

Å så et frø for fremtiden

Jordmors opplevelse av primærforebygging blant gravide kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn.

Lindis Brekke-Christensen

VEILEDER

Stine Torp Løkkeberg

Universitetet i Agder, 2019

Fakultet for Helse- og idrettsvitenskap

- Lindis Brekke-Christensen, Barnevernspedagog
- 1979
- Miljøterapeut
- Hanna Winsnes vei 6, 3269 Larvik
- lindis_b@hotmail.com
- Å så et frø for fremtiden-jordmors opplevelse av primærforebygging blant gravide kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn
- Psykisk helsearbeid
- Antall ord: 4979. Antall tabeller: 2
- NSD referanse: 276059

Manus skal sendes til Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid: redaksjonen.tph@gmail.com

Sammendrag

Seksuelle overgrep i barndommen er en invaderende handling, som kan medbringe store følger for den det gjelder. Psykiske utfordringer under svangerskap til hinder for tilknytning mellom mor og barn er ett risikomoment. Dårlige foreldreferdigheter i kjølvannet av psykiske utfordringer kan lede til generasjonsoverføring, der psykisk dårlig helse virker gå i arv. Denne artikkelen baserer seg på dybdeintervju av åtte jordmødre ansatt i kommunal svangerskapsomsorg. Ved å anvende den tematiske analyse trer noen elementer av betydning for det primærforebyggende arbeid frem. Funnene blir diskutert i lys av humanistisk psykologi, med vekt på følelsesfokus og mestring.

Nøkkelord: psykisk helsearbeid, primærforebygging, seksuelle overgrep som barn, følelsesfokus

Summary

Sexual abuse during childhood is invading and may lead to negative symptoms during pregnancy. Those symptoms can be an obstacle for a strong bonding between mother and child. Mental challenges and poor affiliation can lead to shortcoming in parental skills. This may influence the child's development in negative direction.

It is necessary to prevent transmission of trauma theory, in order to promote good mental health in society. How does a midwife experience working with primary prevention? What will it take to assist her in the important work she does? Eight midwives were interviewed in order to get close to an answer. By using thematic analysis some elements of importance considering primary prevention releases itself. The findings are discussed in light of humanistic perspective with an eye on emotional focus and mastery.

Key words: Mental healthcare, primary prevention, sexual abuse in childhood, emotional focus.

Bakgrunn

Mennesker som utsettes for seksuelle overgrep som barn er i større risiko for å utvikle depresjon, angstlidelser og PTSD lignende symptomer under graviditet (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016; Verdens helseorganisasjon, 2017; Malta, McDonald, Hegadoren, Weller & Tough, 2012; Leeners, Neumaier-Wagner, Quarg & Rath, 2006). Kvinners symptomer under svangerskap kan settes i sammenheng med senere atferds- og emosjonsvansker hos barnet (Wosu, Gelaye & Williams, 2015; Kirkengen & Brandtzæg Næss, 2015).

Mennesker som har opplevd invaderende og krenkende handlinger vil kunne ha vanskeligheter med å regulere egne følelser i samhandling med barn (Felitti et al., 1998; Bevan & Higgins, 2002; Nordanger & Braarud, 2017). Gjennom å styrke reguleringsevnen før fødsel, kan det hindres at barn blir utsatt for eventuelle traumatiske opplevelser av egne foreldre (Helsedirektoratet, 2018; Nordanger & Braarud, 2017). Primærforebygging er i overensstemmelse med regjeringens Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016:30). Nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen påpeker hvordan relasjonen mellom mor og barn kan styrkes gjennom å sikre den gravides psykiske helse (Helsedirektoratet, 2018). Å arbeide primærforebyggende mot generasjonsoverføring vil være en del av jordmors arbeidsoppgaver (Helsedirektoratet, 2018; Leeners et al., 2006; Nordanger & Braarud, 2017; Major et al., 2011).

Det humanistiske perspektiv på psykisk helse vil være overordnet i studien (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2012). Traumebevisst omsorg er en spennende og nyttig måte å interagere med mennesker på, og trekkes inn under diskusjonen av funnene (Nordanger & Braarud, 2018; Sjøftestad & Andersen, 2014). Andersen (2014) trekker frem relasjonens betydning i arbeid med utsatte mennesker. Kontakt med mennesker vil tre frem i helsefremmende arbeid (Topor, 2011). I relasjon med traumatiserte mennesker er det en fare for å bli påvirket selv (Sjøftestad, 2014). Følelsesfokus er et perspektiv som seiler frem den senere tid (Sjøftestad, 2014). Å vende blikket mot seg selv, og hvordan man reagerer i møte med de man skal hjelpe, vil være viktig (Sjøftestad, 2014).

Hensikten med artikkelen er å tilføre ny kunnskap til det primærforebyggende feltet. Det er ønskelig å bistå i å fremme god psykisk helse, og hindre generasjonsoverføring.

Forskningsspørsmålet som studien bygger på er hva jordmor opplever er viktig i primærforebygging med kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn?

Metode

Kvalitativ metode er valgt for å få frem enkeltmenneskets forståelse av problemstillingen (Kvale & Brinkman, 2017). Grunnleggende for metoden, som blant annet beskrives ved den fleksible tilnærmingen forskeren tillates å ha til problemstillingen, er muligheten til å betrakte fenomenet ut fra informantens ståsted og dagligliv (Cosby & Bates, 2015). For å synliggjøre opplevelsen og forståelse av arbeid med primærforebygging og seksuelle overgrep i større grad, ble den hermeneutisk- fenomenologiske retningen valgt (Polit & Beck, 2018). Å anvende nevnte forståelsesramme vil fremme informantens selvopplevelse og gi leseren anledning til å sette seg inn i informantens oppfattelse av egen hverdag i større grad (Kvale & Brinkman, 2017).

Rekruttering og utvalg

Informasjonsskriv og forespørsel om deltagelse ble sendt til jordmors øverste leder i 17 kommuner, hvorav fem ledere videresendte forespørsel til sine jordmødre. Fellesnevneren blant de utvalgte kommuner var at de tilbød svangerskapskonsultasjoner. For å sikre studien var det avgjørende med informanter som hadde førstehåndsinformasjon om aktuelt tema (Polit & Beck, 2018). Inklusjonskriteriene var at informanten selv mente de arbeidet etter de faglige nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen, og hadde direkte kontakt med gravide kvinner. Til sammen var det åtte jordmødre som ønsket delta i studien.

Tabell 1. Demografiske data over informantene

Gjennomføring / Datainnsamling

Under intervjuene ble en semistrukturert intervjuguide i tråd med Kvale og Brinkman (2017) benyttet. Intervjuene foregikk på informantens arbeidsplass, da dette er med på å trygge informanten i naturlige omgivelser (Creswell, 2014). I tillegg til det skriftlige informasjonsskrivet ble informantene informert muntlig om studiens hensikt. Intervjuene ble tatt opp på diktafon, for deretter å bli transkribert ordrett dagen etter intervju (Kvale & Brinkman, 2017). Transkriberingen innebar direkte avskrift - med fyllord og pauser. Avslutningsvis eksisterte det 140 sider transkribert materiale med linjeavstand 1.5.

Eksempler på introduksjons-, -inngående og direkte spørsmål stilt under intervjuet var «De som har vært utsatt for seksuelle overgrep – kan du beskrive litt hvordan de konkret beskriver svangerskapet sitt?», «Hva tenker du er det viktigste redskapet du har med å få frem dårlig psykisk helse hos gravide?» og «Hva tenker du om psykisk helse hos gravide utsatt for seksuelle overgrep som barn?»

Dataanalyse

For å gi innsamlede data mening ble den systematisk tematiske analysen anvendt (Braun & Clarke, 2006). Ved bruk av tematisk analyse er det ønskelig å gjenkjenne felles tema. De seks beskrevne trinnene for å systematisk utføre en tematisk analyse ble fulgt. Først ble alle transkriberingene lest to ganger, for slik å bli godt kjent med innholdet (Braun & Clarke, 2006). Andre trinn innebar å se etter interessante nøkkelord, som ble manuelt kodet. I fase tre ble kodene sortert i aktuelle tema, for deretter å sees på i et bredere perspektiv for å finne overordnet tema. I trinn fire sortertes aktuelle tema til felles overordnet tema, og det ble undersøkt om det ga en mening i forhold til hverandre. Et tematisk kart ble laget for enklere å se sammenhenger mellom funnene. Fase fem besto i å gå detaljert gjennom analysen, for slik å sikre tema som konkrete. Denne ikke-lineære prosessen var tidkrevende, og det var betydningsfullt å holde fokus på problemstillingen underveis. En fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming på analysen er riktig, da det er ønskelig å fremme informantenes levde erfaring og opplevelse om fenomenet (Wertz, Charmaz, McMullen, Josselson, Anderson & McSpadden, 2011).

Tabell 2. Analyseprosessen.

Etiske overveielser

Informasjon om muligheten til å trekke seg uten begrunnelse ble forklart i forkant av intervjuet (Polit & Beck, 2018). Anonymitet ble etterstrebet, men kan være vanskelig i kvalitative studier (Kvale & Brinkman, 2017; Polit & Beck, 2018). Ifølge Polit og Beck (2018) råder konfidensialitetsprinsippet innen kvalitative studier og avslørende opplysninger vil ikke bli offentliggjort eller distribuert til andre. Funn blir presentert slik at de gjør minst

mulig skade på informantene og på kvinnene som blir beskrevet (Polit & Beck, 2018). Presenterte sitater kan ikke kobles til spesifikk informant. I tråd med konfidensialitetsprinsippet oppbevares samtykkeskjema og diktafon på lukket sted, og vil bli slettet etter godkjent studie (Polit & Beck, 2018).

Kvale og Brinkman (2017) henviser til det skjeve maktforholdet mellom informant og den som foretar intervjuet. Engelstads (2010) fokus ligger på hvordan forskningen må kunne benytte seg av sin anseelse i befolkningen for å innhente forskningsdata. Tatt i betraktning de ulike perspektivene, vektlegges fokus i denne studien på å minimere opplevelsen av brukt makt gjennom å gjennomføre en åpen refleksiv prosess.

Refleksivitet

Refleksivitet er å forstå som hvordan egen rolle, forforståelse og mening virker inn på studien og hvordan nevnte elementer kan påvirke resultatet (Polit & Beck, 2018; Berger, 2015). Å betrakte refleksivitet som en konstant indre dialog og kvalitetskontroll øker studiens pålitelighet og gyldighet (Berger, 2015). Den indre dialog er ført i penn gjennom å skrive ned tanker og ideer i en dagbok. Grunnet personlige erfaringer innehas en forforståelse for tema. For å sikre pålitelighet og gyldighet var egen atferd - og tanker i kontakt med rådata- under konstant refleksjon (Watt, 2007). Egne spekulasjoner eller særlige interesse for tema vil av den grunn i mindre grad farge funnene (Berger, 2015).

Funn

Resultater fra den tematiske analysen vises med fire temaer som presenteres opp mot primærforebyggende arbeid med utsatte kvinner. Disse er det allsidige tema psykisk helsearbeid i svangerskapsomsorgen, kroppens funksjon i primærforebyggende arbeid, menneskemøter fremmer psykisk helse og følelsens betydning.

Psykisk helsearbeid i svangerskapsomsorgen

Informantene viser en positiv innstilling til å skulle ha ansvar for å legge merke til gravide kvinners psykiske helse. De finner det meningsfullt og givende. Begrepet psykisk helsearbeid

brukes ikke bevisst, men kommer blant annet til syne gjennom informantenes fokus på å fremme helse. Den praktiske kunnskapen om å avdekke seksuelle overgrep og å jobbe primærforebyggende er stor blant informantene. Studien viser at tema psykisk helse og tidligere erfaringer med vold er aktuelt under svangerskapet. En informant uttrykker det slik «At vi har fokus på det med en gang- at det ikke bare- liksom...vår...mandat er ikke bare å se at du og din baby har fysisk god helse. Men også det å tenke på «hvordan vil det bli for deg å bli mamma?»»

