenhenger. Ved den kvalitative metoden får forskerne en annen innsikt i livet til mennesker, og med denne metoden bruker forskerne fokusgrupper, der man enten intervjuer flere mennesker samtidig, har individuelle intervjuer, eller bare observerer mennesker i sin hverdag (ibid).

Den inkluderte litteraturen i denne litteraturstudien ble undersøkt at hadde et faglig nivå høyere eller på lik linje med sykepleierutdanningen.

Det finnes noen vitenskapelige krav til forskningsetiske hensyn om hvordan kvalitativ og kvantitativ forskning skal lages. De vitenskapelige kravene til kvantitativ forskning er at man skal gjøre en representativ undersøkelse, som for eksempel har med 1000 personer som mener noe om en bestemt sak, dermed kan man ut ifra det si noe om ”alle” av det folkeslaget de 1000 er fra. Kravene til hvordan kvalitativ forskning skal foregå inneholder fire deler. Når disse delene er oppfylt på en tilfredsstillende måte, har man foretatt god, kvalitativ forskning. Dataene som samles inn skal sammenlignes med og forholdes til litteraturen på området man undersøker. Videre skriver Hoffmann (2013) at man skal bruke teoretisk kunnskap til å analysere dataene man finner og finne ut om det man finner kunne forventes. Et annet krav er at man skal bruke ulike metoder for innhenting av data, for eksempel både fokusgrupper, gjøre observasjoner og foreta individuelle intervjuer. Og til slutt skal kvalitativ forskning ha med tilstrekkelig nok personer slik at man får avdekket de viktigste poengene (ibid).

3.3 Analyse og kritisk vurdering

Analysen av artiklene skal hjelpe til med å trekke ut hovedpunktene i studien (Dalland 2012). Videre skriver Dalland (2012) at når man skal velge ut litteratur er gyldighet, holdbarhet og relevans sentralt. Når man skal vurdere kildens kvalitet, må man se på hvilken type kilde som er brukt, hvor troverdig (gyldig) den er og hvilken ekthet (holdbarhet) den har. De inkluderte artiklene ble analysert etter følgende spørsmål; Hvilket årstall er teksten fra? Hvor i verden er studien gjennomført? Hvor mange deltok i studien? Hvilke forskningsmetoder ble brukt? og Hvem er teksten skrevet for? (ibid). Videre kommer en kritisk vurdering av de inkluderte artiklene i denne litteraturstudien.

1) *Recovering from childhood sexual abuse: a theoretical framework for practice and research* (Chouliara, Karatzias og Gullone 2014)

Artikkelen er bare 1 år gammel, så dette er nyere forskning. Den følger IMRaD-strukturen og den er fagfellevurdert. Studien er gjort i England, og kulturen blir ansett som ganske lik Norges. Det er en kvalitativ studie med 22 deltakere. Resultatene er basert på

hendelsesintervju. Artikkelen inkluderer både kvinner og menn, noe som gjør den mindre relevant med tanke på inklusjons og eksklusjonskriteriene. Det kommer ikke frem i artikkelen hvem som har utført intervjuene. Artikkelen ble likevel vurdert som vesentlig på grunn av at den omhandlet seksuelle overgrep i barndommen, og den inneholdt faktorer som virket positivt i prosessen for å bli frisk.

2) *Mindfulness intervention for child abuse survivors* (Kimbrough mfl. 2010)

Artikkelen er 4 år gammel, så det er relativt ny forskning. Den følger IMRaD-strukturen og den er fagfellevurdert. Studien er gjort i England, og kulturen blir ansett som ganske lik Norges. Det er en kvalitativ studie med 27 deltakere. På grunn av at deltakerne ble behandlet med psykoterapi samtidig som mindfulness-terapi, kan det ikke bevises at det var mindfulness-intervensjonene som hadde den positive effekten, om det var psykoterapi alene, eller en kombinasjon av dette. Men siden mange av deltakerne allerede hadde hatt psykoterapi tidligere før deltagelse, var det antatt at det var mindfulness-programmet som var resultatet av de forandringene som ble observert. Artikkelen ble inkludert siden den inneholdt flere ulike intervensjoner som kognitiv terapi, mindfulness-trening og aksept- og tilknytningsterapi.

3) *Treatment of sexually abused children and adult survivors – The effectiveness of group treatment for female adult incest survivors* (Brown mfl. 2013)

Artikkelen er 3 år gammel, så det er relativt ny forskning. Den følger IMRaD-strukturen og den er fagfellevurdert. Studien ble gjennomført i USA, og kulturen anses å være ganske lik Norges. Artikkelen omhandler voksne, kvinnelige overlevende etter incest, noe som gjør den veldig aktuell med tanke på oppgavens problemstilling og inklusjons og eksklusjonskriteriene. Det er en kvalitativ studie med 31 deltakere. Deltakerne har deltatt i gruppeterapi som inneholdt psykoedukasjon.

4) *It's the little things: Women, Trauma and Strategies for Healing* (Stenius og Veysey 2005)

Artikkelen er 9 år gammel, så det er litt eldre forskning. Den følger IMRaD-strukturen og den er fagfellevurdert. Det er en kvalitativ studie med 18 deltakere. Resultatet er kun basert på dybdeintervju. Studien tar for seg ulike typer traume, ikke spesifikt incest. Studien er utført av 2 personer. Artikkelen er fra USA, og kulturen anses å være ganske lik Norges. Artikkelen ble inkludert fordi enkelte av deltakerne hadde vært utsatt for seksuelle overgrep og det ble beskrevet ulike strategier som hjalp dem i deres prosess til bedre helse.

5) *Stress management for adult survivors of childhood sexual abuse: A holistic inquiry*
(Wilson 2010)

Artikkelen er 5 år gammel, så det er relativt ny forskning. Den følger IMRaD-strukturen og den er fagfellevurdert. Artikkelen er gjennomført i USA, og kulturen anses å være ganske lik Norges. Den baserer seg på flere ulike forskningsintervensjoner. Det kommer ikke frem i artikkelen hvem som har utført intervensjonene. Det er en kvalitativ studie med 35 deltakere og den ble inkludert fordi alle deltakerne hadde vært utsatt for et seksuelt overgrep og fordi den baserte seg på ulike helsefremmende stressmestrings-strategier.

6) *The experience of Trauma Recovery: A Qualitative Study of Participants in the Women Recovering from Abuse Program (WRAP)* (Parker mfl. 2007)

Artikkelen er 6 år gammel. Den følger IMRaD-strukturen og den er fagfellevurdert. Artikkelen er gjennomført i USA, og kulturen anses å være ganske lik Norges. Det er en kvalitativ studie med 7 deltakere. Resultatet baserer seg på intervju som omhandler mestringsstrategier i prosessen mot å bli bedre. Det kommer ikke frem i artikkelen hvem som har utført intervjuene. Artikkelen ble inkludert på grunn av at den omhandler bare kvinner der alle har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen.

4.0 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres resultatet av analysen av artikkelfunnene. Vedlagt er matrise over utvalgte artikler (vedlegg 3). Sammenfattet handler dette om tre kategorier: Gjenopprette ro og balanse, styrket selvfølelse og selvtillit og styrket evne til mellommenneskelige relasjoner. Resultatene beskriver hvilke forhold som ser ut til å fremme mestring hos pasienter som har vært utsatt for incest.

4.1 Gjenopprette ro og balanse

I Kimbrough's mfl. (2010) studie deltok 27 voksne som hadde opplevd seksuelle overgrep i barndommen i et mindfulness meditasjons-basert stress-reduksjons program (MBSR), som viste forbedringer ved alle psykiske lidelsene. Angst symptomer ble redusert med 47%, PTSD-symptomer ble redusert med 31%, depressive symptomer ble redusert med 65% og mindfulness ble økt med 33%. De som møtte kriteriene for PTSD ved start var 15 personer som ble redusert til 7, som tilsvarer en 53% reduksjon fra start. Wilson (2010) rapporterte at mindfulness var effektivt i reduksjon av kroppslig stress og styrket tilpasningsdyktigheten og mestring i form av redusert unngåelse. Hun hevder videre at bruk av stressmestrings-strategier var effektive verktøy for deltakerne i bruken for å gjenkjenne deres årvåkenhet, få et mer realistisk syn på trusler, og for å redusere deres følelse av håpløshet og kroppslige respons på stress ved ekstrem årvåkenhet. Deltakerne lærte behovet for å fokusere på sin innside og bruke konseptet egenomsorg, noe som førte til empowerment (Ibid).

Mange incestutsatte fant det nyttig å anskaffe seg nytt fokus i livet, som for eksempel lage seg nye mål eller tilegne seg nye ferdigheter og involvere seg i meningsfylte aktiviteter (Chouliara, Karatzias og Gullone 2014). Stenius og Veysey (2005) rapporterer at halvparten av kvinnene som var inkludert i deres studie drev med forskjellige typer fysisk aktivitet og psykisk aktivitet for å redusere stress, for å roe seg og finne balansen i seg selv.

4.2 Styrket selvfølelse og selvtillit

Parker mfl. (2007) og Brown mfl. (2013) beskriver at psykoedukasjon som inneholdt effekter av traume og forklaring på symptomer ble assosiert med effektiv og betydelig helbredelse. Det ble funnet nyttig i forhold til reduksjon av traumatisk stress at pasientene lærte å forstå betydningen bak tankene og følelsene de hadde. Resultatene viste en minskning av symptomer relatert til ekstrem årvåkenhet og seksuelle problemer. Wilson (2010) understøtter resultatet angående reduksjon av ekstrem årvåkenhet. Videre viser Wilson's (2010) resultater en reduksjon i distansering og fluktunngåelse, og en økning i problemløsningsstrategier og positiv revurdering. 78% av kvinnene uttrykte viktigheten av å ta egne beslutninger og sette egne grenser (Stenius og Veysey 2005). Parker mfl. (2007) understøtter dette med å vise til en bedring av grensesetting og opprettholdelse av dem. Kognitiv atferdsterapi hadde en positiv effekt på negative tanker.

Chouliara, Karatzias og Gullone (2014) rapporterer en positiv effekt av at deltakerne sendte inn en formell klage eller tok rettslige skritt mot gjerningsmannen. De opplevde det som validerende og empowering.

4.3 Styrket evne til mellommenneskelige relasjoner

Stenius og Veysey (2005) rapporterer at terapeutens mellommenneskelige behandling og oppførsel var en viktig del av heleprosessen. Det ble sett på som essensielt at terapeuten viste et høyt nivå av omsorg, at deltakerne ble behandlet som intelligente og kapable til å ta egne valg, og samhandling på en respektfull og høflig måte. 56% av kvinnene understreker verdien av tilgjengelighet hos terapeuten. Alle deltakerne fortrakk kvinnelige terapeuter, og 90% fremhevet betydningen av empati og det å snakke med andre med tilsvarende opplevelser.

Deltakerne i Stenius og Veysey's (2005) studie følte seg mer komfortable når de fikk uttrykke sine følelser og snakke om sine følelser med andre kvinner, spesielt de som selv hadde opplevd lignende opplevelser. Deltakerne i Parker's mfl. (2007) studie rapporterte at det å samtale med og omgås andre misbrukte førte til bedre selvtillit til å utforske og opprettholde relasjoner utenfor gruppen. Brown mfl. (2013) rapporterte også en positiv virkning av

gjensidig aksept og åpenbaring fra å høre andre lignende historier. Disse mellommenneskelige relasjonene ga en følelse av empowerment og selvtillit, noe som fikk dem til å søke andre tjenester for å fortsette prosessen mot forbedring.

