

Ane Ulrikke Kristianne Brendberg

# Betydningen av sosial støtte for barn eksponert for traumer

Bacheloroppgave i vernepleie

Veileder: Odd Morten Mjøen

Mai 2022

**NTNU**  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for psykisk helse



Ane Ulrikke Kristianne Brendberg

# **Betydningen av sosial støtte for barn eksponert for traumer**

Bacheloroppgave i vernepleie  
Veileder: Odd Morten Mjøen  
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

**Tittel:** Betydningen av sosial støtte for barn eksponert for traumer

**Introduksjon/bakgrunn:** Barn er utsatt i større grad for traumeeksponering enn den voksne befolkningen. De er også sårbare i møte med vanskelige situasjoner, og befinner seg i et stadium der det skjer mye med utviklingen. Det var ønskelig å se på hvilken betydning sosial støtte kan ha i møte med traumeeksponering. Det foreligger også mindre forskning på barn og traumer enn for voksne.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å identifisere hvilken betydning sosial støtte kan ha for barn som er eksponert for traumatiske opplevelser. Slik at kunnskapsnivået om denne dimensjonen av arbeidet kan heves i praksisfeltet.

**Metode:** Metoden som er benyttet i denne oppgaven er litteraturstudie. Den tar for seg fem ulike studier og knyttes til relevant litteratur.

**Resultat:** Alle fem studiene tar for seg sosial støtte og traumeeksponering i forhold til barn. Resultatene som ble funnet i studiene ble delt inn i tre ulike temaer; 1. Emosjonell støtte. 2. Praktisk støtte og 3. Forståelse.

**Konklusjon:** Emosjonell støtte, praktisk og konkret støtte og forståelse fra omsorgspersoner anses som viktig for barn eksponert for traumer. Å skape trygge relasjoner med personer i både det formelle og uformelle sosiale nettverket er funnet viktig. Praktisk og konkret støtte i møte med barnet kunne gjøre det lettere for barnet å forholde seg til omgivelsene. Studiene fant også positiv betydning av tett foreldresamarbeid, som ses i sammenheng med nedgang i symptomtrykk på PTSD. Trygg tilknytning til omsorgspersoner vil være en viktig faktor for motstandsdyktighet, og dermed av forebyggende betydning i møte med traumeeksponering. Denne studien finner dermed at sosial støtte er av signifikans for barn som opplever slike vanskelige situasjoner.

**Nøkkelord:** Barn, traumeeksponering, sosial støtte og nettverk

## Abstract

**Title:** The importance of social support for children exposed to trauma

**Introduction / background:** Children are at a greater risk to trauma exposure than the adult population. They are also vulnerable in the face of difficult situations, and they are in a stadium where a lot is happening with the development. It was desirable to look at what implication social support can have when faced to trauma exposure. There is also less research considering children and trauma than adults.

**Purpose:** The purpose of the thesis is to identify the significance of social support for children who are exposed to traumatic experiences. It is desirable to increase the level of knowledge about this dimension to the field of practice.

**Method:** The method used in this thesis is literature study. It addresses five different studies and linked to relevant literature.

**Result:** All five articles account for social support and trauma exposure in relation to children. The results found in the studies were divided into three different themes; 1. Emotional support. 2. Practical support and 3. Understanding.

**Conclusion:** Emotional support, practical and concrete support and understanding from caregivers is considered important for children exposed to trauma. Creating secure relationships with people in both the formal and informal social network has been found important. Practical and concrete support in meeting the child could assist the child in more easily existing in its surroundings. The studies also found a positive significance of close parental cooperation, which is seen in connection with a decrease in symptom pressure on PTSD. Secure connection to caregivers will be an important factor for resilience, and thus of preventive importance in the face of trauma exposure. Therefore, this study found that social support is highly significant for children in these kinds of difficulties.

**Keywords:** Children, trauma exposure, social support, networks

«Det finnes ikke vanskelige barn,  
bare barn som har det vanskelig.»

Liv Berit Heimstad Tønnessen, 1996  
Gjengitt i «Å velge det varme blikket», 2016

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon</b>	<b>1</b>
1.1	<i>Begrunnelse for valg av tema</i>	1
1.2	<i>Avgrensning</i>	1
1.3	<i>For-forståelse</i>	1
1.4	<i>Oppgavens hensikt</i>	2
1.5	<i>Begrepsavklaring</i>	2
1.5.1	Barn	2
1.5.2	Traume	2
1.5.3	Omsorgspersoner	2
1.6	<i>Oppgavens disposisjon</i>	3
<b>2.0</b>	<b>Teori</b>	<b>4</b>
2.1	<i>Traumer</i>	4
2.1.1	Posttraumatisk Stresslidelse	4
2.1.2	Utviklingstraumer	4
2.2	<i>Traumebevisst omsorg (TBO)</i>	5
2.3	<i>Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)</i>	5
2.4	<i>Sosial støtte</i>	5
2.5	<i>Tilknytningsteori</i>	6
2.6	<i>Vernepleierens kjerne roller</i>	7
2.7	<i>Lovverk</i>	7
<b>3.0</b>	<b>Metode</b>	<b>8</b>
3.1	<i>Fremgangsmåte</i>	8
3.2	<i>Søkehistorikk</i>	10
3.3	<i>Litteratormatrise</i>	11
3.4	<i>Analyse</i>	15
3.4.1	Tematabell	17
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b>	<b>18</b>
4.1	<i>Emosjonell støtte</i>	18
4.2	<i>Praktisk støtte</i>	19
4.3	<i>Forståelse</i>	19
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>21</b>
5.1	<i>Emosjonell støtte</i>	21
5.1.1	Behovet for trygg tilknytning til omsorgspersoner	21
5.1.2	Mulighet til bearbeidelse	22
5.1.3	Tilstedeværelse for barnet	22
5.2	<i>Praktisk støtte</i>	22
5.2.1	Konkret støtte når følelsene tar overhånd	23
5.2.2	Plikten til praktisk støtte	23
5.3	<i>Forståelse</i>	24
5.3.1	Forståelse av barnets uttrykk	24



5.3.2 Forståelse av hva barnet har vært gjennom .....	24
5.4 <i>Metodediskusjon</i> .....	25
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>27</b>
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	<b>29</b>

## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema

I denne oppgaven er utgangspunktet for valg av tema barn og traumer. Jeg ønsker å se på betydningen av sosial støtte i arbeid med traumeeksponerte barn, og hovedfokuset ligger her hos barnet. Derfor er problemstillingen følgende:

*«Hvilken betydning har sosial støtte for barn som har vært eksponert for traumatiske opplevelser?».*

Vernepleiere kan arbeide med personer i alle livsfaser og på de fleste livsområder (Ellingsen, 2014, s. 14). Det innebærer også barn eksponert for traumer, som presentert i denne oppgaven. I vernepleieryrket kan man møte barn som tilsynelatende er vanskelige, og der holdningene i barnets omgivelser går på nettopp dette. Likevel sies det jo at det ikke finnes vanskelige barn, bare barn som har det vanskelig (Tønnesen, 1996). I arbeid med barn har undertegnede gjort seg erfaringer vedrørende dette. Derfor er bakgrunnen for valg av tema hva en som vernepleier kan gjøre for barna som har det vanskelig.

Som vernepleier kan man møte barn som er eksponert for traumer på flere arenaer. Listen er i utgangspunktet uuttømmelig, men her nevnes noen; barnevernsinstitusjon, skole, barnehage, fritidsordninger eller barne- og ungdomspsykiatri (BUP). Som vernepleier har man i arbeid med barna et relasjonelt fokus, og jobber for å tilrettelegge for barnets livskvalitet i et livsperspektiv. Her vil arbeidet sees ut fra individets sosiale sammenheng, eksempelvis familiesituasjon og uformelle nettverk (Nordlund, et. al., 2015, s. 22-23). Påvirkningen et traume kan ha for et barn i utvikling kan ha fatale konsekvenser. Dersom det ikke fanges opp eller overses kan bli svært uheldig for barnet. Blant annet påvirkes hukommelse, evne til nylæring og uheldig tillært tilknytningsatferd. Det er likevel flere intervensjoner som kan være hensiktsmessige i forhold til tematikken (Regionalt ressurscenter for vold, traumatisk stress og selvmord Sør, u.å.). I denne oppgaven knyttes det til tilknytning og den støtten som finnes rundt enkeltmennesket.

### 1.2 Avgrensning

Avgrensningene jeg har gjort i oppgaven er å vinkle den mot barn. I dette tilfellet gjelder dette mennesker mellom 0-18 år.

### 1.3 For-forståelse

Med et utgangspunkt som vernepleierstudent, er det viktig å presisere hvilken for-forståelse som tas inn i oppgaven. Det er min tenkemåte, mine erfaringer, holdninger og perspektiver som preger hvordan jeg oppfatter virkeligheten. Ut fra mitt

vernepleiefaglige perspektiv oppleves det naturlig å se på sosial støtte som noe positivt i arbeid med barn eksponert for traumer. Derfor har jeg valgt å formulere problemstillingen slik at studien ser på *betydningen av sosial støtte*. I arbeidet med oppgaven har jeg forsøkt å være åpen for å plukke opp studier som viser negative sider av dette. Likevel er nok oppgaven farget av at mitt vernepleiefaglige ståsted (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 153-154).

#### 1.4 Oppgavens hensikt

Hensikten med litteraturstudien er å identifisere hvilken betydning sosial støtte har for barn eksponert for traumer for praksisfeltet, og utvide denne forståelsen. Det har i all hovedsak vært forsket på voksne når det er snakk om traumer. Det finnes derfor ikke like mye forskning når det kommer til betydningen for barnet. I følge NKVTS, Norsk Kunnskapssenter for Vold og Traumatisk Stress har det vært store sprik mellom hva barnet rapporterer, i forhold til hva omsorgsperson rapporterer. Det kan tyde på at informasjon fra omsorgsperson har blitt ilagt større vekt enn det barnet selv har kunne fortalt (NKVTS, 2021 i Forskning.no, 2021).

For å undersøke dette tas det utgangspunkt i fem vitenskapelige studier som er valgt ut på bakgrunn av søkeord basert på problemstilling. Studiene skal sammen med annen litteratur danne en konklusjon på problemstillingen.

