

## EXAMENSARBETE

*Våren 2010*

*Sektionen för Hälsa och Samhälle  
Sjuksköterskeprogrammet  
Omvårdnad, kandidatnivå*

# **Kvinnor som blivit våldsutsatta av en manlig partner**

– så upplever de vårdpersonalens bemötande

**Författare**

Caisa Borgström  
Frida Robertsson

**Handledare**

Lena Helander

**Examinator**

Gerth Hedov

# Kvinnor som blivit våldsutsatta av en manlig partner

## - så upplever de vårdpersonalens bemötande

Författare: Caisa Borgström och Frida Robertsson

Handledare: Lena Helander

Litteraturstudie

Datum: 100614

### Sammanfattning

**Bakgrund:** Våld mot kvinnor i partnerrelationer är ett stort samhällsproblem och varje år dör ungefär 17 kvinnor till följd av våldet. När kvinnorna besöker hälso- och sjukvården kan en unik möjlighet ges att upptäcka partnervåldet. **Syfte:** Syftet med litteraturstudien var att beskriva hur kvinnor som blivit våldsutsatta av en manlig partner upplever vårdpersonalens bemötande. **Metod:** En allmän litteraturstudie gjordes som baserades på 14 vetenskapliga artiklar. **Resultat:** Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen inte vågade ställa frågan om partnervåld, dock hade de flesta positiva upplevelser av att vårdpersonalen satt ner och lyssnade på dem. Upplevelser av att integriteten och autonomin inte respekterades förkom och även att fokus låg på de fysiska skadorna och att det psykiska välbefinnandet glömdes bort. **Diskussion:** Diskussionen belyser fyra centrala fynd; att vårdpersonalen inte vågade ställa frågan, positiva bemötanden gällande att vårdpersonalen var närvarande och lyssnade på kvinnorna, att kvinnorna inte blev respekterade och tagna på allvar samt att kvinnornas psykiska välbefinnande glömdes bort. **Slutsats:** De flesta kvinnor som blivit utsatta för partnervåld upplevde att vårdpersonalen inte bemötte dem på det sätt de önskade och kvinnorna fick därmed inte den hjälp de var i behov av.

Nyckelord: Partnervåld, kvinnor, upplevelser, bemötande, vårdpersonal

# Women subjected to intimate partner violence

## - how they experience the handling by healthcare professionals

Author: Caisa Borgström and Frida Robertsson

Supervisor: Lena Helander

Literature review

Date: 100614

### Abstract

**Introduction:** Intimate partner violence (IPV) against women is a big public health problem and every year about 17 women die in Sweden as a consequence of this. When the women seek healthcare, there can be a unique opportunity to discover IPV. **Aim:** The aim was to describe how women subjected to IPV experience how they were handled by healthcare professionals (HCP). **Method:** An overview based on 14 scientific articles was made. **Result:** The women experienced that the HCP did not have the courage to question about IPV but they had positive experiences regarding that the HCP sat down and listened. The result also showed a lack of respect for the integrity and autonomy and that the HCP often only treated the injuries and forgot about their psychological well-being. **Discussion:** Four central findings were highlighted; the HCP do not have the courage to ask about IPV, positive handling regarding the HCP were presence and listened, the lack of respect and not to be taken seriously and that the psychological well-being was forgotten. **Conclusion:** Most of the women experienced that the HCP did not handle them in the way they wanted, which resulted in the women not getting the help they needed.

**Keywords:** Intimate partner violence, experiences, handling, healthcare professionals

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	<b>5</b>
Kvinnan och våldet .....	5
Prevalens .....	6
Hälso- och sjukvårdens roll och ansvar .....	6
Bemötande .....	7
Bemötande ur ett omvårdnadsteoretiskt perspektiv.....	8
<b>SYFTE</b> .....	<b>8</b>
<b>METOD</b> .....	<b>8</b>
Design .....	8
Urval.....	8
Databassökning .....	9
Kvalitetsbedömning .....	9
Analys .....	9
<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
Rädsla för att berätta .....	10
Närvaro och aktivt lyssnande.....	12
Brist på respekt och empati.....	13
Fokus på de fysiska skadorna .....	15
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>15</b>
Resultatdiskussion.....	15
Metoddiskussion .....	19
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>21</b>
Kliniska implikationer .....	21
Förslag till fortsatt forskning .....	21
<b>REFERENSER</b> .....	<b>23</b>

Bilaga 1 Sökschema

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Checklista för kvalitativa artiklar

## BAKGRUND

Våld mot kvinnor i partnerrelationer är ett stort samhällsproblem (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002; Regeringens skrivelse, 2007/08:39) och varje år dör ungefär 17 kvinnor, i Sverige, till följd av våldet (Regeringens skrivelse, 2007/08:39). De drabbade kvinnorna kan finnas inom alla olika delar av hälso- och sjukvården (Björck & Heimer, 2008; Våld, 2009) och det är vid vårdvistelser som en unik möjlighet ges att upptäcka dessa kvinnor (Häggbloom, Hallberg & Möller, 2005; Robinson & Spilsbury, 2008). Av den anledningen är det viktigt att all vårdpersonal kan och vågar bemöta de våldsutsatta kvinnorna (Robinson & Spilsbury, 2008). Bemötandet bör vara utifrån kvinnornas behov och därför är det av vikt att studier som beskriver kvinnornas upplevelser görs. Då kan vårdpersonalen få en djupare förståelse för kvinnornas behov och därmed en möjlighet att förbättra bemötandet. Ett bra bemötande kan resultera i att kvinnorna känner trygghet och får förtroende för vårdpersonalen. Det kan i sin tur leda till att kvinnorna vågar öppna sig och berätta om sina problem och därmed få den hjälp de är i behov av (Björck & Heimer, 2008). Om vårdpersonalen tidigt upptäcker kvinnor som utsätts för våld minskar risken för att kvinnorna blir fortsatta offer för partnervåld (Häggbloom et al., 2005).

*Jag tycker det är bra att du pratar med misshandlade kvinnor, och skriver om det. Problemet är att det är alldeles för tyst omkring oss... vi vågar inte berätta för någon, vi skäms... vi tror att ingen kommer tro oss. Jag tror att tystnaden är värst av allt... då så kan alltihop bara fortsätta och fortsätta.  
Lisa D (Hydén, 1995, s. 78).*

### Kvinnan och våldet

Våld mot kvinnor definieras enligt Förenta Nationerna [FN] (1993) som: ”Any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life”. Enligt Krug et al. (2002) ingår även ett kontrollerande beteende i begreppet kvinnovåld. Det kan vara att isolera kvinnan från sin familj och sina vänner, förföljelse eller att begränsa hennes tillgångar till information och hjälp (a.a.). För många kvinnor är våldet inte bara

enskilda handlingar utan det beskrivs som en process som pågår under en längre tid (Regeringens proposition, 1997/98:55). Att bli utsatt för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld är någonting som påverkar hela livssituationen för kvinnorna (Regeringens skrivelse, 2007/08:39) och ses som en traumatisk händelse. Konsekvenserna av traumat kvarstår genom hela livet. Många av kvinnorna upplever svårigheter att lita på någon igen eftersom våldet har utövats av någon de älskat och litat på. De har levt i ett förhållande som genomsyrats av rädsla och ovisshet och även de känslorna sätter djupa spår i kvinnornas liv (Scheffer Lindgren & Renck, 2008).

*It is still so deep-seated, the fear of what he will do that you have no chance of warding it off, you have no idea what will enrage him since you are abused for everything... the daily terror is so deep-seated, not being safe in your own home, it makes me tremble as I sit here... it was like falling from heaven right down to hell (Scheffer Lindgren & Renck, 2008).*

## Prevalens

I Sverige utsätts minst 75 000 kvinnor varje år för fysiskt, psykiskt eller sexuellt partnervåld och flera av dessa kvinnor blir utsatta upprepade gånger (Våld, 2009). I Sverige år 2007 anmäldes 26 857 brott, klassade som misshandel mot kvinna, varav 24 procent av brotten orsakades av en nuvarande eller tidigare partner. Trots dessa siffror tros mörkertalet vara stort (Brottsförebyggande Rådet, 2008:23; Johnsson-Latham, 2008; Regeringens skrivelse, 2007/08:39). Av de utsatta kvinnor i Sverige som uppsöker någon form av hjälp vänder sig fler till hälso- och sjukvården än till polisen (Lundgren, Heimer, Westerstrand & Kalliokoski, 2001). Varje år besöker 12 000 – 14 000 kvinnor någon form av hälso- och sjukvård till följd av partnervåld (Våld, 2009).