5.0 DISKUSJON

Hensikten med denne oppgaven er å belyse helsefremmende tilnærminger hos kvinnelige pasienter i voksen alder som har vært utsatt for incest i barndommen. I diskusjonen blir det drøftet ulike tilnærmingsmetoder som kom frem i resultatene. Disse underbygges med annen relevant litteratur og teoretiske perspektiver. Drøftingen blir delt i 3 hovedpunkter som er hvordan fremme og gjenopprette ro og balanse hos den incestutsatte, hvordan fremme og styrke selvfølelse og selvtillit og hvordan fremme og styrke evnen til mellommenneskelige relasjoner.

5.1 Hvordan fremme og gjenopprette ro og balanse hos den incestutsatte?

Personer som har vært utsatt for incest kan få senvirkninger som PTSD, kroppslig stress, angst, urealistisk syn på trusler, de kan slite med unngåelsesstrategier og depresjon.

Canton-Cortes og Canton (2010) understøtter litteraturen i antagelsen om at incest gir traumesymptomer. Videre bekrefter Canton-Cortes og Canton (2010) og Ullmann (2007) at PTSD stammer fra en traumatisk opplevelse. Wilson (2010) beskriver at et høyt nivå av stress er en risikofaktor for sykdom, og det vises til et større antall studier som har funnet kronisk stress som reduserende på immunsystemet og som øker forekomst av en sykdom. Antonovsky's (2005) teori om salutogenese avkrefter dette. Han mener stress kan være negativt, men at det også kan gi en positiv effekt i form av lærte erfaringer og økt mestring på framtidige stressende opplevelser. Når man opplever et traume kan trygghetsfølelsen bli svekket, og evnen man har til å takle ulike påkjenninger kan bli truet (Herbert, Røen og Wetmore 2013). Man kan føle seg utrygg og redd, og ser potensielle farer i helt naturlig situasjoner (ibid). Typiske symptomer på PTSD viser seg å være forhøyet autonom alarmberedskap, vaksomhet og økt skvettenhetsreaksjon. Angst og depresjon forekommer ofte. Distansering fra andre mennesker, og unngåelse fra aktiviteter og situasjoner som minner om traumet er fremtredende symptomer på PTSD (ICD-10 2005).

75% av deltakerne i Stenius og Veysey's (2005) studie rapporterte en positiv effekt av spirituell kontakt for å holde seg edru og for å opprettholde deres balanse i følelsene. Det ga dem en kilde til støtte, en følelse av håp og en følelse av indre ro. Dette kan være en brikke for å redusere kroppslig stress. Antonovsky (2005) identifiserer flere ulike mestringsressurser hos mennesket, og et av dem er religion og verdier. Han forklarer mestringsressurser som gir forankring, retning og mening i livet. Orem's egenomsorgsteori fremhever viktigheten av at sykepleier tilrettelegger miljøet for pasienten slik at han/hun kan utøve sin tro (Cavanagh og Thorbjørnsen 1999). Tidligere forskning viser til at religion og tro kan være til hjelp som trøst i vanskelig situasjoner, ved å akseptere det som er skjedd og ved å gi trygghet og håp (Mueller, Plevak og Rummans 2001). Hvis en prest ikke er tilgjengelig så kan sykepleier legge til rette for at pasienten skal få utøve sin tro ved å gi nattverd og si forbønn. Sykepleieren kan gi informasjon om hvilke religiøse tilbud som finnes på institusjonen eller rundt om i nære omgivelser og om hvilket tilbud som finnes angående skyss til kirken. Ved å tilrettelegge for aftenbønn kan sykepleieren la pasienten være i fred, slik at han/hun får ro og ikke bli avbrutt. Hvis pasienten ikke er i stand til å lese fra bibelen selv, kan sykepleieren også gjøre dette (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005).

Wilson's (2010) studie viser at stressmestrings-strategier var effektive for å redusere kroppslig respons på stress og for å øke mestringsfølelse. En av mestringsstrategiene var mindfulness. Mindfulness kan oversettes til tilstedeværelse, og handler om å kontinuerlig være til stede i øyeblikket. Målet med mindfulness er å øke klarhet og oppmerksomhet, skape ro og følelsesmessig velvære (Kimbrough mfl. 2010). En spesifikk mindfulness-øvelse kan være å jobbe framover mot aksept på lengre sikt. Man kan begynne med å lukke øynene, konsentrere seg og bli oppmerksom på pusten. Man kan så oppmuntre pasienten til å se for seg en person man liker og er glad i. Videre ber man pasienten kjenne på de positive følelsene som skjer med kroppen og være oppmerksom (mindful) disse. Denne øvelsen viser godt sammenheng mellom kropp og følelse, og ofte kan man se på pasientens ansiktsuttrykk at de endrer fokus fra en de misliker, til en de bryr seg om (Tharaldsen og Otten 2008).

Deltakerne lærte å fokusere på sin innside og bruke konseptet egenomsorg, noe som førte til empowerment. Konseptet egenomsorg handler om mennesker som ikke klarer å ta vare på seg selv, sin egenomsorg, ut fra noen grunnleggende elementer, der for eksempel sykepleier må ta ansvar for pasientens egenomsorg (Cavanagh og Thorbjørnsen 1999). Empowerment er synonymt med bemyndigelse, og handler om at pasienten skal få mer kunnskap, innflytelse og kontroll over sin egen livssituasjon. Det er viktig at sykepleier og pasient har et likeverdig og gjensidig tillitsforhold som ikke preges av et «ovenfra og ned»-forhold der sykepleieren ses på som «ekspert». Videre er det betydningsfullt at sykepleier bidrar til å mobilisere menneskelige ressurser gjennom kunnskapsformidling, og medvirker til å utvikle pasienters helsefremmende ferdigheter (Mæland 2010). Antonovsky (2005) vektlegger fire områder i menneskers liv som en må investere i for å ikke tape ressurser og mening over tid, og et av dem er hovedaktiviteter. Chouliara, Karatzias og Gullone (2014) og Stenius og Veysey (2005) bekrefter den positive effekten av ulike typer fysisk og psykisk aktivitet for å redusere stress, for å gi økt ro, og for å finne balansen i seg selv. Hummelvoll og Dahl (1997) viser til at det er mye sykepleieren kan gjøre for å motivere pasienten til deltagelse. Sykepleier kan for eksempel foreslå nye aktiviteter, invitere til nye utfordringer som for eksempel å gå på kino, besøke utstillinger og reise på restaurantbesøk. Hovedmålet med å motivere til utfordring er at pasienten får sjansen til å bryte ut av trygge og kjente situasjoner (ibid). For at pasienten lettere skal kunne følge opp de nye aktivitetene og endre livsstilen sin er det nyttig om sykepleieren skreddersyr et opplegg som er tilpasset pasientens behov (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). Et av Orem's egenomsorgsbehov er balansen mellom aktivitet og hvile (Cavanagh og Thorbjørnsen 1999). Er man urolig, alltid på vakt og ikke i stand til å slappe av kan det bli vanskelig å sove godt om natten (Herbert, Røen og Wetmore 2013). De som har vært gjennom et traume kan ofte være plaget med søvnforstyrrelser. Et typisk symptom for PTSD som fremkommer i ICD-10 (2005) er blant annet søvnløshet. Sykepleieren kan bidra med å fremme søvn ved å tilrettelegge for en fast rutine ved sengetid. Pasienten kan for eksempel få te som er beroligende å drikke, lese en koselig bok mens man ligger i sengen eller høre på rolig og avslappende musikk. Sykepleieren kan også la døren stå litt oppe eller la en nattlampe være på. Hvis pasienten sliter med vonde drømmer, kan det hjelpe om sykepleier oppfordrer pasienten til å skrive ned det en føler når man våkner. Det å ha fysisk aktivitet på ettermiddagen kan også bedre søvnen (ibid).

Det er mange intervensjoner sykepleiere kan utføre for å fremme mestring av livssituasjon hos pasienten. Resultatene viser at pasientene kan ha angst og et urealistisk syn på trusler (Wilson 2010). Det urealistiske synet på trusler kan føre til unngåelse av situasjoner som kan oppleves som truende. Iversen (2007) forklarer unngåelsesatferd som en innlært måte for å unngå ubehagelig angst. I begynnelsen kan unngåelsesatferden ha en betydning, men det viser seg ofte at den truende opplevelsen ikke lengre er til stede. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) mener dette urealistiske synet på trusler kan være grunnet mangelfull kunnskap om situasjonen eller fantasier og feilaktige forestillinger om den. Fantasier kan ofte fremstå som mer faretruende og alarmerende enn det i virkeligheten egentlig er. Det kan virke betryggende at sykepleieren korrigerer disse feilaktige forestillingene og fantasiene. Det er videre betydningsfullt å hjelpe pasienten til å klargjøre hva man tenker, og til aktivt å velge hvilke verdier man skal bygge livet sitt på i framtiden. Sykepleieren må også være åpen for å ta imot frustrasjon og bekymring rundt situasjonen som har rammet pasienten. Det viser seg å være essensielt at pasienten opplever at de selv kan gjøre noe som har en positiv innvirkning på sin situasjon, og slik deltagelse øker følelse av kontroll. Dette er svært relevant i forhold til empowerment. For at personen skal kunne ta mer ansvar selv og være en aktiv pasient, vil det være viktig at man får realistisk informasjon. Dette hjelper vedkommende til å forberede seg på situasjoner man kan bli stilt ovenfor, og er et viktig utgangspunkt for å kunne mestre disse opplevelsene (ibid).

En deprimert person preges av tristhet, pessimisme og lav selvaktelse. Den deprimerte opplever en følelse av håpløshet. Å ha en opplevelse av håp viser seg å være essensielt for å takle sitt liv og mestre sin livssituasjon når man gjennomgår tap, lidelse og usikkerhet. Håp bidrar til å øke livskvaliteten og Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) definerer håp som «en sammensatt dynamisk livskraft karakterisert ved en trygg, men likevel usikker forventning om å oppnå noe som for den personen som håper, er realistisk å oppnå, og har stor personlig betydning» (s.177). Travelbee karakteriserer håp som en motiverende impuls som bidrar til at den syke får energi, og hjelper personen til å overvinne motgangen og bygge opp kraft til de framtidige vanskelige oppgavene. Den aktive delen av håp er handlinger.

Håpet er sentralt for å mestre livet, og er utgangspunkt for alt vi foretar oss. Sykepleierens handlinger vil basere seg på å hjelpe pasientene til å finne frem sitt håp, til å holde fast ved håpet i perioder med motgang, være til stede som håp når pasienten har det vanskelig, og gi støtte og hjelp til å utforske nytt innhold i håpet (ibid).

5.2 Hvordan fremme og styrke selvfølelse og selvtillit?

Personer som har opplevd incest kan i voksen alder oppleve seksuelle problemer, dårlig selvbilde, ekstrem årvåkenhet og negative tanker. Videre kan de ha problemer med grensesetting og benytte seg av strategier som distansering og flukt.