#### 1.5 Begrepsavklaring

##### 1.5.1 Barn

I oppgaven menes begrepet *barn*, med barn og ungdom mellom 0-18 år. Det er valgt å bruke dette begrepet for å unngå forvirring ved bytte av benevnelse, selv om mange nok kan omtales som ungdom.

##### 1.5.2 Traume

Med *traume* menes i denne oppgaven som et psykologisk traume. Det er hendelser som kan føre til psykologisk skade for personen som er utsatt, eksempelvis seksuelle overgrep (Bækkelund, 2015). Det er viktig å presisere at individer som har et psykologisk traume kan ha fått dette gjennom fysiologiske traumer, eksempelvis vold eller krigssituasjoner. Det velges likevel ikke å gå inn på denne formen for traume i denne oppgaven, selv om de ofte kan henge sammen.

##### 1.5.3 Omsorgspersoner

Begrepen *omsorgsperson* eller *omsorgspersoner* benyttes i denne oppgaven som de personer som har omsorg for barnet. Det kan være foreldre, foresatte, tjenesteytere eller øvrig familie.

## 1.6 Oppgavens disposisjon

Denne studien er delt inn i ulike kapitler. Introduksjon, teori, metode, resultat, diskusjon, konklusjon og litteraturliste.

I kapittel 2.0 *Teori* belyses relevant teori for problemstilling, blant annet «Posttraumatisk Stresslidelse» og «Sosial støtte».

Kapittel 3.0. *Metode* består av en redegjørelse for selve litteraturstudien som sammenfattes i en tematisk analyse av studienes resultat.

Analysen presenterer identifiserte tema; «Emosjonell støtte», «Praktisk støtte» og «Forståelse». Videre presenteres studienes resultater under 4.0 *Resultat*, delt opp i de ulike temaene presentert ovenfor.

Deretter drøftes resultatene fra studiene opp mot relevant teori presentert i teoridelen i kapittel 5.0 *Diskusjon*.

Til sist konkluderes sentrale funn og hvilken betydning resultatene kan ha for videre forskning under oppgavens kapittel 6.0 *Konklusjon*.

Oppgavens siste kapittel, 7.0 *Litteraturliste*, presenterer litteraturen som er anvendt i oppgaven.

## 2.0 Teori

### 2.1 Traumer

Selve ordet traume defineres som skade eller sår. Når vi snakker om psykologisk traume menes en hendelse som kan føre til psykisk skade for vedkommende som er berørt. Hva et individ anser som traumatisk er subjektivt. Likevel kan en si at et traume kom plutselig, førte til hjelpeløshet, en trussel mot liv eller helse, kan ha ført til alvorlig skade, eller at vedkommende er vitne til alvorlig overgrep eller død (Bækkelund, 2015). Etter et enkeltstående traume vil reaksjonene for de fleste avta etter en tid, men for noen vil symptomene vedvare og diagnosen PTSD kan stilles. (Bækkelund, 2015).

#### 2.1.1 Posttraumatisk Stresslidelse

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er reaksjon på en opplevd traumatisk krise. Ifølge diagnosemanualen for psykiske lidelser; DSM-5, er det et absolutt kriterium for at diagnosen kan settes (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013, s. 271). Symptomer på PTSD kan vise seg på ulike måter, men mest typisk er påtrengende minner fra situasjonen og mareritt. Ut over dette kan personen oppleve dissosiasjon, følelsesmessig avflatning og distansering fra andre mennesker, med dette følger også ofte en følelse av håpløshet. I tillegg til dette er det svært vanlig at personen befinner seg i en tilstand med forhøyet autonom beredskap og som følge av dette kan ha søvnproblemer (Snoek & Engdal, 2017, s. 124). Angst, depresjon og bipolar lidelse er blant annet komorbide psykiske lidelser som man ser ofte forekommer med PTSD. Det er heller ikke sjeldent at selvmordstanker eller selvmordsforsøk oppstår (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013, s. 280; Snoek & Engdal, 2017, s. 126).

Denne oppgaven setter søkelys på barn, og dermed anses det viktig å se på diagnosen ut fra barn. DSM-5 (2013) presenterer egen diagnostisk kategori for barn under 6 år. Et eller flere av følgende symptomer må være til stede i denne aldersgruppen for at diagnosen kan settes. Urovekkende minner og drømmer er vanlig. Dissosiative symptomer som eksempelvis påtrengende minner, med tap av bevissthet på omgivelsene forekommer også. Reaksjoner på hendelser som kan ha liknende trekk til traumeeksponeringen. Det som også skiller små barn fra voksne er at traumer kan komme til uttrykk gjennom lek (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013, s. 273). Snoek og Engdal (2017) poengterer at flere undersøkelser på traumets betydning for kognitiv utvikling viser at tilknytning vil spille en avgjørende rolle. Tilsynelatende vil omsorgspersoner som har en trygg tilknytning bidra til at barnet får bearbeidet inntrykkene (Snoek & Engdal, 2017, s. 125).

#### 2.1.2 Utviklingstraumer

Utviklingstraumer oppstår når både traumatisk stress og sviktende reguleringsstøtte opptrer sammen. Det er en belastningssituasjon som kan eksemplifiseres ved barn som opplever fysisk vold fra omsorgspersoner. Denne situasjonen setter barnet i en reell fare,

samtidig som det mangler en omsorgsperson som regulerer barnet. Resultatet er en dobbeltsidig belastning som griper inn og kan påvirke barnets utvikling i stor grad (Nordanger & Braarud, 2017, s. 73).

## 2.2 Traumebevisst omsorg (TBO)

Traumebevisst omsorg er et nyere begrep innen traumeforståelse. Det innebærer tre pilarer som Dr. Howard Bath har beskrevet; trygghet, forbindelser og følelsesregulering. Han poengterer at det er de 23 øvrige timene i døgnet der barnet ikke er i terapirommet, at den største påvirkningen finner sted. Det vil derfor være svært viktig for øvrige voksenpersoner å være sitt ansvar bevisst, - som pårørende, tjenesteytere og lærere. Det understrekes også at alle voksne i barnets liv er svært viktige for barnets utvikling og funksjonsnivå (Thorkildsen, 2020).

Pilaren for trygghet innebærer fire ulike former: fysisk trygghet, relasjonell trygghet, emosjonell trygghet og kulturell trygghet. Mange barn har opplevd svært vanskelige ting, og kan derfor ha utfordringer knyttet til å føle seg trygg. Det vil være viktig å jobbe kontinuerlig for å skape et trygt rom. Den andre pilaren; forbindelser, innebærer at barnet opplever gode menneskemøter i hverdagen, og at relasjonene bærer over tid. Her står tillit sentralt, og å være en aktiv samfunnsdeltaker. Den siste pilaren er regulering. Det er ofte følelsesregulering det er snakk om, men det handler også om handlinger, atferd og impulser. Barna trenger ofte bistand til å regulere egne følelser, og få mulighet til å uttrykke disse på en sunn måte (Thorkildsen, 2020).

## 2.3. Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)

TF-CBT er ifølge Norsk Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS) en kognitiv atferdsterapeutisk metode benyttet i terapi med traumatiserte barn i alderen 6-18 år, sammen med foreldre eller omsorgspersoner. Et slikt behandlingsforløp varer normalt sett i 12-15 uker, med ukentlige møter (NKVTS, u.å.).

Studier på TF-CBT i Norge viser at metoden er mer effektiv på symptomreduksjon enn terapi som vanlig tilbys, der resultater har vist seg å opprettholdes over tid. Det har vist signifikant nedgang i symptomer på PTSD, depresjon og angst. Samtidig som en økning i deltakelse i skolesammenheng og sammen med venner (Jensen, et. al., 2014, s. 364). Målet med terapiformen er at barnet i samråd med foreldre skal lære å håndtere vanskelige følelser, og å gjenkjenne disse når de kommer til uttrykk. Videre bearbeides minner som barnet har av hendelsen og får hjelp til å jobbe med uhensiktsmessige tankemønstre. Det jobbes også med gode foreldreferdigheter og å bedre kommunikasjonen mellom barnet og omsorgsperson (NKVTS, u.å.).

## 2.4. Sosial støtte

Ifølge Folkehelseinstituttet (FHI) (2015) defineres sosial støtte som en situasjon der en får omsorg og kjærlighet og å bli verdsatt av omgivelsene. For barnet innebærer dette å

være en del av et sosialt fellesskap og har en form for forpliktelse til dette (FHI, 2015). Owren (2011) understreker vernepleiers ansvar for å tilrettelegge for tjenestemottakers opplevelse av sosial støtte (Owren, 2011 i Nordlund, et. al., 2015, s. 24).

Det er ulike former for sosial støtte; følelsesmessig støtte der kilden ofte er familie eller venner. Denne støtten kommer til syne gjennom empati, tillit, kjærlighet og omsorg. Bekreftende støtte innebærer tilbakemeldinger og bekreftelse fra omgivelsene. Dette får en ofte fra familie, lærere eller venner. Informerende støtte er rådgivning eller anbefalinger som hjelper oss når vi møter sosiale eller personlige utfordringer. Dette er ofte fra et offentlig hjelpeapparat. Den siste er instrumentell støtte, som er økonomisk bistand eller praktisk hjelp, ofte fra det offentlige eller andre instanser (FHI, 2015). Det oppgis også som en beskyttende faktor i etterkant av traumeeksponering (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013, s. 278).