## Hälso- och sjukvårdens roll och ansvar

Hälso- och sjukvårdens ansvar är att ge de våldsutsatta kvinnorna ett adekvat bemötande och en god vård (Björck & Heimer, 2008). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (1982:763, 2a §) bygger en god vård på trygghet, lättillgänglighet, respekt för patientens självbestämmande och att goda kontakter mellan patient och vårdpersonal ska främjas (a.a.). Vårdpersonal får inte, enligt Sekretesslagen, avslöja uppgifter om

patienter (SFS, 1980:100, kap. 1, 1 §) om det finns en risk att patienten, eller någon närstående till denne, kommer att utsättas för våld eller andra allvarliga konsekvenser (SFS, 1998:531, kap. 2, 9 §). Ett undantag i lagen är om det finns en misstanke om brott som angår polismyndighet, åklagarmyndighet eller annan myndighet. Uppgifter får lämnas ut om fängelse för brottet är ålagt och att det kan antas att påföljden blir mer än böter (SFS, 1980:100, kap. 14, 2 §). Bästa alternativ är dock att motivera kvinnan till att själv anmäla händelsen eftersom kvinnans upplevelser väger tyngst i det efterföljande rättsliga förloppet (Björck & Heimer, 2008). Vid tillfället då kvinnan väljer att lämna sin partner kan dokumentation vara ett avgörande bevis och därför är det av vikt att all vårdpersonal dokumenterar de skador kvinnan fått vid misshandel (Hägglom et al., 2005; Widding Hedin, 1997). Det är viktigt att inte pressa kvinnan till att fatta beslutet (Widding Hedin, 1997), det är kvinnans behov som styr hur vården ska vara (Robinson & Spilsbury, 2008).

## Bemötande

För att kunna förstå patienters behov på ett djupare plan är ett gott bemötande av största betydelse, det innefattar lyhördhet, försiktighet och närvaro. En viktig del i ett gott bemötande är även att vårdpersonalen vågar ställa frågor (Croona, 2003). Genom att göra det får vårdpersonalen ta del av patienternas perspektiv, vilket möjliggör att de får större inflytande i sin vård (Eide & Eide, 2009). Om patienten väljer att delge sina upplevelser är det viktigt att vårdpersonalen, förutom att lyssna till orden, även försöker förstå vad som sägs mellan raderna. Detta är betydelsefullt i alla möten, men är särskilt viktigt vid bemötandet av känsliga patienter (Croona, 2003). Bemötandet bör främja patientens tillit till vårdpersonalen och samtidigt kunna göra så att en känsla av trygghet infinner sig (Björck & Heimer, 2008; Croona, 2003). För att kunna skapa trygghet och tillfredsställelse bör vårdpersonalen även förmedla värme, engagemang och förståelse. Genom att bemöta patienterna med respekt och lyhördhet bevaras deras integritet och autonomi (Croona, 2003; Eide & Eide, 2009). Det kan leda till att den maktobalans som kan uppstå mellan vårdpersonal och patienter blir hanterbar (Croona, 2003).

### *Bemötande ur ett omvårdnadsteoretiskt perspektiv*

För att undvika att en maktobalans skapas bör relationen mellan vårdpersonal och patient, enligt Suzie Kim (2000) ses som en relation mellan två likvärdiga människor. Detta synsätt är grundläggande för att skapa ett ömsesidigt samarbete och ett gott bemötande. I patient-sjuksköterskedomänen är den personliga kontakten och bemötandet det väsentliga och innefattar så väl rumslig, fysisk, kommunikativ som känslösam kontakt. Bemötandet ger tillfälle för utbyte av känslor och information samtidigt som en förbindelse mellan vårdpersonal och patient kan skapas. Dessa kontakter är essentiella för att kunna hjälpa patienter utifrån deras behov. Kim (2000) menar precis som Croona (2003) och Eide och Eide (2009) att förståelsen för andra människor är viktig för att kunna skapa ett gott bemötande.

## SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att beskriva hur kvinnor som blivit våldsutsatta av en manlig partner upplever vårdpersonalens bemötande.

## METOD

### Design

Studien var en allmän litteraturstudie (overview), då den gjordes för att beskriva kunskapsläget inom det valda området (Forsberg & Wengström, 2008). Resultatet byggde på enskilda vetenskapliga artiklar som var relevanta för området.

### Urval

Inklusionskriterierna var kvinnor, våld orsakad av nuvarande eller tidigare manlig partner, patientperspektiv, upplevelser, omvårdnad och sjukvård då dessa berörde syftet. Inklusionskriterierna var att artiklarna till resultatet skulle vara vetenskapliga, empiriska, kvalitativa, skrivna på svenska, engelska, danska eller norska och vara publicerade mellan år 2000-2010. Artiklar vars innehåll studerade barn, tonåringar, män och homosexuella relationer exkluderades eftersom dessa ej motsvarade syftet. I artiklarna som berörde resultatet exkluderades även litteraturstudier eftersom de är sekundära källor som redan är tolkade.



## Databassökning

Databassökningar efter vetenskapliga artiklar gjordes i databaserna Cinahl, PubMed och Academic Search Elite som valdes då de täcker information om hälso- och vårdvetenskap, medicin och akademiska ämnen (Backman, 2008). Sökord som användes var: battered, women, professional-patient relations, domestic violence, experience, health care, abuse, intimate partner violence, abusive relationship, patient, trust, provider, victims, nurse, interventions, support, clinicians och perception. Sökorden användes i olika kombinationer och trunkering användes på en del ord (se bilaga 1). Även manuella sökningar efter relevanta vetenskapliga artiklar gjordes genom att referenslistor till litteratur och artiklar som berörde området lästes. Både databassökningarna och de manuella sökningarna gjordes för att finna relevanta vetenskapliga artiklar som svarade till studiens syfte (Forsberg & Wengström, 2008).

## Kvalitetsbedömning

På de 14 vetenskapliga artiklarna som användes till resultatet gjordes en kvalitetsbedömning enligt Forsberg & Wengströms (2003) modell *Checklista för kvalitativa artiklar* (se bilaga 3), detta gjordes för att bedöma artiklarnas kvalitet. Kvaliteten bedömdes efter hur många frågor som kunde besvaras jakande. Artiklarna bedömdes som mindre bra om mindre än 50 % av frågorna kunde besvaras jakande, bra om 50 – 75 % kunde besvaras jakande och mycket bra om mer än 75 % av frågorna besvarades jakande. Artiklarna lästes och artikelöversikter utfördes (se bilaga 2). Artikelöversikter gjordes för att beskriva artiklarnas innehåll och för att få en överskådlig blick på de utvalda artiklarna (Forsberg & Wengström, 2008).

## Analys

Litteraturstudiens författare läste artiklarna enskilt och träffades sedan för att jämföra och diskutera vad som framkom. Analysen gjordes med en utgångspunkt från en induktiv ansats vilket innebär att artiklarna analyserades förutsättningslöst (Lundman & Hellgren Graneheim, 2008) och utan påverkan av förförståelsen. Förförståelsen var att problemet är större än vad statistiken visar. Mörkertalet troddes vara stort och det misstänktes att ämnet inte tas upp när kvinnorna kommer i kontakt med sjukvården.

Förklaringar till det kan vara att sjukvårdspersonalen inte vågar ställa frågan om våld i nära relationer. Kanske är det så att kvinnorna egentligen vill att ämnet ska uppmärksammas men de vågar inte ta första steget till att samtala om problemet. En medvetenhet om förförståelsen fanns och beaktades när resultatet skrevs. De delar av artiklarna som svarade till syftet delades först in i flera olika kategorier, därefter bearbetades innehållet och slutligen sorterades det in i fyra större kategorier.

## RESULTAT

Resultatet presenterades i följande kategorier: *Rädsla för att berätta, Närvaro och aktivt lyssnande, Brist på respekt och empati samt Fokus på de fysiska skadorna.*

Många kvinnor som blivit utsatta för partnervåld upplevde att deras behov inte överensstämde med den vård de fick på olika vårdinrättningar. Dock fanns även kvinnor som upplevde att vårdpersonalen gav dem den hjälp de behövde (Nemoto, 2006; Zink, Jacobson, Regan & Pabst, 2004). I resultatet framkom det att kvinnor som blivit utsatta för våld av en manlig partner ofta ville berätta om våldet, vilket ibland försvårades av vårdpersonalens sätt att bemöta kvinnorna.

### Rädsla för att berätta

När vårdpersonalen mötte kvinnorna som blivit utsatta för partnervåld befann sig kvinnorna i ett sårbart skede i sitt liv (Chang, Decker, Moracco, Martin, Petersen & Frasier, 2005a; Kelly, 2006). De var rädda för att berätta om våldet eftersom de inte visste vilka konsekvenser som kunde uppstå, exempelvis att deras barn blev skadade eller att myndigheterna tog barnen ifrån dem (Chang et al., 2005b; Kelly, 2006). De var även rädda för vad partnern skulle göra mot dem om han fick reda på att de hade berättat (Wester, Lo Fo Wong & Lagro-Janssen, 2007). Trots rädslan ville de innerst inne berätta om sina djupaste hemligheter (Kelly, 2006) och kände därför en längtan om att vårdpersonalen skulle fråga om våldet (de Beer, Poggenpoel & Myburgh, 2005).

*You want them [providers] to know the truth, but you're too scared to tell them. So you want them to read your mind, but they can't... (Chang et al., 2005a, s. 144).*

Genom att frågan ställdes kunde problemet uppdagas och kvinnorna kunde få den hjälp och det stöd de behövde (Chang et al., 2005a). De kvinnor som upplevde att frågan ställdes på ett försiktigt och respektfullt vis kände en ökad tillit till vårdgivaren och en trygghet att berätta om partnervåldet (Zink et al., 2004). Även om kvinnorna inte berättade om partnervåldet kunde somliga ändå känna att vårdpersonalen visade förståelse för dem (Wester et al., 2007). Om kvinnorna valde att inte berätta om våldet vid första mötet upplevde de att om frågan ställdes hjälpte det dem att få insikt i att våldet var ett problem och de kände att det förde dem ett steg närmre till att kunna berätta om det (Chang et al., 2005a; Chang et al., 2005b). De upplevde det positivt när vårdgivaren inte gav upp utan ställde frågan vid flera tillfällen (Battaglia, Finley & Liebschutz, 2003; Chang et al., 2005a; Chang et al., 2005b; Wester et al., 2007).

