



EXAMENSARBETE

Våren 2011

Sektionen för hälsa och samhälle
Sjuksköterskeprogrammet

OM8314, Omvårdnadsforskningens teori och metod IV

Våldsutsatta kvinnors upplevelser av vad som kännetecknar en god vårdrelation - En litteraturstudie

Författare

Nicole Fors

Sofia Hall

Handledare

Ann-Marie Nilsson

Examinator

Margereth Björklund

Våldsutsatta kvinnors upplevelser av vad som kännetecknar en god vårdrelation

- En litteraturstudie

Författare: Fors, Nicole. & Hall, Sofia.

Handledare: Nilsson, Ann-Marie.

Litteraturstudie

Datum: 2011-05-30

Sammanfattning

Bakgrund: Cirka 70 % av alla kvinnor i världen har någon gång blivit utsatta för våld. Forskning visade att det fanns en rädsla hos vårdpersonalen för att ta upp problemet med kvinnorna. Vårdpersonal har ett ansvar när det gäller att upptäcka och identifiera våldet som kvinnan upplevt. **Syfte:** Syftet var att belysa fysiskt våldsutsatta kvinnors upplevelser av vad som kännetecknar en god vårdrelation. **Metod:** Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie, detta med hjälp av 11 vetenskapliga artiklar. **Resultat:** Huvudfynden var en bekräftande dialog, en förtroende och tillitskapande relation och ett professionellt bemötande. **Slutsats:** Vårdpersonal bör visa respekt för de våldsutsatta kvinnorna och även vara goda lyssnare. Kroppsspråket kan visa om en person verkligen tycker det den säger. Som vårdpersonal är det därför viktigt att tänka ut vart man själv står i frågan om våldsproblemet, så att man kan lägga det åt sidan och ge sin patient den optimala vård som behövs. Varje möte med en patient ger möjlighet att lära känna denne bättre, på så vis kan individuell omvårdnad ges.

Nyckelord: Upplevelser, våldsutsatta kvinnor, vårdpersonal, vårdrelation.

Battered women's experiences of the characteristics of a good nursing relationship

- A literature review

Author: Fors, Nicole & Hall, Sofia.

Supervisor: Nilsson, Ann-Marie.

Literature review

Date: 2011-05-30

Abstract

Background: About 70% of all women in the world have sometimes been the victims of violence. Research has shown that health professionals are afraid of asking about the violence. Health professionals have a responsibility when it comes to detecting and identifying violence against the women. **Aim:** The aim of this study was to illustrate physically battered women's experiences of what characterizes a good health care relationship. **Method:** The study was conducted as a general literature review, this with the help of 11 scientific articles. **Result:** The main findings were a confirmation dialog, a confidence and trust-building relationship and a professional approach. **Conclusion:** Clinicians should show respect for battered women and also be good listeners. Body language can show if a person really mean what he/she says. As health professionals, it is important to figure out where you self stands on the issue of violence, so you can put it aside and give the patient the optimal care that is needed. Every meeting with a patient creates an opportunity to get to know her better. In this way an individual care can be given.

Keywords: Battered women, care relations, experience, health professionals.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	6
METOD	6
Urval.....	6
Etiska överväganden	8
RESULTAT	8
DISKUSSION	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion.....	13
SLUTSATS	15
REFERENSER	16

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Granskningsmall

BAKGRUND

Våld mot kvinnor är idag ett stort problem (World Health Organization (WHO) 2011). Det är något som kan hända vem som helst oberoende av nationalitet, religion eller kultur. Statistik visar att cirka 70 procent av alla kvinnor i världen någon gång under sitt liv blivit utsatt för våld (a.a.). Sedan år 2005, då WHO:s första stora studie om kvinnors hälsa och våld publicerades, har antalet studier om våld mot kvinnor ökat. År 2011 fanns det rapporter från mer än 90 länder som beskrev situationen om våld mot kvinnor (WHO 2011). Forskning visar att kvinnor som blivit utsatta för fysiskt våld har långvarigt försämrad hälsa, jämfört med kvinnor som aldrig blivit utsatta för våld (WHO 2005). United Nations (1993) definierar våld mot kvinnor som handlingar eller hot om handlingar som är könsrelaterade och ger skada eller lidande fysiskt, psykiskt, sexuellt eller frihetsberövande i och utanför hemmet (a.a.).

Enligt en studie av Häggblom, Hallberg & Möller (2005), kan vårdpersonal ha en viss rädsla för att ta upp frågan om våld mot kvinnor. Det kan bero på att vårdpersonalen är rädda för att inkräkta på kvinnans integritet eller för att vårdpersonalen har för lite utbildning och erfarenhet om våld mot kvinnor. Vårdpersonalen kan även känna rädsla inför svaret på en viss fråga samt konsekvenserna av detta. Andra anledningar kan vara tidsbrist eller att frågan inte känns relevant för den specifika åkomma kvinnorna söker för vid vårdtillfället (a.a.). En del sjuksköterskor beskrev att de var rädda för att möta kvinnor med fysiska skador eftersom de själva mådde psykiskt dåligt av situationen. På olika vårdinrättningar har vårdpersonalen kunskap om de fysiska skadorna men oftast ingen kunskap om de psykologiska skadorna (Häggblom & Möller 2006). Vårdpersonalen ansvarar för sitt eget handlande i arbetet, och arbetet ska bygga på beprövad erfarenhet och vetenskap (SFS 2010:659). Oberoende av vem patienten är har vårdpersonalen skyldighet att visa omsorg och respekt. I den mån det är möjligt bör patienten ha inflytande i sin omvårdnad (SFS 2010:659; SFS 1982:763). En god vård ska vara lättillgänglig och patientens trygghet ska tillgodoses (SFS 1982:763). Vårdpersonal har som uppgift att uppmärksamma och möta patientens lidande och sjukdomsupplevelse. De kunskaper som patienten har samt dennes tankar och värderingar ska respekteras och tillvaratas. Kommunikationen med patienten skall ske på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt, på så sätt kan en vårdrelation skapas (Socialstyrelsen 2005).

En vårdrelation kan definieras som ett möte mellan vårdpersonal och patient, där patienten står i fokus. Fokuset läggs på problemet patienten har, vårdpersonalen bör lyssna och bekräfta det patienten säger (Björck & Sandman 2007).