Ved å betrakte funnet med fenomenologisk – hermeneutiske briller, sees hvordan informantene ikke er opptatt av å årsaksforklare den dårlig psykiske helsen, det er ønsket å støtte kvinnen og utfordringene tidlige krenkelser kan ha uavhengig av årsak. Som nevnt under et intervju:

«...så er ikke det noe jeg utbroderer...Spør «hvordan var det?» Spør «hvordan skjedde det?» Det er jo mere at det blir nevnt. Eller at det blir sagt at «det har jeg opplevd. Så kan det jo bli sterke følelser ut av det.....Så må en jo stå i det da».

Informantene viser refleksjoner omkring hvordan legge frem tematikken, og spørsmålet om erfaringer med seksuelle overgrep, og det vises at for å skille mellom hva som er normalt versus ikke normalt, kan det være hjelpelig å ha et fungerende tverrfaglig samarbeid. Fellestrekk med tanke på det tverrfaglige samarbeidet er et ønske om handling, og ikke bare prat. To informanter nevner at det kan bli fokus på ting som ikke gir utbytte for arbeidet med kvinnen. Alle informantene har instanser å forholde seg til, slik som blant annet fastleger, familiehus, psykologer og barneverntjenesten. Å legge til rette for best mulig tilbud til den gravide, samtidig som egen arbeidshverdagen sikres og trygges oppleves elementært. En informant svarte dette på spørsmål om at hun har ansvar for å koordinere et opplæringstilbud i kommunen:

«Det tenker jeg at er en sånn type oppgave som jeg synes er veldig fin – altså – jeg brenner veldig for det med tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid betyr faktisk at det skal gjøre noe – at det skal merkes for den personen – det mennesket da».

I tillegg til positivt opplevd tverrfaglig samarbeid, viser analysen hvordan systematiske retningslinjer kan fungere som en fin inngangsport for samtaler. Systematisk kartleggingsverktøy, slik som EPDS, virker bra når man skal vurdere den gravides psykiske helse. En informant formidler seg slik:

«J:...har man lenge hatt en greie, der man i svangerskapet gjør en EPDS.

I: Hmm...EPDS?

J: ja, 10 spørsmål om psykisk helse.

I: hmm..

J: Ja, vi har valgt å – og da sier jeg vi, jordmødrene – gjør det, de fleste av oss gjør det sann i uke 28,29...30, 31, 32 – litt avhengig av...alt vi rekker. Og så kan det og være at hvis jeg ser at det er noe som ikke er veldig bra. At jeg spør – «er det greit at vi?» Ofte har jeg jo forstått at ...gjennom andre ting da.»

Kroppens funksjon i primærforebyggende arbeid

Analysen viser hvordan kunnskap om kropp og dens symptomer på overgrep er viktig. Studien peker på informantenes kjennskap til hvilke senskader seksuelle overgrep som barn kan gi. Kroppen og dens symptomer blir brukt som indikator i det forebyggende arbeidet. Informantene er seg bevisste på at å jobbe med mennesker er komplekst. Det som er tegn på overgrep hos noen, kan være påvirkning av samfunnet for andre. Ingenting er sikkert, og man må arbeide individuelt hver eneste gang. Studien viser gjengs oppfatning av hvordan kropp og sjel hører sammen. Visuelle uttrykk, slik som selvskading, dårlig tannhelse og vektproblematikk forenkler prosessen og gjør det lettere å komme inn på tema om dårlig psykisk helse. Fedme som visuelt uttrykk er et kjent symptom, men oppleves i stor grad som tabu. Vekttap under svangerskap og utfordringer med amming forstås som tegn på noe «galt». Spørsmål om informanten kan beskrive noen som har slitt med depresjon eller angst under svangerskapet besvares slik:

«Hvis de – de har jo ikke lyst å føde. Veldig mange har ikke lyst å føde. De orker ikke den tanken. De vil vite at de får et keisersnitt. Og hvis de ikke får vite det tidlig, så blir de altså så...Det generer så mye angst...At de klarer nesten ikke å puste. De sitter ytterst på stolen og...altså det – de tenker...kun på fødsel. Og masse angst rundt det. De klarer ikke leve normalt, noen av dem. For de kan bare ikke føde. Og de kan nesten ikke klare å si hva det går ut på heller.»

Alle informanter har erfaring som fødejordmor, noe trer tydelig frem under intervjuene. Hver enkelt har erfaringer med utsatte kvinner der fødsel har vært meget traumatiserende. Her kan

det vises hvordan kropp og sjel er ett, da angsten for fødsel ikke nødvendigvis handler om selve frykten for smertene, men at kvinnen er redd for følelsen av et nytt overgrep. Det vises en enighet om at mors dårlige psykiske helse under svangerskap har negativ påvirkning på det ufødte barn. Det som kommer frem av betydning er at det er forskjell på definisjonen av stress. En hektisk hverdag anses ikke som skadelig for barnet, men å leve med konstant frykt, angstproblematikk og andre stressorer vil være skadelig for det ufødte barn. Følgende ble nevnt under intervju:

«..hvis den gravide utsettes for stress og frykt da, så kan jo babyen i magen bruke opp binyrebarkhormonene sine, og bli utsatt for infeksjoner og fibromyalgilignende plager senere i livet»

Menneskemøter fremmer psykisk helse

Studien viser hvordan gode møter mellom mennesker oppleves som meningsfullt i arbeid med utsatte kvinner og primærforebygging. Gjennom følgende sitat trer relasjon og samspill frem som svært viktig i det helsefremmende arbeidet:

«men jeg prøver ha fokus på å være med henne, og støtte henne i hennes – på en måte gode tanker – i den troen hun har på seg selv.»

Gode møter baserer seg på opplevd trygghet. Trygghet vil støtte opp under relasjonen, noe informantene fremhever som avgjørende i møter der seksuelle overgrep er tema. Studien viser variasjoner i når tema tas opp, og setter sammenheng med at klima må kjennes riktig for jordmor. Avgjørelsen er basert på skjønn og informantens opplevelse av møtets trygghet slik sitatet nedenfor viser:

«Og vi har valgt å gjøre det på første konsultasjonen. At hvis dette gjelder dere, så trenger dere ikke si det i dag. Det kan være du trenger tid på å tenke åssen du skal legge det frem. Men husk at du alltid kan snakke om det. Og hvis jeg ikke er den hjelpen du trenger, så vet jeg jo hvem jeg skal sende deg videre til»

Studien indikerer fokus på egne ferdigheter og tid som viktige redskaper i arbeidet med utsatte kvinner, samt helsefremmende arbeid. Studien underbygger begrepet «å så et frø» ved at flere informanter mener at utfordringene etter seksuelle overgrep ikke er en «quick fix», og dermed ikke vil bli bra i den perioden kontakten mellom dem er.

Det å tørre å spørre, gjerne spørre flere ganger og å være ærlig er viktig for å kunne prate om vanskelig emner. Informantene mener å erfare en underrapportering når det gjelder hvor mange utsatte kvinner de er i kontakt med. Opplevelsen ligger i at det henger sammen med følelse av skam og tabu, og en informant ordlegger seg som følger:

«J: Så kjenner en jo familier med generasjonsoverføring. Hvor en da ikke får napp. Men så tenker en at en vet jo...at det er mye styr...mye slit i den familien...så at...

I: Hvordan gjør du det da?

J: Nei, det kan du si...hva gjør man da? Da får man...da tenker en at man får ikke gjort noe. Da er det mye beskyttelse hos personen, som ikke er klar for det. Og da tenker jeg at, da har jeg kanskje sådd et frø – som noen andre må ta videre.»

Informantenes opplevelser indikerer hvordan profesjoner i liten grad er betydningsfullt i møte med utsatte. Det å ha tid, omsorg og anledning å stå i eventuelle reaksjoner trer frem som viktigere. Informantene er tydelig i å vise til at de ikke er psykologer og terapeuter, men trekker frem opplevelsen av at de fungerer som menneskelig støtte. Slik beskriver en informant samarbeidet med en kvinne som har psykiske utfordringer under svangerskap:

«Så er det jo ganske ofte at de ikke trenger en psykolog – de trenger et medmenneske».

Følelsens betydning

Studien viser behov for å bruke følelser som arbeidsredskap i primærforebyggende arbeid. Begrepet magefølelse trer frem hos flere av informantene. En informant uttrykker seg slik:

«Da har vi jo ofte et partogram, som det heter. Det er en medisinsk sannhet, men hvordan var det for deg? Det er mye mer interessant. Og da får man jo fort en magefølelse om det er noe...»

Magefølelsen blir brukt i flere sammenhenger. Kvinnens partner er ofte med til konsultasjoner, og han kjenner nødvendigvis ikke til kvinnens forhistorie. Studien får frem informantens bekymring om hvorvidt kvinnen våger åpne seg om krenkelser når partner er tilstede, slik sitatet under peker på:

«...og da «senset» jeg med en gang – når de to kom inn i rommet – at noe var galt. Og at det gjerne var relasjonen mellom de to som var galt. Uten at en kunne sette helt fingeren på hva det var».

I arbeid med utsatte kvinner og primærforebygging er det viktig å kjenne seg selv. Vurdering av eget følelsesregister og evne til å stå i utfordrende og såre situasjoner er elementært for å gi kvinnen rom for åpenhet. En informant beskriver egne opplevelser som følger:

«Nå har jeg vært her så lenge, at jeg kjenner at jeg er trygg på det. Så sier jeg at «tar jeg feil, så tar jeg feil da». Men det må jeg nesten spørre om».

Diskusjon

Denne studien har undersøkt hva åtte jordmødre ansatt i ulike kommuner opplever som viktig i å arbeide primærforebyggende med kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn. Funnene viser til hvordan psykisk helsearbeid, kroppens funksjon, menneskemøter og følelser oppleves viktige i nevnte arbeid, og vil diskuteres nedenfor.

Psykisk helsearbeid i svangerskapsomsorgen

Psykisk helsearbeid er viktig i arbeid med utsatte (Folkehelsemeldingen, 2015; Helsedirektoratet, 2018). Ifølge Brodèn (2004) er svangerskapet en tid for voldsomme følelser og svingninger. Haugsgjerd et al. (2012) beskriver hvordan en helhetsforståelse av mennesket er betydningsfullt. Det er ønskelig å fremme psykisk helse gjennom mestring og positivt fokus, samt beholde fokuset på den humanistiske forståelse på den gravides reaksjoner (Haugsgjerd et al., 2012). Humanistisk perspektiv viser at personen har en stor, om ikke avgjørende rolle, i egen bedringsprosess (Haugsgjerd et al., 2012; Topor, 2011). Perspektivet samsvarer i stor grad med den måten kontakten i svangerskapsomsorgen fremstår. Informanter nevner at de skal møte kvinnen der de er, og at hun skal få utvikle seg sammen med dem.

Et fungerende tverrfaglig samarbeid vil støtte det primærforebyggende arbeidet med utsatte kvinner (Folkehelsemeldingen, 2015). Tverrfaglig samarbeid er fra regjeringen ment å være positivt, og studien viser hvordan fellesskap og samarbeid oppleves viktig. Fellesskap, drøfting av case, trygghet og samarbeid rundt kvinnen er situasjoner der ønsket om et

fungerende samarbeid kommer frem. Sett i lys av folkehelsemeldingen (2015) er ønsket om tverrfaglig arbeid samsvarende. Som indikert under funnene oppleves ikke alltid samarbeidet bra, men preget av mye prat og lite handling. Viser dette behov for fokus på forbedring og nye måter å organisere på?

Informantene ser på svangerskapet som en tid for følelsesmessige svingninger, noe som er i tråd med synet om hvordan menneskets psykiske helse kan svinge gjennom ulike faser av livet (Andersen & Karlsson, 2011:12). Med det i tankene vil det å skulle score normale reaksjoner på en livskrise være hensiktsmessig? Informantene bekrefter opplevelsen av at det standardiserte skjema EPDS – Edinburgh postnatal depression scale – på norsk Edinburgh postnatal depresjonsskår, anses som et hjelpende redskap i arbeid med å avdekke dårlig psykisk helse (Eberhard-Gran, Slinning & Rognerud, 2014). Nevnte skjema bistår helsepersonell i å bedømme om kvinnen trenger ytterligere terapeutisk hjelp med sine nedstemte tanker, og kan regnes som et ønske om effektivitet fra øvre hold. Vil en slik scoring bidra til kategorisering av kvinnen? Er dette med på å bygge opp under tidligere forståelse av sykdomsforståelse (Haugsgjerd et al., 2012)? Den humanistiske psykologiens grunnleggende tanke er menneskets subjektive form, og at det ikke kan la seg kategorisere (Haugsgjerd et al., 2012). Er det tilstrekkelig å spørre om hun ønsker mer terapeutisk hjelp?

