



Namn: Isa Elford & Madeleine Kverneng

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGT13, 2018

Nivå: Grundnivå

Handledare: Viktoria Wallin

Examinator: Monica Rydell Karlsson

Våldsutsatta kvinnors upplevelser av sjukvården

En litteraturöversikt

Abused women's experiences of health care

A literature review

Sammanfattning

Bakgrund: Våld mot kvinnor som utövas av en partner de står i nära relation till är ett stort samhällsproblem. Våld definieras som en fysiskt, psykiskt och sexuellt relaterad våldshandling. Våldet innebär skada eller lidande för kvinnan oavsett om det sker offentligt eller privat. När en kvinna blir utsatt för våld av en närstående sker successivt en normaliseringsprocess vilket betyder att kvinnan börjar acceptera händelser hon tidigare inte skulle ha gjort. Litteratur om sjuksköterskors erfarenheter visar att det saknas vägledning och riktlinjer för hur de ska bemöta våldsutsatta kvinnor. Samhället har stora kostnader för våld mot kvinnor. Uppskattningsvis ligger kostnaderna mellan 2,7 – 3,3 miljarder kronor per år. Dessa siffror är svåra att beräkna eftersom kvinnor på grund av rädsla och att våldet normaliserats inte alltid uppger den verkliga orsaken till kontakten med sjukvården.

Syfte: Syftet var att undersöka hur kvinnor som varit utsatta för våld i nära relationer upplever vården.

Metod: Denna litteraturöversikt utfördes i enlighet med Friberg (2012). Tio stycken vetenskapliga artiklar ligger till grund för arbetets resultat. Databaserna Cinahl Complete och PubMed har använts. Artiklarna har analyserats och kvalitetsgranskats.

Resultat: Litteraturöversiktens resultat har redovisats i fyra kategorier: *betydelsen av att bli bekräftad, när våldet ignoreras, kvinnornas upplevelser av skuld, skam och övergivenhet, samt miljöns och omgivningens betydelse.*

Diskussion: Resultatet har diskuterats utifrån Katie Erikssons omvårdnadsteori med några av hennes konsensusbegrepp; *lidande, människa och hälsa*. Våldsutsatta kvinnor upplevde brister inom vården. Vårdpersonalens kunskapsbrist om våld i nära relationer bidrog till att kvinnor inte uppmärksammas ur ett helhetsperspektiv.

Nyckelord: kvinnor, sjukvård, upplevelser, våld i nära relationer

Abstract

Background: Violence against women carried out by a partner with whom they have a close relationship is a major problem in our society. Here, violence is defined as a violent act of a physical, psychological or sexual nature. The violent act carried out against the woman inflicts injury and suffering, regardless of whether the act of violence is committed publicly or at home. When a woman is subjected to violence by a person with whom she has a close relationship, a gradual normalization process takes place. This means that the woman gradually starts to accept acts of abuse and assault that she previously would never have tolerated. Literature on experiences made by health workers show that there is not sufficient guidance and guidelines for health workers on how to best treat women who have been subjected to violence. Violence against women leads to significant costs to society. An estimation puts the annual cost at around 2,7 to 3,3 billion Swedish Krona (SEK). However, it is difficult to assess the exact sum, as women due to fear and the normalization process of abuse, not always state the true reason for seeking health care and treatment.

Aim: The purpose was to examine abused women's experiences of health care.

Method: The literary review was conducted in accordance with the Friberg method (2012). Our work is based on ten scientific articles. We have used the Cinahl Complete and PubMed databases in our research. The articles have been analysed and the quality has been controlled.

Results: The result of our literary review has been presented in four different categories: *The significance of confirmation; When violence is ignored; Women's feelings of guilt, shame and abandonment; and The significance of the environment and surroundings.*

Discussion: The result has been discussed with Katie Eriksson's care theory as a starting point, along with some of her concepts of consensus: *suffering, the individual and health.* Women subjected to abuse experienced flawed and deficient health care. The health workers' lack of knowledge of violence in close relationships also meant that abused women were not viewed from a holistic perspective by the health workers.

Keywords: experiences, health care, intimate partner violence, women

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Definition av våld	2
Normaliseringen av våld och konsekvenserna	2
Sjuksköterskans profession	3
Sjuksköterskans möte med våldsutsatta kvinnor	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	6
METOD	7
Datainsamling	7
Urval	7
Analys	8
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	9
Betydelsen av att bli bekräftad	9
När våldet ignoreras	10
Kvinnornas upplevelser av skuld, skam och övergivenhet	11
Miljö och omgivningens betydelse	12
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	14
Kliniska implikationer	17
Förslag till fortsatt forskning	18
SLUTSATS	18
REFERENSFÖRTECKNING	20
BILAGA 1. SÖKMATRIS	24
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	26

Inledning

Vi har valt att fokusera på våld där kvinnan är utsatt av en partner hon står i nära relation till. Intresset för detta fenomen finns hos oss båda efter erfarenheter av att det förekommit våld i nära relationer i vår omgivning. Vi tror att kvinnor som utsatts för våld kan ha svårt att berätta om sin situation. Som blivande sjuksköterskor antar vi att kontakt med kvinnor som utsatts för våld av en partner de står i nära relation med kan förekomma. Genom ökad kunskap inom vården blir det lättare att bemöta och förstå kvinnorna och kunna förmedla en känsla av trygghet då de befinner sig i en svår situation. För att förbereda oss för den kommande sjuksköterskerollen vill vi få ökad kunskap om hur vi kan bemöta kvinnor som är utsatta för våld i nära relation på bästa sätt.

Bakgrund

World Health Organization, (WHO) uppskattar att 35 procent av alla kvinnor i världen har utsatts för fysiskt eller sexuellt våld av antingen en partner eller utomstående (WHO, 2017). Våld mot kvinnor är därför ett betydande samhällsproblem. Socialstyrelsen (2016) uppger att det inte bara är våldsutsatta kvinnor som får betala ett högt pris - även samhället har stora kostnader för våld utfört mot kvinnor. Uppskattningsvis ligger kostnaderna mellan 2,7–3,3 miljarder kronor per år. Dessa siffror är svåra att beräkna då kvinnor, på grund av rädsla för att våldet kan trappas upp, inte alltid uppger den verkliga orsaken till kontakt med sjukvården. Inom psykiatrin uppskattas kostnaderna vara stora då kvinnor som utsatts för våld ofta utvecklar psykisk ohälsa. Stora summor läggs också ned inom rättsväsendet, där handlar det om ca en miljard kronor per år.

Våldsutsatta kvinnor kan söka vård hos olika vårdgivare, vilket kan vara allt ifrån akutmottagningar till primärvård (NCK, u.å.). Det har visats att hos kvinnor som lever eller tidigare levt i en relation som innehåller våld kan få negativ påverkan på hälsan. Det har framkommit att kvinnor som utsatts för psykiskt, fysiskt och/eller sexuellt våld har uppvisat symtom såsom; depression, ätstörningar, huvudvärk, smärta i axlar eller nacke, yrsel och tarmbesvär (de Albuquerque Netto et al., 2014). Det har i flera fall även förekommit självskaðebeteende, sömnsvårigheter och posttraumatiskt stressyndrom. Enligt Haesler (2013) lever kvinnor som är utsatta för våld i en komplex och utmanande situation, det har visats att det finns en ökad risk för kvinnor som utsätts för våld att utveckla ett substansmissbruk eller riskbruk av alkohol. Kvinnor som utsatts för upprepat våld i över ett år riskerar att på sikt utveckla ett kroniskt nedsatt immunförsvar, samt kronisk trötthet, smärta och nedsatta

kognitiva funktioner. Enligt Carlberg, Lindberg, Lind och Rasmussen (2017) har det framkommit att kvinnor som varit utsatta för våld i nära relation har en ökad risk för suicidförsök.

Definition av våld och närstående

Johnsson-Latham (2014) hänvisar till FN:s definition om våld som en våldshandling vilken är fysisk, psykisk eller sexuellt relaterad och som innebär skada eller lidande för kvinnan oavsett om det sker offentligt eller privat. Det finns olika typer av våld. Utifrån Socialstyrelsens (2018) definition innebär fysiskt våld bland annat att bli knuffad, fasthållen, slagen, sparkad på eller dragen i håret. Det sexuella våldet definieras som påtvingade sexuella handlingar och våldtäkter, även i de fall där den utsatta personen inte vågar säga nej. Psykiskt våld handlar om att den utsatta blir förlöjligad, kränkt eller utsatt för hot. Dessa handlingar kan även vara riktade mot andra personer eller husdjur som den våldsutsatta värnar om (Socialstyrelsen, 2018).

Statistik från brottsförebyggande rådet (Brå) gällande anmäld misshandel (2016) visar att 40 procent av de kvinnor som anmälde brott stod i nära relation till förövaren, medan män som anmälde misshandel stod i nära relation till förövaren i 3 % av fallen ([ww.bra.se](http://www.bra.se)). Enligt Socialstyrelsen (2018) syftar begreppet närstående på att den våldsutsatta har en nära och förtroendefull relation till våldsutövaren. Det innefattar makar, sambor, partners, föräldrar, syskon, barn eller släktingar, men kan även vara en annan person som den utsatta haft en nära relation till. I en utredning när en kvinna utsatts för våld görs en bedömning huruvida någon betraktas som närstående utifrån levnadsförhållandet i varje enskilt fall (Socialstyrelsens handbok, 2016).

