



Kvinnor utsatta för våld i nära relationer och deras upplevelser av möten med vårdpersonal

En litteraturöversikt

Women of intimate partner violence and their experiences meeting with healthcare professionals

A literature review

Namn	Emélie Ström och Michelle Löwenhielm
Program, hp	Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Kursansvarig institution	Institutionen för vårdvetenskap
Kurs, hp	Självständigt arbete, 15hp
Termin, år	HT23
Kurs kod	VKGK13
Handledare	Anna Hansson
Examinator	Gail Dunberger

Sammanfattning

Bakgrund	Statistik visar att var tredje kvinna har någon gång under sitt liv blivit utsatt för våld i nära relation, detta gör det till ett av världens mest omfattande folkhälsoproblem. Vidare finns det en medvetenhet i samhället om att våld i nära relation förekommer men en mindre omtalad sida är hur våldet påverkar kvinnornas hälsa. Kvinnor som utsatts för våld i nära relation tenderar att söka hälso- och sjukvård mer frekvent än kvinnor som inte utsatts och många gånger för andra anledningar än våldet. Hur kvinnan blir bemött av vårdpersonalen kan påverka om hon väljer att lita på personalen eller ej.
Syfte	Syftet var att beskriva hur kvinnor utsatta för våld i nära relationer upplever möten med vårdpersonalen.
Metod	En litteraturöversikt har genomförts genom att granska tio stycken vetenskapliga originalartiklar relaterade till syftet. Litteratursökningen genomfördes i databaserna CINAHL, PubMed och PsycInfo.
Resultat	Kvinnor utsatta för våld i nära relationer beskrev möten där vårdpersonalen hade ignorerat dem, fått dem att känna sig obekväma, ensamma och utlämnade. Kvinnorna förklarade att de ville att vårdpersonalen skulle visa mer empati, intresse och support. Men också visa på respekt, vara snäll, bry sig och lyssna. De ville ha mer information eftersom okunskapen gjorde att de skapade inre rädslor för att prata ut om våldet till vårdaren. Även olika externa omständigheter avgjorde hur dessa möten gick, då kvinnorna beskrev hur de inte hade varit ensamma med vårdaren, att vårdaren inte hade tid och stigmatisering. Kvinnorna nämnde endast ett fåtal gånger då vårdpersonalen verkligen hade lyssnat och kvinnorna kunde ventilerat om våldet.
Slutsats	Litteraturöversiktens resultat visar att kvinnor utsatta för våld i nära relation vill bli sedda av vårdpersonalen, de upplevde skam och stigma. De ligger hos sjuksköterskan att skapa en trygg miljö och vara uppdaterad kring riktlinjer samt resurser.
Nyckelord	Våld i nära relation, bemötande, vårdpersonal, kvinnor, upplevelser.

Abstract

Background	Statistics show that one in three women have experienced domestic violence at some point in their lives, making it one of the world's most widespread public health problems. Furthermore, there is an awareness in society that domestic violence occurs, but a less talked about aspect is the impact of violence on women's health. Women who are victims of domestic violence tend to seek healthcare more frequently than women who are not victims and often for reasons other than the violence. The way a woman is treated by health professionals can affect whether she chooses to trust them or not.
Aim	The aim of this study was to describe how women of intimate partner violence experience treatment by healthcare professionals.
Method	A literature review was conducted by reviewing ten original articles related to this study's aim.
Results	Women of intimate partner violence described experiences where the healthcare professionals had made them feel ignored, uncomfortable, lonely, and were left to feel like they needed to handle their problems themselves. The women explained that they wanted the healthcare professionals to show more interest, empathy, and support, but also show respect, be kind, care, and listen. They also wanted more information, since not knowing would create inner fears that could determine if the women would speak about the violence. Even different external circumstances would make a difference in how the meeting with the healthcare professionals went. These external circumstances could be stigma, time, and the possibility of being alone with your healthcare professional. The women only mentioned a few times when the healthcare professionals had listened, and women had time to ventilate.
Conclusions	The results of the literature review show that women exposed to intimate partner violence wanted to be seen by healthcare professionals, they experienced shame and stigma. It is up to the nurse to create a safe environment and be updated on guidelines and resources.
Keywords	Intimate partner violence, treatment, healthcare professionals, women, experiences.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Abstract.....	3
Innehållsförteckning	4
Inledning.....	5
Bakgrund	5
Vad är våld i nära relation	5
Våldets konsekvenser.....	6
Varför inte kvinnan lämnar	7
Lagens historia.....	8
Sjuksköterskans ansvar	8
Att möta patienten.....	9
Metod.....	11
Datainsamling.....	11
Dataanalys.....	13
Forskningsetiska överväganden	14
Resultat	14
Vikten av att bli hörd och sedd	15
Önskade attribut hos vårdpersonalen	15
Inre hinder som påverkade mötet	16
Skam	17
Externa omständigheter som påverkade kvinnan	17
Samhälleliga och kulturella aspekter	18
Organisation och tidsbrist	19
Diskussion.....	19
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion.....	22
En kultur av skam	22
Egenskaper hos vårdpersonalen	23
Hjälp och information	25
Kliniska implikationer	25
Fortsatt forskning.....	26
Slutsats	26
Referensförteckning.....	28

Bilagor

Bilaga 1: Sökmatrix

Bilaga 2: Matris över urval av artiklar till resultat

Inledning

Det pågår en ständig samhällsdiskussion angående mäns våld mot kvinnor och dess konsekvenser. Under tidigare föreläsningar under utbildningen har intresset väckts om hur vårdpersonalen bemöter och tar upp våld i nära relation. Vid tidigare verksamhetsförlagd utbildning på olika vårdinstanser så har det inte alltid funnits rutiner eller kunskap om hur man bör adressera misstänkt våld. Vi har även endast fått upplevelser och riktlinjer från sjuksköterskans håll. Genom denna litteraturoversikt så hoppas vi kunna ta reda på hur kvinnorna utsatta för våld i nära relation upplever vården och på så sett lära oss och ta med den erfarenheten ut i vårt kommande arbetsliv.

Bakgrund

Vad är våld i nära relation

Förenta nationerna (2023) definierar våld i nära relation som en könsrelaterad våldshandling. Våldshandlingen resulterar i psykisk eller fysisk skada och lidande för den oftast utsatta kvinnan. Den som utför våldet är därmed oftast en nära partner eller en före detta partner till kvinnan (World Health Organization [WHO], 2021). Begreppet våld i nära relation betyder också att den som utsätts för våld har en nära och många gånger en emotionell relation till sin förövare. Våld i nära relation kan vara gärningar som i sig inte är olagliga men som skapar en utsatthet för kvinnan, till exempel isolering från familj och vänner (Socialstyrelsen, 2022).

Våld i nära relation kan bestå av olika handlingar. Bland annat fysiskt, psykiskt, sexuellt, ekonomiskt samt latent våld (Westfelt m.fl., 2019). Fysiskt våld kan ske under både lindrigare och grövre former. Det kan bestå av slag, knuffar, sparkar, stryptag eller skada skedd med tillhygge eller vapen. Oavsett om det är ett slag eller flertalet sparkar så klassas det som fysiskt våld. Psykiskt våld innebär kränkningar, kontrollering, skuldbeläggande och förminskande kommentarer, trakasserier samt hot om andra former av våld. Sexuellt våld består av sexuellt tvång och våld samt kränkning av offrets sexuella integritet. Ekonomiskt våld syftar till att ta ifrån den utsatta hens möjlighet till att vara ekonomiskt oberoende. Detta kan ske genom att ta kontroll över hens bankkonton och pengar eller genom att sätta hen i skuld. Latent våld bygger på att genom kroppsspråk och antaganden signalera hot om våld. Detta bygger på tidigare händelser av andra former av

våld och skapar en rädsla hos den utsatta. Det är viktigt att inte se varje händelse individuellt utan se det som en enda expanderad händelse (Westfelt m.fl., 2019).

En av tre kvinnor i världen har någon gång under sitt liv blivit utsatta för våld i nära relation (WHO, 2021). Det är dock svårt att veta exakt hur många kvinnor som är utsatta då mörkertalet är stort (Westfelt m.fl., 2019). Våld i nära relation utförs oftast av män mot kvinnor (WHO, 2021). Mäns ideologi om traditionella mansroller och förväntningar av kvinnan är ofta kopplade till våld i nära relation (Hing m.fl., 2021). Det finns även fall där mannen blir utsatt för våld av kvinnan samt samkönade förhållanden där våld förekommer. I denna litteraturöversikt har vi valt att fokusera på kvinnan som den utsatta för våld i nära relation.

Våldets konsekvenser

Våld i nära relation påverkar inte bara kvinnan utan även eventuella barn och deras välbefinnande och hälsa. Dessutom leder detta till höga kostnader för kvinnan och samhället, till exempel vårdkostnader och andra samhällsinsatser (WHO, 2021). En konsekvens av våld i nära relationer är de kostnader som den utsatta kvinnan kan drabbas av men även stora kostnader för samhället (Förenta nationerna Women [FN Women], 2023). Kostnaderna kan uppstå direkt eller senare. Det kan bero på minskad möjlighet till att kunna utföra sitt arbete efter våldet eller läkarkostnader för att uppsöka vård. Kostnaderna kan även vara för materiella saker som förstörts under pågående våldshandling. Men även lön till vårdpersonal och till de som arbetar på till exempel kvinnojourer. Den senare är en kostnad som landar på samhället (FN Women, 2023). Under 2021 uppskattade Europeiska unionen kostnaden för våld i nära relationer till cirka 289 miljarder euro per år för alla medlemsländer i Europeiska unionen sammanlagt (FN Women, 2023). Kostnader enligt Socialstyrelsen 2006 låg på cirka tre miljarder kronor för samhället varav 38 miljoner var sjukvårdskostnader (Socialstyrelsen, 2022). I Kanada uppskattades kostnaden för att hantera konsekvenserna efter våld i nära relation 2009, till 7.4 miljarder dollar för samhället (Department of Justice Canada, 2021).

Kvinnor som utsatts för våld i nära relation tenderar att söka hälso- och sjukvård mer frekvent än kvinnor som inte utsatts och många gånger för andra anledningar än våldet (Örmon, 2019). Våld i nära relation kan påverka kvinnans psykiska, fysiska, sexuella och reproduktiva hälsa på negativa sätt (WHO, 2021). Kvinnor utsatta för våld i nära relation

löper även högre risk att drabbas av depression, ångest, sömnsvårigheter, ätstörningar, posttraumatiskt stressyndrom samt suicidförsök (WHO, 2021; Hing m.fl., 2021) samt skapa ett självdestruktivt beteende hos kvinnan (de Albuquerque Netto m.fl., 2014).

Våldet kan påverka kvinnan både långsiktigt och kortsiktigt (Kilpatrick, 2004).