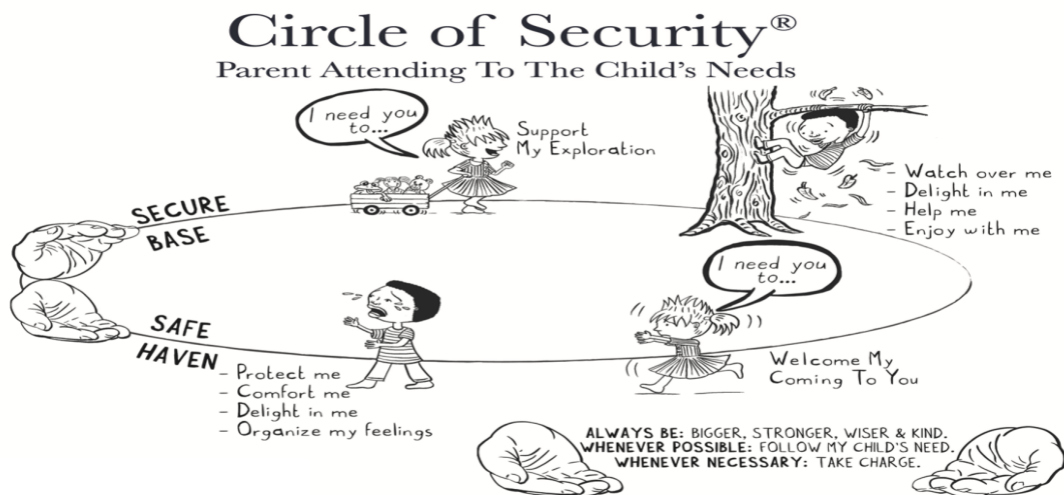
Gjennom en undersøkelse gjort av EUPHIX (2008) viser det seg at mangel på sosial støtte blant annet kan føre til økt påkjenning i form av ytre stress. Undersøkelsen viser at personer med manglende støtte i mindre grad søker profesjonell bistand ved sykdom og kan ha svekket evne til å mestre vanskelige livssituasjoner. Sistnevnte kan komme til syne gjennom redusert selvbilde, hjelpeløshet og psykiske lidelser som depresjon eller angst (EUPHIX, 2018 i FHI, 2015).

## 2. 5 Tilknytningsteori

Helt fra vi blir født søker vi etter sosiale stimuli og sosiale relasjoner i omgivelsene våre. Bowlby (1982) utviklet en teori om tilknytning. Denne har dannet grunnlaget for videre forskning. Vi alle har en tilknytningsatferd som opprettholder nærhet til et annet menneske som oppfattes bedre til å håndtere verden enn en selv. Dette vil bare fungere dersom personen, ofte en voksen, reagerer på den tilknytningsatferden som signaliseres. Reaksjon skjer gjennom at den voksne reduserer avstanden til barnet. Vår tilknytningsatferd er medfødt og skal sikre beskyttelse ved å beholde nærheten til tilknytningspersonen. Aktivering av atferden skjer når barnet befinner seg i en situasjon av emosjonell opphisselse gjennom smerte, frykt, usikkerhet, engstelse eller stress (Bowlby, 1982 i Tetzchner, 2019, s. 329-332). *Figur 1* nedenfor illustrerer nettopp dette. Barn som opplever en trygg tilknytning, kan utforske verden og komme trygt tilbake når det er behov for dette.

Ved brudd på trygghetssirkelen kan vansker som reaktiv tilknytningsforstyrrelse eller uhemmet sosialt engasjement. Det er diagnoser som forutsetter alvorlig omsorgssvikt, eller en form for overgrep. Barn med slike diagnoser kan ha en avvikende tilknytningsatferd i situasjoner med emosjonell opphisselse. Det kan også være ukritisk tilnærming til andre for å søke nærhet (Tetzchner, 2019, s. 341-342).

*Figur 1: Trygghetssirkelen*



Hoffman, K., Marvin, R., Cooper, G. & Powell, B. (2006).

### 2.6 Vernepleierens kjerne roller

De fire ulike kjerne roller inneberer de ulike forventningene til vernepleieren. Det er partnerrollen, ansvarsrollen, brobyggerrollen og pådriverrollen. Det er ikke en rigid modell, men heller noe dynamisk. Som vernepleier skal vi bevege oss mellom rollene i de situasjoner vi står ovenfor (Brask, et. al., s. 40).

I partnerrollen finner vi den samhandlende vernepleieren på individnivå. Her står kommunikasjonen sterkt for å sikre selvbestemmelse for personen en yter tjenester til (Brask, et. al., s. 41). Ansvarsrollen er den handlende vernepleieren på et individnivå. Som vernepleier må man ha mot til å fatte selvstendige avgjørelser. Den tredje rollen er brobyggerrollen som beskriver den samhandlende vernepleieren på et systemnivå. Ofte vil man være i situasjoner som krever samhandling på tvers av system, eksempelvis med pårørende. Den siste rollen er pådriverrollen, her finner vi den handlende vernepleieren på systemnivå. Her kan eksempelvis samfunnsoppgaven vernepleieren har som bakkebyråkrat utøves (Brask, et.al., 2016, s. 42).

### 2.7 Lovverk

Vernepleiere er underlagt Helsepersonelloven. Et lite utdrag av noen lovbestemmelser som anses relevant i denne sammenheng er; Plikten til å gi øyeblikkelig hjelp der det er påtrengende nødvendig, og denne plikten overgår motsettelse av helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999, § 7). Opplysningsplikt til barnevernet, jf. Hpl. § 33 i forhold der det er grunn til å tro blant annet at barnet opplever omsorgssvikt, blir mishandlet, eller der barnet har en form for normløs atferd. I denne lovbestemmelsen ligger ikke § 21 taushetsplikten til hinder (Helsepersonelloven, 1999, § 33). Dette er også lovhjemlet i Barnevernslovens § 6-4 (Barnevernsloven, 1992, § 6-4).



### 3.0 Metode

Forskningsmetoden som benyttes i denne oppgaven er litteraturstudie. Det er en forskningsmetode som systematiserer eksisterende kilder. Det gjøres gjennom å identifisere litteratur, foreta en kritisk gjennomgang av denne, og deretter sammenfatte opplysningene. Målet med å foreta en litteraturstudie er å sammenfatte kunnskap som er oppdatert og forståelig for leseren, med utgangspunkt i en konkret problemstilling (Thidemann, 2019, s. 77). I dette tilfellet «*Hvilken betydning har sosial støtte for barn som har vært eksponert for traumatiske opplevelser?*».

#### 3.1 Fremgangsmåte

Søkeprosessen ble i startfasen gjort med innledende søk. Søkene tok utgangspunkt i søkeordene «barn» og «traumer». I denne fasen var søkene lite konsise, og uten begrensninger. Det ble gjort for å skape en oversikt over hvilken litteratur som eksisterte og å bli kjent med databasene. Søkene ble gjennomført i Oria. Videre ble det gått inn på studier som ansås som relevante og gjort nye søk med utgangspunkt i disse (Thidemann, 2019, s. 81).

Med utgangspunkt i de innledende søkene, ble disse spisset inn og brukt i systematiske søk i relevante databaser. Disse søkene var planlagte, dokumenterte og begrunnet, med utgangspunkt i problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 82). Databasene ble valgt ut gjennom Helsebiblioteket.no sitt utvalg av relevante databaser for helse- og sosialfag (Thidemann, 2019, s. 84). I denne oppgaven er det Web Of Science, Idunn, Scopus og Eric som er benyttet. Det ble også foretatt søk i databasene Pubmed, Medline og PsycInfo. Disse gav dog ikke det som ble ansett som relevante resultater og ble derfor ikke ført inn i søkehistorikken.

Den endelige problemstillingen var ikke lik under starten av søkeprosessen, da ble det sett på atferd som resultat av traumeeksponering, se *tabell 1 søkehistorikk*. Dette gav ikke resultater som ble oppfattet som relevante. Det var derfor behov for å utvikle søkestrategien. Bistand til identifisering av søkestrategier ble gjort gjennom deltakelse på Helsebibliotekets kurs og gjennom å gå inn i relevante studier og identifisere nøkkelord som kunne brukes i videre søk. Øvrige modifikasjoner som ble gjort med søkeordene var blant annet trunktering og boolske søk. Trunktering ble benyttet i form av eksempelvis «Child\*», noe som ga søk på alle ord som startet med «child» (Thidemann, 2019, s. 87). Etter hvert ble også boolske søk i form av «AND» brukt, noe som ga resultater på både søkeord 1 og søkeord 2 (Thidemann, 2019, s. 87). Det ble også foretatt frasesøk. Der det var ønskelig å søke på en frase, eksempelvis *Children with trauma*, ble det satt «» rundt, for å få resultat der hele frasen var tatt i bruk (NTNU, u.å.)

Utvelgelse av studier startet med å lese overskriftene i søkeresultatet. Der det var over 100 resultat, ble de 100 første overskriftene lest. For å beholde eller forkaste studier ble abstract lest og det ble raskt fastslått om disse var aktuelle eller ei. De studiene som hadde en tilsynelatende relevans, ble lest gjennom i sin helhet. For å kartlegge studienes relevans til problemstilling ble IMRaD-strukturen lest gjennom (Thidemann, 2019, s. 90).

Inklusjonskriteriene i oppgaven var fagfellevurderte studier og årstall. Nyere forskning var ønskelig, og det ble derfor satt begrensning slik at forskningen skulle være publisert mellom 2015-2022. I noen tilfeller ble det få søkeresultat og dermed ikke satt slike begrensninger, se *Tabell 1: Søkehistorikk*. Ved bruk av databasen Idunn, ble det i stor grad presentert nordisk forskning, noe som var ønskelig for å beholde oppgaven representativ mot Norge. Land var dog ikke et fastsatt inklusjonskriterium. Det var ønskelig med både kvalitative og kvantitative studier, for å belyse problemstillingen fra både et subjektivt og et objektivt ståsted (Thidemann, 2019, s. 83-84).

Da fem studier var valgt ut, ble de grundig sjekket ved bruk av Helsebibliotekets sjekklister. Dette ble et hjelpemiddel for å lette arbeidet med den kritiske vurdering av forskningen. Sjekklisterne er laget som pedagogiske verktøy for å lære seg kritisk vurdering (Helsebiblioteket, 2016). For de to kvalitative studiene (Skårdalsmo & Hernischfeger, 2017; Østby & Stefansen, 2017) ble *sjekklister for kvalitativ studie* benyttet. På Birkeland, et. al., (2020); Prowell & Williams, (2021) ble *Sjekklister for vurdering av kohortstudie* benyttet. For studien av Gray, et. al. (2015) ble det ikke funnet en tilfredsstillende sjekklister. Studien ble sjekket gjennom spørsmål presentert på Helsebiblioteket sine sider (Helsebiblioteket, 2016). Alle studiene ble funnet godkjent.