Kvinner som har vært utsatt for incest kan i voksen alder ha seksuelle problemer (Brown mfl. 2013). Dette kan være grunnet flashbacks, der kvinnen får assosiasjoner til overgrepet. Det ubeviste sinnet handler om instinkter og tidligere erfaringer, og det er mer virkningsfullt enn det bevisste (Dragland og Wilhelmsen 2011). Å ha sex med partneren sin kan bringe frem minner fra overgrepet de opplevde som barn, og de utsatte kan på grunn av dette kan ha problemer med å bli fysisk tatt på. Minnene fra det seksuelle overgrepet syntes å bli lagret i kroppen (Pettersen 2013). Lav selvfølelse er assosiert med følelsen av å være svak, hjelpeløs, skremt, sårbar, skjør, mangelfull, verdiløs og å ikke strekke til. Selvfølelsen blir svekket når man ikke får kjærlighet og når man ikke får godkjenning fra andre. Selvfølelsen blir opprettet i barndommen og er basert på aksept, varme, engasjement, konsistens, ros og respekt. Det er sett en sammenheng mellom at et fysisk helseproblem, uavhengig av type og alvorlighetsgrad, er assosiert med lav selvfølelse (Stuart 2008). Opplevelsen av ekstrem årvåkenhet som beskrives i Wilson's (2010) og Brown's mfl (2013) studie kan kobles til angst. Angst blir sammenlignet med den fysiske smertereaksjonen som oppstår når man for eksempel støter borti noe, kjenner smerte og dermed trekker seg bort. Hildegard Peplau beskriver angst som en subjektiv, følelsesmessig reaksjon, som kan kjennes som ubehagelig uro og bekymring, eller som en underlig forutelse av noe truende. Angst blir utløst kognitivt av en reell eller innbilt påvirkning over noe fryktelig som kan skje (Hummelvoll og Dahl 1997). Ofrene kan oppleve skam og skyldfølelse, noe som kan føre til distansering, unngåelse, selvforakt og

selvødeleggelse. Skam blir ofte assosiert med lav selvfølelse (Skårderud mfl. 2010). Å ha negative tanker om seg selv og føle seg usikker gjør at man trekker seg tilbake, og isolerer seg fra andre (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). Ved å ha negative tanker om seg selv og aldri gi seg selv ros når man lykkes, blir selvbildet sakte ødelagt og man begynner å føle seg verdiløs (Herbert, Røen og Wetmore 2013). Denne følelsen kan bli forsterket når man for eksempel ikke skjønner hvorfor man reagerer med selvbebreidelse etter traumat. Deltakerne i Chouliara, Karatzias og Gullone (2014) fortalte de hadde dårlig forståelse av grenser i relasjoner og at de hadde dårlig selvfølelse. Som et resultat av dette følte de ansvar for alt, inkludert overgrepet. Mange var tilbakeholdne med å be om hjelp, og når de følte lav mestring skyldte de på seg selv (ibid). En person som har vært utsatt for et traume kan begynne å holde seg unna steder og mennesker som kan minne om traume (Herbert, Røen og Wetmore 2013). I truende situasjonen bruker kroppen fight-, flight, freeze-responser. Dette er gode hjelpere når man blir utsatt for stressende hendelser, men hos personer som sliter med angst og senvirkninger av traumer, mobiliseres disse responsene altfor ofte. Under fight og flight-responsene utrustes kroppen seg til å ta opp kampen eller å flykte fra faren. Freeze-responsen kan sammenlignes med dyrenes respons på fare der de «legger seg død» for å bli minst mulig skadet. Kvinner og barn reagerer oftest med freeze-respons i truende situasjoner (Anstorp, Benum og Jakobsen 2006).

Selvbildet beskrives av Håkonsen (2009) som hvordan vi positivt eller negativt vurderer oss selv. Noen har et selvbilde som veier mer over til den positive siden, mens andre har et selvbilde som veier mer mot den negative siden. I hvilken grad selvbilde veier mot det positive eller det negative avhenger av hvilken situasjon man befinner seg i (ibid). «Selvet» og «selvbildet» er synonyme, og Stuart (2008) beskriver selvfølelse som ens personlige mening om ens egen verd, basert på hvordan ens egen atferd møter opp til ens idealer om seg selv.

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) at sykepleieren kan bruke seg selv som instrument for å fremme pasientens identitet og selvbilde. Sykepleiers personlighet er av stor betydning i møte med andre mennesker. Den evnen man har til å sette pris på seg selv, sier noe om vårt anliggende til å sette pris på andre. Når sykepleieren viser at man setter pris på pasientene en

møter ved å verdsette de for den de er, er det i seg selv en helende funksjon på deres egenopplevelse. De kan da føle seg verdsatt. En profesjonell sykepleier veksler mellom å være analytisk distansert, samtidig som man viser medfølelse og nærhet. Sårbarheten er stor hos pasienter med et truet selvilde. Videre mener Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) at det derfor kreves en varsom tilnærming fra sykepleier, noe som innebærer å forstå det pasienten avdekker, og la seg berøre av det. Det er viktig at man ikke blir for engasjert i arbeidet for å hjelpe, slik at pasienten ikke makter å følge tempoet, men at man har i bakhodet at styrking av selvfølelse er tidkrevende (ibid).

Tidligere behandlet man traumer ved at man snakket seg gjennom hendelsen for å rense den for sine følelsesmessige utskielser. Det skulle hjelpe pasienten i å bearbeide hendelsen og de reaksjoner som fulgte med (Courtois 1988). I dag baserer ofte strategiene seg på det stikk motsatte – å stoppe gjenopplevelsene (Anstorp, Benum og Jakobsen 2006). Gjenopplevelse av traumatiske minner har ingen terapeutisk hensikt i seg selv, de sliter ned pasienten og de kan være et tegn på at den indre veggen ikke er stabil. Sykepleier kan hjelpe pasienten med å lære hva gjenopplevelsene er, hvordan de aktiviseres og hvordan de håndteres. Man kan forklare at gjenopplevelsen er et forstyrret minne som er lagret i kroppen og følelsene. De kan gi en følelse av at det vonde skjer igjen, og de gjør fortiden mer levende. Sykepleier kan gå gjennom de konkrete faktorene som trigger pasienten. I hva slags situasjon opplever pasienten gjenopplevelse av traume? Gjenopplevelsene tar pasienten tilbake i tid. Derfor er øvelser som forsterker «her og nå»-bevissthet nyttig (ibid). Mindfulness-øvelser er derfor svært relevant og nyttig i denne sammenheng. Anstorp, Benum og Jakobsen (2006) beskriver videre ulike øvelser for tilstedeværelse. Man kan telle gjenstander, striper, farger eller knapper, og man kan beskrive hva man sanser. Sykepleier kan be pasienten legge merke til pusten, og spørre om pasienten merker at pusten kommer inn gjennom nesa eller at magen beveger seg. Pasienten kan ha en tendens til å fryse fast i traumerelaterte stillinger. Det kan derfor være hensiktsmessig at personen går litt rundt i rommet, at man setter seg i en annen stol eller for eksempel ser ut av vinduet. Man kan også nøytralisere de bakenforliggende traumene, uten å gå direkte inn på dem. Det kan man gjøre ved å for eksempel si: «Kan du kjenne med hånden din, at det finnes ingen pute som kveler deg nå? Kjenn på ansiktet nå». Sykepleier kan videre hjelpe til å organisere minnene ved å fremheve at de alltid har en begynnelse og de får alltid

en slutt. Det kan man gjøre ved å si «Og nå sitter du her og snakker om det vonde... Det som skjedde for lenge siden... Du sitter her i dag på mitt kontor» (Anstorp, Benum og Jakobsen 2006, s. 148).

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) belyser den positive betydningen av å bekrefte pasienten ved å respektere og godkjenne vedkommende sin rett til å være den man er. Det handler om å ha en ikke-dømmende, aksepterende holdning, og fortelle vedkommende at man er god nok som man er. Å bekrefte andres følelser handler om å gi tilbakemelding slik at pasienten opplever å bli forstått og føler aksept. Det kan man gjøre ved å innlede setningen med «Jeg forstår at du kjenner deg...». Det fører til alminneliggjøring, og pasienten føler at man ikke reagerer på en uvanlig måte (ibid).

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) forklarer videre at humor kan fungere som en helbredende faktor. Godmodig spøk kan løse opp sinnsstemningen og spenninger, og kan være et positivt virkemiddel for pasienter som har evnen til å se komisk på ting. Det kan gi dem følelse av kontroll, makt og overtaket på den vanskelige situasjonen. Å sette ord på følelser kan være en viktig komponent på veien mot selverkjennelse, og gjennom å snakke om det vonde man tenker, kan byrden av disse følelsene reduseres. Enkelte kan dra nytte av å utfolde seg gjennom ulike typer kunst, musikk og andre kunstuttrykk som kan hjelpe en med å reagere, bearbeide og uttrykke egne følelser. Andre kan få utløp for frustrasjon og vonde følelser gjennom å sette ordene på papiret (ibid).

Når man skal lære seg å takle distansering og unngåelsesreaksjonene man har etter et traume er man nødt til å forstå hvorfor og hvor ofte de oppstår (Herbert, Røen og Wetmore 2013). Sykepleieren kan hjelpe til med å kartlegge hyppigheten og alvorlighetsgraden av unnvikelsesreaksjonene, samt undervise om hvorfor slike symptomer oppstår. Ved å unngå steder som kan minne om traumet blir man mer på vakt for eventuelle farer. Årvåkenhet kan beskrives som at man er konstant på vakt. Det påvirker dermed ens evne til å fungere i dagliglivet, på grunn at det forstyrrer søvnen, humøret og man blir mer skvetten, nervøs, vaktstom og får et sterkt behov for å kontrollere alt. Et økt spenningsnivå kan sykepleieren

gjøre noe med. Sykepleieren kan også her hjelpe pasienten til å kartlegge hvor ofte denne reaksjonen oppstår, og hva som skjedde når man ble skremt, redd eller ble sint. Sykepleieren kan oppfordre pasienten til å puste dypt og rolig. En avslappende pusteøvelse bidrar til å redusere spenning, bedre søvnkvaliteten, pasienten får sluppet av og kan få tilbake kontrollen hvis man har overreagert på noe (ibid).