Normaliseringen av våld och konsekvenserna

Enligt Nordborg (2014) syftar begreppet normaliseringsprocess till att våldet successivt kan uppfattas som normalt i en kvinnas vardag. Kvinnofridslinjen (2018) belyser att den våldsamma relationen börjar som vilken annan relation som helst. Den våldsamma relationen börjar oftast med förälskelse och passion därefter förändras relationen stegvis. Kraven som kvinnan upplever av sin partner kan kännas oskyldiga till en början. Med tiden förändras både kvinnan och partners beteende, där många kvinnor försöker anpassa sig genom att gå med på partners krav - att motsätta sig kan resultera i ökat våld. Nordborg (2014) menar att när en kvinna blir utsatt för våld av en närstående sker successivt en normaliseringsprocess, vilket

betyder att kvinnan börjar acceptera händelser hon tidigare inte skulle gjort. Det börjar oftast med psykiskt våld, där kvinnan kan börja tvivla på sig själv och blir psykiskt nedbruten. Det är vanligt att kvinnan blir isolerad från sin omgivning vilket resulterar i att hon står i ännu större beroendeställning till sin partner. Vidare beskriver Nordborg (2014) att det psykiska våldet kan övergå till fysiskt våld. Oavsett på vilket sätt en kvinna blir våldsutsatt är syftet med våldet detsamma: förövaren utövar makt genom sina handlingar som resulterar i skada och skrämsel hos kvinnan.

Skillnaden mellan våld i nära relationer och överfallsvåld är att i nära relationer sker det under längre perioder och det ökar successivt - det är det som kan leda till att våldet till viss del blir normaliserat. Det är vanligt att det finns en växling mellan värme och våld i relationen, vilket innebär att partnern växlar mellan att vara aggressiv och våldsam till kärleksfull och omvårdande och som leder till att kvinnan utvecklar ett känslomässigt beroende till partnern. Våldsutsatta kvinnor kan således uppleva motstridiga känslor för partnern som utövar våld, där de hoppas och tror att de på egen hand ska klara av att förändra partnern och på så vis uppnå en relation utan våld (Haesler, 2013). Om kvinnan levt med partnern under lång tid men ändå till slut lyckats lämna den destruktiva relationen har det visat sig att kvinnan vanligtvis återvänder tillbaka till den våldsamma partnern efter några månader. Kvinnor som utsatts kontinuerligt för våld under ett års tid eller mer löper ökad risk för att utsättas för våld igen även i en ny relation.

Nordborg (2014) beskriver att i takt med en tilltagande social isolation, försvinner omgivningens bekräftelse på att skadorna som förorsakats strider mot lagen och mänskliga rättigheter. Gränserna mellan rätt och fel börjar allt mer suddas ut. Det kan i sin tur leda till att kvinnan börjar tvivla på sig själv och blir övertygad om att det är hennes eget fel, vilket är en överlevnadsstrategi för att hon ska klara av att stå ut. Det betyder inte att hon är tillfreds med sin situation - ingen vill bli slagen.

Sjuksköterskans profession

Socialstyrelsen (2018) beskriver att sjuksköterskans ansvar handlar om ett omvårdnadsarbete där det ingår att se patienten ur ett helhetsperspektiv. Svensk sjuksköterskeförening (2018) beskriver att ett helhetsperspektiv innebär att människan ska ses som en enhet bestående av kropp, själ och ande. Sjuksköterskans profession innehåller fyra grundläggande huvudområden: främja hälsa, lindra lidande, förebygga sjukdom och återställa hälsa. Sjuksköterskor har som huvudansvar att identifiera och prioritera den person som är i störst

behov att vård. Sjuksköterskan bör lyssna på människans livsberättelse och med hjälp av den kliniska blicken bedöma människans hälsotillstånd. WHO (2018) definierar hälsa som ett tillstånd av psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande. Hälsan är relativ och påverkas av olika faktorer och innebär mer än enbart frånvaro av sjukdom. Livskvalitén spelar en viktig roll i hur människan upplever sin hälsa. Då sjuksköterskan har som ansvar att lindra lidande och främja hälsa är det viktigt att sjuksköterskan stödjer kvinnan (Svensk sjuksköterskeförening 2017).

Hälso- och sjukvården har enligt Berglund och Witkowski, (2014) ansvar för att identifiera och upptäcka våld mot kvinnor samt erbjuda god vård. För att kunna ge god vård skall bakomliggande orsaker försöka identifieras. Den våldsutsatta kvinnan kan uppleva sin hälsa som dålig och söker exempelvis vård för psykiska åkommor, då bör vårdpersonalen uppmärksamma att våld kan vara en bakomliggande faktor till kvinnans dåliga hälsa. Sjuksköterskor kan ställa rutinmässiga frågor om våld för att på så vis öppna upp dialogen med kvinnan. För att alla sjuksköterskor ska ha samma förhållningssätt och för att människor ska få en jämlik vård så finns den etiska koden International Council of Nurses (ICN)(Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Koden gäller för alla sjuksköterskor i världen och innebär bland annat att sjuksköterskan på ett lämpligt sätt skall ingripa för att skydda personer, allmänheten eller familjer om deras hälsa hotas när någon annan person utgör fara för den enskilda individen.

Sjuksköterskans möte med våldsutsatta kvinnor

Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell och Törnkvist (2012) visade att sjuksköterskor i mötet med våldsutsatta kvinnor upplevde att det saknades vägledning och riktlinjer för hur de skulle agera och vad de skulle fråga efter. Det är viktigt att få kunskap om vad patienterna upplevt och vad som får dem att känna rädsla och obehag. Giacomo et al. (2016) visade att ökad kunskap hos vårdpersonalen ökar chanserna till ett gott bemötande och möjligheten att kunna ge den vård och det stöd som våldsutsatta kvinnor behöver då de redan befinner sig i en svår situation. Rhodes et al. (2007) beskrev att sjuksköterskor uppgav att det fanns brister i mötet med de våldsutsatta kvinnorna. Det handlade om emotionellt svåra möten där sjuksköterskor kände sig osäkra på vilka frågor de skulle ställa och vilken hjälp de kunde erbjuda kvinnorna. Sjuksköterskor uppgav att deras arbete skulle kunna underlättats genom att frågan om våld i nära relation var rutinmässig; detta för att avdramatisera frågeställningen, vilket kan resultera i att kvinnan känner sig mer bekväm med att öppna sig.

Enligt Williston et al. (2013) var sjuksköterskor i behov av ökad kunskap för att kunna erbjuda rätt hjälp till de våldsutsatta kvinnorna, då omvårdnaden är mer komplicerad än att bara behandla fysiska skador. Sjuksköterskor hade svårt att distansera sig från sina egna känslor av maktlöshet, något som fick dem att känna sig oprofessionella. De ville hjälpa de våldsutsatta kvinnorna, men kunde inte i brist på resurser, tid och kunskap. Goldblatt, (2009) visade att en del av sjuksköterskorna kunde distansera sig och gjorde enbart det som förväntades av dem, för att skydda sig själva mot de våldsutsatta kvinnornas känslor. Sjuksköterskorna kände empati för kvinnorna, men var tvungna att hålla ett visst känslomässigt avstånd för att inte ta med sig jobbet och upplevelserna hem. Det förekom att sjuksköterskor drog sig för att möta dessa kvinnor, då det blev svårt att behålla sin professionalitet i arbetet och därför valde de att fokusera enbart på de fysiska skadorna. Att erkänna kvinnan och deras svåra situation upplevdes som hotande och skrämmande för sjuksköterskor, varpå många hellre valde att inte se och möta deras lidande. För att en sjuksköterska ska kunna bemöta en kvinna som utsatts för våld i nära relation och erbjuda rätt vård, är det nödvändigt att sjuksköterskan förstår vilka konsekvenser våldet medför (Berglund & Witkowski, 2014). När sjuksköterskan möter en våldsutsatt kvinna är det viktigt att det finns en grundläggande förståelse för hur det är att leva med en partner som utövar våld. Om sjuksköterskan visar en genuin vilja till att lyssna på kvinnans livsberättelse och bekräfta det kvinnan säger, uppfyller sjuksköterskan sitt ansvar som professionen innefattar, att lindra kvinnans lidande.

Problemformulering

Kvinnor som utsatts för våld av en partner de står i nära relation med är ett omfattande samhällsproblem. Kontakt med kvinnor kan ske inom olika vårdinstanser, vilket kan vara allt ifrån akutmottagningar till primärvård. Vanliga kontaktorsaker kan vara symtom såsom depression, huvudvärk, samt smärtor i axlar och nacke. Våldsutsatta kvinnor kan vara psykiskt nedbrutna och isolerade från sin omgivning, har kvinnan utsatts för våld upprepade gånger kan det ha lett till en normaliseringsprocess. Den kan medföra att kvinnor drar sig för att berätta om sin livssituation där våld från en partner förekommer. Litteratur om sjuksköterskors erfarenheter visar att det saknas vägledning och riktlinjer för hur de ska bemöta våldsutsatta kvinnor. Det har framkommit att sjuksköterskor upplevt det påfrestande att vårda våldsutsatta kvinnor. För att kunna hjälpa dessa kvinnor är det en förutsättning att vårdpersonalen får kunskap om deras problem. Det initiala bemötandet är därför viktigt för att bygga förtroende med kvinnorna, så att de vågar anförtro sig.