Kortsiktiga påverkningar kan bland annat vara fysiska skador så som benbrott, blåmärken, tandskador, viktnedgång, utmattningssyndrom och sexuellt överförbara sjukdomar. Långsiktiga påverkningar hos den drabbade kvinnan kan vara ekonomiska svårigheter, ärr från skador, tillitsproblem, social isolering, posttraumatiskt stressyndrom, sviktande självförtroende och självbild (Hing m.fl., 2021). Under 2022 miste tio personer i Sverige livet på grund av våld i nära relation, tio av dem var kvinnor, ingen var man (Brottsförebyggande rådet, 2023).

Varför inte kvinnan lämnar

Det finns flera anledningar till att kvinnan väljer att stanna kvar hos den misshandlande mannen, den traditionella synen på ett äktenskap, förväntan på ett drömmäktenskap, synen av en två-förälders familj för eventuella barns skull. De lämnar inte förrän någon verbalt uttrycker att de är oroliga för kvinnans och hennes eventuella barns säkerhet (Hing m.fl., 2021). Eftersom kvinnan ofta har en känslomässig relation till förövaren kan det vara svårt att göra motstånd och ta sig ur relationen (Kvinnofridslinjen, 2023) och att stanna kvar kan ge kvinnan en uppfattning av kontroll i situationen (Westfelt, L. m.fl., 2019). Social isolering samt brist på stöd från vänner och familj kan hindra kvinnan från att tala ut om våldet hos vårdgivare (Al-Shdayfat & Hatamleh, 2017). Vissa kvinnor upplever att de inte kan prata med vänner och familj om sina problem eller ser inte anledningen till att tala ut om sina problem då hon ändå kommer att stanna kvar hos sin våldsbenägna partner (Al-Shdayfat & Hatamleh, 2017). Det kan ta flera år för kvinnan att lämna mannen med exempelvis skilsmässa, vårdnadstvister och husförsäljning som drar ut på tiden. Kvinnan måste samarbeta med mannen om de har gemensamma barn och i vissa fall kan mannen vägra lämna kvinnan i fred och utför då olaga förföljelser (Hing m.fl., 2021).

Lagens historia

Förenta nationernas generalförsamling samlades 1979 för att samtala om mäns våld mot kvinnor. Kvinnodeklarationen togs fram om att stoppa mäns våld mot kvinnor (Nationellt centrum mot hedersrelaterat våld och förtryck, 2020). Deklarationen beskriver ländernas ansvar för en politik som arbetar för att stoppa mäns våld mot kvinnor. Den beskriver även våld i nära relation som en överträdelse mot mänskliga rättigheter (Westfelt m.fl., 2019). År 1998 införde Sverige, som ett av världens första länder, brottet grov kvinnofridskränkning i *Brottsbalken* [BrB], 1965:700, 4a§ (Westfelt m.fl., 2019). Lagen är unik då den kan innefatta flera olagliga handlingar som då leder till grov kvinnofridskränkning, till exempel upprepad fysisk misshandel. Sedan 2002 klassas mäns våld mot kvinnor som ett folkhälsoproblem av World Health Organization (Socialstyrelsen, 2022).

Sjuksköterskans ansvar

Sjukvården har en viktig roll i att upptäcka våld i nära relation. År 2022 kom en ny föreskrift från Socialstyrelsen (HSLF-FS 2022:39) där det framgår att vårdinrättningen ska ha rutiner för hur vårdpersonalen ska bemöta misstänkt våld i nära relation, hur de ska samverka med extern hjälp samt hur de ska samverka tillsammans med myndigheter. Extern hjälp och utomstående myndigheter får endast kontaktas om den våldsutsatta godkänner det eller om det finns barn som kan påverkas av våldet. Vårdinrättningen måste se till att vårdpersonalen har god och aktuell kunskap om våld i nära relation, hjälpresurser och kunna tillämpa dessa i en god vårdprocess (Socialstyrelsen, 2022). Flertalet sjuksköterskor upplever en brist på utbildning kring symtom och tecken som kan uppstå vid våld i nära relation (DeBoer, M. m.fl., 2013). Våld i nära relation kan förebyggas och där har vården en viktig roll (WHO, 2021). Det är svårt för sjuksköterskan att identifiera våld i nära relation om inte kvinnan delar med sig av sin historia. Sjuksköterskan behöver se händelsen som våld om patienten upplever det som våld (Kilpatrick, 2004). Om det finns misstanke om våld i nära relation bör sjuksköterskan ställa en direkt fråga (Fulton, 2000). Det är även viktigt att samtala om våldet i första hand och ej om förövaren. Då kan kvinnan börja ta förövaren i försvar och se det som både kritik mot henne men även sin föröväre som hon har en relation till, något som kan leda till att uppbyggd tillit förstörs (Fulton, 2000). Inom vissa vårdinstanser anser Socialstyrelsen (2014) att frågan om våld i nära relation ska ställas till

alla kvinnor oavsett misstanke eller ej, detta gäller inom mödravården samt kvinnor som uppsöker psykiatrisk vård. Vid andra vårdinstanser bör frågan om våld i nära relation ställas om misstanke finns (Socialstyrelsen, 2014).

Att möta patienten

Sjuksköterskan bör arbeta efter *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Detta innebär att sjuksköterskan deltar i arbete för mänskliga rättigheter genom att hjälpa utsatta folkgrupper, här våldsutsatta kvinnor (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor [ICN:s], 2021). Sjuksköterskan ska ge omvårdnad utan att döma och ska ge korrekt, tillräcklig och begriplig information anpassad till patientens språkliga, kognitiva, fysiska och psykiska behov (ICN:s 2021). I ett vårdande möte mellan sjuksköterska och patient kan lidande framkomma och sjuksköterskan behöver lindra lidandet. Genom tröst och trygghet kan sjuksköterskan lindra lidandet i den vårdande stunden. För att lindra lidandet behöver sjuksköterska besitta empati och lyhördhet samt kunna se patienten som en person. Genom att se patienten som en person (Santamäki Fischer, 2019). Genom att se patienten som en person kan sjuksköterskan ge en personcentrerad vård till patienten (ICN:s 2021). I den personcentrerade vården bör sjuksköterskan möta sociala behov hos patienten. Sjuksköterskan har ett ansvar att arbeta för att våld i nära relation är oacceptabelt och ska behandlas som ett folkhälsoproblem. Sjuksköterskan ska tillhandahålla resurser, stöd och kunskap till den utsatta kvinnan samt ge vård med omsorg och empati (ICN:s 2021). Genom att tidigt upptäcka fall av våld i nära relation ska sjuksköterskan arbeta för att förebygga återfall och erbjuda lämpligt stöd och hjälp. Sjuksköterskan bör även utföra forskning som inkluderar kvinnor utsatta för våld i nära relation samt arbete mot våld i nära relationer (WHO, 2021).

Problemformulering

Mäns våld mot kvinnor är ett omfattande folkhälsoproblem som medför konsekvenser för kvinnors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande såväl som för samhället. Våld i nära relation kan utföras på flera olika sätt så som, fysiskt, ekonomiskt eller sexuellt. Våldet medför stora kostnader för samhället. Sjuksköterskan och vården har ett stort ansvar för kvinnans återhämtning från våldet, både från skador men även för att ta sig ur situationen. Bemötandet kan vara avgörande för hur kvinnan väljer att ta emot den hjälp som vården kan erbjuda. Sjuksköterskan kommer under hela sitt yrkesverksamma liv att möta kvinnor utsatta för våld i nära relation i olika sammanhang. Genom att studera hur

våldsutsatta kvinnor upplever mötet med vårdpersonalen kan förhoppningsvis leda till bättre vård.

Syfte

Syftet var att beskriva hur kvinnor utsatta för våld i nära relationer upplever möten med vårdpersonal.

Teoretisk referensram

Barker och Buchanan-Barkers (2005) Tidvattenmodell är en teori där avsikten inte är att styra hur vården ska se ut, utan ge vägledning till sjuksköterskans arbete tillsammans med patienten. Barker beskriver att sjuksköterskan möter patienten under olika omständigheter och i olika miljöer. Enligt Barker är det därför viktigt för patienten att känna sig bemött och trygg, vilket Barker och Buchanan-Barker nämner som förpliktelser som sjuksköterskan kan använda sig av. För om patienten känner sig trygg och säker så öppnar det upp för att möta och försöka förstå sina erfarenheter.

För att kunna ge omvårdnad som sjuksköterska så bör hen enligt Tidvattenmodellen finnas till hands, hjälpa och stötta igenom kriser. Barker och Buchanan-Barker förklarar att den tid de spenderar tillsammans kan utveckla patienten och sjuksköterskan personligen. Om sjuksköterskan inte kan ge den omvårdnaden som patienten behöver så kommer patienten söka omvårdnad på annat håll. Genom att hjälpa patienten igenom sin kris kan sjuksköterskan hjälpa patienten att växa som människa. Barker och Buchanan-Barkers (2005) Tidvattenmodell består av fyra antaganden och tio förpliktelser.

De fyra antaganden är psykiska behov, omvårdnad, människan och omvårdnaden. Psykiska behov beskrivs som psykiska kriser som uppstår under livets gång och skapar ett psykiskt behov. Omvårdnad innebär att det sker förändringar under hela livet, små som stora, men det är inte alltid vi människor märker av dem. Genom omvårdnad kan sjuksköterskan hjälpa till att se de små förändringarna och se hur de med tiden kan skapa stora förändringar (Barker & Buchanan-Barker, 2005). I antagandet människan beskriver Barker och Buchanan-Barker att människan antagligen redan sitter på svaret på sina problem, där sjuksköterskan kan hjälpa patienten att generera sina egna teorier om vad som kan hjälpa i hennes situation. Inom antagandet omvårdnaden så bör sjuksköterskan hjälpa patienten att ta fram lösningar på situationen. Det krävs att patienten och

sjuksköterskan har ett samarbete och en förståelse för varandra. Barker och Buchanan-Barker beskriver det som att vårda med patienten och inte vårda för patienten. Sjuksköterskan ska lyfta patienten och få patienten att förstå att de besitter visdom (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Genom de tio förpliktelserna, ska sjuksköterskan och patienten föras ihop i arbetet (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Några av förpliktelserna innebär att värdera patientens perspektiv, uppvisa respekt för det sätt som patienten väljer att delge sin historia på och vara nyfiken och ta lärdom av patienten, att se tiden som en gåva. Genom sjuksköterskans nyfikenhet, respekt och öppenhet skapas en relation mellan sjuksköterska och patient, då arbetet mot återhämtning kan starta. Både patient och sjuksköterska utvecklas personligen av den tid de spenderar tillsammans. I Tidvattenmodellen beskrivs sjuksköterskan som ett verktyg och inte som en lösning till problemet, men om sjuksköterskan inte besitter dessa egenskaper så kan resultatet bli en besvikelse för såväl patient som sjuksköterska (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Eftersom Tidvattenmodellen kan vägleda sjuksköterskans arbete med patienter kände författarna att den passade in på litteraturoversiktens syfte då den belyser sjuksköterskans möte med patienten. Delar av Barker och Buchanan-Barkers antaganden och förpliktelser kommer därför att diskuteras mot resultatet under avsnittet resultatdiskussion.