*...in all honesty if I had been asked the first time I wouldn't take it. But if you had asked me four or five times I might actually have thought that you wanted to know (Battaglia et al., 2003, s. 621).*

I en avhandling av Nemoto (2006) framkom det att en del kvinnor blev inbjudna till att prata om sin oro vilket ledde till att de kände sig trygga nog att berätta om partnervåldet (a.a.). Kvinnorna upplevde även att det var viktigt att de befann sig i en situation där de kände sig bekväma (Belknap & Sayeed, 2003; Chang et al., 2005a; Flinck et al., 2005; Kelly, 2006), till exempel att endast ställa frågan om partnervåld när de var fullt påklädda (Zink et al., 2004). Om frågan ställdes när den manliga partnern inte var närvarande ökade känslan av trygghet och kvinnorna kände sig mer bekväma i situationen (Chang et al., 2005a; Yam, 2000; Zink et al., 2004). De kvinnor som upplevde att frågan ställdes på ett dömande och beskyllande sätt vågade inte berätta sanningen för vårdpersonalen (Flinck, Paavilainen & Åstedt-Kurki, 2005). När vårdpersonalen ställde frågan då den manliga partnern befann sig i rummet tog han ofta över situationen och kvinnorna vågade inte berätta. Detta resulterade i att kvinnorna inte kände tillit till vårdgivaren eftersom vårdpersonalen inte satte kvinnan i centrum (Chang et al., 2005a; Nemoto, 2006; Wester et al., 2007; Yam, 2000; Zink et al., 2004).

*When I went to the doctor and he [her husband] went with me, I was pregnant and very beaten up... I was asked what had happened, but he [her*

*husband] was talking. And he was interpreting: 'My girl, isn't that right that nothing happened? Isn't it true that you hit yourself with the door?'* (Chang et al., 2005a, s. 144).

Trots att en del kvinnor kom in till sjukhuset med skador direkt relaterade till våldet upplevde de att många i vårdpersonalen inte frågade om den verkliga orsaken (Kelly, 2006; Nemoto, 2006). I två studier (Belknap & Sayeed, 2003; Wester et al., 2007) berättade kvinnorna att de aldrig fått frågan om partnervåld av en vårdgivare (a.a.). De berättade att de ville få frågan och att de hade svarat ärligt om frågan ställts (Belknap & Sayeed, 2003; Rodriguez, Sheldon, Bauer & Pérez-Stable, 2001; Wester et al., 2007).

### Närvaro och aktivt lyssnande

Lika viktigt som det var att ställa frågan om våldet var det att lyssna på vad kvinnorna berättade (Kelly, 2006; Yam, 2000). Kvinnorna menade att vårdpersonalen inte behövde ha svar på allt, det kunde räcka med att de fanns där, ibland sa tystnaden mer än ord (Kelly, 2006). I mötet med en vårdgivare tolkade inte kvinnorna bara det verbala utan de observerade även kroppsspråk, minspel och ögonkontakt (Chang et al., 2005a; Flinck et al., 2005; Kelly, 2006; Wester et al., 2007). Kroppsspråket visade även hur aktivt vårdgivaren lyssnade på kvinnorna. Att vårdgivaren lyssnade var en av de företeelser kvinnorna upplevde som en av de viktigaste delarna av mötet (Battaglia et al., 2003; Nemoto, 2006; Nemoto, Rodriguez & Mkandawire-Valhmu, 2008; Wester et al., 2007; Yam, 2000; Zink et al., 2004). Studier (Nemoto, 2006; Zink et al., 2004) visade att kvinnorna hade både positiva och negativa upplevelser av att bli hörda. En kvinna berättade att hon upplevde att bemötandet av vårdpersonalen var mycket bra, de lyssnade på vad hon hade att säga vilket medförde att hon kände sig starkare mentalt (Nemoto, 2006). Även fler kvinnor upplevde att vårdpersonalen lyssnade på dem vilket resulterade i att de berättade om partnervåldet (Wester et al., 2007). Kvinnorna kände att de blev bra bemötta om vårdpersonalen tog sig tid för att sitta ner och prata. Då fick de känslan av att personalen intresserade sig för deras problem och att de brydde sig om dem. När vårdpersonalen visade intresse kände kvinnorna en större tillit för dem och kunde därmed lättare berätta om våldet (Battaglia et al., 2003; Belknap & Sayeed, 2003; Nemoto, 2006; Nemoto et al., 2008). Det underlättade även om vårdpersonalen ville prata öppet om kvinnornas problem och att de inte försökte sopa det under mattan

(Battaglia et al., 2003; Flinck et al., 2005; Nemoto, 2006). Genom att vårdpersonalen lyssnade på kvinnorna, brydde sig om dem och tog sig tid med dem kunde en personlig kontakt skapas (Battaglia et al., 2003; Belknap & Sayeed, 2003; Chang et al., 2005a; Kelly, 2006; Nemoto, 2006; Wester et al., 2007). Kvinnorna värdesatte när vårdgivaren ställde personliga frågor, brydde sig om deras familjer och att vårdpersonalen hälsade på dem i andra sammanhang än på vårdinrättningen, exempelvis i mataffären (Battaglia et al., 2003). Om vårdgivarens bemötande var mer som ett vänskapsmöte än ett patient-sjuksköterskemöte upplevde kvinnorna att det var lättare att känna tillit och därmed lättare att berätta om partnervåldet (Kelly, 2006; Nemoto, 2006).

*She asks about my home, personal questions, about the children. And she tells me about her family. This is why I consider her my friend (Battaglia et al., 2003, s. 621).*

Det fanns även kvinnor som hade negativa upplevelser gällande att vårdpersonalen inte lyssnade på dem (Zink et al., 2004). Vanligt förekommande var också upplevelsen av att vårdpersonalen inte hade eller tog sig tid att sitta ner och prata (Kelly, 2006; Mayer, 2000; Rodriguez et al., 2001; Yam, 2000; Zink et al., 2004). Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen ofta hade bråttom och därav ville de inte besvara dem med sina ”triviala” problem (Kelly, 2006; Mayer, 2000; Yam, 2000; Zink et al., 2004). En del kvinnor upplevde också att där inte fanns någon personlig kontakt, där vårdgivaren behandlade dem som objekt (Nemoto, 2006) och somliga kvinnor hade upplevelser av att vårdpersonalen inte visade något intresse för dem (Rodriguez et al., 2001).

### **Brist på respekt och empati**

Kvinnorna kände att de inte blev respekterade när vårdpersonalen behandlade dem som objekt utan istället endast fokuserade på symtomen och glömde bort personen bakom blåmärkena (Nemoto, 2006). Många kvinnor kände även att respekten uteblev när vårdpersonalen inte tog deras problem på allvar. En del upplevde också känslor av att vårdpersonalen hade en attityd som antydde att våldet inte var någonting att bry sig om (Flinck et al., 2005; Nemoto, 2006; Yam, 2000). En del kvinnor beskrev att trots att de tydligt visade, i sina svar på ankomstformuläret (Zink et al., 2004) eller genom att de

berättade (Wester et al., 2007), att de blev utsatta för partnervåld så uppmärksammade inte vårdpersonalen problemet (Wester et al., 2007; Zink et al., 2004). Upplevelser av att vårdpersonalen såg ner på dem förekom även. De fick känslan av att vårdpersonalen tänkte ”hur kan du stanna kvar i ett sådant förhållande?” och ”stannar du kvar får du skylla dig själv” (Battaglia et al., 2003; Kelly, 2006). ”I did talk to one doctor years ago, and he advised me to leave, and I said I can’t. He said, well then you’ll have to suffer it out” (Zink et al., 2004). Vid möten med vårdpersonal uppkom även känslor hos kvinnorna av att integriteten kränktes och att autonomin inte respekterades (Battaglia et al., 2003; Chang et al., 2005a; Zink et al., 2004). Två studier (Nemoto, 2006; Zink et al., 2004) visade dessutom att en del kvinnor upplevde att ingen förståelse och empati visades. En gravid kvinna upplevde att hon blev utskälld av vårdpersonalen för att de ansåg att hon, genom att vara kvar i förhållandet med en våldsam partner, inte tog hand om sitt ofödda barn på ett bra sätt (Nemoto, 2006). Följden av ett dåligt bemötande blev att kvinnorna inte fick den bekräftelse de önskade (Flinck et al., 2005; Zink et al., 2004) och därmed stängdes dörrar till vidare hjälp och stöd (Zink et al., 2004).

*Although it took a lot of bravery for me to disclose, I told the physician that this [injury] was caused by my husband... But his response was like, ‘So what? What do you want me to examine?’ It was like he was asking me why I had gone there [the ER] with such minor injury... He seemed to be annoyed that I had come to the ER due to marital quarrels (Nemoto, 2006, s. 69).*

Andra negativa upplevelser var att vårdpersonalen pratade över kvinnornas huvud och att istället för att fråga kvinnorna vad de ville så bestämde vårdpersonalen vilka vidare insatser som skulle genomföras (Battaglia et al., 2003; Mayer, 2000; Yam, 2000). En kvinna berättade att när hon valde att inte anmäla sin partner sa vårdpersonalen till henne att då behövde hon inte heller deras hjälp (Mayer, 2000).