Syfte

Syftet var att undersöka hur kvinnor som varit utsatta för våld i nära relationer upplever vården

Teoretisk utgångspunkt

Gustin och Lindvall (2016) skriver att Katie Erikssons omvårdnadsteori omfattas av konsensusbegreppen människa, hälsa, vårdande, värld och lidande. Enligt Eriksson (2015) ska människan ses som en enhet av kropp, själ och ande som innebär att människans alla delar ska beaktas. Hälsa är ett tillstånd av friskhet, sundhet och välbefinnande. Hälsan är individuell och föränderlig och uppnås när människan upplever sig hel, vilket innebär att hälsa är något mer än frånvaro av sjukdom. Vårdande kan ske genom olika former av ansande, lekande och lärande som därmed åstadkomma ett tillstånd där människan upplever tillfredställelse och tillit. Vårdandet innebär att lindra lidande för att få människan att växa. Världen beskrivs som en yttre, mellan och inre värld som finns inom människan samtidigt, och är därför mångdimensionell.

Katie Erikssons teori strävar efter att lindra människors lidande och kan delas in i kategorierna livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. Livslidande är en människas livsberättelse och allt den bär med sig genom livet. Sjukdomslidande kan vara både fysiskt och psykiskt och innehålla känslor som skuld, skam och smärta. Vårdlidande är något som orsakas av vården och kan exempelvis vara kränkning av människans värdighet, fördömelse, bestraffning, maktutövning eller utebliven vård. Då värdigheten kränkts eller hotats blir kampen att försöka bevara och återuppta sin värdighet igen. Att lindra människans lidande är enligt Eriksson (2015) vårdens huvudsakliga mening. Sjuksköterskan spelar en viktig roll för patienten genom att bekräfta, våga lyssna och möta lidandet för vad det är. Vidare beskriver Eriksson (2015) att lidande är en del av det mänskliga livet där alla människor upplever det olika, beroende av sin omgivning. Lidandet i sig inte är något ont, varje individ ger lidandet mening för sig själv i sitt eget liv. Först när lidandet delas med- eller berättas för en annan människa kan en förändring ske.

Eriksson (2015) beskriver tre akter i ett så kallat lidandedrama; bekräfta lidandet, vara i lidandet och försonas med lidandet. Att bekräfta lidandet innebär att det inte är möjligt att försonas med sitt lidande förrän det bekräftas av en medmänniska. Sjuksköterskan har här en betydelsefull roll i att hjälpa människan i att bli vän med sitt lidande, då det kan vara en stor utmaning för den som lider. Den andra akten, vara i lidandet, innebär att vara medaktör i

lidandets drama är att vara nära människan och bekräfta lidandet. Ett ignorerat lidande kan medföra att människan resignerar då den inte får någon respons. Försonas med lidandet innebär att se livet för vad det är och acceptera det för att sedan kunna förändra livssituationen.

Metod

För att kunna besvara syftet gjordes en litteraturöversikt över hur kunskapsläget ser ut inom området. Enligt Friberg (2017) är en litteraturöversikt när data inhämtas från redan färdigställd forskning inom det valda ämnet och därefter sammanställs.

Datainsamling

För att se om det fanns tillräcklig med kvalitativ forskning inom det valda ämnet gjordes initialt en bred informationssökning i flera databaser. Sökningarna gav stort antal träffar där majoriteten av artiklarna som påträffades hade sjuksköterskans perspektiv. Begränsningar gjordes med artiklar från år 2000-2018, peer reviewed och vissa sökningar i fulltext, därefter lades sökord som var relaterade till upplevelser till. För att få artiklar som var relevanta till syftet. Sökningarna utfördes i de akademiska databaserna CINAHL Complete och PubMed för att dessa innefattar vårdvetenskapliga artiklar (Friberg, 2017). Valda sökord har kombinerats för att hitta artiklar som svarar an på litteraturöversiktens syfte. Sökorden som användes i fritextsökning var: *Abused Women, Nurse, Battered Women, Asking, Care, Experience, Experiences, Interview, Perceptions, Health Care, Patient, Health Care Providers, Intimate Partner Violence*. Då fritextsökningen resulterade i ett stort antal träffar bildades söksträngar med hjälp av boolesk söklogik enligt Östlundh (2017) där operatoren AND användes. Alla sökningar har sammanställts i en matris (bilaga 1).

Urval

För att få ett helhetsbegrepp inom ämnet togs ett helikopterperspektiv som Friberg (2017) beskriver är ett öppensinnat sätt att få en överblick av artiklarna och på ett kritiskt sätt granska studiernas innehåll utifrån sammanfattningen. Artiklarna som framkom med de valda sökorden granskades först utifrån titel. Om titeln var relaterat till vårt syfte lästes sammanfattningarna, och artiklarna sparades sedan i en utvald mapp. Inklusionskriterierna var att studierna skulle vara vårdrelaterade, belysa kvinnor som upplevt våld i nära relationer, kvalitativa. Även kvinnliga samkönade relationer har inkluderats. Exklusionskriterierna var

studier som var kvantitativa då det var upplevelsen som skulle undersökas, inte heller studier där både män och kvinnors upplevelser av våld granskades. Artiklarna skulle inte innehålla gravida kvinnors upplevelser. De valda artiklarna kontrollerades att de var etiskt granskade. Kvalitetsgranskningen av artiklarna genomfördes med hjälp av frågeställningar enligt Friberg (2017) för att säkerställa att artiklarna kunde inkluderas i arbetet.

Analys

Analysen utfördes i tre steg enligt Friberg (2017). Först lästes artiklarna flera gånger av författarna var för sig för att förstå innehållet, därefter gemensamt för att säkerställa att innehållet uppfattats likvärdigt. För att få struktur i materialet har utvalda delar som svarat på syftet i artiklarna förts in i en matris (bilaga 2). Artiklarnas likheter jämfördes genom att granska innehållet med fokus på syfte, metod, analys och resultat. Tio artiklar valdes ut, dessa var kvalitativa. I de inkluderade artiklarna markerades stycken och meningar som svarade an på syftet för att sedan sammanställa texten till resultatet. Delar som handlade om liknande saker i artiklarnas resultat färgkodades för att sedan sorteras och därefter kategoriseras innan sammanfattningen påbörjades.

Forskningsetiska överväganden

Kjellström (2012) menar att forskningsetik innebär att etiskt överväga det vetenskapliga arbetet inför och under bearbetningen av texten. Det innefattar att författarna bör kunna reflektera över sina egna värderingar och tankar, så etiska principer tillämpas även i de fall då arbetet kan ta oanade vändningar. Belmontrapporten är en etisk plattform som har haft stor betydelse för forskning. Den utgörs i huvudsak från tre övergripande etiska principer; göra gott, respekt för människor och rättvis principen. Tillsammans skapar dessa ett ramverk som syftar till att ge vägledning då det kan framkomma olika etiska problem. Människan ska visas respekt för sin autonomi och betraktas som självbestämmande och kompetent nog att fatta sina egna beslut och hur de vill leva sina liv. Därav är det av stor betydelse att forskningsdeltagarna erhåller all nödvändig information om den forskningen som de är ämnade att delta i. Vidare beskriver Kjellström (2012) att det krävs kännedom om de upprättade etiska riktlinjerna så att litteraturöversikten endast innehåller etiskt granskade vetenskapliga artiklar. Många gånger är den stora utmaningen när studier med människor görs att undvika att någon kränks, utnyttjas eller såras. I dessa fall är kännedom om etiska

principer en tillgång, för att kunna skydda och tillgodose de medverkandes behov och rättigheter.

Resultat

Resultatet visar fyra olika kategorier om hur kvinnor som blivit utsatta för våld upplever vården; *Betydelsen av att bli bekräftad, När våldet Ignoreras, Kvinnornas upplevelser av skuld, skam och övergivenhet, Miljö och omgivningens betydelse.*

Betydelsen av att bli bekräftad

Kvinnorna upplevde det bekräftande när vårdpersonal visade empati och lyhördhet vilket ökade kvinnornas känsla av att bli sedda (Chang et al., 2003; Bradbury-Jones et al., 2011; Örmon et al., 2013). När vårdpersonal var genuint snälla och vänliga upplevde kvinnorna det som lugnande och värdefullt att vårdpersonalen lyssnade (Chang et al., 2005; Mandi et al., 2014; Olive., 2016; Prosman et al., 2013). Kvinnor upplevde ett ökat förtroende när kontakten var kontinuerlig med samma person, det underlättade för dem att våga berätta om våldet (Prosman et al., 2013; Battaglia et al., 2003). Kvinnor upplevde en känsla av att dem var värdefulla när vårdpersonal bekräftade dem och lyssnade på deras berättelser (Örmon et al. 2013). Kvinnor som fått stöd och hjälp av vårdpersonal med samma etniska bakgrund upplevde gemenskap och det blev lättare att våga uttrycka sig vilket bidrog till färre missförstånd utan språkbarriärer.