Kroppens funksjon i primærforebyggende arbeid

Den naturlige prosessen en fødsel er kan bringe frem frykt (Dahlø & Laache, 2010; Brodèn, 2004). For utsatte kvinner kan den i tillegg bringe frem minner om krenkelsene og følelsene knyttet til dem (Dahlø & Laache, 2010, Brodèn, 2004; Lukasse et al., 2010). Hvordan dette kan manifestere seg vises i funnene, der den gravide har så mye angst for fødsel at det hemmer det normale liv. Med tanke på hvordan fødselens nakne natur kan vekke hemmende symptomer, anses informantenes samarbeid med fødeavdelingen i stor grad primærforebyggende (Dahlø & Laache, 2010).

Ved å vende blikket mot personbegrepet innen det humanistiske perspektiv, vil vi se hvordan mennesket forstås som en helhet og hvordan helheten innebærer et syn på at alle mennesker er på denne jorden som kropp (Haugsgjerd et al., 2012; Kirkengen & Brandtzæg Næss, 2015). Funnene viser informantens gode kjennskaper til symptomer etter seksuelle overgrep i barndommen. De er seg bevisst at dette kan komme til syne på ulike måter (Felitti et al.,

1998). Både visuelle og indre symptomer er vanlig (Leeners, Richter – Appelt, Imthurn & Rath, 2006). De visuelle fremstår som lettere å forholde seg til, og synes være åpningsport for samtale om psykisk helse. Dissosiering som mestringsstrategi etter overgrep er et kjent fenomen (Leeners et al., 2006). Informantene viser til dissosiering under fødsel, men Leeners et al. (2006) påpeker at den også gjeldende under svangerskap. Det undres over om dissosiering under svangerskap kan føre til at kvinnen unngår, og kan skjule, egne dårlige følelser til hinder for primærforebygging. Tanken er forenlig men Andersens (2014) utsagn om at traumatiske minner foretrekker isolasjon ikke relasjon.

Menneskemøter fremmer psykisk helse

Gode møter mellom mennesker oppleves viktig. Tid, trygghet, ærlighet og brukermedvirkning er betydningsfullt i dannelsen av en god og helsefremmende relasjon. Relasjonens betydning i samarbeid med kvinnen er viktig og kan forstås i lys av kulturell kompetanse (Gabrielsen & Ulland, 2015). Sistnevnte begrep er evnen til å innta en helsefremmende posisjon ovenfor andre. Et viktig aspekt er hvordan forebyggende arbeid ikke er behandling (Major et al., 2011). Flere informanter viser til egen manglende psykologisk kompetanse, samtidig som funnene tilsier at kvinnen nødvendigvis ikke er i behov av psykologisk kompetanse. Endring er mulig gjennom relasjon (Topor, 2011). En slik oppfattelse samsvarer med det humanistiske perspektiv (Haugsgjerd et al., 2012). Topor (2011) beskriver hvordan personer som har blitt friske etter alvorlig psykisk sykdom ikke trekker frem profesjoner som avgjørende og hjelpende element, men hjelperens egenskaper som betydningsfullt i prosessen å bli frisk. Det å romme kvinnens uttrykk, gi tid, trygghet, og være et medmenneske trer frem som viktige ingredienser i gode møter. Sett opp mot de tre pilarene i traumebevist omsorg er det lett gjenkjennelig (Andersen, 2014).

Følelsens betydning

Studien viser hvordan noen gravide har gjort uforglemmelig inntrykk. Kontakt utover svangerskapsomsorgen arbeidsoppgaver, slik som brevkontakt og besøk på kontoret etter endt svangerskap, kan være en forlengelse av denne relasjonen. Hvilke utfordringer slik relasjon kan gi for dem som arbeider med utsatte kvinner vises gjennom begrepet vikarierende traumatisering (Søftestad, 2014). Begrepet gir en forståelse av hvordan hjelperen kan oppleve

å bli så emosjonelt involvert i personen og tema hun arbeider med, at det påvirker egen hverdag. Beskyttelse av fritiden, bruk av egne mestringsstrategier og kunnskap om seg selv er viktige elementer i å skulle unngå opplevelsen av det som kalles vikarierende traumatisering (Søftestad, 2014). Selvrefleksjon og trygghet på seg selv, er slik funnene viser, viktige faktorer i beskyttelse av egne følelser. Det humanistiske perspektiv peker mot ekthet som viktig i arbeid med mennesker (Haugsgjerd et al., 2012). Ekthet innebærer at helsepersonell må ha anledning til å uttrykke sine følelser, også negative, til den hun skal hjelpe. For å våge slikt, er fokus igjen rettet mot selvrefleksjon og trygghet på seg selv.

Konklusjon

Primærforebyggende arbeid med kvinner utsatt for seksuelle overgrep oppleves meningsfullt, spennende og utfordrende for jordmødrene. Psykisk helse oppleves som et viktig mandat, som jordmødrene ønsker følge opp etter beste evne. Hvorfor den gravide kvinnen har dårlig psykisk helse er ikke avgjørende for jordmoren. Det å vise engasjement, interesse og å sette av tid uavhengig av årsak, oppleves som viktige faktorer innen primærforebyggende arbeid. Magefølelsen er betydningsfullt når psykisk helse diskuteres, og jordmødrene er i behov av kollegaveiledning, strukturert veiledning og ønsker et fungerende tverrfaglig samarbeid. Kurs og videreutdanninger oppleves som interessante innslag i jordmors arbeidshverdag, og sees som nyttig i det primærforebyggende arbeid.

Kunnskap om hvordan symptomer etter seksuelle overgrep kan arte seg ulikt er betydningsfullt. Dette medfører utfordringer i arbeidet, da skillet mellom hva som er normale reaksjoner i et svangerskap i motsetning til ikke, kan forbli utydelig. De mer tydelige tegn, slik som selvskading i form av kutt forenkler prosessen noe.

For å sikre best mulig primærforebyggende arbeid vil det være viktig for kommunen å styrke helsepersonell. Ved å tilby veiledning med fokus på egne reaksjoner og følelser, samt styrke relasjonell kompetanse øker sannsynligheten for at helsepersonell vil kunne utføre de pålagte oppgavene.

Å legge til rette for tid, kunnskapsutvikling og ha tro på seg selv er andre faktorer som oppleves viktig i primærforebyggende arbeid. Å arbeide primærforebyggende med kvinner utsatt for seksuelle overgrep oppleves ikke som en «quick fix», men selv det å så et frø for fremtiden kan være godt nok.

Referanser

Andersen, I.L. (2014). Traumebevisst tilnærming. I Søftestad, S. & Andersen, I. L. (Red.).
Seksuelle overgrep mot barn. Traumebevisst tilnærming (s. 54- 67) Oslo:
Universitetsforlaget.

Andersen, J.W. & Karlsson, B.E. (2011). Introduksjon: Psykisk helsearbeid – et felt og et fag
skapes. I Andersen & Karlsson (Red.), Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk
helsearbeid. (s. 11-18) Oslo: Universitetsforlaget.

Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–
2021). Prop. 12 S (2016 –2017). Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/f53d8d6717d84613b9f0fc87deab516f/no/pdfs/prp201620170012000dddpdfs.pdf>

Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in
qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219–234. Hentet fra
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1468794112468475>

Bevan, E. & Higgins, D.J. (2002). Is Domestic Violence Learned? The Contribution of Five
Forms of Child Maltreatment to Men's Violence and Adjustment. *Journal of Family
Violence*, 17(3), 223–245 <https://doi.org/10.1023/A:1016053228021>

Brodèn, M. (2004). Graviditetens muligheter. København: Akademisk forlag

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research
in Psychology*, 3:2, 77-101 <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Cosby, P.C. & Bates S.C. (2015). *Methods in Behavioral Research*. New York: McGraw-Hill Education

Creswell, J.W. (2014). *Research Design. Qualitative, Quantitative, & Mixed Methods Approaches*. Sage

Dahlø, R. & Laache, I. (2010). *Gravide, fødende og barselkvinner med overgrepserfaringer – en veileder for helsepersonell*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Eberhard-Gran, M., Slinning, K. & Rognerud, M (2014). Screening for postnatal depression – a summary of current knowledge. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 134(3), 297-301. <http://doi: 10.4045/tidsskr.13.0068>

Engelstad, F. (2010). Kunnskap, makt og normer i samfunnsvitenskapene. I Knut W. Ruyter (Red.), *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn* (s. 215 – 241). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258 [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Gabrielsen, L. E., Ulland, D. (2015) Mening og meningsdannelse i en kulturell kontekst. I Ulland, D., Thorød, A. B. og Ulland, E. (Red.), *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger*. (82-93). Oslo: Universitetsforlaget.

Haugsgjerd S., Jensen P., Karlsson B. & Løkke J.A. (2012). *Perspektiver på psykisk lidelse. Å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Helsedirektoratet. (2018, 5.juli). *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*.

Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter*. (Meld. St. 19 2014-2015). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkende barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget

Kvale, S. & Brinkman, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Leeners, B., Neumaier-Wagner, P., Quarg, A.F. & Rath, F. (2006). Childhood sexual abuse (CSA) experiences: an underestimated factor in perinatal care. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 971-976 . Hentet fra

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1080/00016340600626917>

Leeners, B., Richter- Appelt, H., Imthurn, B. & Rath, W. (2006) Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women.

Journal of Psychosomatic Research, 61(2), 139 – 151

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.11.006>

Lukasse, M. Vangen, S., Oian, P., Kumle, M., Ryding, E.L., Schei, B. (2010). Childhood Abuse and Fear of Childbirth – A Population - based Study. *Birth*, 37(4), 267-274.
<https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00420.x>

Malta, L. A., McDonald, S. W., Hegadoren, K. M., Weller, C. A., & Tough, S. C. (2012). Influence of interpersonal violence on maternal anxiety, depression, stress and parenting morale in the early postpartum: a community based pregnancy cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 12, 153. doi:10.1186/1471-2393-12-153

Major, F.E., Dalgard, O.S., Schjelderup Mathiesen, K., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., Aarø, L.E. (2011). Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger (Folkehelseinstituttet rapport2011:1). Hentet fra
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20111-bedre-fore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>

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

Polit, D. E. & Beck, C. T. (2018). *Essentials og Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.

Søftestad, S. & Andersen, I. L. (Red.). (2014). *Seksuelle overgrep mot barn. Traumebevisst tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Søftestad, S. (2014). Traumene smitter. Forståelse og ivaretagelse av fagfolk ved vikarierende traumatisering. I Søftestad, S. & Andersen, I.L. (Red.). *Seksuelle overgrep mot barn. Traumebevisst tilnærming*. (117-131) Oslo: Universitetsforlaget.

Topor, A. (2011). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykisk problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.

Watt, D. (2007). On becoming a qualitative researcher. The value of reflexivity. *The Qualitative Report*, 12(1). 82-101. Hentet fra <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ800164.pdf>

Wertz, F.J., Charmaz, K., McMullen, L.M., Josselson, R., Anderson, R., McSpadden, E. (2011). *Five ways of doing Qualitative Analysis. Phenomenological Psychology, Grounded theory, Discourse Analysis, Narrative Research, and intuitive Inquiry*. New York: The Guilford press

World Health Organization. (2017) *Responding to children and adolescent who have been sexually abused. WHO clinical guidelines*. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf;jsessionid=B494EB0B1859102F99CF524B5BB9BC51?sequence=1>

Wosu, A. C., Gelaye, B. & Williams, M. A. (2015). History of childhood sexual abuse and risk of prenatal and postpartum depression or depressive symptoms: an epidemiologic review. *Arch Womens Ment Health* (2015) 18:659-671. Hentet fra <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00737-015-0533-0.pdf>

Tabell 1

Demografiske data over informantene

Informant	Utdanning	Antall år i svangerskapsomsorgen	Erfaring
1	Sykepleier og jordmor	3 år	Fødejordmor, barsel- og barselpoliklinikk i 20 år.
2	Sykepleier og jordmor	14 år	Fødejordmor. Videreutdanning. Personlig kjennskap til psykisk dårlig helse.
3	Sykepleier og jordmor	4 år	Fødejordmor i 15 år Videreutdanning
4	Jordmor	1 år	Fødejordmor Samtaler om fødselsangst. Videreutdanning. Personlig kjennskap til psykisk dårlig helse.
5	Jordmor	11 år	Fødejordmor. Videreutdanning
6	Jordmor	3 år	Fødejordmor i 10 år
7	Jordmor	1 år	Fødejordmor i 17 år
8	Sykepleier og jordmor	15 år	Fødejordmor i 12 år

Note: For å sikre anonymiteten er videreutdanningen ikke konkretisert.