*I had stitches in my head. While the doctors were sewing me up they were talking over me like I wasn’t even there saying “I don’t understand why these women put up with this, why don’t they just leave them [the perpetrators]?” They were mean. I was awake, not unconscious. I wasn’t like I couldn’t hear anything. They talked about me as if I was dead [...] (Mayer, 2000, s. 343).*

## Fokus på de fysiska skadorna

Hjälpen som kvinnorna erbjöds blev ofta fokuserad på de fysiska skadorna. Det medicinska behandlades medan det psykiska välbefinnandet glömdes bort (Nemoto, 2006; Yam, 2000; Zink et al., 2004). Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen inte riktigt visste hur de skulle bemöta det psykiska välbefinnandet och därför uteblev det psykiska stödet de behövde (Zink et al., 2004).

*As far as medical treatment, they are great, but as far as knowing how you feel and you are feeling pretty lousy – they only see the outside – they don't see the inside (Yam, 2000, s. 467).*

Många kvinnor försökte ge ledtrådar till vårdpersonalen om hur dåligt de mådde. Då ingen fråga om partnervåld ställdes kände kvinnorna att vårdpersonalen inte förstod dem, vilket resulterade i att ingenting blev sagt eftersom kvinnornas rädsla att berätta om det var för stor (Kelly, 2006). Upplevelserna blev att vården de fick inte överensstämde med behoven de hade (Flinck et al., 2005; Kelly, 2006; Nemoto, 2006; Zink et al., 2004). En kvinna berättade att läkaren såg tecken på att hon utsattes för partnervåld. Hon upplevde detta som positivt och det fick henne att avslöja partnervåldet (Wester et al., 2007). I studien gjord av Zink et al. (2004) menade flera kvinnor att vårdpersonalen bemötte både deras fysiska skador och psykiska välbefinnande på ett bra sätt. Kvinnorna kunde då få en känsla av att de var viktiga och de kunde känna sig lättade (Nemoto et al., 2008). Lättnad infann sig även när kvinnorna upplevde att vårdpersonalen visade förståelse för dem och deras problem (Nemoto, 2006; Nemoto et al., 2008). Genom att vårdpersonalen visade förståelse kunde en kvinna komma till insikt att partnervåldet inte var hennes fel och därmed kunde hon få hjälp att ta sig ur det (Nemoto, 2006).

## DISKUSSION

### Resultatdiskussion

Många kvinnor som blivit våldsutsatta av en manlig partner upplevde att vårdpersonalen inte vågade ställa frågan om partnervåld trots att det var uppenbart att det förekom.

Dessa kvinnor kände en rädsla för att berätta om våldet men ville ändå att vårdpersonalen skulle ställa frågan, gärna mer än en gång. Enligt Björck och Heimer

(2003), Robinson och Spilsbury (2008) och Widding Hedin (1997) är det viktigt att, vid misstanke om partnervåld, fråga kvinnorna om de blivit utsatta för det (a.a.). I Robinson och Spilsbury's (2008) och Reisenhofer och Seibold's (2007) litteraturstudier framkom det att vårdpersonalen inte ställt frågan till kvinnorna, dock ville kvinnorna gärna att frågan ställdes (a.a.). För kvinnorna kan möjligheten att berätta om våldet bli en befrielse (Widding Hedin, 1997). De kanske inte berättar första gången frågan ställs men om kvinnorna upplevt ett bra bemötande från vårdpersonalen är det möjligt att de kommer tillbaka och berättar vid ett annat tillfälle (Björck & Heimer, 2003). Om vårdpersonalen frågar och bemöter patienterna på ett finkänsligt vis upplevs situationen oftast inte påträngande (Kim, 2000). En del kvinnor upplevde att det krävdes mer än ett vårdtillfälle för att kunna skapa ett förtroende och en bra relation (Robinson & Spilsbury, 2008). Eftersom patienten är "fången" i situationen är det viktigt att vårdpersonalen gör att samarbetet blir till patientens fördel (Kim, 2000). Om vårdpersonalen ställer frågan om partnervåld som en naturlig del av anamnesen kanske stigmatiseringen försvinner och kvinnorna kan känna sig trygga med att berätta. Det är viktigt att våga fråga eftersom det kan vara det enda tillfället kvinnorna har att ta sig ur våldet. Vårdpersonal behöver inte uppleva att man är tjugig om frågan ställs vid flera tillfällen, det är bättre att ställa frågan en gång för mycket än en gång för lite. Det är möjligt att kvinnorna upplever att frågan är för privat, men genom att ändå ställa den finns det en möjlighet att kvinnorna börjar tänka i andra banor och inser att partnervåldet inte är deras fel. Därmed kanske de återkommer och vill prata vid ett senare tillfälle. Det är viktigt att som vårdpersonal visa att modet finns till att våga prata om ämnet och göra kvinnan medveten om att hon inte är ensam med problemet. Vilket beslut kvinnan än tar är det viktigt att vårdpersonalen stöttar henne, det är en del i att ett förtroende och en trygghet kan byggas upp. Om kvinnan väljer att delge sina hemligheter kan vårdpersonalen berätta om de olika instanser som finns, exempelvis Kvinnojouren och kuratorer, samt erbjuda hjälpen att komma i kontakt med dessa.

Ett stort antal kvinnor upplevde positiva bemötanden i vården gällande att personalen lyssnade, brydde sig om dem och tog sig tid för dem. Därmed kunde en personlig kontakt skapas och kvinnorna kunde lättare känna tillit till vårdpersonalen, vilket kunde leda till att kvinnorna upplevde det mer som en vänskapsrelation istället för en patient-sjuksköterskarelation. Även Björck och Heimer (2003), Robinson och Spilsbury (2008)



och Widding Hedin (1997) menar att det är viktigt att lyssna aktivt och att ta sig tid för de kvinnor som blivit utsatta för partnervåld. I Reisenhofer och Seibold's (2007) litteraturstudie upplevde kvinnorna att det var viktigt att vårdpersonalen tog sig tid att lyssna (a.a.). Genom att ta sig tid och att lyssna ges ett forum för vårdpersonalen att kunna upptäcka partnervåldet och hjälpa kvinnorna (Björck & Heimer, 2003; Robinson & Spilsbury, 2008; Widding Hedin, 1997). Hälso- och sjukvården kan vara kvinnornas enda chans att avslöja sina hemligheter (Widding Hedin, 1997). Croona (2003) belyser vikten av att lyssna, inte bara till orden, utan även till det som sägs mellan raderna (a.a.). Ett sådant bemötande kan lägga grunden för en kontakt skapad på tillit och trygghet (Björck & Heimer, 2008; Croona, 2003). Suzie Kim (2000) menar i sin patient-sjuksköterskedomän att det viktigaste är att bemöta patienten som en medmänniska och att se relationen som jämlik. I möten med patienter ges tillfällen för utbyte och överföring av information, energi och känslor. Mötena är centrala för omvårdnad och för att kunna hjälpa patienter utifrån deras behov. Genom sådana möten kan goda relationer mellan patient och sjuksköterska skapas (a.a.). Att bemöta kvinnorna som medmänniskor och jämlikar är viktigt för att en maktobalans inte ska uppstå. Det kan vara många som känner en rädsla för ”dem i de vita rockarna”, av den anledningen är det viktigt att inte se patienten som endast en patient, utan som en människa. Genom att exempelvis sätta sig ner bredvid kvinnorna vid samtal kan göra att maktobalansen suddas ut och kvinnorna kanske inte känner sig underlägsna. Om vårdpersonalen tonar ner på det formella och blir mer personliga, dock ej privata, i mötet med kvinnorna kan den personliga kontakten bli bättre. En annan viktig del i bemötandet är att även om vårdpersonalen har väldigt bråttom är det viktigt att inte visa det för kvinnorna. Att inte vara halvvägs ute ur rummet när du avslutar en mening utan hela tiden vara närvarande kan ha en stor betydelse för att kvinnorna ska kunna känna tillit.

Många av kvinnorna som blivit utsatta för partnervåld upplevde att de inte blev respekterade och att vårdpersonalen inte tog deras problem på allvar. De fick känslan av att vårdpersonalen inte hade någon empatisk förmåga. Flera kvinnor upplevde att vårdpersonalens attityd var dömande och att de fick skulden för partnervåldet. I en litteraturstudie av Robinson och Spilsbury (2008) upplevde många kvinnor att de inte fick ett bra och respektfullt bemötande av vårdpersonalen. En del kvinnor upplevde även att vårdpersonalen inte tog våldet på allvar när de väl vågade berätta om det (a.a.).