Metod

Metoden är en litteraturoversikt där befintlig forskning samlas in, analyseras och presenteras översiktligt. En litteraturoversikt ska ge en uppfattning om hur kunskapsläget ser ut (Friberg, 2022). Genom att sammanställa forskning om våldsutsatta kvinnors upplevelser inom området så kan det ge viktig kunskap för personal inom hälsa och sjukvård. Denna litteraturoversikt ger endast ett selektivt urval av nuvarande forskning, vilket innebär att all forskning som finns inom området inte kommer att vara med (Friberg, 2022).

Datainsamling

För att specificera och begränsa databassökningarna sker vissa avgränsningar i form av urvalskriterier (Friberg, 2022). Inklusionskriterier är egenskaper som gör att artiklarna

väljs till dataanalysen (Friberg, 2022). Artiklarna i föreliggande litteraturöversikt var vetenskapliga kvalitativa originalartiklar. Enligt Friberg (2022) är vetenskapliga originalartiklar nya empiriska studier, som även beskrivs som studier som görs för första gången, och kvalitativa studier innehåller synpunkter, upplevelser, uppfattningar och åsikter. Eftersom syftet var att beskriva våldsutsatta kvinnors upplevelser valdes kvalitativ metod som ett inklusionskriterium. Deltagarna skulle vara kvinnor över 18 år som utsatts för våld i nära relation och som sökt vård för detta inom sjukvården. Språket på artiklarna skulle vara engelska då engelska är ett språk som författarna behärskar samt att engelska är det språk som används vid publicering av forskningsresultat (Segesten, 2022). För att säkerställa att artiklarna kvalitetsgranskats av experter inom området (Östlundh, 2022) var peer-reviewed ett inklusionskriterium. Artiklarna hade ett publiceringsdatum mellan 2013-2023. Enligt Friberg (2022) anses artiklar som inte är äldre än tio år som aktuella, eftersom vårdvetenskap konstant förändras och uppdateras. Exklusionskriterier är egenskaper i artiklarna som gör att de väljs bort (Friberg, 2022). Syftet fokuserar på kvinnor och deras upplevelser, så därför valde författarna bort artiklar med män och minderåriga. De valde också att välja bort artiklar som fokuserade endast på vårdpersonalens syn, eftersom de inte var relevant till syftet.

Artikelsökningen genomfördes i databaserna CINAHL, PubMed och PsycInfo. Dessa databaser valdes för att alla tre databaserna är vårdvetenskapliga. CINAHL är en databas som innehåller omvårdnadsvetenskap, PubMed innehåller forskning inom medicin och hälsa och PsycInfo omfattar forskning inom psykiatri och psykologi (Östlundh, 2022). Sökningarna gjordes som ämnesordsökning eller fritextsökning. Enligt Östlundh (2022) har databaser ämnesord som ligger i en ämnesordlista för att synliggöra vad dokumentet handlar om. Finns inte ämnesordet används fritextsökning istället för att behålla en liknande sökning i alla databaser. Dock innebär fritextsökning en bredare sökning, eftersom de ord som söks kommer finnas någonstans i artikeln (Östlundh, 2022). I alla databaser användes ämnesorden "*Domestic violence*" och "*Intimate partner violence*", och fritextorden "*Perspective**", "*Perception**", "*Experience**", "*Healthcare provider**", "*Healthcare worker**", "*Health care provider**" och "*Health care worker**". I CINAHL och PubMed fanns det ytterligare ämnesord i form av "*Medical staff*", "*Medical staff, Hospital*" och "*Nursing staff, Hospital*", i PsycInfo fanns inte dessa ord som ämnesord och en fritextsökning gjordes istället. PubMed hade ytterligare ämnesord som "*Battered women*" och "*Nursing staff*", men de hade inte CINAHL så dessa ord gjordes som en fritextsökning där. I PsycInfo fanns

dock ett ämnesord i form av *“Battered females”*, vilket användes istället för *“Battered women”* även *“Nursing staff”* fanns inte och fick vara en fritextsökning. När fritextsökningen genomfördes användes frassökning för att inkludera hela termer i sökningen och trunkering för att inkludera ordets alla böjningar (Östlundh, 2022). För att få en tydligare bild av sökningens alla delar se sökmatrix (bilaga 1).

Boolesk söklogik användes för att kombinera söktermerna med hjälp av sökoperatorena AND och OR. Operatoren AND används när en sökning ska innehålla alla sökorden vilket smalnar av sökningen. Operatoren OR används för att hitta artiklar med någon utav söktermerna, vilket gör sökningen bredare (Östlundh, 2022).

För att välja ut artiklar till resultatet lästes samtliga titlar. De titlar som var relevanta till syftet i denna litteraturöversikt valdes ut för ytterligare granskning. Denna granskning involverade artikelns abstrakt. Artikelns abstrakt lästes igenom och om den var relevant granskades hela artikeln. När hela artikeln lästes kvalitetsgranskades artikeln utifrån en checklista utformad av Friberg (2022). Frågorna i checklistan som användes var: Finns det ett tydligt problem formulerat? Finns det ett tydligt syfte? Hur är metoden beskriven? Hur är undersökningspersonerna beskrivna? Vad visar resultatet? Ingen artikel uteslöts vid granskningen och totalt inkluderades tio vetenskapliga originalartiklar i resultatet (se bilaga 2).

Dataanalys

Litteraturöversiktens dataanalys var baserad på de fyra steg som beskrivs av Friberg (2022). De tio vetenskapliga originalartiklar som inkluderades i resultatet lästes igenom noggrant av båda författarna. Sedan sammanställdes den relevanta informationen från olika aspekterna i respektive artikel med rubriker som syfte, metod och resultat i en tabell (se bilaga 2). Efter gjordes en sammanfattning av likheter och skillnader på artiklarnas resultatdel. Detta genomfördes genom att skriva ut alla resultat och markera dessa likheter och skillnader med markeringspennor. All markerad text fördes sedan in i ett separat Worddokument där texterna parades ihop och sorterades färgmässigt i gemensamma teman. Utifrån de gemensamma teman som författarna skapade, utformades tre olika huvudteman med tillhörande underteman.

Forskningsetiska överväganden

Vetenskapsrådet (2017) beskriver vetenskaplig oredlighet som något av en uppenbar stöld av andra personers material i form av plagiat, falsifiering eller frisering. Det här gjorde det viktigt för författarna av litteraturöversikten att inte skriva under stress, vara noggranna med att inte ta med felaktig information, referera på ett tydligt och korrekt sätt och att samarbeta på ett aktivt sätt. Vad som är viktigt att tänka på är att misstag inte alltid behöver ske avsiktligt, vilket gjorde det extra viktigt för författarna att hela tiden läsa igenom arbetet och att se över informationen som användes.

Fabrikationer och förvanskning är forskningsfusk där fabrikation innebär att data och annat material är påhittat och framställs som riktigt (Vetenskapsrådet, 2017). Det kommer alltid att finnas en förförståelse för ämnet, vilket författarna är medvetna om. Så genom att vara kritisk och ha ett öppet sinne med vad de hittade i artiklarna kunde författarna sammanställa ett resultat som speglade vad artiklarna beskrev utan att utesluta information eller skriva till data på grund av personliga åsikter eller förförståelse till ämnet. För att minska risken för att artiklarna skulle misstolkas, lästes de separat av båda författarna för att sedan diskuteras och relevant material valdes ut.

Begrepp som fusk, oredlighet och fabrikation är viktiga, men författarna hade även en diskussion om vad god sed är och hur det kan vara betydelsefullt för denna litteraturöversikt. Författarna fokuserade på en rad etiska principer som Vetenskapsrådet (2017) tar upp i form av ärlighet, tillförlitlighet, objektivitet, opartiskhet och oberoende, men också öppen kommunikation. Författarna menar att de har en skyldighet att presentera syftet med litteraturöversikten och att rapportera litteraturöversiktens innehåll på ett försvarbart sätt. Resultatet som används ska granskas objektivt och kommunikationen mellan författarna ska vara tydlig och öppen.

Resultat

Vid dataanalysen av de tio relevanta originalartiklarna framkom ett flertal kategorier som tillsammans skapade tre huvudteman med underteman som specificeras här i resultatet. Dessa huvudteman var *Vikten av att bli hörd och sedd*, *Vikten av att få information* och *Vikten av kvinnans omständigheter*.

Vikten av att bli hörd och sedd

Kvinnorna beskrev upplevelser av att bli ignorerade av vårdpersonal genom att de inte visade intresse eller inte frågade kvinnorna om skadorna som de kom in för, vilket gjorde att vissa kvinnor valde att inte prata ut om våldet (Correa m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2015; Wild m.fl., 2022). Det fanns också kvinnor som valde att berätta för vårdpersonalen om våldet, men belyste upplevelser av att bli ignorerade efter det (Dichter m.fl., 2021; Poreddi m.fl., 2021; Taylor, 2020). Kvinnorna beskrev det som att vårdaren saknade empati (Othman m.fl., 2014; Taylor, 2020) eller att vårdaren inte brydde sig vid mötet (Dichter m.fl., 2020). Detta kunde göra så att kvinnorna inte kände sig trovärdiga (Poreddi m.fl., 2021) och upplevde att de inte var värda något, men kunde också få dem att känna sig utlämnade och ensamma (Taylor, 2020). Kvinnorna beskrev också att de upplevde vårdare med dömande beteenden eller attityder (Dichter m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2015; Taylor, 2020), vilket kvinnorna förklarade med en känsla av att inte bli bekräftad (Dichter m.fl., 2015). Detta kunde göra att kvinnorna fick en upplevelse som gjorde dem obekväma och gjorde mötet opersonligt för dem (Dichter m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2015).

Kvinnor beskrev också upplevelser av positiva erfarenheter med vårdpersonal (Williams m.fl., 2020; Poreddi m.fl., 2021). En kvinna förklarade hur hon blev imponerad över en vårdare som lyssnade och var så intresserad över vad hon hade att säga och upplevde att vårdarens närvaro fick henne att öppna upp och respektera honom (Williams m.fl., 2020). Kvinnor beskrev även en lättnad av att prata om våldet med sin vårdare och att de kände att de kunde ventileras till vårdaren (Poreddi m.fl., 2021).