Tabell 2

Tabell 2. Analyseprosessen

Rådata	Koder	Overordnet tema	Ferdig tema
«Jeg tenker at hun ville komme. Vi tok det... Vi hadde alltid tid til å prate, og hun satte ord på det hun ønsket selv. Så jeg tenker at... jeg føler jeg gjorde det jeg kunne for henne da. Og hun kunne sende meg meldinger om hun lurte på noe – hun kunne komme innom – vi hadde god tid, så jeg tenker at... Jeg tror kanskje jeg ga det jeg kunne da. Og da var det fint. Og alltid blid når hun ser meg etterpå. Og jeg tenker at vi gjorde det beste vi kunne sammen»	Ville komme og prate Ha tid og være tilgjengelig Å «jobbe» sammen om utvikling	Samspill av betydning	Møter mellom mennesker fremmer psykisk helse

Å så et frø for fremtiden –

Jordmors opplevelse av primærforebygging blant gravide kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn.

Antall ord 6643

Sammendrag

Studiens bakgrunn bygger på et inderlig ønske om å styrke kunnskapen om hvordan helsepersonell kan arbeide primærforebyggende med gravide kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn. Nevnte kvinner opplever dessverre oftere dårlig psykisk helse under svangerskap, med risiko for at de psykisk utordringene fører til uegnede foreldreegenskaper. Det er ønskelig å hindre generasjonsoverføring, der barn virker videreføre sine foreldres dårlige psykiske helse. Hensikten er å peke på hvilke faktorer jordmødrene opplever som hensiktsmessig i primærforebyggende arbeid med gravide kvinner som erfarer dårlig psykisk helse.

Kunnskapen skaffes tilveie gjennom dybdeintervju av åtte jordmødre. Studien har sitt utgangspunkt i kvalitativ metode, og den tematiske analyse er anvendt for fremme tema av betydning. Overordnet ligger det humanistiske perspektiv, med innslag av det fenomenologiske tilnærmingen. Traumebevisst omsorg som begrep belyses opp mot funnene.

Det jordmødre opplever som viktig i primærforebyggende arbeid viser seg å være kunnskap om kropp, følelser, menneskemøter og prenatal tiknytning. Samtidig trer ulike betraktninger omkring en god hjelpers rolle frem, i tillegg til elementer fra det vidstrakte begrepet psykisk helsearbeid.

Konklusjonen viser hvordan årsaken til gravide kvinners dårlige psykisk helse ikke er avgjørende for videre oppfølging. Et ønske om å hjelpe her og nå, samt samarbeide tverrfaglig med kvinnen i fokus, trer frem som viktig. Følelser spiller en viktig rolle i primærforebyggende arbeid, både magefølelse og fokus på egne følelser og reguleringsstrategier. Hvordan samfunnet kan legge til rette for faglig utvikling, veiledning og ivaretagelse av hjelperen er betydningsfullt.

Nøkkelord: Primærforebygging, seksuelle overgrep, følelsesfokus, psykisk helsearbeid, kvalitativ metode, tverrfaglig samarbeid, traumebevisst omsorg.

Summary

The background to the study is a fervent wish to increase knowledge of how healthcare workers can work in a primary preventive way, with women sexually abused during childhood. The aforementioned women unfortunately more often experience mental health problems during pregnancy, which may lead to poor parenting skills as a consequence. The prevention of generational transference, where children tend to continue their parents' poor mental health, is desirable. It is desirable to strengthen the primary preventive care by pointing at factors, which according to the midwives, are considered expedient.

Knowledge is acquired through in-depth interviews with eight midwives. The study is based on qualitative methodology, and the thematic analysis is used in order to emphasize important subjects. Most important is the humanistic perspective, with elements of the phenomenological approach and trauma-conscious care.

The midwives experiences of essential elements in primary preventive work is shown as knowledge of the body, emotions, human interactions and prenatal bonding. At the same time, different perspectives on the role of a good helper are seen, in addition to elements from the comprehensive concept of mental healthcare.

Conclusion shows the reasons for pregnant women's poor mental health are not decisive. A desire to help in the moment, while at the same time working in an interdisciplinary way focusing on the woman, appears to be important. Emotions play an important part in primary preventive work – both gut feelings and focus on personal emotions and regulation strategies. The way in which society is able to facilitate professional development, guidance and care for the helper is important.

Key words: primary prevention, sexual abuse, emotions, psychological healthcare, qualitative methodology, interdisciplinary cooperation, trauma-conscious care.

Forord

Jeg ønsker rette oppmerksomheten mot informantene, som så hjertelig delte av sine erfaringer og opplevelser med meg. Dere gjør en fantastisk og viktig jobb! Takk.

Hjertelig takk for all støtte og veiledning til Stine.

Barna mine – dere er kilden til det hele. Uten dere hadde ikke jeg vært meg. Jeg elsker dere.

Innhold

1.0 Prosjektets bakgrunn

2.0 Teoretisk perspektiv

2.1 Humanistisk psykologi

2.1.1 Fenomenologisk tilnærming

2.2 Maslow betydning

2.3 Mestring som fundament

2.4 Følelser som perspektiv i psykisk helsearbeid

2.5 Tilknytning til barnet

2.6 Prenatal tilknytning

2.7 Beskrivelse av utviklingstraumer

3.0 Metodekritikk

3.1 Gyldighet

3.2 Troverdighet

3.3 Refleksivitet

4.0 Funn

4.1 En god hjelper – ulike betraktninger

4.2 Tilknytning og utfordringer etter seksuelle overgrep som barn

5.0 Diskusjon

5.2 En god hjelper – ulike betraktninger

5.2 Tilknytning og utfordringer etter seksuelle overgrep som barn

6.0 Konklusjon

Referanser

Vedlegg 1: Intervjuguide

1.0 Prosjektets bakgrunn

Studien er et resultat av min særlige interesse for psykisk helsearbeid av forebyggende karakter. Seksuelle overgrep kan gi vonde smerteuttrykk, som i en gravid kropp kan ha innvirkning på tilknytningen til ufødte barn (Kirkengen & Brandtzæg Næss, 2015). Å fremme befolkningens psykiske helse, og gjøre det til en likeverdig del av folkehelsearbeidet, er del av folkehelsemeldingens «Mestring og muligheter» agenda (Helse,- og omsorgsdepartementet, 2015). Tema psykisk helse og svangerskap er av samfunnsmessig stor interesse, da det kan ha stor betydning på det ufødte barns fremtid og dermed samfunnets utvikling (Major et.al., 2011). Det er viktig å påpeke at studiens hovedfokus ligger på de menneskelige skjebner, følelser og opplevelser bak primærforebygging og psykisk dårlig helse.

Gravide som lider av psykiske utfordringer som for eksempel depresjon, angst og PTSD vil i større grad enn andre ha vansker med egenregulering (Nordanger & Braarud, 2017; Kirkengen & Brandtzæg Næss, 2015; Felitti et.al., 1998). Fenomenet regnes som problem til hinder for den prenatale tilknytningen, og kan være til skade for det ufødte barn (Korhonen, Luoma, Salmelin & Tamminen, 2001). Om ikke kvinnen blir møtt og hjulpet med sine utfordringer, vil hun i møte med utfordrende atferd hos barnet kunne ta i bruk krenkende handlinger (Nordanger & Braarud, 2017). Å vokse frem under stress kan være utfordrende for barn, og vil tidvis føre til emosjonelle og atferdsmessige problemer (Kirkengen & Brandtzæg Næss, 2015; Major et.al., 2011). Nyere forskning viser til dette som utviklingstraumer (Nordanger & Braarud, 2017). Generasjonsoverføringen eller den sosiale arven vil slik kunne bli et faktum (Nordanger & Braarud, 2017). Å bryte generasjonsoverføring er et betydelig element innen primærforebygging (Nordanger & Braarud, 2017).

Psykisk helsearbeid som begrep ble gjort kjent medio 90 tallet (Andersen & Karlsson, 2011). Opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid ble satt på agendaen, for å tilstrebe økt fokus, og kunnskap om, arbeid med psykisk helse (Andersen & Karlsson, 2011). Psykisk helsearbeid som begrep er fulladet av ulike faglige elementer, slik som filosofi, sosialt arbeid og psykologi (Andersen & Karlsson, 2011). I 2017 la regjeringen frem en strategi for å sikre arbeidet med samfunnets psykiske helse i enda større grad (Regjeringen, 2017). Som under folkehelsemeldingen (2015) fremmes også der en forståelse av at den psykiske helsen skal være likeverdig del av folkehelsearbeidet (Regjeringen, 2017). Strategien påpeker hvordan kommunale virksomheter med mulighet for å bidra til å fremme psykisk helse skal ha et eierskap til virkemidlene (Regjeringen, 2017).

Denne sammenbindingen følger som et ledd av artikkelen bygget på samme studie. Sammenbindingen vil fokusere på ytterlige presentasjon av de teoretiske perspektivene som er anvendt i å belyse studiens funn. Videre beskrivelse og drøfting av to funn rettet in mot forskningsspørsmålet legges frem underveis, før en konklusjon avslutter sammenbindingen.

Det er ønskelig å skape ny innsikt i problematikken omkring dårlig psykisk helse under graviditet, og hvordan hjelpere kan bistå i prosessen om å skape gode utviklingsrammer for ufødte barn. Å styrke foreldreferdighetene til de gravide kvinner i behov av dette, vil være inngangsport for å legge til rette for gode utviklingsrammer. Da psykisk helsearbeid er et felt bestående av mange elementer, vil denne studien trekke frem og drøfte de ulike deler informantene ser som mest betydningsfullt i nevnte arbeid.

Studien bygger på forskningsspørsmålet om hva jordmor opplever er viktig i primærforebyggende arbeid med kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn? Resultatene vil være med på å øke kunnskap omkring nevnte forskningsspørsmål, da de stammer fra informanter med førstehåndserfaring i nevnte arbeid (Polit & Beck, 2018).

2.0 Teoretisk perspektiv

I dette kapittelet presenteres de teoretiske perspektiv som er valgt for å belyse og drøfte studien funn. Teorien er valgt da den oppleves som relevant innen primærforebyggende arbeid, og støtter opp om studiens funn.

2.1 Humanistisk psykologi

Som overordnet syn på psykisk helse og samhandling mellom mennesker sympatiserer jeg med den «tredje vei» (Madsen, 2011). «Den tredje vei» er mest kjent innen den humanistiske psykologi og ble dannet som en motvekt mot behaviorisme og psykoanalyse (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2012). Nevnte synspunkt fremmer menneskets verdi og individualitet, der partene i en relasjon er likeverdige. Det å forstå humanistisk perspektiv kan være komplisert, da det ikke er å regne som et rent perspektiv (Haugsgjerd et al., 2012). Humanistene vil forstås som åndsvitere, der mennesket betraktes som en helhet av både kropp og sinn (Haugsgjerd et al., 2012). Slik sett har alle mennesker en psykisk helse som er i konstant bevegelse gjennom hvem vi samhandler med og hvordan vi blir møtt på våre

utfordringer (Karlsson & Borg, 2013). Nevnte perspektiv kan betraktes som et samlebegrep for ulike teorier (Haugsgjerd et al., 2012). Innslag av både filosofi og fenomenologi kan gjenkjennes ved å betrakte psykisk helse med det humanistiske perspektiv Sistnevnte begrep vil bli beskrevet ytterligere i neste avsnitt. Det humanistisk perspektiv, der møtet mellom mennesker her og nå fremheves, vil kjennetegnes gjennom hele studien (Haugsgjerd et al., 2012). Studiens teoretiske forankring gjenspeiles gjennom helsefremmende fokus, følelsesfokus og mestring i møte med livets utfordringer.

