

# **FORBLIR BRENT BARN I ILDEN?**

**-Framtidige leger og psykologers forhold til  
barndomserfaringer med henblikk på voksenhelse**

**5.årsoppgave for Sigrid Solhaug, mk-02**

**Veiledere: Anna Luise Kirkengen  
Marianne Nordhov**

**Sidetall: 24**

## **Innholdsfortegnelse**

### **Introduksjon**

Bakgrunn side 3

Relevans side 3

**Målsetting** side 5

**Metode** side 6

Kontekst side 7

**Materiale** side 8

**Resultater** side 8

Del 1: Kvantitativ del side 8

Tabell side 10

Del 2: Kvalitativ del side 12

**Diskusjon** side 16

**Oppsummering** side 21

**Referanser** side 22

## **Introduksjon**

Denne oppgaven omhandler oppvekstkår og barndomsopplevelser blant en gruppe medisin- og psykologistudenter ved universitetet i Tromsø, samt deres oppfatning av oppvekstforholdenes betydning for egen helse og for pasienter i behandling, deres tanker rundt det å besvare intime spørsmål om oppveksten, og deres synspunkter på undervisningen i denne tematikken i studiene deres.

### *Bakgrunn*

Familierelasjoner og opplevelser i barndom er viktige fenomener i livet generelt. Oppvekstens betydning for senere helse har fått tiltakende oppmerksomhet både i mediene og i medisinsk forskning den siste tiden. Dette er bakgrunnen for vårt valg av tema for denne 5.årsoppgaven.

### *Relevans*

I de senere årene har medisinske forskere begynt å utforske hvilken betydning følelsesmessig, fysisk eller seksuelt misbruk og problematiske familieforhold i barndom har for sykdom og helserisiko i voksenlivet. I 1993 startet en stor studie kalt ACE-study (Adverse Childhood Experiences) i San Diego, USA angående mulige sammenhenger mellom negative barndomserfaringer og helse senere i livet (1). Over 17000 personer besvarte detaljerte spørsmål om sine erfaringer i barndom knyttet til overgrep, omsorgssvikt og dårlige familieforhold. Svarene er blitt sammenliknet med deres helse og livsførsel i voksenlivet. Forskerne har påvist en statistisk sikker sammenheng mellom negative barndomserfaringer på den ene siden og risikoadferd for sykdom, slik som røyking, alkoholmisbruk, bruk av narkotika, fysisk inaktivitet og det å ha mer enn 50 seksualpartnere i løpet av livet. Studien har i tillegg dokumentert en sterk og gradert sammenheng mellom antall ulike typer skadelige erfaringer og sykdom i voksen alder. Følgende helseproblemer er blitt vurdert: kronisk lungesykdom (KOLS), alkoholisme, narkotikamisbruk, depresjon, hallusinasjoner, fosterdød, hjertekarsykdom, fedme, leversykdom, seksuelt overførbare sykdommer, selvmordsforsøk, partnervold, uønskede svangerskap, tenåringssvangerskap (2-15).

Den hittil fremlagte dokumentasjonen er et resultat av studiens retrospektive materiale. Den omfatter 46 publikasjoner i verdens ledende medisinske tidsskrifter. De første studier basert

på prospektivt material er imidlertid nå også innlevert til publikasjon og den første av dem er publisert (16), i tillegg til at forskere i flere andre land nå planlegger eller er i gang med å gjennomføre liknende studier (for nærmere informasjon om ACE-studien henvises til nettsiden <http://www.cdc.gov/nccdphp/ace/>).

I Norge har det foreløpig ikke vært iverksatt noen større spørreundersøkelse omkring sammenhengen mellom barndomsforhold og voksenhelse. Direkte spørsmål angående misbruk, mishandling eller vanskjøtsel er heller ikke blitt tatt inn i de store, langsgående befolkningsstudier slik som Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) eller Tromsø-studien. Men Anna Luise Kirkengen har i sin bok "Hvordan krenkede barn blir syke voksne" beskrevet og analysert denne tematikken i en norsk kontekst (17, 18).

Studiene som hittil er publisert har vist at hjemmeforholdene i barndommen er av stor betydning for folkehelsen. De påvirker et lands samfunnsøkonomi på avgjørende måter, blant annet i form av sykefravær, forbruk av helsetjenester og medikamentbruk. Emnet har følgelig stor betydning på flere samfunnsmessige plan. Men i aller høyeste grad angår de påviste sammenhenger mellom tidlige, negative erfaringer og senere sykdom og prematur død behandlere i helsevesenet.

Følgelig er det både relevant og interessant å undersøke hvordan studerende i helsefag tenker om disse sammenhengene. Vet de om at disse finnes? Anser de emnet som relevant? Er de forberedt på slikt erfaringsstoff i møter med fremtidige pasienter? Har de lært å begrepsfeste slike erfaringer? Vil de kunne nærme seg emnene på en adekvat måte? Vil de aktivt oppsøke informasjon angående slike erfaringer ut fra en kunnskap om deres betydning for en behandlingsrelasjon? Har de selv erfart grensekrenkelser? Vet de hva denne erfaringen har gjort med dem selv? Er de fortrolige med sin egen erfaring på en måte som gjør dem komfortable i møter med andres erfaringer?