Enligt omvårdnadsteoretikern Travelbee (2002) finns det olika mål för vårdrelationen, dessa är att: lära känna individen, se dennes behov och kunna uppfylla dem, och även uppfylla sjukvårdsmålen. Det är omöjligt att lära känna en patient fullt ut, men vid varje möte ges möjlighet att lära känna patienten bättre. Kommunikationen är en nödvändig pusselbit i detta för att kunna skapa en person till person relation. För att patienten ska kunna dela sina tankar och funderingar med vårdpersonalen behöver hon känna att denne tar henne och det hon säger på allvar, och inte nedvärderar henne på grund av vad hon blivit utsatt för (a.a.).

Sjukvårdens personal har ett ansvar när det gäller att upptäcka och identifiera våld mot kvinnor (Björck & Heimer 2008). Detta ska ske på ett sätt som visar på respekt för patienten. Därför behövs kunskap om hur mötet bör vara så att patienten kan känna en mellanmänsklig trygghet (a.a.).

SYFTE

Syftet var att belysa våldsutsatta kvinnors upplevelser av vad som kännetecknar en god vårdrelation.

METOD

Design

Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie, även kallad litteraturöversikt. Vilket innebar att den kunskap som påträffades inom det valda området beskrevs, det gjordes genom att forskningsresultaten analyserades och sammanfattades. Studien gjordes även med en så systematisk ansats som möjligt (Forsberg & Wengström 2008).

Urval

Inklusionskriterierna: kvinnor över 18 år som varit utsatta för fysiskt våld, och deras möte med vårdpersonalen ur ett patientperspektiv. Mötet skulle ske på någon slags vårdinrättning. Artiklar från hela världen inkluderades. I vårdpersonal ingår läkare, sjuksköterskor,

undersköterskor, kuratorer och psykologer. I sökningen inkluderades artiklar som var skrivna på engelska och publicerade mellan åren 2000-2011. Slutdatum för sökningen var 2011-05-19. Artiklarna skulle ha en kvalitativ ansats och de skulle vara primärkällor.

Exklusionkriterier: artiklarna skulle inte spegla partnerns eller familj och närståendes perspektiv. Även artiklar som handlade om kvinnor över 65 år exkluderades.

Undersökningens genomförande

Litteratur till studien söktes via databaserna Academic Search Elite, Cinahl, PsycINFO och PubMed. Artiklar söktes även manuellt via referenslistor i artiklar och uppsatser. Sökord som användes i olika kombinationer var: *attitud**, *battered women*, *domestic violence*, *emergency department*, *experienc**, *experience**, *health care*, *health professionals*, *help*, *intimate partner violence*, *partner violence*, *patient**, *professional - patient relations*, *provider*, *seek help* och *women*. Trunkering (*) användes för att alla ändelser av orden skulle inkluderas. Den booleska operatör som användes var AND, vilket innebar att de olika sökorden som användes i samma sökning sammankopplades (Polit & Beck 2009). Artikelsökningen har presenterats i ett sökschema (se bilaga 1).

I sökningarna av artiklar användes MeSH-termer, som är förutbestämda nyckelord som täcker olika sökområden inom ett visst ämne. På Högskolan Kristianstads hemsida användes DiVA för att söka efter tidigare skrivna studier. Detta för att från dem få förslag på upplägg till denna studie och för att finna artiklar manuellt i deras referenslistor. Totalt påträffades elva artiklar, två av dessa hittades via manuell sökning.

Innan granskningen av artiklarna gjordes lästes abstrakten igenom för att kunna utesluta en del artiklar. De artiklar som valdes ut lästes först igenom individuellt och granskades sedan gemensamt (Polit & Beck 2009). Artiklarna skrevs även in i en artikelöversikt (se bilaga 2). Kvalitetsgranskningen av artiklarna skedde med hjälp av Forsbergs och Wengströms granskningsmall (se bilaga 3). Mallens utformning gick ut på att granska artiklarna för att se på trovärdigheten och kvalitén. Bedömningen efter granskningsmallen gjordes genom att poängsätta de olika svaren, svarsalternativet ja gav ett poäng medan alternativet nej gav noll poäng. 0-6 poäng = låg kvalitet, 7-13 poäng = medel kvalitet och 14-18 poäng = hög kvalitet. De frågor som besvarades med beskrivande text poängsattes inte men vägdes ändå in i

slutbedömningen. Åtta av de elva artiklarna bedömdes ha hög kvalitet, de resterande tre bedömdes ha medelkvalité. Ingen artikel bedömdes ha låg kvalitet.

Resultatet i de vetenskapliga artiklarna analyserades först enskilt och sedan diskuterades likheter och skillnader gemensamt. Därefter lästes alla artiklar en gång till för att se så att inget väsentligt fallit bort. Nyckelfynd togs fram och koder bildades utifrån dessa. Efter ytterligare diskussioner bildades olika kategorier. Artiklarna lästes igenom ytterligare en gång och jämfördes med det nu skrivna resultatet (Friberg 2006).

Etiska överväganden

I studien som gjorts övervägdes olika saker och en del etiska krav ställdes. I de inkluderade artiklarna skulle det framgå att kvinnorna deltagit av fri vilja och att de haft rätt att tacka nej under studiens gång. Tidigare studier inom ämnet användes för att komma fram till ett resultat. I analysarbetet eftersträvades objektivitet och inget skulle förvrängas eller plagieras. Förförståelsen som fanns innan studien gjordes, försöktes läggas åt sidan för att ge så liten påverkan på resultatet som möjligt.

Förförståelsen inför studien var att det kan vara svårt för vårdpersonal att hantera våldproblem om ingen kunskap finns inom området. Det kan vara till hjälp att veta hur utsatta kvinnor upplever goda vårdrelationer.

RESULTAT

Efter att artiklarna analyserats skapades dessa fyra kategorier:

Tabell 1: kategorier och underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
En bekräftande dialog	Delaktighet / medverkan
En förtroende och tillitskapande relation	
Ett professionellt bemötande	

EN BEKRÄFTANDE DIALOG

I flera studier beskrevs det att en öppen dialog mellan patient och vårdpersonal var något som de flesta kvinnorna önskade. Flera kvinnor ville att frågorna skulle vara direkta eftersom de kände att de då kunde ge ett ärligare svar (Battaglia, Finley & Liebshutz 2003; Bacchus, Mesey & Bewley 2003). I en studie av Kelly (2006) menade kvinnorna att vårdpersonal borde ställa frågor men även lyssna på de svar de fick. De tysta svaren var av samma betydelse som de verbala, det vill säga att vårdpersonalen borde försöka läsa av kvinnans kroppsspråk. Vårdpersonalen borde ta initiativet till att diskussionen om våldsproblemet och ta ansvaret för avslöjandet av vad som hänt, så att det inte låg på de utsatta kvinnorna (a.a.). Enligt en studie av Battaglia et al. (2003) ansåg några kvinnor att vårdpersonalen borde tänka på sitt kroppsspråk då det kan avslöja för kvinnorna hur vårdpersonalen egentligen kände i en specifik situation (a.a.).