2.1.1 Fenomenologisk tilnærming

Informantene som presenteres i studien vil gjennom intervjuer fortelle om personlige erfaringer og beskrivelser. Slike beretninger er interessante og virkningsfulle, da analysen bærer preg av fenomenologisk tilnærming (Wertz, Charmaz, McMullen, Josselson, Anderson & McSpadden, 2011). Ved å se på hvordan informantene opplever det å arbeide primærforebyggende med gravide kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn, vil de fortalte historiene gi anledning for økt kunnskap og erkjennelse om tema (Wertz et al., 2011). En økt forståelse kan bistå til at flere mennesker får anledning å leve i sunne omgivelser. Hvordan den profesjonelle opplever å stå i relasjon til den gravide kvinnen vil granskes, for slik å kunne skape trygghet av betydning mellom partene i svangerskapsomsorgen.

2.2 Maslows betydning

Abraham Maslow er kjent som den humanistiske perspektivs far (Haugsgjerd et al., 2012; Madsen, 2011; Wertz et al., 2011). Hans ståsted er hvordan personlige og subjektive beskrivelser vil generere og fremme ny forståelse av et fenomen. Ifølge Maslow ønsker mennesket å selvaktualisere seg gjennom muligheten til å velge fritt og lete etter mening i tilværelsen (Madsen, 2011; Haugsgjerd et al., 2012). Tre områder vil legge til rette for selvrealisering (Haugsgjerd et al., 2012). Om mennesket får lov å utvikle, fullføre og skaffe økt kunnskap om seg selv og få balanse mellom de delene av en selv som ansees som uharmoniske, vil mennesket bli selvaktualisert (Haugsgjerd et al., 2012). Paradoksalt anser Maslow det som nærmest umulig å bli fullstendig selvaktualisert (Madsen, 2011). Å skulle forfølge målet om selvrealisering kan bli til en fallgrube (Madsen, 2011). Om mennesket ikke

når målet mot selvaktualisering, kan følelsen av mislykkethet lede til flere deprimerte og nedstemte mennesker (Madsen, 2011).

Maslow er anerkjent for å ha skapt behovspyramiden (Haugsgjerd et al., 2012). Ved å se på behovspyramiden vil tanken om arbeidet innen primærforebygging komme frem, da nivå nummer to blant annet referer til trygghet (Haugsgjerd et al., 2012). Trygghet som begrep vil komme tydeligere frem under kapitelet der funnene presenteres. Videre følger en introduksjon til mestring som fundament i det primærforebyggende arbeid.

2.3 Mestring som fundament

Salutogenese som begrep omhandler hvordan mennesker med høy stressfaktor behersker disse situasjonene og klarer seg gjennom perioder med psykisk dårlig helse (Karlson & Borg, 2013). Å se på hvordan mennesket mestrer psykiske utfordringer, og så adoptere kunnskapen inn i primærforebyggende arbeid, vil kunne bistå det helsefremmende arbeid (Karlson & Borg, 2013). Gravide kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn kan oppleve nedstemthet, svingende følelsesliv og frykt i svangerskapet. Slike hindringer kan hemme opplevelsen av sammenheng og mestring (Brodèn, 2004; Dahlø & Laache, 2010). Jeg støtter meg på Karlsson & Borgs (2013) formening av betydningen om å holde fokus på det som skaper mestring og hvordan mennesket kan mestre lidelser. Å belyse og betone mestring og positive tanker er en viktig faktor i det primærforebyggende arbeid (Folkehelsemeldingen, 2015; Regjeringen, 2017).

Disse faktorene kan sees som betydningsfulle i å gi en opplevelse av sammenheng, eller «Sense of Coherence», som kan bedre dårlig psykisk helse. Under introduksjonen vises hvordan utviklingstraumer kan oppstå på bakgrunn av stress og manglende reguleringsstøtte (Nordanger & Braarud, 2017). Antonovsky's salutogene helseteori peker på hvordan opprettholdelse av helse er et «resultat av gunstige forhold mellom helse, stress og mestring» (Gabrielsen & Ulland, 2015, s.84). Studien viser til hvordan mestring som strategi oppleves godt i det primærforebyggende arbeid. Videre belyses et annet menneskelig perspektiv, nemlig følelser og dets betydning i psykisk helsearbeid.

2.4 Følelser som perspektiv i psykisk helsearbeid

Innen helsefremmende arbeid våknet en ny interesse for følelser på 80 – tallet (Starrin, 2009). Den senere tid har følelsesfokus i samarbeid med mennesker under helsefremmende arbeid tatt til (Skårderud & Sommerfeldt, 2016). I arbeid med sårbare mennesker kan bruk av følelser være sensitivt, da det kan øke symptomtrykk (Skårderud og Sommerfeldt, 2016). Å benytte følelser i kontakten med mennesker med psykiske utfordringer, krever at hjelperen kjenner til seg selv og egen evne til å stå i potensielt gripende situasjoner (Karlson & Borg, 2013; Skårderud & Sommerfeldt, 2016 & Sjøftestad, 2014).

Det vil være hensiktsmessig for helsepersonell å kjenne seg selv, sine triggere og mestringsstrategier under det primærforebyggende arbeid (Karlson & Borg, 2013; Sjøftestad, 2014). Å arbeide med emosjoner og i direkte kontakt med mennesker som viser sterke uttrykk etter traumer, kan føre til det som kalles utbrenthet (Starrin, 2009; McCann & Pearlman, 1990). En videreføring av utbrenthet vil være vikarierende traumatisering (Sjøftestad, 2014). Vikarierende traumatisering innebærer en forståelse av hvordan arbeid i direkte kontakt med mennesker utsatt for traumatiserende hendelser kan gi personlige, og arbeidsrelaterte, utfordringer for hjelperen (Sjøftestad, 2014; McCann & Pearlman, 1990). Å være vitne til fortellinger om traumatiske opplevelser, samt oppleve symptomer knyttet til dette, kan eksempelvis føre til utmattende og depresjonslignende symptomer hos hjelperen (Sjøftestad, 2014; McCann & Pearlman, 1990). Kritikken mot vikarierende traumatisering består blant annet av det negative fokuset det frembringer, og fokus mot posttraumatisk vekst trekkes frem i motsetning (Sjøftestad, 2014; Hafstad & Siqveland, 2008). Sistnevnte kan settes i forbindelse med det informantene opplever som ønske om endring hos den gravide.

I arbeid med utsatte kvinner kan man konfronteres med symptomer og reaksjoner av utmattende art (Sjøftestad, 2014). Å beskytte egen psykisk helse er viktig (Sjøftestad, 2014). Ved å utvikle og styrke de faglige, strukturelle og personlige områdene hos hjelperen, vil det være mulig å hindre vikarierende traumatisering i større grad (Sjøftestad, 2014; McCann & Pearlman, 1990).

2.5 Tilknytning til barnet

Bowlby er en anerkjent barnepsykiater og er opphavsmannen til vår tids tilknytningsteori (Kirkengen & Brandtzæg Næss, 2015). Tilknytningsteorien baserer seg på hvordan barnet er

avhengig av gode relasjoner og trygge omsorgspersoner for å kunne utvikle seg tryggest mulig (Nordanger & Braarud, 2017; Brodèn, 2004). En god tilknytning ses som viktig og fremhever en tilstand av betydning for barns liv og velvære (Bowlby, 1982). Den starter allerede i svangerskapet og vil av den grunn være et viktig element inn i svangerskapsomsorgen (Brodèn, 2004; Dahlø & Laache, 2010). Tilknytning som begrep er velkjent og av stor interesse i kontakt med barn (Kirkengen & Brandtzæg, 2015; Madigan, Hawkins, Plamondon, Moran & Benoit, 2015). Fagspråket opererer med ulike former for tilknytning, der trygg tilknytning referer til det utviklingsfremmende båndet mellom forelder og barn (Kirkengen & Brandtzæg, 2015; Nordanger & Braarud, 2017).

En passende tilknytning er noe som for de fleste ligger naturlig og automatisk (Smith, 2014). En positiv emosjonell investering kan ses i sammenheng med å ha god tilknytning til barnet (Nordanger & Braarud, 2017). Emosjonell investering sees allerede under svangerskap og kan beskrives gjennom hvordan mor i positive ordlag omtaler sitt ufødte barn (Nordanger & Braarud, 2017). I det primærforebyggende arbeid vil kunnskap om tilknytning være betydningsfullt, da slik kunnskap vil kunne øke fokuset på hvordan tilknytningmønsteret ser ut å gå i arv i generasjoner (Brodèn, 2004).

2.5.1 Prenatal tilknytning

Vitenskapens fokus på prenatal tilknytning følges bakover i tid flere tiår (Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks & Cannella, 2009). Den prenatal tilknytningsteorien viser til relasjonen mellom mor og det ufødte barn, og kobles til senere samspill og barns utvikling (Brandon, Pitts, Denton, Stringer & Evans, 2009; White, McCorry, Scott-Heyes, Dempster & Manderson, 2008; Nordanger & Braarud, 2017). Gjennom indre bilder, drømmer, tanker og fantasier kan den gravide danne seg et bilde om hvem det ufødte barn er (Brodèn, 2004). God prenatal tilknytning øker det ufødte barns beskyttelse, da mor allerede emosjonelt er svært bundet til sitt barn rett etter fødsel (Brodèn, 2004; Brandon et al., 2009). Prenatal tilknytning vil slik bli en viktig faktor under svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2018).

2.7 Beskrivelse av utviklingstraumer

Utviklingstraumer er et relativt nytt begrep, som inkluderer forståelser fra traume - og utviklingspsykologien (Nordanger & Braarud, 2017). Begrepet settes i forbindelse med traumebevisst tilnærming (Andersen, 2014). Gjennom kunnskap om hvordan hjernens utvikling kan påvirkes av traumatiske opplevelser, og hvilke særlige behov disse menneskene har, er det ønskelig å legge til rette for positiv utvikling og vekst. Denne studien trekker paralleller mellom utviklingstraumer og traumebevist tilnærming (Nordanger & Braarud, 2017; Sjøftestad & Andersen, 2014). Artikkelen skrevet på bakgrunn av studien, viser til hvordan informantene ikke oppfatter seg selv som behandlere i en terapeutisk relasjon. Samtidig vil det å ha kjennskap til traumebevisst tilnærming i samspill med mennesker være nyttig, uavhengig om det skal brukes i behandlende form eller ikke (Andersen, 2014).

Begrepet utviklingstraumer innebærer forståelsen av hvordan barnet blir utsatt for traumatiserende hendelser samtidig som omsorgen fra primæromsorgsperson ikke er god nok (Nordanger & Braarud, 2017). Denne doble belastningen kan være uheldig for barnets utvikling. Kjennskap til utviklingstraumer er en relevant faktor på de arena helsepersonell kommer i kontakt med sårbare mennesker.

3.0 Metodekritikk

Innen kvalitativ forskning er metodekritikk svært viktig (Polit & Beck, 2018). Ved å rette et kritisk blikk mot eget arbeid vil studiens metodiske kvalitet økes (Polit & Beck, 2018). Kvalitetsøkningen vil være viktig når validitet og gyldighet skal belyses (Polit & Beck, 2018). Hvilke styrker og hvilke svakheter kommer frem under studien?

Å bruke seg selv som instrument i en studie kan ha forskjellige fallgruver, da menneskelige feil kan forekomme (Polit & Beck, 2018). Polit og Beck (2018, s.67) legger frem en tabell med ulike kritiske spørsmål som kan stilles i prosessen med å vurdere gyldighet og troverdighet. Ved å følge veiviseren har jeg vurdert svarene opp mot studien.

Styrken ligger i semistrukturert intervju (Kvale & Brinkman, 2017). En slik setting legger tilrette for oppfølgingsspørsmål, slik at viktige tema kan fanges opp og undersøkes videre (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). For å unngå følelse av å følge et spørreskjema, ble intervjusituasjonen bevisst lagt opp som dialog med bruk av diktafon, men uten bruk av

notatblokk eller andre virkemidler. Styrken ligger i egen erfaring med å samtale fortrolig med mennesker.