Disse og en rekke flere spørsmål springer ut av den nå foreliggende dokumentasjonen som knytter barndomserfaring til voksenhelse. Den er etter den første publikasjonen fra ACE-studien høsten 1998 blitt stadig mer omfattende. I tillegg til flere amerikanske studier (19-22) foreligger nå også befolkningsstudier fra Finland (23) og England (24) om helsefølger i voksenlivet av det som også omtales som "social adversities" i barndommen.

## Målsetting

1. *Hovedmål:* å få innsikt i hvordan studenter i medisin og psykologi ved Universitetet i Tromsø synes det er å besvare spørsmål om negative barndomserfaringer og risikoadferd for helse. Er de komfortable med å oppgi og forholde seg til denne typen intim informasjon?
2. *Første delmål:* å finne ut i hvilken grad studentene er seg bevisste sammenhengen mellom barndomserfaringer og senere risikoadferd og helsetilstand.
3. *Andre delmål:* å se hvorvidt studentene mener denne sammenhengen er vektlagt i tilstrekkelig grad i de respektive studiene.
4. *Tredje delmål:* å se hvor stor prevalensen av negative barndomsopplevelser (ACEs) er blant medisin- og psykologistudentene.

Grunnen til at vi ønsker å undersøke hvordan studentene mener det er å besvare spørsmål om negative erfaringer i barndommen og risikoadferd for sykdom, er at vi vil se om framtidige behandlere klarer å forholde seg til denne typen informasjon.

I yrkeslive vil det være helt nødvendig for dem å kunne snakke med pasientene både om vanskelige erfaringer og om aktuelle helserisikoer. Å gi slike opplysninger om seg selv og reflektere over disse, vil muligens bidra til å øke studentenes bevissthet angående sitt eget forhold til slik erfaringsstoff.

Det kan også bidra til at de blir seg bevisst hvordan det føles å besvare intime spørsmål. Vi tenker dessuten at de gjennom å besvare slike spørsmål vil gjøre seg kjent med ulike begreper som det vil være nyttig å bli trygg på for å kunne samtale med framtidige pasienter om denne tematikken på en ryddig og god måte. For studentenes egen del tenker vi det vil være nyttig å tenke over virkningen av egne barndomsopplevelser på deres egen helse.

Prevalensen av de negative barndomserfaringene hos studentene ønsker vi å undersøke fordi den kan si noe om hyppighet av slike opplevelser hos dem vi anser som unge og normale, vellykkede mennesker.

*Studien er utformet på grunnlag av følgende antakelser:*

Medisin- og psykologistudenter mener det er en sammenheng mellom negative barndoms-erfaringer og senere helsemessig risikoadferd og sykdom. De synes det er greit å forholde seg til intim informasjon om oppvekstforhold og risikoadferd, og er bevisste på egen barndoms betydning for sin helse.

## **Metode**

En todelt anonym spørreundersøkelse angående negative barndoms-erfaringer og relevansen for slike i forhold til helse i voksenlivet foretatt blant medisin- og psykologistudenter ved universitetet i Tromsø.

*Del 1* av undersøkelsen (kvantitativ del) omfatter spørsmål med preformulerte svaralternativer om forhold i barndommen knyttet til blant annet vold, rusmisbruk, omsorgssvikt, seksuelle erfaringer og familieproblemer. Spørsmålene er lovlig direkte hentet ut fra ACE-studiens hjemmeside (se foran). De er blitt vurdert med henblikk på validitet i to delstudier. (25, 26). Oversettelsen til norsk er foretatt av Anna Luise Kirkengen og Marianne Nordhov. Skjemaet er modifisert med henblikk på denne studiens formål og for å kunne sikre informantenes anonymitet i den foreliggende, spesielle settingen. Skjemaet omfatter 9 spørsmål angående demografiske data, 98 spørsmål angående negative erfaringer, 3 spørsmål angående erfaring med ulike behandlere og 21 spørsmål angående levevaner med relevans for helse. (Se appendix nr. 1)

*Del 2* av undersøkelsen (kvalitativ del) omfatter fire spørsmål knyttet henholdsvis til opplevelsen av å besvare slike intime spørsmål, til oppfatningen om eventuelle sammenhenger mellom voksenhelse og slike barndoms-erfaringer, til relevansen av bevisstgjøring av en slik sammenheng for dem som framtidige helsearbeidere og til informasjon angående undervisning om dette temaet i studentenes studier.

Etter avtale med aktuelle forelesere utdeles det todelte spørreskjemaet til ett kull medisinstudenter (kull -05) og to kull psykologistudenter (kull -04 og kull -05) under forelesninger høsten-06 (to kull psykologistudenter fordi det er færre studenter per kull i

psykologistudiet enn medisinstudiet). Studentene får omfattende informasjon om prosjektet i både skriftlig og muntlig form forut for utdelingen. De får en innleveringsfrist på omtrent 10 dager.

Dataene fra del 1 analyseres ved hjelp av enkle statistiske beregninger.

Svarene til del 2 tolkes etter et sett med regler (27) innenfor en referanseramme av kropp som kroppsliggjort erfaring (28, 29)

### *Kontekst*

På forelesningen for medisin-, farmasi- og odontologistudenter kull -05 var det 40-50 medisinstudenter tilstedet. På forelesningen for kull -05 i psykologi var ca 15 studenter tilstedet. På forelesningen for kull -04 i psykologi var ca 10 studenter til stede. Rundt 70 studenter fikk altså informasjon om spørreundersøkelsen med skjema. Det ble likevel utlevert til sammen 140 spørreskjemaer på de aktuelle forelesningene, slik at muligheten for å gi skjemaer til medstudenter som ikke var tilstede skulle være der.