Parker mfl. (2007), Brown mfl. (2013) og Wilson (2010) fremhever den helsefremmende effekten av psykoedukasjon. Deltakerne i Parker mfl. (2007) rapportert en positiv effekt av teknikker de lærte som førte til større bevissthet i atferdsmønstre. Det resulterte i at de kunne gjenkjenne negativ atferd og endre den. Arbeidsmetodene i det helsefremmende arbeidet har tre hovedstrategier, der det første handler om å samarbeide med enkeltindivider og grupper, slik at mennesker har et godt utgangspunkt for å ta vare på sin egen helse. Det innebærer blant annet å mobilisere menneskelige og materielle ressurser gjennom kunnskapsformidling (Mæland 2010). Psykoedukasjon omhandler kunnskapsformidling gjennom samtaler med pasienter og pårørende, eller det kan være en mer tradisjonell tilnærming gjennom forelesning av en gruppe pasienter. Hensikten er å fremme mestring gjennom å utdype forståelser av symptom, lidelse, mestringsstrategier og behandling (Skårderud mfl. 2010). Manglende informasjon om sykdommen vil kunne gi følelse av utrygghet og forvirring. Orem's egenomsorgsteori beskriver flere forskjellige hjelpemetoder, og deriblant nevner hun det å veilede en annen og det å undervise (Cavanagh og Thorbjørnsen 1999). Peplau beskriver seks ulike roller sykepleier kan gå inn i. Her nevner hun blant annet det å gå inn i rollen som ressursperson, som innebærer å gi informasjon angående sunnhet og helse, noe som bidrar til at pasienten har mulighet til å forstå sitt problem bedre og i et bredere perspektiv (Eide og Eide 2007). Kognitiv kontroll vil si å ha tilgang på informasjon slik at en situasjon oppleves forutsigbar og entydig. En viktig oppgave for sykepleier er derfor å undervise og informere om sykdommen, samt strategier for å mestre de ulike senvirkningene, slik at pasienten vil føle en styrket opplevelse av kontroll (ibid).

En forutsetning for læring er at pasienten innehar et visst modenhetsnivå (Håkonsen 2009). Pasientens følelsesmessige og kognitive faktorer har en avgjørende innvirkning på om pasienten er moden nok til å lære. Det at pasienten har lyst til å lære, er interessert og har motivasjon til å lære noe nytt er avgjørende faktorer for at læringen skal bli best mulig (ibid).

Det er viktig at pasient og sykepleier setter seg noen felles mål om hva undervisningen skal føre til, og da er begrepet empowerment sentralt (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). Et overordnet mål er at pasienten skal lære å mestre sin tilstand. Det at sykepleier bemyndiger en pasient vil si at sykepleieren styrker pasientens kompetanse, selvtillit og den evnen pasienten har til å være mer delaktig i å formulere mål, ta beslutninger og utføre handlinger på vegne av seg selv (ibid). Opplevelse av empowerment kan skape følelsen av økt selvfølelse, identitet og tilhørighet (Mæland 2010). Hensikten og meningen med det som læres bort bidrar til å fremme læring (Håkonsen 2009). Pasienten vil tilegne seg kunnskapen bedre og raskere hvis han/hun ser på det som skal læres som noe nyttig og viktig for en selv (ibid). Pasienten kan gjøre nytte av å få fakta om sin tilstand, informasjon om videre behandling og hvordan han/hun kan leve med sin tilstand (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). Hvis personen går på noen medisiner i forhold til sin diagnose, kan sykepleier gi informasjon om hvordan de virker og om eventuelle bivirkninger. Hvilken metode sykepleieren velger å bruke er avhengig av hva målet for undervisningen er og det kan godt være nyttig å kombinere flere forskjellige metoder. Sykepleieren kan enten bruke individuell undervisning eller samle flere pasienter i samme situasjon og ha gruppeundervisning. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) mener videre at når sykepleieren gir ut skriftlig informasjon før selve undervisningen blir pasienten bedre forbered og drar bedre nytte av undervisningen.

Deltakerne i Parker`s mfl. (2007) studie rapporterte at kognitiv atferdsterapi hadde en positiv effekt på de negative tankene de hadde. Kognitiv atferdsterapi har en helsefremmende tilnærming, der målet er at sykepleieren skal skape en kognitiv forandring. Pasienten kan da endre sine tanker og antagelser, som kan føre til varig følelsesmessig og atferdsmessig forandring (Beck 2013). Kognitiv atferdsterapi er en form for psykoterapi som har blitt prøvd ut og blitt vist som effektivt i mange kliniske studier (Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy 2014). I forhold til mange andre former for psykoterapi, fokuserer kognitiv

atferdsterapi mer på nåtiden, er mer tidsbegrenset og er mer fokusert på problemløsning. Pasientene lærer også mer spesifikke ferdigheter, som å identifisere forvrengt tenkning, endre holdninger, forholde seg til andre på ulike måter og endre negativ atferd (ibid). Chouliara, Karatzias og Gullone (2014) beskriver at de inkluderte deltakerne i deres studie følte ansvar for alt, inkludert overgrepet. Hvis man føler skyld for alt, kan det være hensiktsmessig å få et mer konstruktivt syn på skyldfølelsen, som for eksempel at overgrepet var noe man ikke kunne kontrollere (Herbert, Røen og Wetmore 2013). Noen ganger er det enklere å påta seg skylden enn å akseptere at man ikke kunne gjort noe for å forhindre det som skjedde. Man kan ha tanker om hva man kunne gjort annerledes for å forhindre overgrepet, noe som kan hindre at man aksepterer og forstår hvorfor traumet inntraff. Visualisering er en viktig del av prosessen mot forbedring og det gjøres ved å se for seg et bilde av hvordan man vil at sin egen fremtid skal se ut. Sykepleieren kan legge til rette for visualisering ved å be pasienten sette seg komfortabelt, puste dypt og rolig og lukke øynene. Videre kan sykepleier beskrive hva pasienten skal se for seg, for så å la pasienten ta over og fortelle hva han/hun ser, hører og føler (ibid). Mindfulness og selvaksept er sentrale uttrykk under kognitiv atferdsterapi (Skårderud mfl. 2010)

78% av kvinnene i Stenius og Veysey's (2005) studie uttrykker viktigheten av å ta deres egne beslutninger og sette grenser for seg selv.

Autonomi handler om å følge sin egen indre mening uten ytre påvirkning. For at pasienten skal ha en god forutsetning for å ta selvstendige valg, er objektiv informasjon om ulike alternativer og konsekvenser av dette sentralt. Autonome avgjørelser kan bli påvirket av personens mentale tilstand, som sterk angst og depresjon (Brinchmann 2008). «Self-empowerment-modellen» handler om at pasienten skal kunne ta frivillige avgjørelser om helse spørsmål ut i fra gitt informasjon fra sykepleier eller andre kompetente helsearbeidere. Stimuli av personens selvaktelse, myndighet, autonomi og sosiale ferdigheter vil styrke deres beslutninger angående deres helse. En forutsetning for økt empowerment, trygghet og livskvalitet er opprettelsen av et gjensidig forhold mellom sykepleier og pasient. I denne relasjonen fremmes krefter og ressurser hos begge parter ved at sykepleieren forsyner

pasienten med sin faglige kunnskap, som dermed bidrar til at pasienten kan ta gode valg for seg selv (Hummelvoll og Dahl 1997).

5.3 Hvordan styrke og fremme evne til mellommenneskelige relasjoner?

Incestofre kan i voksen alder føle seg ensomme og de kan isolere seg. Noen føler i liten grad at de er intelligente og kapable til å ta egne valg, og mange har vanskeligheter med å snakke om overgrepet.

I de første leveårene utvikler barn en grunnleggende tillit eller mistillit til sin omverden ved at foreldre eller andre omsorgspersoner gir dem nærvær og omsorg, noe som er essensielt for barn (Håkonsen 2009). Traumer man er blitt utsatt for i barndommen av nære omsorgspersoner kan resultere i at barnets tilknytningssystem blir traumatisert (Anstorp, Benum og Jakobsen 2006). De fleste incestutsatte i Chouliara, Karatzias og Gullone's (2014) studie innrømmet at de skammet seg, noe som førte til ensomhet og isolasjon. Personer som opplever en krise kan spørre seg selv hva de har gjort for å fortjene dette. De kan se på seg selv som årsaken til at hendelsen skjedde, og at det var noe de fortjente, en straff (Eide og Eide 2007). Skam i forhold til seksuelle overgrep oppstår når den voksne tillitspersonen til barnet utøver makt, vold og er truende, slik at barnet holder seg i situasjonen ved å rette sinnet mot seg selv (Iversen og Øglænd 2010). Skammen gjør dermed at barnet trekker seg tilbake, føler selvforakt og selvødeleggelse og gjør derfor at intimiteten til andre blir begrenset (Skårderud mfl. 2010). Incest krenker barnets integritet og den seksuelle handlingen baserer seg på overgriperens behov. Aktiviteten bryter med sosiale tabuer innenfor familie og sosialt miljø (SMISO 2014). I følge noen incestofre ble en følelse av hemmeligholdt angående overgrepet forverret ved at familien nektet å innrømme eller snakke om overgrepet. En utfordring var mangel på støtte fra familien og samfunnet, spesielt dersom gjerningsmannen var i nær familie eller en person med høy status. Det vedlikeholdt skamfølelsen og isolasjonen, og de følte seg overveldet av frykt for konsekvensene ved å avsløre det. De følte en altomfattende følelse av tap av kontroll ved å måtte gi slipp på hemmeligheten de hadde tilpasset seg siden barndommen (Chouliara, Karatzias og Gullone 2014).

Stenius og Veysey (2005) rapporterte viktigheten av terapeutens mellommenneskelige behandling og oppførsel som en avgjørende del av heleprosessen. En terapeutisk relasjon vil kunne fremme pasientens tillit. Krogh (2005) definerer en terapeutisk allianse mellom sykepleier og pasient som at sykepleieren skal hjelpe pasienten og at pasienten skal ha tillit til at sykepleieren støtter og hjelper en gjennom vanskelige faser av behandlingen (s.199). En allianse kan forstås som det forholdet som oppstår mellom to personer som har samme interesser og mål. Dette forholdet blir opprettet i en tidlig fase av forholdet og er helt avgjørende for å få en vellykket arbeidsfase (ibid). Tillit er et sentralt ord i en terapeutisk relasjon, og det at behandlingen er preget av god informasjon, medfølelse og gjensidig kommunikasjon er særdeles viktig (Dragland og Wilhelmsen 2011). Pasienten blir ofte svært knyttet til den sykepleieren den har opprettet et terapeutisk forhold til og for at pasienten skal føle seg trygg i forhold til sykepleieren er det nødvendig at behandlingen blir planlagt med tanke på hva begge parter forventer av hverandre, spesielt med tanke på hvordan pasienten mener sykepleieren skal støtte og hjelpe (Krogh 2005). Joyce Travelbee's teori om menneske-til-menneske-relasjon handler om sykdommer, lidelse, smerte, håp, kommunikasjon, interaksjon, empati, forståelse og hvordan en kan bruke seg selv terapeutisk (Marriner-Tomey og Alligood 2011). Hun hevder at sykepleie blir realisert gjennom en menneske-til-menneske-relasjon. En slik relasjon begynner med det innledende møte, som så utvikler seg videre til at sykepleier og pasienten synliggjør sine identiteter, og utvikler en empatisk forståelse som senere utvikler seg videre til sympati og til slutt har sykepleier og pasient oppnådd en gjensidig forståelse og kontakt (ibid). Hun misliker betegnelsene «pasient» og «sykepleier», da hun mener disse fremhever stereotype rolleoppfatninger og kamuflerer det enkelte individ (Eide og Eide 2007). Hildegard E. Peplau sin teori understreker viktigheten av at sykepleierne har evne til å forstå sin egen atferd før de kan hjelpe andre med å identifisere det de oppfatter som vanskelig (Marriner-Tomey og Alligood 2011). Hun utarbeidet 4 faser i sykepleie-pasient- relasjonen; orienteringsfasen, identifikasjonsfasen, utnyttelsesfasen og oppløsningsfasen (ibid). Videre beskrev Pepleu 6 roller sykepleieren inntok i denne relasjonen. Det var rollen som fremmed, der man møter pasienten som alle andre, rollen som ressurs, der sykepleieren besvarer spørsmål og gir informasjon, rollen som underviser, der

sykepleieren gir instruksjoner og tilrettelegger, rollen som veileder, der sykepleieren hjelper pasienten til å forstå meningen med livsomstendighetene, rollen som surrogat, der sykepleieren hjelper pasienten i å bli klar over områder for avhengighet, koavhengighet og uavhengighet og handler som pasientens talsmann og rollen som aktiv leder, der sykepleieren hjelper klienten til å påta seg maksimalt ansvar for oppnåelse av behandlingsmål. Peplau legger vekt på at pasienten skal være en aktiv klient og at sykepleieren ikke skal passivt utføre legens forordninger, men det skal være et gjensidig partnerskap mellom pasient og sykepleier (Eide og Eide 2007).