Var sjukvårdspersonalen engagerad skapade det en större känsla av jämlikhet i vårdrelationen (Battaglia et al. 2003; Chang et al., 2005). Kvinnorna upplevde att det var bekräftande när vårdpersonalen hade erfarenhet av att bemöta kvinnor som blivit utsatta för våld. De hade gett en mer personlig vård, tilltalat dem med namn och ställt personliga frågor som hade upplevts tryggt. Genom att vårdpersonal lät kvinnorna prata om sitt liv upplevde kvinnorna hur det bidrog till att hjälpa dem förstå att deras nuvarande livssituation inte var hälsosam (Chang et al., 2003). Kvinnorna upplevde att det var en lättnad att få bryta tystnaden. När frågan om våld i nära relation ställdes av en vårdgivare som inte var dömande upplevde kvinnorna att de blev sedda, bekräftade, en känsla av att de var värdefulla och att skulden inte låg hos dem själva. Vidare beskrev kvinnorna att det var nödvändigt att förtroende skapades mellan dem själva och sjuksköterskorna för att våga prata om sin situation (Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Kroll, T., Moy, M., & Taylor, T., 2011; Mandi et al., 2014; Chang et al., 2003). Då kvinnorna blev visade omtanke kände de sig värdefulla och

stöttade vilket berodde på att vårdgivarna bekräftade deras livssituation och upplevelser. En annan upplevelse av ett gott bemötande kunde innehålla icke verbal kommunikation i form av gester och kroppsspråk såsom en klapp på axeln, ögonkontakt, ett leende eller att vårdgivaren satt ner (Battaglia et al., 2003; Chang et al., 2005).

Mandi et al. (2014) beskrev att kvinnor hade upplevt vårdpersonalen som förtroendegivande när de dokumenterat deras skador. Det förekom förvirring och osäkerhet över varför frågan om våld ställdes av vårdpersonalen (Chang et al., 2003). Kvinnor upplevde stress över att behöva avgöra om de skulle berätta sanningen eller behålla hemligheten för sig själva. Flertalet av kvinnorna upplevde besvikelse över den brist på engagemang och stöd vårdpersonalen visade, efter att de avslöjat våldet. De förväntade sig hjälp från vårdgivarna som aldrig erbjöds. Kvinnorna upplevde att vårdgivarna inte förstod omfattningen av våld i nära relationer och kanske oavsiktligt la skulden på kvinnorna själva. De beskrev att de upplevde en känsla av skam när vårdgivarna ställde frågan på ett nedlåtande sätt, eller ifrågasatte varför kvinnan inte lämnade partnern.

När våldet ignoreras

Kvinnor upplevde sig ignorerade när vårdpersonal fokuserade på fysiska och medicinska aspekter och att våldet blev sekundärt (Örmon et al., 2013; Prosman et al., 2013; Mandi et al., 2014; Pratt-Eriksson et al., 2014). Kvinnor upplevde att när de tog upp ämnet om våld så ignorerades det av vårdpersonalen (Örmon et al., 2013). De fick en känsla av att vårdpersonalen förminskade dem och att ämnet inte var angeläget. En del kvinnor uppgav att det viktigaste från sjukvårdspersonal var att de visade empati och att de verkligen lyssnade på sina patienter (Mandi et al., 2014). Kvinnor som blivit utsatta för stryplings- eller kvävningförsök av sin partner upplevde rädsla över att inte bli betrodda då de inte hade några fysiskt synliga skador. I de fall där vård hade uppsökts ändå var vårdpersonal mer fokuserade på att skriva ut läkemedel istället för att erbjuda terapi eller rådgivning.

Kvinnor kände att deras förtroende för vården minskade, då de hade förhoppning om att deras lidande skulle upphöra i samband med att de berättat om våldet och att de skulle få hjälp med sin situation (Pratt-Eriksson et al., 2014). Istället kändes det som att ingen verkade bry sig om deras lidande. Kvinnor som varit inskrivna på en psykiatrisk avdelning beskrev att det var en stressad miljö där det inte fanns tid och utrymme till att prata ostört med vårdpersonalen (Örmon et al., 2013; Prosman et al. 2013). Det gjordes snabba bedömningar och fokus låg på deras psykiatriska diagnoser och medicinering. Kvinnorna hade önskat att

vårdpersonalen varit mer inriktade på våldet som kunde vara en bakomliggande orsak till hälsotillståndet.

Kvinnorna upplevde sig förolämpade efter att de berättat för vårdpersonal om att de blivit utsatta för våld av sin partner. Detta på grund av att vårdpersonal hade svarat att det var sekundärt och att de överreagerade vilket kunde bero på deras psykiatriska diagnoser. Vårdpersonal hade även ifrågasatt kvinnorna om varför de inte försvarat sig mot partnern (Örmon et al. 2013).

Då vårdpersonal tog sig tid till att lyssna, upplevde kvinnorna att det var något som ökade chanserna till att berätta om våldet (Chang., 2005). Kvinnor önskade att det fanns en speciell mottagning för våldsutsatta personer då kvinnorna tror att det inneburit ett mer professionellt bemötande och en annan förståelse (Olive., 2016). Det framkom att våldsutsatta kvinnor som levt med ätstörningar upplevde att vårdpersonal hade fokuserat på ångest och ätstörningarna men att de aldrig lyft fram bakomliggande orsaker (Örmon et al., 2013; Mandi et al., 2014). De våldsutsatta kvinnorna upplevde att det hade varit värdefullt om vårdpersonalen grävt djupare och tagit reda på vad som eventuellt hade orsakat ätstörningarna.

Kvinnornas upplevelser av skuld, skam och övergivenhet

Kvinnorna upplevde att de ofta känt skam över sin våldsamma relation och att omgivningen skulle döma dem och tycka att dem var dåliga människor (Chang et al., 2003). Kvinnorna beskrev att när vårdpersonal frågat om de blivit utsatta för våld hade kvinnorna ibland svarat nej för att dem inte vill uppfattas som dumma som låter sig bli behandlade illa. Rädslan över att inte bli trodd av vårdpersonal medförde ångest och oro över vilka konsekvenser avslöjandet om våldet kunde få.

Kvinnorna hade fått höra från vårdpersonal att det var viktigt att de tog ansvar över sin situation, men blev sedan lämnade ensamma utan hjälp (Örmon et al., 2013). Detta resulterade i att de kände sig förolämpade och övergivna av vårdpersonal som inte ville kännas vid kvinnornas problem, vilket bidrog till känslor av ensamhet, skuld och skam. Kvinnor med annan etnisk bakgrund hade upplevt att vårdpersonal förmedlat att kvinnorna bar eget ansvar över sin livssituation (Pratt-Eriksson et al., 2014). De kvinnor som hade uppsökt akutvård beskrev att de upplevt oro och ångest över den långa väntetiden innan de blivit undersökta, detta hade kunnat minimeras genom att förkorta väntetiden (Olive., 2016). I andra studier bekräftas det att kvinnor upplevde det påfrestande när det tog för lång tid till att få rätt hjälp (Bradbury-Jones et al., 2011; Mandi et al., 2014; Olive., 2016). Det medförde

även att kvinnorna vid upprepade tillfällen behövt berätta om våldet för olika vårdgivare (Bradbury-Jones et al., 2011; Chang., 2003). Kvinnorna upplevde skam och skuld över att vid återkommande tillfällen behövt söka vård för en våldsrelaterad skada (Wilson et al., 2007).

Miljö och omgivningens betydelse

Kvinnornas upplevelse av vårdmiljön visade sig ha betydelse för kvinnornas välbefinnande (Olive., 2016; Battaglia et al., 2003). För att skapa en trygg och säker omgivning hade kvinnorna som önskemål att vårdpersonal skulle se till att partnern inte skulle vara i samma rum under besöket då det inte fanns möjlighet för kvinnorna att berätta då partnern övervakade samtalet (Chang., 2005). Vidare beskrev kvinnorna att frågan om våld borde undvikas om inte vårdpersonal hade för avsikt att erbjuda dem fortsatt hjälp. Kvinnorna upplevde att det var brist på information om vilka alternativ till hjälp vården kunde erbjuda efter att de behandlat och dokumenterat skadorna (Mandi et al., 2014). Kvinnorna berättade att när det fanns broschyrer med information om våld på mottagningen upplevde kvinnorna att de började reflektera över sin livssituation (Chang., 2005). Kvinnorna upplevde trygghet då det framkom att vårdpersonal hade erfarenhet av att vårda våldsutsatta kvinnor. Kvinnorna upplevde sig dömda och blottade när de vistades i samma väntrum som andra patienter på en akutmottagning (Olive., 2016). Kvinnorna upplevde även att känslan av utsatthet blev starkare när frågan om våld ställdes samtidigt som en undersökning pågick där de var avklädda (Chang., 2005). Kvinnorna upplevde osäkerhet över sekretessen inom vården och om vårdpersonal skulle kunna bibehålla det som framkom (Battaglia et al., 2003). Kvinnorna upplevde oro över att det skulle läcka ut till familj, vänner eller grannar.