Da studiene var sjekket, ble kvaliteten på tidsskriftet undersøkt. Dette ble gjort gjennom søk på tidsskriftet i Kanalregisteret; register over vitenskapelige publiseringskanaler. Nivået på tidsskriftet ble sjekket, der nivå 1 og 2 er godkjent, der 2 er høyest rangert (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.). Eksempelvis var studien til Birkeland, et. al. (2020) publisert i «Behavior Research and Therapy», som hadde nivå 2. På denne måten ble alle tidsskrift kvalitetssjekket en etter en.

### 3.2 Søkehistorikk

Tabell 1: Søkehistorikk

Søkedato	Søk nummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
19/03-22	1	Child behavior trauma	WebOfScience.no Articles	3898	0	0	0
21/03-22	2	Trauma exposure and Child* and behavior symptoms	WebOfScience.no Articles	1027	7	2	1
26/04-22	3	Trauma exposure and Child* and development and meaning of relation	WebOfScience.no Articles:	22	5	1	0
27/04-22	4	Barn og traumer og relasjon	Idunn.no Forskningsartikkel 2015-2022	55	3	2	1
28/04-22	5	Children with trauma and Trauma-informed care and social relation	WebOfScience.no Articles:	5	1	1	0
29/04-22	6	Children with trauma and social relation and change in behavior	WebOfScience.no Articles: 2016 - 2021	6	2	1	1
29/04-22	7	Children with trauma and trauma-informed care and social relation	Scopus.com Articles 2015-2022	36	3	1	0
29/04-22	8	Barn og traumer og traumebevisst omsorg	Idunn.no Vitenskapelige artikler 2015-2022	4	1	1	1
02/05-22	9	Trauma-informed Care	Eric.com Peer reviewed only	11	0	0	0
09/05-22	10	"Complex trauma" and "Social support"	Webofscience.com Articles 2015-2022	13	1	1	1

### 3.3 Litteratormatrise

Tabell 2: Artikkel 1

Full referanse	Skårdalsmo, E. M. B. & Harnischfeger, J. (2017) <i>Vær snill! Råd fra mindreårige asylsøkere og flyktninger til voksne omsorgsgivere</i> . Tidsskriftet Norsk Barnevern vol. 94, s. 6-21. Universitetsforlaget. Hentet 29/04-22 fra: <a href="https://doi.org/10.18261/issn.1891-1838-2017-01-02">https://doi.org/10.18261/issn.1891-1838-2017-01-02</a>
Hensikt med studien	Hensikt er å rette søkelys på hvilke råd barna gir til omsorgspersoner som møtte dem da de kom til Norge. Skal synliggjøre barnas egen stemme i en sak som angår dem selv.
Metode	Kvalitativ studie gjennom semistrukturerte intervju. Fire ulike tema som alle ble introdusert med åpne spørsmål.
Utvalgt/populasjon	70 ungdommer som ankom Norge før fylte 15 år. Fire hadde ingen relevante utsagt for analysen. Barna kom fra 11 ulike land, derav Afghanistan (53%), Eritrea (15%), Somalia (11%) og Sri Lanka (9%) var de høyst representerte landene. 10 jenter og 56 gutter. Barna hadde bodd i Norge mellom ett og fire år på intervjutidspunktet.
Hovedfunn	Resultatene fra informantene ble delt inn i fire ulike kategorier: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vær snill <ul style="list-style-type: none"> <li>o Bli ivaretatt av de voksne.</li> </ul> </li> <li>- Prøv å innta mitt perspektiv <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ønske om å bli sett som enkeltindivid.</li> <li>o Viktigheten av gode relasjoner og at de voksne virkelig ønsker å bli kjent med dem.</li> <li>o Mulighet for å kunne snakke om det de har opplevd.</li> <li>o Misforståelser førte til utagering.</li> <li>o Forståelse for at de har opplevd traumatiske opplevelser, og har tap og savn.</li> </ul> </li> <li>- Hjelp meg <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ønske om praktisk hjelp til å forstå, bli integrert og hjelp når ting blir vanskelig.</li> <li>o Praktisk hjelp til skole, forstå norske lover og samfunnet.</li> <li>o Hjelp til å håndtere følelsene sine.</li> <li>o Hjelp til følelshåndtering.</li> <li>o Sensitive for barnas behov.</li> <li>o Bli tatt med på aktiviteter slik at de kunne tenke på andre ting.</li> </ul> </li> <li>- Gi reglene mening <ul style="list-style-type: none"> <li>o Struktur i hverdagen.</li> <li>o Konflikter kan eskalere dersom strukturen og reglene er forståelige og konsekvente. Skape forutsigbarhet i hverdagen.</li> </ul> </li> </ul>
Kvalitetsvurdering	<b>Styrker:</b> Fagfellevurdert. Tidsskriftet har Kanalregisterets nivå 1. Alle intervju er gjennomført av førsteforfatter av studien, som er psykolog. Tolk ble benyttet i syv av intervjuene, for å sikre at informantene forsto det som ble spurt. Utført i regi av (NKVTS) Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.  <b>Svakheter:</b> Tolk kan også være en mulig feilkilde.
Relevans	Studiens relevans til oppgaven er at den ser på hva barn i en vanskelig og mulig traumatisk situasjon ønsker fra tjenesteyter.
Etiske overveielser	Deltakerne ble kontaktet direkte eller gjennom verge for å innhente informert samtykke. Studien er godkjent av REK (Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk).

Tabell 3: Artikkel 2

Full referanse	Prowell, A. N. & Williams, J. (2021) Mentoring as a protective factor: Exploring its impact on childhood sexual abuse survivors. Children and Youth Services Review. Vol 128. 106-169. DOI: 10.1016/j.chilyouth.2021.106169
Hensikt med studien	Hensikten med studien er å utforske aspekter ved bruk av mentor, og dens påvirkning på sosialt og emosjonelt velbehag hos personer som har blitt seksuelt misbrukt i barndommen.
Metode	Longitudinell kvantitativ studie. Tar utgangspunkt i Add Health (The National Longitudinal Study of Adolescent Health).
Utvalgt/populasjon	Av 1,831 respondenter som rapporterte seksuelle overgrep i barndommen, var det 150 respondenter som rapporterte å ha en positiv voksen mentor før fylte 14 år. Dermed et utvalg i studien 150 informanter som har opplevd seksuelt misbruk i barndommen, og har fått en voksen mentor i ungdomstiden. Studien er gjennomført i USA.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvor viktig mentor er per i dag var signifikant for sosialt og emosjonelt velvære.</li> <li>- Alder når de ble kjent med hverandre var viktig for sosialt og emosjonelt velvære.</li> <li>- Relasjon til mentor var signifikant for sosialt og emosjonelt velvære.</li> <li>- Hyppighet av kontakt per mail/telefon var signifikant for sosialt og emosjonelt velvære.</li> </ul>
Kvalitetsvurdering	<p><b>Styrker:</b> Fagfellevurdert. Tidsskriftet har Kanalregisterets nivå 1. Mulighet til å se langtidseffekt av sosial støtte for barn utsatt for seksuelle overgrep.</p> <p><b>Svakheter:</b> Studiens metode har en begrensning ved at den ikke kan gjøre rede for kompleksiteten av seksuelle overgrep i barndommens betydning på individet. Det er også kjent at mange som får en mentor, dropper ut av programmet før de rekker å oppleve de positive effektene.</p>
Relevans	Studien er relevant til problemstilling fordi den ser på betydningen av en voksen positiv mentor for personer som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen. Dette er overførbart til sosial støtte i forhold til barn som er eksponert for traumer.
Etiske overveielser	Data innhentet fra Add Health-prosjektet fra Universitetet ved North Carolina sitt IRB (Institutional Review Board). En etisk godkjenning.

Tabell 4: Artikkel 3

Full referanse	Østby, L. & Stefansen, K. (2017) Nettverkets betydning etter seksuelle overgrep. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol. 14. Nr. 3. 210-220. Hentet 27/04-22 fra: <a href="https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-03-02">https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-03-02</a>
Hensikt med studien	Identifisere hvilken type støtte overgrepsutsatte opplever fra nettverket sitt. Ambisjonen er å diskutere hvilke implikasjoner de mønstrene som identifiseres kan ha for psykososialt arbeid.
Metode	Kvalitative intervjuer med fagpersoner og personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep.
Utvalgt/populasjon	13 fagpersoner av ulik helse- og sosialfaglig bakgrunn. Fagpersonene hadde ulik erfaring med arbeid med seksuelle overgrep, men alle hadde jobbet minimum to og et halvt år innen dette. Ni overgrepsutsatte; åtte kvinner og en mann. Seks var mellom 17 og 25 år og tre var mellom 36 og 46 år. Majoriteten hadde opplevd overgrepene mellom 16 og 20 år, og noen i barndommen.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tydelig forskjell i måten fagpersoner og utsatte snakket om nettverk.</li> <li>- Emosjonell støtte og forståelse ble funnet som den viktigste formen for støtte.</li> <li>- Informativ og instrumentell støtte var gjennomgående for informantene.</li> <li>- Utsatte hadde større frykt knyttet til dette, i form av stigmatisering eller bli påført uønsket offeridentitet.</li> <li>- Flere opplevde at reaksjonene endret seg fra negative til positive, noe som tyder på viktighet av å involvere.</li> <li>- Støtte i etterkant opplevdes viktig for å komme seg videre i etterkant.</li> <li>- Viktig med både emosjonell og instrumentell støtte.</li> <li>- Profesjonelle som møter overgrepsutsatte bør anlegge en nettverksorientert tilnærming.</li> </ul>
Kvalitetsvurdering	<p><b>Styrker:</b> Fagfellevurdert. Tidsskriftet har Kanalregisterets nivå 1. Funn samsvarer med internasjonal forskning. Personer utsatt for seksuelle overgrep får mulighet å uttrykke seg om hva de trengte og hva som var uønsket fra nettverket.</p> <p><b>Svakheter:</b> Studien er ikke representativ for alle som utsettes for seksuelle overgrep. Noen lå langt tilbake i tid, og det har skjedd samfunnsendringer siden den tid.</p>
Relevans	Studien handler om personer utsatt for seksuelle overgrep og betydning av nettverk. Flere av overgrepene skjedde i barneårene, og de fleste overgrepene skjedde mellom 16 og 20 år. Den ser på hvilken betydning reaksjoner i nettverket har å si for overgrepsutsatte. Merk at det også var voksne som var utsatt for overgrep, men anser disse resultatene som overførbare.
Etiske overveielser	Meldt inn til NSD, og gjennomført i tråd med gjeldende forskningsetiske prinsipper. Informantene har gitt informert samtykke. Alt materiale er anonymisert. Informantene ble informert både skriftlig og muntlig at de når som helst kunne trekke seg fra studien, og at de kunne la være å svare på spørsmål.