Önskade attribut hos vårdpersonalen

Kvinnor utsatta för våld i nära relationer betonade att de ville att vårdpersonalen skulle lyssna (Correa m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2015; Poreddi m.fl., 2021; Wild m.fl., 2022). De önskade även att vårdpersonalen skulle visa mer intresse (Correa m.fl., 2020; Othman m.fl., 2014; Wild m.fl., 2022). Kvinnorna förklarade att de ville bli bekräftade och ville att vårdpersonalen skulle tro på deras upplevelser (Othman m.fl., 2014; Poreddi m.fl., 2021). Kvinnor utsatta för våld i nära relationer ville att vårdpersonalen skulle vara snäll (Dichter m.fl., 2015; Poreddi m.fl., 2021; Wild m.fl., 2022), medan andra förklarade vikten av att vårdpersonalen skulle visa respekt (Dichter m.fl., 2015; Poreddi m.fl., 2021) och ha empati vid mötet (Correa m.fl., 2020; Dichter

m.fl., 2020; Williams m.fl., 2020). Genom att skapa en genuin relation (Dichter m.fl., 2020; Othman m.fl., 2014), bry sig om kvinnorna och bygga upp ett förtroende, förklarar kvinnorna att det innebar att de öppnade upp sig (Dichter m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2021). Att vara komfortabel vid mötet var något kvinnorna också tyckte var viktigt (Williams m.fl., 2020). Det kunde göra så att kvinnorna upplevde att vårdaren tog dem på allvar, var där för dem och kunde få dem att känna sig förstådda (Othman m.fl., 2014; Taylor, 2020; Williams m.fl., 2020). Vidare förklarade kvinnorna att de ville ha support så att de kunde ta sig ifrån våldet (Dichter m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2021; Wild m.fl., 2022). Kvinnorna förklarade hur de behövde relevant hjälp som var personcentrerad (Correa m.fl., 2020; Williams m.fl., 2020). Det skulle göra vården mer personlig trodde kvinnorna (Correa m.fl., 2020), men även mer effektiv (Williams m.fl., 2020). För att ta det ett steg längre medgav kvinnorna att de ville ha en möjlighet att välja vad de skulle vilja göra och vart de skulle vilja ta vägen (Dichter m.fl., 2021). Det kunde vara en person som hade liknande egenskaper som en själv, som var kvinna, hade liknande religion eller kultur, eller själv hade en historia av våld i nära relationer. Detta skulle göra henne mer komfortabel (Williams m.fl., 2020).

Inre hinder som påverkade mötet

Kvinnor utsatta för våld i nära relationer belyste inre tankar som gjorde att de inte ville prata om våldet med vårdpersonalen. Dessa inre tankar upplevde de som okunskap eller inre rädslor (Dichter m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2021; Dichter m.fl., 2015; Othman m.fl., 2014; Poreddi m.fl., 2021). Därför var det viktigt för kvinnorna att få information från vårdpersonalen (Correa m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2015; Dichter m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2021; Wild m.fl., 2022; Williams m.fl., 2020). De ville ha generell information om våld i nära relationer (Dichter m.fl., 2021; Wild m.fl., 2022; Williams m.fl., 2020), och kvinnorna ville veta hur våldet påverkar hälsan (Dichter m.fl., 2021; Williams m.fl., 2020). De ville också få information om vilken hjälp som finns för utsatta kvinnor (Correa m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2015; Dichter m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2021; Wild m.fl., 2022; Williams m.fl., 2020). Kvinnorna beskrev hur rädda de var för hur informationen skulle användas, vilket skapade ett behov av att få information om tystnadsplikten och vilken säkerhet vården kunde ge kring våld i nära relationer (Correa m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2021; Dichter m.fl., 2015; Poreddi m.fl., 2021; Williams m.fl., 2020).

Utan kunskap om de olika möjligheterna som fanns blev deras inre tankar verklighet (Othman m.fl., 2014). Kvinnorna belyste vidare att de inte visste vad som skulle hända efter att de berättade om våldet och vilka konsekvenser det skulle bli (Correa m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2021; Dichter m.fl., 2015; Othman m.fl., 2014; Poreddi m.fl., 2021). De förklarade att de inte visste om våldet kunde bli värre, utan trodde att det inte var så farligt och därför väntade med att söka hjälp. Men förklarade sedan att med den rätta informationen skulle de ha sökt hjälp tidigare (Dichter m.fl., 2021; Othman m.fl., 2014; Williams m.fl., 2020). Kvinnor som var veteraner beskrev rädslan av att förlora sina förmåner och att offentligheten inom militären skulle göra att alla visste om deras utsatthet (Dichter m.fl., 2015).

Skam

Kvinnorna beskrev att de upplevde skam över våldet (Dichter m.fl., 2020). De förklarade att det var pinsamt (Dichter m.fl., 2020; Othman m.fl., 2014) och att de trodde att människor skulle skratta eller att deras psykiska hälsa skulle bli förklaringen till våldet (Poreddi m.fl., 2021). Detta upplevde kvinnorna som en rädsla, vilket gjorde så att de endast gav detaljer som de trodde att vårdaren behövde för att vårda deras skador (Poreddi m.fl., 2021; Williams m.fl., 2020) eller inte upplevde någon mening med att berätta om våldet alls (Poreddi m.fl., 2021). Kvinnorna nämnde även upplevelsen av att vara känslomässigt redo för att berätta (Dichter m.fl., 2015).

Externa omständigheter som påverkade kvinnan

Kvinnor utsatta för våld i nära relationer upplevde en fångenskap från personen som utövade våldet, från våldet i sig, men också från sjukvårdssystemet när mötet med vårdpersonalen inte hade ett positivt intryck på kvinnan. Alla tre faktorer påverkade kvinnornas psykiska hälsa och kunde därför även påverka mötet med vårdpersonalen (Taylor, 2020). Det var även andra faktorer och omständigheter som kunde påverka mötet med vårdpersonalen, enligt kvinnorna, som stigmatisering av våld i nära relationer (Dichter m.fl., 2020; Othman m.fl., 2014; Taylor, 2020; Wild m.fl., 2022), och hur samhällliga aspekter såg ut för kvinnan (Othman m.fl., 2014; Wild m.fl., 2022) samt sjukvårdssystemets uppbyggnad i form av riktlinjer, arbetsmiljö och personal (Correa m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2021; Othman m.fl., 2014; Poreddi m.fl., 2021; Taylor, 2020; Williams m.fl., 2020). Kvinnor som också hade ett missbruk eller

hade en partner som tog mediciner från kvinnan upplevde att även detta påverkade mötet med vårdpersonalen (Bender, 2016).

Kvinnorna beskrev att de upplevde stigmatisering vid själva mötet (Dichter m.fl., 2020; Othman m.fl., 2014; Taylor, 2020; Wild m.fl., 2022). De förklarade att de själva var bekymrade över stigma (Dichter m.fl., 2020; Wild m.fl., 2022) eller att det också fanns vårdare som de upplevde hade haft sympati till misshandlaren. En kvinna förklarade att en vårdare hade frågat henne varför hon ville göra en rapport, om hon inte tyckte synd om sin man och sa att hon hade ju barn (Othman m.fl., 2014). Andra kvinnor hade upplevt vårdare som undvek att förstå dem och kände att de tillskrev dem nedvärderande och stereotypa egenskaper (Taylor, 2020).

Samhälleliga och kulturella aspekter

Samhälleliga och kulturella aspekter i form av synen på våld i nära relationer påverkade också kvinnans möte med vårdpersonalen (Othman m.fl., 2014; Wild m.fl., 2022).

Kvinnor förklarade hur de värderade samhällets hjälp högt och ville se att vårdpersonalen skulle ta kontakt och hitta support från samhällets viktigaste personer som en del av vårdplanen för att få det skyddet de behövde (Wild m.fl., 2022). Kvinnorna beskrev hur de trodde att våld i nära relationer var ett privat ämne som skulle handskas privat inom familjen och att våld var normalt och deras fel (Othman m.fl., 2014).

Kvinnorna tog upp sitt perspektiv på missbruk och förklarade hur de upplevde att missbruket påverkade vårdarens vilja att hjälpa dem och påverkade även vilken typ av vård som vårdaren gav. Kvinnorna upplevde att de inte blev hjälpta alls vid vissa tillfällen när de kom in för vård och att våldet inte togs seriöst när de även hade ett missbruk av droger. Andra kvinnor förklarade att vårdpersonalen inte ville lämna ut mer av den medicin som de behövde på grund av att medicinen hade försvunnit eller använts för snabbt. Kvinnorna visste dock att detta var för att deras partner hade tagit medicinen. Kvinnorna beskrev att upplevelsen vid mötet av vårdpersonalen alltid var negativ om droger var inblandade. Dessa negativa upplevelser hade många gånger gjort att kvinnorna inte ville söka hjälp trots sina skador (Bender, 2016).

Organisation och tidsbrist

Sjukvårdssystemets uppbyggnad innebar att kvinnorna inte fått den tid och den uppmärksamhet som de behövde (Correa m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2020; Othman m.fl., 2014; Poreddi m.fl., 2021; Williams m.fl., 2020). Vissa utav kvinnorna förklarade att de inte fick prata med vårdpersonalen i enrum (Correa m.fl., 2020; Othman m.fl., 2014), andra kvinnor beskrev upplevelsen av en maktbalans som fanns och påverkade deras vård (Othman m.fl., 2014; Taylor, 2020) och att vissa kvinnor inte fått någon möjlighet till uppföljning (Correa m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2021).

Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen hade mycket att göra och att de därför inte hade tid att prata med dem (Correa m.fl., 2020; Othman m.fl., 2014; Poreddi m.fl., 2021). De fick en upplevelse av att de var en utav många patienter och att vårdaren endast kom in till mötet för att göra sitt jobb, vilket kvinnorna upplevde som opersonligt (Dichter m.fl., 2020) och kändes inte genuint i deras ögon (Correa m.fl., 2020). Kvinnorna förklarade att de ville få den tid de behövde för att inte känna sig stressade med att berätta om våldet, vilket enligt kvinnorna också skulle ge dem upplevelsen av att vårdaren brydde sig om dem (Williams m.fl., 2020).

Kvinnor utsatta för våld i nära relationer kunde redan känna ett övertag hos vårdpersonalen, vilket gjorde det viktigt för dem att inte känna att maktbalansen blev för stor, speciellt inom psykiatri där restriktioner, observationer och svek kunde göra den psykiska hälsan värre för kvinnorna (Taylor, 2020). Vidare beskrev kvinnorna hur de upplevt att vårdaren bestämde vad de skulle göra och gav inte dem utrymme att prata om sina problem (Othman m.fl., 2014).

En kvinna specifikt uttryckte att hon önskade att hennes erfarenheter skulle nå ut till andra patienter, så att nästa kvinna inte behövde känna sig ensam för de hade hon upplevt (Williams m.fl., 2020).