Diskussion

I en litteraturöversikt ska styrkor, begränsningar och svagheter diskuteras i det genomförda arbetet (Henricson, 2014). I metoddiskussionen kommer detta att framföras.

Resultatdiskussionen kommer belysa resultat, egna reflektioner från resultatartiklarna och diskuteras med hjälp av Katie Erikssons (2015) omvårdnadsteori.

Metoddiskussion

Syftet med denna litteraturöversikt var att undersöka hur kvinnor som utsatts för våld i nära relationer upplever vården. Kvalitativa vetenskapliga artiklar inkluderades. Enligt Billhult och Henricson (2014) är kvalitativa studier lämpliga då känslor och subjektiva upplevelser

eftersöks, vilket var vad syftet avsåg. Att enbart använda kvalitativa studier kan ses som en svaghet då det är färre deltagare som delar med sig av sina upplevelser jämfört med kvantitativa studier. Det kan och andra sidan ses som en styrka då samtliga utvalda artiklar svarade an på det valda syftet och beskriver fenomenet som eftersöktes. En fördel med begränsningen Full text är att alla kan finna artiklarna, men det kan också ha medfört att artiklar som svarade på syftet därmed förbisågs. Peer reviewed användes i databasen ”CINAHL Complete” för att endast få träffar på studier som är vetenskapligt granskade. I PubMed behövdes inte begränsningen utföras då granskningen redan utförts innan de läggs in i databasen.

Då det var få träffar på artiklar som svarade an till syftet fick årtalsbegränsningen utökas från 2008-2018 till 2000-2018, då fler artiklar kunde inkluderas. Det långa tidsintervallet kan ses som en svaghet vilket litteraturöversiktens författare är väl medvetna om. Samtidigt blir det tydligt att mer forskning på våldsutsatta kvinnors upplevelser av vården behövs. Författarna valde att göra sökning utan full text då sökningarna resulterade i fler artiklar. I söksträngarna med boolesk söklogik användes begränsningarna AND och OR, men det var bara AND som gav relevanta träffar. Två av de inkluderade artiklarna har Chang som medförfattare vilket skulle kunna ses som en svaghet då samma referensram använts, valet kan även vara en styrka då författaren har fördjupad kunskap inom området.

Inklusionskriterier var att undersöka upplevelser hos kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Kvinnliga samkönade relationer inkluderades då det inte alltid framkom i artiklarna vilket kön förövaren hade och fokus var på kvinnans upplevelse. Artiklarna skulle vara vårdrelaterade då upplevelser av vård eftersöktes för att syftet skulle kunna besvaras. Exklusionskriterierna var artiklar där både mäns och kvinnors upplevelser granskades då fokus låg på kvinnors upplevelser. Artiklar om hedersvåld var inte av intresse då arbetet skulle bli för omfattande. Artiklar med gravida kvinnors upplevelser exkluderades då det handlade om mötet med barnmorskor. Studier utförda utanför västvärlden valdes bort, vilket kan ses som en svaghet då resultatet hade kunnat bli annat om utvecklingsländer inkluderats. Författarna valde ändå detta för att få fram artiklar som handlade om vård som liknade det svenska sjukvårdssystemet. Deltagarna i artiklarna har ursprung från olika länder vilket gör att resultatet blir ur ett multikulturellt perspektiv och kan ses som en styrka då vi i svensk sjukvård möter personer från olika kulturer.

Ingen av författarna har engelska som modersmål. Författarna är medvetna om att viktig information kan ha passerat på grund av detta som kan ses som en svaghet. Samtidigt kan det ses som en styrka att artiklarna lästes grundligt av två personer. Författarna är medvetna om

att översättningen från den engelska förkortningen IPV översätts till “intimt partnervåld” men i arbetet används det svenska uttrycket “våld i nära relationer.” Genom att diskutera översättningar, vara noga med våra formuleringar och vår egen förförståelse och kritiskt granska forskarnas nyansering och tyngdpunkt i resultaten har trovärdigheten i litteraturöversikten hållit hög kvalitet. I artiklar som delat upp sitt resultat i positiva och negativa upplevelser har författarna varit neutrala i genomgången för att inte ha några förutfattade meningar eller färgas av deras resultat. Författarna ser det som en styrka att de varit två som skrivit tillsammans då bearbetning, översättning, tolkning och analys utförts i enlighet med varandra.

Resultatdiskussion

Litteraturöversiktens syfte var att undersöka hur kvinnor som utsatts för våld i nära relation upplever vården. Resultatet visar att kvinnor som utsatts för våld i nära relation upplever vård på varierande sätt, både bekräftande och dömande aspekter framkom i mötet med vården. De fyra olika kategorier som belyser detta är; *Betydelsen av att bli bekräftad, När våldet Ignoreras, Kvinnornas upplevelser av skuld, skam och övergivenhet, Miljö och omgivningens betydelse*. Resultatet visar att när vårdpersonal visar empati och lyhördhet upplever kvinnorna att de blir bekräftade och sedda. Vårdpersonal kan förmedla bekräftande känslor även genom en icke verbal kommunikation i det mänskliga mötet. Kvinnor beskriver att det kan vara när vårdpersonal har ögonkontakt, ler eller lägger en hand på axeln som medför en känsla av värme. Sjuksköterskor kan använda sig av Erikssons (2015) omvårdnadsteori för att åstadkomma en form av tillit, ett kroppsligt och andligt välbefinnande samt en tillfredsställelse som kan bidra till att stärka kvinnans utveckling i syfte att förändra hennes hälsotillstånd. Lindra en människas lidande kan göras genom att ge en vänlig blick eller en smekning som uttrycker en känsla av ärligt medlidande.

Resultatet visar att kvinnor upplevde att det förekom att vårdpersonal fokuserade mer på de fysiska skador kvinnorna sökte vård för istället för att ta reda på de bakomliggande orsakerna för exempelvis ätsvårigheter eller psykiatriska diagnoser. Vårdpersonal blundade för problematiken kring våldet och vårdade bara det de uppenbart hade framför sig. God vård bygger enligt Eriksson (2015) på att kunna se människan ur ett helhetsperspektiv och inte enbart kontaktorsaken till vården. Att möta kvinnor där de befinner sig själsligt är ett av sjuksköterskans viktigaste medel för att stötta och stärka dem i sin upplevelse. För att skapa trygghet signalerar sjuksköterskan ett professionellt förhållningssätt genom att visa genuin

förståelse för vad kvinnor som utsatts för våld genomgår. Detta är aspekter som har betydelse för hur vårdrelationen kan utvecklas. Enligt Williston et al. (2013) hade sjuksköterskor svårt att distansera sig från sina egna känslor av maktlöshet, något som fick dem att känna sig oprofessionella. De ville hjälpa de våldsutsatta kvinnorna, men kunde inte i brist på resurser, tid och kunskap.

Resultatet visar att kvinnorna kände skam över att de levde i en relation där våld förekom, och att de var rädda för att vårdpersonal skulle tycka de var dåliga människor. Eriksson (2015) beskriver att känslan av skuld och skam är något som kan uppkomma när en människa känner att den själv förorsakat sitt eget lidande genom sin egenvalda livsstil. Resultatet visar att oengagerad vårdpersonal bidrar till ökad skamkänsla likväl som när frågan om våld ställs på ett nedlåtande sätt. Giacomo et al. (2016) visade att ökad kunskap hos vårdpersonalen ökar chanserna till ett gott bemötande och möjligheten att kunna ge den vård och det stöd som våldsutsatta kvinnor behöver då de redan befinner sig i en svår situation.

Resultatet visar att kvinnor upplever att vårdpersonal ignorerar kvinnorna när de berättar om våldet, och har större fokus på fysiska åkommor. Utifrån Erikssons (2015) teori kränker vårdpersonal kvinnors värdighet då de nonchalerar kvinnorna och misslyckas med att skapa förutsättningar för att lindra det livslidande en våldsutsatt kvinna genomgår. Det medför även att ett vårdlidande uppstår, då det finns ett glapp mellan kvinnors behov och de vårdpersonalerna möter dem med.

Nicolaidis et al. (2008) bekräftade att kvinnor kan känna frustration över att sjukvårdspersonal inte uppmärksammar kvinnors psykiska hälsa. Resultatet visar att kvinnor önskar att sjukvårdspersonal var mer empatiska, uppriktiga och att de skulle lyssna på kvinnornas livsberättelser. Vidare beskriver kvinnorna att om vårdgivaren har information i form av broschyrer så upplevs det som lugnande och kvinnorna upplever att vårdpersonal har kunskap om våld. Detta skulle utifrån Erikssons (2015) begrepp vårdande kunna tolkas som att kvinnorna får intrycket av att vårdpersonalen har kunskap om att vårda kvinnor som utsatts för våld. Kvinnorna kan då uppleva en form av tillfredsställelse och tillit, som kan ses som en vårdande akt.

En annan del av resultatet visar att kvinnor upplevde brister i vårdmiljön, exempelvis att kvinnorna känner sig blottade i väntrummen på akutmottagningar. En anpassad vårdmiljö skulle utifrån Erikssons (2015) omvårdnadsteori kunna framhållas som något som kan bidra till att lindra kvinnornas lidande, en god vårdmiljö bygger på olika element som innebär att en vårdande kultur är när traditioner, ritualer och grundläggande värden kommer till uttryck på ett etiskt förhållningssätt av sjuksköterskan. Då blir vårdkulturen inbjudande för den lidande

kvinnan och bidrar till att kvinnan känner sig väl mottagen. Människan påverkas av sin omgivning och det får betydelse för människans hälsa.