Det er enkelte prinsipper sykepleier kan følge for å fremme trygghet og stabilitet hos pasienten. Det ene er forutsigbarhet. Traumatiske mennesker er svært sårbare for raske skiftninger, da dette kan skape usikkerhet og uro. Det er viktig å være forutsigbar i forhold til hva man sier, hva man mener, planlegging av avtaler, rutiner og gangen i samtalen. Det at man oppfører seg på samme måte og at man ikke skifter for mye klesstil kan også være viktige elementer for å skape en trygg atmosfære. Mange incestutsatte har opplevd å bli sviktet av hjelpeapparatet. De kan ha opplevd at andre ikke har hørt deres fortvilelse og tatt det på alvor. I beste mening kan enkelte ha sagt ting som «Nei, så galt er det vel ikke?» eller «Sånn kan du vel ikke ha det?». Ved at man skyver ubehaget unna på den måten, resulterer det i at pasienten kan føle seg enda mer alene og redd. Det er derfor viktig at sykepleier bekrefter det pasienten forteller (Anstorp, Benum og Jakobsen 2006).

En spesifikk mindfulness-øvelse om relasjonshåndtering handler om å gi forhold oppmerksomhet, å finne balanse mellom egne prioriteringer og andres krav, å finne balanse mellom hva jeg «vil» og hva jeg «bør», samt å bygge opp beherskelsen og selvrespekten (Tharaldsen og Otten 2008). Sykepleier kan først innlede med en enkel pusteøvelse for at pasienten skal være tilstede her og nå. Videre kan sykepleier undervise hva en effektiv relasjon innebærer. Det vil si hvordan man bevarer og/eller forbedrer forholdet til andre. Relasjonsferdighetene som beskrives er forsiktighet, interesse, annerkjennelse og enkelthet. Forsiktighet innebærer en behersket og høflig oppførsel, som ekskluderer verbale angrep, trusler og bedømming. Videre kan viktigheten av å vise interesse beskrives. Det innebærer å la den andres syn og meninger komme frem. Det er viktig å anerkjenne den andres følelser,

ønsker, utfordringer og meninger. Dette forutsetter at man er fordomsfri. Det er viktig å ha en mild oppførsel, slik at andre føler seg trygge og blir beroliget (ibid).

90% av deltakerne i Stenius og Veysey's (2005) studie fremhever betydningen av empati og den positive effekten av å snakke med andre med like opplevelser, spesielt de som har opplevd lignende opplevelser. Parker (2008) og Brown mfl. (2011) understøtter denne positive virkningen av gjensidig aksept og følelse av empowerment og selvtillit. Irwin Yalom (1975) har i Hummelvoll og Dahl (1997) beskrevet 11 gjensidige avhengige faktorer i en terapeutisk gruppesammenheng. Å gi håp handler om at gruppe medlemmene fylles av håp om at erfaringene de opplever vil hjelpe dem videre og ut av den vanskelige situasjonen de er i. Alminneliggjøring avviser pasientens opplevelse av å være alene i sin triste, ulykkelige situasjon. Under informasjonsdeling får deltakerne forklarende instruksjoner, råd og forslag. Uselviskheter handler om at pasienten forstår og opplever at han kan tilføre andre noe positivt. En korrigerende gjentakelse av opplevelser i familiegruppe omhandler at deltakerne får et nytt syn på familielivet og dermed bearbeider tidligere familiekonflikter som har vært til hinder for opprettelse av relasjoner til andre. Utvikling av sosialiseringsteknikker hjelper pasienten til å være mer åpen og imøtekommende i relasjoner til andre, og det bedrer evnen til å løse konflikter. Sosialiseringsteknikkene kan være modell-læring, mellommenneskelig læring, gruppesamhold, katarsis og eksistensielle faktorer. Modell-læring innebærer å teste ut andres atferd. Mellommenneskelig læring gjør deltakerne i stand til å iaktta andre gruppe medlemmers atferd, noe som fører til at den enkelte griper tak i lite tilfredsstillende mellommenneskelige forhold. Gruppesamhold handler om å interessere seg for gruppen, som øker en følelse av fellesskap. Katarsis (renselse) innebærer å gi uttrykk for følelser som dermed forenkler den vanskelige tilstanden pasienten befinner seg i. Eksistensielle faktorer dreier seg om tilstedeværelse i samhandling med andre (ibid). Brown mfl. (2013) rapporterer at gruppeteknikker gir gjensidig aksept og åpenbaring fra å se andre lignende historier av flere i gruppen, og det ble assosiert med effektiv og kraftig helbredelse.

Antonovsky (2005) hevder at samhandling med andre i en gruppe kan gi sense of coherence. I en gruppe med sterk sense of coherence er det et høyt nivå av samsvar i følelser (ibid). Ved bruk av gruppeteknikker i sykepleie er det sykepleieren som har ansvaret for flere pasienter

og blir lederen av gruppen. Sykepleierens rolle i en gruppesammenheng blir å informere om tegn på tilbakefall og viktigheten av å unngå stressfaktorer og undervise om hvordan pasientene kan tilrettelegge livet sitt på en fornuftig måte i forhold til døgnrytme, søvn, og måltider (Skårderud mfl. 2010). Sykepleieren kan være en aktiv lytter til det pasienten har å si som dermed bidrar i styrking av selvfølelse, fordi man får følelsen av å bli tatt på alvor. Å være en aktiv lytter handler om å ha oppmerksomheten rettet mot pasienten, være interessert, konsentrert og tilstede. Pasienten kan gjennom å fortelle sine historier til andre, oppleve å bli bevisst på nye erkjennelser (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005).

6.0 KONKLUSJON

Spørsmålet som skulle besvares var hvordan man kunne fremme livsmestring hos kvinner som hadde vært utsatt for incest i barndommen. Det har ut ifra våre resultater vist seg å være sammenheng mellom incest og utvikling av PTST, samt traumatiske senvirkninger i voksen alder hos incestutsatte. Tiltak som kan bidra til økt mestring av livet hos incestutsatte er blant annet mindfulness og stressmestring-strategier, som viser seg å være effektivt for gjenopprettelse av ro og balanse. Sykepleier kan gi en innføring i mindfulness, som handler om å være tilstedeværende, og kan utøves gjennom å få kontakt med pusten, og videre følge ulike øvelser som er tankefokuserende. Sykepleier kan gjennom kunnskapsformidling utvikle folks helsefremmende ferdigheter. Man kan for eksempel foreslå nye aktiviteter og invitere til nye utfordringer som for eksempel å gå på kino, besøke utstillinger og reise på restaurantbesøk.

Psykoedukasjon er rapportert effektivt i reduksjon av traumatisk stress, og styrkende i evnen til bruk av problemløsningsstrategier. Sykepleier kan utøve psykoedukasjon gjennom samtaler med pasienter, pårørende eller en mer tradisjonell tilnærming gjennom forelesning av en gruppe pasienter. Man kan da undervise og informere om sykdommen, samt strategier for å mestre de ulike senvirkningene, slik at pasienten vil føle en styrket opplevelse av kontroll. Psykoedukasjon er veldig sentralt for at pasienten skal kunne ta autonome valg. Kognitiv atferdsterapi har en helsefremmende tilnærming, som har vist seg å ha positiv effekt på negative tanker.

Terapeutens mellommenneskelige behandling blir sett på som en viktig del av heleprosessen, og møte gruppevis med andre som har opplevd lignende opplevelser viser seg å gi en følelse av empowerment og selvtillit. Sykepleier bør jobbe for opprettelsen av en tillitsfull, terapeutisk allianse. Effekten av en slik allianse avhenger av god informasjon, medfølelse og gjensidig kommunikasjon. Det er videre viktig at sykepleier fremhever at pasienten er en likeverdig part, og at sykepleier ikke har en «ovenfra-og-ned» holdning.

Psykiatrien har gått gjennom store forandringer de siste tiårene, så behovet for ny forskning er stort. Dagens forskning viser en vesentlig forskjell i forhold til studier gjort for 20-30 år siden. Begrepet helsefremmende arbeid ble blant annet ikke brukt bevisst før idegrunnlaget manifesterte seg på Ottawa-charteret i 1986 (Mæland 2010). Mindfulness er inspirert av Østens meditasjonsteknikker der fokuset er på aksept, selvfølelse og oppmerksomt nærvær. Vi mener at behovet for slike strategier er betydningsfullt, spesielt i dagens samfunn, der stress er den nye epidemien. Videre ser vi viktigheten av å belyse temaet incest, slik at det kan føre til en økende aksept i samfunnet når det kommer til avsløring.

De fleste funnene våre baserer seg på helsefremmende strategier for traume, og ikke spesifikt incestutsatte. Det slås derfor fast at det er behov for ytterligere forskning på helsefremmende strategier for å styrke livsmestring hos incestofre.

EN STILLE GLEDE

Det finnes stunder i livet
når allting synes å bero.
Hvor henter jeg min styrke,
hvor finner jeg min tro?

Det finnes en stille glede
i hverdagen, skjult bakom slit.
Hvor finner jeg det stedet,
og hvordan kommer jeg dit?

I

(Lill, Randi og Veronica 1999) s.22

LITTERATURLISTE

Anstorp, T., K. Benum og M. Jakobsen (2006) *Dissosiasjon og relasjonstraumer: integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforl.

Antonovsky, A. (2005) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy (2014) *Q: What is cognitive behavior therapy?* [online]. URL: <http://www.beckinstitute.org/cognitive-behavioral-therapy/#q-n-a-70> (07.05.14).

Beck, J. S. (2013) *Kognitiv adferdsterapi: grundlag og perspektiver*. København: Akademisk Forlag.

Brinchmann, B. S. (2008) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Brown, D. mfl. (2013) The effectiveness of group treatment for female adult incest survivors. I: *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 22(2), s. 143-152.

Bruch, H. (1974) *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. London: Routledge & Kegan Paul.

Canton-Cortes, D. og J. Canton (2010) Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator. I: *Child Abuse & Neglect*, 34(7), s. 496-506.

Carlson, B. E. (2011) Sibling incest: Adjustment in adult women survivors. I: *Families in Society*, 92(1), s. 77-83.

Cavanagh, S. J. og K. M. Thorbjørnsen (1999) *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforl.