Diskussion

Diskussionen kommer att delas upp i två delar, metoddiskussion samt resultatdiskussion. I metoddiskussionen kommer val som gjorts under arbetets gång och som kan ha påverkat litteraturöversikten att beskrivas. I resultatdiskussionen kommer centrala fynd ur resultatet att diskuteras mot litteraturöversiktens bakgrund, ny information samt den teoretiska referensramen, Tidvattenmodellen.

Metoddiskussion

För att få svar på vårt syfte hade flera olika studiedesigner kunnat genomföras. Genom att göra en litteraturöversikt får vi en generell bild om hur forskningsläget ser ut inom valt område. Arbetet var upplagt på cirka åtta veckor, på den tiden är det svårt att till exempel hinna genomföra en systematisk litteraturöversikt, då en systematisk litteraturöversikt ofta tar upp emot ett år att genomföra (Friberg, 2022).

Inklusionskriteriet att artiklarna skulle vara kvalitativa bestämdes eftersom litteraturöversiktens syfte var att beskriva upplevelser, något som oftast beskrivs genom kvalitativa artiklar (Friberg, 2022). Dock valde författarna att ha med en artikel med mixad metod. Författarna granskade artikelns resultat noggrant och det visade sig att den kvalitativa delen tydligt besvarade litteraturöversiktens syfte. Det gjorde att författarna ej exkluderade artikeln helt, utan valde att ha med den kvalitativa delen.

Författarna valde att endast ha artiklar med fokus på kvinnor över 18 år. I databaserna gjordes en begränsning av endast kvinnor och personer över 18 år. Dock plockade den åldersbegränsning i PsycInfo bort artiklar som hade kunnat vara relevanta för syftet och därför valde vi att granska varje relevant artikel manuellt och se om de föll inom kriteriet att kvinnorna skulle vara över 18 år gamla. Detta gjordes genom att läsa artiklarnas metodavsnitt. Ett annat urvalskriterium var att artiklarna skulle vara peer-reviewed. Denna begränsning fanns dock inte på PubMed, vilket gjorde att författarna fick granska detta manuellt. Det gjorde författarna genom att granska tidskrifternas hemsidor. Detta resulterade i att alla tio artiklar var peer-reviewed, vilket är en styrka då artiklarna har granskats av experter inom området (Segesten, 2022) I vissa av artiklarna kunde författarna hitta upplevelser från både vårdpersonalens och kvinnornas upplevelser. Detta gjorde att författarna igen fick läsa igenom artiklarna noggrant för att sedan ta beslutet att endast ta de delar från artiklarna som var relevant för litteraturöversikten, eftersom detta egentligen var ett exklusionskriterium.

Genom att inte begränsa sökningen till specifika länder så ville författarna skapa en mer global uppfattning om hur läget ser ut i världen. Sökningen gav dock inte en större variation av länder då de flesta var från USA, men vi ansåg att det var tillräckligt för att få en bredare kunskap. Allmänsjuksköterskan i Sverige möter patienter från andra delar av världen i sitt yrke och inte endast patienter födda och uppvuxna i Sverige, vilket gör det

mer relevant att lära sig från kvinnor som lever under olika omständigheter. Det är möjligt att det hade varit mer relevant att endast använda artiklar från länder där våld i nära relation är olagligt eller endast från Sverige.

Till en början användes endast databaserna PubMed och CINAHL vid sökningarna av originalartiklar för litteraturöversiktens resultat. Författarna ändrade och prövade många varianter av sökningar med olika sökord och MeSH-termer för att få fram den mest relevanta sökningen för litteraturöversiktens syfte. De ord som inte fanns som ämnesord i respektive databas användes fortfarande, men som fritextsökning och på grund av annorlunda stavning på vissa ord beroende på om de var skrivna på brittisk engelska eller amerikansk engelska beslutade författarna att använda båda stavningarna för att inte missa några relevanta artiklar. När författarna väl var nöjda med sökningarna i form av träffar och spegling av syftet så fanns det endast åtta artiklar som besvarade syftet. Istället för att utöka antalet år eller redigera sökblock så valde författarna att använda en tredje databas för att söka fram ytterligare artiklar. Detta gjordes i databasen PsycInfo och två ytterligare artiklar inkluderades som var relevanta för litteraturöversiktens syfte. Genom att använda flertalet databaser så förstärks arbetets trovärdighet (Östlundh, 2022).

Sökningen som användes i PsycInfo var något annorlunda mot de andra databasernas sökningar. Ett ämnesord som ej fanns med i PsycInfo byttes ut mot ett som ansågs ha samma betydelse, därav tolkade författarna sökningarna som likvärdiga. De insamlade artiklarna kvalitetsgranskade utifrån Fribergs (2022) checklista. Författarna har inte kvalitetsgranskat artiklar tidigare, vilket ses som en svaghet. En styrka är att artiklarna var peer-reviewed (Östlundh, 2022). Artiklar med olika former av vårdinrättningar inkluderades då allmänsjuksköterskan kan arbeta på flera olika ställen samt att sjuksköterskan kan möta kvinnor utsatta för våld i nära relationer oavsett på vilken vårdinstans sjuksköterskan befinner sig på. I tre utav tio artiklar som användes till litteraturöversiktens resultat fanns en och samma författare. Det här är en svaghet, trots detta så beslöt författarna att använda sig av dessa artiklar, eftersom de inte hade samma publiceringsdatum, andra författare var delaktiga i författarens originalartiklar, för att alla artiklar hade olika urval av kvinnor och inga relevanta artiklar skulle uteslutas.

Litteraturöversiktens författare blev ihopparade vid arbetets start och trots att de inte kände varandra från start så har samarbetet fungerat bra, nästintill daglig kommunikation har skett under arbetets gång. Då vi bor på olika orter så gjordes majoriteten av arbetet varit på distans. Träffar skedde endast i samband med handledning av

litteraturoversikten. Det hade varit en fördel om författarna kunnat träffats personligen oftare, det hade kunnat resulterat i enklare kunna redigera och diskutera arbetet. Trots detta så upplever vi att samarbetet fungerat bra och vi har uppmuntrat samt stöttat varandra när en eller båda författare upplevt arbetet som svårt eller som att man inte kommer vidare i sitt pågående arbete.

Resultatdiskussion

Centrala fynd som författarna har identifierat i resultatet kommer nedan att diskuteras mot litteraturoversiktens bakgrund, vald teoretisk referensram, Tidvattenmodellen av Phil Barker samt nya artiklar. De centrala fynden var att kvinnorna upplevde skam och stigma kring att tala om våld i nära relation, att det saknades empati och intresse från vårdpersonalen samt att tidsbrist, avsaknaden av information och stöd påverkade kvinnornas upplevelser. Diskussionen delas in i tre rubriker, *En kultur av skam, Egenskaper hos vårdpersonalen samt Hjälpa och resurser*.

En kultur av skam

Kvinnorna upplevde stigma kring att tala om våld i nära relation. Stigma är även något som Sawyer m.fl. (2020) tar upp i sin originalartikel som studerat personer med alkoholproblem och deras upplevelser. I resultatet framkommer det stigma att tala om sina alkoholproblem och att det är ett hinder till nykterhet. Genom att aldrig tala om våldet och dess påverkan så kan inte kvinnan få den hjälp hon behöver för att ta sig ur situationen. Genom att tala om det stigma och den skam man upplever så kan man minska på den kraft som beroendet har över en (Sawyer m.fl. 2020). Det kan även appliceras på kvinnor utsatta för våld. Genom att tala om sina upplevelser och berätta om händelserna på det sättet som hon vill kan hon vinna tillbaka sin självkänsla och minska på den psykiska skada som våldet skapat. Sjuksköterskan kan använda Barkers Tidvattenmodell i mötet med patienten och applicera förpliktelse att värdera patientens perspektiv på berättelsen, genom att respektera det språk som kvinnan använder under sin berättelse samt genom att förstå kvinnans upplevelse. Det är patienten som är expert på sin berättelse och som sjuksköterska kan man bara ta lärdom från den. Skulle sjuksköterskan inte applicera förpliktelse i mötet med den utsatta kvinnan så finns det en risk att kvinnan inte upplever att hon blir hörd och sedd samt att hon inte känner sig respekterad. Vi tolkar litteraturoversiktens resultat så att om

sjuusköterskan brister i att applicera förpliktelseerna finns risken att kvinnan inte vänder sig till vården i framtiden för att få hjälp vid liknande situationer eller överhuvudtaget.

Det stigma och den skam som kvinnorna upplever och beskriver resulterar i att de inte delar med sig av sina upplevelser till vårdpersonalen. Om kvinnan inte har några fysiska skador som visar att hon blivit utsatt för våld kan det vara lätt att missa som vårdpersonal. Det handlar om att vilja se, vilja veta och att ställa frågor, enligt Socialstyrelsen (2014). Vi anser att om sjuusköterskan inte visar en nyfikenhet på patienten så som Barker och Buchanan (2005) beskriver i Tidvattenmodellens förpliktelser så kommer sjuusköterskan inte få svaret på eventuella misstankar om våld och kvinnan i mötet får heller inte den hjälp hon skulle behöva men talar inte heller om det då hon upplever skam. Frågan är även ett etiskt dilemma då misstanken sjuusköterskan har kanske inte stämmer. Sjuusköterskan behöver väga för- och nackdelar mot varandra, är det värt att kanske förolämpa en patient om misstanken inte stämmer men skulle den stämma så har man förhoppningsvis hjälpt patienten istället. Sjuusköterskan och annan vårdpersonal ska enligt Socialstyrelsen (2014) ställa frågan om våld i nära relation till patienten om misstanke finns. Misstanken kan bero på skadans uppkomst eller symtom som kan bero på våld i nära relation. Idag finns endast kravet om att ta upp frågan vid mödravården och när kvinnor söker hjälp för psykiska besvär (Socialstyrelsen, 2014). Här är det även viktigt att sjuusköterskan och annan vårdpersonal har fått utbildning och besitter kunskap om hur man ställer frågor angående våld i nära relation samt har kunskap om vad våld i nära relation är (Socialstyrelsen, 2014). Även rutiner för hur vårdinstansen ska hantera misstanke och bekräftat våld i nära relation behövs. Vi anser att det borde ligga som krav på alla vårdgivare att ställa frågan om kvinnan är utsatt för våld i nära relation.