Enligt Eide och Eide (2009) är det viktigt att vårdpersonalen förstår och respekterar andra människors känslor och visar empati. Kim (2000) anser i sin patient-sjuksköterskedomän att en empatisk relation och en bra kontakt med patienten är centralt för att kunna bedriva god vård (a.a.). För att vårdpersonalen ska kunna förstå patienten bör det finnas kommunikation mellan dessa parter, att bara iaktta patienten skapar inte förståelse för individen som helhet (Birkler, 2007). Vårdpersonalen bör inte bara förstå patienterna utan även vara handlingskraftiga och ta deras problem på allvar (Eide & Eide, 2009). Suzie Kim (2000) menar att om vårdpersonalen inte visar förståelse och respekt för patienterna kan patienternas hälsa och situation påverkas negativt (a.a.). En viktig del i bemötandet med kvinnorna som blivit utsatta för partnervåld är att inte ge dem skulden för våldet (Widding Hedin, 1997). Reisenhofer och Seibold's (2007) litteraturstudie visade att många kvinnor upplevde att de blev missförstådda och att vårdpersonalen gav dem skulden för våldet (a.a.). Vårdpersonalen bör tänka på hur de bemöter kvinnorna eftersom deras handlingar kan ge signaler som visar om vårdpersonalen ser dömande på situationen eller ej (Widding Hedin, 1997). Om handlingarna är dömande kan patienterna uppleva det som kränkande och respekten i mötena uteblir (Croona, 2003). De flesta som arbetar i vården vill inte att patienternas hälsa ska påverkas negativt och för att undvika detta bör patienternas problem tas på allvar, hur triviala de än kan verka. Genom att bemöta patienterna utan fördomar blir chansen större att en god vårdrelation skapas. Vårdpersonal bör inte lägga några personliga värderingar i vårdsituationen med de kvinnor som blivit utsatta för partnervåld. Det ska inte ha någon betydelse om kvinnorna väljer att lämna sin partner eller inte, vårdpersonalen bör ändå visa förståelse och empati och ge kvinnorna den hjälp de vill ha. Trots att vårdpersonalen vet att kvinnorna inte vill lämna sin partner bör ändå information om alternativa möjligheter ges. Detta kan möjligtvis ändra kvinnornas tankesätt och göra att de vid ett senare tillfälle kommer tillbaka för att få hjälp med att lämna sin partner. Kvinnorna är enskilda individer och kan därför inte behandlas enligt en "checklista", det är av stor vikt att vårdpersonalen inser detta. Alla människor är unika och bör behandlas därefter.

Kvinnorna upplevde att hjälpen de fick ofta var fokuserad på de fysiska skadorna medan deras psykiska välbefinnande glömdes bort. De kvinnor som blivit utsatta för partnervåld får inte enbart fysiska skador utan även det psykiska välbefinnandet skadas,

främst i form av att kvinnornas självtillit skadas (Eliasson, 1997; Widding Hedin, 1997). Björck och Heimer (2003) och Widding Hedin (1997) menar att de psykiska problemen är svåra att upptäcka. I Robinson och Spilsbury (2008) litteraturstudie visade det sig att vårdpersonalen främst fokuserade på de fysiska skadorna. Kvinnorna upplevde att de fick ett inadekvat bemötande gällande deras psykiska välbefinnande men de ville att vårdpersonalen skulle se både de fysiska skadorna och det psykiska välbefinnandet (a.a.). För att kunna ge patienterna bästa möjliga vård bör vårdpersonalen, enligt Suzie Kim (2000), ha ett holistiskt synsätt och se varje patient som en unik individ. Om vårdpersonalen inte bara behandlar de fysiska skadorna utan även bryr sig om patientens psykiska välbefinnande blir omvårdnaden förenlig med hälsa (a.a.). Det är viktigt att vårdpersonalen ser patienten som en helhet och inte endast fokuserar på de olika delarna var för sig (Birkler, 2007). En anledning till att det psykiska välbefinnandet inte uppmärksammas kan vara att vårdpersonalen har bristande kunskaper gällande detta område. Vid minska tecken på partnervåld bör vårdpersonalen ta upp ämnet med kvinnorna. Det är viktigt att vårdpersonalen inte bara behandlar de fysiska skadorna utan även vågar ta tag i och uppmärksamma hur kvinnorna egentligen mår. Enligt Campbell (2002), Krug et al. (2002), Scheffer Lindgren och Renck (2008) kan konsekvenserna av att kvinnornas psykiska välbefinnande inte behandlas bli att det i framtiden leder till att problemen växer och det kan finnas en risk att kvinnorna utvecklar exempelvis en depression eller posttraumatiskt stress-syndrom (PTSD) (a.a.). Detta kan möjligen förebyggas om vårdpersonalen ser bakom de fysiska skadorna och uppmärksammar hur kvinnorna mår psykiskt. En anledning till att det psykiska välbefinnandet "glöms bort" kan vara exempelvis att en ortoped anser att det emotionella inte är hans/hennes område och låter det därför passera. Det bör inte spela någon roll vilken yrkeskategori vårdpersonalen tillhör, patienternas psykiska hälsa är allas ansvar.

## Metoddiskussion

Artiklarna som valdes ut var från år 2000-2010, vilket gjorde att litteraturstudien grundades på den senaste forskningen som fanns att tillgå. Resultatet byggde på kvalitativa artiklar eftersom syftet var att undersöka upplevelser och upplevelser kan bäst beskrivas med kvalitativ ansats (Forsberg & Wengström, 2008). En svaghet kan ha varit att män och homosexuella relationer exkluderades. De kan, precis som kvinnor i en

relation med en man, bli utsatta för partnervåld (Hradilova Selin, 2009). Om män och homosexuella hade inkluderats kunde resultatet ha blivit annorlunda och eventuella likheter och skillnader mellan könen kunnat påvisats. Anledningen till exklusion var att arbetets omfattning hade blivit för stor om även dessa grupper hade inkluderats. Ett annat skäl till exklusion var att statistiken visar att det är fler kvinnor än män som blir utsatta för partnervåld (Våld, 2009) och därmed finns det mer forskning om kvinnor.

Artiklar från olika länder och kulturer (USA, Japan, Sydafrika, Finland, Holland) har använts och de 14 valda artiklarna hade stora likheter. Likheterna visade sig i att de subjektiva upplevelserna inte skilde sig nämnvärt mellan länder och kulturer. Om fler artiklar hittats från Norden hade möjligen resultatet kunnat se annorlunda ut. Det inte är säkert att vården utförs på samma sätt i Norden som i de länder där de valda artiklarna är gjorda. Litteraturstudien inkluderade kvinnor från 18 år och hade ingen övre åldersgräns. Resultatet visade att de subjektiva upplevelserna av bemötande inte hade någon påverkan av åldern.

Användbara artiklar kan ha missats då språkkunskaperna var begränsade och detta kan ha påverkat resultatet. Tre databaser användes för att söka artiklar. Styrkan i detta kan ha varit att databaserna var stora och innehöll information som svarade till studiens ämne. Fler artiklar kunde möjligen ha hittats om sökningar gjorts i fler databaser. Eftersom sökorden var många blev även kombinationerna av ord många, därav kan någon kombination ha missats och då även relevanta artiklar missats. Forsberg och Wengströms (2003) checklista för kvalitativa artiklar (se bilaga 3) användes för att kvalitetsgranska de valda artiklarna. Checklistan ansågs vara övergripande vilket gjorde att granskningen blev noggrant utförd.

Artiklarna lästes enskilt och därefter gjordes även artikelöversikterna enskilt. Detta gjordes för att författarna inte skulle påverka varandras analytiska förmåga. Efter att artikelöversikterna gjorts enskilt bytte författarna artiklar med varandra. Genom att två personer läste allt material gavs två uppfattningar av innehållet, vilket kan ha givit en mer heltäckande bild och kan ha förhindrat att någonting missats. Genom att artiklarna analyserades med en induktiv ansats blev analysen förutsättningslös (Lundman & Hellgren Graneheim, 2008) och förförståelsen lades åt sidan. Om en induktiv ansats inte

använts kunde resultatet ha blivit påverkat av förförståelsen. Ingen artikel eller del av artikel har exkluderats på grund av att de inte överensstämde med förförståelsen.

Likheter och skillnader mellan artiklarna kunde ses genom att innehållet delades upp i fyra olika kategorier och genom kategorierna kunde resultatets struktur lättare följas.

## SLUTSATS

De flesta kvinnor som blivit utsatta för våld av en manlig partner upplevde att vårdpersonalens bemötande inte var så bra som det borde vara och att de inte fick den hjälp de var i behov av. Många kvinnor upplevde att vårdpersonalen inte vågade ställa frågan om våldet. Eftersom vårdtillfällena kunde vara den enda chansen för kvinnorna att berätta om partnervåldet önskade de att vårdpersonalen skulle ställa frågan.

Kvinnornas upplevelser fokuserade även på hur vårdpersonalen bemötte dem gällande att vara närvarande och att lyssna. Detta upplevdes både positivt och negativt.

Upplevelserna bestod även i att vårdpersonalen inte bemötte dem med respekt och empati och kvinnorna kände att de ofta fick skulden för våldet. Ett annat stort problem som kvinnorna upplevde i mötena med vårdpersonalen var att det ofta fokuserades på de fysiska skadorna och att deras psykiska välbefinnande inte alltid blev uppmärksammat.

## Kliniska implikationer

Vårdpersonal möter kvinnor som blivit utsatta för partnervåld oftare än vad de tror och därför är det viktigt att känna igen tecken på partnervåld. Om tankarna kopplas till att det kan vara partnervåld kan fler kvinnor upptäckas i tid, innan våldet har gått för långt. Upptäcks kvinnorna för sent kan våldet i värsta fall leda till döden, bara i Sverige dör ca 17 kvinnor varje år till följd av partnervåld (Regeringens skrivelse, 2007/08:39). Ett sätt att fånga upp dessa kvinnor i tid kan vara att utbilda vårdpersonal i att bemöta dessa kvinnor och att lära sig känna igen tecken på partnervåld. Utbildningar bör i första hand fokuseras till personal på akutmottagningar eftersom det är dit de flesta kvinnor söker sig först. Utbildning kan dock vara bra i alla delar av hälso- och sjukvården eftersom vårdpersonal kan träffa på dessa kvinnor på alla vårdnivåer.