Delaktighet / medverkan

Enligt en studie framkom det att en kvinna tyckte att vårdpersonalen skulle ge information om möjligheten att ringa till dem om behovet av stöd uppkom (Chang, Decker, Moracco, Martin, Petersen & Frasier 2004). Några kvinnor i en studie efterfrågade mer muntlig information om konsekvenserna av avslöjandet av våldet. De ville att vårdpersonal berättade mer om vad som hände deras män om de anmälde dem och vad som hände med deras barn. Skulle socialen ta hand om barnen? (Lutenbacher, Cohen & Mitzel 2003). Enligt Battaglia et al. (2003) ansåg några kvinnor att information skulle ges även om kvinnorna inte var redo att ta emot hjälpen som erbjuds. De borde veta vilka möjligheter som fanns om de bestämde sig för att göra något åt våldet (a.a.). Några kvinnor i olika studier menade att vårdpersonalen kunde visa på att kunskap inom området finns. Detta genom att ha tryckt information om våldsproblemen och vilka möjligheter till hjälp som fanns, till exempel via broschyrer, posters med mera. Eftersom information fanns om ämnet menade några kvinnor att det även kunde visa på att kvinnorna inte var ensamma om sina problem (Chang et al. 2004; Nemoto Rodriguez & Mkanadawire 2006; Chang, Cluss, Ranieri, Hawker, Buranosky, Dado, McNeil & Scholle 2005).

EN FÖRTROENDE OC TILLITSKAPANDE RELATION

I två studier av Chang et al. (2004) och Hathaway, Willia & Zimmer (2002) uttryckte några kvinnor att ett förtroende kunde skapas genom att vårdpersonalen var personliga, till exempel genom att tilltala personen med förnamn (a.a.). Några kvinnor menade att ett sätt att bli

personlig kunde vara att vårdpersonalen visade intresse för själva individen innan de gick in på djupet av våldsproblemet, till exempel genom att de ställde frågor om hennes familj, arbete och intressen (Belknap & Sayeed 2003; Battaglia et al. 2003). Några av kvinnorna i en studie av Kelly (2006) menade att förtroende byggde på vårdpersonalens professionalitet, deras personligheter och hur de utförde det praktiska arbetet. De menade även att de ville bli respekterade för den individ de var. En kvinna i studien menade på att varför skulle jag berätta om mitt liv om inga åtgärder görs ändå (a.a.). Några kvinnor sade att de ville få prata om problemet och känna att de blir trodda (Hathaway et al. 2002). Några kvinnor i två studier menade att vårdpersonalen genom att visa att de tog kvinnornas problem på allvar, kunde börja bygga upp en relation där förtroende och respekt vara grunderna (Hathaway et al. 2002; Nemoto et al. 2006). De kvinnor som tidigare haft en vårdrelation med en speciell vårdpersonal menade att det är lättare att känna tillit till dem eftersom en relation redan fanns dem emellan (Hathaway et al. 2002). Det var även av betydelse för en del kvinnor vilket kön vårdpersonalen hade, eftersom män påminde dem om våld och det kunde bli svårare att berätta om upplevelserna (Hathaway et al. 2002; Bacchus et al. 2003).

ETT PROFESSIONELLT BEMÖTANDE

I en studie av Battaglia et al. (2003) ansåg några kvinnor att vårdpersonalen borde ha kompetens för sitt arbete, det ingav förtroende hos kvinnorna (a.a.). Enligt Bacchus et al. (2003) kunde vårdpersonalen genom att ha kunskap inom området få större förståelse för den utsatta kvinnan och vad hon gick igenom (a.a.). Vårdpersonalen kunde då även ställa lämpliga frågor (Battaglia et al. 2003). I studierna av Battaglia et al. (2003), Wendt Mayer (2000) och Nemoto et al. (2006) menade flertalet kvinnor att vårdpersonalen inte borde lägga skulden för våldets verkan på kvinnan eller hennes man, då kunde det undvikas att kvinnan kände skam och förödmjukelse (a.a.). I studien av Bacchus et al. (2003) berättade några kvinnorna om attityden och responsen som något av det viktigaste i relationen med vårdpersonalen för att kunna delge sina upplevelser (a.a.). I Hathaways et al. (2002) studie uttryckte en kvinna att det kunde vara svårt att berätta alla detaljer om våldet, eftersom det kändes för privat (a.a.). En kvinna i en studie menade att vårdpersonalen inte borde ta upp våldsproblemet första gången de träffade sin patient, istället kunde de ge henne numret till kvinnojouren. Hon tyckte att om de träffar kvinnan fler gånger kunde problemet tas upp då, eftersom det då fanns en vårdrelation dem emellan (Belknap & Sayeed 2003). Flertalet kvinnorna i två studier önskade

att vårdpersonalen frågade på ett sätt som visade att de brydde sig och inte bara för att de var tvungna att fråga (Hathaway et al 2002; Yam 2000). I en studie av Chang et al. (2004) menade några kvinnor att vårdpersonalen borde fortsätta stötta de kvinnor som ännu inte var redo att berätta om våldet. De menade även att tålmodighet var en egenskap vårdpersonalen borde ha (a.a.). I två studier framkom det att några kvinnor ansåg att sjuksköterskorna borde ta sig tid för varje patient och inte visa att de var stressade eller hade tidsbrist. Detta eftersom kvinnorna kände av det, vilket i sin tur kunde göra att de osynliga problemen inte kom upp till ytan (Hathaway et al. 2002; Nemoto et al. 2006; Battaglia et al. 2003). En av kvinnorna i en studie av Nemoto et al. (2006) uttryckte att tid kunde behövas för att känna trygghet vid avslöjandet av våldet (a.a.). Det framgick i en annan studie att det var av vikt för kvinnornas självförtroende att vårdpersonalen hade tid och visade intresse för dem (Belknap & Sayeed 2003). En kvinna, i studien av Chang et al. (2004), menade att rutinfrågor om våld borde finnas med i anamnesen, så att frågor om våldet alltid ställdes när kvinnorna besökte sjukvården (a.a.). Några av kvinnorna i en annan studie önskade rutinkontroller och screening av våld (Lutenbacher et al. 2003). Några kvinnor i en studie menade att vårdpersonalen borde kunna nås via telefon för samtal eller bokning av besökstid (Battaglia et al. 2003). Uppföljningssamtal var nödvändigt enligt en deltagande kvinna i Yams studie (2000). Kvinnan tyckte att vårdpersonalen skulle fråga hur det var och hur kvinnorna tänkte gå vidare med våldsproblemet (a.a.). Även i en studie av Hathaway et al. (2002) menade några kvinnor att uppföljning borde ske. Detta eftersom det skapade trygghet och kvinnorna fick tid på sig att smälta den information de fått (a.a.). Några kvinnor i två studier menade att vårdpersonalen borde tänka på att vara med kvinnan i ett enskilt rum när de tog upp frågor om våldet. De menade att kvinnan antagligen inte kunde svara sanningsenligt på de frågor de fick om våldet om männen eller andra anhöriga var närvarande (Yam 2000; Hathaway et al. 2002).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studien gjordes som en allmän litteraturstudie, vilket innebar att tidigare forskningsresultat som påträffats genom sökningar i databaser, har granskats med nya ögon. På så vis kunde nya infallsvinklar till omvårdnadsfrågor utifrån dessa resultat ha utvecklats. Hade en empiriskstudie gjorts kunde fler specifika frågor blivit besvarade, och resultatet hade kunnat bli ett annat (Forsberg & Wengström 2008). Det valdes att inkludera olika