Chouliara, Z., T. Karatzias og A. Gullone (2014) Recovering from childhood sexual abuse: A theoretical framework for practice and research. I: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(1), s. 69-78.

Courtois, C. A. (1988) *Healing the incest wound: adult survivors in therapy*. New York: W.W. Norton.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Database for statistikk om høgre utdanning (2013) *Vitenskapelig publisering*. [online]. URL: <http://dbh.nsd.uib.no/pub/hjelp.jsp> (14.04.14).

Dragland, Å. og E. Wilhelmsen (2011) *Kroppens skjulte intelligens*. [Oslo]: Flux.

Eide, H. og T. Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Garsjø, O. (2001) *Sosiologisk tenkemåte: en introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Herbert, C., P. Røen og A. Wetmore (2013) *Å bekjempe traumatisk stress: en selvhjelpsguide basert på kognitiv atferdsterapi*. Trondheim: Akademika.

Hoffmann, T. (2013) *Hva kan vi bruke kvalitativ forskning til?* [online] Forskning.no. URL: <http://www.forskning.no/artikler/2013/september/366837> (10.04.14).

Hummelvoll, J. K. og T. E. Dahl (1997) *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie*. [Oslo]: Ad notam Gyldendal.

Høgskolen i Gjøvik (2011) *Helse i dagliglivet*. [online]. URL: http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/helse_i_dagliglivet (03.02.2014).

Høgskolen i Gjøvik (2014) *Oppgaveskriving*. [online]. URL: <http://www.hig.no/biblioteket/oppaveskriving> (15.04.14).

Håkonsen, K. M. (2009) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

ICD-10 (2005) *ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer : systematisk del, alfabetisk indeks, opplæring*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Iversen, E. og M. Øglænd (2010) *Skambitt: senvirkning og behandling av kvinner som har opplevd seksuelle overgrep*. Nesttun: Folio forl.

Iversen, T. (2007) *Kognitiv terapi: stress og traumer*. København: Reitzel.

Kimbrough, E. mfl. (2010) Mindfulness intervention for child abuse survivors. I: *Journal of Clinical Psychology*, 66(1), s. 17-33.

Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (2005) *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Krogh, G. v. (2005) *Begreper i psykiatrisk sykepleie: sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner*. Bergen: Fagbokforl.

Lill, A., Randi og Veronica (1999) *Den som åpner seg får nye øyne*. Trondheim: Senter mot incest Sør-Trøndelag.

Lindberg, U. W. og B. v. Schantz (2002) *Vet du hva det koster?: konsekvenser av seksuelle overgrep*. [Oslo]: Emilia.

Marriner-Tomey, A. og M. R. Alligood (2011) *Sygeplejeteoretikere: bidrag og betydning i moderne sygepleje*. København: Munksgaard.

Morrill, M. (2014) Sibling sexual abuse: An exploratory study of long-term consequences for self-esteem and counseling considerations. I: *Journal of Family Violence*.

Mueller, P. S., D. J. Plevak og T. A. Rummans (2001) Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice. I: *Mayo Clinic Proceedings*, 76(12), s. 1225-1235.

Mæland, J. G. (2010) *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.

Parker, A. mfl. (2007) The experience of trauma recovery: A qualitative study of participants in the Women Recovering from Abuse Program (WRAP). I: *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 16(2), s. 55-77.

Pettersen, K. T. (2013) A study of shame from sexual abuse within the context of a Norwegian incest center. I: *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 22(6), s. 677-694.

Polit, D. F. og C. T. Beck (2010) *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Samfunnsspeilet (2001) *Seksualforbrytelser - skjebner i rettssystemet*. [online]. URL: <https://www.ssb.no/a/samfunnsspeilet/utg/200103/ssp.pdf> (10.04.14).

Seto, M. C. og M. L. Lalumiere (2010) What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. I: *Psychological Bulletin*, 136(4), s. 526-575.

Skårderud, F. mfl. (2010) *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

SMISO (2014) *Hva er incest/seksuelle overgrep?* [online]. URL: www.smiso.no/index.php/article/articleview/28/1/3 (02.02.2014).

Statistisk Sentralbyrå (2014) *Etterforskede lovbrudd, 2012*. [online]. URL: <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/lovbrudde/aar/2014-02-11?fane=tabell&sort=nummer&tabell=162559> (11.02.14).

Stenius, V. M. K. og B. M. Veysey (2005) "It's the Little Things": Women, Trauma, and Strategies for Healing. I: *Journal of Interpersonal Violence*, 20(10), s. 1155-1174.

Stuart, G. W. (2008) *Principles and practice of psychiatric nursing*. St. Louis: Mosby.

Støren, I. (2013) *Bare søk! : praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie*. [Oslo]: Cappelen Damm.

Sutton, J. (2007) *Healing the hurt within: understand self-injury and self-harm, and heal the emotional wounds*. Oxford: How To Books.

Tharaldsen, K. B. og H. Otten (2008) *Mestringsteknikker for livsvansker: mindfulness-based coping : MbC-manual*. Stavanger: Hertervig forl.

Ullman, S. E. (2007) Relationship to Perpetrator, Disclosure, Social Reactions, and PTSD Symptoms in Child Sexual Abuse Survivors. I: *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 16(1), s. 19-36.

Varvin, S. (2003) *Flukt og eksil: traume, identitet og mestring*. Oslo: Universitetsforl.

Wilson, D. R. (2010) Stress management for adult survivors of childhood sexual abuse: A holistic inquiry. I: *Western Journal of Nursing Research*, 32(1), s. 103-127.

World Health Organization (2014) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. [online] WHO. URL: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/diagnostic/en/ (24.04.14).

Vedlegg 1 Søketablell 1

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Valgt artikkel
1. Incest	AMED	1 and 3		1	
2. Trauma					
3. Nursing					
4. Empowerment	Psych info	27 and 3		79	
5. Healing			År 2000-2014	64	
6. Coping					
7. Sexual abuse		1 and 3		2	
8. Child abuse					
9. Mental health		3 and 7		17	
10. Sexually abuse		1 and 5		39	
11. Abused child					
12. Ego strengt		1 and 5 and 3		0	
13. Relation					
14. Relationship		1 and 5 and 7		39	
15. Therapeutic process		4 and 7		26	
16. Promote health		4 and 20		33	
17. Psychotherapy					
18. Female		7 and 4 and 20		9	
19. Nursing interventions		27 and 7		643	
20. Incest survivors		27 and 7 and 32		71	
21. CSA					
22. CBT		27 and 7 and 32 and 9		0	
23. Adult					
24. Treatment					
25. Psychiatric nursing		27 and 7 and 32 and 2		12	
26. Cognitive rehabilitation					
27. PTSD					
28. Recovery					
29. Therapeutic relations	Pub med	1 and 9	«Free full text available»	126	
30. Therapeutic					
31. Therapies				6	
32. Cognitive therapy/cognitive behavior therapy		1 and 22		17	
33. Cognitive therapy		1 and 24 and 23		423	
34. Nursing care			År 2000-2014	101	
35. Trauma recovery		1 and 24 and 23 and 18		79	
		28 and 7 and 18 and 9	År 2000-2014	33	«Recovering from childhood sexual abuse: a theoretical framework for practice and

					research»
	Proquest	1 and 3 and 15 and 6 and 5		245	
			År 2004-2014	131	
			«Article»	25	
			Subject: humans	9	
		1		518	
		1 and 3		129	
		1 and 3 and 15		51	
		1 and 3 and 29		42	
		1 and 3 and 2		197	
		1 and 3 and 2 and 30		101	
	Academic search elite	1 and 9	“Full text” År 2004-2014	15	
		1 and 2		18	
		30 and 7		148	
		30 and 7 and 3		10	
		27 and 3 and 7		33	
		27 and 4 and 28		13	
		35 and 25		4	
		3 and 7 and 28		7	
	Cinahl	1 and 3 «Linked full text»		60 5	
		20 and 18		25	
		1 and 17	År 2000-2014	41 11	
			“Linked full text”		

		7 and 3 and 22	År 2004-2014	222 58 39	
		1 and 3		60	
		1 and 3 and 25		14	
		20 and 23		34	
		1 and 27		5	
		27 and 25		4	
		27 and 3	År 2000-2014	166 135	
		27 and 3 and 18	År 2000-2014	54 43	
		27 and 3 and 24	År 2000-2014	32	
		27 and 25	År 2000-2014	17	
		27 and 3 and 24		39	
		1 and 31		0	
		1		122	
		1 and 3		6	
		1 and 30		0	
		1 and 2		13	

		20 and 23		34	“Treatment of sexually abused children and adult survivors – The effectiveness of group treatment for female adult incest survivors”
	Svemed+	1		25	
	Ovid Nursing database	1 and 34		66	
		1 and 34 and 30		65	
		1 and 4		2	
		7 and 4		9	
		1 and 27		3	
		7 and 27		106	
		7 and 27 and 30		63	
		7 and 27 and 30 and 9		12	
		2 and 30 and 9		84	
		2 and 30 and 9 and 7		10	
		2 and 33		13	
		27 and 25		124	
		27 and 25 and 33 and 17		53	
		27 and 7		107	
		27 and 7 and 25		9	
	Medline	1 and 33		3	
		33 and 7		85	
		33 and 7 and 2		32	

Vedlegg 2 Søketablell 2

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Valgt artikkel	
1. Incest	Academic search elite	1 and 3		17		
2. Trauma						
3. Empowerment						
4. Coping			1 and 4		27	
5. Mindfulness						
6. Self-acceptance						
7. Health promotion			2 and 3 and 4		39	
8. Trust						
9. Self*						
10. Cognitive therapy			1 and 4 and 9		11	
11. Therapeutic process						
12. Healing						
13. Promote health			2 and 3		221	
14. EDMR				«Full text»	73	
15. Music therapy			År 2000-2014	69		
16. Sexual abuse						
17. Adult						
18. Coping behavior						
19. Selp perceptioin		2 and 4		1594		
20. Recovery						
21. Mapping						
22. Diagnosis		2 and 4 and 7		14		
23. Mental disorder						
24. Diagnos*	Cinahl					
25. Mental health		2 and 3		76		
26. Therapeutic alliance			Subject: major headings:	9		
27. Cognitive behavior therapy			«stress disorders, post traumatic»			
28. Mindfulness-based cognitive therapy						
29. PTSD						
			1 and 4		28	
			2 and 3 and 4		14	
			2 and 7 and 4		5	
			2 and 6		1	
			2 and 8 and 4		20	
		2 and 3 and 8		3		
		1 and 3		7		
		2 and 3		76		

		2 and 7		117	
		2 and 3		76	The experience of Trauma Recovery: A Qualitative Study of Participants in the Women Recovering from Abuse Program (WRAP)
	Proquest	1 and 3 and 4	”peer reviewed” “females” År 2000-2014	68 41	
	Sage Journals	2 and 4		6	
		1 and 4	Advanced search	929	
		1 and 4 and 3	Advanced search År 2000-2014	123 93	«Stress management for adult survivors of childhood sexual abuse: A holistic inquiry» Og; “It’s the little things: Women, Trauma and strategies for healing”
		2 and 4 and 3	Advanced search	1048	
		1 and 7	Advanced search	91	
		1 and 7 and 4	Advanced search	45	