## Förslag till fortsatt forskning

Eftersom våld mot kvinnor i partnerrelationer är ett stort samhällsproblem är det viktigt att fler studier görs, speciellt i Sverige. Då kan den svenska vården ses i förhållande till

hur det ser ut i resten av världen, vilket kan öppna dörrar till förbättring av den svenska sjukvården. Fler studier på hur kvinnorna upplever vårdpersonalens bemötande bör göras. Om vi som vårdpersonal inte vet hur kvinnorna upplever bemötandet kan vi inte utveckla det till det bättre vilket kan resultera i att kvinnorna även i fortsättningen kommer att vara rädda för att berätta om våldet.

## REFERENSER

Artiklar markerade med \* ingår i resultatet.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

\*Battaglia, T.A., Finley, E., & Liebschutz, J.M. (2003). Survivors of Intimate Partner Violence Speak Out: Trust in the Patient-provider Relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 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, 723-737.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: Etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Björck, A., & Heimer, G. (2003). Hälso- och sjukvårdens ansvar. I G. Heimer, & B. Posse, (Red.), *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. (s. 51-93). Lund: Studentlitteratur.

Björck, A., & Heimer, G. (2008). Hälso- och sjukvårdens ansvar. I G. Heimer, & D. Sandberg, (Red.), *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. (s. 111-151). Lund: Studentlitteratur.

Brottsförebyggande rådet 2008:23. – *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007*.

Hämtad 2010-02-03 från

[http://www.bra.se/extra/measurepoint/?module\\_instace=4&name=Brottsutvecklingen\\_webb.pdf&url=/dynamaster/file\\_archive/081121/8f40c6556f4fb0fbc0a2d4af6994353/Brottsutvecklingen%255fwebb.pdf](http://www.bra.se/extra/measurepoint/?module_instace=4&name=Brottsutvecklingen_webb.pdf&url=/dynamaster/file_archive/081121/8f40c6556f4fb0fbc0a2d4af6994353/Brottsutvecklingen%255fwebb.pdf)

Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(13), 1331-1336.

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

\*Chang, J.C., Decker, M.R., Moracco, K.E., Martin, S.L., Petersen, R., & Frasier, P.Y. (2005a). Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Education and Counseling, 59*, 141-147.

Croona, G. (2003). *Etik & utmaning: om lärande av bemötande i professionsutbildning*. Växjö: Växjö universitet.

\*de Beer, E., Poggenpoel, M., & Myburgh, C.P.H. (2005). The lived experience of women subjected to domestic violence and abuse. *The South African Journal, 28*(5), 83-91.

Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.

Eliasson, M. (1997). *Mäns våld mot kvinnor; Misshandel • Våldtäkt • Dominans • Kontroll*. Stockholm: Natur och Kultur.

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

Forsberg, C., & Wengström Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

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



Förenta Nationerna. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. (General Assembly resolution 48/104). Hämtad 2010-01-31 från <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>

Hradilova Selin, K. (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer – Våldets karaktär och offrets erfarenheter av kontakter med rättsväsendet* (Rapport 2009:12). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Hydén, M. (1995). *Kvinnomisshandel inom äktenskapet – Mellan det omöjliga och det möjliga*. Stockholm: Liber.

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

Johnsson-Latham, G. (2008). Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv. I G. Heimer, & D. Sandberg, (Red.), *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. (s. 19-38). Lund: Studentlitteratur.

\*Kelly, U. (2006). "What will happen if I tell you?" Battered Latina Experiences of Health Care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 38(4), 78-95.

Kim, S.H. (2000). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. New York: Springer.

Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., & Lozano, R. (2002). *The world report on violence and health*. Genève: World Health Organisation. Hämtad 2010-02-03 från [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf)

Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., & Kalliokoski, A.M. (2001). *Slagen dam: Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.

Lundman, B., & Hellgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen, (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

\*Mayer, B.W. (2000). Female Domestic Violence Victims: Perspectives on Emergency Care. *Nursing Science Quarterly*, 13(4), 340-346.

\*Nemoto, K. (2006). *Battered Japanese women's experiences in healthcare settings: what types of assistance they regarded as helpful or unhelpful* (avhandling för doktorsexamen), University of Wisconsin-Madison, 2006.

\*Nemoto, K., Rodriguez, R., & Mkandawire-Valhmu. L. (2008). Battered Japanese women's perceptions and experiences of beneficial health care. *Japan Journal of Nursing Science*, 5, 41-49.

Regeringens proposition 1997/98:55: *Kvinnofrid*. Hämtad 2010-02-03 från <http://www.regeringen.se/content/1/c4/22/66/5406e038.pdf>

Regeringens skrivelse 2007/08:39: *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer*. Hämtad 2010-02-03 från <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/09/21/42/ef0318b1.pdf>

Reisenhofer, S. & Seibold, C. (2007). Emergency Department care of women experiencing intimate partner violence: Are we doing all we can? *Contemporary Nurse*, 24(1), 3-14.

Robinson, L., & Spilsbury, K. (2008). Systematic review of the perceptions and experiences of accessing health services by adult victims of domestic violence. *Health and Social Care in the Community*, 16(1), 16-30.

\*Rodriguez, M.A., Sheldon, W.R., Bauer, H.M., & Pérez-Stable, E.J. (2001). The Factors Associated with Disclosure of Intimate Partner Abuse to Clinicians. *The Journal of Family Practice*, 50(4), 338-344.

Scheffer Lindgren, M., & Renck, B. (2008). 'It is still so deep-seated, the fear': psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 219-228.

Svensk författningssamling. (SFS 1982:763). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 2010-02-05 från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?bet=1982:763&nid=3911>

Svensk författningssamling. (SFS 1998:531). *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Hämtad 2010-02-04 från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1998:531>

Svensk författningssamling. (SFS 1980:100). *Sekretesslagen*. Hämtad 2010-02-05 från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1980:100>

Våld (2009). I Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2009*, kap. 12. Hämtad 2010-02-03 från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71\\_200912671.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf)

\*Wester, W., Lo Fo Wong, S., & Lagro-Janssen, A.L.M. (2007). What Do Abused Women Expect from Their Family Physicians? A Qualitative Study Among Women in Shelter Homes. *Women & Health*, 45(1), 105-119.

Widding Hedin, L. (1997). *Det kan hända vilken kvinna som helst: En handbok om bemötandet av kvinnor som blivit utsatta för misshandel och sexuella övergrepp*. Göteborg: Anamma.

\*Yam, M. (2000). Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience. *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), 464-470.

\*Zink, T., Jacobson, J., Regan, S., & Pabst, S. (2004). Hidden Victims: The Healthcare Needs and Experiences of Older Women in Abusive Relationships. *Journal of women's health*, 13(8), 898-908.

## 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
100204	Cinahl	Battered women AND Professional-patient relations	English, peer-reviewed, år 2005-2010		14	Svarade ej på syftet, uppsats, abstract saknades	Wester, W., Wong, S.L.F., & Lagro-Janssen. A.L.M. (2007). What do abused women expect from their family physicians.  Kelly, U. (2006). "What will happen if I tell you" Battered Latina women's experience of healthcare.
100509	Cinahl	Domestic violence AND experience* AND health care AND women* AND abuse	År 2000-2010	Abstract	14	Berörde SSK-perspektiv, mental hälsa, tandläkarperspektiv, gravida, socialt stöd, effekterna av våld, riskfaktorer	de Beer, E., Poggenpoel, M., & Myburgh, C.P.H. (2005). The lived experience of women subjected to domestic violence and abuse.

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
100509	Cinahl	Intimate partner violence AND experience* AND health care AND women* AND abusive relationship*	År 2002-2010	Abstract	5	Berörde posttraumatisk stress, homosexuella och depressioner	Nemoto, K. (2006). Battered Japanese women's experiences in healthcare settings: what types of assistance they regarded as helpful or unhelpful.
100509	Cinahl	Battered women* AND experience* AND healthcare AND intimate partner violence	År 2000-2010		12	Berörde mental hälsa, studentperspektiv, ej sjukvården, ej upplevelser av bemötande	Flinck, A., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2005). Survival of intimate partner violence as experienced by women.  Zink, T., Jacobson, J., Regan, S., & Pabst, S. (2004). Hidden victims: The Healthcare Needs and Experiences of Older Women in Abusive Relationships.
100509	Academic Search Elite	Patient AND trust AND intimate partner violence AND provider	År 2000-2010	Abstract	2	Berörde depressioner och smärta	Battaglia, T.A., Finley, E., & Liebschutz, J.M. (2003). Survivors of Intimate Partner Violence Speak Out: Trust in the Patient-provider Relationship.