Kull -05 i psykologi hadde eksamen uken etter utdeling. Kull -04 i psykologi hadde praksisperiode kort tid etter utdeling. Begge psykologikullene mente likevel det skulle være mulig å besvare skjemaene innen fristen.

Etter avtale med det medisinske fakultet kunne studentene levere skjemaet i en hylle nær medisinstudentenes postkasse ved vaktrommet på mh-bygget. Etter avtale med institutt for psykologi kunne studentene levere skjemaet i ekspedisjonen for psykologi.

## **Materiale**

Materialet består av 27 komplett utfylte skjemaer, 23 fra medisinstudenter og 4 fra psykologistudenter.

## **Resultater**

### *Del 1: Kvantitativ del; barndomserfaringer og risikoadferd for helse*

Fra del 1 i spørreskjemaet har vi valgt å studere studentenes svar på de mest sentrale spørsmålene gruppert i fire bolker: A. Helse relatert risiko; B. Familiære problemer før fylte 18 år; C. Personlige erfaringer før fylte 18 år ; D. Personlige erfaringer etter fylte 18 år (se tabell ).

#### *Helse relatert risiko*

Blant de 27 studentene som har levert inn spørreskjema, har 7 (25,9 %) hatt sitt første samleie før fylte 16 år. 4 av studentene (14,8 %) har hatt mer enn 10 samleiepartnere gjennom livet. 5 av studentene (18,5 %) har røykt mer enn 100 sigaretter i løpet av livet. 5 av de 27 studentene (18,5 %) har trent mindre enn 2 ganger i uka siste mnd. 6 av studentene (22,2 %) har veid mer enn 100 kg på det meste eller aldri veid mer enn 60 kg. 6 (22,2 %) har drukket alkohol (mer enn en slurk) før fylte 15 år, mens 9 av studentene (33,3 %) har prøvd narkotika.

#### *Familiære problemer før fylte 18 år*

Blant de 27 studentene oppgir 3 (11,1 %) å ha bodd sammen med noen som hadde alkoholproblemer eller var alkoholiker. 3 (11,1 %) har opplevd at foreldrene ble separert eller skilt. 7 av studentene (25,9 %) har vokst opp i et hjem med deprimerte eller mentalt syke voksne. 1 av studentene (3,7 %) har opplevd at noen hjemme forsøkte å ta sitt eget liv. 2 av de 27 studentene (7,4 %) har prøvd selv å ta sitt eget liv. 1 av studentene (3,7 %) har opplevd at noen hjemme hos dem var i fengsel. 6 av studentene (22,2 %) har opplevd at det ble begått vold mot mor av hennes mann eller samboer.



### *Personlige erfaringer før fylte 18 år*

9 av de 27 studentene (33,3 %) har opplevd å bli slått av sine foreldre. 7 av studentene (25,9 %) har opplevd at deres foreldre, steforeldre eller andre voksne i hjemmet dyttet, holdt, skubbet, slo eller kastet noe på dem. 5 av studentene (18,5 %) har fryktet at de kunne bli skadet på grunn av oppførselen til voksne i hjemmet. 4 (14,8 %) har opplevd at de ikke fikk nok mat hjemme. 4 (14,8 %) har opplevd at det ikke alltid fantes noen som fulgte dem til lege om det trengtes. 15 av de 27 studentene (55,5 %) har opplevd at folk hjemme hos dem sa hatske og sårende ting til dem. 10 av studentene (37,0 %) har blitt kalt "lat" og "stygg" av familiemedlemmer. 10 av studentene (37,0 %) har ikke alltid følt seg elsket hjemme.

Blant de 27 studentene har 2 (7,4 %) opplevd at en voksen eller eldre slektning, familievenn eller fremmed minst 5 år eldre enn dem har berørt eller befølt dem på en seksuell måte. 2 av studentene (7,4 %) har opplevd at en voksen eller eldre slektning, familievenn eller fremmed minst 5 år eldre enn dem har fått dem til å berøre deres kropp på en seksuell måte. Ingen av studentene oppgir før 18 år å ha hatt samleie med en voksen eller minst 5 år eldre person. 2 av studentene (7,4 %) har opplevd før de fylte 18 at en gutt eller gruppe gutter på deres alder har tvunget eller truet dem med makt til seksuelle handlinger.

### *Personlige erfaringer etter fylte 18 år*

Ingen av studentene har noen gang som voksne blitt tvunget eller truet til seksuell kontakt.