Resultatet visar för att skapa en trygg och säker vårdmiljö har kvinnor som önskemål att vårdpersonal ser till så att partnern inte befinner sig i samma rum under besöket, då det inte finns möjlighet för kvinnorna att berätta om våldet när partnern övervakar samtalet. Beynon et al, (2012) beskrev att vårdpersonal upplever att möjligheten till att fråga kvinnor om det förekommer våld i relationen förhindras då partnern befinner sig i samma rum. Detta belyser att det kan finnas en medvetenhet, från både kvinnors och vårdpersonals perspektiv, om partnern som hindrar samtal och frågor om våld. Det vore därför eftersträvansvärt om vårdpersonal därför tog ansvar för att hitta en strategi för att tala med kvinnorna enskilt.

Artikelgenomgången visar att kvinnor upplever att det saknas kunskap och information om hur sjuksköterskor ska bemöta våldsutsatta kvinnor. Beynon et al, (2012) bekräftar att vårdpersonal upplever hinder i mötet med kvinnor som utsatts för våld såsom tid-, kunskap- eller språkbrister, dessa aspekter skapar barriärer i vårdmötet. Resultatet visar att kvinnor upplever att dem fick ett ökad förtroende och att det underlättar om kvinnorna har kontinuerlig kontakt med samma vårdpersonal, när vårdpersonal har ett personligt förhållningssätt till kvinnor upplevs det som tryggt. Detta skulle kunna tolkas enligt Eriksson (2015) som att när vårdpersonal har förmågan att vara närvarande kan det bidra till att kvinnor kan försonas med sitt lidande vilket möjliggör personlig utveckling och förändring. Alsaker (2018) bekräftar att när människor tillåts visa sig svaga och sårbara bidrar det till att människan kan se nya möjligheter. Enligt Berglund och Witkowski (2014) har hälso- och sjukvården ansvar för att identifiera och upptäcka kvinnor som utsätts för våld och erbjuda god vård.

Resultatet visar att kvinnor upplever det påfrestande när det tar för lång tid till att få rätt hjälp. Det medför att kvinnorna behöver berätta om våldet upprepade gånger för olika vårdgivare, något som de upplever är skamfyllt. Resultatet visade också att kvinnor upplever en känsla av skam då de vid flera tillfällen har behövt uppsöka vård för skador som varit våldsrelaterade. Eriksson (2015) beskriver att det är betydelsefullt att vårdpersonal kan möta människor i deras lidande. Att vara i lidandet och dela smärta, sorg, djup och liv med en annan människa är en förutsättning för att sedan kunna försonas med lidandet. När en kvinna som utsätts för våld får berätta för en annan människa om sin livssituation och dela med sig av sina upplevelser påbörjas långsamt en försoningsprocess med lidandet. Hemberg, Eriksson och Nyström (2016) bekräftar att när människan upplever att den får dela med sig av sina

berättelser så bidrar det till ökad självkänsla och att någon tror på dem som är en viktig del i att återfå sin styrka och identitet.

Resultatet visar att kvinnor känner oro över att vården inte kan hålla sekretessen och att det som framkommer under vårdmötet ska läcka ut till familj, grannar och vänner som avslöjar att kvinnorna lever i en våldsamt relation. Detta skulle utifrån Erikssons (2015) teori kunna förstås som att människans värdighet hotas då hon inte känner tillit och det skapar ett lidande som medför försämring i människans hälsa. Ett hot mot värdigheten kan vara när människan blir kränkt av sjuksköterskans beteende. Genom att sjuksköterskan inte lyckas förmedla till kvinnan att det som sägs förblir hemligt och att sekretessen är garanterad, leder det till att kvinnan känner sig maktlös inför sin situation.

Enligt Alsaker (2018) har det visat sig finnas ett samband där människor som utsatts för våld har skattat sin hälsa sämre jämfört med människor som inte varit våldsutsatta. Sammanfattningsvis vill litteraturöversiktens författare betona ett av det viktigaste budskapet, som består av att inte negligera kvinnan och hennes försök till att berätta om sin livssituation. Vårdpersonal måste göra ett ställningstagande, börja öppna upp för dialog och närma sig kvinnornas problematik. Eriksson förklarar att när en människas lidande blir negligerat så är det likvärdigt med att förneka en del av människans liv och dennes förutsättning till en påbörjad läkningsprocess. Att inte erkänna en medmänniskas lidande är smärtsamt för den lidande. Först när vårdpersonal bekräftar kvinnans lidande kan hon börja finna mening och styrka till att förändra sin livssituation.

Efter att ha fått ökad kunskap om kvinnor som utsatts för våld i nära relation och dess problematik, ställer vi oss kritiskt frågande till varför våld mot kvinnor är så vanligt förekommande i dagens samhälle, trots att de flesta av oss är överens om att våld mot andra människor är felaktigt och förbjudet. I resultatet framkommer det att kvinnor som utsatts för våld i nära relation ofta skuldbeläggs, det är något vi anser kan leda till förödande konsekvenser i omvårdnaden av dessa kvinnor. Därför är det viktigt i mötet med kvinnor som utsatts för våld att som sjuksköterska ha insikt om sina egna attityder, först då är det möjligt att kunna påverka utvecklingen. Sjuksköterskor behöver vara mottagliga för kunskap om våldsutsatta kvinnor då det ökar chansen för att kvinnorna får en positiv upplevelse av vården.

Kliniska implikationer

Resultatet visar att när kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer uppsöker vård kan ett dömande bemötande orsaka konsekvenser. Våldsutsatta kvinnor kan söka hjälp inom alla

typer av vårdinstanser och det har i resultatet visats att tydlig information på olika mottagningar och sjukhus skulle kunna bidra till ett öppnare klimat i frågan om våld. Genom att rutinmässigt fråga alla kvinnor om våld skulle det kunna bidra till att snabbare identifiera kvinnor som lever i våldsutsatta relationer. Det framkommer att för att dessa kvinnor ska våga berätta om sin livssituation är det nödvändigt att de känner tillit till vårdpersonalen. Önskvärt är att samtlig vårdpersonal som kan komma i kontakt med våldsutsatta kvinnor har kunskap om våldets konsekvenser.

Ett sätt att öka kunskapen är att redan i sjuksköterskeutbildningen erbjuda kurser innehållande våld mot kvinnor. På en arbetsplats kan kunskapen stärkas genom att utse någon i arbetslaget som får ansvaret för att exempelvis ta del av forskning på våldsutsatta kvinnor och därefter föra vidare informationen till sina kollegor. Vidare skulle handledning för vårdpersonal kunna vara fördelaktigt, då reflektion i grupp med andra kan vara stödjande. Detta är något som kan bidra till att förbättra bemötandet och vården samt möjligheten att ge den rätta hjälpen.

Förslag till fortsatt forskning

Vid litteratursökningen fann författarna att majoriteten av de vetenskapliga artiklarna var baserade på vårdpersonalens perspektiv i mötet med kvinnor som utsatts för våld. Det framgick tydligt att mer forskning behövs på kvinnornas upplevelser av vårdmötet. Utifrån det drar vi slutsatsen att ytterligare forskning behövs om kvinnorna det berör, det vill säga de våldsutsatta kvinnornas perspektiv behöver belysas i mer forskning. Ett forskningsområde skulle kunna vara vad i relationen till vården som är stödjande och kan bidra till att kvinnor börjar berätta och ta emot hjälp från vården så att våldsutsatta kvinnor kan få en annan framtid. Våldsutsatta kvinnors upplevelser är till viss del belysta, men även män utsätts för våld och våld förekommer i samkönade relationer. Även dessa personers upplevelser skulle behöva belysas i forskning. Ett annat förslag till framtida forskning kan vara, om kvinnor som lever i samkönade våldsrelationer upplever vården annorlunda än kvinnor som lever i heterosexuella våldsrelationer.

Slutsats

I litteraturöversikten framkommer det att kvinnor som utsatts för våld i nära relation upplever vårdpersonalens bemötande som både bekräftande och dömande. All vårdpersonal kan komma i kontakt med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer och behöver god kunskap om problematiken kring våldets konsekvenser. För att kvinnor ska få en god vårdupplevelse är det nödvändigt att vårdpersonal bekräftar kvinnorna och visar sitt stöd så de inte känner sig

förminskade och kränkta. Konsekvenserna som kan ske till följd av ett dåligt bemötande kan innebära att kvinnor inte vågar berätta om sin livssituation, som kan vara den primära orsaken till vårdkontakten. Det medför att kvinnor inte får den hjälp de behöver och kan förstärka den redan utsatta situationen de befinner sig i. Vårdpersonal anser sig sakna kunskap och vägledning om hur de ska bemöta våldsutsatta kvinnor. För att frågan om våld i nära relation ska avdramatiseras önskar kvinnor att vårdpersonal ställer frågan på rutin till alla kvinnor som en del av anamnesen. Våldsutsatta kvinnor menar att det bidrar till att känna sig mindre utpekad till varför just de fått frågan. Betydelsen av att sjuksköterskestudenter får lära sig om våld i nära relationer och dess konsekvenser i sin utbildning är av stor vikt. Det medför att kunskapen ökar och sprider sig och att vårdpersonal lättare kan stödja kvinnor som utsatts för våld och i ett tidigt skede erbjuda rätt hjälp.