Samtidig sees intervjusituasjonen som en svakhet, da uerfarenhet som intervjuer i startfasen gjorde situasjonen til en utrygg arena. Selv med fokus på å normalisere intervjusituasjonen, vil maktforholdet forbli asymmetrisk (Kvale & Brinkman, 2017). Det asymmetriske maktforholdet kommer til syne gjennom følgende observasjon: Etter endt intervju blir det av tre informanter påpekt hvordan deltagelse oppleves som bra, fordi «da må jeg tenke litt ekstra og kan få nye måter å tenke på». Utsagnene fortolkes dithen at informantene muligens var nervøse og vaksomme under seansen, noe som kan ha ført til tilbakeholdelse av informasjon eller beskrivelser (Kvale & Brinkman, 2017).

3.1 Gyldighet

For å forstå informantenes egne opplevelser omkring primærforebyggende arbeid med kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn, ble den kvalitative metoden innen vitenskapen valgt (Kvale & Brinkman, 2017). Ved å gjennomføre intervjusituasjonen, vil direkte tilgang til informantens subjektive opplevelse bli tilgjengelig, og av den grunn anses metoden som gyldig (Kvale & Brinkman, 2017).

Med fordel kunne flere informanter vært intervjuet, for slik å ha større utvalg (Johannessen et al., 2010). Formålet var rekruttering av 10 informanter, noe som anses som normalt i denne typen studie (Johannessen et al., 2010). Ledere i 17 kommuner ble kontaktet i forbindelse med rekruttering. Til sist besto utvalget av ni informanter fordelt på seks kommuner. En informant måtte trekke seg grunnet sykdom, så studien bygger på analysen av åtte intervjuer. Informantene hadde rett utdanning, erfaring og kompetanse for å sikre gyldig råmateriale, og av den grunn vurderes materialet som formålstjenelig for besvaring av forskningsspørsmålet (Johannessen et al., 2010).

Egen begrensede erfaring som intervjuer kan være en påvirkende faktor. På tross av Kvale & Brinkmans (2017) anbefalinger om korte og enkle spørsmål, oppleves det i etterkant at noen spørsmål var lange. Tidvis gikk jeg glipp av sekvenser der oppfølgingsspørsmål kunne ha blitt stilt. Slik sett kunne det med fordel ha blitt gjennomført pilotintervju, for å teste intervjuetsituasjonen i større grad.

3.2 Troverdighet

Gode beskrivelser av prosessen er med på å sikre troverdigheten (Polit & Beck, 2018). Her vil det nå legges til rette for å sikre denne studiens troverdighet gjennom beskrivelser av ulike faser av prosessen.

Intervjuguiden ble gjennomgått og godkjent av veileder. Etter to intervjuer tilførte jeg tre spørsmål, da det var ønskelig med videre utdypning av informantens forståelse av konkrete psykiske symptomer, opplevelsen av egen intervensjon på det ufødte barn, samt motivasjon for arbeidet.

Forståelseshorizonten, bedre kjent som forforståelsen, er et viktig begrep innen kvalitativ forskning (Polit & Beck, 2018; Johannessen et al., 2010). All tolkning bærer preg av forskerens forståelse av fenomenet under granskning (Johannessen et al., 2010). Prosessen det er å gjennomføre studien fører til flere spørsmål omkring egen forforståelse. Bli analysen påvirket av min utdanning og forståelse av hva psykisk helsearbeid er? Bli resultatene påvirket av egen kunnskap om traumebevisst tilnærming og erfaringer? Bli resultatene påvirket av de oppfatninger jeg hadde i starten av studien (Johannessen et al., 2010). For å hindre at analysen farges av forforståelser, har fokuset vært å være bevisst egne tanker om fenomenet under fortolkningsprosessen (Wertz et al., 2011).

3.3 Refleksivitet

Innen vitenskapen kan følgende spørsmål stilles «Hvordan kan vitenskapen være verdifri, samtidig som all forskning er normstyrt og verdirelatert?» (Gilje & Grimen, 1993, s. 216). Gilje og Grimen (1993) viser til begrepet vitenskapens etos, et begrep som refererer til vitenskapen som normstyrt. Kvalitativ forskning er normstyrt, da gjennomføring og beskrivelser av prosessens ulike faser er påkrevd for å oppnå gyldighet (Kvale & Brinkman, 2017).

Refleksivitet betraktes som et viktig element innen kvalitativ metode (Watt, 2007; Kvale & Brinkman, 2017). Begrepet er kort presentert i artikkelen, men grunnet dets betydning vil det utdypes videre her. Refleksivitet betyr å sette seg selv, sine synspunkter og verdier som menneske opp mot datamaterialet (Johannessen et al., 2010). Refleksjon over hvilken del av en selv som kan bidra til økt kunnskap innenfor vitenskapen, er å betrakte som refleksiv

objektivitet (Kvale & Brinkman, 2017). Den indre dialogen bør blant annet inneholde refleksjon om hvordan studien påvirker en selv og hvordan en selv påvirker studien (Cutcliffe, 2003). Prosessen med å gjennomføre en kvalitativ studie kan, slik Watt (2007) viser til, oppleves spennende og spesielt utfordrende. For å sikre en god forståelse for leseren må det være tydelig hvor personlige tanker, meninger og følelser legges frem (Gilje & Grimen, 1993).

4.0 Funn

Følgende avsnitt inneholder presentasjon av funn etter den tematiske analyse (Braun & Clarke, 2006). Like allsidig som psykisk helsearbeid er definert til å være, like allsidig er funnene med tanke på hvilke elementer informantene opplever som betydningsfulle i primærforebyggende arbeid. Funnet som innledningsvis presenteres, nemlig «En god hjelper – ulike betraktninger» vil være en forlengelse av «Psykisk helsearbeid», som er beskrevet i artikkelen. «Tilknytning og utfordringer etter seksuelle overgrep som barn» er det andre tema det vises til i sammenbindingen. Innledningsvis vil funnene bli gjort rede for sett i lys av forskningsspørsmålet. Deretter vil de diskuteres opp mot relevant litteratur og forskning.

4.1 En god hjelper – ulike betraktninger

Studien peker mot informantenes ønske om å fremstå som profesjonelle og kunnskapsrike hjelpere, klare til å romme ulike uttrykk på psykisk dårlig helse. Å se kvinnen for den hun er, og evne stå i de utfordringer som kommer, er en viktig egenskap for informantene. Som vist i artikkelen under funnet «Menneskemøter fremmer psykisk helse», pekes det på opplevelsen av at det er lite helsefremmende å fikse ting for dem som har det vanskelig. Samtidig fremmer studien et ønske om mer kunnskap blant informanten, for slik å kunne bistå mer i arbeid med psykisk helse. Som to informanter svarer på spørsmålet om hva som vil være nødvendig opplæring for å arbeide med dårlig psykisk helse hos gravide:

«Jeg tenker at alle som jobber i svangerskapsomsorgen burde hatt ekstra utdanning, egentlig, på det...Særlig på bare det med...hvordan være en, på en måte ikke terapeut, men hvordan snakke med folk. De fleste gjør jo det...De fleste som er jordmødre har jo veldig intuitiv interesse for å snakke med folk. Men jeg tror man kan lett havne i fellen,

det at man skal prøve å fikse ting for mye...At i stedet for å bare høre på den det gjelder, og være støttende og speile. Så finner man på masse lurt. For det er ofte det sykepleier gjør...De skal fikse ting.»

«Så kommer jeg hit. Og så tok det meg tid å skjønne at «nå må du bremse». Fordi de er ikke her for å snakke om de vanskelige tingene. De er nygravide, de er...kanskje noen er opptatt av fasade. Kanskje er de redd for å komme med sin psykiske historie, fordi at det kan være litt sånn mye. Så det var en skikkelig bratt læringskurve for meg, og...vente.»

Det betyr ikke at kvinnen ikke skal bli utfordret på sine tanker og følelser. Funnene viser hvordan noen informanter er tydelige på at de kan være utfordrende i samhandling med kvinnen. Innfallsvinkelen brukes med ønske om å skape refleksjoner hos den gravide. En informant viser hvor enkelt en utfordrende setting kan lages, når hun forteller om en samtale der frykt for fødsel er et tema: «Så svarer hun...ja...»jeg vet ikke»...Og da pleier jeg liksom bare å parre «Ja, nei...du trenger ikke vite, men hva tror du?».

Et videre eksempel på tydelighet overfor den gravide kvinnen presenteres nedenfor:

«og så før jeg la på proben, og så ser jeg på henne og så sier jeg «Du sier at du ikke knytter deg til barnet ditt, men hvis jeg nå ikke finner fosterlyd – at barnet ditt er dødt-hvordan hadde du følt det? «Nei det hadde jo vært veldig trist». Da sier jeg «men da har du allerede knyttet deg litt!» Så det er kjempebra!»

Funnene viser hvordan informantene opplever at ærlighet, åpenhet, det å «tørre å spørre», evnen til å tone seg inn, og det å klare å stille vanskelige spørsmål som viktige egenskaper i en god hjelper. For å gi en forståelse av hva som kategoriseres som vanskelig spørsmål, trekkes følgende sitat frem:

«Jeg pleier være ganske konkret også – det har jeg lært meg etter hvert. Å spørre «Hvordan blir det å stille et nakent barn?...Det er ganske viktig...For det er jo, der går vi jo overgrepene i arv. Det er noen som ikke orker stille barna sine, for det at...eller...vasker i stykker penis...Det vet vi. Ikke sant, sånn at – for at det er så skittent dette her og sånt noe, sånn at det går jeg litt tydelig til verks på.»

Det å være en god hjelper består av å se egne begrensninger og evner med tanke på hjelperrollen. Å bli for berørt eller for engasjert er ikke hensiktsmessig overfor kvinnen. Studien viser til felles forståelse av at den gravide med dårlig psykisk helse etter seksuelle overgrep som barn, trenger en hjelper som tåler ulike smerteuttrykk. På spørsmål på hvordan informantene mestrer å ikke ta med seg de tunge tingene fra jobben med hjem svares det:

«du, vet du hva...At det føler jeg at jeg er veldig god på – å ikke gjøre. Av en eller annen grunn. Men jeg tror det er fordi jeg har en familie hjemme, som trenger meg – og jeg trenger de...holdt jeg på å si...og man har nok å «bale» med...ehh, selv om sikkert noe underbevisst ligger der, selvfølgelig, men jeg tror nok at jeg kunne vært litt sånn – blitt litt sånn grenseløs – om jeg ikke hadde hatt det. At da hadde jeg tatt med meg mer hjem. Og jeg hadde sikkert strekt meg litt for langt. Jeg blir liksom litt sånn regulert av pliktene mine der tro jeg...».

Studien peker på ulike styrkende elementer på rollen informantene har overfor en person med dårlig psykisk helse. På spørsmål om hvilke beskrivelser informantene vil gi egen kunnskap om seksuelle overgrep hos barn og hvordan det kan påvirke mennesket som voksen, besvarer følgende:

«Jeg tenker at jeg har...jeg har både litt utdanning på det, og jeg har en del erfaring med det. Så jeg vil jo si at jeg kan litt om det. At jeg har et...og det og hatt mye trening i å snakke med folk og hvordan jeg kan bidra til gode endringsprosesser...gjør jo at jeg kan takle det. Men det er ikke sikkert at jeg...Jeg håper jeg kan det litt bedre nå enn jeg kunne for 10 år siden.»

Studien viser hvordan informantene i stor grad kjenner på ulike følelser i det primærforebyggende arbeid. Informantene opplever arbeidet blant annet meningsfullt, skremmende, håpløst, fortvilende og givende. Videre anes en tristhet overfor utviklingen, og situasjoner mange gravide befinner seg i. På spørsmål om hvordan det oppleves for informantene å arbeide med kvinner med svak psykisk helse sier en:

«Det er jo litt fortvilende. Ja, at så mange strever med ting. Man merker jo ikke det når man er ute liksom. I livet...i hverdagen. Alle tar på seg smilet sitt og masken sin, og når vi sitter her på kontoret så tar de av seg masken. Så det er overraskende egentlig.»

I videreføring av forholdet til følelser, peker studien på informantenes opplevelse av bekymring, forforståelse og tvil. Svangerskapsomsorgen er et felt full av følelser og menneskelighet, slik som sitatet under fremhever

«der møter man seg selv ofte i døra, og sine egne fordommer. Jeg vil jo alltid prøve å gå inn med nysgjerrighet og interesse og åpenhet for dem. Men jeg kan jo av og til gå hjem og tenke... »uff, skal alle mennesker ha barn?»