**Tabell**

<b>SPØRSMÅL</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
<b>Helserelatert risiko</b>		
Debutert seksuelt før 16 års alder	7	25,9
Hatt mer enn 10 seksualpartnere	4	14,8
Røykt mer enn 100 sigaretter i løpet av livet	5	18,5
Trent mindre enn 2 ganger i uka siste mnd	5	18,5
Veid mer enn 100 kg eller mindre enn 60 kg	6	22,2
Drukket alkohol før 15 år	6	22,2
Prøvd narkotika	9	33,3
<b>Familiære problemer før fylte 18 år</b>		
Vokste opp i et hjem med en alkoholiker	3	11,1
Vokste opp med separerte eller skilte foreldre	3	11,1
Vokste opp i et hjem med deprimerte eller mentalt syke voksne	7	25,9
Vokste opp i et hjem der noen forsøkte å ta sitt eget liv	1	3,7
Prøvde selv å ta sitt eget liv	2	7,4
Vokste opp i et hjem der noen var dømt eller i fengsel	1	3,7
Opplevde at vold ble begått mot mor av hennes mann eller samboer	6	22,2
<b>Personlige erfaringer før fylte 18 år</b>		
Opplevde å bli slått av foreldre	9	33,3
Ble skubbet/dyttet/holdt/blitt kastet noe på av foreldre/steforeldre	7	25,9
Fryktet de kunne blitt skadet pga oppførsel til foreldre/steforeldre	5	18,5
Opplevde å ikke få nok mat hjemme	4	14,8
Opplevde ikke alltid å bli fulgt til lege om det trengtes	4	14,8
Opplevde at hatske og sårende ting ble sagt til dem hjemme	15	55,5
Opplevde å bli kalt "lat og stygg"	10	37,0
Følte seg ikke alltid elsket	10	37,0
Ble berørt/befølt av voksen eller minst 5 år eldre person på seksuell måte	2	7,4
Måtte berøre/beføle voksen eller minst 5 år eldre person på seksuell måte	2	7,4
Hadde samleie med voksen eller minst 5 år eldre person	0	0
Ble tvunget eller truet med makt til seksuelle handlinger med en gutt eller gruppe gutter på deres egen alder	2	7,4
<b>Personlige erfaringer etter fylte 18 år</b>		
Ble tvunget eller truet til seksuell kontakt som voksen	0	0

Studentene har som gruppe ingen høy risikoadferd for sykdom. Noen risikofaktorer skiller seg likevel ut. Rundt fjerdedelen har hatt tidlig seksual- og alkoholdebut, og vekt i høy eller lav del av normalsjiktet. Den oftest nevnte risikofaktoren er bruk av narkotiske stoffer, hvor en tredjedel angir å ha prøvd slike.

Når det gjelder familiære problemer under oppveksten, angir studentgruppen hyppigst to typer. Den ene er å vokse opp med deprimerte eller mentalt syke voksne, noe som gjelder over en fjerdedel av studentgruppen. Den andre er å ha opplevd at det begås vold mot mor av hennes mann eller samboer, hvilket gjelder mer enn femtedelen av alle studentene.

Studentene har i ulik grad personlige erfaringer av negativ art fra før fylte 18 år. Fysisk vold utøvd av voksne i hjemmet er den erfaringen som studentene i størst grad har med seg. Faktisk har hele en av tre eller fire opplevd dette under oppveksten, noe avhengig av type vold (slag, skubbing, bli kastet på av noe). I tillegg har over halvparten av studentene fått høre hatske og sårende ting om seg selv hjemme.

Oppsummert kan vi si at studentene i psykologi og medisin ved universitet i Tromsø som deltok i vår undersøkelse angir et variert spekter og en varierende hyppighet av negative erfaringer fra oppveksten. Selv om ikke alle typer slike erfaringer er like høyt representert i studentgruppen, kan vi fastslå at studentene ikke har vært skånet for dårlige barndomsopplevelser og oppvekstforhold.

Del 2: Kvalitativ del; åpne spørsmål med negative barndomsopplevelser som tema

*Spørsmål 1:*

**Beskriv med noen ord hvordan det var å besvare spørsmålene over:**

Av de 27 studentene mente 22 (81,5 %) at det var greit å svare på spørsmålene fra skjemaet. Blant disse 22 kom en del tilleggs kommentarer som her gjengis i kortform eller som sitat:

- ”Spørsmålene var formulert på en god måte.”
- ”Jeg skulle kanskje ønske jeg kunne gitt et annet svar.”
- ”Det kunne kanskje vært mulig å besvare skjemaet litt mer diskret, eks at det legges i en konvolutt eller lignende (ikke ha antall sexpartnere på første side).”
- ”Hadde sikkert vært ”tyngre” å svare hvis man hadde opplevd overgrep eller omsorgssvikt”
- ”Kvifor er det ingen spm angående mobbing og den slags?”
- ”Pussig at min alder ikke er interessant for studiet.”
- ”Litt tøft fordi det vekker vonde minner til livet.”
- ”Litt greit, men samtidig skummelt å svare, fordi jeg ikke vet ”hvem” som spør.”

3 av de 27 (11,1 %) syntes ikke det var så greit å besvare spørsmålene.

Kommentarene til disse var følgende:

- ”Pinlig.”
- ”Tungt og ekkelt.”
- ”Kanskje litt ekkelt, med tanke på at det er svært mange som har opplevd slike ting.”

1 student besvarte ikke dette spørsmålet. 1 student svarte at spørsmålene var dumme og spekulative, at de neppe gir resultater og at det er sløsing av papir å fylle ut skjemaene i papirform.