		1 and 4 and 9	Advanced search	841	
		1 and 4 and 9 and 8	Advanced search	315	
		1 and 9 and 3 and 8	Advanced search	133	
			År 2000-2014	111	
	Pud Med	1 and 4		139	
		1 and 4 and 3		4	
		2 and 4 and 3	År 2000-2014	90 68	
		1 and 8		13	
		1 and 5		0	
		2 and 5		40	
	Science direct	1 and 4	“Journals” År 2000-2014	504	
		1 and 4 and 3		114	
		1 and 4 and 3 and 8		58	
		1 and 5		43	
		2 and 3 and 4 and 8	År 2000-2014 “Journal”	360 259	
	Psychinfo				

		1 and 16	2002-2014	406	“ Mindfulness intervention for child abuse survivors”
		16 and 3		29	
		16 and 3 and 7		2	
		16 and 3 and 18		5	
		16 and 5		4 (3)	
		16 and 2		1108	
		16 and 2 and 3		5	
		16 and 2 and 20		22	
		21 and 22 and 23		268	
		21 and 24 and 23		272	
		21 and 24 and 23 and 7		0	
		21 and 24 and 23 and 25		8	
		1	2000-2014		
		1 and 3		1904	
		1 and 5		0	
		1 and 7		0	
		1 and 8		0	
		1 and 4		0	
		1 and 2		5	
		1 and 19		10	
	Ovid medline	1		4	
		1 and 3	2000-2014	1550	
		1 and 5		5	
		16 and 5		0	
		2 and 5		0	
		1 and 7		2	

		7 and 16		0	
		7 and 16 and 4		59	
		7 and 16 and 3		1	
		7 and 16 and 2		6	
		1 and 4		2	
		1 and 4 and 9		232	
		6 and 16		3	
				3	
	Proquest	1 and 3			
		1 and 5	2000-2014 Peer review	1	
		16 and 5		0	
		16 and 7		6	
		16 and 7 and 3		43	
				3	
	Academic seach elite	16 and 26			
		1 and 27		14	
		16 and 27		2	
		16 and 27 and 5		87	
		1 and 28		2	
		16 and 28		0	
			Smart text searching	0	
		28 and 7		10	
		28 and 23		2	
		28 and 29		31	
		27 and 29		12	
		27 and 29 and 1		494	
		27 and 29 and 16		1	
		27 and 16 and 2		27	
		27 and 16 and 2 and 29		34	

Emnenavn: Bacheloroppgave

Emnekode: SPL3903

Navn: Ingvild Håvelsrud og Ingunn Hagen

Kull: 11HBSPLH

				15	
--	--	--	--	----	--

Vedlegg 3 Lesematrix utvalgte artikler

Artikkel nr.	Referanse	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Metode	Resultat og diskusjon
1	<p>Tidsskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</p> <p>Forfatter: Chouliara, Karatzias og Gullone</p> <p>Tittel: Recovering from childhood sexual abuse: a theoretical framework for practice and research.</p> <p>År: 2014</p> <p>Land: England</p> <p>Database: Pub Med</p>	Denne studiens hensikt er å få frem synspunkter og levde erfaringer fra mannlige og kvinnelige voksne overlevende etter seksuelle overgrep som barn om deres gjenopprettingsprosess. Ved hjelp av kritisk hendelse intervju teknikk utvikles det en overlevende-sentrert og klinisk gjenopprettelse fra seksuelle overgrep av barn i voksen alder.	Dette er en kvalitativ studie der 22 voksne overlevende etter seksuelle overgrep som barn som ble inkludert. Inklusjonskriterier var: historie av seksuelle overgrep som barn, være villig til å delta og undertegne skriftelig samtykke. Eksklusjonskriterier var: yngre enn 18 år, opplever tilstedeværende psykiske vansker som hindrer evnen til å mestre, tilstedeværende rusmisbruk eller tilstedeværende tanker om å skade seg selv eller andre.	<p>Resultatene ble delt inn i følgende punkter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>Det berørte selvet</p> <p>Overlevende fortalte de hadde dårlig forståelse av grenser i relasjoner og dårlig selvdefinisjon. Som et resultat av dette føler de ansvar for alt, inkludert overgrepet. Mange var tilbakeholdende med å be om hjelp og når de følte de ikke mestret noe skyldte de på seg selv og følte skyld isteden. De følte også skyld og utilstrekkelighet når deres vaktomhet og overbeskyttelse forstyrret deres måte å være foreldre på. De fleste av de overlevende innrømmet å skamme seg og føle seg defect. Disse følelsene bidrar til følelser av ensomhet og isolasjon. Mange innrømmet også å ha følelse av at de kunne bli dømt, ikke bare for sine psykiske plager, men også om deres bruk av tjeneseter.</p> <p>Faktorer som hindrer gjenopprettelse</p> <p>Ifølge noen av de overlevende ble en følelse av hemmelighet om overgrepet forverret ved at familien nektet å innrømme eller snakke om overgrepet. Det hindret effektiv behandling av traumatiske opplevelser og vedlikeholdt skamfølelsen og isolasjonen. Mange følte seg ambivalent om å gå videre med livene sine. De innrømmet å føle en slags trøst med å ha overgrepet hemmelig, slik de hadde gjort mesteparten av livene sine. Men på den andre siden kjente de igjen fordelene ved å avsløre og å gå videre. De følte seg overhvelmet av frykt av konsekvensene av å avsløre. De følte også en altomfattende følelse av tap av kontroll å måtte gi slipp</p>

				<p>på hemmeligheten de hadde tilpasset seg siden barndommen. Noen hadde også ytterligere hindringer i sin gjenoppretelse og noen ble også re-traumatisert fordi gjerningsmannen fortsatt var i deres nære omgivelser. Noen overlevende sa de tydde til unngåelse for å distrahere dem fra minnene om misbruket.</p> <ul style="list-style-type: none"> Faktorer som økte gjenoppretelse Mange overlevende fant det nyttig å anskaffe seg nytt fokus i livet som for eksempel å lage nye mål med livet, tilegne seg nye ferdigheter via studier og involvere seg i meningsfylte aktiviteter som jobb. Å sende inn en formell klage eller ta rettslike skritt mot gjerningsmannen ble opplevd som validering og empowering hos noen overlevende. Mange overlevende beskrev at et vendepunkt i deres gjenoppretelse var når de utnyttet sin indre styrke. De begynte å bygge og stole på sine indre ressurser for eksempel selv respekt, selv medfølelse, selvbeskyttelse og selvsikkerhet. For de fleste begynte gjenoprettelsen med avsløringen. De mente at avsløringen var et instrument som hjalp dem med å håndtere skam og overføre skyldfølelsen bort fra dem selv. Hindringene for gjenoppretting En av utfordringene de overlevende måtte overkomme var deres ønske om en rask fiks. De forsto at å gå videre var en langsiktig prosess som trengte tid og vilje. En annen vanlig utfordring var mangel på støtte fra familien og samfunnet, spesielt hvis gjerningsmannen var i familien eller en person med høy standard i samfunnet. Mange hevdet at deres trang til å beskytte andre fra plager og stigma tok energi bort fra deres egen gjenoppretelse og var ofte et hinder eller utsettelse for å avsløre overgrepet.
--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> • Og det gjenopprettende selvet Mange overlevende opplevde en økning av selvtillit, selvhjulpenhet og selvsikkerhet. De identifiserte selv-integrasjon og selv-aksept som et stort tegn på gjenopprettelse. De beskrev hvordan de fant styrke i å omfavne sin sårbare side og begynne helbredelse.
2	<p>Tidsskrift: Journal of Clinical Psykology</p> <p>Forfatter: Kimbrough mfl.</p> <p>Tittel: Mindfulness intervention for child abuse survivors</p> <p>År: 2010</p> <p>Land: England</p> <p>Database: Psychinfo</p>	Hensikten med denne pilotstudien er å finne ut om mindfulness meditasjons-basert stress-reduksjons (MBSR) metode kan redusere depressive symptomer, symptomer av PTSD, angst og å øke tilstedeværelsen.	23 voksne overlevende av seksuelle overgrep deltok i en kvalitativ pilot studie som gikk over 8 uker med mindfulness meditasjons-basert stress-reduksjons program (MBSR). De hadde også daglige hjemmeøvelser av mindfulness. Tre oppfriskningskurs ble gjennomført, før det endelige resultatet ble samlet inn etter 24 uker. Deltakerne var nødt for å være i samtidig psykoterapi med en lisensiert utøver på grunn av sikkerhetsmessige årsaker. Vurderinger av depressive symptomer, post-traumatisk stress lidelse (PTSD), angst, og mindfulness ble innhentet ved begynnelse, 4, 8, og 24 uker. Inklusjonskriteriene for å delta i studien var: å ha en historie av seksuelle overgrep, klar dissosiativ lidelse uten flere personligheter, alder over 21, og ha en score ved start høyere enn 0,50 på General Severity Index of the Brief Symptoms Inventory. Eksklusjonskriteriene var: omfattende psykiske lidelser som borderline personlighetsforstyrrelse eller schizofreni, klare dissosiative lidelser som manifester seg som flere personligheter, potensielle deltakere som hadde aktivt alkoholforbruk eller narkotisk avhengighet,	<p>Forbedringer ble observert ved alle resultatene etter MBSR. Av tre PTSD symptomer var det symptomer av unngåelse/nummenhet som ble mest redusert. På 8 ukers kontroll var de depressive symptomene redusert med 65%.</p> <p>Angst symptomer ble redusert med 47% fra start til 8 uker. Mindfulness ble økt med 33 % fra start til 8 uker. PTSD symptomer ble redusert med 31% fra start til 8 uker, og de som møtte kriteriene for PTSD ved start var 15 personer, som ble redusert til 7 ved 8 ukers kontrollen 53% reduksjon. PTSD symptomene som ble målt var unngåelse/nummenhet, gjenopplevelse symptomer og årvåkenhet symptomer. Unngåelse ble redusert med 33% fra start til 8 ukers kontroll. Gjenopplevelses symptomer ble redusert fra en score på 13,1 ved start til 9,9 ved 24 ukers kontroll. Og årvåkenhets symptomer ble målt til 14,3 ved start og gikk ned til 9,5 ved 8 ukers kontroll. Ved sammenligninger av målingene gjort ved 8 og 24 ukers kontrollene, var det mest reduksjon ved 8 uker, før symptomene steg noe ved siste målinger ved 24 uker.</p>