kategorier av vårdpersonal för att få ett mer omfattande resultat. I och med det blev resultatet av denna studie mer allmängiltigt för sjukvården. De inkluderade artiklarna var endast skrivna på engelska, eftersom språkkunskaper endast fanns på svenska och engelska språket. Endast artiklar som var skrivna på engelska valdes då inga artiklar som var skrivna på svenska hittades. Hade andra språkkunskaper funnits är det möjligt att resultatet kunnat bli mer omfattande. Litteraturen söktes i databaserna Academic Search Elite, Cinahl och PubMed. Artikelsökningar gjordes även i PsycINFO, men inga användbara artiklar blev funna. Fler artiklar kunde möjligtvis ha hittats om fler databaser använts (Polit & Beck 2009). Nio av elva de artiklar som inkluderades var skrivna i USA. Ett världs perspektiv kunde därmed inte ges, däremot kunde ett mångkulturellt perspektiv ges eftersom personerna som medverkade i artiklarna kom från flera olika kulturer. Därmed kändes det som att de råd som kvinnorna ger skulle kunna ges från vilken kvinna som helst i världen (Friberg 2006).

Artiklarna lästes igenom individuellt och där efter diskuterades likheter och skillnader igenom. Det är en styrka att fler än en person har läst igenom och tolkat resultaten i artiklarna, eftersom risken för att något väsentligt skulle ha missats då minskade (Forsberg & Wengström 2008). Forsbergs och Wengströms granskningsmall användes för att utläsa kvalitén i artiklarna. Fördelen med denna mall var att den var lättförstålig och tog upp det mest väsentliga som borde finnas med i artiklarna. Däremot fanns det inget befintligt graderingssystem av huruvida artiklarna var av hög, medel eller låg kvalitet. Andra personer kan där med gradera kvalitén annorlunda mot vad som gjorts i denna studie. Det kan i sin tur medföra att resultatet blir ett annat om studien skulle göras om. Granskningen av artiklarna skedde sedan gemensamt. Det ökade trovärdigheten av granskningen eftersom den kunde tolkas på olika vis.

Stora delar av förförståelsen lades åt sidan men det finns inte några garantier för att förförståelsen inte har påverkat resultatet. Nackdelen med förförståelsen är att den kan färga det mesta av studien, förhoppningen var att det inte blivit så i detta fall.

Resultatdiskussion

Tre övergripande fynd valdes ut för diskussion. Dessa var *att föra en dialog, att skapa förtroende/tillit och ett professionellt förhållningssätt.*

Vårdrelationen mellan kvinnorna och vårdpersonalen påverkades av den verbala och den icke verbala kommunikationen. Kroppsspråket visade tydligt på hur olika individer kände sig för stunden. Det som sades med tal underströks av ansiktsuttryck och kroppsspråk, och genom att tolka dessa två tillsammans kunde det utläsas om personen menade det den antyder. Omvårdnadsteoretikern Travelbee (2002) styrker detta i sin omvårdnadsteori. De våldsutsatta kvinnorna bildade sig en egen uppfattning om hur intresserad vårdpersonalen var av vad de hade att säga genom att jämföra kroppsspråket med hur vårdpersonalen uttryckte sig verbalt. Detta styrks enligt en studie av Flinck, Paavilainen & Åstedt - Kurki (2005).

Misstänktes det att en kvinna blivit utsatt för våld borde vårdpersonal behandla henne med respekt och värdighet. Att lyssna utan att på något sätt döma patienten, gynnade vårdrelationen som i sin tur ledde till ett bättre mående för denne. Vårdpersonal borde vara medveten om att kvinnor som blivit utsatta för våld lätt kunde känna skam, förnedring och rädsla. Att kvinnan lade skulden på sig själv var inte heller ovanligt. Detta styrks enligt The National Assembly for Wales (2001). När vårdpersonal visade medkänsla och inte dömde vågade kvinnorna tala ut om våldsproblemen (Robinson & Spilsbury 2008). Den psykologiska läkningen underlättades då eftersom kvinnorna kände att de fick stöttning från sina vårdgivare (Royal College of Nursing 2000). Skulle kvinnan däremot bli anklagad för att själv bära ansvaret för våldet hon blivit utsatt för, kunde det bli omöjligt för vårdpersonal att skapa en relation med henne. Det i sin tur ledde till att hon kunde må sämre än hon redan gjorde, och dessutom kunde vården hon var i behov av inte uppnås. De våldsutsatta kvinnorna befinner sig i en utsatt situation och är beroende av hur vårdpersonalen agerar. Detta styrks av omvårdnadsteoretikern Travelbee (2002). Det var av vikt att vårdpersonalen lyssnade på sina patienter när de tog upp svåra problem, så som till exempel våld i hemmet. Det hände att vårdpersonal inte gjorde detta utan istället övergick till ett annat samtalsämne av olika anledningar. Det i sin tur kan leda till att kvinnan kanske inte vågar ta upp sitt problem igen då hon kan

känna att där inte är någon som vill hjälpa. Detta styrks i en artikel av Rhodes, Frankel, Levinthal, Prenoveau, Bailey & Levinson (2007). Tid var en viktig aspekt i vården av våldsutsatta kvinnor, då gott om tid kunde leda till en trygghet som gjorde att kvinnorna klarade av att berätta om våldet. Visar vårdpersonalen upp att de har tidsbrist och är stressade kan det hindra att patienter söker deras uppmärksamhet. Eftersom patienterna inte ville störa personalen som verkade ha mycket att göra, bad de inte heller om hjälp eller samtalstid även om de var i behov av det. Kände patienten att tiden var knapp, på grund av att personalen stressade, när hon skulle ta del av information angående vården kunde det hända att hon inte kunde tillgodogjorde sig all information. Det var möjligt att patienten inte förstod all den information hon fått men inte heller vågade be personalen förklara av rädsla att för vara en besvärlig patient. Detta styrks i en artikel av Kiessling & Kjellgren (2004).