Tabell 5: Artikkel 4

Full referanse	Birkeland, M. S., Holt, T., Ormhaug, S. M. & Jensen, T. K. (2020) Perceived social support and posttraumatic stress symptoms in children and youth in therapy: A parallel process latent growth curve model. Behavior Research and Therapy. Vol. 132. 1-8. Hentet 29/04-22 fra: 10.1016/j.brat.2020.103655
Hensikt med studien	Undersøke kort- og langtidseffekter av TF-CBT som behandlingsform i forhold til opplevelsen av sosial støtte og PTSS, mot de som mottok TAU (terapi som vanlig) (Posttraumatiske stress symptomer).
Metode	Longitudinell kvantitativ effektstudie. Kartlegginger ble utført ved fem ulike tidspunkt under studien; før terapi, midt i terapi (etter sjettede time), etter terapi (etter time nr. 12-15), ett år etter den første kartleggingen og 18 måneder etter kartleggingen gjort etter terapi.
Utvalgt/populasjon	Barn og ungdom med traumer. Gjennomsnittsalder 15,1 år, utsatt for traumer av ulik karakter. Verdt å nevne at 32,1 % rapporterte at de hadde vært eksponert for fysisk vold i nære relasjoner, og 28,8 % rapporterte at de hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Øvrige rapporter var traumatiske tap (plutselig uforventet død av omsorgsperson), eksponert for vold utenfor nær relasjon, utsatt for ulykke, og opplevd krig/flukt.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ved baseline ble det funnet en signifikant sammenheng mellom liten opplevelse av sosial støtte og høy verdi av PTSS.</li> <li>- Økning i opplevd sosial støtte førte til nedgang i PTSS.</li> <li>- Deltakelse av omsorgsperson, kjønn eller alder forutså baseline nivå av sosial støtte eller PTSS.</li> <li>- Under terapi ble det rapportert at PTSS gikk ned og opplevd sosial støtte gikk opp.</li> <li>- Nivået av opplevd sosial støtte holdt seg stabilt de første 18 månedene etter terapi.</li> </ul>
Kvalitetsvurdering	<p><b>Styrker:</b> Fagfellevurdert. Tidsskriftet har Kanalregisterets nivå 2. Studien er gjennomført i Norge, noe som gjør den representativ for det norske samfunnet. Sette økt fokus på betydningen av barnets sosiale støtte under terapi.</p> <p><b>Svakheter:</b> Første som har forsket på dette, så det er ikke annen forskning å sammenlikne med. Kan ikke dokumentere hva som er kilden til den opplevde sosiale støtten, grunnet metoden som er benyttet. Det kan være rapportert høyere nivå av sosial støtte enn realiteten, som forfatter ser i sammenheng med skam knyttet til mangel.</p>
Relevans	Studien er relevant i forhold til oppgaven ettersom den ser på traumer og barn i forhold til sosial støtte. Den har studert forholdet mellom opplevd sosial støtte og nivå av symptomer på PTSD.
Etiske overveielser	Godkjent av Regional Committee for Medical and Health Research Ethics. Skriftlig informert samtykke til deltakelse fra både barna og foresatte.

Tabell 6: Artikkel 5

Full referanse	Gray, S. A. O., Forbes, D., Briggs-Gowan, M. J. & Carter, A. S. (2015) Caregiver insightfulness and young children's violence exposure: testing a relational model of risk and resilience. <i>Attachment &amp; Human Development</i> 17:6, 615-634. Hentet 26/04-22 fra: DOI 10.1080/14616734.2015.1100207
Hensikt med studien	Formålet med studien er å undersøke relasjonell resiliens. Dette gjennom å se på omsorgspersonens evne til å tilegne seg barnets sinn eller å kunne identifisere motiver for ulik type atferd.
Metode	Mixed method studie – metodetriangulering. Omsorgspersoner og barn ble invitert til deltakelse etter en screening studie. I fase to deltok omsorgsperson og barn på et 2-3 timer lang besøk enten i lab eller i hjem. Det ble benyttet ulike kartleggingsverktøy for å kartlegge traumeeksponering, og strukturerte intervju for å kartlegge eventuell psykisk lidelse, sjekklister for barnets atferd. Øvrige opplysninger om barnet informerte omsorgsperson gjennom penn og papir.
Utvalgt/populasjon	Alle deltakere var fra det studien omtaler som lavinntektsfamilier. 64 deltakende barn, med en omsorgsperson hver. 34 jenter og 30 gutter mellom tre og fem år. Gjennomsnittsalder på 3,83. Alder på omsorgsperson var mellom 18-74 år. Studien er utført i USA.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Omsorgspersoners evne til å reflektere over barnets opplevelse der barnet er i fokus, kan forhindre utvikling av symptomer på traumer, etter eksponering for vold i ung alder.</li> <li>- Dette var konsistent gjennom ulike typer atferd, noe som tyder på at i lys av voldseksponering kan omsorgspersons evne til å sette seg inn i barnets situasjon være beskyttende for barnets utvikling.</li> <li>- For unnvikende atferd var omsorgspersoners evne til innsikt signifikant.</li> <li>- Barn som hadde innsiktsfulle omsorgspersoner var ikke traumaeksponering assosiert med internalisert atferd (kan være stemningslidelser og angstproblematikk (Tetzschner, 2019, s. 55), og motsatt ved lite innsikt.</li> <li>- Like funn ble identifisert ved eksternalisert atferd (utagerende atferd (Tetzschner, 2019, s. 55).</li> </ul>
Kvalitetsvurdering	<p><b>Styrker:</b> Fagfellevurdert. Tidsskriftet har Kanalregisterets nivå 1. Styrke at studien er begrenset til lavinntektsfamilier, fordi det har gitt funn på dette området. Danner grunnlag for videre forskning der forfattere legger føring for en longitudinell studie.</p> <p><b>Svakhet:</b> En svakhet at studien kun tar utgangspunkt i et gitt tidspunkt, og kunne med hensikt fulgt over en lengre periode. Den legger som nevnt føringer for dette. Ettersom det var omsorgsperson som både rapporterte barnets psykiske helse, og deres forståelse av barnets atferd kan rapporteringen være assosiert med deres egen evne til å forstå atferden. Studien trenger ikke være representativt for den øvrige befolkning.</p>
Relevans	Studien ser på barn og traumeeksponering noe som er relevant for oppgaven. Den ser på relasjon som betydning for situasjoner der barn har vært traumeeksponert. Den er fra USA. Derfor kan relevansen til den norske velferdsstaten avvike noe.
Etiske overveielser	Alle prosedyrer er godkjent av universitetes IRB (Institutional Review Board). Ingen av omsorgspersonene som deltok hadde utført den vold/overgrep som barna hadde opplevd.

### 3.4 Analyse

Analysearbeidet tar utgangspunkt i Aveyards tematiske analysemodell. Relevante studier ble lest gjennom i sin helhet og deretter del for del. Dette ble gjort for å danne et overblikk over innholdet. Deretter ble hovedfunnene i resultatdelen forsøkt identifisert



gjennom grundig arbeid med innholdet. Gjennom å identifisere hovedfunn kunne arbeidet med utarbeidelse av temaer begynne (Aveyard, 2019 i Thidemann, 2019, s. 96).

I arbeidet med å utarbeide de ulike temaene ble det tatt i bruk markeringstusj i ulike farger. Ved å bruke markeringstusjer i ulike farger kunne de ulike temaene identifiseres og utvikles. I dette tilfellet ble blå farge representativ for temaet «Emosjonell støtte». Da ble alle tekstbitene som omhandlet emosjonell støtte markert med blå tusj. Det ble i alt benyttet tre ulike farger, for å tydeliggjøre tre ulike temaer som ble innlysende mot problemstillingen (Aveyard, 2019 i Thidemann, 2019, s. 97). Det ble også notert ned relevante stikkord til hver markert tekstbit for å videreutvikle temaene. Ved eksempelvis «Emosjonell støtte», ble det funnet viktighet av å få hjelp til å håndtere vanskelige følelser.

Når analysearbeidet var kommet dithen at tekstbitene i de tre fargene var markert, begynte arbeidet med å sammenligne temaene. I dette tilfellet ble det benyttet notater på papir, og en tematabell med prikker i digital form. Dette for å holde oversikt over hvilke studier som inneholdt hva og, på den måten enkelt kunne bla opp i studiene og se etter markeringer. Her ble det foretatt et omfattende sorteringsarbeid for å sikre at temaene samsvarte med tekstbitene og at disse fremdeles var relevante mot problemstillingen. Temaene ble derfor underveis både fjernet, lagt til og revidert ut fra hvilke resultater som var gjentakende og hva som kunne bidra til å svare på problemstillingen (Aveyard, 2019 i Thidemann, 2019, s. 98). De tre temaene som ble stående til slutt var basert på resultater som gikk igjen og som i ulik grad svarer på problemstillingen.

Videre ble de ulike temaene navngitt. Her ble det vurdert om det skulle tas inspirasjon fra resultatdelenes egne navn eller finne egne. Det ble besluttet å finne nye navn som tok utgangspunkt i temaene (Aveyard, 2019 i Thidemann, 2019, s. 99). Resultatet ble: «Emosjonell støtte», «Praktisk støtte» og «Forståelse».

### 3.4.1 Tematabell

Tabell 7: Sammenligning av tema

<b>Tema</b>	<b>Artikkel 1</b>	<b>Artikkel 2</b>	<b>Artikkel 3</b>	<b>Artikkel 4</b>	<b>Artikkel 5</b>
<b>Emosjonell støtte</b>	●	●	●	●	●
<b>Praktisk støtte</b>	●	●	●		
<b>Forståelse</b>	●		●	●	●

## 4.0 Resultat

Analysen resulterte i tre ulike tema; «Emosjonell støtte», «Praktisk støtte» og «Forståelse». Gjennom disse temaene skal problemstillingen «Hvilken betydning har sosial støtte for barn eksponert for traumatiske opplevelser?» besvares.