			de som ikke hadde mulighet til å delta på studie dagene, deltakelse i en pågående klinisk studie og de som hadde planlagt større operasjon ble ekskludert.	
3	<p>Tidsskrift: Journal of Child Sexual Abuse</p> <p>Forfatter: Brown mfl.</p> <p>Tittel: Treatment of sexually abused children and adult survivors – The effectiveness of group treatment for female adult incest survivors</p> <p>Årstall: 2013</p> <p>Land: United States of America</p> <p>Database: Cinahl</p>	Hensikten med denne artikkelen er å se på forekomsten av seksuelle overgrep i barndommen, og diskutere behandlings muligheter, samt en gjennomgang av gruppebehandling for å finne effekten av det.	<p>Dette er en kvalitativ undersøkelse.</p> <p>Det var 31 kvinnelige deltakere, som alle var overlevende etter incest. De deltok i gruppeterapi for voksne overlevende etter incest som foregikk over 12 uker. Samtidig som de deltok i gruppeterapi hadde de også individuell terapi.</p> <p>Gjennomsnittsalderen var 37,6 år.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etter gruppebehandling over 12 uker var klientene mindre symptomatiske og var bedre rustet til å møte utfordringer som oppsto og å ha et vellykket posttraumatisk liv. Det ble målt forbedringen i depersonalisering, derealisering og i minne forstyrrelser. • Gruppe teknikker for psykoedukasjon om effekter av traume og forklaring på symptomer, kombinert med gjensidig aksept og åpenbaring fra å se andre lignende historier av flere i gruppen, ble assosiert med effektiv og kraftig helbredelse. • I behandling av traumatisk stress ble det funnet nyttig at pasientene lærte å forstå betydningen bak tankene og følelsene de hadde. <p>Resultatene viste en minskning i symptomer relatert til ekstrem årvåkenhet, håpløshet, og seksuell nød.</p>
4	<p>Tidsskrift: Journal of Interpersonal Violence</p> <p>Forfatter: Stenius og Veysey</p> <p>Tittel: It's the little things: Women, Trauma, and Strategies for Healing</p> <p>År: 2005</p> <p>Land: United States of America</p>	<p>Å forstå hvordan kvinner med en historie av vold (innebærer psykisk og seksuelt overgrep som voldtekt, slag, mord) deltar i sin egen heleprosess.</p> <p>Hvordan tidligere formelle behandlingsmåter og uformelle ressurser samhandler i deres gjenvinning av helse.</p>	<p>Det ble utført en kvalitativ studie med dybdeintervju av 18 kvinner. Alle var diagnostisert med psykisk lidelse. Deltakerne ble valgt fra en lagret samling av kvinner som nylig hadde vært i kontakt med helsetjenesten. 72% var i 30/40-årsalderen. Alle deltakerne med unntak av 1, hadde opplevd 2 eller flere former av traume.</p> <p>2 intervjuere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - doktor grad i klinisk psykologi 	<p>Kvinner med en traumehistorie og nåværende psykisk lidelse rapporterer at de trenger å føle at de er verdt å bli tatt vare på, og nødvendigheten av å ta vare på seg selv først, i motsetning til å bruke all sin energi i omsorgen overfor andre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kvinnene har noen felles strategier de bruker: <ul style="list-style-type: none"> · De føler de blir «lammet» · Bruker dissosiasjons-teknikker for å gjenoppta kontroll hvis situasjonen er overveldende. - Kvinnene stolte på varierte grupper av individuelle

	Database: Sage Journals		<ul style="list-style-type: none"> - personlig erfaring med traume, psykisk lidelse og stoffmisbruk. 	<p>parter, inkludert profesjonelle, familie og venner, for å hjelpe dem til å ta vare på seg selv.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De følte seg mer komfortable når de fikk uttrykke sine følelser og snakke om sine opplevelser med andre kvinner, spesielt de som selv hadde opplevd lignende opplevelser. - 72% rapporterte at de fant en spirituell kontakt hjelpsom for å holde seg edru og for å opprettholde deres balanse i følelsene. Det gir dem en kilde til støtte, en følelse av håp og en følelse av indre ro. - ½ av kvinnene drev med forskjellige typer fysisk aktivitet og psykisk aktivitet for å redusere stress og for å roe seg og finne balansen i seg selv. - 78% av kvinnene uttrykker viktigheten av å ta deres egne beslutninger og sette grenser. - Terapeutens mellommenneskelige behandling og oppfølging ble nevnt som en viktig del av heleprosessen. - viktigheten av at terapeuten viser et høyt nivå av omsorg - at de ble behandlet som intelligente, kapable til å ta egne valg, respekterte hennes ideer og valg, og samhandlet på en respektfull og høflig måte - 56% av kvinnene understreker verdien av tilgjengelighet hos terapeuten, utenfor «vanlig åpningstid». - De fleste foretrakk en kvinnelig terapeut - 90% fremhevet betydningen av empati og det å snakke med andre med like opplevelser.
5	Tidsskrift: Western Journal of Nursing Research Forfatter: Wilson Tittel: Stress management for adult survivors of	Å finne ut om stress har en negativ effekt på vårt immunforsvar, og om stress-taklings-trening ville kunne føre til bedre helse hos pasientene.	Her ble det brukt en kvalitativ metode der 35 deltakere fullførte stress-taklings-treningen. Alle var over 18 år. To identiske utgaver av undervisning ble gjennomført på to forskjellige plasser. Deltakerne var rekruttert gjennom radiointervju, radio-	<p>Før og etter målinger viser en behandlingseffekt i 4 kategorier:</p> <p>Dysfunksjonell oppfølging som 1. distansering og 2. fluktunngåelse hadde minsket veldig. Funksjonell oppfølging som 3. problemløsningsstrategier og 4. positiv</p>

	<p>childhood sexual abuse: a holistic inquiry</p> <p>År: 2010</p> <p>Land: United States of America</p> <p>Database: Sage Journals</p>	<p>Er mindfulness effektivt i reduksjon av kroppslig stress og styrker det tilpasningsdyktigheten og mestring i form av redusert unngåelse?</p>	<p>annonser, to nyhetsaviser, seksuelt-misbrukt-senter, gjennom individuelle terapeuter, psykologer og sosialarbeidere i privat praksis. De mottok 1-times undervisning gjennom 4 uker i en gruppesetting. De ble lært en mengde stress-taklings-måter, mestringsstrategier, direkte problemfokuseret trening, følelsesfokuseret mestring, biologiskfokuseret mestring av stress, samt mindfulness. Resultatene ble sammenlignet med resultat fra den «normale» befolkningen.</p>	<p>revurdering hadde økt veldig.</p> <p>Summen av resultatene indikerer at deltakerne opplevde en moderat, men statistisk betydelig økning i slgA-konsentrasjonen under prosjektet.</p> <p>Dybdeintervju som undersøkte stress og stress-taklingsstrategier viser at:</p> <p>Stress-taklings-strategiene var effektive verktøy for deltakerne å bruke for å gjenkjenne deres årvåkenhet og for å reduseres deres kroppslige respons på stress ved ekstrem årvåkenhet. Deltakerne fant stress-taklingsstrategiene som effektive verktøy i å få en mer realistisk vurdering av trusler og redusere den kroppslige reaksjonen på stressfaktorer.</p> <p>Deltakerne lærte behovet for å fokusere på sin innside, og bruke konseptet egenomsorg, noe som førte til empowerment. Det var gjennom egenomsorgslæring og andre stress-taklings-strategier de forstod deres eget ansvar for veien til helbredelse.</p> <p>Voksne overlevende etter seksuelle overgrep i barndommen overvurderer nivået av fare i miljøet rundt seg.</p> <p>Mindfulness er effektivt i reduksjon av kroppslig stress og styrker tilpasningsdyktigheten og mestring i form av redusert unngåelse.</p> <p>Mistilpassede strategier for mestring kan reduseres og mer hensiktsmessige og tilpasningsegnet mestring kan bli lært.</p>
--	---	---	---	--

6	<p>Tidsskrift: Journal of child sexual abuse</p> <p>Forfatter: Parker mfl.</p> <p>Tittel: The Experience of Trauma Recovery: A Qualitative Study of Participants in the Women Recovering from Abuse Program (WRAP).</p> <p>Årstall: 2007</p> <p>Land: United States of America</p> <p>Database: Cinahl</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke den subjektive opplevelsen av kvinner av barnemishandling som deltok i en allerede etablert, intensive, gruppe behandlings program – the Women Recovering from Abuse Program (WRAP).</p> <p>Målet var å forstå hvordan kvinnene opplevde programmet (WRAP). Og hvordan programmet bidro til forandringer i livene deres, som inkluderer deres tanker, følelser, atferd, syn på verden, andre og dem selv, deres forhold til andre, og empowerment og tillit.</p>	<p>Det er brukt en kvalitative metode i denne studien. Deltakerne møtte mange kriterier for å bli inkludert; først måtte de gi en selvrapport om deres historie av barnemishandlingen. Det måtte ha skjedd før fylte 18 år og deltakerne måtte ha gjennomgått WRAP minst 6 måneder før studien begynte.</p> <p>Alderen på deltakerne var fra 31 til 71. 7 kvinner ble inkludert og fullførte studien.</p>	<p>Tre hovedfunn ble presenter:</p> <p>Bryte traumebaserte mønstre</p> <p>Her ble funnene delt i 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Forandring i oppfatninger: mange opplevde å få en endret oppfatning av seg selv, spesielt det synet på at de var dårlige mennesker. De fikk et mer positivt syn på seg selv, de ble i stand til å bryte de negative oppfatningene de hadde mot deres deltakelse i overgrepet og håndtere skylden de bar rundt på etter overgrepet. Mange av deltakerne hadde problemer med å stole på andre, som endret seg etter deltagelse på WRAP. 2. Forandringer i atferds mønstre: mange ble i stand til å bruke teknikker de lærte på WRAP til å forandre sin negative atferd. De ble bevisst på atferdsmønstre, slik at de kunne endre sin atferd. Kvinnene ble bedre til å sette og opprettholde grenser for å beskytte seg selv. 3. Forandringer i tilknytninger: de fikk en forsterket evne til å forholde seg til andre. De rapportert at det å prate, jobbe, og bare være med andre overlevende hjalp – å vite at de ikke var alene. Det førte til at de fikk evner og selvtilit til å utforske og opprette forhold utenfor gruppen. 4. Åpne opp for nye opplevelser: kvinnene opplevde en endret evne til å oppleve ting de ikke hadde mulighet til før. <p>Gå i terapi</p> <p>Her ble funnene delt i 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Finne ut hvordan det funker: gradvis tilegnet de seg evner gjennom prosessen ved å finne ut av usikkerheten og jobbe gjennom frustrasjonen de
---	--	---	---	--

				<p>følge.</p> <ol style="list-style-type: none"> Følelser om gruppe prosessen: åpen gruppe var en positiv opplevelse. Nyttig strategier og teknikker: Kvinnene rapporterte at CBT ift negative tanker, Karpman's triangel, informasjon om traume, grense øvelser, straffe øvelser og modeller av tilretteleggelse var nyttige teknikker, spesielt CBT ift negative tanker og straffeøvelser, som fikk dem til å lære og forandre seg. Hva WRAP ga meg: de fleste hadde positiv erfaring med WRAP. De var takknemlige og sa de hadde fått en overhvelmende, positiv forandring i sine liv. <p>Forstå heleprosessen som en kontinuerlig prosess</p> <p>Disse funnene ble delt i 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klar for endring: ved start var noen spente, usikre og redde, men de var villige til å bli involvert og var klare for en ny start. Fortsatt problemer: kvinnene ble ikke kvitt alle problemene sine, og mange var ikke i stand til å holde på forandringene etter å ha forlatt WRAP. De beskrev at følelsen av empowerment ble gradvis borte. Ta det neste steget: de fleste gikk videre med å finne andre måter å håndtere de fortsatte problemene. Følelsen av empowerment og selvtilliten de hadde utviklet fikk dem til å søke andre tjenester og fortsette gjenopprettingen.
--	--	--	--	--