När patienten, i den mån det går, kan träffa samma vårdpersonal vid de olika vårdtillfällena kan det byggas upp en relation dem emellan. För varje möte och interaktion som sker blir vårdrelationen djupare och patienten och vårdpersonalen lär känna varandra på ett personligare plan. För att få den personligare relationen kan vårdpersonalen försöka ha ett personligare sätt att kommunicera med kvinnan på, då kan kvinnan finna trygghet i den situationen hon befinner sig i. Detta styrks enligt en artikel av Shatell, Starr & Thomas (2007). Dock bör inte vårdpersonalen bli så personligt involverade att de känner sympati istället för empati, eftersom det kan leda till att de inte kan hjälpa kvinnan på ett professionellt sätt (Goldblatt 2009). När trygghet har byggts upp i relationen kan kvinnan ha lättare att prata om sin situation och i och med det får vårdpersonalen insikt i hur den våldsutsatta kvinnans liv ser ut. Detta styrks i en artikel av Kiessling & Kjellgren (2004). Det tar tid att skapa en vårdrelation. Varje möte ger en möjlighet till en bättre förståelse för hur den andra personen tänker och känner. Omvårdnadsinsatserna kan då bli mer individuellt anpassade (Travelbee 2002).

Slutsats

I resultatet framkom det att vårdpersonal bör visa respekt och även ha förmågan att vara en aktiv lyssnare. Medan vårdpersonalen lyssnar på kvinnorna bör de heller inte döma dem för vad de blivit utsatta för. Kroppsspråket kan visa om personalen är dömande eller inte. Kunskap krävs för att personalen ska kunna veta vilka frågor som är lämpliga att ställa och hur ett optimalt möte skapas.

Utbildning om våldsproblemet i samhället bör finnas på varje arbetsplats inom sjukvården, i och med att det är ett omfattande problem. För att kunna skapa den optimala vårdrelationen bör vårdpersonal lägga sina fördomar åt sidan men även fundera över var de själva står angående problematiken. Vårdpersonalen kan ha olika åsikter om saker och ting men det ska inte visas i mötet med patienten. Vid de tillfällen då personalen känner att de inte kan hantera situationen, så kan det underlätta att lämna över fallet till sin kollega. På så sätt tar inte patienten skada. Det krävs en god vårdrelation för att den psykologiska läkningen ska kunna påbörjas.

REFERENSER

Artiklar som ingår i resultatet är märkta med *.

*Bacchus, L., Bewley, S. & Mezey, G. (2003). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health and social care in the community*, 11(1), 10-18.

*Battaglia, T.A., Finney, E. & Liebschutz, J.M. (2003). Survivors of intimate partner violence speak out – trust in the patient-provider relationship. *General internal medicine*, 18(8), 617-623.

*Belknap, R.A. & Sayeed, P. (2003). Te contaria mi vida: I would tell you my life, if only you would ask. *Health care for women international*, 24(8), 723-737.

Björck, A. & Heimer, G.M. (2008). Hälso- och sjukvårdens ansvar. I: Heimer, G.M. & Sandberg, D. (red.) (2008). *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar* (s.111-156) Lund: Studentlitteratur.

Björck, M. & Sandman, L. (2007). Vårdrelation - ett försök att tydliggöra begreppsanvändningen. *Vård i nordn*, 86(27), 14-19.

*Chang, J.C., Cluss, P.A., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., McNeil, M. & Scholle, S.H. (2005). Health care interventions for intimate partner violence: what women want. *Women's health issues*, 15(1), 21-30.

*Chang, J.C., Decker, M.R., Moraco, K.E., Martin, S.L., Petersen, R. & Fraiser, P.Y. (2004). Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient education and counseling*, 59(2), 141-147.

Colarossi, L., Breitbart, V. & Betancourt, G. (2010). Barriers to screening for intimate partner violence: a mixed – methods study of providers in family planning clinics. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 42(4), 236-243.

Flinck, A., Paavilainen, E. & Åstedt – Kurki, P. (2005). Survival of intimate partner violence as experienced by women. *Journal of clinical nursing*, 14(3), 383-393.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2006). Att utforma ett examensarbete. I: Friberg, F (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.71-82) Lund: Studentlitteratur.

Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurse's professional and personal life experiences. *Journal of advanced nursing*, 65(8), 1645-1654.

*Hathaway, J.E., Willis, G. & Zimmer, B. (2002). Listening to survivors' voices – addressing partner abuse in the health care setting. *Violence against women*, 8(6), 687-719.

Hägglom, A.M.E., Hallberg, L.R.-M. & Möller, A.R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing and health sciences*, 7(4), 235-242.

Hägglom, A.M.E. & Möller, A.R. (2006). On a life-saving mission: nurses willingness to encounter with intimate partner abuse. *Qualitative health research*, 16(8), 1075-1090.

*Kelly, U. (2006). "What will happen if I tell you?" Battered latina women's experiences of health care. *Canadian journal of nursing research*, 38(4), 78-95.

Kiessling, T. & Kjellgren, K. (2006). Patienters upplevelse av delaktighet i vården. *Vård i Norden*, 24(4), 31-35.

*Lutenbacher, M., Cohen, A. & Mitzel, J. (2003). Do we really help? Perspectives of abused women. *Public health nursing*, 20(1), 56-64.

*Nemoto, K., Rodriguez, R. & Mkandawire Valhmu, L. (2006). Exploring the health care needs of women in abusive relationships in Japan. *Health care for women international*, 27(4), 290-306.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2009). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Robinson, L. & Spilsbury, K. (2008). Systematic review of the perception and experiences of accessing health services by adult victims of domestic violence. *Health and social care in the community*, 16(1), 16-30.

Rhodes, K.V., Frankel, R.M., Levinthal, N., Prenoveau, E., Bailey, J. & Levinson, W. (2007). "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider-patient communication about domestic violence. *Annals of Internal Medicine*, 147(9), 620-627.