*Spørsmål 2:*

***Har du noen tanker om hvordan dine barndomserfaringer påvirker helsen din i dag og i framtida?***

Blant de 27 studentene mente 18 (66,7 %) at barndomserfaringer har påvirket helsen deres i dag og vil gjøre det i framtida. Tilleggs kommentarer blant disse var følgende:

- ”Store økonomiske vansker på begynnelsen av 90-tallet bidro til at jeg måtte få behandling hos psykolog. Da jeg utviklet ”generalisert angstlidelse”. Denne lidelsen gav mye somatiske plager (muskelspenninger, kvalme osv), og medførte store muskulære plager.”
- ”Ellers tror jeg mer sosiale vilkår som utdanningsnivå og fysisk fostring, og generell bakgrunn/vaner i familien har mye å si.”
- ”Eg trur eg har blitt meir trygg av å ha det trygt.”
- ”Jeg synes jeg har hatt en veldig fin barndom, med mange gode, men også noen dårlige erfaringer, alle har gjort meg sterkere og til et fullstendig menneske.”
- ”Jeg tror at man kan se en sammenheng mellom om man kommer fra et trygt og stabilt hjem og livsstilsrelaterte sykd.”
- ”Ja, men bare den psykiske helsen min.”
- ”Har hatt noen fysiske plager som jeg i voksen alder, og etter å ha lest en del om det, knytter i en viss grad til stress og utrygghet i oppveksten.”
- ”Jeg tror man preges av enkelte episoder man opplever som barn, ting som gjør sterke inntrykk og som kanskje får betydning helsemessig senere (for hvordan man eksempelvis takler stressede situasjoner).”
- ”Mine barndomserfaringer er med på å skape mine tankemønstre og attribueringer (årsaksforklaringsmåter) i både positiv og negativ forstand. Og dette påvirker (er jeg overbevist om) igjen min helse både nå, da, og i framtiden.”

2 av de 27 (7,4 %) svarte at barndomserfaringer ikke har eller vil få virkning på helsen deres. Kommentarene deres var følgende:

- ”Tror ikke det påvirker meg i noen stor grad. I hvertfall ikke så lenge jeg har positive og støttende mennesker rundt.”
- ”Egentlig ikkje. Kanskje dersom det hadde vært problemer.”

4 av de 27 (14,8 %) svarte ikke direkte på spørsmålet, eller kom med en slags mellomting mellom ja og nei til svar. Her var kommentarene følgende:

- ”Ikke egentlig, jeg føler jeg har hatt en god oppvekst og føler at jeg har fått med meg mange gode, positive tanker og holdninger til liv og helse.”
- ”Jeg er glad i mamma og pappa.”
- ”Føler ikke at jeg ”har noe å klage over”, og vet faktisk ikke om vonde barndomserfaringer ville gjort meg ”mer syk” som voksen... men hvem vet?”
- ”Jeg føler jeg har hatt en fin barndom og oppvekst, så jeg tror ikke det vil ha noen negativ effekt i hvertfall.”

3 (11,1 %) hadde ikke tanker om temaet; 2 svarte ikke på spørsmålet, mens 1 kun svarte ”nei”.

*Spørsmål 3:*

***Hvor viktig mener du det vil være for deg som framtidig behandler å kjenne til pasienters erfaringer av typen du ble spurt om i skjemaet?***

10 av studentene (37 %) mente dette er *viktig*. Noen av disse hadde tilleggs kommentarer:

- ” Det vil absolutt være relevant informasjon. Det er viktig å ta hensyn til både arv (foreldres psykiske helse) og miljø (barndomsopplevelser, traumer osv) når en møter mennesker med psykiske problemer.”
- ”Det vil nok være veldig viktig i spesialtilfellene hvor pasientene er blitt utsatt for overgrep i barndommen.”
- ”Hvis jeg skal være allmennpraktiker vil det være av stor betydning (stort sett), men ellers kommer det an på spesialitet.”
- ”Det vil nok oppklare mykje og forklare mykje.”
- ”Meget viktig. Slike erfaringer gjør mye med en og preger i stor grad måten man oppfatter seg selv og andre. Ønsker man å bryte med negative tankemønster er det viktig å vite hva opprinnelsen til dem var, slik man kan lære av den måten å tenke på.”

Ingen av studentene svarte at dette *ikke* vil være viktig.

14 av studentene (51,9 %) mente dette vil være ganske viktig, eller tok visse forbehold. Her oppsummeres kommentarene disse oppga:

- ”Av og til vil det vera viktig, men langt frå alltid.”
- ”Det kan godt hende det er viktig. Håper å få høre mer om resultatene.”
- ”Jeg tror nok man i større grad kan sette seg inn i deres situasjon. Samtidig kan det kanskje være greit å få synspunkter fra noen som ser situasjonen ”utenfra”.”
- ”Noen av de spørsmålene kan være relevante i spesielle sammenhenger (ved behandling av spesielle sykdommer).”
- ”Noe viktig, kommer an på hvilken sykdom (psykisk el fysisk) og hvor langvarig sykdommen blir.”
- ”Ja, til en viss grad.”

3 av studentene (11,1 %) besvarte ikke spørsmålet.

*Spørsmål 4:*

***Synes du det har vært undervist tilstrekkelig om disse temaer i studiet ditt til nå?***

15 av de 27 studentene (55,6 %) svarte *nei* på dette. Noen av disse hadde tilleggskommentarer eller brukte forsterkninger:

- ”Nei, men er i et tidlig stadium ennå.”
- ”Nei, regner med at det kommer.”
- ”Nei. Vil gjerne lære mer om dette.”
- ”Overhodet ikke.”
- ”Nei, nei og atter nei!”

Ingen (0 %) svarte *ja* på spørsmålet.

5 (18,5 %) svarte kun at de ikke har hatt noe undervisning om dette til nå.