Referensförteckning

*=Resultatartiklar

- Alsaker, K., Moen, B.E., Morken, T., & Valborg, B. (2018). Intimate partner violence associated with low quality of life - a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, (18), 1-7. doi:10.1186/s12905-018-0638-5
- *Battaglia, T. A., Finley, E., & Liebschutz, J.M. (2003). Survivors of intimate partner violence speak out. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8) 617-623. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Beynon, C.E., Gutmanis, I.A., Tutty, L.M., Wathen C.N., & MacMillan, H.L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*, 1-12. doi:10.1186/1471-2458-12-473
- Berglund, A., & Witkowski, Å. (2014). Hälso- och sjukvårdens ansvar. I A. Björck., C. Kunosson., & G. Heimer (Red.) *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar* (s.127-148). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult., A., & Henricson, M. (2014). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod; Från idé till examination inom omvårdnad* (s.129-137) Lund: Studentlitteratur.
- *Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Kroll, T., Moy, M., & Taylor, T. (2011). Improving the health care of women living with domestic abuse. *Art and Sciences*, (25), 35-40.
- Brottsförebyggande rådet. (2018). *Våld i nära relationer*. Hämtad 15 september, 2018, <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>
- Carlberg, M., Lindberg, L., Lind, S., & Rasmussen, F. (2017). *Hälsan hos utsatta för våld i nära relationer i Stockholms län*. (Rapport 2017:3). Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.
- *Chang, J.C., Decker, M., Moracco, K.E., Martin, S.L., Petersen, R., & Frasier, P.Y. (2003). What happens when health care providers ask about intimate partner violence? A description of consequences from the perspectives of female survivors. *Journal of the American Medical Women's Association*, 58(2), 76-81. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- *Chang, J.C., Decker, M.R., Moracco, K.E., Martin, S.L., Petersen, R., & Frasier, P.Y. (2005). Asking about intimate partner violence: Advice from female survivors to health care providers. *Patient Education and Counselling*, 59(2), 141-147. doi:10.1016/j.pec.2004.10.008
- de Albuquerque Netto, L., Vasconcelos Moura, MA., Azevedo Queiroz, AB., Rubio Tyrrell, MA., & del Mar Pastor Bravo, M. (2014). Violence against women and its consequences: A Brazil qualitative study. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(5), 458-464. doi.org/10.1590/1982-0194201400075

- Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan*. (2. Uppl.) Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2015). *Vårdandets idé*. (1. Uppl.) Stockholm: Liber.
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3.uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Giacomo DP., Cavallo A., Bagnasco AM., Sartini M., & Sasso L. (2016). Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives: A Italy cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 26(15-16), 2307-2316. doi:10.1111/jocn.13625
- Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing* 65(8), 1645–1654. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x
- Gustin Wiklund, L., & Lindwall, L. (2012). Katie Erikssons caritativa teori - att lindra lidande. *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. (s. 73-106) Stockholm: Natur & Kultur.
- Haeseler, LA. (2013). Women's coping experiences in the spectrum of domestic violence Abuse. *Journal of Evidence-Based Social Work* 10(33–43), 1543-3722 doi:10.1080/15433714.2013.750551
- Hemberg, J., Eriksson, K., & Nyström, L. (2016). Through darkness into the light – a path to health as described by adults after having lived through personal suffering. *International Journal of Caring Sciences*, (9), 393-399. Hämtad från databas CINAHL Complete.
- Henricson, M. (2014). Diskussion. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.471-478) Estonia: Studentlitteratur.
- Johnsson-Latham, G. (2014). Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv. I A. Björck., C. Kunosson., & G. Heimer. (Red.). *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar* (s.19-42) Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2014). Forskningsetik. I M, Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.69- 90) Estonia: Studentlitteratur.
- Kvinnofridslinjen. (2018). Våld mot kvinnor i nära relationer, Hämtad 10 okt, 2018, <http://www.kvinnofridslinjen.se>
- *Mandi, M., Larsen Krohn, J., Puschel, K., & Seifert, D. (2012). Experiences of health and health care among women exposed to intimate partner violence: Qualitative findings from Germany. *Health Care for Women International*, (35), 359-379. doi:10.1080/07399332.2012.738264
- Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). (u.å.). Våld i nära relationer. Hämtad 17 september, 2018, <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/>

- Nicolaidis, C., Gregg, J., Galian, H., McFarland, B., Curry, M.A., & Gerrity, M. (2008). You always end up feeling like you're some hypochondriac: Intimate partner violence survivors' experiences addressing depression and Pain. *Society of General Internal Medicine*, 23 (8), 1157-63. doi: 10.1007/s11606-008-0606-0
- Nordborg, G. (2014). Mäns våld mot kvinnor. I A. Björck., C. Kunosson., & G. Heimer (Red.). *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar* (s. 43-72). Lund: Studentlitteratur.
- *Olive, P. (2016). First contact: acute stress reactions and experiences of emergency department consultations following an incident of intimate partner violence: A UK. Qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 27(15-16), 2317-2327. doi:10.1111/jocn.13311
- *Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, (9), 1-7. doi:10.3402/qhw.v9.23166
- *Prosman, G J., Lo Fo Wong, S H., & Lagro-Janssen, A. (2013). I am stronger, I'm no longer afraid, an evaluation of a home-visiting mentor mother support programme for abused women in primary care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (28), 724-731. doi:10.1111/scs.12102
- 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. *ScienceDaily*, 147(9), 620-627. Hämtad från databasen PubMed.
- Socialstyrelsen. (2018). Hämtad 14 maj, 2018, <https://www.socialstyrelsen.se/valdsochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition>.
- Socialstyrelsen. (2018). Hämtad 10 sep, 2018, från Socialstyrelsen. Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. [Broschyr]. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20252/2016-6-37.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018). Hämtad 12 okt, 2018, från Socialstyrelsen. Kostnader för våld mot kvinnor. [Broschyr]. https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9744/2006-131-34_200613134.pdf
- Sundborg, E M., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nursing*, 11:1. doi:10.1186/1472-6955-11-1.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. [Broschyr]. <https://www.swenurse.se/globalassets/01->

svensksjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etikpublikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

- WHO. (2017). WHO lanserar ny handbok för att stärka hälso- och sjukvårdssystemen för att bättre kunna svara på kvinnors överlevande av våld. Hämtad 17 maj, 2018, <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw-health-systems-manual/en>
- Williston, C. J., & Lafreniere, K. D. (2013). "Holy cow, does that ever open up a can of worms": Health care providers' experiences of inquiring about intimate partner violence. *Health Care for Women International*, (34), 814–831. doi:10.1080/07399332.2013.794460
- *Wilson, K., Silberberg, M., Brown, A., & Yaggy, D. (2007). Health needs and barriers to healthcare of women who have experienced intimate partner violence. *Journal of women's health*, (16), 1485-1498. doi: 10.1089/jwh.2007.0385
- *Örmon, K., Torstensson-Levander, M., Sunnqvist, C., & Bahtsevani, C. (2013). The duality of suffering and trust: abused women's experiences of general psychiatric care – an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, (23), 2303-2312. doi: 10.1111/jocn.12512

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2
PubMed	Battered women, experience, nurse, care	4	Review, Full text, 2000-2018	4	2	Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I & Lyckhage E,D. (2014)
PubMed	Abused women AND interview AND experience AND care	32	Full text	6	4	Olive P. (2016) Örmon K, Torstensson-Levander M, Sunnqvist C and Bahtsevani C. (2013)
PubMed	Intimate partner violence AND domestic violence AND interview AND Health care providers	75	Full text, 2000-2018	13	3	Tracy A. Battaglia, MD, MPH, Erin Finley, BA, Jane M. Liebschutz, MD, MPH (2003)
Cinahl Complete	Intimate partner violence AND Battered women AND Perceptions AND Health care	6	Peer reviewed, Full text, 2000-2018	3	2	Wilson, K,S., Silberberg, Ph,D., Brown, A,J & Yaggy S, D. (2007)
Cinahl Complete	Intimate partner violence AND	50	Peer reviewed, Full text, 2000-	17	5	Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Kroll, T.,

						Krohn J, Puschel K, Seifert D. (2012)
Cinahl Complete	Intimate partner violence AND Battered women AND Patient AND Health care Providers	27	Peer reviewed, 2000-2018	4	2	Chang JC, Decker M, Moracco KE, Martin SL, Petersen R, Frasier PY. (2003)
Cinahl Complete	Intimate partner violence AND Health care AND Asking	18	Peer reviewed, 2000-2018	3	2	Chang JC, Decker MR, Moracco KE, Martin SL, Petersen R, Frasier PY. (2005)
Cinahl Complete	Abused women AND interview AND experience AND care	17	Peer reviewed, Full text, 2000-2018	4	1	Prosman, G J., Lo Fo Wong, S H & Lagro-Janssen A. (2013)