Royal College of Nursing. (2000). *Domestic violence: guidance for nurses*. Hämtad 2011-05-18, från http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0008/78497/001207.pdf

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Shatell, M.M., Starr, S.S. & Thomas, S.P. (2007). Take my hand, help me out: Mental health service recipients experience of the therapeutic relationship. *International journal of mental health nursing*, 16(4), 274-284.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2011-02-08, från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

The National Assembly for Wales. (2001). *Domestic violence: A resource manual for health care professionals in Wales*. Hämtad 2011-05-18, från <http://www.wales.nhs.uk/Publications/domviolence-e.pdf>

Travelbee, J. (2002). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. Köpenhamn: Munksgaard Danmark. Översatt till danska av Overgaard, A.E. & Schou, A.

United Nations. (1993). *Declaration on the elimination of violence against women*.

Hämtad 2011-05-24, från <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>

*Wendt Mayer, B. (2000). Female domestic violence victims: perspectives on emergency care. *Nursing science quarterly*, 13(4), 340-346.

World Health Organization. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Hämtad 2011-04-26, från

http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf

World Health Organization. (2011). *Violence against women: an urgent public health*

priority. Hämtad 2011-04-26, från <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-085217.pdf>

*Yam, M. (2000). Seen but not heard: battered women's perceptions of the ED experience. *Journal of emergency nursing*, 26(5), 464-470.

Bilaga 1

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
20110407	Cinahl	Domestic violence AND women AND health professionals AND experienc* AND help	2000-2011 , Peer-reviewed	Abstract	5	Handlade inte om mötet med vårdpersonal. En av dem fanns inte tillgänglig.	Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. (1)
20110407	Cinahl	Battered women AND emergency department AND experience*	2000-2011, peer-reviewed	Abstract	3	Den ena var en litteraturstudie och den andra fanns inte tillgänglig.	Seen but not heard: Battered women's perception of the ED experience. (1)
20110407	Pubmed	Intimate partner violence AND health care AND experien* AND seek help	10 years	Abstract	3	Inte beskrivet utifrån kvinnornas perspektiv.	Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. Health care interventions for intimate partner violence: What women want? (2)
20110408	Cinahl	Battered women AND professional- patient	2005-2010, Peer-reviewed. English.	Fritext	12	Inte utifrån patientens	"What will happen if I tell you?" Battered

		relations AND health care				perspektiv. En av artiklarna var en litteratur studie.	<p>Latina women's experiences of health care.</p> <p>Battered Japanese women's perceptions and experiences of beneficial health care.</p> <p>Exploring the health care needs of women in abusive relationships in Japan.</p> <p>Listening to survivors' voices: addressing partner abuse in the health care setting</p> <p>(4)</p>
20110519	Academic search elite	Patient* AND provider AND partner violence AND survivor	2000-2010	Fritext	6	Inte utifrån patientens perspektiv. Inte användbara till resultatet.	Survivors of intimate partner violence speak out (1)

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Bacchus, Mesey, G. & Bewley, S. Stor- Britannien 2003.	Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. Health and social care in the community.	Var att belysa misshandlade kvinnors erfarenheter av att söka hjälp av sjukvårdspersonal och bedöma deras psykiska hälsa	Tio kvinnor som under de senaste 14 månaderna varit gravida och av någon anledning sökt sjukvård. Intervjuer ägde rum samtidigt som de spelade in det på band.	De medverkande kvinnorna screenades av barnmorska vid förlossning eller senast 10 dagar efter. Efter det så fick de antingen ett brev eller telefonsamtal om frågan att medverka. Efter hand som intervjuerna var klara så skrevs allt ner på papper. Koder, teman och kategorier gjordes och gjordes om. Till sist läste en medarbetare genom resultatet en sista gång.	I resultatet framgick det att de flesta av kvinnorna ville få frågan istället för att behöva ta upp problemet själva. Direkta frågor var rekommenderade. Attityden hos personalen avgjorde om kvinnorna ville anförtro sig till dem. Vårdpersonalens kön spelade roll. Kvinnorna beskrev även att det var lättare att prata med en "Health visitor" än en doktor.	Hög Deltagarna var med på frivilligbasis. Genomförandet av studien beskrivs väl.
Battaglia, T.A., Finley, E. & Liebshutz, J.M. USA 2001.	Survivors of intimate Partner violence speak out – Trust in the Patient-provider relationship. General internal medicine.	Var att undersöka om kvinnor som blivit utsatta för IPV har förtroende för sina kontakter inom sjukvården.	27 engelsktalande kvinnor i åldern 18-64. Utsatta för våld inom de senaste 3 åren. Kvinnorna var rekommenderade från lokalt kvinnohem eller via flygblad. Grounded theory användes som kvalitativ metod.	De medverkande kvinnorna intervjuades enskilt och intervjuerna spelades in på band. Öppna frågor ställdes. Ett flertal personer hade gått igenom svaren och bildat kategorier och begrepp som används i sammanställningen av resultatet sen. Analys och resultat var diskuterade och beskrivna.	I resultatet framgick det att kommunikationen var en viktig del för kvinnorna, även respektfullhet och lyhördhet. Kroppsspråket visade hur personalen kände. Kunskap inom området och gott om tid krävdes för att lämpliga frågor skulle kunna ställas. Stötning krävdes för att kvinnorna skulle känna trygghet. Information om hjälpmöjligheter önskades.	Hög Deltagarna hade anmält sig frivilligt till undersökningen. Medbedömarreliabilitet.

Belknap, R.A & Sayeed, P. USA/ Mexico 2003.	Te contaria mi vida: I would tell you my life, if only you would ask. Health care for women international.	Var att beskriva hur Mexikanska kvinnor vill ha frågor om misshandel av sjukvårdspersonal	Sju kvinnor i åldern 19-38. Alla var mödrar. En del var gifta andra separerade. Immigranter från Mexico till USA. Intervjuerna bandinspelades. Öppna frågor ställdes och kvinnorna hade möjlighet att uttrycka sina tankar emellan.	De medverkande kvinnornas intervjuer gick igenom noggrant. Sedan bildades koder och teman på resultatet som relaterade till de specifika frågorna.	I resultatet framgick det att de flesta aldrig fått frågan om våldet, om de fått frågan så hade de svarat öppet på den medan två andra inte hade vågat svara men ändå velat få frågan. I resultatet stod det även att det var viktigt att ta sig tid att lyssna på dessa kvinnor och att det var lättare att prata med vårdpersonalen om de visade ett intresse för patientens liv.	Medel Intervjuerna spelades in på band för djupare tolkning av resultatet. Anledningen till att denna artikel klassades som medel kvalitet var att insamlingsarbetet av data inte var tydligt beskrivet.
Chang, J.C., Cluss, P.A., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., McNeil, M. & Scholle, S.H. USA 2005	Health care interventions for intimate partner violence: What women want? Women's health issues.	Var att beskriva vad kvinnor vill ha för hjälp från hälso- och sjukvården i samband med misshandel från partner och förstå varför de tycker vissa specifika insatser är bra eller dåliga.	21 kvinnor som blivit utsatta för misshandel. Semi strukturerade intervjuer med öppna frågor. Intervjuerna bandinspelades. Grounded theory var metoden som användes.	De medverkande kvinnorna fick kort med olika förslag på interventioner som de sedan fick lägga i olika fack, definitivt ja, kanske eller definitivt nej. Intervjuerna tolkades av två olika personer. Teman och kategorier gjordes och sedan jämfördes skillnaderna. Resultatet diskuterades och granskades av ytterligare en person.	I resultatet framgick det att en del av de medverkande kvinnorna uppgav att de hade velat ha broschyrer eller posters på offentliga toaletter. Detta för att en del inte kände sig mogna att berätta men då ändå kunde få ta del av den information som fanns. En del tyckte att rådgivning i grupp var att rekommendera. Kvinnorna uppskattade om uppföljning skedde av doktorn eller sjuksköterska.	Hög Medbedömarreliabilitet. Metod och analys var beskrivet väl.
Chang, J.C., Decker,	Asking about intimate	Var att belysa vilka råd	41 kvinnor som hade blivit utsatta för våld,	De medverkande kvinnorna fick frågorna: Hur vill du att läkare	I resultatet framgick det att kvinnorna hade svårt att berätta	Hög