4 (14,8 %) svarte kun at de går på 2.året, og at de går ut fra eller håper at det kommer senere.

3 (11,1 %) av studentene besvarte ikke spørsmålet.

## Diskusjon

Vårt hovedmål for dette prosjektet var å finne ut hvordan studenter i medisin og psykologi ved Universitetet i Tromsø synes det er å besvare spørsmål om negative barndomserfaringer og risikoadferd for sykdom, i tillegg til at vi ville studere deres synspunkt på sammenhengen mellom slike erfaringer og senere helsetilstand, deres oppfatning av undervisningen i dette temaet i studiene, samt forekomsten av negative barndomsopplevelser (ACEs) og risikoadferd for sykdom i denne gruppen. Med utgangspunkt i at undersøkelsen ikke skulle sprengte rammen for en 5. års studie, valgte vi å begrense den til ett kull medisinstudenter (kull -05) og to kull psykologistudenter (kull -04 og kull -05), til sammen 145 studenter.

Ulike praktiske hensyn påvirket imidlertid tidspunktet for presentasjonen. Dessuten påvirket flere studietekniske forhold vår adgang til komplette kull i den aktuelle tiden. Derfor oppnådde vi et begrenset materiale: 27 studenter besvarte spørreskjemaer, og av disse kom kun 4 besvarelser fra psykologistudenter. Det er grunn til å anta at vi hadde nådd flere studenter og at oppslutningen om undersøkelsen kunne ha blitt høyere hvis vi hadde valgt annet tidspunkt. Det betyr trolig mye at vi ”konkurrerte” med eksamensforberedelsene og nært forestående praksisperiode hos psykologistudentene. Dessuten hadde relativt få medisinstudenter valgt å delta i de blandede forelesningene (sammen med farmasi- og odontologistudentene) som preget denne fasen i deres studium.

Et annet tiltak som kan hende kunne gitt høyere svarandel, ville være muligheten for å fylle ut skjemaet elektronisk.

Videre kan man ikke utelukke at undersøkelsen i seg selv kan være en årsak til lav innleveringsprosent. Mange av spørsmålene i spørreskjemaet er svært personlige og intime, noe som kan ha skremt enkelte fra å svare. Det kan også tenkes at tematikken er såpass kontroversiell eller uvant at skeptiske studenter av den grunn kan ha unnlatt å delta i prosjektet.

For å sikre studentenes anonymitet, måtte spørreskjemaet modereres betydelig i forhold til det opprinnelige. Spørsmål om for eksempel alder, om antall barn eller om samboerforhold, måtte av denne grunn fjernes. Vi må anta at flere studenter likevel kan ha tenkt at de ville kunne identifiseres i et så lite miljø der så mange vet mye om hverandre. Bare denne antakelsen kan



ha avholdt dem fra å delta. På den andre siden er det ikke utenkelig at nettopp studenter som har erfaringer som de etterspurte fant det nyttig og viktig å delta. Det kan noe av kommentarene i del 2 tyde på: noen sier det var ”pinlig” og ”tungt og ekkelt” – og likevel svarte de på alle spørsmål.

Som følge av vår helt uforpliktende tilnærming til studentene, vårt valg av tidspunkt for presentasjon, studiens karakter og spørsmålenes sensitive natur fikk vi derfor et begrenset materiale. Det tillater oss å kunne si noe om en begrenset gruppe studenter. Det tillater oss ikke å ha noen formening om hvem vi ikke nådde, eller om de vi nådde representerer en spesiell undergruppe.

Vi fant at studentgruppen - som jo representerer snart velutdannede unge mennesker som utad ofte fremstår som vellykkede personer - verken er unntatt fra det å vokse opp i hjem med familiære problemer eller har vært spart for negative opplevelser i oppveksten. Tvert i mot har mange gjennomlevd ulike former for slike erfaringer. Kanskje kan man si at dette er overraskende. Samtidig kan det ikke utelukkes at studenter som har opplevd denne type traumer, i større grad enn andre syntes undersøkelsen var interessant eller viktig, og kanskje av den grunn hadde høyere tilbøyelighet for å svare enn sine mer heldige medstudenter. I motsatt fall kan man jo tenke seg at noen av de med vanskelige minner fra barndommen, ville kunne vegre seg for å ”rippe opp i fortiden”, og dermed unnlate å svare.

Uansett er det ikke mulig å vurdere om forekomsten av negative barndomserfaringer i denne gruppen er høyt eller lavt fordi vi ikke har et godkjent sammenligningsgrunnlag. Som nevnt innledningsvis foreligger ikke sammenliknbare nasjonale data for Norge. Ingen har spurt på liknende måte og med hele spekteret av spørsmålene slik ACE-studien er blitt gjennomført. Vi kan kun si at tallet er høyt ut fra medfølelse med unge som opplever denne type erfaringer og en generell oppfatning av at alle barn ideelt sett burde vært skånet for slikt.

I undersøkelsen vår kom det fram at det store flertallet av studentene syntes det å besvare detaljerte spørsmål om vanskelige oppvekstforhold og risikoadferd for sykdom var helt greit. De hadde altså ingen særlige problemer med å gå inn i og forholde seg til denne typen intim informasjon. Dette gjaldt i all hovedsak både de som hadde opplevd vanskelige ting i barndommen og de som hadde hatt en uproblematisk barndom. Man kan her likevel undre seg om denne positiviteten gjelder målgruppen generelt - medisin- og psykologistudenter ved

universitetet i Tromsø - eller om det muligens kan ha vært en seleksjon blant svarerne. Det kan neppe utelukkes at de som valgte å besvare spørreskjemaet var de som i utgangspunktet var mest positive til undersøkelsen, og at dette kan være noe av grunnen til den høye andelen positive svar her.