### 4.1 Emosjonell støtte

Alle fem studiene inneholdt en form for emosjonell støtte. I studien til Skårdalsmo og Harnischfeger (2017) presenteres viktigheten av å kunne snakke om de triste opplevelsene. I denne studien har flere av informantene opplevd traumatiske hendelser i form av krig og flukt og de viser symptomer på posttraumatisk stress. Alle kom til Norge uten foreldre, og kan derfor ha manglet omsorgsperson under vanskelige situasjoner. Mange vil også ha hjelp til å håndtere vanskelige følelser og at de ansatte kan gi dem håp om at livet kan bli bedre (Skårdalsmo & Harnischfeger, 2017, s. 9-12).

Det var viktig for barna i en av studiene at de voksne var sensitive for behov som barna uttrykte. Eksempelvis «de må ikke snakke noen tulle ting når vi har vanskelige ting å tenke på... For hvis du er veldig sint eller veldig lei deg, så gidder du ikke å tulle selv om du er voksen også.» (Skårdalsmo & Harnischfeger, 2017, s. 12). Dette støttes av studien til Gray, et. al. (2015), som fant at barn med emosjonelt tilstedeværende omsorgspersoner ikke skåret høyere på eksternalisert atferd etter voldseksposering. Barna som ikke hadde emosjonelt tilstedeværende omsorgspersoner skåret derimot høyere på eksternalisert atferd i etterkant av voldseksposering. Liknende funn ble gjort på internalisert atferd (Gray, et. al., 2015, s. 623-624).

I Birkeland, et. al. (2020) ble det funnet en korrelasjon mellom økning av opplevd sosial støtte og nedgang i PTSS (symptomer på PTSD) under terapi i både TF-CBT og TAU (terapi som vanlig). Elementene i TF-CBT er som kjent at omsorgspersoner er inkludert i behandlingsformen, - i denne studien var tilstedeværelsen på 91,8 % som fører til større emosjonell tilstedeværelse. Under TAU var tilstedeværelse på tre eller flere terapitimer på 67,3 % (Birkeland, et. al., 2020, s. 4). Studien til Prowell og Williams (2021) fant at graden av betydning som mentoren hadde for barn utsatt for seksuelle overgrep, ga høyere nivå av sosialt og emosjonelt velbehag. Det ble også funnet at hyppigheten av samtaler med mentor var signifikant (Prowell & Williams, 2021, s. 4-5). Dette støttes av Skårdalsmo og Harnischfeger (2017) som fant betydning av å ha en verge, for barn som i denne sammenheng ikke har foreldre. Informantene ga uttrykk for å sette pris på at vergen var der kun for dem (Skårdalsmo & Harnischfeger, 2017, s. 13).

Østby og Stefansen (2017) fant at emosjonell støtte var den viktigste formen for støtte for personer som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Informantene oppnådde slik

støtte når samtalepartner, bekreftet og aksepterte opplevelsen og historien de fikk høre. Det var viktig at samtalepartner ble oppfattet interessert i å lytte og å fortsette samtalen (Østby & Stefansen, 2017, s. 216). En informant i studien til Skårdalsmo og Harnischfeger (2017) fortalte at det ikke nødvendigvis passer å være rigid i omsorg til barn som har vært utsatt for traumatiske opplevelser. «...og de bare gi til meg den te og sa: «Gå og sov». Jeg sa: «Jeg får ikke sove av den te!». Hva jeg trenger der? Da trenger jeg å snakke med de, ikke sant.» (Skårdalsmo & Harnischfeger, 2017, s. 14). De voksne må altså være sensitive for uttrykk der barnet kan kommunisere et annet behov enn barnet egentlig har (Skårdalsmo & Harnischfeger, 2017.s. 14).

#### 4.2. Praktisk støtte

Tre av studiene tok for seg temaet praktisk støtte. Skårdalsmo og Harnischfeger (2017) fant at barna satte stor pris på praktisk bistand i form av leksehjelp, kulturforståelse og lære språk. Barna verdsatte også at de voksne tok dem med på aktiviteter slik at de fikk tankene bort fra det som var vanskelig. Eksempelvis fotball, svømming eller å gå en tur sammen. Barna satte også pris på andre enn kun de ansatte, eksempelvis var vergen viktig for flere av informantene. Tilgjengelige representanter kunne bidra med praktisk hjelp, i form av eksempelvis integrering (Skårdalsmo & Harnischfeger, 2017, s. 12-13). Prowell og Williams (2021) fant at hvor mye barnet og mentor hadde kontakt per samtale og besøk, hadde signifikant betydning for sosialt og emosjonelt velbehag (Prowell & Williams, 2021, s. 4).

I Østby og Stefansen (2017) kom praktisk støtte til syne som støttende reaksjoner fra nettverket som ga kunnskap om voldtekt og hvilke hjelpeapparat som fantes i nærheten. En slik praktisk støtte var gjennomgående for flesteparten av informantene. En kvinne tok opp at konkret støtte var viktig, og i hennes tilfelle hadde hun fått bistand til å kontakte lege for angrepille. En annen som ble utsatt for mishandling og voldtekt i forholdet, opplevde at familien hadde ringt politiet og fått henne i sikkerhet (Østby & Stefansen, 2017, s. 218).

Noen av informantene opplevde uønsket praktisk støtte. Dette i form av at overgrep hadde blitt anmeldt av andre uten at de selv hadde tatt stilling til om dette var ønskelig. En opplevde å bli presset til å anmelde, som ble oppfattet som negativ praktisk støtte (Østby & Stefansen, 2017, s. 216-218).

#### 4.3 Forståelse

Forståelse ble tatt opp i majoriteten av studiene. Skårdalsmo og Harnischfeger (2017) tar opp behovet for å bli sett som enkeltindivid, og at det var ønskelig å bli forstått fra ens eget perspektiv. Barna ønsket også å bli forstått av de voksne som et barn som

kommer alene og bærer en byrde i form av traumatiske opplevelser. Det kom også frem at dersom en ikke følte seg forstått av de voksne, kunne følelser overmanne og føre til sinne og nedstemthet eller utagering. Det måtte også være forståelse fra de voksne i forhold til at kulturforskjeller kunne være utfordrende i tillegg til den vanskelige situasjonen de befant seg i (Skårdalsmo & Harnischfeger, 2017, s. 10-13).

Østby og Stefansen (2017) fant at flere følte å få forståelse når den som hørte på bekreftet og aksepterte opplevelsen. «Hun viste forståelse og tok det seriøst og var veldig trygg i møte med det, og det var godt...» (Østby & Stefansen, 2017, s. 216). Derimot opplevde flere å ikke få bistand til å forstå det de hadde vært utsatt for. Dette gjaldt spesielt overgrep i barndommen, der forelder visste at det var overgrep, men ikke grep inn. Opplevelsen for den utsatte ble da at hen ikke visste hva hen hadde vært utsatt for. Offer som ikke hadde blitt møtt med forståelse hos hjelpeinstans eller i nettverket, ga offeret følelsen at det var hens eget ansvar (Østby & Stefansen, 2017, s. 216-218).

Birkeland, et. al. (2020) fant at barnas opplevde sosiale støtte økte underveis i terapien. Det sees sammenheng med at omsorgsperson i stor grad deltok i terapi og fikk forståelse for hva barnet gikk gjennom (Birkeland, et. al., 2020, s. 5). Omsorgspersoner som hadde forståelse for barnets uttrykk og kunne regulere dette, førte til moderering av negative effekter ved voldseksposering. Marginalt bedre på internalisert atferd. Det ble funnet ubetydelig med forståelsesfulle omsorgspersoner der det ikke forelå noen eksponering (Gray, et. al. 2015, s. 623-625).

## 5.0 Diskusjon

I dette kapitlet drøftes resultatene fra studiene under *4.0 Resultat* opp mot relevant teori som er presentert under *2.0 Teori*.

### 5.1 Emosjonell støtte

Hovedfunnene av betydningen av emosjonell støtte var å kunne snakke om vanskelige følelser, ha en trygg omsorgsperson som var til stede for barnet og at omsorgsperson var sensitiv for barnets uttrykk.

For å diskutere funn som omhandler emosjonell støtte er det valgt å dele denne inn i flere deler for å skape en bedre oversikt; «Behovet for trygg tilknytning til omsorgspersoner», «Mulighet til bearbeidelse» og «Tilstedeværelse for barnet».

#### 5.1.1 Behovet for trygg tilknytning til omsorgspersoner

Traumebevisst omsorg bygger blant annet på teori om emosjonell trygghet og barnets evne til følelsesregulering, det sier noe om viktigheten av dette i møte med barn eksponert for traumer (Thorkildsen, 2020). Når en ser på traumeeksponering hos barn viser undersøkelser at en trygg tilknytning til omsorgspersoner vil kunne være beskyttende for utvikling av PTSD (Snoek & Engdal, 2017, s. 125). Det ses i sammenheng med Gray, et. al. (2015) sine funn vedrørende barn med omsorgspersoner med trygg tilknytningsatferd, ikke skåret høyere på eksternalisert eller internalisert atferd etter eksponering for traumer (Gray, et. al., 2015, s. 624). Det viser viktigheten av å ha emosjonelt tilstedeværende omsorgspersoner og kan tyde på at dette bidrar til motstandsdyktighet.

Når vi snakker om traumer i forhold til barn vil det foreligge en ekstra dimensjon av sårbarhet. Det innebærer det faktum at traumet ofte skjer i sammenheng med omsorgspersonene selv, eksempelvis seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner. Dette presenteres i Grey, et. al. (2015) som så at det var den ene omsorgspersonen som var årsaken til traumeeksponeringen. Det rokker ved tilknytningen som barnet har til sine omsorgspersoner. Dette kan utvikles til utviklingstraumer (Nordanger & Braarud, 2017, s. 73). Samtidig er det slik at den sosiale støtten som kommer til uttrykk som den emosjonelle, i all hovedsak kommer fra nær familie og venner gjennom omsorg, verdsettelse og kjærlighet (FHI, 2015). Det kan være utfordrende når det i mange tilfeller er personer i nær familie som er årsaken til traumeeksponeringen. Det kan også være at det mangler en omsorgsperson til å regulere barnet i de vanskelige situasjonene, som flere av informantene i en av studiene (Skårdalsmo & Hernischfeger, 2017, s. 9-12). Da har det skjedd et brudd i trygghetssirkelen, illustrert i *Figur 1 Trygghetssirkelen* (Tetzschner, 2019).