<b>Datum</b>	<b>Databas</b>	<b>Sökord och boolesk operator</b> (and, or, not)	<b>Begränsningar</b>	<b>Typ av sökning</b> (tex. Fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	<b>Antal träffar</b>	<b>Motiv till exklusion av artiklar</b>	<b>Utvalda artiklar</b>
100509	Academic Search Elite	Domestic violence AND women AND victims AND experience AND nurse*	År 2000-2010	Abstract	4	Berörde mental hälsa, datoranvändning bland våldsutsatta kvinnor på hem, ej upplevelser	Mayer, B.W. (2000). Female domestic violence victims: perspective on emergency care.
100509	PubMed	Domestic violence AND health care AND women AND nurse	Humans, English	Title/Abstract	8	Berörde SSK-perspektiv och datoranvändning bland våldsutsatta kvinnor på hem	Belknap, R.A., & Sayeed, P. (2003). Te contaria mi vida: I would tell you my life, if only you would ask.
100509	PubMed	Women AND health care AND intimate partner violence AND interventions	Humans, English, All adult: 19+ years, Adult: 19-44 years, Middle aged: 45-64 years	Title/abstract	24	Berörde risk bedömning, steg till förändring, barn, mental hälsa, datoranvändning bland våldsutsatta kvinnor på hem, ej upplevelser	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.

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
100509	PubMed	Intimate partner violence AND women AND health AND support AND experience*	English, humans, adult: 19-44 years, middle age: 45-64 years, 2000-2010	Title/abstract	20	Berörde gravida, kronisk smärta, posttraumatisk stress, mental hälsa, HIV, suicid risker, ej upplevelser	Chang, J.C., Decker, M.R., Moracco, K.E., Martin, S.L., Petersen, R., & Fraiser, P.Y. (2005). Asking about intimate partner violence: advise from female survivors to health care providers.
100509	PubMed	Intimate partner violence AND patient AND women AND abuse AND clinicians	English, humans		24	Berörde gravida, miljö, psykiska symtom, fysiska skador, vårdpersonalens perspektiv, missbruk, ej upplevelser	Rodriguez, M.A., Sheldon, W.R., Bauer, H.M., & Pérez-Stable, E.J. (2001). The Factors Associated with Disclosure of Intimate Partner Abuse to Clinicians.

<b>Datum</b>	<b>Databas</b>	<b>Sökord och boolesk operator</b> (and, or, not)	<b>Begränsningar</b>	<b>Typ av sökning</b> (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	<b>Antal träffar</b>	<b>Motiv till exklusion av artiklar</b>	<b>Utvalda artiklar</b>
100509	Cinahl	Health care AND intimate partner violence AND experience* AND perception*	English, år 2000-2010		12	Berörde SSK-perspektiv, upplevelser av våldet, förtidigt födda barn, HIV/AIDS, depression	Nemoto, K., Rodriguez, R., & Mkandawire-Valhmu, L. (2008). Battered Japanese women's perceptions and experiences of beneficial health care.  Yam, M. (2000). Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED.



## Bilaga 2

### Artikelöversikt

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Chang, J.C., Decker, M.R., Moracco, K.E., Martin, S.L., Petersen, R. & Frasier, P.Y USA 2004	Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers.	Att identifiera vilka råd kvinnor som har upplevt våld kan ge till vårdpersonal.	Kvinnor som blir eller har blivit utsatta för våld valdes ut och de skulle även vara aktiva i stödgrupper för de som blivit utsatta för våld. Dessa kvinnor fanns genom att författarna samarbetade med olika program som har hand om dessa kvinnor. Fokusgruppintervjuer användes och 41 kvinnor deltog.	Varje session skrevs ut och både moderators och observatörens fick vars ett exemplar för att se om de stämde överens med vad de kom ihåg från diskussionen. Sedan fick flera olika personer gå igenom materialet för att undvika bias. Två författare analyserade sedan materialet enskilt och satte koder på ord, meningar och fraser.	De råd som kvinnorna gav var att vårdpersonalen skulle berätta för kvinnan varför de frågade om våld förkom, det var viktigt med information om stöd och hjälp och det var viktigt att det var en säker miljö för kvinnan.	Bra.

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Yam, M. USA 2000	Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience.	Att beskriva våldsutsatta kvinnors uppfattning av akutmottagnin gen.	Kvinnor som hade sökt hjälp för våldrelaterade skador inom de senaste 12 månaderna valdes ut. Författarna rekryterade kvinnor från olika hem för kvinnor som blivit utsatta för våld. 5 kvinnor deltog i personliga intervjuer.	Författarna använde sig av Colaizzi's metod för fenomenologisk analys. Intervjuerna lästes flera gånger för att få en exakt uppfattning om innehållet. Signifikanta påstående, d.v.s. meningar eller fraser som direkt berörde upplevelser av akutmottagningen plockades ut. Dessa omvandlades sedan till teman som organiserades in till olika kategorier.	Kvinnorna var rädda för att berätta på grund av att de trodde inte att vårdpersonalen skulle förstå. De var nöjda med hur personalen tog hand om deras fysiska skador, men missnöjda med hur frågan om våld hanterades.	Mycket bra.
Kelly, U USA 2006	"What will happen if I tell you?" Battered Latina women's experiences of health care.	Att beskriva hur kvinnorna upplever vården, identifiera kvinnornas förväntningar av personalen och öka personalens kunskaper om hur kvinnorna upplever vården.	Kvinnor som blivit utsatta för våld av en partner men som inte längre är tillsammans med personen och som sökte hjälp under tiden våldet pågick valdes ut. Författaren valde ut kvinnorna från en agentur för våldsutsatta kvinnor och från ett service program. 17 kvinnor deltog i personliga intervjuer.	Intervjuerna som gjordes på spanska skrevs ut både på spanska och engelska för att inte förlora viktig data. Författaren använde sig av Van Manen's metod. Författaren såg på texterna som en helhet och plockade ut fraser som sammanfattade helheten. Efter att fraserna plockades ut kodades dessa fraser genom att hitta innebörden av upplevelsen i varje fras. Tillsist organiserade författaren dessa koder i olika teman.	Kvinnorna var rädda för att berätta om våldet. De var rädda för de konsekvenser som skulle kunna uppstå om de berättade. Men även fast de var rädda ville kvinnorna att vårdpersonalen skulle fråga om våldet så de kunde få hjälp.	Mycket bra.

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
de Beer, E.D.E., Poggenpoel, M. & Myburgh, C.P.H. Sydafrika 2006	The lived experience of women subjected to domestic violence and abuse.	Att utforska och beskriva upplevelsorna av att ha blivit utsatt för våld och att ge vårdpersonalen tips om hur man stöttar dessa kvinnor.	9 kvinnor som blivit utsatta för våld i minst ett år valdes ut. Personliga intervjuer utfördes.	Efter intervjuerna spelade författarna upp det för kvinnorna så de kunde kommentera och lägga till. Teman bestämdes utifrån intervju materialet och diskuterades mellan de som utförde intervjuerna. Efter det använde författarna sig av öppna koder. Materialet analyserades noga för att hitta likheter och skillnader. Efter kodningen diskuterade författaren med personen som kodat för att förfinna de teman som tidigare hittats.	Kvinnorna upplevde att de mådde psykiskt dåligt på grund av våldet, att de var socialt isolerade och att de kände sig som offer.	Mindre bra.

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Zink, T., Jacobson, J., Regan, S. & Pabst, S USA 2004	Hidden victims: The health care needs and experiences of older women in abusive relationships.	Att få en bättre förståelse av upplevelser och behov hos äldre våldsutsatta offer på sjukhus.	Kvinnor äldre än 55 år som är eller har varit i ett våldsamt förhållande valdes ut. 38 kvinnor uppnådde kriterierna och genomförde intervjun. Först använde sig författarna av flygblad och ryktesspridning på hem för kvinnor som blivit utsatta för våld. Detta gav dåligt resultat och författarna satte då in en annons i tidningen.	Ett team med experter analyserade materialet. Experterna analyserade materialet enskilt och spelade in hans eller hennes sammanfattning och möjliga teman. Sedan träffades författarna ett flertal gånger för att gå igenom materialet och identifiera teman. Alla intervjuerna kodades sedan.	Vissa av kvinnorna upplevde att vårdpersonalen hade bemött dem väl och att de hade visat empati och att de fått hjälp. Andra kvinnor redovisade motsatsen, där hade vårdpersonalen inte brytt sig. Flertalet kvinnor kände även att det var svårt att berätta för läkaren om våldet eftersom mannen gick till samma läkare.	Mycket bra.

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Battaglia, T.A., Finley, E., & Liebschultz, J.M. USA 2003	Survivors of Intimate Partner Violence Speak Out: Trust in the Patient- provider Relationship.	Att identifiera kännetecken som främjar tillit i en patient- personal relation gällande överlevare av partnervåld.	Kvinnor, engelsktalande, 18-64 år, ska ha varit i ett förhållande med partnervåld inom de senaste tre åren. Urvalet kontaktades via personal på skyddshem eller via flygblad till alla partnervåldsföreningar i östra Massachusetts. 27 kvinnor deltog. Intervjuguide och öppna frågor användes, dessa spelades in på band.	Alla intervjuer transkriberades. Författarna läste enskilt igenom materialet och skrev preliminära koder som listades i kategorier. Efter det träffades författarna för att diskutera vad de kommit fram till och för att göra permanenta koder.	Baseras på 169 möten med olika professioner inom sjukvården. Centralt rörande tillit var kommunikation, professionell kompetens, att vara delaktig i sin vård, omvårdnad och att de fick en personlig kontakt med vårdpersonalen.	Bra.