<p>M.R., Moracco, K.E., Martin, S.L, Petersen, R. & Frasier, P.Y.</p> <p>USA 2004.</p>	<p>partner violence: advice from female survivors to health care providers.</p> <p>Patient education and counseling.</p>	<p>misshandlade kvinnor vill ge till vårdpersonal om hur de ska gå till väga när de frågar om IPV.</p>	<p>och som nu hade hjälp genom gruppbehandlingar. De blev indelade i olika fokusgrupper och intervjuerna bandinspelades.</p>	<p>och sjuksköterskor ska fråga om misshandel? Vad vill du att läkare och sjuksköterskor ska göra för att hjälpa kvinnor som blir misshandlade av sin partner? Texterna översattes och skillnaderna diskuterades och översattes även av ytterligare en person. Koder skapades och skillnaderna diskuterades och gicks igenom ytterligare en gång innan det slutgiltiga schemat över koderna bildades.</p>	<p>om problemet . Att skapa en personlig kontakt kunde underlätta för de utsatta kvinnorna. Kvinnorna ville att samtalen ska ske privat. Stöttning från personal behövdes för att skapa trygghet. Broschyrer och posters kunde visa på att personalen hade kunskap inom ämnes området och på så sätt vågade kvinnorna öppna sig.</p>	<p>Undersökningen hade kunnats göras om eftersom metoden var utförligt beskriven.</p>
<p>Hathaway, J.J., Willia, G. & Zimmer, B.</p> <p>USA 2006</p>	<p>Listening to Survivors’ Voices Addressing Partner Abuse in the Health Care Setting.</p> <p>Violence against women.</p>	<p>Var att beskriva de överlevande kvinnornas upplevelse av vården.</p>	<p>49 kvinnor i åldrarna 21- 81 år. Asiatsiska, vita, latinska och även från andra länder. Giftna eller separerade. Halvstrukturerade intervjuer som bandinspelades.</p>	<p>De medverkande kvinnorna fick frågorna: Om de fått frågan om misshandel? På vilket sätt de fått frågan? Varför de inte pratat med sjukvårdspersonal? Vad har gjort att de ville prata om misshandeln? Hur de tycker att personal bör möta dem? Om de fått ett bra bemötande och hjälp av sjukvårdspersonal? Svaren kodades och blev sedan huvud teman. Teman som tre eller fler kvinnor hade samma åsikter om blev rubriker i resultatet.</p>	<p>I resultatet framgick det att en del av kvinnorna i studien tyckte att personalen borde ha mer utbildning inom området. Tiden måste finnas för att kunna ta tag i problemet. Det kunde vara lättare att öppna sig för en person som man haft kontakt med tidigare inom vården. Direkta frågor kunde underlätta för kvinnorna. En del av kvinnorna tyckte att det var lättare att prata med en person av samma kön som de själva. Kvinnorna kände inte alltid för att berätta alla detaljer om problemet, utan ville få vägledning.</p>	<p>Hög</p> <p>De personer som skötte intervjuerna hade kunskap inom intervjuteknik. Metoden var utförligt beskriven.</p>

Kelly, U. USA 2006	“What Will Happen If I Tell You?” Battered Latina Women’s Experiences of Health Care. Canadian journal of nursing research.	Var att beskriva våldsutsatta kvinnors upplevelser av sjukvården	17 kvinnor i åldern 19-53. Latin amerikanska eller från Puerto Rico. De har levt i USA 2- 23 år. Halvstrukturerade intervjuer ägde rum.	De medverkande kvinnorna fick frågan om hur de upplevde mötet med vården och hur de upplevde att ha blivit utsatta för våld. Intervjuerna var lästa flera gånger för att kunna koda texten för att sedan bilda teman som kan bilda dess olika rubriker i resultatet.	I resultatet framgick det att rädsla var ett stort problem hos kvinnorna. Trots detta så ville kvinnorna att frågan togs upp och att personalen tog kontrollen så de slapp det själva. De behövde känna tillit till personalen både som person, praktiskt och professionellt. De ville känna sig respekterade och bli behandlade som människor. Kroppsspråket var viktigt.	Hög Intervjuerna har lästs ett flertal gånger innan de blev kodade, detta gjorde resultatet trovärdigt.
Lutenbacher , M., Cohen, A. & Mitzel, J. USA 2003	Do we really help? Perspectives of abused women. Public health nursing.	Var att beskriva de faktorer som är stödjande för att kvinnorna skall lämna sina män som misshandlar dem och att de inte skall gå tillbaka igen.	Tjugofyra kvinnor i åldern 21-51 år. Kvinnorna var gifta eller skilda och en del av dem hade barn. Intervjuer genomfördes på en sjuksköterska skola. Halvstrukturerade intervjuer med öppna och slutna frågor. Kvinnorna skulle haft kontakt med antingen kliniken, sjukhuset eller polisen.	De medverkande kvinnorna intervjuades i fokusgrupper. Svaren studerades grundligt och koder och teman skapades. I ett senare skede gjordes samma sak om igen då alla som varit med och undersökts samlades och diskuterade.	I resultatet framgick det att endast en av kvinnorna hade fått frågan om misshandeln under sitt årliga rutin besök. Många kvinnor var rädda för vad som kunde ske om de berättade och på så sätt var det bra om information fanns tillgänglig. Kvinnorna efterlyste en årlig rutinkontroll där frågan om misshandel togs upp.	Medel Intervju resultaten studerades grundligt. Inklusionskriterierna var inte tydligt beskrivet.