Egenskaper hos vårdpersonalen

Litteraturöversiktens resultat visar att kvinnorna upplevde en brist på empati, lyhördhet och respekt från vårdpersonalen. De upplevde att vårdpersonalen var ointresserade och hade ett dömande beteende. En del av resultatet visar att kvinnor som upplevde närvarande vårdpersonal hade positiva erfarenheter. Enligt litteraturöversiktens resultat så är önskvärda attribut hos vårdpersonalen att de är empatiska, visar intresse, visar

omtanke, skapar ett förtroende samt att de lyssnar på kvinnorna. Liknade resultat visar Martin m.fl. (2023) i sin originalartikel om hur mörkhyade kvinnor med bröstcancer blir bemötta och behandlade inom vården. Kvinnorna upplevde att de blev dåligt bemötta på grund av sin hudfärg och de hade fått en annan bättre vård om de inte hade varit mörkhyade. De beskrev hur vårdpersonalen hade brist på empati, var respektlösa mot dem och gav inte en personcentrerad vård. Vårdpersonalen använde svåra medicinska termer och miljön var ej välkomnande upplevde kvinnorna. De upplevde även en brist på stöd. De kvinnorna önskade att vårdpersonalen visade empati, respekt, de ville bli hörda och sedda samt få stöd. Vår tolkning av litteraturöversiktens resultat är att kvinnorna behövde en trygghet i sitt trauma.

Trauma kan ge en känsla av bristande trygghet (Santamäki Fischer, 2019). Trygghet och tröst kan de ge tillit och en upplevelse av lugn i stunden. Tröst är något som är livsviktigt och som samspelar med tryggheten. Att hitta tröst på egen hand är möjligt men oftast behöver människan någon som uppmärksammar vår kris och som förstår oss. Tröst är något som uppstår i ett genuint möte mellan människor och dess handling är inget som kan beskrivas med ord. Det kan vara en blick, ett ansiktsuttryck eller att hålla sin medmänniska i handen. De är även olika från person till person och beroende på situation. I mötet så kan lidandet lindras både i stunden och på lång sikt, detta genom en upplevelse av trygghet. För att kunna vara tröstande bör sjuksköterskan visa empati, vara lyhörd, ha modet att ställa frågor och befinna sig i en obekväm situation samt ha kunskap om hur hen värnar om patientens integritet. Det är även viktigt att sjuksköterskan ställer sig frågan hur hen själv skulle vilja bli bemött om hen var i samma situation (Santamäki Fischer, 2019). Tidvattenmodellen visar att det ligger hos vårdpersonalen att kvinnan känner sig trygg och säker så hon kan öppna upp samt att vara nyfiken på sin patient (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Vi anser att sjuksköterskan och vårdpersonalen behöver vara nyfiken, som även Barker pointerar, genom att visa intresse för patienten och ställa frågor. Genom ögonkontakt och aktivt lyssnande så kan sjuksköterskan visa att hen är intresserad och vill väl. Att vara visa empati, medkänsla och lyhördhet är även något som står i ICN:s *Etiska kod för sjuksköterskor* (2021) på egenskaper en verksam sjuksköterska bör besitta.

Hjälp och information

Ett centralt fynd i litteraturöversiktens resultat var en avsaknad av stöd och information när väl kvinnorna behövde den. Kvinnorna förklarade att de önskade att vårdpersonalen kunde ge mer information och support när de kom in för vård. De beskrev vikten av informationen och om hur den kunde ha förändrat deras beslut om att prata ut om våldet. När, hur och kvantiteten av informationen var inte endast viktig för kvinnorna i den här litteraturöversikten utan även något Mok och Leung (2006) beskrev i sin artikel om sjuksköterskor som givare av stöd för mödrar med för tidigt födda barn. Precis som mödrarna behöver kvinnor utsatta för våld i nära relationer sjuksköterskor som ger stöd. Tidsvattenmodellen visar hur sjuksköterskor kan hjälpa patienterna genom sina kriser (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Mödrarna förklarade att de ville ha tydlig information med fokus på det som faktiskt betydde något för just dem. De beskrev hur den rätta informationen fick dem att lättare hantera situationen och gav en känsla av kontroll (Mok & Leung, 2006). Kvinnorna i litteraturöversikten hade kanske kunnat tagit ett annat beslut och faktiskt fått tillbaka en känsla av kontroll om de hade mer information och kunskap. Därför är det viktigt för sjuksköterskor att känna till och förmedla adekvat information om våld i nära relationer. Den adekvata informationen som sjuksköterskan ger ska vara baserad på den senaste forskningen och på sjuksköterskans ansvar. Sjuksköterskans ansvar ska vara att tillhandahålla stöd, resurser och kunskap till den utsatta kvinnan (WHO, 2021) och sjuksköterskor ska vara insatta i de rutiner som vårdinrättningen har implementerat för vårdpersonalen vid misstanke om våld i nära relationer (Socialstyrelsen, 2022). Tidsvattenmodell kan även vara ett verktyg att vägleda sjuksköterskan till att veta exakt när, hur och hur mycket av informationen som behövs vid varje tillfälle. Ett utav Barker och Buchanan-Barkers antaganden beskriver vikten av att vårda med patienten och inte för patienten, vilket betyder att sjuksköterskan ska hjälpa patienten fram till olika lösningar på situationen genom att samarbeta och skapa en förståelse till varandra (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Kliniska implikationer

Litteraturöversikten visade på vikten av bemötandet med kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Många utav dessa kvinnor återkommer till vården, så oavsett verksamhet så kommer sjuksköterskan med stor sannolikhet möta kvinnor som har varit eller är utsatta för våld i nära relationer. Litteraturöversiktens resultat visade att det behövdes ytterligare

kunskap hos vårdpersonalen på hur man bemöter kvinnor utsatta för våld i nära relation. Kunskapen som ges ut under sjuksköterskans utbildning är viktig, eftersom den innehåller kunskap kring mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer (Högskoleförordningen 1993:100). Litteraturöversiktens resultat visade på att vårdpersonalen inte ställde frågor om skador som uppkommit vid våld i nära relation, något som Socialstyrelsen rekommenderar att vårdpersonal ska göra vid misstanke. Med denna litteraturöversikt hoppas vi kunna ge möjlighet till ytterligare information kring hur dessa kvinnor upplever möten med vårdpersonalen för att på så sätt öka kunskapen och förståelsen hos vårdpersonal och övriga som läser detta. Vårdinstanser och sjuksköterskor kan även med hjälp av litteraturöversiktens resultat anpassa sitt bemötande vid möten tillsammans med kvinnor utsatta för våld i nära relationer.

Fortsatt forskning

Författarna har fått en uppfattning av att det skulle behövas mer kvalitativ forskning kring kvinnors upplevelser av vårdpersonals bemötande när hon blivit utsatt för våld i nära relationer, eftersom det var svårt att hitta originalartiklar inom ämnet. Forskningen bör inkludera både upplevelsen direkt efter mötet med vårdpersonalen men även hur kvinnorna upplevde mötet efter en viss tid för att få reda på vad kvinnorna upplevde som gynnsamt.

Det behövs även mer forskning kring olika länder och kulturer för att få fram olika aspekter på kvinnor utsatta för våld i nära relationers upplevelser vid möten med vårdpersonalen, då dessa saknades i litteraturöversikten och för att Sverige är ett mångkulturellt samhälle. Författarna tror att forskning inriktat på kvinnor med utländsk härkomst och deras syn kan generera i en värdefull kunskap som kan underlätta en personcentrerad vård.

Slutsats

Litteraturöversiktens resultat visade att kvinnor utsatta för våld i nära relationer inte delade med sig av sina upplevelser om kvinnan inte blev hörd och sedd. Andra orsaker till varför kvinnan inte pratade om våldet var på grund av kvinnans inre hinder som skam och rädslor som hade etablerats hos kvinnan och externa omständigheter som stigmatisering och organisationens struktur, vilket påverkade både kvinnans beslutsfattning och känslan inför vårdpersonalen. Det ligger hos sjuksköterskan att skapa

en trygg miljö för patienten och ge den information som behövs. Sjuksköterskan bär även ansvaret för att se till att ständigt vara uppdaterad kring riktlinjer och den hjälp hen kan ge den utsatta kvinnan.

Referensförteckning

*artikel inkluderad i resultatet

Al-Shdayfat, N., & Hatamleh, R. (2017). Syrian Refugee Women's Reasons for Not Reporting Violence: An Exploratory Study. *International Journal of Nursing Education*, 9(4), 96–100. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2017.00103.9>

Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). The tidal model: a guide for mental health professionals. Routledge

*Bender, A. K. (2016). Health care experiences of rural women experiencing intimate partner violence and substance abuse. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 16(1–2), 202–221. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2015.1124783>

Brottsförebyggande rådet (2023, 23 april). *Mord och dråp*. <https://bra.se/statistik/statistik-om-brottstyper/mord-och-drap.html#narstaende>

*Correa, N. P., Cain, C. M., Bertenthal, M., & Lopez, K. K. (2020). Women's Experiences of Being Screened for Intimate Partner Violence in the Health Care Setting. *Nursing for women's health*, 24(3), 185–196. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2020.04.002>

de Albuquerque Netto, L., Vasconcelos Moura, M. A., Azevedo Queiroz, A. B., Rubio Tyrell, M. A., & del Mar Pastor Bravo, M. (2014). Violence against women and its consequences. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(5), 458 – 464. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400075>

DeBoer, M., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. L., & Rohs, T. Jr. (2013) What Are Barriers to Nurses Screening for Intimate Partner Violence? *Journal of Trauma Nursing* 20(3), 155-160. <https://doi.org/10.1097/jtn.0b013e3182a171b1>

Department of Justice Canada, 2021, 8 December. An Estimation of the Economic Impact of Spousal Violence in Canada, 2009, https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/fv-vf/rr12_7/p0.html#sum

*Dichter, M. E., Makaroun, L., Tuepker, A., True, G., Montgomery, A. E., & Iverson, K. (2020). Middle-aged Women's Experiences of Intimate Partner Violence Screening and Disclosure: "It's a private matter. It's an embarrassing situation". *Journal of general internal medicine*, 35(9), 2655–2661. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05947-3>

- *Dichter, M. E., Ogden, S. N., Tuepker, A., Iverson, K. M., & True, G. (2021). Survivors' Input on Health Care-Connected Services for Intimate Partner Violence. *Journal of women's health* (2002), 30(12), 1744–1750. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8585>
- *Dichter, M. E., Wagner, C., Goldberg, E. B., & Iverson, K. M. (2015). Intimate Partner Violence Detection and Care in the Veterans Health Administration: Patient and Provider Perspectives. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 25(5), 555–560. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.06.006>
- Friberg, F. (2022). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg. (Red). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.41-56., uppl. 2). Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg. (Red). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.185-198., uppl. 2). Studentlitteratur.
- Fulton, D. R. (2000). Recognition and documentation of domestic violence in the clinical setting. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23(2), 26–34. <https://doi.org/10.1097/00002727-200008000-00004>
- Hing, N., O'Mullan, C., Mainey, L., Nuske, E., Breen, H. & Taylor, A. *Impacts of male intimate partner violence on women: A life course perspective*. *International Journal of Environ and Public Health* 2021, 18, 8303. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168303>
- Kilpatrick, D. G. (2004) What is Violence Against Women: Defining and Measuring the Problem. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1209–1234. <https://doi.org/10.1177/0886260504269679>
- Martin, K. J., Denyse, T., Pageot, Y. K., Kim, J. H. J., Owoyemi, P., DeLuz, D. K. & Stanton, A. L. (2023). “I’m Fighting for My Life”: Exploring Interactions Between Black Women with Breast Cancer and Healthcare Providers. *Qualitative Health research*, 33(8–9), 753–764. <https://doi.org/10.1177/10497323231168581>
- Mok, E. & Foon Leung, S. (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of Clinical Nursing*, 15(6), 726–734. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01359.x>

- Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.å.) *Fakta om våld*. Kvinnofridslinjen. Hämtad 17 september 2023, från <https://kvinnofridslinjen.se/om-vald/fakta/>
- Nationellt centrum mot hedersrelaterat våld och förtryck (2020). *Lagstiftning och mänskliga rättigheter*. Hämtad 11 oktober, 2023, från <https://www.hedersfortryck.se/hedersrelaterat-vald-och-fortryck/lagstiftning-och-manskliga-rattigheter/>
- *Othman, S., Goddard, C., & Piterman, L. (2014). Victims' barriers to discussing domestic violence in clinical consultations: A qualitative enquiry. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(8), 1497–1513. <https://doi.org/10.1177/0886260513507136>
- *Poreddi, V., Reddy, S. S. N., Gandhi, S., Marimuthu P., & BadaMath, S. (2021). “Unheard voices”: Perceptions of women with mental illness on nurses screening routinely for domestic violence: A qualitative analysis. *Investigacion & Educacion En Enfermeria*, 39(3), 23–35. <https://doi.org/10.17533/udea.ice.v39n3e03>
- Santamäki Fischer, R. (2019). Tröst och trygghet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 441–462). Studentlitteratur.
- Sawer, F., Davis, P., & Gleeson, K. (2020). Is shame a barrier to sobriety? A narrative of those in recovery, *DRUGS: EDUCATION, PREVENTION AND POLICY*, 27(1), 79–85. <https://doi.org/10.1080/09687637.2019.1572071>
- Segesten, K. (2022). Användbara texter. I F. Friberg. (Red). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.65-78., uppl. 2). Studentlitteratur.
- SFS 1962:700 4a §. *Brottsbalk*
- SFS 1993:100 *Högskoleförordningen*
- Socialstyrelsen (2014, 30 oktober). *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga: Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-30.pdf>

- Socialstyrelsen. (2022, 9 november). *Vad är våld i nära relationer?* Kunskapsguiden. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/vald-och-fortryck/vald-i-nara-relationer/vad-ar-vald-i-nara-relationer/>
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relation* (HSLF-FS 2022:39). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2022-6-7967.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening (2021). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. <https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>
- *Taylor, P. (2020). System Entrapment: Dehumanization While Help-Seeking for Suicidality in Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence. *Qualitative Health Research*, 30(4), 530–546. <https://doi.org/10.1177/1049732319857671>
- UN Women, (2023, 21 September). *Facts and figures: Ending violence against women*, https://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures#_edn17
- United Nations. (u.å.). *What is domestic abuse?* Hämtad 17 september 2023, från <https://www.un.org/en/coronavirus/what-is-domestic-abuse>
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed. God forsknings sed [Elektronisk resurs]*. (Reviderad utgåva). Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Westfelt, L., Törnqvist, N., Huuva, L. & Skarp, A. (2019). Grov kvinnofridskränkning: Brottsens hantering och utveckling 1998–2017. (Brottsförebyggande rådet R 2019:8). Brottsförebyggande rådet.
- *Wild, K., Young, F., de Araujo, G., Fernandes, A., Gomes, L., Kelly, L., & Taft, A. (2022). Healthcare Responses to Gender-Based Violence in Timor-Leste: Women Want Empathy, Information and Safety from an Integrated Support System. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(23/24), NP22175-NP22198. <https://doi.org/10.1177/08862605211072156>
- *Williams, J. R., Gonzalez-Guarda, R. M., Halstead, V., Martinez, J., & Joseph, L. (2020). Disclosing Gender-Based Violence During Health Care Visits: A Patient-Centered Approach. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(23/24), 5552–5573. <https://doi.org/10.1177/0886260517720733>

World Health Organization. (2021, 9 mars). *Violence against women*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Örmon, K. *Våld i nära relationer och psykisk ohälsa*. I Skärsäter & L. Wiklund Gustin. (red.) (2019). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundnivå*. (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur

Östlundh, L. (2020). Informationssökning. I F. Friberg. (Red). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.79-109., uppl. 2). Studentlitteratur.

Sökmatris - Bilaga 1

Databas	Sökblock Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2
CINHAL Complete	((MH "Domestic Violence") OR (MH "Intimate Partner Violence") OR "battered women")) AND (("experience*" OR "perspective*" OR "perception*")) AND ((MH "Nursing Staff, Hospital") OR (MH "Medical Staff") OR (MH "Medical Staff, Hospital") OR "nursing staff" OR "healthcare provider*" OR "healthcare worker*" OR "health care provider*" OR "health care worker*"))	68 träffar	Peer-review Engelska 2013–2023 All Adult Female	13	6	Poreddi, V., 2021. Taylor, P., 2020. Wild, K., 2022. Williams, J. R., 2020

PubMed	<p>((("Domestic Violence"[Mesh]) OR ("Intimate Partner Violence"[Mesh]) OR ("Battered Women"[Mesh])) AND ("Experience*") OR ("Perspective*") OR ("Perception*")) AND ("Medical Staff, Hospital"[Mesh]) OR ("Medical Staff"[Mesh]) OR ("Nursing Staff, Hospital"[Mesh]) OR ("Nursing Staff"[Mesh]) OR ("Healthcare Provider*") OR ("Healthcare Worker*") OR ("Health Care Provider*") OR ("Health Care Worker*"))</p>	120 träffar	<p>Engelska 2013–2023 Adult 19+ Years Female</p>	48	9	<p>Correa, N. P., 2020 Dichter, M. E., 2015 Dichter, M. E., 2020 Othman, S. 2014</p>
--------	--	-------------	--	----	---	--

PsycInfo	((DE "Domestic Violence" OR DE "Intimate Partner Violence") OR (DE "Battered Females")) AND ("Experience*") OR ("Perspective*") OR ("Perception*") AND ("Medical Staff, Hospital") OR ("Medical Staff") OR ("Nursing Staff, Hospital") OR ("Nursing Staff") OR ("Healthcare Provider*") OR ("Healthcare Worker*") OR ("Health Care Provider*") OR ("Health Care Worker*"))	68 träffar	Engelska 2013–2023 Female Peer-review	8 (varav 4 dubletter)	3	Bender, A. K. 2016 Dichter, M. E., 2021
----------	--	------------	--	-----------------------	---	--

Matris över urval av artiklar till resultat – Bilaga 2

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval, Datainsamling, Analys)	Resultat
Bender, A. K.	Health Care Experiences of Rural Women Experiencing Intimate Partner Violence and Substance Abuse	2016, USA, Journal of Social Work Practice in the Addiction	Att förstå hur kvinnor i småstäder reagerar när de konfronteras med frågor från vårdpersonal om missbruk och trauman.	Metod: Kvalitativ intervjustudie Urval: Kvinnor, 18 år eller äldre som har en historia av våld i nära relation. Datainsamling: Individuella semi-strukturerade kvalitativa intervjuer. Analys: Tematisk analys	Kvinnorna upplevde att missbruk påverkade mötet negativt med vårdpersonalen. Kvinnorna förklarade att detta missbruk involverade droger och att de upplevde att detta påverkade vårdarens reaktion och vård. De beskrev upplevelser av att de inte hade fått någon vård alls, att de inte blivit tagna seriöst och att vårdare hade slutat ge kvinnan mediciner för att kvinnan behövt mer än vad personalen tyckt var rimligt. Kvinnorna förklarade att de upplevde att de inte kunde berätta att det var deras partner som hade tagit medicinen och att de hade behövt den. Många gånger hade kvinnorna upplevt att det inte var någon idé att komma in för sina skador alls.
Correa, N. P., Cain, C. M., Bertenthal, M., och Lopez, K. K.	Women's Experiences of Being Screened for Intimate Partner Violence in the Health Care Setting.	2020, USA, Nursing for women's health,	Att beskriva hur kvinnor som överlevt våld i nära relation upplevde att bli screenade och för att identifiera möjligheter för att förbättra screening samt mottagande från vårdgivare.	Metod: Kvalitativ gruppintervjustudie. Urval: 17 Kvinnor, äldre än 18 år. Med erfarenhet av våld i nära relation. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer i grupp. Analys: Tematisk analys.	Kvinnorna upplevde att vårdaren inte varit genuin med sina frågor och inte hade tid för dem. Kvinnorna förklarade att de inte hade varit ensamma med sin vårdare utan hade sin partner med sig hela tiden. Kvinnorna hade velat att vårdpersonalen skulle ha lyssnat bättre och visat intresse, eftersom de hade upplevt vårdare som ignorerat dem och deras skador. Även empati hos vårdaren tyckte kvinnorna varit viktigt. De upplevde att de inte fått tillräckligt med information. Information om vad som händer efter att de nämnt våld i en nära relation. Kvinnorna hade även önskat en säkerhet, relevant hjälp och uppföljning från vårdare.