Det framkom i studien vår at de fleste studentene mener deres helse i dag og i framtida påvirkes av deres barndomserfaringer. Imidlertid virker det som om studentene har hatt ulike måter å forstå spørsmålet på og dermed også besvare det på, antagelig ut fra ulik bakgrunn. Ettersom man ikke har gått inn i noen samtale med studentene, kan man heller ikke med sikkerhet vite hva de har ment. Dette har vanskeliggjort tolkningsarbeidet. Mens noen av de som svarer positivt her antyder at *vanskelige* opplevelser i barndommen kan ha bidratt til senere plager, kommenterer andre positive svarere motsatt at en *god* oppvekst har gjort dem mer trygge og sterke. Atter andre av de med positivt svar tenker først og fremst på gode vaner i forhold til mosjon og kosthold fra hjemmet som bidrag til helsesituasjonen deres nå og i framtida. Gruppen ”positive svarere” (det store flertallet) utgjør slik en svært differensiert gruppe, hvor samlingen til en felles enhet muligens kan virke noe kunstig. Når dette er sagt kan man likevel ikke nekte for at alle disse har den felles oppfatning at deres helse i dag og framover påvirkes av oppveksten.

De få ”negative svarerne” har på samme måte ingen entydig holdning til dette temaet. Èn hevder her at helsen i dag ikke er påvirket av oppveksten, *men at den kanskje ville vært det om det hadde vært problemer*. En annen tror ikke helsen påvirkes av barndommen ”*så lenge støttende mennesker er rundt*”. Det ser altså slik ut til at de få som svarte ”negativt” på spørsmålet her, likevel ikke utelukker at det kan være en sammenheng mellom oppvekstforhold og senere helsetilstand, og at de dermed egentlig kanskje ikke skiller seg stort fra de ”positive svarerne”. Antagelig er det nok selve *formuleringen* (nei) mer enn hele innholdet i svarene som har ført studentene inn i gruppen ”negative svarere”.

Også her er det dessuten viktig å huske på at studentene som har deltatt i studien kan være selekterte på den måten at de som i utgangspunktet var mest positive til undersøkelsen kanskje hadde større tendens til å levere inn skjema og svare ”positivt” på spørsmålet over, og dermed gjør andelen ”positive svar” så høy som den er.

Det store flertallet av studentene mener at det vil være viktig for dem som framtidige behandlere å kjenne til sine pasienters negative barndomserfaringer. Fordi *graden* av viktighet studentene oppga varierte i svarene, forsøkte vi å dele inn svarerne etter om de mente dette var *viktig/svært viktig* eller bare *ganske viktig* (henholdsvis 37 % og 51,9 %). Et slikt skille vil nok likevel være noe kunstig, ettersom man for begge disse gruppene fant tilleggskommentarer som forsterket eller modererte utsagnet. Eksempelvis kunne flere i gruppen som sa dette vil være *viktig* eller *svært viktig* moderere utsagnet med å tilføye kommentarer som ”dersom du er allmennpraktiker” eller ”i spesialtilfeller hvor pasienter har vært utsatt for overgrep”. Slike modererte utsagn kunne kanskje like gjerne vært klassifisert inn i gruppen som uttalte at denne kjennskapen vil være *ganske viktig*. Det mest riktige blir nok dermed å fastslå at studentgruppen - med de begrensninger vi tidligere har antydnet i forhold til lavt antall besvarelser og mulig overvekt av ”positive” personer blant deltakerne - i all hovedsak ser viktigheten av at en behandler kjenner sine pasienters barndomserfaringer, men at de fleste tar forbehold ut fra den aktuelle situasjonen.

Studien vår viser at de aller fleste studentene mener det ikke har vært undervist tilstrekkelig i temaet barndomserfaringers innvirkning på senere helse i studiet deres til nå. De er ennå på et tidlig stadium i studieløpet, og regner med at det kommer mer undervisning om dette senere. Det at de mener det har vært utilstrekkelig med slik undervisning i studiet til nå, innebærer at studentene - med de tidligere nevnte mulige begrensninger i undersøkelsen - er interesserte i å lære mer om dette temaet. Kanskje er dette et signal som universitetet kan ta til etterretning?

Gitt de foran beskrevne begrensninger, tillater vi oss følgende konklusjon:

Studenter ved medisinstudiet og psykologistudiet ved universitetet i Tromsø synes stort sett det er greit å besvare spørsmål om negative barndomserfaringer og risikoadferd for helse. De er i liten grad ukomfortable med å oppgi og forholde seg til denne typen intim informasjon. Videre er det store flertallet av studentene seg bevisste sammenhengen mellom egne barndomserfaringer og senere risikoadferd og helsetilstand, og de mener med visse forbehold at det vil være viktig å kjenne til sine framtidige pasienters negative barndomserfaringer. Studentene synes ikke det har vært undervist tilstrekkelig i denne tematikken i deres respektive studier til nå, men regner med og er interesserte i at det kommer senere. Medisin- og psykologistudentene har ikke vært skånet fra å oppleve negative hendelser og vanskelige

familiekår i barndommen, i det de som gruppe har med seg et variert spekter av slike erfaringer fra oppveksten.