Informantene opplever at det er viktig å skille på hva som er normale følelsesmessige svingninger og hva som er å definere som psykiske lidelser. Sistnevnte kan kreve terapeutisk behandling og bør derfor henvises videre. Tema er tatt opp i artikkelen og vil ikke belyses videre. Selvbestemmelse fremtrer som en viktig komponent i det primærforebyggende arbeid. Gjennom følgende sitat kan synet på helsefremmende fokus fremfor sykdomsfokusert fokus vises: «Jeg har også tenkt at jeg, jeg kan jo ikke ha så mye fokus på det – at det blir et problem for dama – om hun ikke har et problem med det heller»

Studien viser hvordan det oppleves interessant å arbeide primærforebyggende og med psykisk helse. Informantene fremhever kontakten med kvinner i ulike livssituasjoner. Flere informanter viser til hvor givende de synes det er å arbeide med annet enn «å måle mager», og flere fremstår særdeles entusiastiske i samtaler om psykisk helse. På spørsmål om hva som vekker interessen på psykisk helse, svarer en informant følgende: « jeg er så inderlig fascinert av menneskepsyken...Altså den enorme blomsterhagen...ehh...det er».

4.2 Tilknytning og utfordringer etter seksuelle overgrep som barn

Analysen viser hvordan informantene besitter en erfaringsmessig kunnskap om at kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn, tenderer ha noe dårligere emosjonell investering overfor det ufødte barn, enn de som ikke har opplyst nevnte erfaring. Beskrivelser fra møter der mors dårlige forhold til det ufødte barn kommer frem, uttrykkes som følger:

«Men jeg har ...jeg husker...det er sånn fire damer, som har virkelig fulgt meg fram i noen år der. For de hadde et så hatefullt forhold til barnet i magen, eh...ble kvalm når han rørte på seg, og synes det var ekkelt...»

Funnene indikerer hvordan tilknytning, og arbeid med å fremme denne, oppleves som et viktig element i svangerskapsomsorgen. En informant peker på ønske om mer tilgjengelig informasjon omkring tilknytningens betydning, slik at kunnskapsformidlingen til vordende foreldre kan forenkles via visuelle hjelpemidler. Studien viser informantens fokus på å fremme tilknytningen mellom mor og barn, der dette ikke er en naturlig faktor i seg selv. Noen informanter undres over hvordan den gravide ikke klarer knytte seg til barnet sitt, men belyser de er opptatt av å holde seg profesjonelle. Positiv kommunikatív metode vises frem som et ledd i å fremme tilknytning: «Her er det jo et sterkt hjerte som slår...i et sånn flott, normalt og fint tempo...nå trives den, og får det den trenger av deg»

Lystbetont aktivitet vises som et primærforebyggende element. Noen informanter har fokus på å få den gravide med psykiske utfordringer, til å gjøre det som føles bra for henne. Ta vare på seg selv og sin kropp, for slik å ta vare på det ufødte barn. Som en informant sier:

«og så skal du i hvert fall bruke tre timer om dagen på ting du synes hyggelig, gøy. Du skal hver dag finne noe du synes er bra å gjøre. Som du kjenner «Det gjør bra inni kroppen min». Prøv alltid å finne – hver eneste dag – noen positive ting. Noe som gir deg glede...mer enn bekymring.»

Informantene opplever at negativt utløste hormoner påvirker barnet i mors liv. Funnene fremmer en unison forståelse om at tilknytningsprosessen hemmes når mor lever under konstant stress og angst. Forståelsen bunner i at beskrevne tilstander kan utløse negative hormoner som har vist seg å påvirke det ufødte barn negativt. Fenomenet beskrives av en informant på følgende måte: «...eller hvis den gravide utsettes for stress og frykt da, så kan babyen i magen bruke opp binyrebarkhormonene sine, og bli utsatt for infeksjoner og fibromyalgi lignende plager senere i livet.» En slik forståelse kan være utfordrende å stå i, da en informant uttrykker at man ikke kan tvinge noen til å bli knyttet til babyen i magen. Denne utfordringen vil diskuteres nedenfor under begrepet vikarierende traumatisering.

5.0 Diskusjon

Denne sammenbindingen har trukket inn elementer av funn presentert i artikkelen, samt belyst funnene videre. Nedenfor vil funnene diskuteres i lys av relevant faglitteratur. Diskusjonen innebærer preg av egne faglige refleksjoner.

5.1 En god hjelper – ulike betraktninger

Det kommer frem hvor kompleks og helhetlig det oppleves for informantene og arbeide primærforebyggende. Psykisk helsearbeid består av et stort mangfold av begreper og elementer (Andersen & Karlsson, 2011). Av den grunn virker det mot sin hensikt, hvis ikke umulig, å trekke frem ett begrep som viser til hva en «god» hjelper består av

Ved å se på behovspyramiden etter Maslow (Haugsgjerd et al., 2012) synes hvordan trygghetsbehovet er et viktig fokus for å sikre selvaktualisering. Slik å forstå faller behovet sammen med den traumebevisste tilnærmingen, der trygghet fremmes. Funnene peker på hvordan trygghet er å regne som viktig faktor i arbeid med kvinner. Trygghetsfaktoren samsvarer med det humanistiske perspektivet på psykisk helse (Haugsgjerd et al., 2012). Helsepersonell må etterstrebe en opplevd trygghet for å kunne fremme psykisk dårlig helse hos gravide, og slik kunne forebygge dårlige foreldreferdigheter og eventuell skjevutvikling hos barnet (Nordanger & Braarud, 2017; Haugsgjerd et al., 2012). Studiens funn viser til hvor viktig opplevd trygghet er for både informantene og for kvinnene de møter. Nivå fire i behovspyramiden viser til behovet for anerkjennelse (Haugsgjerd et al., 2012). Her leses det som en forlengelse av behovet for mestring (Karlson & Borg, 2013). Karlson & Borg (2013) peker på tre pilarer for relasjonen inne psykisk helsearbeid. Dette er likeverd, samarbeid og anerkjennelse. Sett opp mot Maslows behovspyramide er pilarene lett gjenkjennelig (Haugsgjerd et al., 2012). Ethiske refleksjoner er en del av helsepersonells arbeidsoppgaver, for slik å kunne svare på retoriske spørsmål som : «Når vil tanken om selvbestemmelse måtte vike, for å kunne utfordre kvinnen mer i hennes mønster?» Slike dilemma må informantene ta i betraktning i arbeid med hvor direkte og ærlig de skal være med den gravide.

Informanten viser til at ærlighet oppleves som svært viktig i primærforebyggende arbeid. Hvordan skal hjelperen vite når man kan undre seg i samspill med kvinnen, og når man skal våge å utfordre hennes refleksjoner på en slik måte at hun fortsatt føler seg anerkjent og sett? Humanistisk psykologi viser til ekthet som viktig i arbeid med psykisk dårlig helse, noe som

kan legitimere bruk av tydelighet, åpenhet og det å utfordre kvinnen (Haugsgjerd et al., 2012). Begrepet ekthet innebærer en forståelse av hvordan helsepersonell bør være ærlig om alle følelser som vekkes i seg selv, i forhold til den gravide (Haugsgjerd, et al., 2012). En slik ærlighet gjelder sågar de negative og undrende følelsene. Å skulle mestre en profesjonalitet bestående av ekthet overfor den gravide kan by på utfordringer. Funnene viser til hvordan informanten kan undre seg over den gravides manglende tilknytning til det ufødte barn. Selvrefleksjon og mentalisering om egen atferd for å sikre at dette blir gjort taktfullt (Skårderud & Sommerfeldt, 2016). Mentalisering er å forstå som personens evne til å «forstå både vårt eget og andres sinn» (Skårderud & Sommerfeldt, 2016, s. 20). Jeg vil her trekke frem likheten til hva Gilje og Grimen (1993) beskriver som innsikt og utsikt. Begrepene tolkes dithen at helsepersonell må tre ut av sin komfortsone, for å se seg selv, og sitt fag, utenfra for best mulig tilbud (Gilje & Grimen, 1993).

Et svært viktig element i kommunalt helsearbeid er de ansattes trygghet. Her vises det mot artikkelens konklusjon, der betydningen av å styrke helsepersonell påpekes. Min påstand er at samfunnet har et ansvar for hjelperen. For at helsepersonell skal evne å arbeide best mulig, og selv ha best mulig helse, vil det være betydningsfullt å trygge dem (Søftestad, 2014). Denne tryggheten kan erverves gjennom ny kunnskap, erfaring, jevnlig veiledning og deltagelse i det tverrfaglige fora (Søftestad, 2014; Helsedirektoratet, 2017). Påstanden blir bekreftet via studien. Erfaring, trygghet og faglig kompetanse blir fremmet under intervjuene som en faktor til mestringsfølelse hos helsepersonellet. Sett i lys av svangerskapsomsorgens betraktninger vil mestring sees i sammenheng med positivt og helsefremmende fokus. Retningslinjene er der - både i form av de faglige retningslinjene (Helsedirektoratet, 2018) og folkehelsemeldingen (2015).

Søftestad (2014) viser hvordan helsepersonell kan erfare vikarierende traumer. For å hindre at hjelpere blir skadelidende, som igjen kan føre til at kvinnen under oppfølging blir skadelidende grunnet brutte relasjoner, eller at hjelperen ikke evner romme reaksjoner lenger er det avgjørende å styrke hjelperens emosjonelle ferdigheter. Gjennom veiledning med fokus på selvrefleksjon, og å kjenne seg selv og eget følelsesregister, vil hjelperen kunne styrkes (Søftestad, 2014). Det kommer frem av funnene at erfaring, kunnskap og mestring oppleves som viktige faktorer i det primærforebyggende arbeid.

5.2 Tilknytning og utfordringer etter seksuelle overgrep som barn

Det er naturlig å tenke at tilknytning vil spille en stor rolle under svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2018). «Grunnlaget for god helse og gode helsevaner legges tidlig og får betydning gjennom hele livsløpet» (Folkehelsemeldingen, 2015:12). Jeg finner dette interessant, da tilknytning mellom mor og barn har vist seg svært viktig i barns utvikling (Kirkengen & Brandtzæg Næss, 2017; Nordanger og Braarud, 2018). Personlig oppleves tilknytning som grunnlaget for god psykisk helse, både om du er barn eller voksen (Major et al., 2011). Ved å se til Maslows behovspyramide kan denne tanken bekreftes, der trinn tre består av behovet for å høre til (Haugsgjerd et al, 2012). Gjennom å se på tilknytning med fenomenologiske briller vil mor/barn relasjonen være en symbiose, en helhet, en kropp i en kropp, noe som samsvarer med det humanistiske perspektiv (Haugsgjerd et al., 2012). Studien viser hvordan noen gravide kan ha et meget hatefullt forhold til barnet i magen. Kirkengen & Brandtzæg Næss (2015) viser til behovet for å beskytte barn for usunt klima, for slik å ta vare på samfunnets voksne helse. Ved å adoptere slikt tanke sett inn i svangerskapsomsorgen, vil det å legge tilrette for et sunt vekstklime i mors liv – god prenatal tilknytning – kunne forebygge det som refereres til som generasjonsoverføring (Nordanger & Braarud, 2017).

Det råder er enighet blant informantene om at negativt stress påvirker barnet negativt, mens positive følelser hos mor gir en glad baby. Med dette i tankene, samt kunnskapen om tilknytningens betydning, vil viktigheten av prenatal tilknytning tre frem. I tråd med humanistisk forståelse peker studien på en forståelse av kropp og sjel som en enhet (Haugsgjerd et al., 2012). Nevnte syn kommer frem gjennom informantenes antagelse om at kvinnens hormoner har innvirkning på det ufødte barn. «En glad mor gir en glad baby» påpekes det under studien. Sitatet viser til hvordan helsefremmende arbeid er viktig. Å søke goder relasjoner og glede vil være betydningsfullt for en god hverdag, og for å skape større mulighet for tilknytning (Brodèn, 2004). Emosjonell investering kan settes i sammenheng med hvordan den vordende mor snakker om barnet sitt på. Emosjonell investering sees her som en forlengelse av de mentale bilder som er representert gjennom tilknytningsteorien (Brodèn, 2004; Nordanger & Braarud, 2017).