### 5.1.2 Mulighet til bearbeidelse

Emosjonell støtte kommer i hovedsak fra nære relasjoner. Betydningen av slik emosjonell støtte for barn eksponert for traumer ble tatt opp i samtlige studier (Skårdalsmo & Harnischfeger, 2017; Prowell & Williams, 2021; Østby & Stefansen, 2017; Birkeland, et. al., 2020; Gray, et. al., 2015). Ettersom den hovedsakelig kommer fra de nære relasjonene, innebærer det at det i stor grad foregår utenfor terapirommet. Dr. Howard Bach understreker viktigheten av de 23 andre timene i døgnet der barnet ikke er i terapi. Det vil være her store deler av påvirkningen finner sted. Eksempelvis fant Skårdalsmo og Harnischfeger (2017) at barna ønsket omsorgspersoner som var sensitive for deres behov (Skårdalsmo & Harnischfeger, 2017, s. 12). Det innebærer at foresatt, vernepleiere og lærere må være bevisst dette for å kunne bidra til å opprettholde den emosjonelle støtten til barnet (Thorkildsen, 2020). To av studiene understreker viktighet av å få snakke om det som har vært vanskelig og få bekreftelse på det (Skårdalsmo & Harnischfeger, 2017; Østby & Stefansen, 2017). For barn eksponert for traumatiske opplevelser vil følelsesregulering være viktig. Mange barn trenger bistand til å regulere vanskelige følelser og å få mulighet til å utrykke seg (Thorkildsen, 2020). Dette tas også opp i en av studiene som viser at barnet kommuniserte et annet behov enn barnet hadde, og trengte i øyeblikket en tjenesteyter som kunne være der for dem (Skårdalsmo & Harnischfeger, 2017, s. 14).

### 5.1.3 Tilstedeværelse for barnet

Den nye retningen av terapi for barn eksponert for traumer; TF-CBT, bygger som tidligere nevnt blant annet på tett foreldresamarbeid og god kommunikasjon mellom barn og omsorgsperson (NKVTS, u.å.). I en av studiene ble det funnet signifikant sammenheng mellom bruk av TF-CBT på opplevd sosial støtte, og nedgang av symptomer på PTSD. Dette tyder på at det foreligger en sammenheng mellom tilstedeværende omsorgspersoner og opplevd sosial støtte for barnet i etterkant av traumeeksponering. Her var tilstedeværelsen på 91,8 %, som tilsier at de fleste omsorgspersonene var tilgjengelige for barnet. Og hadde mulighet å erverve mentale verktøy for å gi barnet den emosjonelle støtten hen trengte utenfor terapirommet (Birkeland, et. al., 2020, s. 4).

## 5.2 Praktisk støtte

Hovedfunn som omhandlet praktisk støtte var praktisk bistand i form av hjelp i hverdagslivet, konkret støtte fra nettverket, og uønsket støtte. For å diskutere den praktiske støtten, deles denne inn i «Konkret støtte når følelsene tar overhånd» og «Plikten til praktisk støtte».

### 5.2.1 Konkret støtte når følelsene tar overhånd

Praktisk støtte var viktig for flere av informantene i flere studier. Kilden til denne typen støtte kunne være både i det formelle og uformelle nettverket. Altså kunne det være både fra nære relasjoner, men også fra profesjonsutøvere (Skårdalsmo & Hernischfeger, 2017; Østby & Stefanson, 2017; Prowell & Williams, 2021). Praktisk støtte kan ifølge Folkehelseinstituttet (2015) være rådgivning og anbefalinger. Når vi snakker om barn eksponert for traumer, kan det eksempelvis være samtaler om hvilken hjelp som finnes, og hvilke rettigheter barnet har. Samtalene kan være med helsepersonell eller øvrige ansatte ved skolen til barnet (FHI, 2015).

Når barn kommer i utfordrende sosiale eller personlige situasjoner, viser forskning at det kan være viktig at andre strekker ut en hånd (FHI, 2015). Det kommer frem i en studie at det ble i stor grad satt pris på når den voksne så at barnet trengte et følelsesmessig avbrekk og ga tilbud om å delta på en aktivitet sammen. Dette gav barnet en pause fra de vanskelige tankene og samtidig knyttet en nærere relasjon mellom barnet og tjenesteyteren (Skårdalsmo & Hernischfeger, 2017, s. 12-13). Likevel ble det i en annen studie opplevd å motta uønsket praktisk støtte fra nettverket, som ikke var ønskelig for flere informanter (Østby & Stefansen, 2017, s. 216-218).

### 5.2.2 Plikten til praktisk støtte

Konkret støtte ble funnet viktig for flere informanter i to av studiene (Skårdalsmo & Hernischfeger, 2017; Østby & Stefansen, 2017). Det kan være betydningsfullt for mennesker utsatt for traumatiske opplevelser, da det kan være utfordrende å manøvrere selv når verden oppleves uoversiktlig. Barn skal slippe å selv ta stilling til om eksempelvis barnevernet skal meldes, eller nødnetten dersom det foreligger mistanke om fare for liv eller helse. Her ligger ansvaret hos eksempelvis vernepleieren som er underlagt opplysningsplikt til barnevernstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, § 33).

Personer med PTSD kan også oppleve å konstant være i autonom beredskap, med økt kontrollbehov. Det vil derfor være viktig med konkret støtte for å kunne bistå med å lette symptomtrykket (Snoek & Engdal, 2017, s. 124). Som en del av det sosiale nettverket til barnet med PTSD kan det være viktig å tørre å gi konkret støtte i de tilfellene man mistenker suicidalitet (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013; Snoek & Engdal, 2017). Det er også en del av vernepleierens handlingskompetanse, og her skal en være sitt ansvar bevisst (Brask, et. al., 2016, s. 42). Som vernepleier har man plikt til å handle dersom man mistenker suicidalitet (Helsepersonelloven, 1999, § 7). Dette eksemplifiseres i den ene studien som fant viktighet av bistand til å kontakte lege etter et overgrep, eller en annen som hadde fått hjelp til å kontakte politiet for bistand (Østby & Stefansen, 2017, s. 218).



### 5.3 Forståelse

Hovedfunn som omhandlet forståelse i studiene var; å bli forstått som et barn som kjente på psykisk belastning, å bli møtt med forståelse for historien barnet bar på og omsorgspersoner som forsto barnets uttrykk. Funn som omhandler forståelse, blir delt inn i «Forståelse av barnets uttrykk» og «Forståelse av hva barnet har vært gjennom»

#### 5.3.1 Forståelse av barnets uttrykk

FHI (2015) mener at en god sosial støtte gir bekreftende kommunikasjon, enten ved å bekrefte eller avkrefte. Eksempelvis tilknytningsatferd barnet kommuniserer blir bekreftet dersom omsorgspersonen søker nærhet. Som illustrert i *Figur 1: Trygghets sirkelen*,

ser en at dersom barnet har en trygg base å komme til når ting blir vanskelig er barnet i større grad rustet til å håndtere det som møter en. To av studiene fant at dersom barnet ikke følte seg forstått og ivaretatt, kunne følelsene ta overhånd, og barnet kunne bli sint. Det å bli møtt med forståelse og anerkjennelse førte til en god følelse hos de utsatte (Skårdalsmo & Hernischfeger, 2017; Østby & Stefanson, 2017). Studien til Gray, et. al. (2015) fant at omsorgspersoner som forsto hvilke signaler barnet sendte, kunne moderere negative konsekvenser etter traumeeksponering (Gray, et. al., 2015, s. 623-625). Dette støttes av Thorkildsen (2020) som henviser til den siste av de tre pilarene i traumebevisst omsorg; regulering. Å bistå barnet i å regulere seg er avgjørende for å forhindre negative konsekvenser. Dette er også et av prinsippene i Bowlby (1982) sin tilknytningsteori. En trygg tilknytningsatferd fra omsorgspersonene kan i større grad gjøre barnet motstandsdyktig i møte med traumatiske opplevelser (Thorkildsen, 2020; Bowlby, 1982 i Tetzchner, 2019, s. 329-332). Det ble funnet at det var ubetydelig med omsorgspersoner som forsto hvilke signaler barnet sendte der det ikke forelå noen traumeeksponering (Gray, et. al., 2015, s. 623-625). Dette kan tyde på at en slik form for sosial støtte er signifikant for barn eksponert for traumer.

#### 5.3.2 Forståelse av hva barnet har vært gjennom

Birkeland, et. al. (2020) så signifikant sammenheng mellom forståelse fra omsorgspersoner og økt opplevelse av sosial støtte for barna under TF-CBT. Økning av opplevd sosial støtte førte igjen til nedgang av symptomer på PTSD (Birkeland, et. al., 2020, s. 5). Dette underbygger tidligere forskning på området. Jensen, et. al. (2014) viser signifikant nedgang i symptomtrykk og økning i sosial deltakelse. Den signifikante nedgangen som Birkeland, et. al. (2020) fant samsvarer med NKVTS (u.å.) sin redegjørelse vedrørende TF-CBT grunnlag av foreldredeltakelse, og arbeider med å forbedre kommunikasjon mellom barn og omsorgsperson (Birkeland, et. al., 2020, s. 5). Dette sier noe om viktigheten at vernepleiere og andre profesjonsutøvere som arbeider

med barn, bør sette søkelys på foreldresamarbeid og å være en brobygger mellom barnet og omsorgsperson (NKVTS, u.å.; Brask, et. al., 2016, s. 42).

#### 5.4 Metodediskusjon

I det videre diskuteres styrker og svakheter ved denne oppgaven. Studiene som ble valgt ut i oppgaven hadde noe geografisk spredning. Likevel var det en overvekt av studier gjort i Norge. Dette var ønskelig, da det i større grad ville være representativt for det norske samfunnet. Likevel samsvarer resultater fra de andre studiene som er fra USA. Det er derfor funnet en sammenheng på området, selv i et annet land og kulturer. Det kan derfor tenkes at de amerikanske studiene kan være representative også i Norge.