Dichter, M. E., Wagner, C., Goldberg, E. B. och Iverson, K. M.	Intimate Partner Violence Detection and Care in the Veterans Health Administration: Patient and Providers Perspectives	2015, USA, Womens Health Issues	Syftet var att identifiera patienternas och personalens perspektiv om hur de kan främja ett effektivt sätt att hjälpa och ta hand om personer vid våld i nära relationer inom The Veterans Health Administration.	Metod: Kvalitativ intervjustudie. Urval: 25 kvinnor, 22– 58 år, utsatta för våld i nära relation. Datainsamling: Individuella semi- strukturerade kvalitativa intervjuer via telefon och med närvarande person. Analys: Tematisk analys.	Kvinnorna som var krigsveteraner upplevde att vårdpersonalen inte visat intresse, att vårdaren hade dömande beteenden, att de inte blivit validerade, att vårdaren gjort dem obekväma och att deras möte varit opersonligt. Kvinnorna beskrev en okunskap om hur deras information skulle handskas med och användas. De hade upplevt en rädsla som kommit från okunskap kring konsekvenserna av att berätta om våldet. Kvinnorna förklarade därför vikten av information, stöd genom processen och att det var viktigt för vårdpersonalen att vara snäll, visa respekt och lyssna. Kvinnorna hade velat vara komfortabla med vårdpersonalen, men också känslomässigt redo att fråga om hjälp.
Dichter, M. E., Makaroun, L., Tuepker, A., True, G., Montgomery, A.E. och Iverson, K.	Middle-aged Women's Experiences of Intimate Partner Violence Screening and Disclosure: "It's a private matter. It's an embarrassing situation"	2020, USA, Journal of General Internal Medicine.	Att undersöka hur medelålders kvinnor som upplevt våld i nära relation under det senaste året ser på screening och avslöjande av våld i nära relation inom hälso- och sjukvården.	Metod: Kvalitativ intervjustudie. Urval: 27 kvinnor, 45– 64 år, som har upplevt våld i nära relation senaste året. Datainsamling: Individuella semi- strukturerade kvalitativa intervjuer. Analys: Tematisk analys.	Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen inte varit snäll och brydde sig inte. De hade känt sig obekväma och hade fått känslan av att vårdaren dömde dem. Kvinnorna upplevde att de hade varit en utav många patienter och att vårdaren endast hade gjort vad de behövde vid mötet, vilket fått kvinnorna att beskriva mötet som opersonligt. Kvinnorna förklarade en känsla av skam, de hade upplevt att det var pinsamt och att det funnits stigma relaterat till våld i nära relationer. De förklarade upplevelser av okunskap kring säkerheten och tystnadsplikten. Kvinnorna beskrev vikten av att bygga upp ett förtroende till vårdaren och hade velat ha känslan av att vara bekväm innan de kunde berätta om sina erfarenheter. Kvinnorna hade velat att vårdaren visat empati och givit support. Även information var viktigt för dessa kvinnor, men också att vårdpersonalen vågat fråga, brytt sig och försökt skapa en genuin relation.
Dichter, M. E., Ogden, S. N., Tuepker, A., Iverson, K. M. och True, G.	Survivors' Input on Health Care-Connected Services for Intimate Partner Violence	2021, USA, Journal of Women's Health	Att förstå hur kvinnor som överlevt våld i nära relation upplever och ser stödet inom vården.	Metod: Kvalitativ intervjustudie.	Kvinnorna hade upplevt vårdpersonal som ignorerat dem och inte givit dem hjälp. De beskrev en rädsla för konsekvenserna av att berätta om våldet och tryckte på vikten av ett förtroende för vårdaren. Kvinnorna beskrev att de upplevde en okunskap och ville ha mer information från

				<p>Urval: 68 kvinnor, 22–64 år, som har upplevt våld i nära relation.</p> <p>Datainsamling: Individuella semi-strukturerade kvalitativa intervjuer.</p> <p>Analys: Tematisk analys.</p>	<p>vårdaren. Kvinnorna ville även ha mer support och ville veta mer om säkerheten och tystnadsplikten. Kvinnorna förklarade hur de ville ha möjlighet till att välja vad de skulle göra och vart de skulle ta vägen. De upplevde att de även ville ha en uppföljning.</p>
Othman, S., Goddard, C. och Piterman, L.	Victims' Barriers to Discussing Domestic Violence in Clinical Consultations: A Qualitative Enquiry	2013. Malaysia, Journal of Interpersonal Violence	Syftet var att undersöka de hinder som kvinnor utsatta för våld i nära relation upplever när de ska söka vård.	<p>Metod: Kvalitativ intervjustudie</p> <p>Urval: 10 kvinnor utsatta för våld i nära relation.</p> <p>Datainsamling: Individuella semi-strukturerade kvalitativa intervjuer.</p> <p>Analys: Tematisk analys och grundad teori.</p>	<p>Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen inte hade tid att prata med dem och beskrev att de aldrig hade varit ensamma med vårdaren. De beskrev upplevelser av vårdare som hade bestämt vad de skulle göra och om vårdare som inte givit dem utrymme för att prata om sina problem. Kvinnorna upplevde en rädsla av att prata om våldet och om en okunskap, vilket gjort att deras tankar blivit en verklighet för dem. Inre tankar som att våld i nära relationer var ett privat ämne som bör handskas inom familjen, att våldet inte var så allvarligt, att våld var normalt, att det var pinsamt och att det var deras fel. Kvinnorna beskrev upplevelser av att vårdaren hade sympati för personen som utövade våldet och att vårdaren inte hade empati eller givit support till dem. Kvinnorna upplevde därför att de inte blivit förstådda eller att personalen inte trott dem. Kvinnorna förklarade att de ville att vårdaren bekräftat deras historia, trots på deras erfarenheter, visat ett genuint intresse och givit dem hopp.</p>
Poreddi, V., Reddy, S. S. N., Gandhi, S., Marimuthu P., & BadaMath, S.	'Unheard voices': Perceptions of women with mental illness on nurses screening routinely for domestic violence: A qualitative analysis.	2021, Colombia, Investigacion & Educacion En Enfermeria.	Syftet var att undersöka kvinnors erfarenheter av våld och deras erfarenheter kring rutinundersökningar av sjuksköterskor inom psykiatrisk sjukhusvård.	<p>Metod: Kvalitativ intervjustudie</p> <p>Urval: 20 kvinnor med en bakgrund av våld i nära relationer.</p>	<p>Kvinnorna hade upplevt vårdare som ignorerat deras skador och erfarenheter, vilket fått kvinnorna att inte känna sig trovärdiga. De upplevde att vårdarna inte hade tid att sitta och lyssna. Kvinnorna beskrev en rädsla av att berätta om våldet. De hade trott att vårdpersonalen inte skulle tro dem, att vårdpersonalen inte kan hjälpa, att de kommer att skratta, att deras partner får reda på att de pratat eller att deras psykiska hälsa blev förklaringen till våldet. Kvinnorna upplevde att det inte var någon mening att berätta om våldet</p>

				<p>Datainsamling: Individuella semi-strukturerade intervjuer.</p> <p>Analys: Tematisk analys.</p>	<p>och beskrev hur de endast berättat för vårdaren vad de trott att vårdaren ville höra. Kvinnorna förklarade hur de velat haft information om hur allt fungerat och bekräftat tystnadsplikten. De ville att vårdpersonalen skulle varit snälla, givit dem respekt, trott på dem och lyssnat tålmodigt. Vissa utav kvinnorna hade upplevt en lättnad att prata om våldet och att de kunnat ventilerat till vårdaren.</p>
Taylor, P.	System Entrapment: Dehumanization While Help-Seeking for Suicidality in Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence.	2020, Canada, Qualitative Health Research.	Syftet var att diskutera det psyko-sociala problem som uppstår när kvinnor söker vård för suicid efter att de har upplevt våld i nära relationer.	<p>Metod: Kvalitativ intervjustudie</p> <p>Urval: 32 kvinnor utsatta för våld i nära relationer.</p> <p>Datainsamling: Individuella kvalitativa intervjuer.</p> <p>Analys: Grundad teori.</p>	<p>Kvinnorna hade upplevt vårdare som saknat empati och fick kvinnorna att få en känsla av mindre värde, vilket gjort att kvinnorna känt sig mer trängd och oviktig. Kvinnorna förklarade att de upplevt en känsla av fångenskap från våldet och från sjukvårdssystemet, vilket påverkat mötet med vårdpersonalen. Kvinnorna beskrev att de haft en känsla av att vårdpersonalen hade haft ett övertag och förklarade därför vikten av maktbalansen, speciellt inom psykiatri med restriktioner, observationer och vad kvinnorna förklarade som svek. Kvinnorna hade upplevt vårdare som inte frågat vad de ville, vårdare som undvikt att förstå dem och stigmatiserat dem genom att tillskriva kvinnorna med nedvärderande och stereotypa egenskaper. Kvinnorna förklarade att vårdare fått dem att känna sig värdelösa, utlämnade och att de själva behövt hantera sin depression. Kvinnorna beskrev därför att de velat att vårdpersonalen sett dem, tagit dem på allvar och blivit förstådda.</p>
Wild, K., Young, F., de Araujo, G., Fernandes, A., Gomes, L., Kelly, L., & Taft, A.	Healthcare Responses to Gender-Based Violence in Timor-Leste: Women Want Empathy, Information and Safety from an Integrated Support System.	2022, Östtimor, Journal of Interpersonal Violence.	Syftet var att förstå informationen och interventioner kvinnor, som har upplevt våld i nära relationer, vill ha från vårdpersonalen.	<p>Metod: Mix-studie, med kvalitativa intervjuer och en kvantitativ ranking.</p> <p>Urval: 28 kvinnor utsatta för våld i nära relationer.</p> <p>Datainsamling: Individuella kvalitativa intervjuer.</p>	<p>Kvinnorna upplevde vårdpersonal som inte frågade dem om sina skador och ville att vårdpersonalen tagit sig tid att fråga. De förklarade att de haft tankar om stigma och hade velat att mötet med vårdpersonalen hade varit i enrum med vårdaren. Kvinnorna beskrev att de velat haft mer support från vårdpersonalen själv och från samhällets viktiga personer och deras familj. De hade också velat haft information om deras valmöjligheter så att de kunde hitta sitt värde igen och ta smarta och egna beslut. Kvinnorna hade upplevt vårdpersonal som varit vänliga, snälla, hade lyssnat och givit</p>

				Analys: Diskursanalys.	en känsla hos kvinnorna att de ville prata med dem om deras erfarenheter, vilket de beskrev som positiva erfarenheter.
Williams, J. R., Gonzalez-Guarda, R. M., Halstead, V., Martínez, J., & Joseph, L.	Disclosing Gender-Based Violence During Health Care Visits: A Patient-Centered Approach.	2020, USA, Journal of Interpersonal Violence.	Syftet var att förstå kvinnors perspektiv angående beslutet att berätta om våld i nära relationer och människosmuggling till vårdpersonalen.	Metod: Kvalitativ intervjustudie Urval: 25 kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Datainsamling: Individuella semi-strukturerade kvalitativa intervjuer. Analys: Tematisk analys.	Kvinnorna beskrev hur de hade varit imponerade över vårdare, men hur de också ville ha mer information om tystnadsplikten och vad som gäller vid våld i nära relationer. Kvinnorna ville att vårdaren fokuserade på att skapa ett förtroende hos kvinnorna, genom att givit dem den tid de behövde för att prata ut om våldet, visat respekt och support. De ville att vårdpersonalen brydde sig och fått dem att känna sig komfortabla. Kvinnorna ville även känna sig förstärkta, att vårdaren visat empati och omsorg samt givit relevant hjälp. Kvinnorna förklarade att de endast berättade vad vårdaren behövde veta för att kunna behandla skadorna, för att de upplevde att de inte kunde berätta mer. En kvinna beskrev hur hon kände sig mer komfortabel med en person som hade liknande egenskaper som sig själv, som till exempel kvinna, liknande religion eller kultur, eller själv hade en historia med våld i nära relationer. En annan kvinna ville att deras erfarenheter skulle nå ut till andra patienter så att andra kvinnor inte behövde känna sig ensamma.