Fokus på aktiviteter er viktig i primærforebyggende arbeid (Topor, 2011). Å omgi seg med positive aktiviteter kan by på gode relasjoner og å få nedstemte, tunge tanker over i positiv retning (Topor, 2011). Spørsmålet er hvor «enkelt» det vil være å oppfordre til gode og positive aktiviteter i primærforebyggende arbeid? Sett i lys av Maslows behovspyramide vil

effekten være virkningsfull (Haugsgjerd et al.,2012). Madsen (2011) viser til hvordan selvrealisering kan bli en fallgrube. Hva om den gravide med dårlig psykisk helse ikke evner finne noen som gjør henne glad? Forholdet mellom helse, stress og mestring, jamfør Antonovsky's salutogene helseteori, vil her måtte være i fokus hos jordmoren som er i direkte kontakt med den gravide (Gabrielsen & Ulland, 2015).

Det er vist hvordan kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn kan ha vanskeligere å kjenne egen kropp enn kvinner uten den opplevelsen (Leeners, Neumaier-Wagner, Quarg & Rath, 2006). En slik dissosiering er vist å være en mestringsstrategi for utsatte kvinner (Leeners et al., 2006). Det undres om hvordan helsepersonell skal kunne legge til rette for å øke kroppsbevissthet for nevnte kvinner. Det er ikke sikkert kvinnen er seg selv bevisst egne utfordringer, og vil følgelig kunne ha vanskeligheter å kjenne «det som føles bra inni kroppen», slik som presentert under funn.

6.0 Konklusjon

Å skulle konkludere en studie innen psykisk helsearbeid ansees som utfordrende. Feltet er variert, og viser til samhandling med mennesker. Slik sett vil en konklusjon fremstå variert, da hvert enkelt menneske eier sin egen subjektive opplevelse av hva som er av betydning. Samtidig vises stor enighet om hva jordmor opplever som viktig i det primærforebyggende arbeid blant gravide utsatt for seksuelle overgrep som barn. Konklusjonen vil ta inn deler av artikkelen, da studien sees som en helhet – bestående av artikkel og sammenbinding.

Studien viser hvordan informantene ikke har fokus på å årsaksforklare psykisk dårlig helse under svangerskapet. Hvorvidt det stammer fra traumatiske opplevelser i barndommen eller ei, kan vanskelig avgjøres uten at kvinnen nevner det selv. Informantene opplever hvordan mange gravide opplyser at de har vært utsatt for seksuelle overgrep. Samtidig sees hvordan tabu fortsatt er tilstedeværende, da det tidvis erfares hvordan den gravide svarer benektende på direkte spørsmål om de har vært utsatt for vold eller overgrep.

Det oppleves viktig å ha hovedfokus på situasjonen her og nå, og hvordan fremme den gravides mestringsfølelse og tro på seg selv. Studien viser hvordan informanten ønsker å normalisere psykiske utfordringer. Samarbeid med kvinnen om å fremme best mulig prenatal tilknytning oppleves viktig i det primærforebyggende arbeid. Informantene ser på seg selv

som rustet til å romme eventuelle reaksjoner. God inntoning i samspillet med den gravide oppleves betydningsfullt, og vil kunne opprettholde og fremme en god relasjon.

Studien peker på hvordan følelser står sentralt innen svangerskapsomsorgen. Omsorg, trygghet, mot og åpenhet er egenskaper som settes i fokus for arbeid med utsatte kvinner. Det kan oppleves ensomt, og tidvis krevende å møte gravide med psykisk helseutfordringer. Studien peker på behov for å legge til rette for gode rutiner omkring veiledning. God veiledning kan opprettholde og fremme hjelperens helse, og dermed hindre vikarierende traumatisering.

Studien viser til hvordan kunnskap om kroppslige reaksjoner etter seksuelle overgrep i barndommen er viktig, og det kan sees en generell god kunnskap om samspillet mellom fysisk og psykisk helse. Det tverrfaglige samarbeidet påpekes som viktig i forebyggende arbeid, og funn indikerer opplevd forbedring på mange plan. Informantene befinner seg i en posisjon der videreformidling til flere aktører, som kan være av terapeutisk hjelp for kvinnen, oppleves lett og av betydning. Som nevnt i artikkelen oppleves ikke psykisk helsearbeid under svangerskapet som en «quick fix», men å så et frø for fremtiden.

Referanser

- Andersen, I.L. (2014). Traumebevisst tilnærming. I Søftestad, S. & Andersen, I. L. (Red.). *Seksuelle overgrep mot barn. Traumebevisst tilnærming (54- 67)* Oslo: Universitetsforlaget.
- Andersen, J.W. & Karlsson, B.E. (2011). Introduksjon: Psykisk helsearbeid – et felt og et fag skapes. I Andersen & Karlsson (Red.), *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid. (s. 11-18)* Oslo: Universitetsforlaget.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Brandon, A.R., Pitts, S., Denton, W.H., Stringer, C.A, Evans, H.M. (2009). A history of the theory of prenatal attachment. *J Prenat Perinat Psychol Health* 23(4), 201 – 222. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083029/>
- Brodèn, M. (2004). *Graviditetens muligheter*. København: Akademisk forlag
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101 <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cutcliffe, J. R. (2003). Reconsidering Reflexivity: Introducing the Case for Intellectual Entrepreneurship. *Qualitative Health Research*, 13(1), 136–148. <https://doi.org/10.1177/1049732302239416>
- Dahlø, R. & Laache, I. (2010). *Gravide, fødende og barselkvinner med overgrepserfaringer – en veileder for helsepersonell*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258 [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Gabrielsen, L. E., Ulland, D. (2015) Mening og meningsdannelse i en kulturell kontekst. I Ulland, D., Thorød, A. B. og Ulland, E. (Red.), *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærming*. (82-93). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gilje, N & Grimen, N. (1993). *Samfunnsvitenskapelige forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hafstad, G.,S. & Siqueland, J. (2008). Posttraumatisk vekst. Et mer helhetlig syn på posttraumatisk tilpasning. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(12), 1507-1511. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2008/12/posttraumatisk-vekst-et-mer-helhetlig-syn-pa-posttraumatisk-tilpasning?redirected=1>
- Haugsgjerd S., Jensen P., Karlsson B. & Løkke J.A. (2012). *Perspektiver på psykisk lidelse. Å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsedirektoratet. (2017). *Kompetanseløft 2020. Oppgaver og tiltak for budsjettåret 2017*. Hentet fra <file:///C:/Users/Bruker/Downloads/Kompetansel%C3%B8ft%202020.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018, 5.juli). *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter*.(Meld. St. 19 2014-2015). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Johannessen, A., Tufte, P., A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag.

Karlsson, B & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkende barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget

Korhonen, M., Luomen, I., Salmelin, R. & Tamminen, T. (2012). A longitudinal study of maternal prenatal, postnatal and concurrent depressive symptoms and adolescent well-being. *Journal of affective disorders*, 136(3), 680-692. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.007>

Kvale, S. & Brinkman, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Leeners, B., Neumaier-Wagner, P., Quarg, A.F. & Rath, F. (2006). Childhood sexual abuse (CSA) experiences: an underestimated factor in perinatal care. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85(8). 971-976. <https://doi.org/10.1080/00016340600626917>

Madigan, S., Hawkins, E., Plamondon, A., Moran, G. & Benoit, D. (2015). Maternal representations and infant attachment: an examination of the prototype hypothesis. *Infant Mental Health Journal*, 36(5). <https://doi.org/10.1002/imhj.21527>

Madsen, O.J. (2011). *Den terapeutiske kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Major, F.E., Dalgard, O.S., Schjelderup Mathiesen, K., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., Aarø, L.E. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Folkehelseinstituttet rapport2011:1). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20111-bedre-fore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>
- Malta, L. A., McDonald, S. W., Hegadoren, K. M., Weller, C. A., & Tough, S. C. (2012). Influence of interpersonal violence on maternal anxiety, depression, stress and parenting morale in the early postpartum: a community based pregnancy cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 12, 153. doi:10.1186/1471-2393-12-153
- McCann, I.L. & Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization. A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149. Hentet fra <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00975140#citeas>
- Nordanger, D. Ø, & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget
- Polit, D. E. & Beck, C. T. (2018). *Essentials og Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.
- Regjeringen. (2017). *Mestre hele livet*. Regjeringens strategi for god psykisk helse. (2017–2022). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Skårderud, F & Sommerfeldt, B. (2016). *Miljøterapi boken. Mentalisering som holdning og handling (MBT-M)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smith, L. (2014). Foreldres intuitive omsorgsferd [Intuitive parenting]. *Scandinavian Psychologist*, 1, e1. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e1>

Starrin, B. (2009). Det våres for emosjoner i samfunnsvitenskapen. I Jakhelln, R., Leming, T. & Tiller, T. (Red.). *Emosjoner i forskning og læring*. Tromsø: Eureka forlag

Søftestad, S. & Andersen, I. L. (Red.). (2014). *Seksuelle overgrep mot barn. Traumebevisst tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Søftestad, S. (2014). Traumene smitter. Forståelse og ivaretagelse av fagfolk ved vikarierende traumatisering. I Søftestad, S. & Andersen, I.L. (Red.). *Seksuelle overgrep mot barn. Traumebevisst tilnærming*. (117-131) Oslo: Universitetsforlaget.

Topor, A. (2011). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.

Watt, D. (2007). On becoming a qualitative researcher. The value of reflexivity. *The Qualitative Report*, 12(1). 82-101. Hentet fra <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ800164.pdf>

Wertz, F.J., Charmaz, K., McMullen, L.M., Josselson, R., Anderson, R., McSpadden, E. (2011). *Five ways of doing Qualitative Analysis. Phenomenological Psychology, Grounded theory, Discourse Analysis, Narrative Research, and intuitive Inquiry*. New York: The Guilford Press

White, O., McCorry, N.K., Scott-Heyes, G., Dempster, M & Manderson, J. (2008). Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalised with pregnancy complications, *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 26 (2).74-85. DOI: 10.1080/02646830801918455

Yarcheski, A., Mahon, N.E., Yarcheski, T.E., Hanks, M.,M & Cannella B,L. (2009). A meta – analytic study of predictors og maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5),708-715. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013>

Intervjuguide master i psykisk helsearbeid

Demografiske data:

Alder:

Kjønn:

Utdanning:

Arbeidserfaring:

Generelle åpningsspørsmål:

- Du arbeider med omsorg for gravide, kan du fortelle litt om en typisk dag i møte med denne gruppen?
- Hva tenker du om psykisk helse hos gravide?
- Hva tenker du om psykisk helse hos de som har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen?

Erfaringer:

- Tanker du har om psykisk uhelse hos de gravide
- Hvilken erfaring har du med gravide utsatt for seksuelle overgrep i barndommen?
- Hvilke beskrivelser gir du din kunnskap omkring tema seksuelt overgrep hos barn- og hvordan det kan påvirke mennesket som voksent?
- Hvordan vil du beskrive dine kollegers opplevelse av psykisk uhelse hos gravide?

Møtet:

- Beskriv et møte der en gravid kvinne nevnte seksuelle overgrep som barn for deg.
- Hvordan beskriver du din egen mestring av dette møtet?
- Hva opplever du var faktoren som førte til «suksess» i et tilfelle du minnes?
- Hva opplever du var faktoren til «nederlag» i et tilfelle du minnes?
- Hva ser du etter når du ser etter dårlig psykisk helse hos den gravide?
- Du er i kontakt med mange gravide kvinner - hvilke forskjeller ser du i psykisk helse, om noen, hos kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn vs. de som ikke er utsatt?

Opplæring:

- Hvilken type opplæring får du ifht fenomenet seksuelle overgrep som barn, og hvordan dette kan forplante seg hos den gravide kvinne?
- Hva tenker du vil være nødvendig opplæring/ kunnskap for deg?
- Hvilke erfaringer har du omkring ansvarsfordelingen mellom partene involvert i svangerskapsomsorgen? (fastlege, jordmor, gynekolog).
- Hvordan erfarer du tilnærmingen til overgrep som barn, og hvordan dette kan påvirke den gravide, synliggjøres i ditt felt?

- Hva vil du si er det viktigste redskapet du har i arbeid med å få frem dårlig psykisk helse hos den gravide er?