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Kroll, T., Moy, M., & Taylor, T. (2011)	Improving the health care of women living with domestic abuse	2011, Skottland, Womens Health	Syftet är att undersöka våldsutsatta kvinnors upplevelser av hälso- och sjukvården, speciellt inriktat inom primärvården.	Metod: Kvalitativ Urval: 17 kvinnor som hade erfarenhet av våld. Datainsamling: Halvstrukturerade intervjuer. Analys: Tematisk ram	Denna studie visar att sjuksköterskor inom primärvården kan spela stor roll för den våldsutsatta kvinnan genom att förstå psykologiska aspekter som påverkar kvinnans upplevelse av vården.
Chang JC, Decker MR, Moracco KE, Martin SL, Petersen R, Frasier PY. (2005)	Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers	2005, USA, Patient education and counseling	Syftet var att identifiera vilka råd kvinnor som hade upplevt intimt partnervåld skulle vilja ge hälsovårdspersonal, hur man frågar och diskuterar problemen med intimt partnervåld.	Metod: Kvalitativ Urval: 42 kvinnor mellan 27-77 år deltog. Datainsamling: Transkriberade fokusgruppsintervjuer. Analys: Analysen gjordes av dataprogrammet ATLAS	I resultatet framkom det att kvinnorna själva hade velat ha en orsak till varför vårdgivarna frågade om våld för att minimera anklagelser och stigmatisering. Det skulle bidra till en ökad känsla av trygghet och det framkom även att kvinnorna skulle velat ha information om

					vilken hjälp som finns att få i samband med frågor om våld.
Chang JC, Decker MR, Moracco KE, Martin SL, Petersen R, Frasier PY. (2003)	What happens When Health Care Providers Ask About Intimate Partner Violence? A Description of Consequences From the Perspective of Female Survivors	2003, U.S.A, Journal of the American Medical Women's association	Syftet var att beskriva positiva och negativa konsekvenser av hälsovårds screening efter intimt partnervåld utifrån de våldsutsatta kvinnornas perspektiv.	Metod: Kvalitativ Urval: 7 fokusgrupper med 4-9 deltagare i vardera som hade erfarenhet av intimt partnervåld. Datainsamling: Semistrukturerade fokusgruppsintervjuer Analys: Analysen gjordes av dataprogrammet ATLAS	Resultatet visade på både positiva och negativa aspekter gällande screeningen. Det positiva var att kvinnorna upplevde att vårdgivarna bekräftade att våldet var ett problem. Det negativa var att vissa kvinnor kände sig dömda vilket ledde till ökad ångest och att de var till besvär.
Mandi M. Larsen, Krohn J, Puschel K, Seifert D. (2012)	Experiences of Health and Health Care Among Women Exposed to Intimate Partner Violence: Qualitative Findings From Germany	2012, Tyskland, Health Care for Women International	Syftet var att undersöka våldsutsatta kvinnors erfarenhet av att söka hjälp inom olika vårdinstanser.	Metod: Kvalitativ Urval: Studien inkluderade sex kvinnor i varierade åldrar mellan 20 - 49 år. Datainsamling: Intervjuerna som ingår i studien varade från 25 till 70 minuter vardera. Alla avidentifierades och tilldelades ett nummer. Informationen transkriberades. Analys: Transcendental	Kvinnor med erfarenhet av våld i nära relationer upplevde hinder med hälso- och sjukvården: den fysiska och psykiska bördan av våld, Stödets betydelse, personliga hinder i att uppsöka vård och att vara ensam om att söka hjälp.

				fenomenologisk metod som är inbäddad i filosofiska antaganden av Husserl.	
Olive P. (2016)	First contact: acute stress reactions and experiences of emergency department consultations following an incident of intimate partner violence	2016, Storbritannien Jornal Of Clinical Nursing	Syftet med denna studie var att undersöka kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relations känslomässiga och affektiva upplevelser efter besök på en akutmottagning.	Metod: Kvalitativ Urval: 6 kvinnor som uppsökt vård efter att ha blivit utsatt för våld i nära relation Datinsamling: Semistrukturerade intervjuer mellan dec 2011- jan 2012 Analys: Tematisk avkodning NVIVO9	Resultatet visar att kvinnorna försätts i en akut stressreaktion. Forskning visar att vården måste ha ett omedelbart rutinmässigt arbete där kvinnorna får säkerhet och integrerad vård. Psykologiskt stöd är initialt nödvändigt.
Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I & Lyckhage E,D. (2014)	Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given	2014, Sweden, International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being	Syftet med denna studie var att få en djupare förståelse för kvinnor som upplevt våld och deras möten med olika instanser, som poliser, socialarbetare och vårdpersonal.	Metod: Kvalitativ Urval: 12 kvinnor som bodde på en kvinnojour i Stockholm i varierande åldrar mellan 23-56 år. Datinsamling: Individuella Intervjuer gjordes. Analys: Fenomenologisk	Artikelns resultat visade att de våldsutsatta kvinnorna upplevde att vårdpersonalen saknade empati gentemot dem och förminskade deras känslor och att det fanns otrevliga attityder hos vårdpersonalen.

<p>Prosman, G J., Lo Fo Wong, S H & Lagro-Janssen A. (2013)</p>	<p>I am stronger, I'm no longer afraid, an evaluation of a home-visiting mentor mother support programme for abused women in primary care</p>	<p>2013, Holland, Scandinavian Journal Of Caring Sciences</p>	<p>Syftet var att undersöka vilka faktorer som gör ett mentorstödsprogram framgångsrikt för misshandlade kvinnor. (Psykologiskt program som heter MeMoSA).</p>	<p>Metod: Kvalitativ Urval: 14 av 21 kvinnor intervjuades alla med olika utbildningsnivåer majoriteten var invandrare Datainsamling: Telefonintervjuer med 14 våldsutsatta kvinnor Analys: Avkodade semi strukturerade intervjuer som analyserades med hjälp av programmet ATLAS</p>	<p>Resultatet visar på faktorer som är till hjälp för kvinnor som lever i en relation där våld förekommer. För att klara av att bryta igenom känslan av hjälplöshet behövs en tillförlitlig relation med vårdgivare, långvariga vårdrelationer är viktigt. Våldsutsatta kvinnor behöver känna tillit och engagemang från vårdgivarna för att uppnå sina mål.</p>
<p>Tracy A. Battaglia, MD, MPH, Erin Finley, BA, Jane M. Liebschutz, MD, MPH. (2003)</p>	<p>Survivors of Intimate Partner Violence Speak Out Trust in the Patient-provider Relationship</p>	<p>2003, USA, Journal Of General Internal Medicine (JGIM)</p>	<p>Syftet var att identifiera egenskaper hos vårdpersonal som förstärker förtroendet mellan vårdpersonal och patienter som upplevt våld i nära relationer.</p>	<p>Metod: Kvalitativ Urval: 27 Kvinnor mellan 18-64 år som levt med IPV under minst 3 år Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer pågick från okt1996- nov 2000, intervjuerna spelades in och alla varade mellan 1-2 timmar. Analys: Grundad teori</p>	<p>Resultatet visade på att kvinnorna som upplevt våld i nära relationer betonade vikten av ett trevligt bemötande och de värdesatte sjukvårdspersonalens vårdande samt ödmjukhet. Det framkom även att vården måste bortse från enbart de traditionellt</p>

					medicinska aspekterna och använda sig av ett mer patientcentrerat vårdande.
Wilson, K., Silberberg, M., Brown, A., & Yaggy, D. (2007)	Health Needs and Barriers to Healthcare of Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence	2007, USA, Journal Of Women's Health	Syftet med studien var att utvärdera hälsobehoven och barriärerna för hälso- och sjukvården bland kvinnor med en historia av intimt partnervåld upplevt av kvinnorna själva.	Metod: Kvalitativ Urval: 25 kvinnor som var spansk eller engelsk talande Datainsamling: Intervjuer på kvinnojour som pågick mellan juni-dec 2005 Analys: Intervjuerna transkriberades och importerades sedan till programmet ATLAS	Hälsobehoven hos kvinnor som har upplevt intimt partner våld är omfattande och innebär fysiska och psykiska hälsoproblem. Intimt partner våld förhindrar uppsökning av vård och det är viktigt med krishjälp. Bättre samordning inom hälso- och sjukvården behövs för att lättare fånga upp kvinnor som har upplevt våld i nära relationer.
Örmon K, Torstensson-Levander M, Sunnqvist C and Bahtsevani C. (2013)	The duality of suffering and trust: abused womens experiences of general psychiatric care- an interview study	2013, Sweden, Journal of clinical nursing	Syftet med studien var att förklara hur kvinnor som utsätts för fysiskt känslomässig och/eller sexuella övergrepp upplever	Metod: Kvalitativ Urval: 9 kvinnor som vårdas på allmänpsykiatrisk mottagning som upplevt våld. Datainsamling:	Resultatet visar att kvinnorna upplevde nonchalans och att de inte togs på allvar vilket ledde till ett större lidande och minskat förtroende.

			den vård som ges på en allmänpsykiatrisk klinik efter att ha avslöjat sin våldsutsatta situation.	Intervjuer Analys: Induktiv innehållsanalys	
--	--	--	---	--	--