Det er både en styrke og en svakhet at denne oppgaven har benyttet studier med både kvalitative, kvantitative og metodetriangulering som metode. De kvalitative studiene gir et kunnskapsgrunnlag som i større grad bygger på subjektivitet (Thidemann, 2019, s. 76). Det positive med dette er at problemstillingen ønsker å knytte hensikten opp mot barnet. Da anses det nødvendig at informantene kan uttrykke seg utfyllende om hvilken betydning sosial støtte har hatt å si for dem. Eksempelvis ble det tatt ut sitater for å underbygge det studiene presenterte. På den andre siden ble det vurdert betydningsfullt å se på problemstillingen ut fra kvantitative studier. Det at disse ikke gir like utfyllende svar gjør de mindre anvendbare, men har mulighet å gi breddekunnskap på temaet. Det kan i større grad også se på effekt og sammenheng (Thidemann, 2019, s. 75-76). Likevel anses det viktig å inkludere begge ettersom det kan gi større reliabilitet til oppgaven dersom resultatene samsvarer. Dette er grunnen til at studien med metodetriangulering også er inkludert i oppgaven. Denne innebærer begge metodene (Thidemann, 2019, s. 77).

Ved vurdering av kvaliteten ved studiene benyttet i denne oppgaven, er det viktig å merke seg at ved bruk av andre søkeord, kunne det kommet andre resultater. Utvelgelsesarbeidet er nok farget av undertegnedes for-forståelse, selv om det er forsøkt å ha et åpent sinn i møte med forskningen. Det er også verdt å merke seg at tre av fem studier er skrevet på engelsk. Det har vært viet mye tid og arbeid på å forstå og oversette innholdet i studiene, men det er verdt å merke seg at det kan ha oppstått feil eller misforståelser under oversettelsesarbeidet, da det ikke er undertegnedes morsmål.

Til sist er det ønskelig å poengtere at det foreligger mindre forskning på barns opplevelser og påvirkning i etterkant av traumeeksponering. I enkelte studier inkludert er det omsorgsperson som rapporterer på vegne av barnet. Det kan både føre til over- og underrapportering av traumer. I tillegg er det omsorgspersons forståelse som ligger til

grunn og det vil variere i hvilken grad vedkommende oppfatter barnets uttrykk. Det har i større grad vært forsket på voksne og vurdert overføringsverdien til barn. Det kan ha påvirket hvilke studier som er inkludert i denne oppgaven.

## 6.0 Konklusjon

I denne litteraturstudien var hensikten å belyse problemstillingen «*Hvilken betydning har sosial støtte for barn som har vært eksponert for traumatiske opplevelser?*».

Med bakgrunn i teori på dette feltet og studiene inkludert i oppgaven sås det ikke tvil om den positive betydningen (Skårdalsmo & Hernischfeger, 2017; Prowell & Williams, 2021; Østby & Stefansen, 2017; Birkeland, et. al., 2020; Gray, et. al., 2015). De ulike dimensjonene av sosial støtte belyst i denne oppgaven er emosjonell støtte, praktisk støtte og forståelse.

Emosjonell støtte er svært viktig og i studiene kommer dette til uttrykk på flere ulike måter. Gode samtaler med personer som er sensitive for barnas uttrykk og trygge relasjoner til både omsorgspersoner, tjenesteytere og personer i det uformelle nettverket, kan føre til større emosjonelt velvære hos barnet. Det kan også bidra til større opplevd sosial støtte, i tillegg til motstandsdyktighet i utfordrende situasjoner (Skårdalsmo & Hernischfeger, 2017; Prowell & Williams, 2021; Østby & Stefansen, 2017; Birkeland, et. al., 2020; Gray, et. al., 2015).

Praktisk og konkret støtte er en annen dimensjon ved den sosiale støtten som viser seg å ha betydning. Den glir ofte inn i den emosjonelle støtten, da det kan være akkurat en slik konkret form for støtte barnet trenger for å forholde seg til omgivelsene. Studiene tyder også på at som både aktør i et formelt og uformelt nettverk, kan det være signifikant å tørre å komme med konkret støtte i form av råd og handling. I tillegg ligger også omgivelsenes plikt til å handle ved mistanke om eksempelvis omsorgssvikt. Og med dette overta ansvaret, slik at barnet ikke skal behøve å bære alt selv (Skårdalsmo & Hernischfeger, 2017; Østby & Stefansen, 2017; Prowell & Williams, 2021).

Å ha og vise forståelse for det barnet har gått gjennom anses betydningsfullt for flere informanter. Foreldresamarbeid slik som det settes søkelys på i TF-CBT viser ifølge studien at foreldrenes forståelse øker og dermed øker også barnets opplevde sosiale støtte. Det synes også at forståelse for barnets uttrykk bidrar til motstandsdyktighet, og er derfor en forebyggende faktor i møte med traumeeksponering. Det tyder på viktigheten av at vernepleieren må være seg bevisst signifikansen av denne dimensjonen i arbeidet (Skårdalsmo & Hernischfeger, 2017; Østby & Stefansen, 2017; Birkeland, et. al., 2020; Gray, et. al., 2015).

Vedrørende de funn som er identifisert i denne oppgaven, anses det nødvendig å fortsette forskning på temaet. Da det synes å være lite studier spesifikt knyttet til barn og traumeeksponering. Det å la barna få fortelle om sine opplevelser rundt sosial støtte i

etterkant av traumeeksponering vil kunne være betydningsfullt for å sette dette aspektet på dagsorden. Mange som er utsatt for traumatiske opplevelser mangler trygge støttepersoner i sitt sosiale nettverk.

## 7.0 Litteraturliste

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

Bækkelund, H. (2015, 11. november). *Hva er traumer og traumebehandling?*

Psykologforeningen.no. Hentet 05. mai 2022 fra

<https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/hva-er-traumer-og-traumebehandling>

Barnevernsloven (1992) Lov om barnevernstjenester. (LOV-1992-07-17-100) Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1992-07-17-100>

Birkeland, M. S., Holt, T., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2020). Perceived social support and posttraumatic stress symptoms in children and youth in therapy: A parallel process latent growth curve model. *Behaviour Research and Therapy*, 132, s. 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103655>

Brask, O. D., Østby, M., & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerneroller: en refleksjonsmodell*. Fagbokforlaget.

Direktorater for høyere utdanning og kompetanse (u.å). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Kanalregister.hkdir.no. Hentet 14. mai 2022

<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Ellingsen, K. E. (Red.). (2014). *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*. Universitetsforlaget.

Folkehelseinstituttet (2015, 11. mai) *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. Fhi.no. Hentet 20. mai 2022 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>

Gray, S. A. O., Forbes, D., Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2015). Caregiver insightfulness and young children's violence exposure: testing a relational model of risk and resilience. *Attachment & Human Development*, 17(6), 615–634. <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1100207>

Helsebiblioteket (2016, 03. juni) *Sjekkliste for kvalitative studier*. Helsebiblioteket.no. Hentet 14. mai 2022 <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>

Helsebiblioteket (2016, 03. juni) *Sjekkliste for vurdering av kohortstudie*. Helsebiblioteket.no. Hentet 14. mai 2022 <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hoffman, K., Marvin, R., Cooper, G. & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The Circle of Security Intervention.

Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., Hukkelberg, S. S., Indregard, T., Stormyren, S. D., & Wentzel-Larsen, T. (2014). A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(3), 356–369. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.822307>

Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer: regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget.

Nordlund, I., Thronsen, A., & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie: kunnskapsbasert praksis, grunnleggende arbeidsmodell*. Universitetsforlag

Norges teknisk naturvitenskapelige universitet (u.å.) *Avanserte litteratursøk*. Intnu.no. Hentet 25. mai 2022 fra <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Avanserte+litteratursøk>

Norsk Kunnskapscenter for Vold og Traumatisk Stress (u.å.) Om metoden: TF-CBT - Traumefokusert kognitiv atferdsterapi. NKVTS.no. Hentet 10. mai. 2020 fra <https://www.nkvts.no/tf-cbt/om-metoden/>

- Norsk Kunnskapssenter for Vold og Traumatisk Stress. (2021, 18. mars) *Barn og voksne rapporterer ulikt om traumatiske hendelser*. Forskning.no. Hentet 28. mai. 2022 fra <https://forskning.no/barn-og-ungdom-forebyggende-helse-kjonn-og-samfunn/barn-og-voksne-rapporterer-ulikt-om-traumatiske-hendelser/1827246>
- Østby, L. & Stefansen, K. (2017). Nettverkets betydning etter seksuelle overgrep. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13(3), 210–220. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-03-02>
- Prowell, A. N. & Williams, J. (2021). Mentoring as a protective factor: Exploring its impact on childhood sexual abuse survivors. *Children and Youth Services Review*, 128, 106-169. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106169>
- Regionalt ressurscenter for vold, traumatisk stress og selvmord Sør (u.å.). *Barns utvikling og traumer*. <https://rvtssor.no/filer/backup/Traumeguiden2.pdf>
- Røkenes, Hanssen, P.-H., & Tolstad, O. (2012). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utgave). Fagbokforlaget.
- Skårdalsmo, E. M. B & Harnischfeger, J. (2017). Vær snill! - Råd fra enslige mindreaårige asylsøkere og flyktninger til voksne omsorgsgivere. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 94(1), 6–21. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1838-2017-01-02>
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykometri: for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utgave). Cappelen Damm akademisk.
- Tetzchner, S. V. (2019). *Barne- og ungdomspsykologi: typisk og atypisk utvikling*. Gyldendal.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave.). Universitetsforlaget.
- Thorkildsen, S. L. (2020, 28. januar) *De tre pilarene i traumebevisst omsorg*. RVTSSor.no. Hentet 07. mai. 2022 fra <https://rvtssor.no/aktuelt/294/de-tre-pilarene-i-traumebevisst-omsorg/>
- Tønnessen, L. B. H. (2016) *Å velge det varme blikket*. Kommuneforlaget