<p>Nemoto, K., Rodriguez, R. & Mkanadawie, L.</p> <p>Japan 2006.</p>	<p>Exploring the Health Care Needs of Women in Abusive Relationships in Japan.</p> <p>Health care for women international.</p>	<p>Var att beskriva misshandlade kvinnors upplevelser av vårdinrättningar i Japan.</p>	<p>Sex kvinnor, över 18 år, någon upplevelse av våld, haft hälsoproblem pga. våld, behövt uppsöka vård pga. skador knutna till våldet.</p> <p>Intervjuer i fokusgrupper som bandinspelades.</p> <p>Intervjuerna ägde rum på hemlig adress.</p>	<p>De medverkande kvinnorna kontaktades via flygblad eller via reklam på vård och social inrättningar. De gick även ut med frågan via internet och lokala tidningar.</p> <p>Resultatet transkriberades och teman bildades. När koder, teman och kategorier var klara översattes texterna till engelska.</p> <p>När det var gjort gick två personer igenom den engelska texten för att titta på resultaten.</p>	<p>I resultatet framgick det att kvinnorna i studien hade blivit utsatta för psykiskt, fysiskt och sexuellt våld. Kvinnorna förväntade sig att de visades respekt och medkänsla när de berättade om misshandeln. En kvinna säger att det krävdes tid och tillit för att kunna berätta vad hon varit med om, eftersom det kunde kännas skamligt att berätta.</p>	<p>Hög</p> <p>Inklusions- och exklusions kriterierna var välbeskrivna och följs under studiens gång. Kvinnorna som ingick i undersökningen hade anmält sig frivilligt.</p>
<p>Wendt Mayer, B.</p> <p>USA 2000</p>	<p>Female Domestic Violence Victims: Perspectives on Emergency Care.</p> <p>Nursing science quarterly.</p>	<p>Var att beskriva vad misshandlade kvinnor tycker om vården de får på akuten.</p>	<p>60 kvinnor 18-48 år. De skulle varit utsatta för misshandel av partner och sökt akut hjälp på grund av detta.</p> <p>Intervjuerna skedde i fokusgrupper och bandinspelades.</p>	<p>De medverkande kvinnorna fick frågorna: Hur beslutar sig kvinnor som nyligen blivit misshandlade för att söka/ eller att inte söka hjälp från akuten? Vad känner kvinnan av när hon pratar med läkaren/sjuksköterskan? Vad influerar tillfället för kvinnan att berätta om misshandeln för läkaren/sjuksköterskan på akuten?</p> <p>Resultatet av intervjuerna var kodade, utformade till teman och kategorier.</p>	<p>I resultatet framgick det hur kvinnorna upplevt bemötandet från vårdpersonal. En av sjuksköterskorna på akuten hade lagt skulden på den misshandlade kvinnan. Det var viktigt att påpeka för kvinnorna att det inte var deras fel. En av kvinnorna hade fått höra att om ho inte ville anmäla sin man så var hon inte välkommen att söka hjälp.</p>	<p>Medel</p> <p>Metoden var välbeskriven men inklusion och exklusions kriterierna var otydliga</p>

<p>Yam, M. USA 2000</p>	<p>Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience.</p> <p>Journal of emergency nursing.</p>	<p>Var att belysa våldsutsatta kvinnors upplevelse av akutsjukvården</p>	<p>Fem kvinnor i åldern 22-36, vita, Afrikaner, som under 12 månader sökt minst en gång till akutmottagningen.. Halvstrukturerade intervjuer ägde rum enskilt på kvinnokliniken. Fenomenologi som metod.</p>	<p>De medverkande kvinnorna skulle beskriva sina upplevelser av akutsjukvården. Vad sa sjuksköterskan och doktorn och vad gjorde de? Intervjuerna lästes igenom och koder och kategorier bildades. Det som hade med fenomenologi valdes ut och därefter bildades resultatet.</p>	<p>I resultatet framgick det att kvinnorna tyckte det var långa väntetider på akuten och att de kände sig ensamma medan de väntade. Några av kvinnorna kände att personalen inte visste vad de gick igenom och därför dömde dem för att de inte lämnade sina män. Det beskrevs även att kvinnorna kände att personalen ställde frågor från ett papper och sen bara gav ett kort svar tillbaka. Kvinnorna medgav att det var svårt att berätta om misshandeln och att de var i behov av medkänsla.</p>	<p>Hög</p> <p>Fältarbetet är tydligt beskrivet. Intervjuerna gjordes av en och samma person.</p>
---------------------------------	--	--	--	--	---	--

Bilaga 3

*Checklista för kvalitativa artiklar
Forsbergs & Wengströms modell (2008).*

A. Syftet med studien?

.....
.....
.....

Vilken kvalitativ metod har använts?

.....
.....

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningarna?

Ja Nej

B. Undersökningsgruppen

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?
(Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna.)

Ja Nej

Var genomfördes undersökningen?

.....
.....

Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

.....
.....

Vilken urvalsmetod användes?

- Strategiskt urval
- Snöbollsurval
- Teoretiskt urval
- Ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).

.....
.....
.....

Är undersökningsgruppen lämplig?

Ja Nej

C. Metod för datainsamling

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, vem och i vilket sammanhang datainsamling skedde)?

Ja Nej

Beskriv:

.....
.....
.....
.....

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)?

Beskriv:

.....
.....

Ange datainsamlingsmetod:

- ostrukturerade intervjuer
- halvstrukturerade intervjuer
- fokusgrupper
- observationer
- video/bandinspelning
- skrivna texter eller teckningar

Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)?

Ja Nej

D. Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

.....
.....

Ange om:

- teman är utvecklade som begrepp
- det finns episodiskt presenterade citat
- de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna
- svaren är kodade

Resultatbeskrivning:

.....
.....
.....

Är analys och tolkning av resultat diskuterade?

Ja Nej

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)?

Ja Nej

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?

Ja Nej

Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?

Ja Nej

Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?

Ja Nej

Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)?

Ja Nej

E. Utvärdering

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?

Ja Nej

Stöder insamlade data forskarens resultat?

Ja Nej

Har resultaten klinisk relevans?

Ja Nej

Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?

Ja Nej

Finns risk för bias?

Ja Nej

Vilken slutsats drar författaren?

.....
.....

Håller du med om slutsatsen?

Ja Nej

Om nej, varför inte?

.....
.....

Ska artikeln inkluderas?

Ja Nej