## Oppsummering

Det har vært økt fokus på negative barndomserfaringers innvirkning på helse og risikoadferd for helse i media og forskning de senere årene. Vi har studert tanker og holdninger omkring dette temaet blant medisin - og psykologistudenter ved universitetet i Tromsø, samt deres barndomserfaringer av denne typen.

En todelt anonym spørreundersøkelse angående negative barndomserfaringer og deres betydning for senere helse og risikoadferd for helse ble utført blant studenter i medisin og psykologi ved universitetet i Tromsø. Det ble fokusert i del 1 på selvpoplevde erfaringer og risikoadferd, og i del 2 på mer generelle tanker omkring temaet. Resultatene fra del 1 ble tolket statistisk. Resultatene fra del 2 ble tolket etter et sett med hermeneutiske regler innenfor en referanseramme av kropp som kroppsliggjort erfaring.

Medisin- og psykologistudentene ved universitetet i Tromsø som deltok i vår undersøkelse, synes i hovedsak det er greit å besvare spørsmål om negative barndomserfaringer og risikoadferd for helse. De fleste ser sammenhengen mellom egne barndomserfaringer og senere risikoadferd og helsetilstand, og de mener med visse forbehold at det vil være viktig å kjenne til sine framtidige pasienters negative barndomserfaringer. Deltakerne synes ikke det har vært undervist nok om dette i studiene deres til nå, men regner med og håper at det kommer senere. Som gruppe har studentene med seg et variert spekter av negative erfaringer fra oppveksten. Beskjedent omfang og mulig seleksjon blant deltakerne er noen av studiens begrensninger.

## Referanser

1. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *Am J Prev Med* 1998; 14: 245-58.
2. Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, Nordenberg D, Giles WH, Williamson DF, Giovino GA. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA* 1999; 282: 1652-8.
3. Anda RF, Chapman DP, Felitti VJ, Edwards VE, Williamson DF, Croft JP, Giles WH. Adverse childhood experiences and risk of paternity in teen pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 37-45.
4. Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR, Williamson DF. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *J Psychiatric Serv* 2002; 53: 1001-9.
5. Dietz PM, Spitz AM, Anda RF, Williamson DF, McMahon PM, Santelli JS, Nordenberg DF, et al. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *JAMA* 1999; 282: 1359-64.
6. Dong M, Dube SR, Felitti VJ, Giles WH, Anda RF. Adverse childhood experiences and self-reported liver disease: new insights into a causal pathway. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1949-56.
7. Dong M, Giles WH, Felitti VJ, Dube SR, Williams JE, Chapman DP, Anda RF. Insights into causal pathways for ischemic heart disease. Adverse childhood experience study. *Circulation* 2004; 110: 1761-6.
8. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. *JAMA* 2001; 286: 3089-96.
9. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Williamson DF. Exposure to abuse, neglect and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children. *Violence Vict* 2002; 17: 3-17.
10. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Giles WH. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 2003; 111: 564-72.
11. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, Giles WH. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med* 2005; 28: 430-8.
12. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg D, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics* 2000; 106(1): E11.

13. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics* 2004; 113: 320-7.
14. Whitfield CL, Dube SR, Felitti VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse Negl* 2005; 29: 797-810.
15. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti VJ. Adult body weight, obesity, and self-reported abuse in childhood. *Int J Obesity* 2002; 26: 1075-82.
16. Anda RF, Brown DW, Felitti VJ, Bremner JD, Dube SR, Giles WH. Adverse childhood experiences to rates of prescribed psychotropic medications in adulthood. *Am J Prev Med* 2007; 32: 389-94.
17. Kirkengen AL. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
18. Kirkengen AL. *Skam og smerte i medisinske møter*. I: Gulbrandsen P, Fugelli P, Wilmar B, Stang G (red.) *Skam i det medisinske rom*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006.
19. Arnow BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 Suppl12: 10-5.
20. Goodwin RD, Stein MB. Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychol Med* 2004; 34: 509-20.
21. Batten SV, Aslan M, Maciejewsky PK, Mazure CM. Childhood maltreatment as a risk factor for adult cardiovascular disease and depression. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 249-54.
22. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1001-8.
23. Mäkinen T, Laaksonen M, Lahelma E, Rahkonen O. Associations of childhood circumstances with physical and mental functioning in adulthood. *Soc Sci Med* 2006; 62: 1831-9.
24. Surtees PG, Wainwright NWJ. The shackles of misfortune: social adversity assessment and representation in a chronic-disease epidemiological setting. *Soc Sci Med* 2007; 64: 95-111.
25. Dube SR, Williamson DF, Thompson T, Felitti VJ, Anda RF. Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse Negl* 2004; 28: 729-37.
26. Edwards VJ, Anda RF, Nordenberg DF, Felitti VJ, Williamson DF, Howard N, Wright JA. An investigation of response rate bias in an epidemiological study of child abuse. *Child Abuse Negl* 2001; 25: 307-12.
27. Kvale S. *InterViews*. An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage Publications, 1996.

28. Cassell EJ. The body of the future. I: Leder D (ed). The body in medical thought and practice. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1992.
29. Merleau-Ponty M. Phenomenology of perception. London: Routledge, 1989.