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Nemoto, K., Rodriguez, R., & Mkandawire -Valhmu, L. Japan 2008	Battered Japanese women´s perceptions and experiences of beneficial health care.	Att utforska våldsutsatta japanska kvinnors uppfattningar och upplevelser av sjukvård som de fann hjälpfull när de handskades med partnervåldet.	Kvinnor, 18 år eller äldre, boende i västra, centrala eller södra Japan, definierade sig själv som offer för partnervåld, har sökt sjukvård till följd av partnervåld. Urvalet kontaktades via personal på partnervåldsprogram/in stitut eller via flygblad till partnervåldsprogram/in stitut. 15 kvinnor deltog. Intervjuer med semistrukturerad intervjuguide användes, dessa spelades in på band.	En av författarna och en kvinnlig forskarassistent kodade intervjuerna. Meningsfulla enheter identifierades utifrån frågan: Vilken typ av hjälp från sjukvårdspersonal fann slagna kvinnor vara hjälpsam när de handskades med sina partners våld?	Centralt var empati och förståelse, professionellt möte och att vårdgivaren tog sig extra tid att sitta ner och prata.	Bra.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Flinck, A., Paavilainen, E., & Åstedt- Kurki, P. Finland 2005	Survival of intimate partner violence as experienced by women.	Att beskriva kvinnors upplevelser av partnervåld, konsekvenserna av våldet, hjälpen de fick och kvinnornas upplevelse av att komma ur förhållandet.	Kvinnor, offer för partnervåld. Urvalet kontaktades genom en volontärorganisation som informerade sina medlemmar om studien. Kvinnorna som ville delta kontaktade i sin tur forskarna. 7 kvinnor deltog. Intervjuer med löst formulerade frågor gjordes, dessa spelades in på band.	Intervjuerna kodades. Kvalitativ innehållsanalys utfördes där man gjorde olika kategorier.	Kvinnorna upplevde att både de och deras partner var svaga och att kvinnorna kämpade med att hitta en balans mellan att vara självständig och att vara beroende av mannen. Kvinnorna sökte hjälp först när allt hade gått för långt. När problemet uppdagades fick de den hjälp de behövde för att komma ur förhållandet.	Bra.
Mayer, B.W. USA 2000	Female Domestic Violence Victims: Perspectives on Emergency Care.	Att beskriva hur kvinnliga offer för partnervåld uppfattar sina upplevelser på akutmottagnin gen.	Kvinnor, boende på skyddshemmet. Urvalet gjordes genom att ett skyddshem med 60 boende valdes ut. 35 kvinnor deltog. Deltagarna fick först ett frågeformulär med 13 st ja- eller nej-frågor. Därefter ingick de i fokusgrupper som spelades in på band.	Fokusgruppintervjuerna kodades. Innehållsanalyser gjordes och kategorier skapades.	Resultatet behandlar hur kvinnorna känner/beskriver sina upplevelser på akutmottagningen, hur de får information, hur de upplever sjuksköterskors attityder och faktorer som är avgörande för uppbrott med partnern.	Bra.

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Belknap, R.A., & Sayeed, P. USA 2003	Te contaria mi vida: I would tell you my life, if only you ask.	Att undersöka kvinnors tankar och känslor om att bli tillfrågade av en sjuksköterska eller annan vårdpersonal angående utnyttjande.	Kvinnor, invandrade till USA från Mexico, ha upplevt partnervåld. Urvalet gjordes med hjälp av en som arbetade på en partnervåldsinstitution. 7 kvinnor som bodde på institutionen deltog. Intervjuer med öppna frågor användes, dessa spelades in på band.	Intervjuerna transkriberades av författarna och en forskarassistent. Intervjuerna kodades och delades in i teman på spanska och översattes därefter till engelska.	Centralt var närvaro, ta sig tid att lyssna och att visa intresse för kvinnans liv.	Bra.



<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Nemoto, K. Japan 2006	Battered Japanese women´s experiences in health care settings: what types of assistance they regarded as helpful or unhelpful.	Att identifiera våldsutsatta japanska kvinnors upplevelser i hälso- och sjukvården.	Kvinnor, 18 år eller äldre, boende i centrala, västra eller södra Japan, ha varit utsatta för partnervåld och sköt sjukvård till följd av partnervåld. Kvinnorna kontaktades av personal på tre olika sjukhus som hjälper våldsutsatta kvinnor och via flygblad till ett partnervåldsprogram/institut. 15 kvinnor deltog. Intervjuer med semistrukturerad intervjuguide användes, dessa spelades in på band.	Intervjuerna transkriberades på japanska och författaren lyssnade på dem två gånger för att vara säker på att inte ha missat något. Materialet kodades och översattes därefter till engelska och därmed kunde författarens två forskarassistenter också ta del av materialet. Det delades sen in i kategorier. I analysen användes både tematisk analys och narrativ analys.	Resultatet fokuserar på vilka av vårdpersonalens handlingar som kvinnorna fann vara till hjälp och vilka de inte tyckte var bra. Även hur kvinnorna uppfattade sina upplevelser i hälso- och sjukvården och hur sjukvårdspersonal ska kunna hjälpa de våldsutsatta kvinnorna.	Mycket bra.

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Rodriguez, M.A., Sheldon, W.R., Bauer, H.M., & Pérez-Stable, E.J USA 2001	The Factors Associated with Disclosure of Intimate Partner Abuse to Clinicians.	Att identifiera prevalens, avgörande faktorer samt barriärer till kommunikationen mellan vårdgivare och patienter angående partnervåld.	Kvinnor som är Afrikansk-Amerikanska, icke-Latino eller Latino, var 18-45 år, fått hjälp på en klinik inom de närmsta 6 månaderna och har blivit utsatta för partnervåld valdes ut. 375 kvinnor deltog. Telefonintervjuer genomfördes.	Analysen genomfördes med hjälp av SPSS statistisk mjukvara. Multipel logistisk regressions analys användes för att räkna ut konfidensintervallet. Signifikansen räknades ut med hjälp av Pearson chi-square test.	Nästan hälften av kvinnorna uppger att de pratat med vårdpersonal om våldet. Kommunikationen brast när vårdpersonalen inte frågade direkt om våldet.	Bra.
Chang, J.C., Cluss, P.A., Ranieri, L.A., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., McNiel, M., & Scholle, S.H. USA 2005	Health care interventions for intimate partner violence: what women want.	Att beskriva vad kvinnorna ville ha ut av hälso- och sjukvården, olika interventioner och varför kvinnorna upplevde vissa interventioner hjälpsamma och andra inte.	Kvinnor som har en historia av våld och som har blivit utsatta för våld inom ett år och de kvinnor som har blivit utsatta för våld men inte inom det senaste året. Författarna använde sig av flyers, posters, de pratade med ett sjukhus bara för kvinnor, de pratade även med vårdcentraler som identifierade patienter som blivit utsatta för våld.	Varje intervju skrevs ut och både den som intervjuade och observatören fick vars ett exemplar för att se om det stämde överens med vad de kom ihåg från diskussionen. Anteckningar som togs under varje intervju användes för att stärka materialet. Författarna använde sig av Grounded Theory för att analysera sitt material. Genom att utgå ifrån den fick de fram olika teman, efter det framställdes olika koder på varje utskrivna intervju.	Interventioner som var hjälpsamma: individuell terapi, information från vårdpersonal, hjälp med att bli av med missbruk, behandla depression. Interventioner som inte var hjälpsamma: att läkaren skulle ringa hem för att se hur de mår, att bo på hem för kvinnor som blivit utsatta för våld och att vårdpersonalen ringer polisen.	Bra.

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Wester, W., Lo Fo Wong, S., & Lagro- Jansen, A.S.M. Holland 2007	What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes.	Att få insikt i behoven och förväntningarna som våldsutsatta kvinnor som bor på hem för våldsutsatta kvinnor har mot familjeläkaren.	Kvinnor som blivit utsatta för våld och som bor eller har bott på hem för våldsutsatta kvinnor inom de närmsta 3 månaderna valdes ut. Tre olika typer av intervjuer utfördes. Individuell, i par och i grupp. 12 kvinnor deltog.	Intervjuerna spelades in på band och skrevs sedan ut. Författarna läste materialet flera gånger enskilt för att hitta viktiga teman. Alla kommentarer sorterades efter nyckelfrågor. Författarna sökte enskilt efter mönster som uppstod vid varje fråga och därefter definierade författarna de viktigaste teman tillsammans. Specifika teman identifierades i samordning med Grounded Theory metoden.	Kvinnorna upplevde både positiva och negativa bemötanden av läkaren. De flesta av kvinnorna upplevde att läkarens attityd var en av de viktigaste delarna i bemötandet.	Bra.

## Bilaga 3

### Checklista för kvalitativa artiklar

Syftet med studien?

Vilken kvalitativ metod har använts?

Är designen av studien relevant för att besvara syftet/frågeställningen?

Ja       Nej

Undersökningsgrupp

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

Metod för datainsamling

Är fältarbetet 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

#### 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 resultatet 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

#### 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 slutsatserna?

Ja             Nej

Om nej, varför inte?

Ska artikeln inkluderas?

Ja             Nej

### **Mindre bra**

< 50 % av frågorna kunde besvaras jakande.

### **Bra**

50 – 75 % av frågorna kunde besvaras jakande.

### **Mycket bra**

> 75 % av frågorna kunde besvaras jakande.